

Lebenssituation allein erziehender Frauen
und ihrer Kinder unter besonderer Berücksichtigung
ihrer Gesundheit

Abschlussbericht

Förderkennzeichen: 17.081.01

gefördert vom
Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung
Programm: Förderung anwendungsorientierte Forschung und
Entwicklung an Fachhochschulen

für die Zeit vom 1.09.2001 bis 31.03.2003

Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen:

Christiane Deneke
Dr. Kerstin Walther

Projektleiter:

Prof. Dr. Dr. Heiko Waller

Fachhochschule Nordostniedersachsen

Lüneburg, September 2003

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| VERZEICHNIS ÜBER ABBILDUNGEN | 0 |
| VERZEICHNIS ÜBER TABELLEN | 0 |
| 1 RAHMENBEDINGUNGEN | 1 |
| 1.1 AUSGANGSBEDINGUNGEN UND FORSCHUNGSFRAGESTELLUNG | 1 |
| 1.2 STAND DER FORSCHUNGEN, AN DIE ANGEKNÜPFT WURDE | 3 |
| 1.3 METHODISCHES VORGEHEN UND PROJEKTVERLAUF | 5 |
| 1.4 PROJEKTÜBERGREIFENDE ZUSAMMENARBEIT UND KOOPERATIONEN | 8 |
| 2 ZUR LEBENSITUATION ALLEIN ERZIEHENDER SOZIALHILFEEMPFÄNGERINNEN UND IHRER KINDER UNTER BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG IHRER GESUNDHEITLICHEN LAGE: ERGEBNISSE DES FORSCHUNGSPROJEKTES | 11 |
| 2.1 ALLEIN ERZIEHENDE SOZIALHILFEEMPFÄNGERINNEN IM LANDKREIS HARBURG: AUSWERTUNG DER SOZIO-DEMOGRAFISCHEN DATEN | 11 |
| 2.2 'TYPISCH ALLEIN ERZIEHEND GIBT ES NICHT': BESCHREIBUNGEN ZUR BEWÄLTIGUNG DER LEBENSITUATION ANHAND AUSGEWÄHLTER BEISPIELE | 15 |
| 2.3 ZUR GESUNDHEITLICHEN LAGE DER ALLEIN ERZIEHENDEN MÜTTER UND DEREN KINDER UND DEREN RESSOURCEN ZUR FÖRDERUNG DER GESUNDHEIT | 27 |
| 2.3.1 Aussagen zum Gesundheitszustand der Mütter | 28 |
| 2.3.2 Aussagen zum Gesundheitszustand der Kinder | 33 |
| 2.4 SOZIALE NETZWERKE UND SOZIALE UNTERSTÜTZUNG ALS GESUNDHEITSRESSOURCEN | 36 |
| 2.5 PROFESSIONELLE UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG | 42 |
| 2.6 DAS SOZIALE NETZ DER KINDER | 50 |
| 2.7 ÖKOLOGISCHE RESSOURCEN UND BELASTENDE FAKTOREN IN EINER LÄNDLICH STRUKTURIERTEN REGION | 50 |
| 2.8 ARMUT UND SOZIALHILFE ALS BELASTUNGSFAKTOREN FÜR GESUNDHEIT | 54 |
| 2.9 BERUFSTÄTIGKEIT ALS RESSOURCE FÜR GESUNDHEIT | 61 |
| 3 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN AN DIE REGION LANDKREIS HARBURG | 67 |
| 3.1 VERNETZUNG UND KOOPERATIONEN ZWISCHEN INSTITUTIONEN SCHAFFEN UND BESTEHENDE VERTIEFEN | 67 |
| 3.2 ENTWICKLUNG EINES INFORMATIONSPOLS ZU DEN THEMENBEREICHEN SOZIALHILFE UND ALLEIN ERZIEHEND | 67 |
| 3.3 SENSIBILISIERUNG FÜR DIE LEBENSITUATION VON ALLEIN ERZIEHENDEN SOZIALHILFEEMPFÄNGERINNEN | 68 |
| 3.4 INITIATIVEN/ PROJEKTE, DIE EINE INTEGRATION IN DEN ARBEITSMARKT ERMÖGLICHEN, ENTWICKELN UND REALISIEREN | 69 |
| 4 VERWENDUNG DES PRAXISNAHEN WISSENS: | 70 |
| 5 PRÄSENTATION UND VERÖFFENTLICHUNG DER FORSCHUNGSERGEBNISSE... | 80 |
| 5.1 DISKUSSIONSFÖREN ZUR ERGEBNISPRÄSENTATION | 80 |
| 5.2 VORTRÄGE | 80 |
| 5.3 VERÖFFENTLICHUNGEN | 81 |
| ANHÄNGE | 82 |
| 1. FRAGEBOGEN ZUR QUANTITATIVEN ERHEBUNG: ZUR LEBENSITUATION VON ALLEIN ERZIEHENDEN SOZIALHILFEEMPFÄNGERINNEN UND IHREN KINDERN | 82 |
| 2. INTERVIEWLEITFADEN ZUR QUALITATIVEN ERHEBUNG | 92 |
| LITERATUR | 93 |

Verzeichnis über Abbildungen

| | |
|--|----|
| GRAFIK 1: EINSCHÄTZUNG DES GESUNDHEITZUSTANDES | 28 |
| GRAFIK 2: UNTERSTÜTZUNG DER ALLEIN ERZIEHENDEN..... | 37 |
| GRAFIK 3: BELASTUNGEN DER ALLEIN ERZIEHENDEN | 41 |
| GRAFIK 4: KONZEPTEBENEN..... | 73 |
| GRAFIK 5: MODULARE KONZEPTION | 74 |

Verzeichnis über Tabellen

| | |
|---|----|
| TAB. 1: ALTERSVERTEILUNG | 12 |
| TAB. 2: KINDER DER BEFRAGTEN | 12 |
| TAB. 3: ALTER DER KINDER | 12 |
| TAB. 4: HERKUNFT | 13 |
| TAB. 5: FAMILIENSTAND..... | 13 |
| TAB. 6: SCHULBILDUNG..... | 13 |
| TAB. 7: BERUFSAUSBILDUNG..... | 14 |
| TAB. 8: BERUFSTÄTIGKEIT..... | 14 |
| TAB. 9: EINSCHÄTZUNG DER GESUNDHEIT UND „KRANKENSTAND“ | 30 |
| TAB. 10: GESUNDHEITLICHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN | 30 |
| TAB. 11: GESUNDHEIT DER KINDER AUS DER SICHT IHRER MÜTTER | 34 |
| TAB. 12: GESUNDHEITZUSTAND DER KINDER AUS SUBJEKTIVER SICHT IHRER MÜTTER..... | 34 |
| TAB. 13: AKTUELLER GESUNDHEITZUSTAND | 40 |
| TAB. 14: PRÄVALENZ VON ERKRANKUNGEN | 41 |
| TAB. 15: NUTZEN SIE ANGEBOTE DER KINDERBETREUUNG? WENN JA, WELCHE? | 46 |
| TAB. 16: WELCHE UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE NUTZEN SIE FÜR DIE GESUNDHEIT IHRES KINDES? .. | 47 |
| TAB. 17: HAUSHALTSEINKOMMEN..... | 55 |
| TAB. 18: ÄQUIVALENZEINKOMMEN..... | 55 |
| TAB. 19: ANTEIL AM ÄQUIVALENZEINKOMMEN NACH KINDERZAHL IM HAUSHALT | 56 |
| TAB. 20: ANTEIL VOM ÄQUIVALENZEINKOMMEN NACH BESCHÄFTIGUNG | 56 |

1 Rahmenbedingungen

Im Folgenden wird der Bericht des Forschungsprojektes „Lebenssituation allein erziehender Sozialhilfeempfänger/innen und ihrer Kinder unter besonderer Berücksichtigung ihrer Gesundheit“ vorgelegt. Im ersten Kapitel werden die Rahmenbedingungen des Projektes und das methodische Vorgehen beschrieben. Das zweite Kapitel ist der umfassenden Ergebnispräsentation gewidmet. Die Handlungsempfehlungen an die Region werden im dritten Kapitel ausgeführt bevor im vierten als Konsequenz der Forschungen ein Qualifizierungsmodul vorgestellt wird, das von der Projektgruppe zur Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Einstiegs in den Arbeitsmarkt entwickelt wurde.

1.1 Ausgangsbedingungen und Forschungsfragestellung

Während die soziale Lage von allein Erziehenden durch verschiedene empirische Studien verhältnismäßig umfassend und differenziert erforscht ist (vgl. Mädje 2000, Stiehler 2000; Nestmann/ Stieler 1998; Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 1997, Stauber 1996, Niepel 1994), ist die gesundheitliche Lage dieser Personengruppe bisher wenig analysiert (vgl. Collatz u.a. 1998; Mielck 2000, Jesse 2000). Derzeit haben in der Bundesrepublik Deutschland weitere Forschungsprojekte, die regionalbezogen gesundheitliche Belastungen und Einschätzungen des Gesundheitszustandes von allein Erziehenden erforscht haben, erste Befunde veröffentlicht. Beispiele hierfür sind die „Bedarfserhebung zur gesundheitlichen Lage von allein Erziehenden und ihren Kindern im Rems-Murr-Kreis“ des Gesundheitsamtes Rems-Murr-Kreis (2003) oder die Sekundäranalyse von Daten des Statistischen Bundesamtes durch das Robert-Koch-Institut zur Gesundheit von allein erziehenden Müttern und Vätern (2003).

Charakteristisch für die soziale Lage von allein Erziehenden und ihren Kindern ist das erhöhte Armutsrisiko (vgl. BMFSFJ 2000). Die schwierige Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit mit der Versorgung und Betreuung von Kindern sowie unzureichende oder unzuverlässige Unterhaltszahlungen erhöhen die Anzahl von allein Erziehenden in den Sozialhilfestatistiken. Die Hälfte aller Sozialhilfe beziehenden Kinder lebt bei allein erziehenden Müttern (vgl. Hanesch u.a. 2000). Das erhöhte Sozialhilferisiko für allein Erziehende hat beispielsweise die Katholische Fachhochschule Aachen in Kooperation mit dem VAMV (Verband alleinerziehender Mütter und Väter) und der Stadt Aachen Anlass für ein Forschungsprojekt geboten, soziale Risiken bei Trennungen und Scheidungen für Frauen zu analysieren und durch die

Entwicklung sozialpolitischer Strukturen soziale Benachteiligungen zu verringern sowie Wege aus der Sozialhilfe aufzuzeigen¹.

Im vorliegenden Forschungsbericht werden Befunde zur sozialen Lage von allein Erziehenden Sozialhilfeempfängerinnen mit Analysen und Einschätzungen des Gesundheitszustandes und Wohlbefindens verknüpft. Dabei war das Forschungsinteresse nicht allein auf die gesundheitlichen Risiken und Belastungen gerichtet, die sich aus der problematischen ökonomischen Situation von Sozialhilfeempfängerinnen ergeben bzw. durch die alleinige Verantwortung für die Haushaltsorganisation und Kinderbetreuung entstehen. Das Interesse galt vorrangig den Ressourcen und Bewältigungsstrategien der Frauen in dieser Lebenssituation. Im Mittelpunkt standen dabei die subjektiven Einschätzungen der Mütter bezüglich ihrer Gesundheit und der ihrer Kinder sowie ihre Erfahrungen in der Erschließung und Nutzung von sozialen und personalen Ressourcen zur Bewältigung der (belastenden) Lebenssituation.

Im Einzelnen waren die Arbeitsziele dieses Forschungsprojektes:

- die Analyse der sozialen und gesundheitlichen Belastungen sozial benachteiligter allein erziehender Frauen (Sozialhilfeempfängerinnen) und ihrer Kinder;
- das Herausarbeiten der Potenziale für die Gesunderhaltung der Frauen und ihrer Kinder, mit dem Ziel, vorhandene Ressourcen zu stärken;
- die Analyse der Unterstützungsinstanzen für sozial benachteiligte allein erziehende Frauen und ihrer Kinder in einer ländlichen Region;
- die Ermittlung des Unterstützungsbedarfs sozial benachteiligter allein erziehender Frauen und ihrer Kinder (needs assessment);
- die Entwicklung von Handlungsempfehlungen für die Praxis auf der Basis der spezifischen Belastungs- und Ressourcenverteilung in der Zielgruppe und der Region.

Die Zielsetzungen richteten sich anwendungsbezogen darauf, einen Beitrag zur Verbesserung der sozialen und gesundheitlichen Lebenssituation von allein erziehenden Sozialhilfeempfängerinnen und ihrer Kinder zu leisten. Der wissenschaftliche Gehalt der empirischen Untersuchung liegt in der Verknüpfung von gesundheitswissenschaftlichen und sozialwissenschaftlichen Fragestellungen. Es liegen mit diesem Projekt Befunde über den Zusammenhang von Armut und Frauengesundheit vor sowie Aussagen über gesundheitliche Ressourcen und Belastungen von allein erziehenden Sozialhilfeempfängerinnen.

¹ Dieses Projekt befindet sich in der Startphase, so dass außer der Projektbeschreibung keine weiteren Veröffentlichungen vorliegen.

1.2 Stand der Forschungen, an die angeknüpft wurde

Die Lebenssituation von allein erziehenden Sozialhilfeempfängerinnen ist durch das Vorhandensein verschiedener Stressoren charakterisiert (vgl. BMFSFJ 2000; Schneider u.a. 2000), die als Gesundheitsrisiken das Wohlbefinden beeinträchtigen können sowie psychische und physische Krankheiten entstehen lassen. Allein erziehende Mütter leiden im Vergleich zu nicht allein erziehenden häufiger unter Ängsten und Depressionen, sozialer Isolation und dem Gefühl der permanenten Überforderung im Alltag (vgl. Franz 1999). Eine weitere Studie über differenzierte Lebensformen als allein Erziehende verdeutlicht, dass diejenigen, die ihre sozio-ökonomische Situation als schlecht bewerten und sich in einer finanziell problematischen Situation befinden, sich sowohl stärker belastet fühlen und auch gesundheitlich schlechter gestellt sind, als vergleichsweise allein Erziehende, deren finanzielle Lage als zufriedenstellend bewertet wird (vgl. Schneider u.a. 2000). Arme Frauen schätzen ihre Gesundheit schlechter ein und leiden im Alltag stärker unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen, als andere Frauen (vgl. Babitsch 2000). Im Hinblick auf gesundheitsbezogene Verhaltensweisen fallen viele allein Erziehende durch ungesundes Ernährungsverhalten (Kamensky 2000), aber auch durch geringe sportliche Aktivitäten und einem hohen Zigarettenkonsum auf (Babitsch 2000).

Die Ergebnisperspektive des vorliegenden Forschungsprojektes ist auf die Analyse von Bedingungen und Ressourcen gerichtet, die es den Frauen ermöglicht, ihre Lebenssituation zu bewältigen und damit verbunden die eigene Gesundheit und die der Kinder zu stärken und zu fördern. In Anlehnung an das Stressbewältigungskonzept von Antonovsky (1997), der Salutogenese, wurden einzelne Strategien der befragten Frauen analysiert, sich aktiv mit der Lebenssituation auseinanderzusetzen sowie soziale, ökologische und ökonomische Bedingungen zu erschließen, die als Ressourcen einzelne Lebenssituationen prägen. Die zentrale Frage im Konzept der Salutogenese richtet sich auf die Perspektive, wie ein Mensch mehr gesund und weniger krank wird. Gesundheit wird im Antonovskyschen Verständnis nicht als normaler, passiver Gleichgewichtszustand, sondern als labiles, aktives, dynamisches Geschehen, als Kontinuum, begriffen, das immer wieder neu gestaltet wird. Der Verlust von Gesundheit beschreibt einen natürlichen, allgegenwärtigen Prozess (vgl. Antonovsky 1997).

Die Salutogenese berücksichtigt Menschen mit ihrer gesamten Lebensgeschichte und den gesamten Lebensumständen. Begründet ist dieses in der Orientierung auf Ressourcenstärkung, wenn davon ausgegangen wird, dass sich die jeweiligen Ressourcen in den Lebensumständen und in der Lebensgeschichte der Individuen finden. Als „Kernstück der Salutogenese“ wird das Kohärenzgefühl, the „sense of coherence“ (Antonovsky 1983) betont. Kohärenz beschreibt in diesem Verständnis ein Gefühl von Stimmigkeit als Grundhaltung zum Leben. Je ausgeprägter das Ko-

Kohärenzgefühl eines Menschen entwickelt ist, desto eher bewegt er sich in Richtung des positiven Poles im Gesundheitskontinuum. The sense of coherence: „ist eine grundlegende Lebenseinstellung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß jemand ein alles durchdringendes, überdauerndes und zugleich dynamisches Gefühl der Zuversicht hat, dass seine innere und äußere Erfahrungswelt vorhersagbar ist und eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass sich die Angelegenheiten so gut entwickeln, wie man vernünftigerweise erwarten kann“ (Antonovsky 1979: 10).

Die Entwicklung dieser Grundhaltung ist in diesem Konzept abhängig von folgenden Variablen:

- Gefühl von Verstehbarkeit (comprehensibility): Dieses zeigt sich in der Erwartung und Fähigkeit von Menschen, Stimuli, auch unbekanntes, als geordnete, konsistente, strukturierte Informationen verarbeiten zu können, um einer chaotischen Konfrontation mit Reizen entgegenzuwirken.
- Gefühl von Handhabbarkeit (manageability): Gemeint ist damit die Überzeugung eines Menschen, dass Schwierigkeiten lösbar sind. Zentral ist ein ausgewogenes Verhältnis von Anforderungen zwischen Über- und Unterforderung.
- Gefühl von Sinnhaftigkeit (meaningfulness): Dieses bezieht sich auf das Empfinden des Lebens als emotional sinnvoll. Zu lösende Aufgaben werden als willkommene Herausforderungen angesehen (vgl. Antonovsky 1991, 1997; BZgA 1998: 29f).

Die Entwicklung von Kohärenzgefühl wird in Abhängigkeit von generalisierten Widerstandsressourcen (generalized resistance resources) begriffen. Diese Ressourcen werden definiert als alle verfügbaren Kräfte und Mittel, die ein Mensch aus eigener Kraft oder mit Hilfe seiner Umwelt aktivieren kann, um Belastungen bzw. Stress zu bewältigen (vgl. Antonovsky 1997).

In der gelungenen Stressbewältigung geht es um die Entwicklung von erfolgreichen Copingstrategien, die geeignet sind, einem Stressor entgegenzuwirken. Stressoren führen physiologische Spannungszustände, also eine psychophysische Aktivierung, herbei. Ein Stressor bezeichnet demnach: „eine von innen kommende Anforderung an den Organismus, die sein Gleichgewicht stört und die zur Wiederherstellung des Gleichgewichtes eine nicht-automatische und nicht immer unmittelbar verfügbare, energieverbrauchende Handlung erfordert“ (Antonovsky 1979: 72). Coping bezeichnet Bewältigungsstrategien persönlicher sowie sozialer Art. Inwiefern Coping gelingt, ist abhängig von den jeweiligen Ressourcen. Das Stress-Coping-Modell beschreibt ein Modell der modernen Stressforschung, welches auf der Annahme beruht, dass die gelungene Bewältigung von erlebten Belastungen eine wesentliche Rolle in der Vermeidung von Krankheiten spielt (vgl. Antonovsky 1979; Hurrelmann 1988). Stress beschreibt einen Zustand des Ungleichgewichtes, eine außer-

gewöhnlich starke körperliche, seelische, geistige oder soziale Anforderung, die die vorhandenen Anpassungs- oder Regulationsmechanismen beanspruchen (vgl. BZgA 1998). Daher ist die Analyse von Bewältigungstypen bei den allein erziehenden Sozialhilfeempfängerinnen im Zentrum dieser Studie.

Zu den salutogenetischen Ressourcen zählen Immunpotentiale des Körpers, die eine aktive Vermeidung von Stressoren bewirken sowie Intelligenz und geistige Flexibilität, als Voraussetzung, sich an Lebensbedingungen anzupassen bzw. diese aktiv zu verändern, und auch materielle Ressourcen zur Sicherung des Lebensunterhaltes und soziale Unterstützung. Mit Waller (2002) lassen sich salutogenetische Ressourcen in personale, soziale und ökologische Ressourcen differenzieren. Zu den personalen Ressourcen zählen angeborene oder erworbene konstitutionelle, körperliche Dispositionen, die körperliche Konstitution, Intelligenz und die seelische Gesundheit. Als soziale Ressourcen definiert Waller (2002) soziale Bindungen, Unterstützungen, Familie aber auch Wohnverhältnisse und Arbeitsmöglichkeiten. Ökologische Ressourcen sind Ressourcen einer gesunden Umwelt (vgl. ebd.) Indem nach den vorhandenen Ressourcen der Mütter und Kinder gefragt wird, gelingt es differenzierte Aussagen darüber zu treffen, welche Ressourcen aus eigener Kraft erschlossen wurden und welche Zugänge zu lebensnotwendigen oder entlastenden Ressourcen (bisher) versagt blieben. Die Empfehlungen des vorliegenden Forschungsprojektes wurden vor dem Hintergrund dieser differenzierten Aussagen ausgerichtet.

1.3 Methodisches Vorgehen und Projektverlauf

Die empirische Erforschung der Lebenssituation von allein erziehenden Sozialhilfeempfängerinnen im Landkreis Harburg erfolgte im mehrperspektivischen Vorgehen als quantitative und qualitative Studie in drei Erhebungs- und Auswertungsphasen². Während des gesamten Projektverlaufes wurden relevante Dokumente und Sekundärdaten der Sozialhilfestatistik ausgewertet. Zu den Dokumenten gehörten Informationsbroschüren über den Landkreis Harburg, Geschäftsberichte und Selbstdarstellungen von regionalen sozialen und gesundheitlichen Dienstleistern sowie kommunale Informationsbroschüren. Die Daten der Sozialberichterstattung beziehen sich auf kommunale Sozial- und Gesundheitsberichte, eigene Erhebungen der Sozialbehörde und Ergebnisse vorangegangener Regionalforschungen (vgl. Waller/ Deneke u.a. 2001). Im Folgenden werden die Erhebungs- und Auswertungsphasen differenzierter dargestellt:

² Eine ausführliche Beschreibung der Erhebungsmethoden erfolgte im Zwischenbericht dieses Forschungsprojektes (vgl. Waller/ Deneke/ Walther 2002).

Erste Erhebungsphase: Quantitative Datenerfassung durch einen Fragebogen

Für die erste Erhebungsphase wurde zur Erfassung von Daten zur Lebenssituation und zu Einschätzungen der gesundheitlichen Lage aller allein erziehenden Sozialhilfeempfänger/innen im Landkreis Harburg ein Fragebogen entwickelt (vgl. Anlage 1), erprobt und versendet. Die Orientierung bei der Fragebogenentwicklung erfolgte an der deutschen Version des Gesundheitsfragebogens EQ-5D (vgl. de Charro 1998). Zudem wurde die Mikrozensusfrage in Bezug auf den Gesundheitszustand im Fragebogen mit aufgenommen, um Vergleichsaussagen zu weiteren empirischen Erhebungen treffen zu können.

Insgesamt wurden 418 Personen aus den drei größten Gemeinden (56% aller allein erziehenden Sozialhilfeempfänger/innen leben dort) und aus den vier kleinsten Gemeinden des Landkreises angeschrieben. Damit wurden 60 % aller allein Erziehenden berücksichtigt, die im Untersuchungszeitraum Sozialhilfe bezogen haben (im Landkreis Harburg lebten 711 allein erziehende Sozialhilfeempfängerinnen mit insgesamt 1320 Kindern. Die Rücklaufquote betrug 38%, das bedeutet, dass mit dieser Erhebung Daten von 157 allein Erziehenden mit 297 Kindern erfasst wurden. Die Erhebung wurde im Mai 2002 abgeschlossen. Zur Auswertung des Fragebogens wurde eine SPSS-Auswertungsmaske entwickelt und getestet. Die Auswertung der Angaben wurde bis August 2002 weitgehend abgeschlossen.

Zweite Erhebungsphase: Qualitative Erhebung durch leitfadengestützte Interviews

In der zweiten Erhebungsphase wurden qualitative Interviews (vgl. Meuser/ Nagel 1994, 1996) mit 19 allein erziehenden Müttern und einem allein erziehendem Vater durchgeführt. Die Themen für den Leitfaden (vgl. Anlage 2) wurden vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Fragebogenerhebung und nach umfassender Literaturrecherche herausgearbeitet. Die Auswahl der Interviewpartner/innen erfolgte im Verfahren des theoretical samplings (Glaser/ Strauß 1967) nach folgenden Kriterien:

- Geschlecht
- Nationalität
- Anzahl der Kinder
- Region
- Einkommen
- Gesundheitszustand.

Daten zur Dauer des Sozialhilfebezuges sollten ursprünglich von der Sozialverwaltung zur Verfügung gestellt werden, deshalb wurden sie nicht mittels des Fragebogens erhoben. Da sich die Datensystematisierung durch die Sozialverwaltung verzögerte, konnte für die Auswahl von Interviewpartnerinnen dieses Kriterium nicht systematisch herangezogen werden. Daher wurde im telefonischen Vorgespräch mit den potentiellen Interviewpartnerinnen erfragt, wie lange der Sozialhilfebezug be-

steht. In der Auswahl wurden Frauen mit sehr kurzer Dauer des Bezuges (unter einem Jahr) und sehr langer Dauer des Bezuges (über 10 Jahre) berücksichtigt. Außerdem wurden 2 Interviews mit Frauen geführt, die zum Zeitpunkt des Interviews den Ausstieg aus der Sozialhilfe erfolgreich vollzogen haben.

Die Durchführung der Interviews erfolgte im Juli und August 2002. Alle Interviews wurden auf Tonträger aufgezeichnet und vollständig transkribiert.

Die Interviews wurden inhaltsanalytisch in Anlehnung an die von Meuser und Nagel (1996) vorgeschlagenen Analyseschritte ausgewertet.

Dritte Erhebungsphase

In der dritten Erhebungsphase fanden Expert/innengespräche (vgl. Meuser/ Nagel 1996) mit kommunalen und politischen Entscheidungsträger/innen des Landkreises sowie mit Akteur/innen gesundheitlicher und sozialer Dienste statt. Dieses erfolgte in Form von persönlichen Gesprächen und in telefonischer Form. Die Inhalte der Gespräche wurden als qualitative Memos (vgl. Glaser/ Strauss 1998) festgehalten und standen damit zur inhaltsanalytischen Auswertung zur Verfügung. Mit folgenden Expert/innen wurden Gespräche durchgeführt:

- Expert/innen der Sozialverwaltung (2 Gespräche),
- Frauenbeauftragte der Gemeinde Buchholz (telefonisch),
- Expertin des Gesundheitsamtes Landkreis Harburg (Treffen im Rahmen des Arbeitskreises Armut und Gesundheit im Niedersächsischen Kooperationsverbund),
- Expertin eines Modellversuches „Harburger Lernwelten“ (telefonisch),
- Expert/innen der Grone-Schule Landkreis Harburg (1 Gespräch),
- Expert/innen der Grone-Schule Landkreis Lüneburg (2 Gespräche),
- Expert/innen weiterer Träger beruflicher Bildung und Erwachsenenbildung (3 Gespräche).

Ursprünglich waren je eine Gruppendiskussion mit Expert/innen des Sozial- und Gesundheitsausschusses des Landkreises Harburg und ausgewählten Vertreter/innen von sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungen geplant. Diese Gespräche sollten in Abstimmung mit dem Kooperationspartner durchgeführt werden. Aus organisatorischen Gründen sind diese ausgefallen. Aussagen über die gesundheitliche Versorgung und soziale Dienstleistungen für allein Erziehende in dieser Region konnten aus den Befunden des Forschungsprojektes „Armut und Gesundheit“ (vgl. Waller/ Deneke u.a. 2001) genutzt werden.

Kommunikative Validierung

Die Gültigkeit der Ergebnisse und Interpretationen wurde dadurch überprüft, indem diese sowohl den befragten Frauen präsentiert und mit ihnen diskutiert wurden als auch den befragten Expert/innen sowie Fachvertreter/innen vorgestellt wurden und auch hier auf Widersprüche und ihre Gültigkeit geprüft wurden (vgl. Mayring 1996). In diesem dialogischen und diskursiven Vorgehen wurden sowohl die subjektiven Bedeutungsstrukturen der Interviewanalysen überprüft und ggf. korrigiert sowie der Anwendungsbezug der empirischen Befunde gefestigt und ggf. modifiziert. Der Prozess der kommunikativen Validierung (Mayring 1996) fand in folgenden Formen statt:

- Ergebnispräsentation und Diskussion mit allein erziehenden Sozialhilfeempfängerinnen: hierzu wurden zwei Diskussionsforen organisiert, an denen einmal 4 Frauen aus dem Bereich Winsen und einmal 11 Frauen aus dem Bereich Buchholz teilgenommen haben.
- Ergebnisdiskussion mit dem Kooperationspartner: Die Zwischen- und Endergebnisse wurden im Zuge der Kooperationstreffen mit dem Kooperationspartner, also mit Vertreter/innen der Harburger Sozialverwaltung, diskutiert.
- Ergebnisdiskussion mit Vertreter/innen der beruflichen Bildung: Um den Anwendungsbezug der empirischen Ergebnisse zu sichern, wurde das durch die Projektgruppe entwickelte Qualifizierungsmodul verschiedenen Trägervertreter/innen beruflicher Bildung vorgestellt und in den Diskussionen mit ihnen überprüft, ob eine praktische Realisierung möglich ist und in welcher Form sie gelingen kann.
- Ergebnisdiskussion mit Fachvertreter/innen: Die Zwischenergebnisse des Projektes wurden insgesamt zweimal auf dem Bundeskongress „Armut und Gesundheit“ präsentiert und mit Vertreter/innen der Praxis und unterschiedlicher fachlicher Disziplinen diskutiert. Eine Präsentation der Endergebnisse ist für den kommenden Fachkongress im Dezember 2003 vorgesehen.

1.4 Projektübergreifende Zusammenarbeit und Kooperationen

Während der gesamten Projektzeit wurde mit Expert/innen aus unterschiedlichen regionalen und überregionalen Einrichtungen und Bereichen kooperiert. Die Zusammenarbeit bezog sich schwerpunktmäßig auf den Austausch von Forschungserfahrungen und Forschungsergebnissen. Vor allem im Hinblick auf die anwendungsbezogene Verwertung der Forschungsergebnisse wurde auf das Know-How von regionalen Expert/innen zurückgegriffen, wie im Folgenden ausführlicher dargestellt.

Zusammenarbeit mit dem Kooperationspartner: Sozialverwaltung Landkreis Harburg

Es bestand während des gesamten Projektverlaufes eine gute Zusammenarbeit mit den Mitarbeiterinnen der Abteilung Soziale Leistungen der Kreisverwaltung des Landkreises Harburg. Insgesamt haben 4 Projekttreffen stattgefunden, in denen der Stand der Forschungen referiert sowie erste Ergebnisse und Erfahrungen diskutiert wurden. Besondere Unterstützung lieferte der Kooperationspartner bei der Bereitstellung von statistischen Daten sowie für die Versendung des Fragebogens. Darüber hinaus konnte mit Unterstützung des Kooperationspartners ein Expertenforum durchgeführt werden, das zur Präsentation und Diskussion der Forschungsergebnisse mit zentralen Schlüsselakteur/innen der Region diene.

Kooperation mit der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.

Während der gesamten Projektlaufzeit bestand eine gute Zusammenarbeit mit der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.. Diese Zusammenarbeit wird über das Projektende hinaus weiter geführt. Insbesondere konzentrierte sich die Kooperation auf den Themenschwerpunkt „Soziale Benachteiligung und Gesundheit“. Der durch die Landesvereinigung koordinierte Arbeitskreis „Armut und Gesundheit“ wurde in diesem Zusammenhang als überregionales Expert/innengremium für Erfahrungsaustausch und Informationsvermittlung genutzt.

Kooperationen mit weiteren Forschungsprojekten im Themenbereich allein Erziehende

Im Projektverlauf wurden Kontakte zu wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen in Forschungsprojekten mit vergleichbaren Forschungsfragestellungen hergestellt. Ziele der Kooperation waren der Austausch von Informationen und Forschungserfahrungen sowie die gegenseitige Nutzung von Forschungsergebnissen. Zu folgenden Forschungsprojekten wurden Kooperationen entwickelt:

- Katholische Fachhochschule Aachen: Risiko allein erziehend. Projektleitung: Prof. Dr. Genenger-Stricker und Prof. Dr. Schirra-Weirich;
- Landratsamt Rems-Murr-Kreis Waiblingen: Bedarfserhebung zur gesundheitlichen Lage von allein Erziehenden und ihren Kindern im Rems-Murr-Kreis. Projektleitung: Frau Müller.

Kooperationen zur praxisnahen Verwertung der Forschungsergebnisse

Zur praxisnahen Verwertung der Forschungsergebnisse wurde eine zielgruppenspezifische Konzeption zur bedarfsgerechten Qualifizierung von allein erziehenden Frauen in Nordostniedersachsen: „Gesundheitsförderliche Integration in den Arbeitsmarkt“ entwickelt.

Die Projektentwicklung fand in Kooperation mit einem überregionalen Träger der Erwachsenenbildung, dem „Verein Niedersächsischer Bildungsinitiativen“, statt.

Zur Einschätzung des regionalen Bedarfes und konzeptionellen Rückmeldungen wurden im Landkreis Harburg Gespräche mit Expert/innen aus folgenden Institutionen geführt:

- Grone-Schule Winsen (1 Treffen),
- Grone-Schule Buchholz (telefonisch),
- Koordinierungsstelle „Frau und Wirtschaft“ Lüneburg/ Uelzen (feffa e.V.) (2 Treffen)
- Frauenbeauftragte Buchholz (telefonisch),
- Handwerkskammer Hamburg: Projekt „Harburger LernWelten“
Das Bildungsnetzwerk für Stadt und Land (telefonisch).

In den nun folgenden Ausführungen werden die Ergebnisse der Studie präsentiert.

2 Zur Lebenssituation allein erziehender Sozialhilfeempfängerinnen und ihrer Kinder unter besonderer Berücksichtigung ihrer gesundheitlichen Lage: Ergebnisse des Forschungsprojektes

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Analyse zur Lebenssituation von allein erziehenden Sozialhilfeempfängerinnen präsentiert. Dabei wird zunächst anhand ausgewählter sozio-demografischer Daten die Untersuchungsgruppe vorgestellt. Auch wenn die Lebensform der allein Erziehenden von Vielfalt und Dynamik geprägt ist (vgl. Schneider u.a. 2000), ließen sich anhand der Forschungsergebnisse Typen herausarbeiten, die die Bedingungen und Bewältigungsstrategien der allein erziehenden Sozialhilfeempfängerinnen differenzieren. Diese werden im zweiten Teil der Ergebnispräsentation dargestellt. Das Forschungsinteresse legt neben der Beschreibung der Lebenssituation den Fokus auf Aussagen über die gesundheitliche Lage der Frauen und Kinder und in einem salutogenetischem Verständnis auf die Frage, wie und ob es den Frauen gelingt, die eigene Gesundheit und die ihrer Kinder zu fördern und welche Ressourcen ihnen dafür zur Verfügung stehen bzw. welche Ressourcen fehlen und dringend benötigt werden. Diese Ergebnisse werden im Folgenden vorgestellt und diskutiert. Ein wesentlicher Belastungsfaktor der Frauen ist die fehlende Berufstätigkeit und damit verbunden das Angewiesensein auf materielle Unterstützungsleistungen in Form von Sozialhilfe. Als ein wesentliches Ergebnis der vorliegenden Studie wird Berufstätigkeit als eine Ressource für die Erhaltung von Gesundheit zum Abschluss der Ergebnispräsentation diskutiert.

2.1 Allein erziehende Sozialhilfeempfängerinnen im Landkreis Harburg: Auswertung der Sozio-demografischen Daten

In den folgenden Abschnitten wird anhand der Daten, die mit Hilfe der Fragebogenerhebung erfasst wurden, die Untersuchungsgruppe vorgestellt. Der Fokus liegt dabei auf sozial-demografischen Angaben, die das Alter, die Kinderzahl, den Familienstand, die Qualifikationen und Berufstätigkeit sowie das Einkommen der allein Erziehenden betreffen. Schriftlich befragt wurden 157 allein erziehende Sozialhilfeempfänger/innen aus 7 Gemeinden im Landkreis Harburg³. Es werden die sozio-demografischen Daten präsentiert, die die Untersuchungsgruppe charakterisieren und eine Einordnung der Gruppe im Vergleich zu anderen Personengruppen ermöglicht.

Die Frauen sind zwischen 18 und 53 Jahren, im Mittel 32,5 Jahre alt.

³ Weitere Angaben befinden sich im Abschnitt 1.3.

Tab. 1: Altersverteilung

| Altersgruppen | Häufigkeit | Prozentanteile |
|----------------------|-------------------|-----------------------|
| bis 19 Jahre | 2 | 1,3% |
| 20 bis 24 | 21 | 13,4% |
| 25 bis 29 | 31 | 19,7% |
| 30 bis 34 | 42 | 26,8% |
| 35 bis 39 | 36 | 22,9% |
| 40 bis 44 | 20 | 12,7% |
| 45 und älter | 5 | 3,2% |
| Gesamt | 157 | 100,0% |

Die Frauen haben zwischen einem und sechs Kindern, die meisten haben zwei Kinder (43%).

Tab. 2: Kinder der Befragten

| Kinderzahl | Häufigkeit | Anteil in % |
|----------------------|-------------------|--------------------|
| Ein Kind | 60 | 38,2 % |
| zwei Kinder | 68 | 43,3 % |
| drei Kinder | 19 | 12,1 % |
| vier Kinder und mehr | 10 | 6,4 % |
| Gesamt | 157 | 100,0 % |

Die Kinder leben bis auf wenige im Haushalt ihrer Mutter. Die bei den Müttern lebenden Kinder sind zwischen 1,5 Monaten und 24 Jahren alt, im Mittel 7,5.

Tab. 3: Alter der Kinder

| Alter des Kindes | Anteil in % |
|-------------------------|--------------------|
| bis unter 3 Jahre | 20,7 % |
| 3 bis unter 6 Jahre | 22,7 % |
| 6 bis unter 11 Jahre | 28,5 % |
| 11 bis unter 15 Jahre | 18,6 % |
| 15 Jahre und älter | 9,5 % |
| Gesamt (n=295) | 100,0 % |

Die Frauen sind fast ausschließlich deutscher Herkunft (vgl. Tab. 4: Herkunft). Zum einen ist die Quote der allein Erziehenden unten den in Deutschland lebenden Migrantinnen deutlich geringer als unter Deutschen, zum anderen beziehen nicht deutsche allein Erziehende eher Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz und nicht nach dem Bundessozialhilfegesetz⁴.

⁴ Die Grundgesamtheit unserer Befragung waren allein erziehende Bezieherinnen von Leistungen nach dem BSHG.

Tab. 4: Herkunft

| Herkunft der Frauen | Häufigkeit | Prozent |
|------------------------------------|-------------------|----------------|
| deutsch, in Deutschland geboren | 149 | 94,9% |
| deutsch, nicht Deutschland geboren | 3 | 1,9% |
| nicht deutsch | 5 | 3,2% |
| Gesamt | 157 | 100,0% |

Die Mütter leben fast ausschließlich mit ihren Kindern alleine. Eine kleine Zahl der Mütter gibt an, wieder einen Partner zu haben (4%). Die meisten Frauen waren verheiratet gewesen (knapp 60%) und waren zum Zeitpunkt der Untersuchung geschieden oder getrennt lebend.

Tab. 5: Familienstand

| Familienstand | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente |
|----------------------|-------------------|----------------|-------------------------|
| Ledig | 60 | 38,2 % | 39,7 % |
| geschieden | 54 | 34,4 % | 35,8 % |
| getrennt | 36 | 22,9 % | 23,8 % |
| verwitwet | 1 | 0,6 % | 0,7 % |
| unklare Angaben | 6 | 3,8 % | |
| Gesamt | 157 | 100 % | 100,0 % |

Die Schulbildung der Frauen streut breit, allerdings ist der Anteil der Frauen ohne Schulabschluss relativ gering⁵.

Tab. 6: Schulbildung

| Schulbildung | Häufigkeit | Anteil in % |
|---------------------|-------------------|--------------------|
| kein Schulabschluss | 10 | 6,4 % |
| Hauptschulabschluss | 63 | 40,1 % |
| Mittlere Reife | 66 | 42,0 % |
| (Fach)Abitur | 17 | 10,8 % |
| Sonstiges | 1 | 0,6 % |
| Gesamt | 157 | 100,0 % |

Ein Ausbildungsabschluss fehlt deutlich häufiger, mehr als jede dritte Befragte gibt an, keinen Ausbildungsabschluss zu haben (Tab. 7: Berufsausbildung). Immerhin haben 8 % sogar eine abgeschlossene Hochschulausbildung.

⁵ In Niedersachsen verlassen ca. 9.4 % eines Jahrganges die allgemeinbildende Schule ohne einen Abschluss (vgl. Niedersächsischer Landtag 1998: 88).

Tab. 7: Berufsausbildung

| Berufsausbildung | Häufigkeit | Anteil in % |
|---------------------------------------|-------------------|--------------------|
| kein Ausbildungsabschluss | 58 | 36,9 % |
| Abschluss einer Lehre | 58 | 36,9 % |
| Abschluss einer Berufsfachschule | 25 | 15,9 % |
| (Fach)Hochschulabschluss | 13 | 8,3 % |
| Sonstiges/ in Ausbildung ⁶ | 3 | 1,9 % |
| Gesamt | 157 | 100,0 % |

Obwohl nur Bezieherinnen von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt befragt worden waren, arbeiten mehr als die Hälfte der Frauen, meist in Teilzeit.

Tab. 8: Berufstätigkeit

| Berufstätigkeit | Häufigkeit | in % von 157 |
|------------------------------------|-------------------|---------------------|
| erwerbstätig | 84 | 53,5 % |
| ..darunter vollzeiterwerbstätig | 9 | 5,7 % |
| ..darunter teilzeiterwerbstätig | 41 | 26,1 % |
| ..darunter geringfügig beschäftigt | 34 | 21,7 % |

Die finanzielle Lage der meisten Frauen ist schlecht, nur wenige haben ein Haushaltseinkommen über der 40%- Armutsgrenze („strenge Armut“⁷). Im Durchschnitt stehen ihnen nur 34% des Äquivalenzeinkommens zur Verfügung⁸. (vgl. auch

Tab. 18: Äquivalenzeinkommen im Abschnitt 2.8). Nur wenige Frauen haben ein Einkommen über der 50%-Armutsgrenze. Dies ist allerdings bei Bezug von Sozialhilfe auch nur möglich, wenn gleichzeitig Erziehungsgeld bezogen wird, das auf die Sozialhilfe nicht angerechnet wird. Das Haushaltseinkommen steigt mit der Kinderzahl, das Äquivalenzeinkommen⁹ sinkt. Die Berufstätigkeit wirkt sich, trotz sinkender Sozialhilfe, positiv auf das Haushaltseinkommen der Frauen aus.

In den folgenden Ausführungen werden charakteristische Merkmale der Untersuchungsgruppe in Typisierungen zusammengefasst.

⁶ Insgesamt geben 13 Befragte an, sie seien in Ausbildung, die meisten von ihnen haben aber bereits einen Abschluss.

⁷ vgl. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2001

⁸ Differenzierte Angaben finden sich im Abschnitt 2.8.

⁹ Berechnet wurde das Äquivalenzeinkommen 1998 unter Verwendung des alten OECD-Schlüssels, der der Berechnung des Sozialhilferegelsatzes nahe kommt (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2001: 20 und 25).

2.2 'Typisch allein erziehend gibt es nicht': Beschreibungen zur Bewältigung der Lebenssituation anhand ausgewählter Beispiele

Die qualitative Analyse der Interviews mit 19 allein erziehenden Sozialhilfeempfänger/innen hat die Individualität der Lebenssituation dieser Personengruppe bestätigt (vgl. auch Erdmann 1997; Schneider u.a. 2000). Sowohl die Wege in die Lebenssituation als auch die Bedingungen, in denen diese Situation von den Frauen und Männern gestaltet wird, sind höchst unterschiedlich, so dass weder typische Muster noch Typen allein erziehender Frauen herausgearbeitet wurden.

Bei allen hier ausgewählten Interviewpartner/innen war der Weg in die Lebenssituation als allein erziehender Elternteil mit dem Beginn des Bezuges von Sozialhilfe verbunden. Es kann also festgestellt werden, dass die hier befragten Frauen und Männer¹⁰ neben der Bewältigung einer Trennung vom Lebenspartner oder Ehemann bzw. der Bewältigung der Geburt eines Kindes zusätzlich erhebliche finanzielle und weitere materielle Einschränkungen (wie z.B. den Verlust der gemeinsamen Wohnung oder des Autos) erlebten.

Das Forschungsinteresse im vorliegenden Projekt ist salutogenetisch orientiert (vgl. Antonovsky 1997) und fragt danach, mit welchen Ressourcen und unter welchen Bedingungen die interviewten Frauen ihre Lebenssituation als allein erziehende Sozialhilfeempfängerinnen bewältigen. Die Gesamtanalyse der qualitativen Interviews hat vier unterschiedliche Bewältigungstypen ergeben, die sich nach charakteristischen Merkmalen im Hinblick auf zur Verfügung stehende Ressourcen und auf die gesundheitliche Lage der Mütter und Kinder differenzieren lassen. Zwei der Typen beschreiben dabei Strategien einer positiven Bewältigung der Lebenssituation. Es wird deutlich, dass der Grad an positiver Bewältigung in einem unmittelbaren Zusammenhang steht mit den jeweils zur Verfügung stehenden Ressourcen und dem meist daraus resultierenden guten bzw. schlechten Gesundheitszustand der Mütter. Die Differenzierung der stark heterogenen Gruppe der allein erziehenden Sozialhilfeempfängerinnen in unterschiedliche Bewältigungstypen ermöglicht eine konsequentere Abstimmung von zielgruppenspezifischen Angeboten und Empfehlungen auf die heterogenen Bedürfnisse dieser Personengruppe. Im Folgenden werden die einzelnen Bewältigungstypen vorgestellt:

1. Die Gestalterin: Gestaltungskraft durch Gleichmaß,
2. Die Streiterin: Der Weg ist die Befreiung aus Abhängigkeiten,
3. Die Kämpferin: Ständiges Kämpfen als aktive Form der Auseinandersetzung und Bewältigung,
4. Die Resignierte: Stagnation bei der Suche nach einem Weg aus dem Teufelskreis.

¹⁰ Da in der quantitativen Befragung ausschließlich die Daten der weiblichen Personen berücksichtigt wurden, wurden auch ausschließlich die Interviews der weiblichen Gesprächspartnerinnen in der Ergebnispräsentation berücksichtigt.

Da die qualitative Auswertung der Interviews mit den allein erziehenden Müttern im Anschluss an die quantitative Auswertung der Fragebogenerhebung erfolgte, können keine Angaben bezüglich der Häufigkeit der vier Bewältigungstypen in der Studie vorgenommen werden. Die qualitativen Analysen weisen darauf hin, dass es sich bei keinem der Typen um eine Einzelercheinung handelt. Am häufigsten waren bei den Interviewpartnerinnen die Gestalterinnen mit fünf Frauen vertreten, die Streiterinnen kamen vier mal vor und die Kämpferinnen und Resignierten je drei mal.

Die Gestalterin: Gestaltungskraft durch Gleichmaß

Das typische Charakteristikum der Angehörigen dieser Gruppe ist die hohe Aktivität zur Gestaltung der Lebenssituation und das reflektierte Bewusstsein der Frauen, das eigene Leben und das ihrer Kinder in den jeweils unterschiedlichen Situationen zu meistern und zu bewältigen. Die größte Ressource zur Bewältigung ist dabei die Vertrautheit¹¹ mit der Lebenssituation und die Abwesenheit bedrohlicher Krisen. Der Weg in die Lebenssituation als allein Erziehende wurde von den Frauen weder als großer Einschnitt noch als ein mit Krisen verbundenes Ereignis beschrieben. Zu dieser Gruppe gehören sowohl ledige Mütter, die sich bereits vor oder unmittelbar nach der Geburt vom Vater des jeweiligen Kindes getrennt haben, als auch Frauen, die sich als 'bereits in der Partnerschaft bzw. Ehe allein erziehend' beschreiben. In der überwiegenden Anzahl wurde die Trennung durch die Frauen initiiert. Hauptmotive für die Trennung waren hier ein fehlendes Verantwortungsbewusstsein der Väter für die Kinder oder Unzufriedenheit mit der Partnerschaft. Die Frauen haben sich bewusst für die Lebenssituation als allein Erziehende entschieden und konnten sich in ausreichender Zeit auf diese vorbereiten bzw. einstellen.

Nach den Auswertungen der quantitativen Daten zeigt sich, dass es sich bei diesem Typus um die Frauen handelt, die am gesündesten sind. Keine der Frauen gab an, in den vergangenen vier Wochen krank gewesen zu sein, 80% der Frauen dieser Gruppe sind schmerz- bzw. beschwerdefrei.

Die ökonomische Situation wird in den Interviews von den befragten Frauen nicht als dramatisch beschrieben. Der Sozialhilfebezug liegt hier in unmittelbarem Zusammenhang mit der Geburt des Kindes bei den ledigen Müttern und damit verbunden mit dem Ende der Berufstätigkeit bzw. im Zusammenhang mit der Trennung vom Ehemann und damit verbunden dem Verlust eines Einkommens. Alle

¹¹ Als Kernstück des Konzeptes der Salutogenese hat Antonovsky (1997) die Herausbildung des Kohärenzgefühls beschrieben. Die Entwicklung dieser Grundhaltung ist in diesem Konzept abhängig von den Variablen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit. Je stärker diese Variablen ausgeprägt sind, desto erfolgreicher gelingt es, belastende Situationen zu bewältigen und damit verbundene Gesundheitsrisiken abzuwehren (vgl. Antonovsky 1997).

Frauen dieser Gruppe sind (teilzeit) erwerbstätig und betrachten daher den Bezug von Sozialhilfe als Übergangsstadium. Ziel der Frauen ist es, sobald eine gesicherte Kinderbetreuung möglich ist, die Erwerbsarbeit wieder aufzustocken, um damit langfristig gesehen den Sozialhilfebezug zu reduzieren oder zu beenden. Die Chancen, dieses zu erreichen, sind vergleichsweise hoch einzuschätzen, da die Ressource Bildung laut der quantitativen Angaben sehr hoch ist: Die Frauen dieser Gruppe verfügen über die höchsten schulischen Abschlüsse. Die Streuung bei den Ausbildungsabschlüssen ist allerdings hoch: Während einige angeben, keine abgeschlossene Berufsausbildung zu haben (wobei sich eine Frau in einer Ausbildung befindet), verfügen die meisten dieser Gruppe über einen Hochschulabschluss.

Das Verhältnis zu den Vätern wird als unproblematisch beschrieben. Der Kontakt besteht weiterhin aber eher im Hinblick auf die Vater-Kind-Beziehung. In einigen Fällen besteht weder von Seiten der Mutter noch durch die Kinder Kontakt zum Vater. Aber auch diese Situation wird von den Frauen nicht als belastend beschrieben, da eine Trennung bereits vor der Geburt des Kindes erfolgte und somit die Rolle des Vaters nie erheblichen Einfluss auf das Leben der Mutter seit der Geburt des Kindes hatte.

Gleichmaß als Ressource zeichnet sich in dieser Gruppe vor allem durch den fehlenden Zwang bzw. fehlende Motivation, kurzfristige Veränderungen der Situation herbeizuführen. Die Zufriedenheit mit dem Leben und dem der Kinder sowie das gesundheitliche Wohlbefinden wird als vergleichsweise hoch eingeschätzt. Als entscheidend dafür sind die hohe Entscheidungsfreiheit der Frauen anzuführen und die daraus wachsende Entscheidungskompetenz und Selbstständigkeit. Hinzu kommt, dass die Mütter sich selbst als sehr selbstbewusste Frauen beschreiben, die stolz darauf sind, ihre Situation zu meistern. Das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten wurde im Verlaufe der Zeit gestärkt, denn die Mütter realisieren ihre Selbstständigkeit. Die Alleinverantwortung wird nicht immer als Belastung empfunden. In den Interviews wird berichtet, dass die Frauen durch diese Alleinverantwortung Stärke und Selbstbewusstsein entwickelt haben. Eine wesentliche Mobilisierung der Kräfte und Ressourcen erfahren die Mütter durch die Kinder. Einerseits beschreiben sie die Kinder als wichtigen Pool der Zufriedenheit und Quelle für Freude und Kraft. Andererseits ist die Sorge um und die Verantwortung für das Leben der Kinder ein wesentlicher Motor für Perspektiventwicklung und Aktivität. Bereits langfristig etablierte und bewährte Alltagsroutinen und Netzwerke stellen dafür eine der wichtigsten Ressource, wobei im Vergleich zu anderen Befragten das Unterstützungsnetz als gering einzustufen ist.

Das bestätigen auch die Auswertungen der quantitativen Daten der Fragebogenerhebung. Ein typisches Antwortverhalten in dieser Gruppe bei der Frage nach formellen und informellen Unterstützungsressourcen ist, dass diese nicht für notwen-

dig gehalten werden und von daher nicht in Anspruch genommen werden. Gleichzeitig gehören die Frauen dieses Typus zu denjenigen, die am häufigsten ihre Kräfte durch die Befriedigung eigener Bedürfnisse stärken und Entspannung bei Tätigkeiten wie Lesen, Musik hören oder Spaziergängen suchen. Stressvermeidung zeigt sich hier als hervorstechendes Muster: Auf die Frage nach den individuellen Strategien, die eigenen Kräfte zu stärken, standen Unternehmungen mit den Kindern und sich Ruhe gönnen an vorderster Stelle. Außerdem sind die Frauen dieser Gruppe insgesamt die Einzigen, die durch Reisen und Kuren Ressourcen auftanken können, was von den anderen allein erziehenden Sozialhilfeempfängerinnen in den meisten Fällen als unmöglich eingeschätzt wurde.

Die Frauen beschreiben während der Interviews als größte Herausforderung in der Tagesgestaltung, Stress zu vermeiden. Damit verfolgen sie unbewusst eine notwendige Strategie, ein wesentliches Gesundheitsrisiko abzuwehren. Denn, und das ist die Kehrseite der herausgebildeten Routinen in der Alleinverantwortung: Die Frauen leben seit langer Zeit an einer Erschöpfungsgrenze, die sie selbst allerdings nicht reflektieren. Sie beschreiben chronische Müdigkeit, permanente Erschöpfung und damit verbunden Rücken- und Kopfschmerzen als Beeinträchtigungen ihres Wohlbefindens, ohne diese als direkte Gesundheitsrisiken wahrzunehmen. Die Frage nach Unterstützungswünschen wird auch in den Interviews mit dem Hinweis auf die eigene Bewältigungskraft und den Stolz auf die eigene Leistung abgewiesen. Die Notwendigkeit, Unterstützung in Anspruch zu nehmen, wird kaum gesehen, da sich das bestehende System, das „Familienteam“ bewährt hat. Ist dieses einerseits als positive Selbstwahrnehmung hervorzuheben, liegt aber andererseits in dieser Einschätzung die Gefahr einer chronischen Belastungssituation.

Die Perspektive der Frauen in dieser Bewältigungsgruppe ist darauf gerichtet, den Status Quo zu halten. Längerfristig besteht das Ziel, durch die eigene Erwerbstätigkeit den Sozialhilfestatus zu verlassen. Veränderungen hinsichtlich des Status als allein Erziehende sind nicht direkt vorgesehen. Teilweise haben die Frauen in einer neuen Partnerschaft die Rollen so verteilt, dass die Verantwortung für ihre Kinder weiterhin allein bei der jeweiligen Mutter bleibt und eine getrennte Haushaltsführung besteht. Bei den Single-Frauen besteht keine erneute Partnerorientierung. Das Leitmotiv dieser Gruppe lässt sich beschreiben als: Gestaltungskraft durch Gleichmaß – aktive Gestaltung als Bewältigungsressource.

Die Streiterin: Der Weg ist die Befreiung aus Abhängigkeiten

Ein charakteristisches Bewältigungsmuster der Frauen in dieser Gruppe ist die erfolgreiche und erfolgversprechende Überwindung von Abhängigkeiten. Entscheidend für diesen Prozess ist die Fähigkeit der Frauen, sich aktiv mit der eigenen Le-

benssituation auseinanderzusetzen und die Möglichkeiten und Notwendigkeiten zu reflektieren, negative Bedingungen zu verbessern. Die Frauen dieser Gruppe richten ihre Handlungen und Aktivitäten darauf, den Sozialhilfebezug zu beenden und die Verantwortung für die materielle Lebensexistenz zu übernehmen. In den Beschreibungen wird von den Frauen eine Analogie zwischen einer emotionalen bzw. materiellen Abhängigkeit zum Ehemann bzw. Partner und der materiellen (und auch teilweise emotionalen) Abhängigkeit von der Sozialhilfe beschrieben. So wird die erste Zeit nach der Trennung vom Ehemann bzw. Lebenspartner als Phase der Neuorientierung und aktiven Auseinandersetzung mit den eigenen Lebensperspektiven und Vorstellungen reflektiert. Die Trennung wurde von den Frauen selbst initiiert und mehrheitlich als positive Veränderung ihres Lebens dargestellt. Im Zuge dieser aktiven Auseinandersetzung werden Lösungspläne entwickelt, soziale Ressourcen erschlossen bzw. erstritten und konkrete Handlungsschritte vollzogen. Der Prozeß ist zu beschreiben als Weg in die (hier vor allem) materielle Unabhängigkeit in kleinen Schritten.

Der Kontakt zwischen den Kindern und Vätern der Kinder wird auch nach Trennungszeit aufrecht erhalten. Allerdings reduziert sich dieser Kontakt auf Besuche oder gemeinsam verbrachte Ferien. Für das Leben der Mütter und auch im Hinblick auf mögliche Entlastungen in der Alltagsorganisation spielen die Väter eine geringe bis gar keine Rolle.

Auffällig ist, dass nahezu alle Frauen dieser Gruppe (teilzeit) berufstätig sind und die Berufstätigkeit als Ressource für Wohlbefinden, Anerkennung und Selbstbestätigung definieren. Belastungen im Zusammenhang mit der Berufstätigkeit werden ausschließlich im Hinblick auf fehlende adäquate Kinderbetreuungsmöglichkeiten beschrieben. Ansonsten ist der Alltag so organisiert, dass sich die Berufstätigkeit integrieren lässt, auch wenn (noch) nicht in dem Maße, wie es für eine materielle Existenzsicherung notwendig wäre. Die ökonomische Situation wird von den Frauen nicht als dramatisch beschrieben. Die Frauen haben gelernt, sich vorübergehend auf materielle Engpässe einzustellen und diese auszugleichen.

Als belastenden Einschnitt im Zusammenhang mit der Lebenssituation als allein Erziehende empfinden die Frauen den damit einher gehenden Status als Sozialhilfeempfängerin. Der Sozialhilfebezug und die Trennung vom Partner erfolgten als zeitgleiche Ereignisse. Die Analysen zeigen, dass die größte Bedrohung für die psychische Gesundheit die empfundene materielle Abhängigkeit von der Sozialhilfe darstellt. Die Frauen haben von sich ein positives Selbstbild entwickelt, indem sie sich als stark, unabhängig, verantwortungsvoll und selbstbewusst erleben und beschreiben. Bestätigt wird das positive Selbstbild durch die gute Bewältigung der Trennung vom Lebenspartner und die positiven Erfahrungen in der Gestaltung der neuen Lebenssituation. In dieses positive Bild lässt sich schwer die meist negative Fremdefinition der Anderen wie z.B. von Bekannten, Nachbarn, Freunden, Eltern,

Arbeitgebern oder Institutionenvertreter/innen integrieren. Paradoxerweise gelingt es allerdings auch nicht, negative Zuschreibungen oder Stigmatisierungen zu ignorieren. Als eine Lösungsmöglichkeit für diesen Konflikt nehmen insbesondere diese Frauen eine Differenzierung zwischen Sozialhilfeempfänger/innen im Allgemeinen und allein erziehenden SozialhilfeempfängerInnen im Besonderen vor. Die Frauen beschreiben ihre Situation als unverschuldet und sehen ihren gesellschaftlichen Beitrag in der Erziehung und Versorgung ihrer Kinder. Sie geben an, wenn die Unterhaltszahlungen der Väter verlässlicher wären bzw. bedarfsgerechte Kinderbetreuungsmöglichkeiten vorhanden wären, so dass sie im größeren Umfang berufstätig sein könnten, wären die Zahlungen durch das Sozialamt zur Sicherung des Lebensunterhaltes nicht notwendig. In der Beschreibung von Zukunftsperspektiven sehen die Frauen klar den Ausstieg aus dem Status Sozialhilfeempfängerin und sind auch bereit, die dafür notwendigen Rahmenbedingungen zu erstreiten.

Im Hinblick auf die sozialen Ressourcen ist einzuschätzen, dass es den Frauen und Kinder laut Interviewaussagen gelungen ist, ein tragfähiges soziales Netz aufzubauen, zu pflegen und auch zu nutzen. Dieses gelingt sowohl im Sinne einer Unterstützung in der Alltagsorganisation als auch als Hilfe in Krisensituationen. Die Unterstützung durch Freunde und Verwandte wird dabei nicht als Widerspruch zur eigenen Selbstständigkeit erlebt. Im Gegenteil, der Aufbau des Netzwerkes und die strategische Nutzung dieser Ressourcen wird als verantwortungsvoller Umgang mit knappen Ressourcen und als Bestandteil und Voraussetzung für ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben verstanden. Dieses lässt sich anhand der Fragebogenergebnisse allerdings nicht bestätigen. Hier signalisieren die Frauen, dass Unterstützungen durch beispielsweise Angehörige, Freund/innen, Nachbarschaft oder soziale Institutionen entweder nicht nötig oder nicht möglich ist. Das Antwortverhalten in der quantitativen Befragung bezüglich der Fragen, wie die Frauen ihre Kräfte selbst stärken können bzw. welche Strategien zur Entspannung Anwendung finden, bestätigt das hohe Aktivitätspotenzial in dieser Gruppe. Typische Aktivitäten zum Kräfte stärken sind Unternehmungen mit den Kindern, Freunden oder allein (im Vergleich zu den anderen Gruppen sticht hier die Häufigkeit hervor), während Ruhe, Kuren oder Entspannungskurse „nicht möglich“ sind. Entspannung erfahren die Frauen durch Gartenarbeit, spazieren gehen, fernsehen und Musik hören, wohingegen Lesen eine eher untergeordnete Rolle spielt, was die Frauen allerdings bedauern (die meisten könnten sich durch Lesen entspannen, es fehlt aber die Gelegenheit).

Insgesamt reflektieren die befragten Frauen unterschiedliche Belastungen ihrer Lebenssituation und führen diese Belastungen auf ihren verhältnismäßig schlechten Gesundheitszustand zurück. Die Fragebogenauswertung zeigt, dass die Frauen dieser Gruppe das höchste Belastungspotenzial aufweisen. Es geben wesentlich mehr Frauen dieser Gruppe an, durch die Alleinverantwortung für die Kinder belastet zu

sein sowie durch fehlende Regenerationszeit im Sinne von „Zeit für mich selbst“ zu haben, als vergleichsweise die Frauen der anderen Typisierungen. Auch wenn alle Frauen beschreiben, dass sie sich seit der Trennung vom Ehemann oder Partner wohler fühlen, verstärken sich körperliche Krankheitssymptome wie beispielsweise Rückenbeschwerden, Migräne, Infektionskrankheiten, etc. Auch der Gesundheitszustand der Kinder ist durch ein vermehrtes Auftreten chronischer Erkrankungen, wie z.B. Asthma, Neurodermitis, Hyperaktivität belastet. Im Alltag selbst ist die Förderung der Gesundheit kein Thema, auch wenn Krankheiten von Kindern oder die eigene Krankheit mit massiven zusätzlichen Belastungen verbunden sind.

Die Fragebogenauswertungen zeigen eine geringere Krankheitshäufigkeit bei den Frauen dieser Gruppe, der Anteil derjenigen, die in den vergangenen 4 Wochen krank waren, liegt bei 20%. Gleiches gilt für die Aussagen bezüglich Schmerzen und weitere körperliche Beschwerden, auch hier fühlen sich 20 % der Befragten in dieser Gruppe eingeschränkt. Diese recht positiven Ergebnisse stehen keineswegs im Widerspruch zu den Beschreibungen der Frauen über ihren verhältnismäßig schlechten Gesundheitszustand. Die Interviews zeigen, die Frauen erlauben es sich nicht, krank zu werden. Die meist auf Erschöpfung zurück zu führenden Einschränkungen des Wohlbefindens werden nicht als Krankheiten definiert. Krank sein bedeutet in der subjektiven Definition der Frauen die Einschränkung von Aktivität. So lange dies nicht gegeben ist, bezeichnen sie sich selbst als gesund, auch wenn Symptome und Indikationen für Krankheiten vorliegen.

Der schlechte gesundheitliche Zustand von Müttern und Kindern wird auf die Stresserfahrungen während der Trennungszeit und während der ersten Monate nach der Trennung zurückgeführt. Die Befragten vertrauen darauf, dass sich in naher Zukunft die eigene Lebenssituation verbessert und damit gesundheitsgefährdende Stressoren beseitigt werden. Daher gestalten und erstreiten sie in optimistischer Weise als Leitmotiv ihren Weg aus der Sozialhilfe hin zu einem unabhängigen, selbstbestimmten Leben.

Die Kämpferin: Ständiges Kämpfen als aktive Form der Auseinandersetzung und Bewältigung

Mit der Bezeichnung „die Kämpferinnen“ wird nicht nur das typische Charakteristikum der Frauen beschrieben. Kämpfen für ein Leben nach den eigenen Wünschen und Bedürfnissen beschreibt hier eine Form der Bewältigung von dramatischen, krisenhaften Situationen und eine Strategie der Weiterentwicklung eigener Potenziale. Die Fähigkeit, sich in Form von massiver Auseinandersetzung und Aktivität für die eigenen Rechte und die Rechte der Kinder einzusetzen, stellt einerseits eine der

wesentlichen Ressourcen der Frauen dar. Andererseits birgt diese Bewältigungsstrategie aufgrund der enormen psychischen Belastung Risiken für die Gesundheit.

Kennzeichnend für diese Gruppe ist der bereits mit Belastungen verbundene Weg in die Lebenssituation als allein erziehende Sozialhilfeempfängerin. Auch wenn die Beziehung zu den jeweiligen Vätern als Belastung, von Gewalterfahrungen begleitet beschrieben wurde, erfolgte die Trennung nicht freiwillig und stellt daher einen bedeutenden Einschnitt für das Leben der Frauen und Kinder dar. Die Unfreiwilligkeit der Trennung lässt sich unter anderem mit der hohen Orientierung der Mütter an ein traditionelles Familienbild im Sinne einer Kleinfamilie bestehend aus Mutter, Vater und Kindern erklären. Die Trennung und der meist damit einher gehende Sozialhilfebezug wird als Niederlage empfunden.

Die aktuelle Lebenssituation der Frauen und Kinder lässt sich als „up and down“ zwischen akuten Krisen und Zeiten der gelungenen Bewältigung und damit vorübergehenden Ruhe beschreiben. Die Krisen sind einerseits auf den insgesamt schlechten Gesundheitszustand der Mütter und Kinder zurück zu führen und sind andererseits Folge des niedrigen Ressourcenniveaus. Die Mütter beschreiben ihr Unterstützungspotenzial als sehr eingeschränkt und bedauern dieses. So zeigen auch die Ergebnisse der Fragebogenerhebung das überwiegende Antwortverhalten, dass Unterstützungen durch Angehörige, Nachbarschaft, Freund/innen oder soziale Institutionen als nicht möglich wahrgenommen werden bzw. in nicht ausreichender Form stattfinden. Keine der Befragten hat je angegeben, dass sie eine Unterstützungsform nicht benötigt. Sie wünschen sich Unterstützung in Form von Anerkennung, Wertschätzung, Entlastung in der Haushaltsorganisation und Kinderbetreuung sowie bei der Übernahme von Verantwortung. Gleichzeitig ist ihnen gewahr, dass sie diese Form von Unterstützung nicht erhalten können und verlassen sich auf ihre biografische Erfahrung, krisenhafte Situationen auch aus eigener Kraft bewältigen zu können. Auch wenn die Mütter bemüht sind, eine optimistische Perspektive zu entwickeln, beschreiben sie ihre Situation als enorm belastend.

Die quantitative Analyse zeigt, dass sich das Belastungsempfinden der Frauen dieser Gruppe nicht wesentlich von dem der anderen unterscheidet. Doch zeigen die Auswertung der Fragen nach den Strategien zur Entspannung und zur Stärkung der Abwehrkräfte stärken, dass die Frauen dieser Gruppe hier sehr eingeschränkt sind und nur über wenige Möglichkeiten verfügen. Kräfte stärken durch Sport oder Gesundheitskurse ist für keine der Frauen möglich. Verreisen oder Unternehmungen mit Freund/innen bzw. allein, sind sehr eingeschränkt möglich und werden als nicht ausreichend beschrieben. Die einzigen Kräfte stärkenden bzw. entspannenden Aktivitäten sind Unternehmungen mit den Kindern, lesen, fernsehen oder sich mit einer Zigarette bzw. Tasse Kaffee zur Ruhe zu setzen.

Das Verhältnis der Mütter zu den Vätern der Kinder ist sehr ambivalent. In den meisten Fällen lehnen die Väter einen Kontakt zur Familie ab. Trotz der dramatischen Trennung und der damit einher gehenden Gewalterfahrungen kämpfen die Mütter um die Beziehung ihrer Kinder zu den Vätern und nehmen große Anstrengungen und Demütigungen in Kauf, den Kontakt zwischen den Kindern und Vätern herzustellen.

Zu den größten Belastungen zählt neben dem Verhältnis zu den Vätern der Kinder die ökonomische Situation. Die ökonomische Situation der Frauen in dieser Gruppe ist vergleichsweise dramatisch und wird auch von den Frauen als solche empfunden und beschrieben. Im Vergleich zu den weiteren befragten Frauen stellen hier die Ausgaben für Gesundheitskosten sowohl für sich selbst als auch vor allem für die Kinder eines der ökonomischen Risiken dar (z.B. für Spezialnahrung oder besondere psychologische Therapien). Alle befragten Frauen dieser Gruppe haben eine sehr starke negative Identifikation mit der Lebenssituation als Sozialhilfeempfängerin vorgenommen. In den Interviews beschreiben sie Stigmatisierungsprozesse, die sie sowohl aus dem persönlichem Umfeld erfahren haben, als auch von Mitarbeiter/innen in den Behörden wahrnehmen. Der Sozialhilfebezug wird als enorm belastend empfunden. Gleichzeitig realisieren die Frauen, dass ein Ausstieg aus dieser Situation in nächster Zukunft nicht gelingen kann. Auch wenn eine Erwerbsorientierung vorliegt, schätzen die Frauen ein, dass aufgrund der weiteren Belastungen und der gesundheitlichen Einschränkungen, Erwerbsarbeit in nächster Zukunft nicht möglich sein wird. Eine Möglichkeit der Bewältigung von negativer Identifizierung wurde von allen Frauen dieser Gruppe gewählt. In der Selbstdefinition bezeichnen sich die Frauen auch hier als „die anderen Sozialhilfeempfängerinnen“ und grenzen sich damit massiv von anderen Personengruppen in dieser Situation ab. Sie heben hervor, dass sie einen anderen Lebensentwurf hatten und nach wie vor dafür kämpfen, diesen zu realisieren. Sie sehen nicht sich selbst für diese Situation verantwortlich, sondern verweisen auf biografische Erfahrungen¹², die verhinderten, einer geregelten Erwerbsarbeit nachzugehen.

So zeigen auch die quantitativen Daten, dass die Frauen dieser Gruppe über den niedrigsten Schulabschluss verfügen (Volks- oder Hauptschule, in wenigen Fällen Realschule/ Mittlere Reife). Auch die Anzahl derjenigen ohne abgeschlossene Berufsausbildung ist vergleichsweise hoch.

Wie bereits mehrfach angedeutet, ist die gesundheitliche Lage der Mütter und Kinder dieser Gruppe verhältnismäßig schlecht. Der Anteil derjenigen, die in den ver-

¹² Zu diesen biografischen Erfahrungen zählen beispielsweise frühe Gewalterfahrungen in der Familie oder in Partnerschaften, die schulische Abschlüsse erschwerten und Ausbildungen verhinderten. Begleiterscheinungen dieser Gewalterfahrungen waren gesundheitliche Einschränkungen, wie Depressionen oder Ängste, die sich im Verlaufe der Biografie manifestierten und chronifizierten.

gangenen 4 Wochen eine Krankheit hatten¹³, ist mit 67% sehr hoch. Auch wenn die Frauen angegeben haben, dass sie keine Probleme/ Einschränkungen durch den aktuellen Gesundheitszustand bei der Verrichtung alltäglicher Tätigkeiten haben, geben alle Frauen dieser Gruppe an, jeden Tag Schmerzen zu verspüren. Auch der Anteil derjenigen, die angeben, dass Ängste und Niedergeschlagenheit das Wohlbefinden beeinträchtigen, ist mit 68% sehr hoch. Die qualitative Analyse zeigt, dass dieses Antwortverhalten typisch für diese Gruppe ist: Trotz hoher Einschränkung des subjektiven Wohlbefindens und akuter Krankheitssymptome kämpfen die Frauen darum, die alltägliche Haushaltsorganisation aufrecht zu erhalten und erlauben es sich nicht „krank zu werden“, in dem Sinne, dass sie ihren täglichen Pflichten nicht mehr nachkommen können. Wenn die Frauen über „Krank sein“ berichten, handelt es sich um schwerwiegende Krankheiten, die meist auch eine stationäre Behandlung erfordern. Das größte gesundheitliche Risiko stellen, so die Interviewaussagen, die Spätfolgen von Gewalterfahrungen durch Partner der Mütter oder Väter der Kinder dar. Der hohe Krankenstand und eine schlechte Befindlichkeit begründen allerdings eine hohe Gesundheitssensibilisierung. Die Frauen beschreiben, dass sehr viel Aufmerksamkeit, finanzielle Ressourcen und Zeit in die Gesundheit und dabei insbesondere die der Kinder investiert werden. Allerdings werden auch hier die zur Verfügung stehenden Ressourcen als sehr begrenzt und mangelhaft eingeschätzt. In dieser Gruppe häufen sich chronische Erkrankungen der Kinder und psychosomatische Störungen bei Müttern und Kindern. Zusammenfassend lässt sich die Situation als permanenter Kampf beschreiben, traumatische Erfahrungen zu bewältigen, die Alltagssituation aufrecht zu erhalten und eine positive Zukunftsperspektive zu entwickeln. Dabei sind die Kinder der wichtigste Motor. Das Fernziel der Frauen ist, zukünftig auf eigenen Füßen zu stehen und ihre Würde und Selbstständigkeit zurück zu gewinnen. Sie möchten ihren Kindern positive Zukunftsperspektiven eröffnen und kämpfen darum, ihnen den Weg in eigenständige Erwerbsarbeit als Voraussetzung für den Ausstieg aus der Sozialhilfe zu ermöglichen.

Die Resignierte: Stagnation bei der Suche nach einem Weg aus dem Teufelskreis

Die Frauen dieser Gruppe zeichnen sich durch ein verhältnismäßig hohes Belastungsempfinden und eine resignierte Haltung in der Gestaltung ihrer Lebenssituation aus. Es sind meist Frauen, die bereits seit einem sehr langen Zeitraum Sozialhilfeempfängerinnen sind und auch nicht in absehbarer Zeit eine Veränderung dieses

¹³ Die Interviewauswertungen zeigen, dass eine Differenzierung vorgenommen werden muss zwischen „eine Krankheit haben“ und „krank sein“. Die befragten Frauen verbinden mit „krank sein“ ihren Ausfall bei der Erledigung der täglichen Verpflichtungen. Sie definieren sich selbst erst als „krank“, wenn sie in der täglichen Haushaltsorganisation und Arbeit eingeschränkt sind. Es ist also auch möglich, dass sie sich selbst als gesund bezeichnen, auch wenn sie eine Krankheit haben.

Umstandes erwarten. Auch in dieser Gruppe steht der Bezug von Sozialhilfe in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der Trennung vom Ehemann oder Lebenspartner bzw. mit der Geburt des Kindes bei ledigen Müttern. Die Trennung bzw. die Entscheidung für die Alleinverantwortung für das neugeborene Kind erfolgte nicht freiwillig, und diese Ereignisse wurden von den Frauen als dramatische Einschnitte in ihrem Leben beschrieben. Die Bewältigung der neuen Situation kostete enorm viel Kraft, da nicht zu jedem Zeitpunkt ausreichend soziale und materielle Ressourcen sowie Handlungsstrategien zur Verfügung standen. Die Zeit nach der Trennung wurde als Krise erlebt, deren Bewältigung häufig mit gesundheitlichen Schäden einherging.

Ihren gesundheitlichen Zustand beschreiben die befragten Mütter dieser Gruppe in den Interviews als schwankend und verhältnismäßig schlecht. In dieser Gruppe findet sich ein hohes Maß an chronischen Erkrankungen (wie beispielsweise Multiple Sklerose, Migräne, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) bei den Müttern aber auch bei den Kindern (z.B. Erkrankungen der Atemwege). Außerdem häufen sich hier kindliche Entwicklungsstörungen, die therapeutisch behandelt werden und psychosomatische Erkrankungen bei den Kindern, die die Mütter in den Interviews als Resultat der Belastungen beschreiben, die die Kinder in der familiären Situation vor, während und nach der Trennung vom Vater erfahren haben. Aufgrund der Häufung von chronischen Erkrankungen kann festgestellt werden, dass Krankheiten insgesamt als integraler Bestandteil des Lebens beschrieben werden. Alle Mitglieder der Familien sind sensibilisiert und haben ein routinisiertes Umgehen mit den Erkrankungen entwickelt. Im Unterschied dazu stellen akute Erkrankungen (wie z.B. grippale Infekte oder auch Verletzungen durch Unfälle) für alle Mitglieder der Familie immer wieder neu eine zusätzliche Belastung dar, die bei längerer Dauer auch wieder in eine erneute Krise münden kann. Das routinisierte und vorhersehbare Handlungsschema bei den chronischen Erkrankungen lässt diese für den familiären Alltag als unproblematisch erscheinen. Problematisch sind eher unvorhersehbare Beeinträchtigungen der Gesundheit, die zusätzlich die Kräfte sowohl von den Müttern als auch von den Kindern schwächen und den Alltag unterbrechen. Die Auswertungen der Fragebogenerhebung bestätigen dieses Bild: Der Anteil derjenigen, die in den vergangenen 4 Wochen krank waren, ist auch in dieser Gruppe mit 67% sehr hoch. Außerdem beschreiben einige Frauen Schwierigkeiten bei der Alltagsbewältigung aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen. Auch die Anteile derjenigen, die angaben, Schmerzen zu haben bzw. Angst und Niedergeschlagenheit wahrzunehmen, ist mit je 67% sehr hoch.

Auch ein ungleiches Verhältnis von hoher Belastung und geringer sozialer Unterstützung bzw. erfolgreichen Strategien zur Entspannung bzw. zum Kräfte stärken, ist charakteristisch für die Gruppe, wie die Fragebogenerhebung zeigt. Ein Drittel der Frauen geben an, dass sie über Unterstützungen durch Angehörige,

Freund/innen und Partner verfügen können, auch wenn sie diese noch nicht als ausreichend empfinden. Institutionelle Unterstützung durch soziale Dienste wird als nicht nötig befunden. Kräfte stärken durch Gesundheitskurse, eigene Unternehmungen oder Reisen erscheint den Frauen als nicht möglich. Sport treiben, sich Ruhe gönnen oder Unternehmungen mit den Kindern sehen die Frauen als eine Möglichkeit zum Kräfte stärken, auch wenn dieses nicht im ausreichenden Maße erfolgen kann. Auch die Möglichkeiten zu entspannen, werden als nicht ausreichend empfunden. Dazu gehören Musik hören, lesen, fernsehen, spazieren gehen.

Auch wenn die Schulabschlüsse der Frauen dieser Gruppe recht hoch sind (alle Schultypen sind vorhanden) und auch wenn die meisten Frauen über eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügen, ist weiterhin festzustellen, dass keine dieser Frauen erwerbstätig ist. Dieses hat nicht nur negative Auswirkungen auf die ökonomische Situation. Vor allem im Hinblick auf die Möglichkeiten, soziale Kontakte außerhalb der Familie zu knüpfen und damit das Unterstützungsnetzwerk zu erweitern, wirkt sich die fehlende Erwerbstätigkeit negativ aus. Das soziale Netz besteht hier überwiegend aus Familienangehörigen, wie die Mütter der Frauen oder Geschwister. Diese bilden sowohl die größte emotionale Unterstützungsressource als auch die Quelle für Entlastungen im Alltag oder bei Notfällen. Die Frauen beschreiben ihr Netzwerk als nicht ausreichend und vermissen weitere Unterstützungen. Gleichzeitig sehen sie sich nicht in der Lage, Freundschaften zu anderen zu vertiefen bzw. neu zu entwickeln. Dafür werden unterschiedliche Begründungen herangezogen wie z.B. zeitliche und gesundheitliche Probleme, fehlende materielle Mittel oder Scham.

Ein weiteres Charakteristikum ist das gering ausgeprägte Selbstwertgefühl der Frauen in dieser Gruppe. Das eingeschränkte Selbstvertrauen behindert die Bewältigung von Situationen, da alternative Handlungskompetenzen zu den bekannten Lebens- und Verhaltensmustern nur gering erprobt und entwickelt werden. Die befragten Frauen schätzen in einer sehr pessimistischen Perspektive ihre Handlungsspielräume und eigene Gestaltungskraft als sehr eingeschränkt ein. Hinzu kommt, dass es ihnen aufgrund der permanenten Überlastung schwer fällt, positive Lebensperspektiven zu entwickeln und damit positive Veränderungen der Situation vorzunehmen. Die Befragten sehen sich in einem ausweglosen Teufelskreis. Das Empfinden von Benachteiligung und Unzufriedenheit ist in dieser Gruppe besonders stark ausgeprägt. Dennoch gelingt es offenbar aufgrund der Belastungen nicht, die Unzufriedenheit in Aktivität zur Veränderung und Auseinandersetzung mit der Situation zu wenden. Oftmals wird die Verantwortung für die belastende Situation auf Dritte (z.B. den Vater der Kinder oder den Staat) verschoben, womit eine weitere aktive Auseinandersetzung verhindert wird. Möglicherweise handelt es sich hier auch um einen Schutzmechanismus, da die nötigen personellen, sozialen und materiellen Ressourcen für die Herbeiführung von Lebensveränderungen fehlen.

Zu dieser allgemeinen Unzufriedenheit gehört auch die Unzufriedenheit mit dem Status als Sozialhilfeempfängerin. Neben den Belastungen, die durch Stigmatisierungen empfunden werden, werden hier vor allem aufgrund der sehr schlechten ökonomischen Situation materielle Argumente in den Vordergrund gestellt. Finanzielle Sorgen und die Unzufriedenheit mit der Lebenssituation gehören daher auch zu den Gesundheitsrisiken. Die Resignation wird durch die fehlende Erwerbstätigkeit und die gesundheitlichen Probleme verstärkt, denn es lässt sich nicht erwarten, dass kurz- oder längerfristig Veränderungen dieses Status gelingen. Zusammenfassend kann als Leitmotiv der Frauen der Wunsch beschrieben werden, den Teufelskreis zu verlassen. Dramatisch ist, dass die Erfüllung dieses Wunsches von den Frauen selbst als eher unrealistisch eingeschätzt wird, wobei die jüngeren Mütter sich eher eine neue Lebensperspektive in entfernter Zukunft vorstellen können. Insgesamt bleibt die aktuelle Situation von Pessimismus und Resignation geprägt.

Nach der Vorstellung dieser vier Bewältigungstypen werden im Folgenden ausführlich die Ergebnisse zur gesundheitlichen Lage der allein erziehenden Mütter und die ihrer Kinder präsentiert.

2.3 Zur gesundheitlichen Lage der allein erziehenden Mütter und deren Kinder und deren Ressourcen zur Förderung der Gesundheit

In den folgenden Darstellungen werden Aussagen der Mütter über ihren Gesundheitszustand auf der Basis ihrer subjektiven Einschätzungen ihres persönlichen Wohlbefindens¹⁴ präsentiert. Von besonderem Interesse war die Analyse des Zusammenhangs von der Verfügbarkeit über gesundheitsfördernde Ressourcen und dem Gesundheitszustand der Familien. Im Folgenden werden Ergebnisse im Hinblick auf diese beiden Schwerpunkte vorgestellt und diskutiert.

Im Absatz 2.3 werden differenzierte Aussagen über den Gesundheitszustand der befragten Mütter und ihrer Kinder anhand ihrer Selbsteinschätzungen getroffen. Damit liegen Aussagen über die konstitutionelle körperliche Verfassung und das seelische Wohlbefinden als personelle Ressourcen zur Bewältigung externer Anforderungen durch die Lebenssituation als allein erziehende Sozialhilfeempfängerin

¹⁴ Forschungen zu subjektiven Einschätzungen in der Definition von Gesundheit, Krankheit, Wohlbefinden und Beschwerden haben aus der Perspektive unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen und durch verschiedene Methodenzuschnitte die aktuelle gesundheitswissenschaftliche Diskussion inspiriert. Im Herausgeberband von Flick (1998) werden subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit unterschiedlicher Altersgruppen, aus geschlechtsspezifischer Perspektive, vor dem Hintergrund verschiedener kultureller Einflüsse und verschiedener Laiengruppen zusammengetragen. Steiner (1999) legt ihren Fokus auf Befindlichkeitseinschätzungen von Laien und bietet alltags- und biografiebezogene Entwicklungsperspektiven aus Sicht der Frauengesundheitsforschung. In seiner empirischen Studie zur Erforschung subjektiven Wohlbefindens hat Franze (2002) mit einem individuumszentrierten und differenziellen Ansatz persönliche Konstrukte Subjektiven Wohlbefindens herausgearbeitet.

vor. Die wichtigsten sozialen Ressourcen bilden soziale Bindungen und soziale Netzwerke als Unterstützungspotenziale. Das Kapitel 2.4 beschreibt die sozialen Netzwerke der Befragten und damit deren Möglichkeiten, Unterstützungsleistungen im privaten/ informellen Bereich in Anspruch nehmen zu können. Die Rolle von professionellen Unterstützungsdienstleistungen als soziale Ressourcen wird im Absatz 2.5 diskutiert. Ökologische Ressourcen als Ressourcen einer „gesunden Umwelt“ (Waller 2002: 41) werden in ihrer Bedeutung für die Förderung von Gesundheit in der wissenschaftlichen und politischen Diskussion zunehmend wahrgenommen (WHO-Euro 1998, Centre for our common future 1993). Im Absatz 2.7 wird die Bedeutung dieser Ressourcen für die befragten allein Erziehenden vorgestellt.

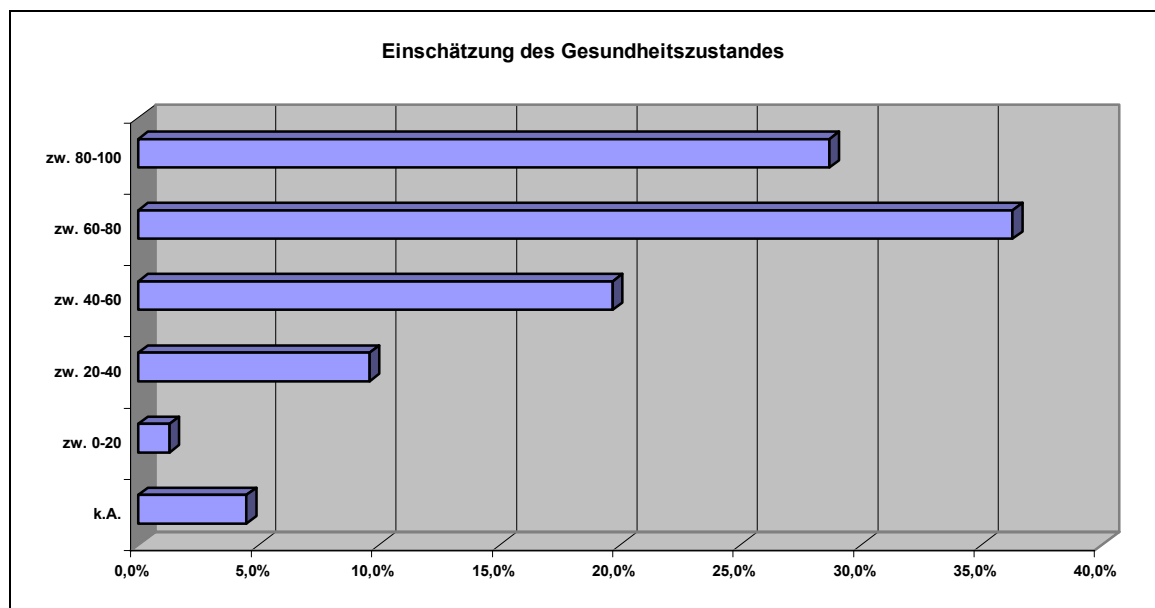
2.3.1 Aussagen zum Gesundheitszustand der Mütter

Die folgenden Analysen beruhen auf Einschätzungen des Wohlbefindens, auf Berichten über Krankheiten und Erfahrungen der Bewältigung, die als Ergebnisse der Interviewanalysen vorliegen. Hinzu kommen die Angaben der Frauen aus den Fragebögen in drei Dimensionen:

- eine subjektive Bewertung ihres Gesundheitszustandes mit Hilfe einer Skalierung,
- Angaben über Erkrankungen in den vergangenen vier Wochen und
- Angaben bezüglich gesundheitlicher Beschwerden¹⁵.

Die nachfolgende Grafik erläutert die subjektiven Einschätzungen der befragten Mütter über ihren Gesundheitszustand.

Grafik 1: Einschätzung des Gesundheitszustandes



¹⁵ Ausführliche Ausführungen zur Erhebung finden sich im Methodenkapitel sowie in den Abbildungen der Erhebungsbögen im Anhang.

Von den Frauen, die Angaben machen, ordnen 30% ihrem Gesundheitszustand Werte zwischen 80 und 100 zu, liegen also im besten Quintil. Der Mittelwert liegt bei 71.

Nach der Einschätzung ihrer Gesundheit insgesamt befragt, geben die meisten Frauen also recht positive Werte an¹⁶. Diese variieren allerdings stark mit der finanziellen Lage ($r = -0,21$), geringer mit dem Alter und der Berufstätigkeit. Auch in der RKI-Untersuchung wird ein positiver Zusammenhang der Einschätzung des Gesundheitszustandes mit der Zufriedenheit mit dem Einkommen konstatiert (RKI 2003, S. 19).

Im Vergleich zu anderen Untersuchungen allein Erziehender sind die Werte aber deutlich negativer einzuschätzen. So stimmen im Rems-Murr-Kreis 40,8 % der allein Erziehenden der Aussage zu, ihre Gesundheit sei sehr gut (Landratsamt Rems-Murr-Kreis – Gesundheitsamt 2003). In der RKI-Studie werden Werte von 55,9% für einen guten bzw. sehr guten Gesundheitszustand referiert (RKI 2003). Die gesundheitliche Lage der Frauen wurde allein über deren schriftliche Angaben – also subjektiv – ermittelt.

Die Frauen wurden auch nach Erkrankungen innerhalb der letzten vier Wochen befragt. Die 4-Wochenprävalenz von Erkrankungen allgemein liegt bei 41%. Im Verhältnis zum Bundesdurchschnitt ist damit von einem sehr hohen Krankenstand auszugehen, wenn die Auswertung von Mikrozensusdaten des Jahres 1995 als Vergleichsgröße herangezogen wird. Diese Auswertungen zeigen für die BRD eine Morbiditätsrate bei nicht allein erziehenden Müttern von 7 % und bei allein Erziehenden von 12 % (vgl. Mielck 2000b). Allerdings wurden auch im Rems-Murr-Kreis mit 38% 4-Wochenprävalenz ähnliche Werte wie im Landkreis Harburg gefunden (vgl. Landratsamt Rems-Murr-Kreis – Gesundheitsamt 2003).

Eine mögliche Erklärung des verhältnismäßig hohen Krankenstandes in der Harburger Untersuchungsregion ist die Beschränkung der Erhebung auf allein erziehende Sozialhilfeempfängerinnen, wohingegen sich die Mikrozensusdaten auf allein erziehende Frauen insgesamt beziehen. Wird davon ausgegangen, dass allein Erziehende als Risikogruppe für soziale und gesundheitliche Benachteiligungen gelten und einem hohen Belastungs- und damit Gesundheitsrisiko ausgesetzt sind, so trifft dieses in potenziierter Weise auf allein erziehende Sozialhilfeempfängerinnen zu (vgl. Mäde 2000, Mielck 2000a).

Werden die Angaben zum Gesundheitszustand mit denen bezüglich der empfundenen Belastungen verknüpft, sind Zusammenhänge deutlich sichtbar: Die Frauen, die sich durch finanzielle Sorgen oder eine als dramatisch empfundene ökonomische

¹⁶ Hier wurden freie Angaben zwischen „= 0 - schlechtest möglicher Gesundheitszustand“ und „100 – best möglicher Gesundheitszustand“ gemacht (vgl. De Charro 1998).

Situation belastet fühlen, empfinden auch ihren aktuellen Gesundheitszustand als weniger positiv als diejenigen, die nicht von finanziellen Sorgen belastet sind. Im Hinblick auf Berufstätigkeit fällt auf, dass diejenigen wenigen Frauen, die sich durch ihre Berufstätigkeit belastet fühlen (18,2 % der berufstätigen Mütter), sich auch wesentlich kränker fühlen.

Es besteht – wie erwartet – ein starker Zusammenhang zwischen der Prävalenz von Erkrankungen innerhalb der letzten vier Wochen und der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes.

Tab. 9: Einschätzung der Gesundheit und „Krankenstand“

| | Subjektive Gesundheit, Skala 0 bis 100 | | | |
|--------------------------------------|--|------------------------|-------------------|---------------|
| krank in den letzten 4 Wochen | unter 60 | 60 bis unter 80 | 80 bis 100 | Gesamt |
| ja | 32 | 21 | 7 | 60 |
| nein | 14 | 35 | 37 | 86 |
| Gesamt | 46 | 56 | 44 | 146 |
| Anteil krank | 69,6% | 37,5% | 15,9% | 41,1% |

Während knapp 70% der Frauen, die ihre Gesundheit als relativ schlecht einschätzen, in den letzten vier Wochen krank waren, trifft dies nur für knapp 16% derjenigen zu, die ihre Gesundheit positiv einschätzen.

Die meisten Frauen (65 %) geben an, dass ihr Gesundheitszustand im Vergleich zur Vergangenheit (vor 12 Monaten) in etwa gleich geblieben ist oder sich eher verbessert hat (29%). 6 % meinen, ihr Gesundheitszustand habe sich verschlechtert.

Die dritte Dimension der gesundheitlichen Lage war die der gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

Tab. 10: Gesundheitliche Beeinträchtigungen

Anteil der Frauen in % (ohne keine Angaben)

| Beeinträchtigung | allgemeine Tätigkeiten ¹⁷ | Schmerzen/ körperliche Beschwerden | Angst / Niedergeschlagenheit |
|--|--------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| keine Probleme/ Beschwerden | 67,7 % | 49,0 % | 52,9 % |
| einige Probleme/ mäßige Beschwerden | 30,3 % | 47,1 % | 41,3 % |
| nicht in der Lage/ extreme Beschwerden | 1,9 % | 3,9 % | 5,8 % |

¹⁷ Formulierung im Fragebogen: „Allgemeine Tätigkeiten (z.B. Arbeit, Ausbildung, Hausarbeit, Freizeitaktivitäten)“; „Sie haben aus gesundheitlichen Gründen keine Probleme, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen“.

Am größten ist die Gruppe, die sich zumindest mäßig durch Schmerzen beeinträchtigt fühlt (51%). 47% empfinden zumindest mäßig Angst oder Niedergeschlagenheit. Mit 32 % am kleinsten ist die Gruppe der Frauen, die angeben, ihren Versorgungsverpflichtungen nur eingeschränkt nachkommen zu können. Diese Beeinträchtigung scheint diejenige zu sein, die die befragten Frauen als „krank sein“ interpretieren. Die Befragten differenzieren zwischen „krank sein“ und eine „Krankheit haben“. Es zeigte sich, dass sich viele Frauen als gesund bezeichnen, obwohl sie unter beispielsweise Erkältungen, chronischen Erkrankungen oder Rückenbeschwerden leiden. Das wäre eine mögliche Erklärung für das Phänomen, dass trotz des relativ hohen Krankenstandes die Mehrzahl der Befragten angeben, ihr Gesundheitszustand sei gut.

In den Interviewaussagen der Mütter wird deutlich, dass eigene Krankheiten oder die Krankheiten der Kinder den Alltag prägen und dass eine hohe Sensibilisierung der Mütter für das Verhindern von Krankheiten vorliegt. Das ist nicht verwunderlich, denn ein zweites hervorstechendes Ergebnis zeigt, dass sowohl eigene Krankheiten als auch die der Kinder mit zu den größten Belastungsfaktoren zählen und daher sehr viel Energie verwendet wird, Krankheiten zu verhindern. In diesem Zusammenhang differenzieren die Frauen zwischen „leichten“ Krankheiten, die das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit der Frauen stark beeinträchtigen und schweren Erkrankungen, die eine Aufrechterhaltung der Alltagsorganisation verhindern. Es wird deutlich, dass die Mütter Kopf- oder Rückenschmerzen, leichte Depressionen oder weitere Beschwerden durch die Einnahme von Medikamenten eindämmen, um ihre Leistungsfähigkeit aufrecht zu erhalten. Im Sinne einer „Self-fulfilling-prophecy“ heben sie hervor, dass es ihnen gesundheitlich gut geht, so lange sie nicht durch einen schwerwiegenden Krankheitsbefund vollständig ausfallen.

Dass die Mütter es sich nicht erlauben können, krank zu werden, da ansonsten die gesamte Haushaltsorganisation entweder zusammen brechen würde oder nur mit enormem Organisationsaufwand erhalten bleiben kann, wird als Selbstverständlichkeit und feste Alltagsstrategie in den Interviews reflektiert:

„Krank werden darf ich nicht. Nee, also krank werden ist sowieso von vornherein schon mal gestrichen“ (AL 159: 526-527).

Sollte dennoch ein längerer stationärer Aufenthalt der Mütter nötig sein, wird dieser längerfristig vorbereitet und ein Hilfsnetz zur Betreuung und Versorgung der Kinder organisiert. Einige Frauen beschreiben auch, dass es so etwas wie einen „Notfallplan“ gibt, der für solche extremen Situationen mobilisiert werden kann, so dass größere Krisen abgewendet werden können, die aufgrund einer plötzlichen schwerwiegenden Erkrankung entstehen könnten.

„Also letztes Jahr war es ganz schlimm. Da ist die Große eingesprungen. Da war ich bettlägerig, hatte ich 40 Fieber, hab nur gespuckt. Hab bis 45 Kilo wohl abgenommen. Da hatte ich eine Mittelohrentzündung, die nicht festgestellt wurde. Es ging ganz schlimm, drei Wochen“ (AL 191: 693-697).

Insgesamt ist auffällig, dass obwohl die Frauen sehr stark für das Thema Krankheit sensibilisiert sind und eigene chronische Erkrankungen bzw. die der Kinder in das Alltagshandeln integriert haben, das Thema Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung sich als ein Luxusthema erweist. In den meisten Interviews stellen die Frauen erschrocken fest, dass sie kaum Zeit, Ruhe und Gelegenheit haben, auf ihre eigene Gesundheit zu achten bzw. diese zu stärken. Wenn die Alltagsbewältigung gelingt, keine akuten Krankheiten auftreten, sind die Frauen zufrieden, ohne Ressourcen für eine Reflexion darüber zu haben. Es ist weiterhin festzuhalten, dass die fehlende Sensibilisierung für die eigene Gesundheit und die Förderung derer nicht im Zusammenhang mit Informations- oder Bildungsdefiziten zu sehen ist. Selbst wenn die Befragten im Gesundheitsbereich ausgebildet oder berufstätig waren bzw. sich einmal stark für gesundheitsfördernde Methoden interessiert haben, bleibt im aktuellen Alltag keine Zeit, auf die eigene Gesundheit bewusst zu achten bzw. durch aktives Handeln Gesundheitsförderung in den Alltag zu integrieren, wie die nachfolgenden Beispiele illustrieren:

„Hab ich jetzt irgendwie in der letzten Zeit gemerkt, dass es zu kurz kommt. Im Moment hab ich das Gefühl, dafür keine Zeit zu haben. Was natürlich auch immer Quatsch ist. Also ich hab viel Yoga gemacht, was mir auch immer sehr gut getan hat. (...) Ich hab das 'ne Zeit lang etwas, also nicht aus den Augen verloren, aber es stand nicht so an“ (AB 177: 475-485).

„Nee, Also bewußt mach ich gar nichts. Das ist einfach so. Nee, mach ich überhaupt nichts, fällt mir gerade auf. Also ich seh` wirklich zu, dass die Kinder dann um Acht spätestens im Bett sind. Und dann sag ich immer, jetzt fängt meine Zeit an. Und dann setzt ich mich bei schönem Wetter auf den Balkon und les` was. Oder entspann einfach, denk dann, komm erstmal zu mir. Aber das ist auch die einzige Zeit, die irgendwo bleibt“ (AL 139: 633-641).

Neben der Zeitfrage wurde als zweiter Belastungsfaktor bzw. Hinderungsgrund für Gesundheitsförderung ganz eindeutig die Kostenfrage thematisiert. Die Mütter signalisieren ein großes Interesse, durch sportliche Betätigung, Entspannungsangebote oder gesunde Ernährung mehr für die Stärkung körperlicher Gesundheitsressourcen zu tun. Aber sowohl Angebote der Sportvereine oder Fitnessstudios als auch gesunde Lebensmittel erfordern finanzielle Aufwendungen, die den Familien zu diesem Zeitpunkt nicht zur Verfügung stehen. Das nachfolgende Beispiel illustriert diese Aussage:

„Oder ich muss irgendwas zurück stecken. Gibt es irgendwie, kann ich keinen Saft kaufen, sondern gibt es nur Tee, weil es einfach billiger ist. Also wenn man Sozialhilfe bekommt, dann nicht, auf keinen Fall. Weil man immer drauf achtet, was billiger ist. Also und gerade Gemüse, also jetzt ist Saison, da sind alle runter mit den Preisen. Aber im Winter, es war die Katastrophe“ (AL 139: 511-524).

Auf die Frage, ob es denn überhaupt etwas gibt, was die Frauen für ihre eigene Gesundheit tun können, werden folgende Bereiche reflektiert:

- Bewegung an der frischen Luft durch spazieren gehen und Rad fahren,
- Sportliche Unternehmungen mit den Kindern,
- Gartenarbeit,
- Schlafen und ausruhen,
- Selber Kochen und möglichst wenig Konserven verwenden,
- Abwechslungsreiches Essen.

Zusammenfassend lässt sich einschätzen, dass die Mütter zwar angeben, wenig für die eigene Gesundheit zu tun bzw. diese schnell aus dem Bewusstsein verlieren. Anders sieht es allerdings aus, wenn es um die Gesundheit der Kinder geht. Zur Stärkung der Kräfte der Kinder und zur Förderung derer Ressourcen werden durch die Mütter aktiv und bewusst sehr viel Energien verwendet und auch finanzielle Aufwendungen im Rahmen des Möglichen getätigt. Eher stellen die Mütter ihre eigenen Bedürfnisse in den Hintergrund und ermöglichen damit den Kindern beispielsweise die Teilnahme in Sportvereinen. Im Folgenden werden weitere Ergebnisse zum Gesundheitszustand der Kinder präsentiert.

2.3.2 Aussagen zum Gesundheitszustand der Kinder

Insgesamt waren nach Aussagen ihrer Mütter 42,4 % der Kinder in den letzten vier Wochen krank (Tab. 11: Gesundheit der Kinder aus der Sicht ihrer Mütter). Dieser Wert liegt weit über dem entsprechenden Wert aus dem Microzensus für die Kinder deutscher allein erziehender Mütter, der mit 6,3% angegeben wird (Mielck 2000). Jede dritte Mutter gibt an, ihr Kind sei „kerngesund“, weitere 51,5 % meinen, ihr Kind sei „so gesund wie andere Kinder“.

Tab. 11: Gesundheit der Kinder aus der Sicht ihrer Mütter

| Gesundheit der Kinder | In den letzten 4 Wochen krank | In den letzten 4 Wochen nicht krank | insgesamt |
|-----------------------------|----------------------------------|---|-------------------|
| | | | |
| Subjektiv | | | |
| kerngesund | 18 | 81 | 99 (33,3 %) |
| so gesund wie andere Kinder | 76 | 77 | 153 (51,5 %) |
| eher kränklich | 32 | 3 | 35 (11,8 %) |
| keine Angaben | 0 | 10 | 10 (3,4%) |
| Summe | 126 (42,4%) | 161 (57,6%) | 297 (100%) |

Tab. 12: Gesundheitszustand der Kinder aus subjektiver Sicht ihrer Mütter

| | gesund | chronisch krank | behindert | insgesamt | in % |
|-----------------------------|-------------------|--------------------|-------------------|------------|-------------|
| kerngesund | 103 | 0 | 2 | 105 | 35% |
| so gesund wie andere Kinder | 137 | 11 | 5 | 153 | 52% |
| eher kränklich | 12 | 19 | 6 | 35 | 12% |
| keine Angaben | | | | 4 | 1% |
| Summe | 252(84,8%) | 30 (10,1 %) | 13 (4,4 %) | 297 | 100% |

Nach Beschreibungen der Mütter sind 15,5 % der Kinder chronisch krank oder behindert.

Der Anteil behinderter Kindern entspricht in etwa dem im Bericht des Bundes zur Lage der Behinderten erwähnten Anteil (BMAS 1998). Laut dieser Studie waren 4,4% der unter 6jährigen und 3,6% der 6-18jährigen behindert.

Die Quote der chronisch kranken Kinder entspricht der von Klocke referierten Quote von 11% bei in Armut lebenden Kindern (Klocke 2003).

12% der Kinder werden von ihren Müttern als „eher kränklich“ bezeichnet. Knapp zwei Drittel der chronisch kranken Kinder und knapp die Hälfte der behinderten Kinder sind hier zu finden.

Wenn die Kinder krank werden, bedeutet dieses nicht nur zusätzliche Sorge oder Angst um die Gesundheit der Kinder. Hinzu kommt, dass die alltägliche Routine unterbrochen wird, was für die Mütter wiederum eine zusätzliche Belastung im Hinblick auf Zeitressourcen und Organisationsaufwand bedeutet, wie die nachfolgende Passage beschreibt:

„Also wenn die Kinder krank sind (...), dann ist Chaos. Die ist nämlich immer richtig heftig krank. Und da waren wir letztes mal beim Notarzt, und das alles mit dem Taxi, sonst haben wir sie in die Karre. Es kommt immer drauf an, wie das Geld

reicht. Und das sind dann schon anstrengende Nächte. (...) Dann bin ich kaputt. Das merkt man mir auch immer an“ (AL 191: 744-760).

Ebenso wie im Hinblick auf die eigene Gesundheit wird auch bei den Kindern eine Differenzierung zwischen leichten oder chronischen Krankheiten und schweren bzw. akuten Erkrankungen vorgenommen. Auch wenn die Mütter stark für die chronischen Erkrankungen der Kinder sensibilisiert sind und aktiv auf die Verbesserung eines Zustandes bzw. den Erhalt eines positiven Zustandes achten, werden chronische Erkrankungen nicht als zusätzliche Belastung im Alltag thematisiert. Die erforderlichen Handlungen sind routinisiert und in die täglichen Abläufe integriert. Dramatisch werden allerdings Verschlechterungen eines chronischen Zustandes erlebt, deren Bewältigung auch gesundheitsbelastende Folgen für die Mütter haben kann, wie im nachfolgenden Beispiel:

„Also an die Angst, da habe ich mich nicht gewöhnt. (...) Zum Beispiel wenn ich nachts wach liege, dann hab ich wieder Angst. (...) Zum Beispiel damals, als F. [Name der Tochter, Anm. d.V.], die Kleine, das letzte Mal diesen Pseudokrupp hatte, das war so schlimm. Ich bin da erst gar nicht so richtig drauf eingegangen, weil ich noch mit meiner Krankheit und so zu tun hatte. Da hat sie dann zu mir gesagt, Mama, ich kriege keine Luft mehr, ich will noch nicht sterben. Und dann hab ich erst richtig reagiert. (...) Und das hat auch bei mir und auch bei meiner Tochter ganz lange gedauert, bis wir von diesen Dingen wieder runter kamen. Also bei ihr hat das ein halbes Jahr gedauert. Da hat sie in meinem Bett geschlafen und hat mich nie allein gelassen“ (AK 147: 345-369).

Auf die Frage, was die Mütter zur Förderung der Gesundheit ihrer Kinder tun können, wurden als meist genannte Bereiche Bewegung an der frischen Luft und gesunde Ernährung benannt:

„Ja, raus bei jedem Wetter. Das ist das, was wirklich zählt. (...) Also für uns gibt es kein schlechtes Wetter (...) also wir sind mit Regenhose und Gummistiefeln, grundsätzlich dann auch bei Regen. (...) Und zwei Kinder brauchen viel Bewegung. (...) Wir machen alles mit dem Fahrrad“ (AL 139: 548-575).

Weitere Aspekte waren:

- Versuchen, den eigenen Stress nicht auf die Kinder zu übertragen,
- Kinder für Sportvereine zu begeistern,
- Bewegung, spielen an der frischen Luft,
- Ausgewogene Ernährung, Obst statt Süßigkeiten anbieten,
- Ständiger Gesprächskontakt mit den Kindern, um gesundheitliche Veränderungen frühzeitig zu erkennen bzw. Stress bei den Kindern wahrzunehmen,
- Therapeutische Angebote wie psychosomatisches Turnen, Ergotherapie,
- Vorsorgeuntersuchungen,
- Für die Kinder da sein, trösten, Verständnis zeigen.

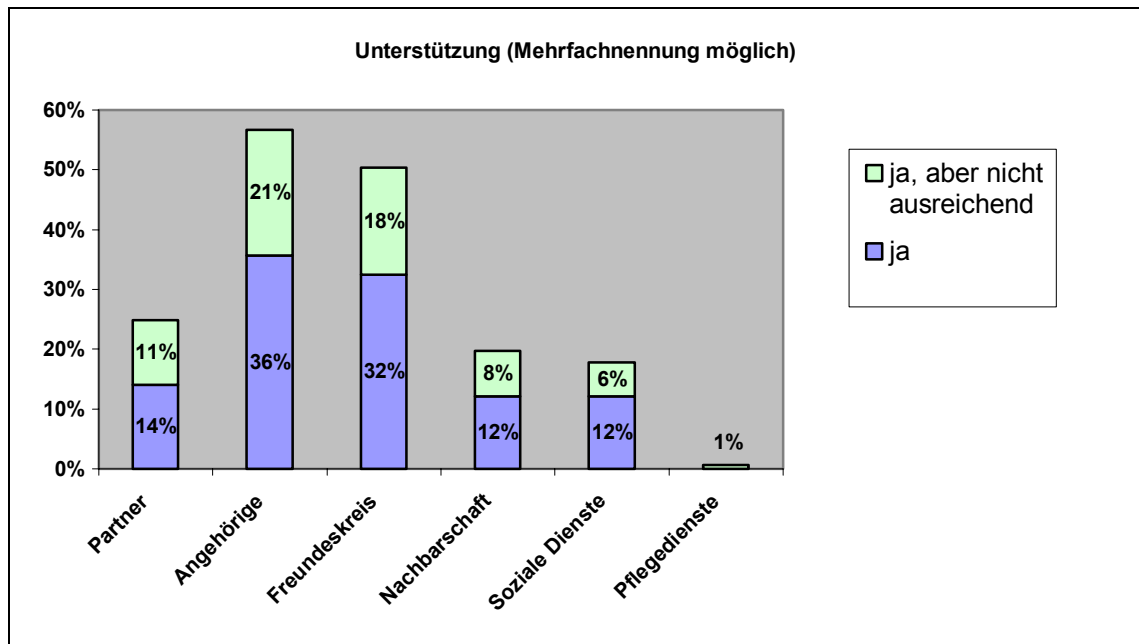
Im Hinblick auf die gesundheitliche Lage der Frauen und Kinder ist zusammenfassend einzuschätzen, dass die Mütter sich im Wesentlichen gesünder fühlen, als sie vom medizinischen Standpunkt betrachtet tatsächlich sind. Die unterschiedlichen Belastungen der Frauen spiegeln sich in ihrem Gesundheitszustand wider. Aufgrund der schlechten ökonomischen Situation und zeitlicher Engpässe ist es für die Frauen schwierig, Ressourcen zur Stärkung und Förderung der Gesundheit zu mobilisieren. In diesem Zusammenhang fällt auf, dass dieses im Hinblick auf die Gesundheit ihrer Kinder eher gelingt, als für ihre eigene. In den folgenden Ausführungen werden die sozialen Unterstützungsressourcen der befragten allein Erziehenden beschreiben und als Gesundheitsressourcen diskutiert.

2.4 Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung als Gesundheitsressourcen

Der Zusammenhang von Unterstützung durch formelle und informelle Netzwerke und der Förderung von Gesundheit ist in zahlreichen Studien diskutiert worden (vgl. Geene u.a. 2002). Als soziale Netzwerke lassen sich mit Trojan (1996) relativ dauerhafte, jedoch nur gering oder gar nicht formalisierte Beziehungsstrukturen zwischen Individuen und Gruppen bezeichnen. Soziale Netzwerke werden vor allem in Form von informellen Beziehungen gebildet, sie beziehen sich auf Verbindungen zu Familienmitgliedern, Freunden, Nachbarn oder Kollegen, also auf primäre Netzwerke. Trojan und Hildebrandt unterscheiden darüber hinaus sekundäre Netzwerke, zu denen Vereine, Initiativen, selbstorganisierte oder kirchliche Beratungsangebote oder Vereinigungen für Kultur und Freizeit zählen sowie tertiäre Netzwerke als Einrichtungen professioneller, berufsmäßiger Versorgung (vgl. Trojan/ Hildebrandt 1989).

Werden soziale Beziehungen und Unterstützungsleistungen sozialer Netzwerke zu den wesentlichen sozialen Ressourcen für Gesundheit definiert (Waller 2002), so ist die Beschaffenheit und Qualität von sozialen Netzen zur Unterstützung von allein Erziehenden von besonderem Interesse. Die nachfolgende Grafik beschreibt, auf wen die befragten Frauen als Unterstützungsressource zurückgreifen können. Gleichzeitig wird deutlich, wie zufrieden oder unzufrieden die Frauen mit den jeweiligen Unterstützungspotenzialen sind:

Grafik 2: Unterstützung der allein Erziehenden



Es zeigt sich, dass die befragten Frauen vor allem aus dem privaten, informellen Bereich Ressourcen zur Unterstützung mobilisieren bzw. mobilisieren können. Verwandte bzw. Familienangehörige stellen mit 57% die wichtigste Quelle für Unterstützung. Von den Personen, die auf Unterstützung aus dem Verwandtenkreis zurückgreifen (können), sind 36% der Frauen mit diesen Leistungen zufrieden (im Sinne von ausreichend vorhanden), wogegen 21% diese Unterstützung noch nicht als ausreichend empfinden. Einen weiteren wesentlichen Unterstützungspool bilden Freunde und Freundinnen (50% der Befragten gaben an, auf diese Ressource zurückgreifen zu können), wobei auch 32% der Frauen mit dieser Unterstützung zufrieden sind. Weitere Ressourcen können durch neue Partnerschaften und in der Nachbarschaft mobilisiert werden. Professionelle Unterstützungsangebote durch Soziale Dienste oder Gesundheits- und Pflegedienstleistungen haben eine eher unbedeutende Rolle¹⁸.

Die Frage, ob auch die Väter der Kinder zu den Unterstützungsressourcen zu zählen sind, lässt sich anhand der Interviewaussagen differenziert beantworten. Die nachfolgende Interviewpassage steht beispielhaft für diejenigen Einschätzungen, dass die biologischen Väter der Kinder über die verabredeten Besuchszeiten hinaus Unterstützung in Form von Kinderbetreuung, Fahrdiensten, etc. bieten.

¹⁸ Auch in anderen Studien über die Lebenssituation von allein Erziehenden ist das Ergebnis zu finden, dass in den sozialen Unterstützungsnetzen vorrangig private soziale Beziehungen dominieren. In der Untersuchung von Regina Erdmann (1997) bilden die nicht-verwandtschaftlichen Kontakte den Beziehungsmittelpunkt, während familiäre Kontakte eher eine untergeordnete Rolle spielen. Eine Studie des Staatsinstitutes für Familienforschung (Schneider u.a. 2000) hebt ebenso die hohe Bedeutung von privaten Unterstützungsleistungen im Gegensatz zur geringen Bedeutung institutioneller Unterstützung hervor. Insbesondere wird hier das familiäre Netzwerk als wesentliche Ressource für die Bereiche Kinderbetreuung und emotionale Unterstützung hervorgehoben (vgl. Schneider u.a. 2000).

„Und ähm, er hat halt seine eigene Wohnung und seit dem verstehen wir uns auch wieder sehr gut. Und können miteinander sprechen. Und manchmal kann ich auch seine Hilfe oder ich nehm' sie in Anspruch. Und er gibt sie mir auch. (...) Und wenn ich ihn anrufe und sag, du, ich bin ganz ..., dann kommt er und nimmt mal die Kinder“ (AK 147: 122-149).

Die Unterstützungsleistung der Väter steht in einem unmittelbaren Zusammenhang zum emotionalen Verhältnis zur Mutter der Kinder. Nicht selten ist das emotionale Verhältnis aufgrund der Trennung und den damit verbundenen oder vorausgegangen Konflikten negativ belastet, wie das nachfolgende Beispiel zeigt. Auf die Frage, ob die Väter der Kinder im Leben der Familie noch eine Rolle spielen, antwortete eine weitere Interviewpartnerin:

„Ah, leider ja. Ich sage leider, weil ich es als Belastung empfinde so, nicht. (...) Und ähm eigentlich klar ist, dass mein ältester Sohn da wenig profitiert von diesem Kontakt, nicht. Und mit meinem zweiten Kerl dann, das war auch nicht wesentlich anders. (...) Und eigentlich wäre es für mich angenehmer und leichter, ich hätte diesen Kontakt nicht“ (AK 143: 119-160).

Insgesamt ist festzustellen, dass die Mütter ein großes Interesse haben, den Kontakt zwischen den Kindern und den biologischen Vätern der Kinder zu fördern, auch wenn die eigene Beziehung zu den Vätern als negativ beschrieben wird. Vordergrundig ist in diesem Zusammenhang nicht die Entlastung für die Mütter, sondern das Bestreben, den Vater als einen verlässlichen Bestandteil in das soziale Netz der Kinder zu integrieren. Analog zu den Beschreibungen, inwiefern die Väter für die Mütter eine Unterstützung bieten, kann festgestellt werden, dass mit steigendem Konfliktpotenzial in der Elternbeziehung die Chance auf eine tragfähige Beziehung zwischen den Kindern und ihren Vätern sinkt. Die nachfolgende Interviewpassage illustriert den hohen Aufwand, den die Mütter zur Kontaktherstellung betreiben, auch wenn er bisher ohne Erfolg war:

„Dann war er schon wieder mit allem überfordert (...). Also das Kind ist jetzt echt ein halbes Jahr alt. Und davon hat er vielleicht ihn wirklich vier Wochen gesehen. Behauptet aber, er liebt seinen Sohn. Erzählt mir, er hat kein Geld, um herzukommen. Und fliegt zwei Tage später nach Spanien. Und da brodelt das in mir und kocht es. (...) Da denke ich dann, wie jetzt. Was willst Du Junge, was willst Du. Willst Du Dein Kind sehen? Sag was“ (AC 179: 300-308).

Nachdem vom Vater keine positive Reaktion zu erhalten wurde, ergreift die Mutter die Initiative: *„Nein, ich kann damit nicht aufhören. Ich sage, gut, wenn Du das nicht kannst, das ist ganz schön schlecht. Ich mein, das ist Dein Sohn!. Und das waren so viele Dinge (...) ich weiß nicht, oh Gott, der war damals 4 Wochen, 6 Wochen. Der war noch also ziemlich klein, ich bin da bis nach S. runter mit dem ICE“ (AC 179: 463-468).*

Voraussetzung für den Aufbau und die Pflege eines sozialen Netzwerkes ist nicht nur das Vorhandensein von potenziellen NetzwerkpartnerInnen, sondern auch die Kompetenz, ein solches Netz zu knüpfen und zu erhalten. In vielen Interviews wurde die positive Bedeutung des sozialen Netzwerkes für die Mütter und Kinder als eine Möglichkeit der emotionalen und materiellen Unterstützung und Entlastung hervorgehoben. Gleichzeitig verdeutlichen die Interviews die Arbeit, die die befragten Frauen leisten und leisteten, ein solches Netz aufzubauen und zu pflegen. Die Unterstützung durch soziale Netzwerke wird keineswegs als selbstverständlich angesehen und wenn sie erfolgt, besonders wertgeschätzt. Dieses erschwert den Frauen wiederum, regelmäßig oder in einem längeren Zeitraum auf private Unterstützungsleistungen von Freunden oder Familienangehörigen zurückzugreifen. Durch die Nutzung des Netzwerkes zur Entlastung begeben sich die Frauen in unterschiedliche Konflikte. Zum Einen reflektierten sie in den Interviews das Tauschverhältnis von 'geben und nehmen'. Zum Anderen wird der Konflikt zwischen 'Verlässlichkeit und Abhängigkeit' als zusätzliche Belastung thematisiert. In den Interviews wurde deutlich, dass es den Frauen nicht darum geht, neue Abhängigkeiten (zu beispielsweise Familienangehörigen) aufzubauen oder um Almosen zu bitten. In ihrem Selbstverständnis hat ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen 'Entlastung erfahren' und 'sich dafür zu revanchieren' eine hohe Bedeutung. Die begrenzten Mittel der Frauen für eine Revanche werden sehr wohl reflektiert. Einige beschreiben, dass sie versuchen, mit kleinen Geschenken oder Aufmerksamkeiten ihre Wertschätzung für die Unterstützung auszudrücken. Der zweite Aspekt, die Frage nach der Verlässlichkeit von Unterstützungsleistungen aus dem privaten Netz wurde unterschiedlich argumentiert. Einige Frauen heben hervor, dass sie eher auf verlässliche Unterstützung aus dem Freundeskreis zurückgreifen können, als sich auf Familienangehörige oder gar den Kindsvater zu stützen. Wiederum andere schätzen ein, dass informelle Unterstützung nur in Ausnahmefällen in Anspruch genommen werden kann.

Die nachfolgende Interviewpassage illustriert die Argumentation. Auf die Frage, ob sie ihren Freundeskreis als Unterstützung empfindet, antwortete die Befragte:

„Ja. Also teilweise. Es ist natürlich so, man kann nicht immer was erwarten, nicht? Man möchte das auch nicht. Das ist wieder diese Geschichte mit der Abhängigkeit. Weil man kann ja auch selbst, man möchte ja auch was wiedergeben. Und wenn man das nicht kann, das ist ne ganz schwierige Situation, nicht? Natürlich kann ich meine Hilfe meinerseits auch anbieten. Aber, es ist schlecht, weil ich die Zeit einfach nicht habe. Gut, ich könnte sagen, o.k., irgendwann mal, wenn mein Sohn in den Kindergarten geht oder, ich weiß ja nicht, was noch auf mich zukommt“ (AB 203: 520-529).

Allen Argumentationen gemeinsam ist, dass es den Frauen schwer fällt, im Hinblick auf verlässliche Unterstützung auf institutionelle, professionelle Angebote

zurückzugreifen. Dabei fällt es noch leichter, diese Unterstützung „zum Wohle des Kindes“ in Anspruch zu nehmen¹⁹.

Ein weiteres Hindernis für die Inanspruchnahme von entlastenden Angeboten ist die Erfahrung, allein für das Fortbestehen der Alltagsroutine und Versorgung der Kinder verantwortlich zu sein. Diese Erfahrung wurde bei einigen Frauen aufgrund massiver Gewalterlebnisse oder Vertrauensbrüche biografisch früh geprägt. Dieses erschwert die Annahme von Unterstützungsangeboten, denn sowohl das Vertrauen in formelle als auch informelle Netzwerke und Angebote ist geschwächt, als auch die Einsicht in die Bedeutung solcher Ressourcen. Die nachfolgende Passage illustriert diese Aussage:

„Was heißt, Unterstützung brauche ich nicht. Also ich könnte sie brauchen. Ich glaube, ich habe das so angekreuzt, es ist halt keine da. Und ich habe gelernt irgendwie, (...) dass ich damit klar kommen muss. So, das entspricht sicherlich irgendwie auch einem gelernten Muster von mir. (...) Ich brauche nichts, niemanden, ich kann alles alleine. Und ich kann alles alleine auch am Besten. Aber es ist schon 'ne Erleichterung, wenn, wie gesagt, mal jemand irgendwie hilft. Ich bin da irgendwie nicht dran gewöhnt“ (AK 143: 264-274).

Die Forderung an sich selbst, allein zuständig zu sein für die Haushaltsorganisation und Betreuung der Kinder, mündet häufig in eine Überforderung, die sich als Belastungen und damit als Risikofaktor negativ auf die Gesundheit der Frauen und Kinder auswirken kann. So zeigen die Auswertungen der Interviews mit den allein Erziehenden, dass diejenigen Frauen, die sich als Alleinverantwortliche für das Aufrechterhalten der Alltagsorganisation definieren und nur geringe Unterstützung in Anspruch nehmen, häufig über Müdigkeit und chronische Erschöpfung klagen. Auch die quantitativen Aussagen der Fragebogenerhebung verdeutlichen den Zusammenhang von hoher Alleinverantwortung und dem Gesundheitszustand.

Tab. 13: Aktueller Gesundheitszustand²⁰

| ANZAHL | Mittelwert | N | Standardabweichung |
|------------------|--------------|------------|--------------------|
| 0 | 64,87 | 46 | 21,7 |
| 1 | 67,50 | 16 | 19,1 |
| 2 | 68,77 | 47 | 18,7 |
| 3 | 77,83 | 18 | 12,2 |
| 4 | 83,21 | 14 | 13,7 |
| 5 | 96,67 | 3 | 2,9 |
| 6 | 91,08 | 6 | 11,3 |
| Insgesamt | 71,32 | 150 | 19,7 |

¹⁹ Im Absatz 2.5 wird ausführlicher diskutiert, welchen Stellenwert formelle, professionelle Hilfen als Entlastung für die Mütter einnehmen.

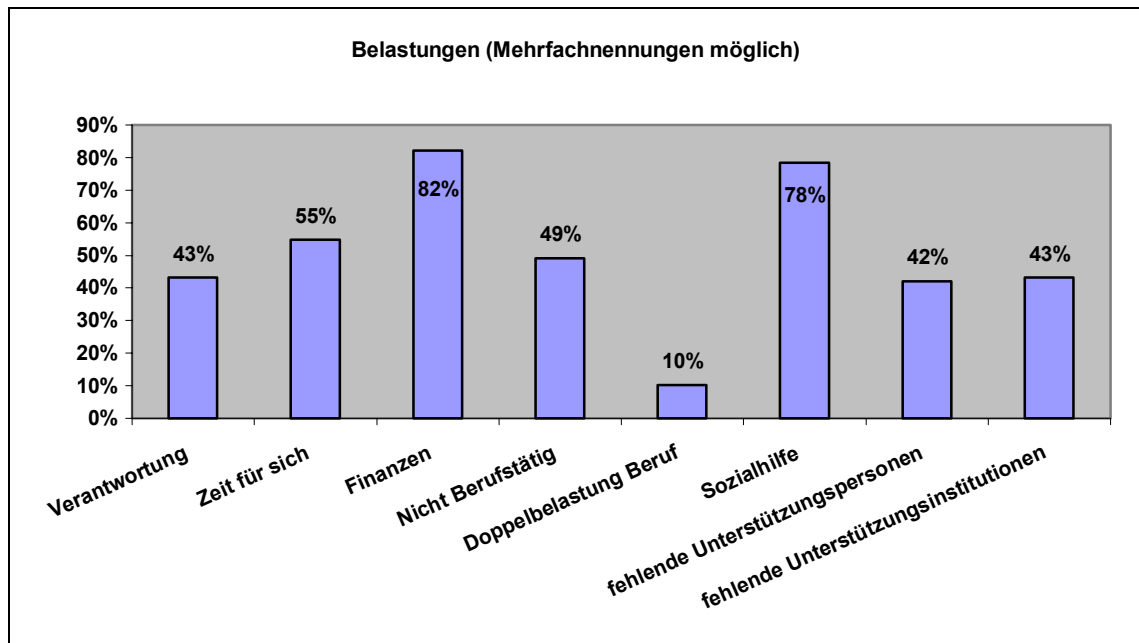
²⁰ Aktueller Gesundheitszustand auf einer Skala von 0 bis 100 nach Anzahl der "Nein, ist nicht nötig"-Antworten bei der Frage nach Unterstützung (maximal 6 Möglichkeiten)

Auch die 4-Wochenprävalenz von Erkrankungen ist in dieser Gruppe deutlich geringer.

Tab. 14: Prävalenz von Erkrankungen ²¹

| | 0 bis 2 Antworten | 3 bis 6 Antworten | Gesamt |
|---------------------------------------|-------------------|-------------------|--------|
| In den letzten 4 Wochen krank? | | | |
| ja | 57 | 7 | 64 |
| nein | 54 | 34 | 88 |
| | 111 | 41 | 152 |
| Anteil krank | 51,4% | 17,1% | 42,1% |

Grafik 3: Belastungen der allein Erziehenden



Die Grafik verdeutlicht, zu den größten Belastungen zählen die finanziellen Sorgen und die Abhängigkeit von Sozialhilfe. Wird ein Blick auf die Angaben bezüglich der Unterstützungsleistungen gerichtet, so fällt auf, dass mehr als die Hälfte der Befragten keine Belastung durch Unzufriedenheit mit dem informellen und auch formellen Unterstützungsnetz haben. Auch wenn die Interviewaussagen verdeutlichen, dass in einigen Familien mehr Unterstützung und Entlastung durch andere wünschenswert wäre, haben sich die meisten Mütter mit der Situation arrangiert. Dennoch, 42% der Befragten sind mit ihrem informellen Unterstützungsnetz nicht zufrieden und empfinden dieses als belastend und 43% der Befragten würden sich durch mehr Unterstützung durch professionelle Dienstleistungen entlastet fühlen.

²¹ Prävalenz von Erkrankungen²¹ innerhalb der letzten vier Wochen nach Anzahl der "Nein, ist nicht nötig"-Antworten bei der Frage nach Unterstützung (maximal 6 Möglichkeiten).

Die Ergebnisse weisen außerdem darauf hin, dass die Fähigkeit, ein tragfähiges Unterstützungsnetz aufzubauen bzw. soziale Beziehungen als private Unterstützungsangebote wahrzunehmen, nicht automatisch vorausgesetzt werden kann und in jedem Fall gelingt, wie nachfolgende Interviewpassage verdeutlicht.

„Ja, also, das war schon schwierig, das für mich aufzubauen. Aber ich glaube im Wesentlichen dadurch, dass ich mir selber dabei im Weg gestanden habe. Weil ich lernen musste, erstens um Hilfe zu bitten. Und zweitens sie anzunehmen. Und drittens das Ganze auch noch zu honorieren und anzuerkennen, dass andere mir helfen“ (AK 143: 312-316).

Insgesamt können eher wenig Frauen auf ein tragfähiges, gut ausgeprägtes informelles Unterstützungsnetz als soziale Unterstützungsressource oder soziale Beziehung für die Erhaltung und Förderung der Gesundheit zurückgreifen. Auch wenn die quantitativen Analysen darauf hinweisen, dass gut ein Drittel der befragten Frauen mit der Unterstützung durch Angehörige und Freunde zufrieden sind und insgesamt mehr als die Hälfte der Befragten auf Unterstützungen zurückgreifen können, zeigen die Interviewaussagen, dass die Leistungen eher als „Notfallunterstützung“ zu charakterisieren sind und nicht als verlässliche Entlastung im Alltag. Die Beschreibungen der Frauen weisen eher darauf hin, dass sie mit den zur Verfügung stehenden Unterstützungspotentialen sehr gewissenhaft haushalten, da es möglich sein kann, dass sie in Notsituationen dringend darauf zurück greifen müssen. Das soziale Netz der „Notfallunterstützung“ kann insgesamt als tragfähig und entlastend eingeschätzt werden. Hauptsächlich wird hierbei auf die Leistungen von Geschwistern der Mütter, deren Eltern oder auf Großeltern der Kinder väterlicherseits zurückgegriffen. Was fehlt sind kurzfristige und flexible Unterstützungsangebote für den Alltag. Dazu gehören neben flexiblen „Kinderparkmöglichkeiten“ Unterstützung im Haushalt (Einkaufen oder Putzdienste), aber vor allem auch Unterstützung in Form von emotionaler Zuwendung und positiver Bestätigung, bzw. die Möglichkeit, sich auszutauschen, abzusprechen oder Verantwortung zu teilen.

2.5 Professionelle Unterstützungsangebote zur Gesundheitsförderung

In der Analyse des Netzes professioneller Unterstützungsangebote zur Gesundheitsförderung stehen nicht nur Dienstleistungen und Institutionen mit direktem Gesundheitsbezug im Mittelpunkt. Vielmehr geht es darum, aus der Sicht der befragten allein erziehenden Sozialhilfeempfängerinnen zu rekonstruieren, welche Bedeutung institutionelle Unterstützung und professionelle Dienstleistungen im Alltag der Frauen und Kinder haben, welche Angebote zur Entlastung beitragen und genutzt werden bzw. welche Bedarfe (noch) nicht gedeckt wurden. Es wird davon ausgegangen, dass auch soziale, sozialpädagogische und freizeitbezogene professionelle Angebote eine entlastende Funktion in der Bewältigung der Lebenssituation haben

können und damit verbunden einen Beitrag zur Gesundheitsförderung der Frauen und Kinder leisten. Im Hinblick auf die Förderung der Gesundheit wurden demnach sowohl gesundheitsbezogene Leistungen als auch soziale und freizeitbezogene Unterstützungen berücksichtigt.

Ein Blick in die Forschungen über die Lebenssituation von allein Erziehenden zeigt, dass soziale, professionelle Unterstützungsleistungen im Hinblick auf die Bewältigung des Alltages aus Sicht der Forschenden an Bedeutung gewinnen (vgl. Nestmann/ Niepel 1996; Erdmann 1997; Schneider u.a. 2000). Zu den wichtigsten Dienstleistungen zählen in diesem Zusammenhang Möglichkeiten zur Kinderbetreuung. Darüber hinaus existieren verschiedene institutionelle Angebote, die gesetzlich geregelt sind oder aus der Tätigkeit von Selbsthilfeverbänden und freier Trägern entstanden sind (vgl. VAMV 2001). Erfahrungen allein Erziehender mit Angeboten öffentlicher Institutionen oder freier Träger sind abgesehen von wenigen Ausnahmen (vgl. Gutschmidt 1997) bisher kaum dokumentiert (vgl. Schneider 2002: 249).

Die quantitativen Ergebnisse der Fragebogenerhebung in der vorliegenden Studie lassen den Eindruck entstehen, dass soziale, gesundheitliche und pflegebezogene Dienstleistungen öffentlicher und freier Träger für die Bewältigung des Alltages der befragten allein erziehenden Sozialhilfeempfängerinnen eine marginale Bedeutung haben (vgl. Grafik 2). 12 % der befragten Frauen gaben an, soziale Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen, dies sind insbesondere die Mütter behinderter Kinder (56 %). Pflegedienste werden auch für die Versorgung chronisch kranker oder behinderter Kinder gar nicht genutzt. Auch die betroffenen Mütter sehen besonders die Hilfen von Pflegediensten als nicht nötig an. Die Mütter von chronisch kranken Kindern holen sich weder sozialpädagogisch noch pflegerische Hilfe. Darüber hinaus gaben 52 % der Befragten bezüglich Sozialer Dienste und 65 % bei Pflegediensten an, dass sie diese Form der Unterstützung nicht für nötig halten.

Wie ist es zu bewerten, dass institutionelle Angebote oder Unterstützungsdienstleistungen von den allein erziehenden Sozialhilfeempfängerinnen selten als Entlastungsressource definiert werden? Die qualitativen Ergebnisse aus den Interviews geben differenziertere Hinweise darauf. Zu den wesentlichen Aussagen zählt, dass es einerseits zu wenig zielgruppenspezifische Angebote gibt und dass, wenn sie vorhanden sind, sie selten dem Bedarf der Frauen entsprechen. Zum einen konzentrieren sich die Angebote in den städtischen Regionen des Landkreises. Da es sich um eine ländlich geprägte Flächenregion mit weiter Ausdehnung handelt, sind für Bewohnerinnen der kleineren Gemeinden diese Angebote kaum erreichbar. Das öffentliche Verkehrsnetz bietet im Hinblick auf flexible Mobilität keinen Ersatz für fehlende Fahrzeuge im Privatbesitz der Frauen, wie die nachfolgende Interviewpassage illustriert:

„Nee, also es ist wirklich so, also es kommt ja gar nichts. Und wenn ich wirklich was, ein Angebot haben sollte, dann muss ich wieder Kilometer weit fahren. Und das ist das, was ich mir überhaupt nicht erlauben kann. Das ist das Problem, das alles weit weg ist“ (AK 135: 618-628).

Die weitere Kritik betrifft sowohl die zeitliche Erreichbarkeit der Angebote und fehlende Möglichkeiten der Kinderbetreuung als auch die Berücksichtigung des finanziellen Budgets dieser Frauen bei (teil)kommerziellen Angeboten. Insgesamt bildet die ländliche Dorfgemeinschaft in dieser Region aus Sicht der befragten Frauen eine größere Quelle für soziale Unterstützung und Integration als die institutionellen Angebote in den städtischen Kernzentren.

Zusammenfassend zeigen die Interviewaussagen der Frauen, dass sie institutionellen Unterstützungsangeboten sehr ambivalent gegenüber stehen. Ein Teil der Frauen, vor allem diejenigen, die ihre Lebenssituation als sehr belastet wahrnehmen, beklagen das geringe Angebot an professioneller Unterstützung. Gleichzeitig behindert die negative Erfahrung mit sozialen oder gesundheitlichen Dienstleistungen die weitere Suche nach adäquater professioneller Unterstützung. Bei diesen Frauen verstärkt sich das Gefühl, nur allein die Situation bewältigen zu können und zu müssen, wie die nachfolgende Aussage einer Befragten veranschaulicht:

Auf die Frage nach der größten Belastung antwortet diese Interviewpartnerin:

„Dass ich alles allein machen muss. (...) Weil da keiner ist, der einem irgendwie helfen kann“ (AB 203: 912-921).

Die Interviewfrage bezüglich der Bedeutung von professionellen Unterstützungsangeboten oder Kontakte aus dem Bereich der Selbsthilfe zeigt, dass sie zwar Kenntnis über einige Angebote hat, solche auch gern nutzen würde, letztendlich aber keines der Angebote auf ihre Bedürfnisse abgestimmt ist und dementsprechend nicht als Unterstützung in Frage kommt: *„Nee, gar nicht. Wäre zum Beispiel toll, so diese allein Erziehenden alle. Ich war hier, es gibt hier so einen Alleinerziehendentreffpunkt, nicht. (...) Und da war ich ein paar mal, aber irgendwie sind das alles, die meisten Frauen sind dann ein bißchen älter. Die haben alle erwachsene Kinder. (...) Das hilft mir auch nicht so richtig wirklich. Und dann sitzt man da und bezahlt auch noch das Frühstück“ (AB 203: 929-937).*

Diese Erfahrungen lassen auch andere der Befragten zu der Einschätzung gelangen, die Angebote, die es möglicherweise gibt, benötigen sie nicht. Damit tritt an Stelle einer Entlastung das Gefühl, 'niemand kann mir helfen in dieser sehr belastenden Situation`.

Eine weitere Interviewpartnerin schätzt ein, dass sie zwar von den Angeboten der Sportvereine profitiert, jedoch überhaupt keine Erfahrung mit professionellen sozia-

len oder gesundheitlichen Dienstleistungsangeboten zur Bewältigung ihres Alltages hat. Auch hier wird deutlich, dass diese nicht auf ihre Bedürfnisse abgestimmt sind: „Nee, also ich nutze irgendwie keine Angebote. Ähm, was ich finde, was fehlt ist irgendwie eine Unterstützung für Mütter, wie mich, die halt bestrebt sind, sich beruflich was aufzubauen. Weil, das ist ja eben auch einfach mit Kosten verbunden“ (AK 143: 682-685).

Die Ergebnisse einer Bestandsaufnahme und Bewertung von gesundheitsbezogenen Interventionsprojekten in Niedersachsen bekräftigt die Einschätzung, dass freie Träger und privatgewerbliche Dienstleister noch nicht ausreichend Angebote auf die Zielgruppe der allein Erziehenden und insbesondere der allein erziehenden Sozialhilfeempfänger/innen abgestimmt haben. Eines der herausragenden Ergebnisse dieser Studie im Hinblick auf den Landkreis Harburg ist, dass die befragten AkteurInnen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen allein Erziehende sehr wohl als eine Zielgruppe wahrnehmen, die einen Bedarf an gesundheitsfördernden Angeboten aufweist und deren Zugangschancen zu solchen Angeboten eingeschränkt sind. Im Hinblick auf die subjektive Wahrnehmung von sozialer Benachteiligung in dieser Region werden allein erziehende Frauen mit am häufigsten als die Bevölkerungsgruppe benannt, die am stärksten von sozialer Benachteiligung betroffen sind (vgl. Waller/ Deneke u.a. 2001: 41). Die Studie zeigt gleichzeitig, dass das Wissen über besondere Lebenslagen von sozial Benachteiligten und damit auch von allein erziehenden Sozialhilfeempfängerinnen teilweise begrenzt ist. Das könnte eine Begründung für die verschwindend geringe Zahl zielgruppenspezifisch abgestimmter Angebote für allein erziehende Sozialhilfeempfänger/innen durch freie Träger und kommunale Anbieter in dieser Region sein.

Wird das Nutzungsverhalten derjenigen betrachtet, die über positive Erfahrungen mit professionellen Dienstleistungsangeboten berichten, so lassen sich folgende Befunde zusammenfassen:

- **Es fällt den Frauen leichter, Angebote für die Kinder wahrzunehmen und diese als Unterstützung für sich zu definieren, anstatt für sich selbst nach Entlastungen zu suchen.**

Den größten Anteil bilden hier Angebote zur Kinderbetreuung. Neben Kindergarten und Hort werden vor allem auch Spielkreisen und Spielgruppen zur Freizeitgestaltung der Kinder eine hohe Bedeutung beigemessen. Wird das Betreuungsangebot insgesamt als nicht ausreichend eingeschätzt, wird der größte Mangel an flexiblen, kurzfristigen Betreuungsmöglichkeiten hervorgehoben bzw. an Betreuungsmöglichkeiten für Kleinstkinder (im Alter von 0 bis 3 Jahren). Ein weiteres Defizit besteht in (Freizeit-) Angeboten für ältere Kinder (im Alter von 7 bis 14 Jahren) und Jugendliche. Wächst in diesem Alter die Bedeutung an freizeitbezogenen Angeboten, so ist festzustellen, dass diese meist nicht finanzierbar sind. Vor allem in den

Schulferien stellt sich die Situation sehr kritisch dar, da für diese Zeit so gut wie gar keine gesicherte Möglichkeit der Versorgung, Betreuung oder sinnvoller Beschäftigung besteht.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der Fragebogenbefragung im Hinblick auf die Nutzung von Angeboten zur Kinderbetreuung:

Tab. 15: Nutzen Sie Angebote der Kinderbetreuung? Wenn ja, welche?

| <i>0-2 Jahre</i> | Ja | Nein, nicht möglich | Nein, nicht nötig | Keine Angaben | Nutzungsquote* |
|--------------------------------------|-----------|--------------------------------|------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Krippe | 1 | 24 | 28 | 8 | 1,9% |
| Kindergarten | 4 | 25 | 23 | 9 | 7,7% |
| Hort | 0 | 21 | 29 | 11 | 0,0% |
| Kindergruppe | 5 | 16 | 27 | 13 | 10,4% |
| Tagesmutter | 5 | 17 | 30 | 9 | 9,6% |
| Angehörige | 31 | 15 | 9 | 6 | 56,4% |
| Nachbarn | 20 | 15 | 18 | 8 | 37,7% |
| Kinder im Alter von 0-2 Jahren: N=61 | | | | | |
| <i>3-6 Jahre</i> | Ja | Nein, nicht möglich | Nein, nicht nötig | Keine Angaben | Nutzungsquote* |
| Krippe | 3 | 12 | 44 | 25 | 5,1% |
| Kindergarten | 58 | 15 | 5 | 6 | 74,4% |
| Hort | 2 | 11 | 46 | 25 | 3,4% |
| Kindergruppe | 8 | 12 | 38 | 26 | 13,8% |
| Tagesmutter | 5 | 17 | 39 | 23 | 8,2% |
| Angehörige | 40 | 19 | 12 | 13 | 56,3% |
| Nachbarn | 35 | 11 | 23 | 15 | 50,7% |
| Kinder im Alter von 3-6 Jahren: N=84 | | | | | |
| <i>Ab 7 Jahren</i> | Ja | Nein, nicht möglich | Nein, nicht nötig | Keine Angaben | Nutzungsquote* |
| Krippe | 0 | 9 | 111 | 30 | 0,0% |
| Kindergarten | 6 | 11 | 105 | 28 | 4,9% |
| Hort | 4 | 17 | 101 | 28 | 3,3% |
| Kindergruppe | 1 | 15 | 103 | 31 | 0,8% |
| Tagesmutter | 3 | 24 | 97 | 26 | 2,4% |
| Angehörige | 46 | 30 | 53 | 21 | 35,7% |
| Nachbarn | 51 | 19 | 58 | 22 | 39,8% |
| Kinder ab 7 Jahren: N=150 | | | | | |

Insgesamt keine Angabe: N=2

* bezogen auf diejenigen mit Angaben

Die Aussagen der Frauen in den Interviews weisen darauf hin, dass vor allem für chronisch kranke Kinder, Kinder mit Behinderungen aber auch für verhaltensauffällige Kinder therapeutische bzw. sozialpädagogische Dienstleistungen freier Träger, wie beispielsweise der Lebenshilfe oder der Wohlfahrtsverbände, genutzt werden. Im Hinblick auf die direkte Gesundheitsförderung werden außer medizinischen Vorsorgeuntersuchungen oder sportlichen Aktivitäten keine weiteren gesundheitsbezogenen Dienstleistungen genutzt. Die quantitative Befragung bestätigt dieses Bild, wie anhand der nachfolgenden Tabelle deutlich wird.

Tab. 16: Welche Unterstützungsangebote nutzen Sie für die Gesundheit ihres Kindes?²²

| Unterstützungsangebote | Nennungen (absolut) (Mehrfachnennung möglich) | in % von 297 | Alters- differenzierung: mit zunehmendem Alter: |
|---|--|-------------------------|--|
| Impfungen | 254 | 86% | abnehmend |
| Vorsorgeuntersuchungen | 249 | 84% | abnehmend |
| Beratungen (z.B. durch Ärzte, Gesundheitsberatung) | 144 | 48% | abnehmend |
| Kinderturnen/ Sportverein | 112 | 38% | zunehmend, ab 14 abnehmend |
| Kinderreisen/Freizeiten | 72 | 24% | zunehmend |
| Kinderkuren/ Mutter- Kind-Kur | 61 | 21% | ab 4 J. abnehmend |
| Therapeutische Angebote (z. B. Krankengymnastik, Ergotherapie) | 45 | 15% | ab 7 J. abnehmend |
| Sonstige (z .B. Pfadfinder, Urlaub mit den Großeltern) | 38 | 13% | - |
| Gesundheitskurse (z. B. gesunde Ernährung) | 17 | 6% | zunehmend |

Werden die Aussagen der Mütter zusammengefasst ist festzustellen, dass die Kinder dieser Untersuchungsgruppe verhältnismäßig gut in verschiedene soziale Netze außerhalb der Familie eingebunden sind. Eine Studie zu kindspezifischen Netzwerken von Richter (2000) zeigt eindeutig, dass Kinder aus armen Familien schlechter in außerfamiliäre Netzwerke eingebunden sind, als die Vergleichsgruppe. In dieser

²² (N=297 Kinder):

Studie haben öffentliche Spiel- und Sportstätten eine hohe Bedeutung für das soziale Netz der armen Kinder, während dessen Sport- und andere Freizeitvereine kaum eine Rolle spielen (vgl. Richter 2000). Diese Vereine sind für das soziale Netz der Kinder und Jugendlichen in der ländlichen Untersuchungsregion allerdings von hoher Bedeutung.

- **Wenn die Mütter für sich professionelle Unterstützung in Anspruch nehmen, handelt es sich hauptsächlich um Angebote der Rechtsberatung oder aus dem psychotherapeutischen Bereich**

Werden die Unterstützungsleistungen betrachtet, die die Mütter für sich in Anspruch nehmen, so sind diese weniger als kontinuierliche Alltagsentlastung zu definieren. Es handelt sich hier vielmehr um Unterstützung in besonderen Situationen. Diese erfolgt punktuell in Form von Beratungsleistungen oder Informationsangeboten vor allem im Hinblick auf finanzielle und rechtliche Aspekte oder kontinuierlich als therapeutische Leistung, die Unterstützung bei der Bewältigung einer aktuellen oder auch vergangenen Krisensituation bietet. Als besonderes Defizit beschreiben die Frauen, dass es kaum finanzierbare Angebote zur Erholung gibt. Freizeitangebote spielen eine nachrangige Rolle aufgrund der zeitlichen Engpässe. Als besonderes Problem wird beschrieben, dass sie Angebote oft nicht nutzen können, da die Kinderbetreuung für diese Zeit nicht gewährleistet ist.

- **Professionelle Angebote und Unterstützungsdienstleistungen werden überwiegend in der Anfangsphase oder Übergangsphase in die Lebensform des allein Erziehens in Anspruch genommen²³.**

Einen besonders erhöhten Bedarf an Information und Unterstützung von professionellen Dienstleistungen und Beratungsangeboten formulierten die befragten Frauen einstimmig in der ersten Zeit nach der Trennung vom Partner oder der Geburt des Kindes. Dabei sind neben Informationsangeboten vor allem Unterstützungsleistungen gefragt, die helfen, die Krisensituation im Falle einer Trennung zu bewältigen²⁴.

Positive Erfahrungen mit sozialpädagogischen Dienstleistungen beschreibt eine Interviewpartnerin, die ihre Trennungszeit reflektiert. Sie schätzt ein, dass diese Krise ohne die Unterstützung des Familienhelfers für sie kaum bewältigbar gewesen wäre:

²³ Zu vergleichbaren Ergebnissen kommt auch die Studie von Schneider u.a. (2000). Hier wird eingeschätzt, dass ein flächendeckendes und vielfältiges Angebot für allein Erziehende sowohl von öffentlichen als auch von freien Trägern besteht, aber auch hier die Frauen diese professionellen Dienstleistungen nicht häufig frequentieren. Hauptursache ist ein fehlender Bedarf, die Notwendigkeit konnte von den Befragten nicht gesehen werden. Großer Bedarf wurde auch hier für die Anfangs- und Umbruchsphase in die Lebensform allein erziehend festgestellt (vgl. Schneider u.a. 2000: 247 ff).

²⁴ Es zeigte sich dabei kein Unterschied, ob die Mütter vom Partner/ Ehemann verlassen worden sind oder eine Trennung selbst herbeigeführt haben. In beiden Fällen wurde die neue Situation als Krise und Belastung beschrieben, in der spezielle entlastende Angebote dringend gefragt sind.

„Anfang 2001 war der Vater von den beiden Kindern der Meinung, er müßte mich samt meiner kleinen Tochter und hochschwangerem Bauch mit einer anderen betrügen und ausziehen mit Sack und Pack und mich vor vollendete Tatsachen stellen. Ja, ich musste mir dann erst einmal eine kleinere Wohnung suchen (...). Ich hatte damals das Glück, ich hatte einen Familienhelfer von der AWO. Den habe ich dann gleich das Wochenende angerufen, wo das alles war. Der hat zu mir gesagt, gut ich komme morgen, dann klären wir das“ (AC 142: 23-33).

- **Frauen, die die Lebenssituation allein erziehend nicht als starke, krisenhafte Umbruchsphase in ihrem Leben empfunden haben, geben am häufigsten an, keine professionellen Unterstützungsleistungen zu benötigen.**

Es handelt sich hierbei häufig um ledige Frauen, die bereits zu einem frühen Zeitpunkt der Schwangerschaft wussten, dass sie mit dem Kind ohne Vater leben werden und sich somit langfristig auf die Geburt des Kindes und die Lebenssituation als allein Erziehende einstellen konnten. Aber auch Frauen, die beschreiben, dass sich durch die Trennung vom Vater des Kindes keine Veränderungen ergeben haben, da sie bereits in der Partnerschaft/ Ehe allein verantwortlich für die Erziehung und Versorgung des Kindes waren, gehören zu dieser Gruppe²⁵. Auffällig in den Interviews mit diesen Frauen war allerdings, dass sie über chronische Erschöpfung und permanente Müdigkeit klagen. Auch wenn von diesen Frauen kein Bedarf an professionellen Unterstützungsleistungen formuliert wurde, wären Angebote zur Entspannung oder zum „Kräfte tanken“ auch für diese Zielgruppe von besonderem Interesse.

Zusammenfassend lässt sich im Hinblick auf professionelle Unterstützungsdienstleistungen für allein erziehende Sozialhilfeempfängerinnen formulieren, dass das professionelle Netz nachrangig zum privaten Unterstützungsnetz bewertet wird. Dieses ist unter anderem mit dem verhältnismäßig geringen Angebot an Dienstleistungen für diese Zielgruppe zu begründen. Außerdem werden die vorhandenen Angebote von den Frauen nicht als bedarfsgerecht empfunden und damit nicht weiter frequentiert. Gleichzeitig wird von den Befragten ein hoher Bedarf an professionellen sozialen und gesundheitsfördernden Dienstleistungen signalisiert und es werden konkrete Vorschläge zur Gestaltung der Angebote formuliert. Darauf wird im Empfehlungskatalog (vgl. Kapitel 3) ausführlicher eingegangen.

²⁵ Weitere Charakteristika dieser Gruppe werden im Absatz 2.2 in der Darstellung des Typs „Die Gestalterin“ beschrieben.

2.6 Das soziale Netz der Kinder

Die Aussagen der Mütter über das Unterstützungsnetz bzw. die sozialen Beziehungen der Kinder zeigen, dass diese in einem stärkeren Maße als vergleichsweise ihre Mütter, neben den privaten Beziehungen zum primären Netzwerk (Freunde, Klassenkameraden, Verwandte etc.), in ein sekundäres soziales Netz eingebunden sind, sowie professionelle Unterstützungsangebote zur Förderung ihrer physischen und psychischen Gesundheit in Anspruch nehmen, wie im vorangegangenen Absatz dargestellt wurde. Die Intensität und Qualität dieser Beziehungen steht selbstverständlich im Verhältnis zum Alter der Kinder.

Neben den regulären, altersangemessenen Angeboten zur Kinderbetreuung und Bildung wie Kindergarten oder Hort spielen Freizeitangebote von Vereinen (Sportvereine, Feuerwehr, Schützenverein) eine wesentliche Rolle im Alltagsgeschehen. Die Eingebundenheit der Kinder in das soziale Gefüge der Gemeinde oder Dorfgemeinschaft stellt allerdings nicht automatisch eine Entlastung für die Mütter dar, indem sich beispielsweise Kinderbetreuungsfragen auf diese Weise klären lassen. Der ländliche Charakter der Region und die damit verbundenen weiten Entfernungen zwischen der Wohnung der Kinder, der Schule bzw. dem Kindergarten und den Angebot-/ Veranstaltungsorten der Vereine, stellt die Mütter vor die Herausforderung, Fahrdienste zu organisieren oder diese selbst zu übernehmen. Die Mobilität der Familien ist in den meisten Fällen durch das Fehlen eines Autos und durch das defizitäre Angebot des öffentlichen Nahverkehrs eingeschränkt. Allerdings zeigen die Interviewaussagen, dass die Mütter große Anstrengungen unternehmen, ihren Kindern die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben der Gemeinde bzw. des Stadtteils zu ermöglichen bzw. das Eingebundensein in Vereinsstrukturen unterstützen und befördern. Die treibende Motivation dafür ist das Gefühl der Mütter, damit einen Teil von Normalität im Leben der Kinder herzustellen. Das von den befragten Müttern beschriebene schlechte Gewissen, ihren Kindern als Sozialhilfeempfängerin und den damit verbunden eingeschränkten finanziellen Mitteln nicht in dem Maße Bildungs- und Teilhabechancen eröffnen zu können wie vergleichsweise Familien mit mehr finanziellen Mitteln, motiviert die Frauen, Kontakte zu solchen Netzwerken für ihre Kinder herzustellen und diese durch finanziellen und organisatorischen Mehraufwand zu unterstützen.

2.7 Ökologische Ressourcen und belastende Faktoren in einer ländlich strukturierten Region

Als ökologische Ressourcen einer gesunden Umwelt lassen sich sowohl saubere Außenluft und Wasser als auch gesunde Wohnbedingungen, sichere Spielplätze oder der Einsatz umweltfreundlicher Technologien definieren (vgl. Waller 2002: 41). Es handelt sich also um Ressourcen, die in Abhängigkeit von der natürlichen

Beschaffenheit einer Region als auch durch bauliche und soziale Merkmale entstehen. Wird danach gefragt, welche ökologischen Ressourcen der Landkreis Harburg als Potenziale zur Gesundheitsförderung bietet, ist es zunächst wichtig, einige zentrale Charakteristika des Landkreises zu beschreiben.

Die Region, in der die Frauen mit ihren Kindern leben, ist als ländliche Flächenregion zu charakterisieren²⁶. Der Landkreis Harburg umfasst eine Gesamtfläche von 1.245 km². Mit seinen 233.758 Einwohner/innen (Juni 2001) zählt er zu den bevölkerungsreichsten Landkreisen Niedersachsens. Die kontrastvolle und walddreiche Landschaft macht den Landkreis Harburg als Naturerholungsgebiet sehr attraktiv. Geprägt wird der Landkreis durch eine enge sozio-ökonomische und verkehrliche Verflechtung mit der Freien und Hansestadt Hamburg, was auch an den hohen PendlerInnenzahlen abzulesen ist. Die attraktive Wohnlage für hansestädtische PendlerInnen führt zu einem anhaltend starken Siedlungs- und Bevölkerungsdruck. Der Landkreis weist langfristig den höchsten Bevölkerungszuwachs in Niedersachsen auf. Täglich suchen ca. 50.000 Menschen aus dem Landkreis Harburg ihren Arbeitsplatz in Hamburg auf, d.h. fast jede/r zweite im Landkreis wohnende Erwerbstätige pendelt. Daher ist die Arbeitslosigkeit im Landkreis als unterdurchschnittlich zu bezeichnen. Die Arbeitslosenquote²⁷ betrug im März 2002 8,4% und liegt deutlich unter dem Durchschnitt in Niedersachsen, der 9,6 % betrug. Auch die Sozialhilfequote ist mit 2,6%²⁸ als niedrig einzustufen (vgl. Waller u.a. 2002). Damit ist die Lebenssituation von allein erziehenden Sozialhilfeempfängerinnen in dieser Region durch ein Paradox geprägt. Einerseits leben die Frauen in einer der reichsten und attraktivsten Regionen Niedersachsens. Andererseits können sie aufgrund von beispielsweise fehlenden Kinderbetreuungsangeboten, fehlenden zeitlichen und Mobilitätsressourcen keine Arbeit in der Metropolregion aufgrund der Entfernungen annehmen. Der ländliche Charakter bietet in seinen natürlichen Bedingungen (wie frische Luft, sauberes Wasser, wäldliche Gebiete und Wiesenlandschaften) einerseits Ressource für Gesundheit und Lebensqualität. Andererseits verstärken Aspekte der ländlichen Beschaffenheit, aber vor allem auch die daraus folgende soziale Struktur des Landkreises soziale Benachteiligungen der allein Erziehenden, was anhand der folgenden Beispiele nachvollziehbar wird:

- Bedingt durch die Bevölkerungsstruktur (hoher Anteil an vollständigen Familien und hansestädtischen Pendler/innen) ist das Netz von Unterstützungsleistungen (z.B. Kinderbetreuung, Gesundheitsleistungen, sozialpäda-

²⁶ Barbara Stauber hat in ihrer Studie zur Situation allein erziehender Frauen die Besonderheiten der Lebensgestaltung in ländlichen Regionen beschrieben (vgl. Stauber 1996). Die ländliche Region erwies sich dort als modernisierter Raum, in dem sich die Frauen im Spannungsfeld zwischen weiblichen Bewältigungsstrategien und (regionaler) Sozialpolitik bewegen.

²⁷ Diese Quote bezieht sich auf den gesamten Arbeitsamtsbezirk Lüneburg, zu dem der Landkreis Harburg gehört.

²⁸ Ohne Asylbewerberleistungsgesetz; Sozialhilfezahlen Stand 12.2001, Bevölkerungszahlen Stand 6.2001

gogische Leistungen) weniger differenziert ausgebaut und wohnortnah konzipiert.

- Der ländliche Charakter und die Ausdehnung des Landkreises erfordern für eine selbstbestimmte Mobilität ein Fahrzeug, was aufgrund der ökonomischen Situation eine zusätzliche Belastung bedeuten kann bzw. dessen Besitz bei Sozialhilfebezug nicht möglich ist.
- Traditionellerweise ist der Landkreis eher von landwirtschaftlichen Betrieben, als von Produktions- und Dienstleistungsunternehmen als Möglichkeiten des Erwerbs geprägt, und aufgrund der Pendlerstruktur sind die Möglichkeiten des Erwerbs wohnortnah eingeschränkt, so dass ökonomische Risiken eher bestehen bleiben (vgl. GEWOS 2003).

In den Interviews mit den allein erziehenden Müttern wurde deutlich, dass diese die Region, in der sie leben, im Hinblick auf die Ressourcen für die Gesundheit überwiegend positiv wahrnehmen. Belastungen aufgrund weiter Wege bei gleichzeitig schlechten Verbindungen des öffentlichen Nahverkehrs und eingeschränkter Angebote an finanziell günstigen, freizeitbezogenen und wohnortnahen sozialen Dienstleistungen wurden peripher diskutiert. Eingeschränkte wohnortnahe Erwerbsmöglichkeiten wurden allerdings nicht im Hinblick auf fehlende regionale Ressourcen hervorgehoben. Belastungen aufgrund der fehlenden Erwerbsmöglichkeiten für allein erziehende Frauen wurden nicht als regionales Problem, sondern als generelles gesellschaftliches Defizit argumentiert.

Als eine der wesentlichen ökologischen Ressourcen wurde die hohe Lebensqualität beschrieben, die die Frauen aufgrund der ländlichen Umgebung empfinden und durch die soziale Beziehung zu den ländlichen Dorfgemeinschaften erfahren. Die Frauen, die in den städtischen Gebieten des Landkreises leben, heben hervor, dass die Entfernungen in Naherholungsgebiete nicht so weit sind und sie diese für sich und ihre Kinder gut nutzen können. Die Frauen, die außerhalb der Städte wohnen, haben Spaziergänge im Wald, Rad fahren und andere Bewegungen an der frischen Luft als feste Bestandteile des Alltages beschrieben. Insbesondere auf die Frage, was sie für die Gesundheitsförderung der Kinder tun, wurde neben gesunder Ernährung Bewegung an der frischen Luft und bei den älteren Kindern Sport in regionalen Vereinen am häufigsten genannt. Neben den direkten gesundheitsfördernden Aspekten der beschriebenen ökologischen Ressourcen wurde ein weiterer Aspekt deutlich, der im Hinblick auf das subjektive Wohlbefinden eine wesentliche Rolle spielt, der ökonomische Aspekt. Die Möglichkeiten, frisches Obst und Gemüse aus dem eigenen Garten zu ernten und natürliche Freizeit- und Erholungsmöglichkeiten für sich und die Kinder zu erschließen, ist für die Frauen, die außerhalb der städtischen Regionen leben, auch unter finanziellen Aspekten eine Ressource. Die Mütter in den Städten bemängeln dementsprechend fehlende sichere Spielplätze für die kleine-

ren Kinder und fehlende bezahlbare Freizeit- und Erholungsangebote für die größten und für sich selbst.

Die nachfolgende Interviewpassage fasst die Bedeutung der gesunden Umgebung in der ländlichen Region für das Wohlbefinden der Familie noch einmal zusammen. Auf die Frage, was sie selbst für die Förderung ihrer eigenen Gesundheit und zur Gesundheitsförderung der Kinder tun kann, antwortet die befragte Mutter:

„Viel raus gehen, jeden Tag. Ich denke, das tut denen einfach gut. Und das mögen die auch beide [die Kinder Anm. d .V.]. Stehen die total drauf, ja. Habe ich mit Z. schon immer gemacht. Also wirklich auch jeden Tag raus. Auch bei Wind und Wetter. Mache ich mit M. nicht ganz so konsequent. Aber eigentlich schon. Geht man halt Pfützen patschen, wenn es geregnet hat oder was auch immer. Aber sonst, was mache ich denn speziell? Wie gesagt, ich hab im Grunde, die sind wirklich ziemlich gesund, nicht? Aber ich denke, das hat auch viel damit zu tun, dass wir ganz viel draußen sind. Und dass wir hier einfach ne tolle Umgebung haben, nicht? In der Stadt ist es irgendwie, ist doch anders, nicht? (...) Also es sind beides irgendwie auch Draußenkinder. Ich bin auch so 'n Draußenmensch, nicht? Also wenn ich Ruhe brauche, Sammlung, irgendwas oder so, ist bei mir spazieren gehen immer angesagt, nicht? Wald ist toll. Hier kann man aber auch ganz viel machen. Hier ist ein Badeteich, bei uns um die Ecke. Gerade im letzten Sommer ganz viel“ (AB 177: 516-541).

Zusammenfassend kann eingeschätzt werden, dass die ländliche Flächenstruktur des Landkreises ökologische Ressourcen zur Gesundheitsförderung zu bieten hat, deren Attraktivität die Mütter für sich selbst als vor allem auch für die Förderung der Gesundheit ihrer Kinder zu schätzen wissen und sich erschlossen haben. Bedingt durch den natürlichen Charakter dieser Ressourcen wächst deren Attraktivität aufgrund der ansonsten begrenzten finanziellen Mittel der Sozialhilfeempfängerinnen. Andererseits birgt, wie gezeigt, die ländliche Struktur die Gefahr, soziale Benachteiligung zu manifestieren. Damit verbunden sind Belastungsfaktoren, deren Bewältigung sich negativ auf die Gesundheit der Frauen auswirken kann.

In den folgenden Ausführungen wird ein Belastungsfaktor ausführlich vorgestellt, der sowohl in den Interviews als auch während der Fragebogenerhebung als der zentrale hervorgehoben wurde: Die Abhängigkeit der Familien von Zuwendungen nach dem Bundessozialhilfegesetz. Dabei wird deutlich werden, dass nicht allein die Sorge um die finanzielle/ ökonomische Situation der Familie belastend ist, sondern auch Stigmatisierungen, Minderwertigkeitsgefühle, Abhängigkeiten sowie Identitätswechsel als belastende Faktoren thematisiert werden und als stressverursachende Risiken das Wohlbefinden und den Gesundheitszustand der allein erziehenden Mütter beeinträchtigen bzw. gefährden können.

2.8 Armut und Sozialhilfe als Belastungsfaktoren für Gesundheit

Auf die Frage nach den größten Belastungen in der Situation als allein erziehende Sozialhilfeempfängerin thematisierten die befragten Frauen sowohl in den Interviews als auch in der quantitativen Befragung das Gefühl, in ökonomischer Hinsicht abhängig zu sein von Bezügen und Zuwendungen nach dem Bundessozialhilfegesetz. Auffällig waren in diesem Zusammenhang die vielfältigen Belastungsebenen, die sich negativ auf das emotionale und körperliche Wohlbefinden der Frauen, die psychische Stabilität, das soziale Netz und das Leben der Kinder auswirken. Als belastende Hauptfaktoren und damit verbunden größte Gesundheitsrisiken wurden die Sorge um die schlechte ökonomische Situation der Familie und das Gefühl der Abhängigkeit hervorgehoben.

Dieses spiegelte sich auch in der Abfrage nach den größten Belastungsfaktoren der Frauen wider (vgl. Abschnitt 2.1 und Grafik 3). Werden die tatsächlichen ökonomischen Verhältnisse betrachtet, wird deutlich, dass die Sorge auf einer tatsächlichen Notlage basiert, denn die Familien verfügen über ein stark unterdurchschnittliches Einkommen. Es zeigt sich, dass diejenigen, die eine besonders hohe Belastung durch finanzielle Sorgen angeben, mit einem monatlichem Äquivalenzeinkommen in Höhe von 503,67 Euro pro Person 93 Euro weniger Geld zur Verfügung haben, als die weiteren befragten Mütter (diese verfügen über ein monatliche Äquivalenzeinkommen in Höhe von 597 Euro). Ähnlich verhält es sich mit den Angaben bezüglich der Belastungen durch den Sozialhilfebezug: Die Frauen mit dem geringsten Äquivalenzeinkommen (14% weniger als die anderen) fühlen sich durch den Bezug von Sozialhilfe stärker belastet als die anderen.

Wird ein Blick auf die Einkommensverhältnisse der befragten Mütter gerichtet, fällt schnell auf, dass sich einige in ökonomischer Hinsicht in einer dramatischen Situation befinden. Die finanzielle Lage der meisten Frauen ist schlecht, nur wenige haben ein Haushaltseinkommen über der 40%- Armutsgrenze („strenge Armut“²⁹). Im Durchschnitt stehen den befragten Familien nur 34% des Äquivalenzeinkommens zur Verfügung (Tab. 17: Haushaltseinkommen; Tab. 18: Äquivalenzeinkommen)

²⁹ Statistisches Bundesamt (Hg.) (2000): 589

Tab. 17: Haushaltseinkommen

| Haushaltsnettoeinkommen ³⁰ | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozent | kum. Anteile |
|---------------------------------------|------------|---------------|-----------------|--------------|
| weniger als 500 Euro | 3 | 1,9% | 1,9% | 1,9% |
| 500-<700 Euro | 35 | 22,3% | 22,4% | 24,4% |
| 700-<900 Euro | 36 | 22,9% | 23,1% | 47,4% |
| 900-<1100 Euro | 36 | 22,9% | 23,1% | 70,5% |
| 1100-<1500 Euro | 42 | 26,8% | 26,9% | 97,4% |
| 1500 Euro und mehr | 4 | 2,5% | 2,6% | 100,0% |
| keine Angabe | 1 | 0,6% | | |
| Gesamt | 157 | 100,0% | 100,0% | |

Tab. 18: Äquivalenzeinkommen

| Anteile vom Äquivalenzeinkommen ³¹ | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|---|------------|--------------|------------------|---------------------|
| 10 bis <20% | 7 | 4,5 | 4,6 | 4,6 |
| 20 bis <30% | 56 | 35,7 | 36,6 | 41,2 |
| 30 bis <40% | 36 | 22,9 | 23,5 | 64,7 |
| 40 bis <50% | 45 | 28,7 | 29,4 | 94,1 |
| 50 bis <60% | 9 | 5,7 | 5,9 | 100,0 |
| Gesamt | 153 | 97,5 | 100,0 | |
| k.A. | 4 | 2,5 | | |
| Gesamt | 157 | 100,0 | | |

Nur wenige Frauen (6 %) haben ein Einkommen über der 50%-Armutsgrenze. Dies ist allerdings bei Bezug von Sozialhilfe auch nur möglich, wenn gleichzeitig Erziehungsgeld bezogen wird, das auf die Sozialhilfe nicht angerechnet wird (siehe Tab. 17: Haushaltseinkommen).

Das Haushaltseinkommen steigt mit der Kinderzahl, das Äquivalenzeinkommen³² sinkt (siehe Tabelle 19: Anteil am Äquivalenzeinkommen nach Kinderzahl im Haushalt). Die Berufstätigkeit wirkt sich, trotz sinkender Sozialhilfe, positiv auf das Einkommen der Frauen aus (Tab. 20: Anteil vom Äquivalenzeinkommen nach Beschäftigung)

³⁰ Frage: „Wieviel Geld haben Sie insgesamt monatlich für sich und Ihre Familie zur Verfügung? (einschließlich Sozialhilfe, Kindergeld, Erziehungsgeld, Wohngeld, Zuschüsse ..)“

³¹ OECD alt

³² Berechnet wurde das Äquivalenzeinkommen unter Verwendung des alten OECD-Schlüssels, der der Berechnung des Sozialhilferegelgesetzes nahe kommt (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2001), S. 21).

Tab. 19: Anteil am Äquivalenzeinkommen nach Kinderzahl im Haushalt

| Kinder im Haushalt | Anteil am Äquivalenzein-kommen in % | N |
|---------------------------|--|------------|
| 1 | 37,8 % | 63 |
| 2 | 33,0 % | 67 |
| 3 | 28,7 % | 17 |
| 4 | 26,8 % | 4 |
| 5 | 22,8 % | 2 |
| Insgesamt | 34,2 % | 153 |

Tab. 20: Anteil vom Äquivalenzeinkommen nach Beschäftigung

| Beschäftigung | Mittlerer Anteil vom Äquivalenzeinkommen |
|--|---|
| In Aus-/Weiterbildung /Umschulung/Studium | 30,0 |
| z.Zt. arbeitslos | 32,0 |
| Geringfügig beschäftigt | 33,5 |
| Teilzeiterwerbstätig | 37,1 |
| Vollzeiterwerbstätig | 39,5 |
| Erziehungsurlaub | 42,6 |
| Insgesamt | 34,1 |

Gemessen am durchschnittlichen Einkommen der Menschen in der Bundesrepublik Deutschland leben die hier befragten Frauen und Kinder unterhalb der Armutsgrenze und teilweise weit unter dem, was als ökonomisch zumutbar angesehen wird.

Werden die zeitlichen Verläufe in den Beschreibungen der Frauen betrachtet und in den Bewältigungsmustern der Frauen, zeigt sich eindeutig der größte Unterstützungsbedarf zu Beginn der neuen Lebenssituation, also unmittelbar nach der Trennung vom Partner/ Ehemann oder nach der Geburt des Kindes.

„Wenn eine Mutter in die Situation kommt, Sozialhilfe zu beantragen, ist sie ja sowieso irgendwo, sag ich mal aus ihrem normalen Lebensbild rausgerissen, ob freiwillig oder unfreiwillig, das ist ja nun völlig egal. (...) Aber man da hat da gar keine Ahnung von, was man machen muss, beziehungsweise, welche Hilfen man in Anspruch nehmen kann. Und dabei spreche ich nicht nur vom Geld. (...) Diese Situation, man fällt in so'n Loch, und man weiß im ersten Moment gar nicht, wo man zuerst anfangen soll. Und dann hat man noch die kleinen Kinder. Und dann ist dann auch noch ein unheimlicher Papierkram, wo man vielleicht dann auch echt überfordert ist“ (AK 128: 1054-1077).

Was den Frauen in dieser Situation am meisten fehlt, sind Beratungsangebote und zuverlässige Informationen. Das Informationsdefizit der Frauen bezog sich in der Anfangszeit sowohl auf ihren Rechtsanspruch, welche Leistungen sie in welcher

Form beantragen können als auch auf das Vorhandensein weiterer Unterstützungsdienstleistungen, wie z.B. Spielkreise und weitere Kinderbetreuungsmöglichkeiten, Selbsthilfegruppen, therapeutische Angebote oder weitere Zuwendungen. Außerdem fühlten sich die Frauen zu wenig über die ökonomischen Risiken aufgeklärt, die mit dem Sozialhilfebezug verbunden sind (z.B. Verlust des eigenen Fahrzeuges, Verlust der Kreditwürdigkeit und damit verbunden der EC-Karte). Die Überforderung in der Anfangsphase entstand häufig dadurch, dass die Verantwortung für die Aufrechterhaltung der ökonomischen Haushaltsorganisation meist allein bei den Müttern lag, sie sich trotz der krisenhaften Situation selbst informieren musste: *„wenn man nicht weiss, was man beantragen kann, dann kriegt man auch nichts“* (AL 159: 470-471).

Die Hauptkritik der befragten Mütter bezieht sich darauf, dass ihnen die Informationen über das, was ihnen zusteht, schwer zugänglich gemacht wurden. Es geht dabei nicht um Sonderleistungen oder besondere Vergünstigungen, sondern um die Verwirklichung eines Rechtsanspruches: *„Ich will ja gar nichts geschenkt haben“* (AK 128: 186). Die Ressource Wissen wird dadurch zur Voraussetzung für die ökonomische Grundsicherung der Familie.

Sind die Frauen selbst bereit, Einschränkungen im Lebensstandard anzuerkennen und zu praktizieren, beschreiben sie allerdings große Schwierigkeiten, dieses ihren Kindern zuzumuten und ein permanent schlechtes Gewissen gegenüber den Kindern, wie nachfolgende Interviewpassagen zeigen:

„Grauensvoll. Ich mein, wenn sie zwei Kinder haben und die gucken sie an, Mama, wir möchten das und das gern haben. Und sie sagen, nee geht nicht. Ich habe kein Geld dafür. Das bricht einem das Herz irgendwo (AL 139: 175-178).

In allen Interviews wurde das Bestreben der Mütter deutlich, ihren Kindern aufgrund der ungewollten Armutssituation Zukunftschancen nicht all zu sehr zu verbauen und im Rahmen des Möglichen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (z.B. Nutzung kultureller Angebote, modische Kleidung, Pflege von Freundschaften) oder in relevanten gesellschaftlichen/ sozialen Bereichen (wie z.B. Sportvereinen, Bildungseinrichtungen) zu ermöglichen. Oftmals stellen die Mütter ihre eigenen Bedürfnisse zugunsten der Bedürfnisbefriedigung der Kinder zurück. Auch wenn diese Strategie im Hinblick auf das Leben der Kinder förderlich ist, ist insgesamt einzuschätzen, dass die Ermöglichung von gesellschaftlich relevanter Teilhabe und Befriedigung konsumorientierter Bedürfnisse auf einem sehr niedrigen, eingeschränkten Niveau erfolgt. Je länger der Sozialhilfebezug bereits besteht und je weniger zu erwarten ist, dass Veränderungen der ökonomischen Situation in naher Zukunft erfolgen, desto häufiger und stärker werden auch die Kinder in die Verantwortung genommen, ihre Bedürfnisse zu regulieren oder selbst mit auf die Haushaltsorganisation zu achten (im Sinne von preiswerten Einkäufen, Verzicht auf

Freizeitangebote wie Kino, Schwimmbad). Die Mütter informieren die Kinder über die ökonomische Situation und handeln situativ aus, welche Ausgaben möglich sind bzw. in welchen Bereichen Einsparungen erfolgen müssen, wie der nachfolgende Interviewausschnitt zeigt.

„Also, man kann nicht sagen, dass die Kinder darunter leiden, dass ich Sozialhilfe bekomme. Meine Tochter weiß zwar, wir haben nicht viel Geld. Und darunter leidet sie manchmal auch ein bisschen. (...) Die ist jetzt so aufgewachsen. Und es ist ja nicht so, dass ich ihr gar nichts kaufe oder so. Es ist natürlich nicht so, wie bei anderen Familien. Das geht nicht. Und sie weiß es“ (AB 203: 864-884).

Insgesamt lässt sich im Hinblick auf die ökonomische Situation der befragten Familien einschätzen, dass die Mütter und auch die Kinder unter den Einschränkungen und Sorgen leiden, was sich sowohl im subjektiven Wohlbefinden als auch in manifesten Krankheitssymptomen niederschlägt.

Neben den ökonomischen Aspekten werden während der Interviews vor allem Belastungen thematisiert, die durch Stigmatisierungen und das Gefühl entstehen, von einer Institution abhängig zu sein und damit für Bereiche des eigenen Lebens keine Verantwortung übernehmen zu können bzw. zu dürfen. Stigmatisierungserfahrungen werden sowohl im privaten Umfeld erlebt (durch Nachbarn, Bekannte oder auch Familienangehörige) aber auch in Institutionen (z.B. beim Arzt oder im Kindergarten) und durch Mitarbeiter/innen im Sozialamt selbst, wie nachfolgende Beispiele zeigen:

„Aber Sozialamt ist ja, wir sind ja deswegen nicht Menschen zweiter Klasse. Das kriegen wir immer wieder zu spüren“ (AL 191: 306-308)

„Weil es ist grausam. Auch wenn man da zum Sozialamt kommt man wird so, ja abgestempelt irgendwo. Die sind unheimlich unfreundlich. Man will ja gar nichts. Man will ja einfach nur leben“ (AK 143: 134-136).

Der Gedanke der Abhängigkeit manifestiert sich vor allem bei den Frauen, die sich von ihrem Mann/ Partner getrennt haben, um selbstständig zu leben und selbstbestimmte Entscheidungen treffen zu können: *„Ich mein, ich war froh, dass ich nicht mehr vom Mann abhängig bin. Aber diese Abhängigkeit vom Staat ist schrecklich“ (AL 159: 388-390).*

Stigmatisierungen und auch die stark empfundenen Anhängigkeiten und damit verbundenen Einschränkungen der Handlungs- und Entscheidungsfreiheit stellen sowohl für die Aufrechterhaltung bzw. Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls eine Bedrohung dar und zum zweiten werden psychische Ressourcen nötig, um Angriffe auf die eigene Identität und positive Selbstdefinition abzuwehren. Im Hinblick auf die Identitätsbildung stellt der Sozialhilfebezug insofern eine Bedrohung

der psychischen Gesundheit dar, da die negativen Zuschreibungen und Fremddefinitionen sich schwer in das (noch) positive eigene Selbstbild integrieren lassen. Paradoxaerweise gelingt es auch nicht, diese Fremddefinitionen zu ignorieren. Durch die Interviews lassen sich zwei verschiedene Prozesse herausarbeiten, die beide für eine gelungene Identitätsentwicklung und positive Selbstkonzeption hinderlich sind:

1. Abwehr der Fremddefinition: In diesem Fall verwenden die Frauen enorme Energien und Ressourcen, ein „normales“ Leben aufrecht zu erhalten und kämpfen um Anerkennung und Achtung der eigenen Leistungen. Die Probleme, die konstitutiv für die Lebenssituation sind, werden als solche ignoriert, es erfolgt keine Identifikation mit der Lebenssituation, Ressourcen, die zur Abwehr von Fremddefinitionen bzw. zur Aufrechterhaltung des eigenen Selbstbildes verwendet werden müssen, stehen für andere relevante Dinge in der Lebensbewältigung nicht mehr zur Verfügung.
2. Integration der Fremddefinition: Die negativen Fremddefinitionen werden übernommen und damit werden das Selbstwertgefühl und die Handlungsbereitschaft der Frauen gefährdet. Es werden sehr viele Ressourcen und Energien benötigt, sich mit den Stigmatisierungen auseinanderzusetzen und die dadurch entstehende Ohnmachtssituation zu bewältigen.

Die größte Gefahr für die psychische Gesundheit und das emotionale Wohlbefinden besteht in der Minderung der Handlungsbereitschaft und durch das Entstehen von Ohnmachtssituationen (Resignation). Aktivität und die daraus entstehenden Erfolge in der Lebensbewältigung bilden hier die Voraussetzung für Gesundheit. Im salutogenetischen Verständnis gehen Handhabbarkeit, Verstehbarkeit und Sinnhaftigkeit als Voraussetzungen für Kohärenz (vgl. Antonovsky 1997) einher. Wenn die Frauen durch die massiven Stigmatisierungen und Einschränkungen in die Lage versetzt werden, ohnmächtig einer Situation gegenüber zu stehen, verlieren sie die Ressource Handhabbarkeit. Da die Frauen die Unterstellungen und Anschuldigungen als nicht gerechtfertigt empfinden, ist es für sie schwer nachvollziehbar, wieso sie diesen ausgesetzt sind (Verstehbarkeit). Das eigene Engagement wird letztendlich als sinnlos empfunden, was sich im Rückzug und in resignierten Verhaltensmustern zeigt.

Eine Lösungsmöglichkeit, diesen Kreislauf zu durchbrechen, die sich aus mehreren Interviews mit den Frauen herausarbeiten ließ, ist die Differenzierung zwischen Sozialhilfeempfänger/innen im Allgemeinen und allein erziehenden Sozialhilfeempfängerinnen im Besonderen, die sich jedoch im sozialen Umfeld und in der allgemeingesellschaftlichen Definition nicht finden lässt. Diesem Konzept nach wird unterschieden zwischen „Sozialschmarotern“ (Personen, die keine gesellschaftliche relevante Arbeit leisten, dem Staat und der Gesellschaft eher Schaden zufügen, indem das zur Verfügung gestellte Geld für Drogen oder Alkohol ver-

schwendet wird) und den allein erziehenden Müttern und Vätern. Die Differenzierung beruht auf der Bewertung von gesellschaftlich relevanter Arbeit, wobei der eigene gesellschaftlich relevante Beitrag im Gegensatz zu den weiteren Sozialhilfeempfänger/innen als höher bewertet wird und der Frage nach der Verantwortung für die Situation und dem daraus resultierenden Unterstützungsanspruch: Die allein Erziehenden leisten durch die Betreuung und Versorgung von Kindern gesellschaftlich relevante Arbeit, die derzeit nicht durch andere öffentliche oder private Instanzen übernommen wird, wie z.B. durch bedarfsgerechte Kinderbetreuungsangebote oder die Verantwortung der (in diesem Falle meist) Väter. Im Selbstkonzept der Frauen stellen allein erziehende Sozialhilfeempfänger/innen eine besondere Gruppe dar („die anderen Sozialhilfeempfängerinnen“), die hart daran arbeiten, die oftmals schwierigen Lebensbedingungen zu bewältigen, um damit als ein Teil der Gesellschaft Anerkennung zu erfahren. Der nachfolgende Interviewausschnitt veranschaulicht die Ausführungen eindrucksvoll:

„Ich rede auch nicht darüber, woher ich mein Geld hab. Weil, wir hatten schon oft Streit mit den Nachbarn. Weil das sind auch welche, die Sozialhilfe kriegen. [Und die anderen sagen], wir zahlen eure Steuern, du Penner, Du gehst den ganzen Tag saufen. Und dann schäm ich mich. Weil einen Teil haben sie ja recht. (...) Die gehen nicht arbeiten. Die gehen morgens zum Aldi, holen ihre Paletten Bier und setzen sich in die Wohnung. Und das ist dann immer so peinlich. Und die anderen sagen, ja ihr Sozialhilfeempfänger, seid alle Penner und so. (...) Das find ich so schrecklich, weil alle unter einem Kamm geschoren werden. Und das tut weh.“ (AL 191: 627-644).

Auch wenn es eine sozialpolitische Errungenschaft ist, dass den Müttern und ihren Kindern durch den Anspruch auf Sozialhilfe eine ökonomische Lebensbasis geboten wird, zeigen die Ausführungen, dass keine der Frauen glücklich über diesen Umstand ist. Der größte Wunsch für die Zukunft besteht darin, durch eigene Erwerbstätigkeit einen Weg aus der Sozialhilfe zu finden, um damit (wieder) ein selbstbestimmtes, eigenständiges Leben führen zu können. Es wurden unterschiedliche Belastungsfaktoren vorgestellt, die sich für die Frauen aus dem Sozialhilfebezug ergeben. Zusammenfassend beziehen sich die Belastungen auf folgende Bereiche:

- Eingeschränkte ökonomische Situation,
- Informationsdefizite im Hinblick auf die Leistungsansprüche,
- Fehlende Flexibilität in der Auslegung der gesetzlichen Vorgaben und in der Prüfung individueller Einzelfälle,
- Einschränkung von Eigeninitiative durch gesetzliche Vorgaben,
- Gefühle von Minderwertigkeit und Ungerechtigkeit in der Interaktion mit Sachbearbeiter/innen des Sozialamtes,
- Emotionale Belastungen aufgrund von Stigmatisierungen und fehlender gesellschaftlicher Anerkennung (bzw. Verständnis),

- Verlust von Souveränität im Alltagshandeln durch gesetzliche Einschränkungen und das Gefühl der Abhängigkeit.

Werden diese Befunde verbunden mit dem Wunsch der Frauen, durch Berufstätigkeit einen Weg selbst aus dem Sozialhilfebezug herzustellen, lässt sich die These formulieren, dass Berufstätigkeit als Ressource für Wohlbefinden und Gesundheit für die allein erziehenden Sozialhilfeempfängerinnen definiert werden kann. In den folgenden Ausführungen werden Befunde präsentiert und diskutiert, die diese These unterstützen.

2.9 Berufstätigkeit als Ressource für Gesundheit

Der Zusammenhang von Frauenarbeit und Gesundheit wurde in arbeitswissenschaftlichen Diskussionen überwiegend mit Bezug auf die 'Doppelbelastung' thematisiert (vgl. Gavranidou/ Heinig 1992, Resch 1998). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, auch für die Personengruppe der allein Erziehenden ist eine hohe Erwerbsorientierung charakteristisch.

Werden die Qualifikationen der Frauen als formale Voraussetzungen für Erwerbsarbeit betrachtet, so ist ein stark heterogenes Spektrum feststellbar (vgl. auch Kap. 2.1): 6,4% der Befragten haben keinen Schulabschluss, während 10,8% der Frauen die (Fach)Hochschulreife erworben haben. Einen Hauptschulabschluss haben 40,1% und weitere 42% der Befragten erlangten die Mittlere Reife.

Im Hinblick auf die Angaben zur Berufstätigkeit fällt auf, dass auch hier das Spektrum der Qualifikationen breit gestreut ist. Neben der recht hohen Anzahl derjenigen, die gar keine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen können, gibt es verhältnismäßig viele Frauen mit einem hohen Qualifikationsabschluss³³. Wie bereits dargestellt, sind mehr als die Hälfte der befragten Frauen bereits erwerbstätig. Im Einzelnen verteilt sich die Erwerbsarbeitsquote wie folgt:

Von den erwerbstätigen Frauen (insgesamt 53,5% aller Befragten) sind 5,7 % vollzeiterwerbstätig, 26,1% in Teilzeit und weitere 21,7% geringfügig beschäftigt.

Da gleichzeitig die Alleinverantwortung für die Haushaltsorganisation und Kinderbetreuung besteht, liegt der Schluss nahe, dass außerhäusliche Erwerbstätigkeit für allein Erziehende eine zusätzliche Belastung bedeutet. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen dem entgegen eine andere Perspektive auf. Berufstätigkeit wird von den befragten Müttern nicht nur als Ressource für die materielle Existenzsicherung verstanden, sondern auch als Ressource für Gesundheit und Wohlbefinden der Frauen und ihrer Kinder.

³³ Weitere Angaben dazu im Absatz 2.1.

Dieses lässt sich unter anderem anhand der stärksten Belastungsfaktoren begründen, denn die befragten Frauen haben sowohl in der quantitativen Erhebung als auch während der Interviews neben den finanziellen Sorgen die Abhängigkeit von Sozialhilfe und damit verbunden die fehlende Berufstätigkeit zu den stärksten Belastungen definiert. In den Interviews formulieren nahezu alle Befragten den Wunsch, mit beruflicher Arbeit den Lebensunterhalt für sich und die Kinder sichern zu können. Die „scheinbare Doppelbelastung“ durch Berufstätigkeit ist bei den meisten nicht zu den Belastungsfaktoren zu zählen, denn nur 10 % der Befragten gaben Berufstätigkeit als zusätzliche Belastung an, wohingegen 49% die fehlende Möglichkeit, berufstätig zu sein, als belastend einstufen. Der Anteil derjenigen, die erwerbstätig sind, ist mit 50% als hoch einzuschätzen, wobei Teilzeitarbeit und geringfügige Beschäftigungen überwiegen. Werden die Aussagen derjenigen betrachtet, die im Rahmen von geringfügiger Beschäftigung, Teil- oder Vollzeitarbeit erwerbstätig sind, ist festzustellen, dass diese Frauen im Vergleich zu den nicht berufstätigen Sozialhilfeempfängerinnen ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden positiver beschreiben. Auch die Angaben über den Krankenstand bestätigen diese subjektive Wahrnehmung: Die Frauen, die einer beruflichen Arbeit nachgehen, waren in den vergangenen Wochen weniger krank, als die Frauen der Vergleichsgruppe, die der nicht Berufstätigen.

Möglicherweise handelt es sich bei diesem Ergebnis um einen Selektionseffekt. Allerdings weisen die Beschreibungen in den Interviews und die qualitativen Auswertungen auf den Zusammenhang zwischen Berufstätigkeit und Gesundheit hin. Einerseits gehen die gesünderen Frauen eher einer Erwerbstätigkeit nach, als die kranken Mütter. Und andererseits beschreiben die berufstätigen Mütter, dass sie seltener krank sind und sich gesund und aktiv fühlen.

In mehreren Interviews wird eine Verbesserung des Wohlbefindens nach Aufnahme einer Erwerbstätigkeit beschrieben:

„Ja, mir geht es besser, einfach dann, weil ich auch arbeite. Also ich kann jetzt sagen, los Leute, lass uns ins Kino gehen oder lass mal, was weiß ich (...) ohne irgendwie groß nachzudenken, reicht das Geld denn?“ (AL 139: 507-511).

In der nachfolgenden Passage beschreibt eine Interviewpartnerin die Argumente, wieso die Berufstätigkeit und die damit verbundene zusätzliche Ausbildung nicht eine weitere Belastung für sie darstellen:

„Nee, auf keinen Fall. Also ich bin froh, wenn ich auf der Arbeit bin und an meinem Bürotisch sitze. Und dann da in Ruhe meine Arbeit machen kann. Gut, was nervig ist, sind diese Berufsschultage, weil Schule liegt mir einfach nicht so. (...). Aber ich bin schon froh, dass ich diese Ausbildung machen kann, also mir geht es dadurch auf jeden Fall besser. (...) Ja, ich hab auch noch Ziele im Leben, ich will hier nicht mein Leben lang in dieser Wohnung leben. Und ich möchte mein eigenes

Geld verdienen. Und ich möchte auch mehr Geld verdienen, wie ich hier vom Sozialamt kriege. Und das ist mir wichtig. Und außerdem denke ich, ist es auch für die Kinder ganz wichtig, dass sie nicht 'ne Mama haben, die nur zu Hause auf ihrem Hintern sitzt und sagt: Wie schön und die Welt dreht sich morgen auch noch. Also das kann ich nicht. (...) Ich will jetzt keine Vorbildfunktion oder so sein aber die müssen eben auch lernen, dass einem das Geld nicht einfach so in den Schoß fällt“ (AL 159: 781-806).

Dass die Erwerbstätigkeit als Entlastung empfunden wird, ist mit unterschiedlichen Begründungen nachvollziehbar. Zum Einen erfahren die Mütter durch die Berufstätigkeit Anerkennung und positive Rückmeldungen über das Geleistete. Ein weiterer Punkt ist, dass diese Arbeit als weniger diffus und unvorhersehbar beschrieben wird, als die tägliche Arbeit zu Hause (Haushaltsorganisation und Versorgung der Kinder). Zu den größten Belastungen in der Hausarbeit zählen die Unvorhersehbarkeit und das Gefühl, auf die Dinge nur einen geringen Einfluss nehmen zu können. Das Leben in der Familie konzentriert sich vordergründig an den Bedürfnissen der Kinder und an den Erfordernissen, die daraus erwachsen. Die außerhäusliche Erwerbsarbeit stellt für die Mütter eine Unterbrechung dieser Anforderung dar. Die Konzentration ist auf eine Sache gerichtet, auf die Leistungen der Mutter während der Erwerbsarbeit. Des Weiteren wird in diesem Interviewausschnitt die hohe gesellschaftliche Bedeutung von Erwerbsarbeit im Hinblick auf die eigenständige Sicherung des Lebensunterhaltes thematisiert. Dabei spielt nicht nur der konsumorientierte Aspekt eine Rolle, dass man sich durch die materiellen Erträge Bedürfnisse erfüllen kann. Die Mutter formuliert darüber hinaus die Bedeutung ihrer Erwerbsarbeit im Sozialisationsprozess ihrer Kinder. Auch wenn sie beschreibt, dass sie keine Vorbildfunktion einnehmen möchte, soll der Wert dieser gesellschaftlich relevanten Tätigkeit vermittelt werden. Nach wie vor zählt Erwerbsarbeit zu den wichtigsten gesellschaftlichen Werten, als Beitrag des Individuums zum Fortbestand der Gesellschaft (vgl. auch Bosch 1999, Daheim/ Schönbauer 1993). Auch hier findet sich das Motiv vieler allein erziehender Sozialhilfeempfängerinnen wieder, ihren Kindern eine bessere Zukunft sowie Chancen auf ein gesellschaftlich anerkanntes Leben zu ermöglichen. Das Gefühl, hierfür einen Beitrag leisten zu können, stärkt das Selbstvertrauen der befragten Mütter und entlastet ihr schlechtes Gewissen, aus gesellschaftlicher Perspektive versagt zu haben.

Auffällig in den Interviewaussagen der erwerbstätigen Frauen war, dass sie sich selbst in der Verantwortung sehen, sich Möglichkeiten der Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit mit der alleinigen Verantwortung für die Haushaltsorganisation und Kinderbetreuung zu erschließen. Auch wenn das einerseits als Belastung erlebt wird, weil nach wie vor strukturelle Unterstützungsmodelle fehlen, zeigen die Kompromisse, die die Frauen dabei eingehen, wie hoch die Bedeutung der Erwerbsarbeit für ihre Lebenssituation ist. Die Kompromisse beziehen sich neben

dem Eingeständnis, zeitlich gesehen nicht in dem Maße berufstätig sein zu können, wie es für eine eigenständige Existenzsicherung nötig wäre, auf Eingeständnisse im Hinblick auf die Arbeitszeiten und auch auf Eingeständnisse bei der Wahl der Tätigkeit. Die nachfolgende Interviewpassage stellt beispielhaft dar, wie Erwerbsarbeit im Rahmen von Schichtarbeit organisiert wird, um sie als allein Erziehende realisieren zu können:

„Ja, wie gesagt, es ist Dauernachtwache. Ja, sind viele von uns. Wenn man allein erziehend ist, macht man Dauernachtwache ist einfach das Beste. Wir werden mal nicht in diesen Funktionsbereich reinkommen, wo die Zeiten wirklich von 8.00 – 16.00 Uhr laufen, nicht. Weil ich arbeite 14 Tage im Monat, das muss man sehen und den Rest habe ich frei. Und das ist das Beste, was man für die Kinder machen kann. Bloß man muss halt zusehen, dass man halt nachts jemanden da hat, sonst geht das nicht“ (AL 139: 120-128).

Im nachfolgenden Beispiel musste ein Kompromiss gefunden werden, eine Tätigkeit auszuüben, die nicht der eigentlichen Qualifikation entspricht. Die Mutter beschreibt, dass sie in ihrem Ursprungsberuf keine Arbeitsstelle finden konnte, die zeitliche Flexibilität ermöglicht und für sie örtlich erreichbar ist. Diese Passage beschreibt eindrucksvoll den Prozess des Abwägens, einerseits besteht eine Enttäuschung darüber, die ursprüngliche Qualifikation (ein Fachhochschulstudium) nicht für angemessene Erwerbstätigkeit nutzen zu können. Andererseits wird in den Vordergrund gestellt, dass Erwerbstätigkeit die Voraussetzung für ein selbstbestimmtes Leben ist und dieser Aspekt vorherrschend ist für die Wahl der Tätigkeit:

„Also, das ist auch so eine Sache, die mich manchmal so runter zieht. Wo ich dann denke, ich habe studiert, ich hab das gemacht und arbeite jetzt als Verkäuferin. Ich hab überhaupt nichts gegen Verkäuferinnen. Ich arbeite auch gerne, ich bin froh, dass ich diesen Job gefunden habe. (...). Letzten Endes denke ich manchmal, ich hab studiert und da steh ich jetzt den Preis von der Unterwäsche eingebend oder die Leute abzukassieren und Wechselgeld raus zugeben und ein bisschen zu beraten, bla, bla, bla. Aber letzten Endes bin ich froh, den Job zu haben“ (AK 153: 997-1009).

Beide Beispiele heben die positive Bedeutung und den hohen Wert von Erwerbstätigkeit für die allein erziehenden Mütter hervor. Ergänzt werden diese Beispiele durch die Aussagen der Mütter, die zum Zeitpunkt der Interviews nicht erwerbstätig waren und sich dieses als eine Zukunftsoption wünschen. Auch diejenigen Mütter, die sich zum Zeitpunkt des Interviews aufgrund der aktuellen Problemkumulationen (noch) nicht vorstellen konnten, einer weiteren Tätigkeit nachzugehen, sahen dieses als Option bzw. Wunsch für die Zukunft. Die folgenden zwei Beispiele betonen den Wunsch der Frauen, erwerbstätig zu sein:

„Ich will alles dafür tun, dass ich endlich was geschafft habe in meinem Leben. Die ganze Zeit zu Hause sitzen (...) lieber arbeiten gehen, egal wieviel Stunden, Hauptsache ich arbeite für mich und meine Kinder. Und so stolz, auch ersten Lohn zu kriegen. Das wäre schon schön, vom Sozialamt einfach wegzugehen. Genau und eine neue Wohnung suchen, ja ein ganz neues Leben anfangen. Ja, das ist mein größter Wunsch. Endlich arbeiten und für mich und meine Kinder zu sorgen“ (AL 113: 448-461).

„Tja, arbeiten zu können, hier aus der Wohnung raus zu können. Also arbeiten auch in dem Sinne, dass ich von der Sozialhilfe runter komme. Was aber, wie ich ja vorhin schon sagte, sehr sehr schwer werden wird. Weil, damit ich so viel arbeiten kann, damit ich die Existenz von uns dreien sichern kann, müsste ich wirklich den ganzen Tag arbeiten gehen und das geht wieder nicht, weil ich kann denen nicht einen Schlüssel umhängen“ (AK 135: 675-683).

Insgesamt fehlt es an strukturellen Unterstützungen vor allem im Rahmen von flexiblen Arbeitszeitmodellen und Möglichkeiten der Kinderbetreuung, die Erwerbstätigkeit ohne größere Belastungen oder individuelle Kompromisse für allein Erziehende ermöglichen.

Zusammenfassend verdeutlichen die Analysen über den Belastungsfaktor 'Sozialhilfestatus' (vgl. Kap. 2.8) den Zusammenhang von Sozialhilfebezug und Wohlbefinden. Der Bezug von Sozialhilfe erwies sich für die meisten Frauen als Bedrohung des Selbstkonzeptes und der eigenen Identität. Je länger der Sozialhilfebezug besteht, desto stärker manifestierten sich Stigmatisierungen und negative Selbsteinschätzungen bei den Frauen. Mögliche Folgen zeigten sich in der Zunahme von Ängsten, einer Abwertung des Selbstwertgefühls oder erhöhtem emotionalen Stress. Dieses ging oft mit einem Verlust von Gestaltungskraft und Gestaltungsfähigkeit einher. Im Hinblick auf Gestaltungs- und Unterstützungsressourcen ist nochmals auf folgendes Ergebnis zu verweisen: Frauen, die außerhäuslich berufstätig waren, gaben häufig an, keine Unterstützung zu benötigen, da sie aus eigener Kraft die Organisation des Haushaltes bewältigen und die Versorgung der Kinder organisieren. Die Frauen, die Unterstützung „nicht für nötig halten“, erwiesen sich gesünder als diejenigen, die keine Unterstützung haben bzw. durch andere unterstützt werden³⁴.

³⁴ Auch bei diesem Ergebnis ist es möglich, dass es sich um einen Selektionseffekt handelt. Werden allerdings die Ergebnisse aus Antonovskys Forschungen zur Salutogenese und Stressbewältigung (vgl. Antonovsky 1979, 1991, 1997) herangezogen, so kann durchaus von einem Zusammenhang von Gesundheit, der Fähigkeit, sich Ressourcen zur Stabilisierung von Gesundheit anzueignen und der Fähigkeit, selbstständig und selbstbewusst schwierige Situationen zu bewältigen, ausgegangen werden.

Diese Ergebnisse begründen die Entwicklung eines mehrperspektivischen modularen Konzeptes zur gesundheitsförderlichen Integration in den Arbeitsmarkt. Erfahrungen aus anderen Modellversuchen (vgl. Axhausen u.a. 1995) und der regionalen Expertinnen im Bereich beruflicher Bildung verweisen auf eine verhältnismäßig hohe Abbruchquote von allein erziehenden Sozialhilfeempfängerinnen in Qualifizierungsmaßnahmen. Die mehrperspektivische Konzeption zielt daher zum Einen auf die Unterstützung und Begleitung der Statuspassage „Einstieg in den Arbeitsmarkt“. Dabei sollen personelle, soziale und gesundheitliche Ressourcen der Frauen gestärkt werden sowie strukturelle Rahmenbedingungen geschaffen werden. Zum Anderen ermöglicht die modulare Konzeption, dass Wiedereinstiege von Frauen nach Abbruch der Qualifizierung möglich werden, sowie individuelle Bedürfnisse und Dispositionen Berücksichtigung finden.

3 Handlungsempfehlungen an die Region Landkreis Harburg

Die nachfolgenden Empfehlungen richten sich an die Expert/innen der Sozialverwaltung sowie Expert/innen aus regionalen Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitsbereiches.

3.1 Vernetzung und Kooperationen zwischen Institutionen schaffen und bestehende vertiefen

Auch wenn das Netz personensorientierter sozialer und gesundheitlicher Dienstleistungen in der Region gut ausgeprägt ist, ist auffällig, dass so gut wie keine Angebote bestehen, die auf die Bedürfnisse von allein erziehenden Sozialhilfeempfänger/innen und ihren Kindern abgestimmt sind. Das betrifft sowohl die Inhalte der Angebote als auch deren Erreichbarkeit und Finanzierung. Dem Bedarf könnte in einigen Fällen bereits dadurch entsprochen werden, wenn Kooperationen zwischen Institutionen und Anbieter/innen hergestellt werden, wie z.B. zwischen Gesundheitsanbieter/innen und Kinderbetreuungsmöglichkeiten, Fahrdiensten und Anbieter/innen oder Wohlfahrtsverbänden und kommerziellen Angeboten. Im Folgenden werden die Empfehlungen spezifiziert:

- Vernetzung von Kinderbetreuungseinrichtungen und personenbezogenen sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungen;
- Kooperationen, die die finanzielle Förderung von kulturellen, bildenden und gesundheitsbezogenen Angeboten ermöglichen;
- Weiterer Ausbau zielgruppenspezifischer Angebote: Die Erreichbarkeit der Angebote könnte beispielsweise durch die Vernetzung mit Fahrdiensten erhöht werden, außerdem sind Verbesserungen der Kinderbetreuungsmöglichkeiten im Rahmen der Angebote für Mütter nötig bzw. eine Abstimmung der Angebotszeiten auf die Bedarfe der allein Erziehenden;
- Entwicklung von Angeboten mit Gesundheitsbezug bzw. zur Entspannung, die den Bedarfen und Anforderungen der Zielgruppe entsprechen;
- Entwicklung zielgruppenspezifischer Angebote: Dazu gehören schnelle, flexible Alltagsunterstützungen, kurzfristige „Kinderparkmöglichkeiten“, Fahrdienste, Informations- und Austauschmöglichkeiten für die allein Erziehenden.

3.2 Entwicklung eines Informationspools zu den Themenbereichen Sozialhilfe und allein erziehend

Es zeigte sich, dass das Wissen über die Lebenssituation von allein erziehenden Sozialhilfeempfänger/innen nur als unverbundenes Einzelwissen existiert bzw. nur in geringer Form vorhanden ist. Die Erfahrungen der allein Erziehenden zeigen,

dass oftmals nur mit großem Aufwand im Eigenstudium und durch Kontaktieren unterschiedlicher Institutionen und professioneller sowie informeller Netzwerkangehöriger ein notwendiger Wissenspool erarbeitet werden konnte. Da diese Fähigkeit sowie die jeweiligen Netzwerke nicht jeder/ jedem allein Erziehenden in der Form zur Verfügung stehen, dass eine umfassende Information möglich ist, werden die folgenden Empfehlungen ausgesprochen:

- Im Sozialamt eine für allein Erziehende zuständige Mitarbeiterin definieren (verlässliche Ansprechpartnerinnen im Sozialamt);
- Austauschmöglichkeiten mit anderen Frauen in vergleichbarer Lebenssituation fördern;
- Herausgabe einer Informationsbroschüre oder eines Wegweisers, die das regionsbezogene Wissen über soziale und gesundheitsbezogene Dienstleistungen, Qualifizierungsmöglichkeiten, rechtliche Rahmenbedingungen und weitere relevante Informationen für die Personengruppe bündelt;
- Entwicklung einer Datenbank für die relevanten Informationen, die eine kontinuierliche Aktualisierung ermöglicht.

Hinzu kommt, dass solche Informationen auch für Mitarbeiter/innen in regionalen Institutionen, für professionelle Anbieter sozialer und gesundheitlicher Dienstleistungen sowie in politischen Entscheidungsprozessen Relevanz haben.

3.3 Sensibilisierung für die Lebenssituation von allein erziehenden Sozialhilfeempfängerinnen

Die Befunde der Studie zeigen, dass emotionale Belastungen der allein erziehenden Sozialhilfeempfänger/innen durch die fehlende gesellschaftliche Wertschätzung und durch Stigmatisierungsprozesse verstärkt werden und sich in psychosomatischen Krankheiten oder chronischen Erkrankungen manifestieren. Daher ist die dringende Empfehlung auszusprechen, dass sowohl auf gesamtgesellschaftlicher Ebene als auch in den jeweiligen regionalen Bezügen Foren und Möglichkeiten geschaffen werden müssen, solchen Prozessen vorzubeugen bzw. diesen entgegen zu wirken. Ein wesentlicher Beitrag könnte sein, das Wissen über die Lebenssituation dieser Personengruppe zu erhöhen. Damit gelingt es, Vorurteile aufgrund von falschen Vorstellungen abzubauen und gleichzeitig unterstützende Dienstleistungen zu entwickeln, die auf die Belastungen der allein Erziehenden abgestimmt sind. Dazu gehört auch, dass sich soziale und gesundheitsbezogene Dienstleister in ihrer Angebotsentwicklung auf die Zielgruppe einstellen. Das betrifft sowohl Angebotszeiten, die Möglichkeiten der Kinderbetreuung als auch den wertschätzenden, freundlichen Umgang mit allein erziehenden Sozialhilfeempfänger/innen. Wesentlich könnten belastende Situationen vermieden werden, wenn sich Institutionen wie das Sozial- und Arbeitsamt als unterstützende Dienstleister erweisen würden.

3.4 Initiativen/ Projekte, die eine Integration in den Arbeitsmarkt ermöglichen, entwickeln und realisieren

Eines der wesentlichen Ergebnisse dieses Forschungsprojektes ist, dass Berufstätigkeit und damit verbunden die eigenverantwortliche ökonomische Sicherung des Lebensunterhaltes eine bedeutende Ressource zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit von allein Erziehenden ist. Daraus folgt die dringende Empfehlung, Initiativen zu befördern und Projekte zu entwickeln, die eine Integration in den Arbeitsmarkt unterstützen oder ermöglichen. Damit Berufstätigkeit nicht zu einer zusätzlichen Belastung in dieser Lebenssituation für allein Erziehende und deren Kinder wird, sind einerseits sozialpolitische Rahmenbedingungen sicher zu stellen und gleichzeitig differenzierte Qualifizierungs- oder Integrationsmodelle zu schaffen. Zu den Rahmenbedingungen zählen in erster Linie bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Möglichkeiten der Kinderbetreuung für alle Altersstufen und mit unterschiedlichen Zeitmodellen zu schaffen. Eine weitere Voraussetzung für Erwerbstätigkeit ist die Erhöhung der Möglichkeiten zur räumlichen Mobilität der allein erziehenden Sozialhilfeempfänger/innen. Da der Sozialhilfebezug ausschließt, ein eigenes Auto zu besitzen und der öffentliche Nahverkehr in dieser Region sehr eingeschränkt ist, ist die Entwicklung von alternativen Lösungen (wie beispielsweise die Förderung von Fahrgemeinschaften oder Fahrdiensten) bzw. eine Modifizierung oder die Entwicklung von Übergangentscheidungen in der Frage der Bewilligung des Besitzes eines eigenen Fahrzeuges erforderlich.

Die Befunde hinsichtlich der Differenzierung von vier Bewältigungstypen der Lebenssituation als allein erziehende Sozialhilfeempfängerin unterstreichen die Notwendigkeit der Entwicklung individualbezogener bzw. differenzierter Qualifizierungsmodelle und Möglichkeiten zur Arbeitsmarktintegration. Je nach Bewältigungstyp benötigen die Frauen ein umfangreiches Maß an Unterstützung und Erprobungsmöglichkeiten (wie z.B. die „Kämpferinnen“) oder nur die Schaffung struktureller Rahmenbedingungen bzw. ein auf die Organisation und Realisierung des Berufseinstieges bezogenes Coaching (z.B. bei den „Gestalterinnen“ oder „Streiterinnen“). Im Folgenden wird ein Vorschlag der Projektgruppe präsentiert, der zielgruppenspezifisch eine gesundheitsförderliche Integration in den Arbeitsmarkt ermöglicht.

4 Verwendung des praxisnahen Wissens:

Gesundheitsförderliche Integration in den Arbeitsmarkt – ein Beitrag zur Verbesserung der Chancengleichheit von allein erziehenden Müttern im ländlichen Raum

Seit der Veröffentlichung des „Fortschrittberichtes“ der EU-Kommission (Europäische Kommission 2001b) gilt die Verbesserung der Chancengleichheit zwischen Frauen und Männern in allen gesellschaftlichen Bereichen als Leitprinzip der Bundesregierung. Mit der Einführung des Gender Mainstreamings (vgl. Schmidt 2001, Stiegler 2000) bei allen politischen, normgebenden und verwaltenden Maßnahmen wurde ein Prozess der Reorganisation von gesellschaftlich relevanten administrativen und institutionellen Strukturen begonnen, mit dem Ziel, das Geschlechterverhältnis zwischen Frauen und Männern neu zu gestalten und geschlechtsspezifische Ungleichheiten abzubauen. Die vorliegende Konzeption zur gesundheitsförderlichen Integration von allein erziehenden Sozialhilfeempfängerinnen in den Arbeitsmarkt ist sowohl ein Beitrag zur Verbesserung der Chancengleichheit dieser Frauen auf dem Arbeitsmarkt als auch eine Chance zur Verringerung von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit im Zugang zu gesundheitsstärkenden Ressourcen und sozialer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Die Entscheidung für die Zielgruppe allein erziehende Mütter ist folgendermaßen begründet: Allein erziehende Eltern sind mit einem Anteil von 85,5% überwiegend weiblich (vgl. BMFSFJ 1998: 54) und bilden mit bundesweit 1.400.000 Personen quantitativ einen großen Bevölkerungsanteil. Das Armutsrisiko weiblicher allein Erziehender ist wesentlich höher als bei allein erziehenden Vätern (vgl. (BMSFSJ 2000). Dieses lässt sich sowohl anhand der Sozialhilfestatistiken ablesen (vgl. Hanesch u.a. 2000) als auch am Grad der Erwerbsbeteiligung allein erziehender Mütter im Vergleich zu den allein erziehenden Vätern feststellen (Nestmann/ Stiehler 1998: 48). Die für das gesamte Bundesgebiet geltenden Befunde sind auch auf die Regionen Landkreis Harburg und Landkreis Lüneburg zu übertragen. Das bedeutet, das Risiko einer präkeren Lebenssituation ist eher für allein erziehende Frauen gegeben, anstatt für allein erziehende Väter. Die Begründungen dafür sind vielfältig:

- nach wie vor haben überwiegend Frauen in der BRD die Verantwortung für die Haushaltsorganisation und Kinderbetreuung (vgl. Friese 2000);
- Frauen finden sich insgesamt häufiger in Arbeitsverhältnissen, die nicht existenzsichernd sind, als vergleichsweise Männer (vgl. Karsten u.a. 1999);
- historisch gewachsene Diskriminierungsprozesse von Frauen auf dem Arbeitsmarkt (Beck-Gernsheim 1978, Beckmann/ Engelbrech 1998) treffen im doppelten Sinne allein erziehende Mütter;
- die Spaltung des Arbeitsmarktes in Berufe für Frauen und Berufe für Männer (Rabe-Kleberg 1997) schränkt das Berufswahlverhalten von Frauen und den Zugang zum gesamten Berufsfeldspektrum ein.

Daher zielt das geplante Vorhaben auf folgende Bereiche:

- Förderung einer nachhaltigen Integration in den Arbeitsmarkt;
- Stärkung des Unterstützungsnetzes und Ausbau regionaler Strukturen in Arbeitsmarkt und Gemeinde;
- Stärkung personaler und sozialer Ressourcen von allein erziehenden Sozialhilfeempfängerinnen zur Bewältigung präkerer Lebenssituationen;
- Stärkung der Gesundheit von allein erziehenden Sozialhilfeempfängerinnen;
- Gesundheitsförderung der Kinder von allein erziehenden Sozialhilfeempfängerinnen;
- Sensibilisierung für die Lebenssituation allein erziehender Sozialhilfeempfängerinnen.

Die Stärkung gesundheitsbezogener Ressourcen der Frauen zielt sowohl auf die Bewältigung der Alltagssituation als auch auf die Bewältigung der Umbruchsituation während und nach der Qualifizierung. Gesundheitliche Risiken allein erziehender Mütter finden sich einmal in der Belastungssituation der alleinigen Verantwortung für die Organisation der Hausarbeit und Kinderbetreuung unter präkeren finanziellen Möglichkeiten. Darüber hinaus bedeutet die meist noch nicht abgeschlossene Verarbeitung der Trennung vom Partner gesundheitliche Risiken in Form von psychosomatischen oder psychischen Erkrankungen (Ängste, Depressionen). Häufig berichten die Frauen von Gewalterfahrungen (vgl. auch BMFSFJ 2001).

Die Qualifizierungsmaßnahme berücksichtigt die Lebenssituation allein erziehender Sozialhilfeempfängerinnen. Die Konstruktion der Angebotsstruktur ist in folgenden Bereichen auf die Bedürfnisse der Zielgruppe abgestimmt:

1. Teilzeitqualifizierung: dieses ermöglicht eine bessere Vereinbarkeit der Qualifizierung mit den weiteren Verpflichtungen sowie eine belastungsfreiere Bewältigung der Umbruchsituation;
2. Modularer Aufbau: ermöglicht die Abstimmung auf vorhandene Qualifikationen und Fähigkeiten: nicht alle Frauen benötigen alle Module;
3. Unterstützung in der Organisation der Qualifizierung und sozialpädagogische Begleitung: dieses bietet Möglichkeiten einer positiven Gestaltung der Umbruchsituation und hält zusätzliche Belastungen und damit gesundheitliche Risikofaktoren der Mütter und damit auch der Kinder gering. Die Unterstützung bezieht die Organisation flexibler und bedarfsgerechter Möglichkeiten der Kinderbetreuung während der Qualifizierung ein.
4. Gesundheit als integraler Bestandteil der Maßnahme: der hohe Krankenstand allein erziehender Mütter (vgl. auch Mielck 2000) motiviert, Gesundheit als Thema in die einzelnen Module zu integrieren, um langfristige Verbesserungen des Gesundheitszustandes zu erreichen und kurzfristig die Umbruchsituation gesundheitsförderlich zu gestalten.

5. Regionsnähe: die Qualifizierung wird regionsnah angeboten, um die Erreichbarkeit für die Frauen zu ermöglichen.

Gendersensibles Wissen über Strukturen und Rahmenbedingungen der Lebenssituation allein erziehender Sozialhilfeempfänger/innen kann nicht als gegeben vorausgesetzt werden. Daher ist ein wesentlicher Bestandteil der Arbeit im geplanten Projekt die Sensibilisierung für die Lebenssituation allein erziehender Sozialhilfeempfängerinnen, um Stigmatisierungsprozesse auf dem Arbeitsmarkt und im sozialen Umfeld zu verringern. Dazu gehört auch, gendersensibles Wissen über die Lebenssituation allein Erziehender in relevanten politischen Entscheidungsgremien und regionalen Institutionen zu verbreiten, um längerfristig eine angemessene regionale Angebotsstruktur zu entwickeln. Für die Realisierung der Konzeption ist eine Verbundstruktur von mehreren Trägern der beruflichen Bildung, der allgemeinen Erwachsenenbildung und weiteren regionalen Akteurinnen empfehlenswert. Die heterogenen Qualifizierungserfordernisse der Zielgruppe erfordern Trägerkooperationen, da das Angebotsspektrum der jeweiligen Einzelträger nicht immer ausreichend ist.

Für alle Module sieht die entwickelte Konzeption die Möglichkeit der Teilqualifizierung vor.

Struktur der mehrperspektivischen Qualifizierungskonzeption

Für die Realisierung der Konzeption ist eine Verbundstruktur von mehreren Trägern der beruflichen Bildung, der allgemeinen Erwachsenenbildung und weiteren regionalen Akteurinnen im Sozial- und Gesundheitsbereich vorgesehen. Die heterogenen Qualifizierungserfordernisse der Zielgruppe erfordern Trägerkooperationen, da das Angebotsspektrum der jeweiligen Einzelträger nicht immer ausreichend ist. Die empirische Untersuchung zeigt, das Qualifikationsspektrum der allein erziehenden Sozialhilfeempfängerinnen reicht von Frauen, die keinen Berufsabschluss vorweisen können und bis hin zu Frauen mit einer Hochschulqualifikation.

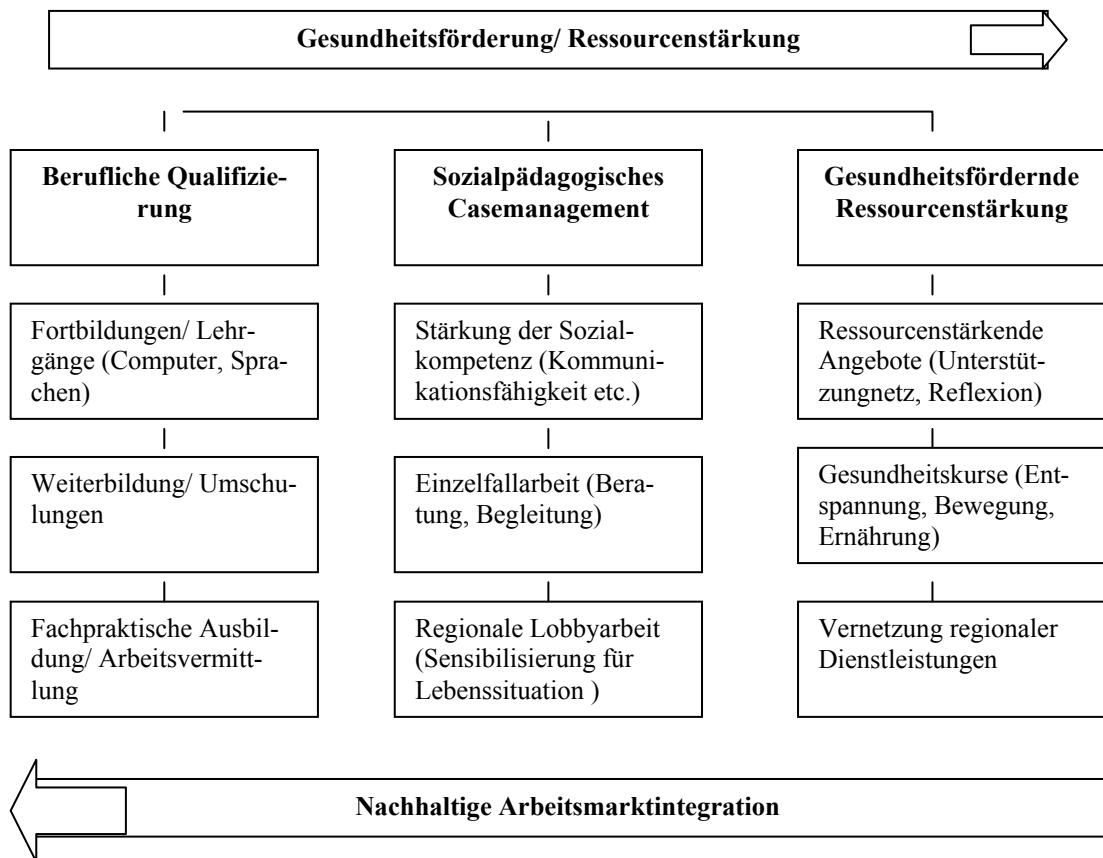
Ebenen des mehrdimensionalen Integrationskonzeptes:

Die mehrdimensionale Konzeption sieht eine Integration von Anteilen beruflicher Bildung, der Förderung von Sozialkompetenz, der Stärkung gesundheitlicher Ressourcen und sozialpädagogischem Casemanagement vor. Die Förderung der Sozialkompetenz als Bestandteil beruflicher Bildung (vgl. Friese 2000) umfasst neben der Stärkung von Kommunikations- oder Teamfähigkeit, persönlicher Verantwortung und Empathiefähigkeit die Auseinandersetzung mit dem eigenen Rollenverständnis als zukünftige Arbeitnehmerin, die Entwicklung von Selbstmanagementstrategien und Reflexionen eigener Kompetenzen und Schwächen. Die Stärkung gesundheitlicher Ressourcen erfolgt zum einen durch ausgewiesene Gesundheits-

angebote und gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen in der Gesamtkonzeption und zum anderen durch die Zielerreichung des Qualifizierungskonzeptes: Die Integration in den Arbeitsmarkt als Ressource für Gesundheit. Die Konzeption der beruflichen Qualifizierung ist abzustimmen auf die Beschaffenheit des regionalen Arbeitsmarktes und Berücksichtigung gesamtgesellschaftlicher Wandlungsprozesse. Die spezifischen Belastungen, die sich aus der Lebenssituation allein erziehender Sozialhilfeempfängerinnen ergeben, setzen eine sozialpädagogische Begleitung und sozialpädagogisches Casemanagement für das Gelingen einer Arbeitsmarktintegration voraus.

Die Ebenen des Konzeptes sind im nachfolgenden Schaubild zusammengefaßt:

Grafik 4: Konzeptebenen

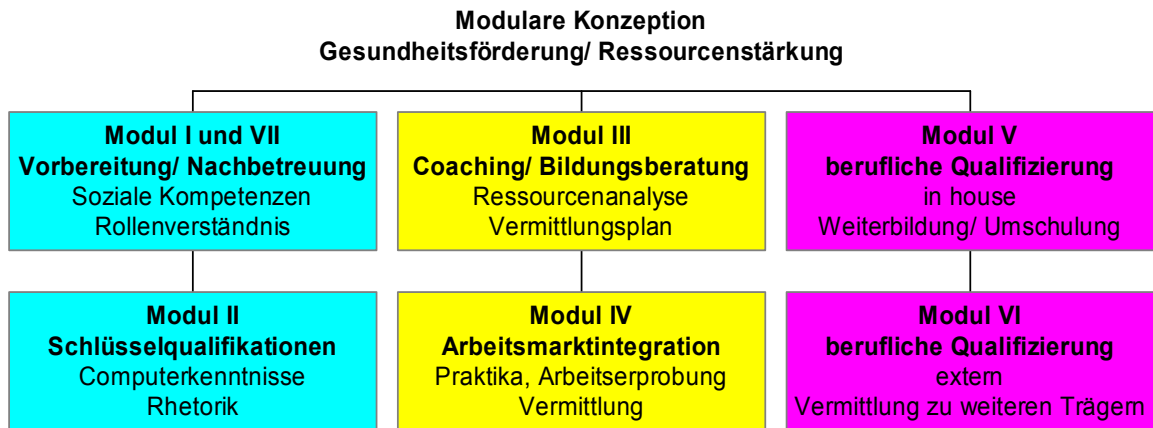


Module des Integrationskonzeptes

Die modulare Konzeption des Integrationsprojektes verbindet insgesamt sieben Einzelmodule zu einem gesundheitsförderlichen und ressourcenstärkenden Gesamtkonzept zur Integration von allein erziehenden Sozialhilfeempfängerinnen in den Arbeitsmarkt.

Die nachfolgende Abbildung fasst die sieben Module zusammen:

Grafik 5: Modulare Konzeption



Der modulare Charakter des Projektes wurde aus mehreren Motiven heraus gewählt:

- Die beruflichen Vorerfahrungen und Qualifikationen der allein erziehenden Sozialhilfeempfängerinnen zeigen ein stark heterogenes Bild. Der zeitliche Umfang und auch die Formen und Inhalte der Begleitung in der Statuspassage „Berufseinstieg“ differieren in den einzelnen Fällen. Die modulare Konzeption ermöglicht eine bessere Ausgleichung des Verhältnisses von Über- und Unterforderung in dieser heterogenen Zielgruppe sowie eine Qualifizierung, die an den Stand der Vorerfahrungen und vorhandenen Qualifikationen anknüpfen kann.
- Der modulare Charakter des Konzeptes ermöglicht zeitliche Flexibilität im gesamten Integrationsprozess. Angesichts der vorhersehbaren hohen Abbruchquote besteht die Möglichkeit, ehemalige Abbrecherinnen zu einem späteren Zeitpunkt wieder in die Qualifizierung zu integrieren bzw. Qualifizierungsunterbrechungen zu gestalten.
- Flexibilisierungen werden außerdem in Bezug auf Gesamtzeitkontingent möglich, dass eine Teilnehmer/in im Rahmen der Qualifizierung nutzt. Die zeitlich parallele Organisation der Module ermöglicht flexible Planungen von Mindestzeiten und Höchstzeiten der Teilnahme im Qualifizierungsprojekt.

Die zeitliche Folge der Module sollte nicht als ein „Nacheinander“ der Module Eins bis Sieben konzipiert sein. Im Idealfall werden mehrere Module parallel angeboten, so dass flexible Übergänge in die jeweiligen Module ohne zeitliche Unterbrechungen der Qualifizierung gestaltet werden können.

Sozialpädagogisches Casemanagement

Die Heterogenität der Adressatinnengruppe erfordert eine Orientierung am Einzelfall. Diese bezieht sich auch auf eine ausführliche Auseinandersetzung mit der gegenwärtigen Situation zu Beginn der Qualifizierung einer jeden allein Erziehenden, um davon ausgehend ein individualbezogenes Unterstützungskonzept zur Ressourcenstärkung zu entwickeln. Das Casemanagement zeichnet sich durch ein Ablaufmuster aus, dessen methodische Orientierung in der Einschätzung des Unterstützungsbedarfes, der Unterstützungsplanung und –organisation sowie Evaluation an der individuellen Lebenslage und zur Verfügung stehenden formellen und informellen Netzwerkressourcen erfolgt (vgl. auch Meinhold 2001). Die sozialpädagogische Begleitung erfolgt je nach Bedarf im gesamten Verlauf der Qualifizierung. Die Kernphasen sind allerdings auf die Umbruchphasen gerichtet: Zum einen zu Beginn der Qualifizierung und zum anderen am Ende in der Phase der Integration in die Erwerbsarbeit. Die unterstützende und Gesundheitsressourcen stärkende Gestaltung dieser Umbrüche umfasst sowohl konkrete Einzelfallhilfen, als auch Reflexionsmöglichkeiten bezüglich des Rollenverständnisses als berufstätige Mutter bzw. Reflexionen der bisherigen biografischen Verläufe.

Die sozialpädagogische Begleitung umfasst neben der Einzelfallbegleitung die Entwicklung eines flexiblen Kinderbetreuungsplanes. Grundlage dafür ist aus sozioökologischer Perspektive regionalbezogene Netzwerkarbeit und Kooperation mit Institutionen und Akteur/innen sozialer und gesundheitlicher Dienstleister vor Ort. Ein wesentlicher Bestandteil der strukturbezogenen Arbeit umfasst die Sensibilisierung und Lobbyarbeit für die Lebenssituation von allein Erziehenden, was als eine Voraussetzung für die nachhaltige Integration in den Arbeitsmarkt zu verstehen ist (vgl. auch Grunwald/ Thiersch 2001).

Assessment und Coaching zur beruflichen Qualifizierung

Ziel dieser Qualifizierung ist es, an den bereits vorhandenen beruflichen Vorerfahrungen und Qualifikationen anzuknüpfen, um darauf aufbauend zu entscheiden, wie eine nachhaltige Arbeitsmarktintegration gelingen kann. Nachhaltigkeit bezieht sich dabei zum einen darauf, dass ein gelungener Einstieg in den Arbeitsmarkt durch eine längerfristige Perspektive gesichert wird. Zum anderen wird berücksichtigt, dass die Integration misslingen kann bzw. nach kurzer Zeit wieder abgebrochen wird. In diesem Fall richtet sich das Prinzip der Nachhaltigkeit auf die Sicherung von Ressourcen, die für einen wiederholten Versuch zur Arbeitsmarktintegration zu einem späteren Zeitpunkt mobilisiert werden können.

Das Prinzip der Nachhaltigkeit wird durch ein umfangreiches Assessment und berufsbezogenes Coaching zu Beginn der Qualifizierung realisiert. Das Assessment umfasst die Einschätzung der objektiven und subjektiven Lebenslage der Adressat/innen im Hinblick auf berufliche Qualifizierung und Berufstätigkeit. Im Rah-

men des Coachingprozesses werden Strategien entwickelt und erprobt, die eine Verbindung der individuellen Berufswünsche, personalen und qualifikatorischen Möglichkeiten (Reflexion der bereits vorhandenen formalen Schul- und Berufsabschlüsse, Systematisierung der vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten, Reflexion der beruflichen Vorerfahrungen) und der regionalen Arbeitsmarktsituation ermöglichen. Das Coaching zielt auf die reflektierte Begleitung dieses Aushandlungs- und Abstimmungsprozesses. Ziel ist neben der individualbezogenen Strategieentwicklung die Vermittlung in den Arbeitsmarkt. Dieses kann sowohl in Form von Arbeitserprobungen oder Praktika als auch durch die Vermittlung in sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse erfolgen.

Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung als eine sozio-ökologische Handlungsstrategie zur Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit durch die Erhaltung und Stärkung von personalen, sozialen und ökologischen Ressourcen (vgl. Waller 2002; Legewie/ Trojan 2001) soll zum einen als Querschnittsthema das gesamte Integrationskonzept charakterisieren und zum anderen in Form von Einzelthemen als ausgewiesene Bestandteile in die Curricula der einzelnen Module integriert werden. Sowohl die theoretischen und praktischen Qualifizierungsbestandteile als auch die sozialpädagogische Begleitung orientieren sich an den Prinzipien der Ressourcenförderung und Stärkung der Handlungsoptionen und Selbstbestimmung der Teilnehmerinnen. Voraussetzung dafür ist, dass das Wissen über gesundheitliche Risiken und spezifische Belastungen bei allen beteiligten Personen (Kursleitungen, Schulungsmitarbeiterinnen, sozialpädagogischen Fachkräften, etc.) vorhanden ist, um es entsprechend in die jeweiligen Arbeitsbereiche integrieren zu können. Dieses ist in Abstimmung mit den Bedürfnissen und Bedarfen der jeweiligen Teilnehmerinnen zu konkretisieren.

Gesundheitsförderung in der sozialpädagogischen Begleitung:

Stärkung der personalen Gesundheitsressourcen durch:

- Themenbezogene Angebote (z.B. gesunde und preiswerte Ernährung, Angebote zur Körperwahrnehmung, Entspannungsübungen, Bewegungsangebote)
- Wissensvermittlung (z.B. Arbeitsschutz- und Arbeitssicherheit, Wissen über chronische Erkrankungen, Informationen über Gesundheitsangebote)
- Entlastungsangebote (z.B. Unterstützung bei der Organisation der Kinderbetreuung, Entwicklung von Selbstmanagementkonzepten, Reflexion aktuellen Situation)
- Kontinuierliche Reflexion der Situation (Verhältnis von Über- und Unterforderung)

Stärkung der sozialen Ressourcen durch:

- Reflexion der Unterstützungspotentiale im sozialen Netz der Teilnehmerinnen,
- Organisation von Kinderbetreuung,
- Förderung von Kontaktmöglichkeiten und Vernetzung der Kursteilnehmerinnen untereinander,
- Vernetzung von regionalen sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungen.

Stärkung der ökologischen Ressourcen durch:

- Sensibilisierung für die Lebenssituation von allein Erziehenden in politischen Gremien, auf dem Arbeits- und Wohnungsmarkt und regionalen Fachforen.

Gesundheitsförderung in der fachpraktischen Ausbildung:

- Vermittlung von Arbeitssicherheits- und Arbeitsschutzbestimmungen,
- Flexible Arbeitszeitregelungen,
- Sensibilisierung für Mobbingprozesse und Verminderung dieser,
- Vermittlung von Wissen über gesundheitsstärkende Arbeitsweisen (Hebe- und Tragetechniken, ergonomische Beschaffenheit von Bildschirmarbeitsplätzen, Arbeitsabläufe, Arbeitsorganisation)
- Vermittlung von Wissen über Gesundheitsrisiken

Gesundheitsförderung in der theoretischen Qualifizierung:

- Abstimmung der Vermittlung von Lerninhalten auf die Adressatinnengruppe
- Förderunterricht
- Gesundheitsförderliche Pausengestaltung.

Über diese Orientierungen hinaus ist es vorgesehen, in jedem Modul mindestens zwei ausgewiesene Gesundheitsangebote in das Curriculum zu integrieren. Die nachfolgenden Beispiele sind als Vorschläge zu verstehen, da auch hier die Konkretisierung in Abhängigkeit von regionalen Bedingungen und den Bedürfnissen der Adressatinnen erfolgt.

Modul I: Vorbereitung auf die Qualifikation

- Reflexion der Zeitorganisation
- Kursangebot: Körperwahrnehmung

Modul II: Vermittlung von sozialen Kompetenzen/ Schlüsselqualifikationen

- Ergonomische Konstruktion eines Bildschirmarbeitsplatzes
- Kursangebot: Entspannungsübungen

Modul III: Coaching, Bildungsberatung

- Reflexion der Stärken und Schwächen
- Kursangebot: Rollenspiel

Modul IV: Arbeitsmarktintegration

- Vortrag: Arbeitsschutz im Bereich ...
- Kursangebot: Laufgruppe am Abend mit Kinderbetreuung

Modul V: berufliche Qualifizierung

- Unterrichtseinheit: Stressentstehung/ Stressvermeidung/ gesundheitliche Folgen von Stress
- Kursangebot: gesundheitsförderliche Lernstrategien

Modul VI: Fernlehrgänge

- Kursangebot: gesundheitsförderliche Lernstrategien
- Kursangebot: Laufgruppe am Abend mit Kinderbetreuung

Modul VII: Nachbetreuung

- Reflexion des Unterstützungsnetzes
- Kursangebot: schnell und preiswert Kochen

Die Durchführung der Module sollte in enger Kooperation mit regionalen Anbietern von Gesundheitsarbeit erfolgen. Zum einen bietet dies die Möglichkeit, regionales Know-How zu nutzen. Zum anderen gelingt es im Sinne einer nachhaltigen Gesundheitsförderung, Kontakte der allein Erziehenden zu Gesundheitsanbieterinnen längerfristig auch über die Qualifizierungsdauer zu festigen. Darüber hinaus gelingt es durch die Kooperation, Akteur/innen im Gesundheitsbereich für die Zielgruppe allein erziehende Sozialhilfeempfängerinnen zu sensibilisieren.

Vernetzung und Lobbyarbeit

Voraussetzung für das Gelingen des Gesamtkonzeptes sind tragfähige Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen. Dieses betrifft zum einen die Vernetzung innerhalb des Trägerverbundes und zum anderen die Eingebundenheit des Trägerverbundes in regionale Strukturen des Arbeitsmarktes, personenbezogene Dienstleistungen und kommunalpolitische Entscheidungsgremien. Das Wissen über die Lebensbedingungen, gesundheitlichen Risiken und Belastungen von allein erziehenden Sozialhilfeempfängerinnen ist noch nicht in allen Regionen und in allen Institutionen verbreitet. Das hat zur Folge, dass Angebote und politische Entscheidungen zielgruppenspezifische Erfordernisse kaum berücksichtigen. Daher wird als eine wesentliche Voraussetzung für das Gelingen einer nachhaltigen Arbeitsmarktintegration die Sensibilisierung für die Lebenslage der allein erziehenden Sozialhilfeempfängerin-

nen verstanden. Ziel der Sensibilisierung sind neben der Verbreitung von Wissen und damit verbunden eine Abschwächung von Vorurteilen und Stigmatisierungen die Stärkung der Lobby für diese Personengruppe. Ein weiterer Aufgabenschwerpunkt bezieht sich auf die Vernetzung von regionalen Dienstleistungsangeboten im Sozial- und Gesundheitsbereich sowie Institutionen von Kinderbetreuung. Ziel dieser Vernetzung ist eine bedarfsgerechte Angebotsstruktur für allein erziehende Sozialhilfeempfängerinnen, die den finanziellen, zeitlichen, mobilen und Kinderbetreuungsbedürfnissen der Frauen entspricht.

Wissenschaftliche Begleitung

Zu empfehlen ist eine wissenschaftliche Begleitung des beschriebenen Konzeptes. Die Zielperspektive der wissenschaftlichen Begleitung sollte auf folgende Bereiche bezogen sein:

1. Analyse und Evaluation von didaktischen Konzeptionen in der Qualifizierungsarbeit, Entwicklung von didaktischen Konzeptionen für die Qualifizierung von allein erziehenden Sozialhilfeempfängerinnen
2. Analyse und Evaluation der Kooperationsstrukturen im Trägerverbund sowie des trägerübergreifenden Netzwerkes
3. Analyse und Evaluation von strukturellen und regionalen Rahmenbedingungen für gelingende nachhaltige Qualifizierung und Integration in eine Berufstätigkeit
4. Empfehlungen zur nachhaltigen Gestaltung von gesundheitsfördernden Rahmenbedingungen des Gesamtprojektes: Qualifizierung und Berufstätigkeit als gesundheitliche Ressource statt als Gesundheitsbelastung (Verringerung der krankheitsbedingten Abbruchquoten, Stärkung der personalen und sozialen Gesundheitsressourcen der Frauen).

Die Analysedimensionen beziehen sich hier auf:

- Trägerverbund: trägerinterne und verbundsinterne Kommunikations- und Kooperationsstrukturen
- Modulebene: Struktur der Qualifizierungs-, Gesundheits- und begleitenden sozialpädagogischen Angebote
- Konzeptionsebene: Didaktik der Angebote
- Professionalisierung: Arbeit der professionellen QualifiziererInnen
- Adressatinnenebene: individuelle Ressourcen/ Dispositionen und gesundheitliche Risiken
- Sozial-ökologische Ebene: Netzwerkstrukturen der Bildungsträger, Adressatinnen und regionalen sozialen und gesundheitlichen Institutionen
- Region: regionale Besonderheiten.

5 Präsentation und Veröffentlichung der Forschungsergebnisse

Der Stand der Entwicklung im Forschungsprozess sowie die einzelnen Ergebnisse wurden sowohl während des Projektverlaufes als auch zum Abschluss des Projektes auf regionaler und überregionaler Ebene und für Zielgruppen in der Wissenschaft, Politik, Sozialverwaltung sowie für die an der Untersuchung Beteiligten allein erziehenden Frauen präsentiert. Im folgenden werden die Präsentationen in Form von Diskussionsveranstaltungen, Vorträgen und Veröffentlichungen detailliert aufgeführt.

5.1 Diskussionsforen zur Ergebnispräsentation

Die Präsentation der Ergebnisse für die an der Untersuchung beteiligten allein erziehenden Frauen war mit dem Ziel der kommunikativen Validierung verbunden. Um eine möglichst große Beteiligung an der Diskussion der Ergebnisse zu ermöglichen, wurden je eine Präsentation in Buchholz und Winsen/ Luhe durchgeführt, da sich auf diese Weise die Anfahrtswege für die Frauen und ihre Kinder verringerten. Beide Präsentationen fanden im März 2003 statt. Insgesamt konnten auf diesem Wege die Rückmeldungen von 15 Frauen Berücksichtigung finden. Diese Form der Ergebnispräsentation wurde außerdem für den Aufbau von Vernetzungsstrukturen für interessierte allein Erziehende im Landkreis Harburg genutzt. Im Rahmen der ausführlichen Vorstellungsrunde und der Vortragsdiskussion wurde die Gelegenheit gegeben, sich gegenseitig kennenzulernen. Unterstützt wurde der Kennenlernprozess durch das Versenden der jeweiligen Teilnehmerinnenlisten, in denen auf freiwilliger Basis interessierte Frauen ihre Anschrift und telefonische Erreichbarkeit eingetragen haben.

5.2 Vorträge

Deneke, Christiane: „Gesundheitliche Belastungen und Ressourcen allein erziehender Sozialhilfeempfängerinnen im Landkreis Harburg“ auf dem 7. Kongress „Armut und Gesundheit“. Berlin. Dezember 2001

Walther, Kerstin: „Zur Lebenssituation allein erziehender Sozialhilfeempfängerinnen“ im Rahmen einer Lehrveranstaltung am Fachbereich Sozialwesen der FH NON. Lüneburg. November 2002

Walther, Kerstin: „Gesundheitliche Belastungen und Ressourcen allein erziehender Sozialhilfeempfängerinnen im Landkreis Harburg“ auf dem 8. Kongress „Armut und Gesundheit“. Berlin. Dezember 2002

Walther, Kerstin: „Typische Bewältigungsformen in der Lebenssituation allein erziehender Sozialhilfeempfängerinnen“ auf dem 9. Kongress „Armut und Gesundheit“ Berlin. Dezember 2003

5.3 Veröffentlichungen

Waller, Heiko; Deneke, Christiane; Walther, Kerstin (2002): Lebenssituation allein erziehender Frauen und ihrer Kinder unter besonderer Berücksichtigung ihrer Gesundheit. Zwischenbericht über den Zeitraum von 09/01 bis 04/02. Lüneburg.

Walther, Kerstin; Deneke, Christiane (2002): Gesundheitliche Belastungen und Ressourcen allein erziehender Sozialhilfeempfängerinnen im Landkreis Harburg. In: R. Geene; C. Gold; C. Hans (Hg.) Armut und Gesundheit – Gesundheitsziele gegen Armut. Teil II. S. 137-139

Walther, Kerstin (2003): Gesundheitliche Belastungen und Ressourcen allein erziehender Sozialhilfeempfängerinnen im Landkreis Harburg. In: Dokumentation des 8. Kongresses Armut und Gesundheit. im Erscheinen

Anhänge

1. Fragebogen zur quantitativen Erhebung: Zur Lebenssituation von allein erziehenden Sozialhilfeempfängerinnen und ihren Kindern

Fragen zu Ihrer Gesundheit

Waren Sie in den letzten 4 Wochen krank?

Ja

Nein

Bitte geben Sie an, welche Aussagen Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten beschreiben, indem Sie ein Kreuz in ein Kästchen jeder Gruppe machen!

Allgemeine Tätigkeiten (z.B. Arbeit, Ausbildung, Hausarbeit, Freizeitaktivitäten)

Sie haben aus gesundheitlichen Gründen keine Probleme,
Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

Sie haben einige Probleme, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

Sie sind nicht in der Lage, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

Schmerzen/ körperliche Beschwerden

Sie haben keine Schmerzen oder Beschwerden

Sie haben mäßige Schmerzen oder Beschwerden

Sie haben extreme Schmerzen oder Beschwerden

Angst/ Niedergeschlagenheit

Sie sind nicht ängstlich oder deprimiert

Sie sind mäßig ängstlich oder deprimiert

Sie sind extrem ängstlich oder deprimiert

Verglichen mit Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand während der vergangenen 12 Monate ist Ihr heutiger Gesundheitszustand

Besser

Im großen und ganzen etwa gleich

Schlechter

Die nachfolgenden Fragen betreffen Ihr Kind/ Ihre Kinder.

Ich habe Kind/er.
Davon leben in meinem Haushalt.

Bitte beantworten Sie für jedes einzelne Kind die nachfolgenden Fragen! Dafür haben wir für jedes einzelne Kind einen Bogen vorbereitet.

Wenn Sie nur ein Kind haben, bitte nach Ausfüllen der folgenden Seite weiter auf der Seite 8!

Dieser Bogen ist für das erste Kind (Kind A):

Sie/ er ist weiblich männlich

Sie/ er ist **Jahre alt.**

**Zum Gesundheitszustand dieses Kindes. Wie schätzen Sie dieses Kind ein?
(Bitte ein Kreuz in dieser Gruppe)**

Ich schätze dieses Kind ein, als:

kerngesund
so gesund, wie andere Kinder in diesem Alter
eher kränzlich

Bitte je Frage ein Kreuz!

| | | |
|-------------------------------|----|------|
| Das Kind ist chronisch krank | Ja | Nein |
| Das Kind hat eine Behinderung | Ja | Nein |

War das Kind in den letzten 4 Wochen krank ?

Ja Nein

Was nutzen Sie zur Kinderbetreuung? Bitte je Angebot ein Kreuz!

| | | | |
|--------------------------------|-----------|--------------------------------|------------------------------|
| | Ja | Nein, ist nicht möglich | Nein, ist nicht nötig |
| Krippe | | | |
| Kindergarten/ Kita | | | |
| Hort | | | |
| Kindergruppe/ Spielkreis | | | |
| Kinderfrau/ Tagesmutter | | | |
| Angehörige (z.B. Eltern) | | | |
| Nachbarn/ befreundete Personen | | | |
| Sonstige | | | |

Welche Unterstützungsangebote nutzen Sie für die Gesundheit dieses Kindes?

Bitte je Angebot ein Kreuz!

| | | | |
|--|-----------|--------------------------------|------------------------------|
| | Ja | Nein, ist nicht möglich | Nein, ist nicht nötig |
| Vorsorgeuntersuchungen | | | |
| Impfungen | | | |
| Beratungen (z.B. durch Ärzte, Gesundheitsberatung) | | | |
| Kinderturnen/ Sportverein | | | |
| Therapeutische Angebote (z.B. Krankengymnastik, Ergotherapie) | | | |
| Gesundheitskurse (z.B. gesunde Ernährung) | | | |
| Kinderkuren/ Mutter-Kind-Kur | | | |
| Kinderreisen/ Freizeiten | | | |
| Sonstige | | | |

Dieser Bogen ist für das zweite Kind (Kind B):

Sie/ er ist weiblich männlich

Sie/ er ist Jahre alt.

**Zum Gesundheitszustand dieses Kindes. Wie schätzen Sie dieses Kind ein?
(Bitte ein Kreuz in dieser Gruppe)**

Ich schätze dieses Kind ein, als:

kerngesund
so gesund, wie andere Kinder in diesem Alter
eher kränzlich

Bitte je Frage ein Kreuz!

| | | |
|-------------------------------|----|------|
| Das Kind ist chronisch krank | Ja | Nein |
| Das Kind hat eine Behinderung | Ja | Nein |

War das Kind in den letzten 4 Wochen krank ?

Ja Nein

Was nutzen Sie zur Kinderbetreuung? Bitte je Angebot ein Kreuz!

| | | | |
|--------------------------------|----|-------------------------|-----------------------|
| | Ja | Nein, ist nicht möglich | Nein, ist nicht nötig |
| Krippe | | | |
| Kindergarten/ Kita | | | |
| Hort | | | |
| Kindergruppe/ Spielkreis | | | |
| Kinderfrau/ Tagesmutter | | | |
| Angehörige (z.B. Eltern) | | | |
| Nachbarn/ befreundete Personen | | | |
| Sonstige | | | |

Welche Unterstützungsangebote nutzen Sie für die Gesundheit dieses Kindes?

Bitte je Angebot ein Kreuz!

| | | | |
|--|----|-------------------------|-----------------------|
| | Ja | Nein, ist nicht möglich | Nein, ist nicht nötig |
| Vorsorgeuntersuchungen | | | |
| Impfungen | | | |
| Beratungen (z.B. durch Ärzte, Gesundheitsberatung) | | | |
| Kinderturnen/ Sportverein | | | |
| Therapeutische Angebote (z.B. Krankengymnastik, Ergotherapie) | | | |
| Gesundheitskurse (z.B. gesunde Ernährung) | | | |
| Kinderkuren/ Mutter-Kind-Kur | | | |
| Kinderreisen/ Freizeiten | | | |
| Sonstige | | | |

Dieser Bogen ist für das dritte Kind (Kind C):

Sie/ er ist weiblich männlich

Sie/ er ist **Jahre alt.**

**Zum Gesundheitszustand dieses Kindes. Wie schätzen Sie dieses Kind ein?
(Bitte ein Kreuz in dieser Gruppe)**

Ich schätze dieses Kind ein, als:

kerngesund
so gesund, wie andere Kinder in diesem Alter
eher kränzlich

Bitte je Frage ein Kreuz!

| | | |
|-------------------------------|----|------|
| Das Kind ist chronisch krank | Ja | Nein |
| Das Kind hat eine Behinderung | Ja | Nein |

War das Kind in den letzten 4 Wochen krank ?

Ja Nein

Was nutzen Sie zur Kinderbetreuung? Bitte je Angebot ein Kreuz!

| | | | |
|--------------------------------|-----------|--------------------------------|------------------------------|
| | Ja | Nein, ist nicht möglich | Nein, ist nicht nötig |
| Krippe | | | |
| Kindergarten/ Kita | | | |
| Hort | | | |
| Kindergruppe/ Spielkreis | | | |
| Kinderfrau/ Tagesmutter | | | |
| Angehörige (z.B. Eltern) | | | |
| Nachbarn/ befreundete Personen | | | |
| Sonstige | | | |

Welche Unterstützungsangebote nutzen Sie für die Gesundheit dieses Kindes?

Bitte je Angebot ein Kreuz!

| | | | |
|--|-----------|--------------------------------|------------------------------|
| | Ja | Nein, ist nicht möglich | Nein, ist nicht nötig |
| Vorsorgeuntersuchungen | | | |
| Impfungen | | | |
| Beratungen (z.B. durch Ärzte, Gesundheitsberatung) | | | |
| Kinderturnen/ Sportverein | | | |
| Therapeutische Angebote (z.B. Krankengymnastik, Ergotherapie) | | | |
| Gesundheitskurse (z.B. gesunde Ernährung) | | | |
| Kinderkuren/ Mutter-Kind-Kur | | | |
| Kinderreisen/ Freizeiten | | | |
| Sonstige | | | |

Dieser Bogen ist für das vierte Kind (Kind D):

Sie/ er ist weiblich männlich

Sie/ er ist **Jahre alt.**

**Zum Gesundheitszustand dieses Kindes. Wie schätzen Sie dieses Kind ein?
(Bitte ein Kreuz in dieser Gruppe)**

Ich schätze dieses Kind ein, als:

kerngesund
so gesund, wie andere Kinder in diesem Alter
eher kränzlich

Bitte je Frage ein Kreuz!

| | | |
|-------------------------------|----|------|
| Das Kind ist chronisch krank | Ja | Nein |
| Das Kind hat eine Behinderung | Ja | Nein |

War das Kind in den letzten 4 Wochen krank ?

Ja Nein

Was nutzen Sie zur Kinderbetreuung? Bitte je Angebot ein Kreuz!

| | | | |
|--------------------------------|----|-------------------------|-----------------------|
| | Ja | Nein, ist nicht möglich | Nein, ist nicht nötig |
| Krippe | | | |
| Kindergarten/ Kita | | | |
| Hort | | | |
| Kindergruppe/ Spielkreis | | | |
| Kinderfrau/ Tagesmutter | | | |
| Angehörige (z.B. Eltern) | | | |
| Nachbarn/ befreundete Personen | | | |
| Sonstige | | | |

Welche Unterstützungsangebote nutzen Sie für die Gesundheit dieses Kindes?

Bitte je Angebot ein Kreuz!

| | | | |
|--|----|-------------------------|-----------------------|
| | Ja | Nein, ist nicht möglich | Nein, ist nicht nötig |
| Vorsorgeuntersuchungen | | | |
| Impfungen | | | |
| Beratungen (z.B. durch Ärzte, Gesundheitsberatung) | | | |
| Kinderturnen/ Sportverein | | | |
| Therapeutische Angebote (z.B. Krankengymnastik, Ergotherapie) | | | |
| Gesundheitskurse (z.B. gesunde Ernährung) | | | |
| Kinderkuren/ Mutter-Kind-Kur | | | |
| Kinderreisen/ Freizeiten | | | |
| Sonstige | | | |

Dieser Bogen ist für das fünfte Kind (Kind E):

Sie/ er ist weiblich männlich

Sie/ er ist **Jahre alt.**

**Zum Gesundheitszustand dieses Kindes. Wie schätzen Sie dieses Kind ein?
(Bitte ein Kreuz in dieser Gruppe)**

Ich schätze dieses Kind ein, als:

kerngesund
so gesund, wie andere Kinder in diesem Alter
eher kränzlich

Bitte je Frage ein Kreuz!

| | | |
|-------------------------------|----|------|
| Das Kind ist chronisch krank | Ja | Nein |
| Das Kind hat eine Behinderung | Ja | Nein |

War das Kind in den letzten 4 Wochen krank ?

Ja Nein

Was nutzen Sie zur Kinderbetreuung? Bitte je Angebot ein Kreuz!

| | | | |
|--------------------------------|-----------|--------------------------------|------------------------------|
| | Ja | Nein, ist nicht möglich | Nein, ist nicht nötig |
| Krippe | | | |
| Kindergarten/ Kita | | | |
| Hort | | | |
| Kindergruppe/ Spielkreis | | | |
| Kinderfrau/ Tagesmutter | | | |
| Angehörige (z.B. Eltern) | | | |
| Nachbarn/ befreundete Personen | | | |
| Sonstige | | | |

Welche Unterstützungsangebote nutzen Sie für die Gesundheit dieses Kindes?

Bitte je Angebot ein Kreuz!

| | | | |
|--|-----------|--------------------------------|------------------------------|
| | Ja | Nein, ist nicht möglich | Nein, ist nicht nötig |
| Vorsorgeuntersuchungen | | | |
| Impfungen | | | |
| Beratungen (z.B. durch Ärzte, Gesundheitsberatung) | | | |
| Kinderturnen/ Sportverein | | | |
| Therapeutische Angebote (z.B. Krankengymnastik, Ergotherapie) | | | |
| Gesundheitskurse (z.B. gesunde Ernährung) | | | |
| Kinderkuren/ Mutter-Kind-Kur | | | |
| Kinderreisen/ Freizeiten | | | |
| Sonstige | | | |

Hier geht es um Ihre Belastungen

**Von wem erhalten Sie praktische Unterstützung im Alltag (keine finanzielle)?
Bitte je Zeile ein Kreuz!**

| | Ja | Ja, aber nicht ausreichend | Nein, ist nicht möglich | Nein, ist nicht nötig |
|--|-----------|---|--|--------------------------------------|
| Meinem Partner/ Partnerin | | | | |
| Angehörige (z.B. Eltern, Geschwister) | | | | |
| Aus dem Freundeskreis | | | | |
| Hausgemeinschaft/ Nachbarschaft | | | | |
| Soziale Dienste (z.B. sozialpädagogische Familienhilfe) | | | | |
| Pflegedienste | | | | |
| Sonstige | | | | |

Wie stärken Sie Ihre eigenen Kräfte? Bitte je Zeile ein Kreuz!

| | Ja | Ja, aber nicht ausreichend | Nein, ist nicht möglich | Nein, ist nicht nötig |
|--|-----------|---|--|--------------------------------------|
| Ich treibe regelmäßig Sport | | | | |
| Ich gönne mir Ruhe | | | | |
| Ich unternehme was mit den Kind/ern | | | | |
| Ich unternehme was mit Freund/innen | | | | |
| Ich unternehme was allein (z.B. spazieren, tanzen) | | | | |
| Ich besuche Gesundheitskurse (z.B. Yoga, Entspannung) | | | | |
| Ich verreise (Urlaub, Tagesfahrt) | | | | |
| Ich mache eine Kur (Mütterkur, Mutter-Kind-Kur, etc.) | | | | |
| Ich lasse mich krankschreiben | | | | |
| Sonstige | | | | |

Eine gute Möglichkeit, mich zu entspannen, ist: (Bitte je Zeile ein Kreuz!)

| | Ja | Ja, aber nicht ausreichend | Nein, ist nicht möglich | Nein, ist nicht nötig |
|---------------------------|-----------|---|--|--------------------------------------|
| Musik hören | | | | |
| Etwas Lesen | | | | |
| Fernsehen schauen | | | | |
| Hand- oder Gartenarbeit | | | | |
| Spazieren gehen | | | | |
| eine Zigarette rauchen | | | | |
| Etwas Wein/ Bier trinken | | | | |
| Eine Tasse Kaffee trinken | | | | |
| Sonstige | | | | |

Was empfinden Sie als große Belastung?
Bitte je Zeile ein Kreuz!

Ja Nein entfällt

- Allein die Verantwortung für die Kinder zu haben
- Wenig Zeit für mich selber zu haben
- Finanzielle Sorgen zu haben
- Nicht berufstätig zu sein
- Berufstätig sein zu müssen
- Von Sozialhilfe abhängig zu sein
- Geringe Unterstützung durch andere Personen zu haben
(z.B. Angehörige, Freunde, Nachbarn)
- Geringe Unterstützung durch öffentliche Angebote zu haben
(z.B. Kinderbetreuung, Gesundheitsdienste, Soziale Dienste)
- Sonstige

Da alle Angaben anonym sind, würde es uns helfen, wenn wir durch die Beantwortung folgender Fragen einige Hintergrunddaten von jeder/ jedem erhalten würden.

Sie sind: weiblich männlich

Wie alt sind Sie?

Ihre Nationalität ist?

Ihr Geburtsort ist?

**Wenn der Geburtsort nicht Deutschland ist,
in welchem Land sind Sie geboren?**

Sie sind: ledig
 verwitwet
 geschieden
 getrennt

Leben Sie mit einem/ einer Partner/in zusammen? Ja Nein

Was ist Ihr höchster Schulabschluß?

kein Schulabschluß
Volks-/ Hauptschulabschluß
Realschule/ Mittlere Reife
Abitur/ Fachabitur ohne abgeschlossenes Studium
Sonstiges

**Haben Sie eine abgeschlossene Ausbildung?
(Mehrfachnennungen möglich)**

Nein, kein Abschluß
Abschluß einer Lehre
Abschluß einer Berufsfachschule
Abschluß einer Hochschule/ Fachhochschule
Sonstige

**Welcher der folgenden Gruppen würden Sie sich zuordnen?
(Mehrfachnennungen sind möglich)**

In Ausbildung/ Weiterbildung/ Umschulung/ Studium
Vollzeiterwerbstätig
Teilzeiterwerbstätig
geringfügig beschäftigt (z.B. 325-Euro-Basis, Honorartätigkeit)
zur Zeit arbeitslos
sonstiges

Wieviel Geld haben Sie insgesamt monatlich für sich und Ihre Familie zur Verfügung (einschließlich Sozialhilfe, Kindergeld, Erziehungsgeld, Wohngeld, Zuschüsse der Familie, Erwerbseinkommen, Unterhalt, Unterhaltsvorschuß)?

500 – <700 Euro 700 – <900 Euro 900 – <1100 Euro 1100 – <1500 Euro 1500 E. u. mehr

Vielen Dank für Ihre Mühe !

Beachten Sie bitte die nachfolgende Seite und senden Sie diese ausgefüllt mit diesem Fragebogen im Rückumschlag an uns zurück.

2. Interviewleitfaden zur qualitativen Erhebung

1. Person

Können Sie sich bitte noch einmal kurz vorstellen (wo Sie herkommen, was Ihnen wichtig ist, von sich zu erzählen)

2. Lebenssituation Alleinerziehende

Wenn Sie sich bitte zurückerinnern, erzählen Sie einmal, wie es dazu gekommen ist, allein mit den Kinder/n zu leben?

Was war für Sie der größte (positive oder negative) Einschnitt/ Veränderung?

Können sie vielleicht einmal einen typischen Alltag beschreiben?

Welche Rolle spielt der Vater, bzw. spielen die Väter der Kinder noch in Ihrem Leben bzw. im Leben der Kinder?

3. Bedeutung von Sozialhilfe

Wie lange sind leben Sie bereits von Sozialhilfe?

Was spielt es für Sie für eine Rolle, von Sozialhilfe in Anspruch zu nehmen?

4. Gesundheitsverständnis

Wie geht es Ihnen heute?

Was bedeutet es für Sie, krank zu sein? (was ist Krankheit, wie wird der Alltag beeinflusst?)

Wenn Sie krank sind, wie kann ich mir das vorstellen, wer springt dann ein? Berichten Sie bitte von Ihrer letzten Krankheit?

Gibt es etwas, was Sie für Ihre Gesundheit tun können?

5. Gesundheit der Kinder

Was bedeutet es für Sie, wenn die Kinder/ das Kind krank sind?

Gibt es etwas, was Sie für die Gesundheit der Kinder tun können?

6. Belastungen

Was würden Sie als Ihre größten Belastungen beschreiben?

7. Ressourcen

Wie tanken Sie wieder auf?

Wie schätzen Sie die Unterstützung aus Ihrem Umfeld (Nachbarschaft, Familie, Freundeskreis) ein?

Welche Erfahrungen haben Sie mit sozialen Angeboten oder Gesundheitsangeboten?

Was würden Sie sich zur Unterstützung wünschen?

8. Perspektiven/ Wünsche für die Zukunft

Wie geht es bei Ihnen in den nächsten Monaten weiter? Steht eine Veränderung an?

Haben wir zum Thema Alleinerziehende bzw. zum Thema Gesundheit etwas vergessen zu thematisieren, was Ihnen aber wichtig wäre, mitzuteilen?

Was sind Ihre Wünsche für die Zukunft?

Literatur

- Altgeld, T. (2002):** Soziale Benachteiligung und deren gesundheitliche Folgen bei Kindern und Jugendlichen. In: Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales. a.a.O.
- Antonovsky, A. (1979):** Health, Stress and Coping. New Perspectives on Mental and Physical Health. San Francisco.
- Antonovsky, A. (1983):** The Sense of Coherence: Development of a research instrument. W.S. Schwartz Research Center for Behavioral Medicine. Tel Aviv University. Newsletter and Research Reports. 1. S. 1-11.
- Antonovsky, A. (1984):** A call for a New Question-Salutogenesis and a Proposed Answer-the Sense of Coherence. Journal of Preventive Psychiatry, 2, S. 1-13.
- Antonovsky, A. (1987):** Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco.
- Antonovsky, A. (1991):** Meine Odyssee als Streßforscher. In: Jahrbuch für kritische Medizin 17, Berlin. S. 112-130.
- Antonovsky, A. (1997):** Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erweiterte Ausgabe von A. Franke. Tübingen: dgvt.
- Axhausen, S.; Dorn, C. (1995):** Armut von Frauen und berufliche Qualifizierung: Ergebnisse aus einem Modellversuch zur Umschulung von alleinerziehenden Sozialhilfeempfängerinnen. Bielefeld.
- Babitsch, B. (2000):** Was macht arme Frauen krank? In: Geene, R.; Gold, C. (Hg): Gesundheit für Alle! Wie können arme Menschen von präventiver und kurativer Gesundheitsversorgung erreicht werden?; Gesundheit Berlin e.V., Materialien zur Gesundheitsförderung Band 4; S.126-136, Berlin.
- Beck-Gernsheim, E.; Ostner, I. (1978):** Frauen verändern – Berufe nicht? Ein theoretischer Ansatz zur Problematik von „Frau und Beruf“. In: Soziale Welt 29/1978. S. 257-287.
- Beckmann, P.; Engelbrech G. (1998):** Beschäftigungsentwicklung und –perspektiven ostdeutscher Frauen in den 90-er Jahren. In: E. Wiedemann; u.a. (Hg.): Die arbeitsmarkt- und beschäftigungspolitische Herausforderung in Ostdeutschland. Nürnberg.
- Bergmann, K.E. u.a. (2002):** Pilotstudie zum bundesweiten Kinder- und Jugend-survey. In: <http://www.rki.de/FORSCH/FOR2/METH/AN21.PDF>. 29.01.2002.
- Bien, W./ Schneider, N.F. (Hg.) (1998):** Kind ja, Ehe nein? Status und Wandel der Lebensverhältnisse von nichtehelichen Kindern und Kindern in nichtehelichen Lebensgemeinschaften. Opladen.
- BMFSFJ (Hg.) (1998):** Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik: Lebensformen, Familienstrukturen, wirtschaftliche Situation der Familien und familien-demographische Entwicklung in Deutschland. Bonn.
- BMFSFJ (Hg.) (2000):** Die Frauen der Welt 2000. Trends und Statistiken. Berlin.
- BMFSFJ (Hg.) (2001):** Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Berlin.
- BMFSFJ (Hg.) (2001a):** Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Berlin.
- BMFSFJ (Hg.) (2001b):** Chancengleichheit in einer familienfreundlichen Arbeitswelt – Soziale Auditierung in Europa. Berlin.

- BMFSFJ (Hg.) (2001c):** Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Berlin.
- BMFSFJ (Hg.) (2001d):** Dokumentation der Fachtagung ‚Alleinerziehen in Deutschland‘. Ressourcen und Risiken einer Lebensform. Berlin.
- BMFSFJ (Hg.) (2002):** Bericht zur Berufs- und Einkommenssituation von Männern und Frauen. In: http://www.bmfsfj.de/dokumente/Artikel/ix_77649_4931.htm. 26.04.2002.
- BMFSFJ (Hg.) (2002a):** Elfter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Berlin.
- BMFSFJ (Hg.) (2002b):** Bericht zur Berufs- und Einkommenssituation von Männern und Frauen. In: http://www.bmfsfj.de/dokumente/Artikel/ix_77649_4931.htm. 26.04.2002.
- Bormann, M. (2002):** Alleinerziehende und die Gesundheit ihrer Kinder. Kindergesundheit aus der Perspektive ihrer sozialhilfeberechtigten Mütter. Diplomarbeit. Universität Hamburg.
- Bosch, G. (1999):** Zukunft der Erwerbsarbeit – Zur Rolle von Bildung und Löhnen im internationalen Vergleich. Zur Fachtagung Zukunft der Arbeit. Zukunft der Beruflichen Bildung. Für Europa lernen. am 7./8. Juni 1999. Berlin.
- Bullinger, M. (1998):** Lebensqualitätsmessung mit dem SF-36 Health-Survey. In: Th. M. Ruprecht (Hg): Experten fragen - Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen - Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. Sankt Augustin. S. 93-99.
- Bullinger, M./ Kirchberger, I./ Ware, J. (1995):** Der deutsche SF-36 Health Survey. Übersetzung und psychometrische Testung eines krankheitsübergreifenden Instruments zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften. 1/1995. Weinheim. S. 21-36.
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hg.) (1997):** Lebensläufe Alleinerziehender in West- und Ostdeutschland. Wiesbaden.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.) (1998):** Die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation. Bonn.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.) (2001):** Lebenslagen in Deutschland – Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bonn.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hg.) (2000):** Vorhabenübersicht. Gesundheitsforschung 2000. Bonn.
- Bundesverband alleinerziehender Mütter und Väter e.V. (Hg.) (2001):** Tipps und Informationen. Bonn.
- BZgA (Hg.) (1998):** Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; Bd. 6. Was hält den Menschen gesund? – Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln
- BZgA (Hg.) (2000):** Dokumentation des Symposiums ‚Familienplanung und Lebensläufe von Frauen – Kontinuitäten und Wandel‘. Köln.
- BZgA (Hg.) (2001a):** Infodienst: Gesundheitserziehung. Gesundheitsförderung. Köln.
- BZgA (Hg.) (2001b):** Frauen leben. Eine Studie zu Lebensläufen und Familienplanung. Köln.

- BZgA (Hg.) (2001c):** Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Europa. Teilbericht Deutschland. Köln.
- BZgA (Hg.) (2002):** Die Rolle der Gesundheitsförderung bei der Beseitigung von gesundheitlichen Ungleichheiten. Köln.
- Centre for our common future (1993):** Erdgipfel 1992: Agenda für nachhaltige Entwicklung. Genf.
- Christeiner, S. (1999):** Frauen im Spannungsfeld zwischen Gesundheit und Krankheit. Subjektive Befindlichkeitseinschätzungen und Ursachenattribuierungen von Laien. Bielefeld.
- Collatz, J. u.a. (1998):** Mütterspezifische Belastungen - Gesundheitsstörungen - Krankheit; Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin
- Cramm, C./ Blossfeld, H.-P./ Drobnič, S. (1998):** Die Auswirkungen der Doppelbelastung durch Familie und Beruf auf das Krankheitsrisiko von Frauen. Universität Bremen.
- Crispin, A./ Grill, E./ Weitkunat, R. (2002):** Gesundheitsbezogene Lebensstile und Persönlichkeitsmerkmale von Vätern minderjähriger Kinder – Ergebnisse einer Telefonbefragung. In: Das Gesundheitswesen. 1/2002. Stuttgart. S. 19-24.
- Daheim, H./Schönbauer, G. 1993:** Soziologie der Arbeitsgesellschaft. Weinheim.
- Dammasch, F. (2000):** Die innere Erlebniswelt von Kindern alleinerziehender Mütter. Eine Studie über Vaterlosigkeit anhand einer psychoanalytischen Interpretation zweier Erstinterviews. Frankfurt M.
- De Charro, F. (1998):** EQ-5D. An Instrument to Value from the EuroQol. Group. Rotterdam.
- Deneke, Ch./ Hoferichter, P./ Richter, A. / Waller, H. (2001):** Armut und Gesundheit. Bestandsaufnahme und Bewertung und Entwicklung von gesundheitsbezogenen Interventionsprojekten in Niedersachsen. Fachhochschule Nordostniedersachsen Lüneburg.
- Deneke, Ch./ Kaba-Schönstein, L./ Waller, H. (2000):** Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter - Das Projekt „Preiswerte Ernährung (PWE)“. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, 1/2000. Weinheim. S. 21-26.
- Diggens-Rösner, A. (2001):** Schluss mit der Geschlechtsblindheit in der Medizin. In: pro familia magazin. 3/2001. Frankfurt/ Main. S. 5-8.
- Elkeles, T./ Mielck, A. (1997):** Soziale und gesundheitliche Ungleichheit. Berlin.
- Ellert, U./ Knopf, H. (2001):** Gesundheitsbezogene Lebensqualität. In: http://www.rki.de/FORSCH/FOR2/DAT/AN55_INT.PDF. 29.01.2002.
- Erdmann, R. I. (1997):** Typisch alleinerziehende Mutter!? Lebenssituationen alleinerziehender Mütter dargestellt unter Berücksichtigung regionaler und gesamtgesellschaftlicher Aspekte. Oldenburg.
- Erziehungswissenschaftliches Institut der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (2002):** Bildung bei Kindern alleinerziehender Mütter beim Schuleingang. In: www.phil-fak.uni-duesseldorf.de/ew/ep/abgeschlossene_projekte.html#5. 15.04.2002.
- Europäische Kommission (2001a):** Gemeinsamer Beschäftigungsbericht der Europäischen Union 2000. Luxemburg.
- Europäische Kommission (2001b):** Chancengleichheit für Männer und Frauen in der Europäischen Union. Jahresbericht 2000. Beschäftigung und Soziales, Gleichbehandlung von Männern und Frauen. Luxemburg.
- Flick, U. (Hg.) (1998):** Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim und München.

- Förder News (2002):** Reform am Arbeitsmarkt zum 1.1.2003. 53/2002. Untermeitingen. S. 8-33.
- Franke, A./ Mohn, K./ Sitzler, F./ Welbrink, A./ Witte, M. (2001):** Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen. Risiken und Widerstandsfaktoren. Weinheim, München.
- Franz, M. (2000):** Alleinerziehend - Alleingelassen. Projektbeschreibung im Internet über: Informationszentrum Sozialwissenschaften Bonn, Datenbank FORIS, April 2000.
- Franz, M. (1999):** Alleinerziehend-Alleingelassen. In: Armut und Reichtum. Lebenslagen und Lebenschancen von Kindern und Jugendlichen in Düsseldorf. Armutsbericht der Landeshauptstadt Düsseldorf. Düsseldorf.
- Franze, M. (2002):** Zum Gegenstand persönlicher Konstrukte im Rahmen der Erforschung subjektiven Wohlbefindens. Frankfurt M.
- Friese, M. (Hg.) 2000:** Modernisierung personenbezogener Dienstleistungen. Innovationen für die berufliche Aus- und Weiterbildung. Opladen.
- Gavranidou, M./ Heinig, L. (1992):** Weibliche Berufsverläufe und Wohlbefinden: Ergebnisse einer Längsschnittstudie. In: L. Brüderl/ B. Paetzold (Hg.): Frauenleben zwischen Beruf und Familie. Psychosoziale Konsequenzen für Persönlichkeit und Gesundheit. Weinheim. S. 105-121.
- Geene, R.; Gold, C.; Hans, C. (2002):** Armut und Gesundheit. Gesundheitsziele Gegen Armut. Netzwerke für Menschen in schwierigen Lebenslagen. Teil II. Berlin.
- Geiger, A./ Kreuter, H. (Hg.) (2000):** Neue Partner für Gesundheit. Gesundheit auf dem Weg ins 21. Jahrhundert. Gamburg.
- GEWOS (Hg.) (2003):** Entwicklung des Wohnungsmarktes in Bremen und Niedersachsen. In: <http://www.vdw-online.de/htm/public/studies/region/steckbriefe/Harburg-Kreissteckbrief.pdf>. 1.09.2003.
- Glaser, B./ Strauss, A. (1967):** The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. New York.
- Glaser, B./ Strauss, A. (1998):** Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Grunwald, K./ Thiersch, H. (2001):** Lebensweltorientierung. In: Otto, H.-U./ Thiersch, H. (Hg.): Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik. Neuwied; Kriftel. S. 1136-1148.
- Gutschmidt, G. (1997):** Ledige Mütter: Zahlen – Fakten – Interviews. Eine qualitative Studie über die ersten Jahre mit Kind. Bielefeld.
- Hanesch, W., Krause, P., Bäcker, G., Otto, B. (2000):** Armut und Ungleichheit in Deutschland. Der neue Armutsbericht der Hans-Böckler-Stiftung, des DGB und des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, Rowohlt Taschenbuch, Reinbek.
- Hebenstreit-Müller, S./ Helbrecht-Jordan, I. (1988):** Junge Mütter auf dem Land – Frauenleben im Umbruch. Bielefeld.
- Helmert, U. (2003):** Subjektive Einschätzung der Gesundheit und Mortalitätsentwicklung. In: Das Gesundheitswesen. 1/2003. Stuttgart. S.47-54.
- Hoffmann, B./ Swart, E. (2002):** Selbstwahrnehmung bei Gesundheit und ärztliche Inanspruchnahme bei Alleinerziehenden – Ergebnisse des Bundesgesundheits-surveys. In: Das Gesundheitswesen. 4/2002. Stuttgart. S. 214-223.
- Hradil, S. (1987):** Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft. Opladen.

-
- Hradil, S. (1992):** Zwischen Bewußtsein und Sein. Opladen.
- Hradil, S., Müller, D. (1999):** Landesarmutsbericht Schleswig-Holstein 1999. Schleswig-Holsteinischer Landtag. Drucksache 14/2276.
- Hurrelmann, K. 1988:** Sozialisation und Gesundheit. Weinheim
- Jesse, A. (2000):** Wohlbefinden von Frauen in alternativen Lebensformen. Konstanz.
- Kamensky, J. (2000):** Ernährung in Sozialhilfe: Ergebnisse eines Forschungsprojektes. In: Landesvereinigung für Gesundheit Nds. e.V.; Deutsche Gesellschaft für Ernährung u.a. (Hg.): Suppenküchen im Schlaraffenland. Armut und Ernährung von Familien und Kindern in Deutschland. Hannover. S. 37-43.
- Karsten, M.-E./ Degenkolb, A./ Hetzer, S./ Meyer, C./ Thiessen, B./ Walther, K. (1999):** Entwicklung des Qualifikations- und Arbeitskräftebedarfs in den personenbezogenen Dienstleistungsberufen. Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen Berlin. Berlin.
- Kelle, U./ Kluge, S. (1999):** Vom Einzelfall zum Typus. Qualitative Sozialforschung. Bd. 4. Opladen.
- Klenner, Ch. (Hg.) (1999):** Arbeitszeitgestaltung und Chancengleichheit für Frauen. Workshop am 18. November 1999 in Bonn-Uniclub. Düsseldorf.
- Klocke, A. (2003):** Armut bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitsberichterstattung – Themenhefte. Heft 1. Berlin.
- Krell, G./ Winter, R. (2001):** Aufwertung von Frauentätigkeiten. Ein Gutachten im Auftrag der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr. Stuttgart.
- Krüger, H. (1992a):** Frauen und Bildung. Wege der Aneignung und Verwertung von Qualifikationen in weiblichen Erwerbsbiographien. Bielefeld.
- Krüger, H./ Born, C. (1991):** Unterbrochene Erwerbskarrieren und Berufsspezifik: Zum Arbeitsmarkt- und Familienpuzzle im weiblichen Lebenslauf. In: Mayer, K.-U. u.a. (Hg.): Vom Regen in die Traufe: Frauen zwischen Beruf und Familie. Frankfurt/Main; New York. S. 142-161.
- Krüger, H.-H. (1997):** Einführung in die Arbeitsfelder der Erziehungswissenschaft. Opladen.
- Lamnek, S. (1993):** Qualitative Sozialforschung. Bd. 1 und 2. Weinheim.
- Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2002):** Bedarfserhebung zur gesundheitlichen Lage von allein Erziehenden und ihren Kindern im Rems-Murr-Kreis. Unveröffentlichte Projektbeschreibung.
- Landesvereinigung für Gesundheit Nds. e.V./ Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften der Fachhochschule Nordostniedersachsen (Hg.) (2000):** Armut und Gesundheit. Praxisprojekte aus Gesundheits- und Sozialarbeit in Niedersachsen. ZAG Forschungs- und Arbeitsberichte. Lüneburg.
- Landkreis Harburg (Hg.) (1996):** Sozialbericht. Armut – auch hier? Winsen/Luhe.
- Landkreis Harburg (Hg.) (2000):** Sozialinfo September 2000. Das Sozialamt des Landkreises Harburg informiert. Winsen/Luhe.
- Landratsamt Rems-Murr-Kreis – Gesundheitsamt (2003):** Dokumentation zur Bedarfserhebung zur gesundheitlichen Lage von allein Erziehenden und ihren Kindern im Rems-Murr-Kreis. Waiblingen.
- Legewie, H./ Trojan, A. (2001):** Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. Frankfurt/ Main.

- Mädje, E. (2000):** Frauen in Armut - Entwicklungen und Trends, in: Geene, R.; Gold, C. (Hg.): Gesundheit für Alle! Wie können arme Menschen von präventiver und kurativer Gesundheitsversorgung erreicht werden?; Gesundheit Berlin e.V., Materialien zur Gesundheitsförderung Band 4; S. 117-125, Berlin.
- Martin, B. (Hg.) (2000):** Frauen in der Gesundheitsversorgung. Lage.
- Mayring, Ph. (1996):** Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim.
- Meinhold, M. (2001):** Einzelfallhilfe/Case-Management. In: Otto, H.-U./ Thiersch, H. (Hg.): Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik. Neuwied; Krißel. S. 361-367.
- Mertens, A. (1999):** Arbeitsmarktmonitoring – Verfahren und Methoden in der aktuellen Diskussion und Praxis. In: GIB. 2/1999. Bottrop. S.12-18.
- Meuser, M./ Nagel, U. (1994):** Expertenwissen und Experteninterview. In: R. Hitzler/ A. Honer/ C. Maeder (Hg.): Expertenwissen. Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion der Wirklichkeit. Opladen.
- Meuser, M./ Nagel, U. (1996):** Vom Nutzen der Expertise. Experteninterviews in der Sozialberichterstattung. In: W. Voges (Hg.): Kommunale Sozialberichterstattung. Erfassung sozialräumlicher Disparitäten. Opladen.
- MFJFG des Landes Nordrhein-Westfalen (1999):** Gesundheit von Männern und Frauen. Bielefeld.
- Mielck, A. (1994):** Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland. Opladen.
- Mielck, A. (2000a):** Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern.
- Mielck, A. (2000b):** Health inequalities in Germany: The case of single mothers and their children. In: Santé publique. Health inequalities in Europe. Réduire les inégalités de santé en Europe. Paris, Congress from 14th to 16th Dec. 2000.
- Mueller, U.; Heinzl-Gutenbrunner, M. (2001):** Krankheiten und Beschwerden (subjektive Gesundheit) unter Bewertung der eigenen Gesundheit. Materialien zur Bevölkerungswissenschaft Heft 102c. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. Wiesbaden.
- Nestmann, F.; Niepel, S. (1996):** Alleinerziehende und soziale Unterstützung. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 2. S. 91 – 118.
- Nestmann, F.; Stiehler, S. (1998):** Wie allein sind Alleinerziehende? Soziale Beziehungen alleinerziehender Frauen und Männer in Ost und West. Opladen.
- Niedersächsischer Landtag (1998):** Niedersächsischer Landesbericht zur Entwicklung von Armut und Reichtum. Drucksache 14/220. Hannover.
- Niedersächsisches Landesamt für Statistik und Landesvermessung und Geobasisinformationen (1998):** Niedersachsen. Das Land und seine Regionen. Hannover.
- Niepel, G. (1994):** Alleinerziehende. Abschied von einem Klischee. Opladen.
- Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales (Hg.) (2002):** Niedersächsischer Kinder- und Jugend-Gesundheitsbericht. Hannover.
- Oelkers, N. (1999):** Zwischen Ehe, Arbeit und Sozialamt – Alleinerziehende Sozialhilfeempfängerinnen in sozialpädagogischen Handlungsfeldern einer exemplarischen Region. Diplomarbeit (unver.). Universität Lüneburg.
- Ötvfrou (Hg.) (1997):** Aufwertung von Frauentätigkeiten: Ein Gutachten im Auftrag der Gewerkschaft Öffentliche Dienste. Transport und Verkehr. Von Regine Winter unter Mitarbeit von Gertraud Krell. Stuttgart.

Paritätischer Niedersachsen e.V. (Hg) (2002): Frauen ohne Arbeit – Wege in den Arbeitsmarkt. Reader zum Frauenpolitischen Forum 2002 am 12. März in Hannover. Hannover.

Raasch, S. (2001): Gleichstellungspolitik ohne Normalarbeits(zeit)verhältnis? S. 193-210.

Rabe-Kleberg, U. (1987): Frauenberufe – zur Segmentierung der Berufswelt. Bielefeld.

Rabe-Kleberg, U. (1995): Auf dem Weg zur Bildungsbiographie? Oder warum Frauen immer länger auf bessere Schulen gehen und trotzdem als „ungelehrt“ gelten. In: Hoerning, E. M./ Corsten, M. (Hg.): Institution und Biographie. Die Ordnung des Lebens. Pfaffenweiler. S. 26-38.

Rabe-Kleberg, U. (1997): Professionalität und Geschlechterverhältnis Oder: Was ist semi an traditionellen Frauenberufen? In: A. Combe; W. Helsper: Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt a. M. S. 276-302.

Resch, M. (1998): Frauen, Arbeit und Gesundheit. In: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (Hg.): Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik. Bern. Göttingen. Toronto. Seattle. S. 89-99.

Richter, A. (2000): Armutsprägungen bei Kindern, Jugendlichen, Frauen und Familien. Reinbek.

Richter, A. (2000): Wie erleben und bewältigen Kinder Armut. Aachen.

Riecher-Rössler, A./ Rohde, A. (2001): Psychische Erkrankungen bei Frauen. Psychiatrie und Psychosomatik in der Gynäkologie. Regensburg.

Robert Koch-Institut (Hg.) (2003): Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 14. Berlin.

Robert-Koch-Institut (2001): Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland beginnt. In: http://www.rki.de/PRESSE/PD/PD2001/PD01_09.HTM. 29.01.2002.

Robert-Koch-Institut (2002): Eckdaten der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: <http://www.rki.de/GESUND/KUJS/HTDOCS/ECKD.HTM>. 29.01.2002

Rosenbrock, R. (2001): Der neue § 20 SGB V als Gestaltungsherausforderung für Selbstverwaltung der GKV. In: BKK 2001. S. 12-17.

Ruprecht, Th. M. (Hg.) (1998): Experten fragen – Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsleistungen – Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. Sankt Augustin.

Sauvola, A. u.a. (2001): Mortality of young adults in relation to single-parent family background. In: European Journal of Public Health. 9/2001. Oxford. S. 284-286.

Schiersmann, Ch. (1987): Berufsbezogene Weiterbildung und weiblicher Lebenszusammenhang. Zur Theorie eines integrierten Bildungskonzeptes. Bielefeld.

Schmidt, V. (2001): Gender Mainstreaming als Leitbild für Geschlechtergerechtigkeit in Organisationsstrukturen. In: Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien. 1/2001 und 2/2001. Bielefeld. S.45-62.

Schneider, N.F.; Krüger, D.; Lasch, V.; Limmer, R.; Bleck-Mattias, H. (2000): Alleinerziehen. Vielfalt und Dynamik einer Lebensform. Abschlussbericht. Bamberg.

-
- Schneider, N. (2002):** Worin unterscheidet sich die Lebenssituation von Alleinerziehenden von der Lebenssituation der Elternfamilie? In: http://www.ifb-bamberg.de/forschungen/allein_neu.html. 15.04.2002
- Schweitzer, J. (1998):** Gelingende Kooperation. Systemische Weiterbildung in Gesundheits- und Sozialberufen. Weinheim; München.
- Sennett, R. (2000):** Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus. Berlin.
- Sonntag, U. (2002):** Frauen, Arbeit und Gesundheit. Bericht vom 3. Internationalen Kongress „Women, Work and Health“ vom 2. – 5. Juni Stockholm. In: VPP 3/2002. S. 647.
- Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg (Hg.) (2000):** Abschlussbericht. Alleinerziehen – Vielfalt und Dynamik einer Lebensform. Bamberg.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (1998):** Gesundheitsbericht für Deutschland. Kurzfassung. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2000):** Datenreport 1999. Zahlen und fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden.
- Stauber, B. (1996):** Lebensgestaltung alleinerziehender Frauen. Balance zwischen Anpassung und Eigenständigkeit in ländlichen Regionen. Weinheim und München.
- Stiegler, B. (2000):** Wie Gender Mainstream kommt: Konzepte, Argumente und Praxisbeispiele zur EU-Strategie des Gender Mainstreaming. Bonn.
- Stiehler, S. (2000):** Alleinerziehende Väter. Sozialisation und Lebensführung. Weinheim, München.
- Sting, S./ Zurhorst, G. (Hg.) (2000):** Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit. Weinheim, München.
- Strauss, A. L. (1991):** Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. München.
- Strauss, A. L. (1994):** Grundlagen qualitativer Sozialforschung. München.
- Strauss, A. L./ Corbin, J. (1996):** Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim.
- Thiessen, B./ Schweizer, B. (2000):** Eigensinn und biographische Reflexivität. Voraussetzungen für die Entwicklung sozialer Qualifikation. In: Friese, M. (Hg.): Modernisierung personenbezogener Dienstleistungen. Innovationen für die berufliche Aus- und Weiterbildung. Opladen. S. 197-209.
- Trojan, A. (1996):** Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Schwabenheim.
- Trojan, A.; Hildebrandt, H. (1989):** Konzeptionelle Überlegungen zu gesundheitsbezogener Netzwerkförderung auf lokaler Ebene. In: W. Stark (Hg.): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Freiburg. S.29-33.
- Universität Lüneburg (1999):** Alleinerziehende Sozialhilfempfängerinnen im Landkreis Lüneburg. Unv. Projektbericht. Lüneburg.
- Verband alleinerziehender Mütter und Väter e.V. (VAMV) (Hg.) (2001):** Allein erziehend – Tips und Informationen. 13. Aufl. Bonn.
- Waller, H. (1997):** Gesundheitsförderung in der Praxis. In: A. Geiger/ H. Kreuter (Hg.): Handlungsfeld Gesundheitsförderung. Gamburg. S.93-101.

-
- Waller, H. (2000):** Gesundheitsförderung durch Gemeinwesenarbeit in sozialen Brennpunkten. In: S. Elsen u.a. (Hg.): Sozialen Wandel gestalten - Lernen für die Zivilgesellschaft. Neuwied. S. 193-210.
- Waller, H./ Deneke, Ch./ Hoferichter, P./ Richter, A. (2001):** Armut und Gesundheit. Bestandsaufnahme und Bewertung und Entwicklung von gesundheitsbezogenen Interventionsprojekten in Niedersachsen. Fachhochschule Nordostniedersachsen Lüneburg.
- Waller, H. (2002):** Gesundheitswissenschaft: Eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health. Stuttgart.
- Waller, H.; Deneke, C.; Walther, K. (2002):** Lebenssituation allein erziehender Frauen und ihrer Kinder unter besonderer Berücksichtigung ihrer Gesundheit. Zwischenbericht über den Zeitraum von 09/01 – 04/02. Lüneburg.
- Walther, K. (2002):** Wie Gender in die Beratung kommt: Gender Mainstreaming in der ambulanten psychosozialen Beratung. In: VPP 3/2002. S. 521-530.
- Walther, K.; Deneke, C. (2002):** Gesundheitliche Belastungen und Ressourcen allein erziehender Sozialhilfeempfängerinnen im Landkreis Harburg. In: Geene, R.; Gold, C.; Hans, C. a.a.O.
- Westhoff, G. (1993):** Handbuch psychosozialer Messinstrumente. Ein Kompendium für epidemiologische und klinische Forschung zu chronischer Krankheit. Göttingen, Bern Toronto, Seattle.
- WHO-Euro (1998):** Gesundheit21 – Das Rahmenkonzept 'Gesundheit für alle' für die Europäische Region der WHO. In: <http://www.who.dk/cpa/charta.htm>.29.08.01.
- WZB (Hg.) (1999):** Lebensstandard und Armut im vereinten Deutschland. Berlin.
- WZB (Hg.) (2003):** Hinweise auf neue Arbeiten. 1/2003. Berlin.
- Zentrum für Schule und Beruf (ZSB) (2000):** Berufliche Lebensplanung für junge Mütter. Bremen.
- Zimmermann, G. E. (2001):** Krankheit als Ursache und Folge von Überschuldung. Vortrag am 17.5.2001 in Bad Boll.