



universität  
wien



MEDIZINISCHE  
UNIVERSITÄT  
WIEN

# Masterthesis

Titel der Arbeit

**Gesundheitsbedürfnisse und Gesundheitsförderung  
bei sozial benachteiligten Alleinerzieherinnen in Wien**

Verfasserin

Mag.<sup>a</sup> Petra Zykan

Angestrebter akademischer Grad

Master of Public Health (MPH)

Wien, im Juli 2013

Matrikelnummer:

N 8705650

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Universitätslehrgang Master of Public Health

Betreuer:

Ao. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Forster



Fonds Gesundes  
Österreich

Gefördert aus den Mitteln des Fonds Gesundes Österreich



## Erklärung gemäß Diplomprüfungsordnung

Ich erkläre eidesstattlich, dass ich die Master Thesis mit dem Titel „Gesundheitsbedürfnisse und Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Alleinerzieherinnen in Wien“ selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und alle benutzten Quellen wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Wien, im Juli 2013

Mag. Petra Zykan

## Kurzfassung

Hintergrund: Alleinerziehende Frauen sind einer Vielfalt an Mehrfach- und Dauerbelastungen ausgesetzt, zudem ist diese Gruppe überproportional häufig von Armut betroffen. Armut macht krank, ist vielfach belegt. Gesundheitsförderung kann hier ein wertvoller Ansatz sein, um gegenzusteuern.

Ziel: Ziel der Arbeit ist die Schaffung einer wissenschaftlichen Grundlage zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sozial benachteiligter, alleinerziehender Frauen. Gesundheitsförderung setzt bei den Ressourcen betroffener Menschen an und vertritt den Ansatz der Partizipation. Es gilt, die Menschen von Beginn an in die Problemdefinition, Bedarfserhebung, Zielformulierung, Maßnahmenplanung und schlussendlich in die Evaluation mit einzubeziehen. Daher sollen in dieser Arbeit Alleinerzieherinnen und einschlägige Expertinnen zu Wort kommen und ihre individuelle Sichtweise zum Thema erläutern. Letztendlich hängen alle nachfolgenden Maßnahmen davon ab, was die Betroffenen unter Gesundheit verstehen.

Methodik: Nach einer theoretischen Abhandlung der wichtigsten Begrifflichkeiten zur Gesundheit und Gesundheitsförderung wird die Zielgruppe hinsichtlich der wichtigsten Merkmale wie ausgewählter Aspekte der Lebenslage beschrieben. Über das Thema soziale Benachteiligung und deren Gründe wird der Frage nachgegangen, ob alleinerziehende Mütter sozial benachteiligt sind und wie sich der aktuelle Wissensstand zum Gesundheitszustand der Zielgruppe präsentiert. Schließlich soll eine Recherche Projekte ausfindig machen, die eine Verbesserung der gesundheitlichen Lage zum Ziel haben. Zur Klärung der leitenden Forschungsfrage wurde ein qualitativer Ansatz gewählt. Die empirische Untersuchung basiert auf leitfadengestützten Interviews, in welchen sozial benachteiligte Alleinerzieherinnen aus Wien zu ihrem Verständnis von Gesundheit, zu Belastungen, Ressourcen, Gesundheitsverhalten und Bedürfnissen befragt wurden. Zusätzlich wurden Expertinnen zu ihrer Einschätzung befragt. Die Auswertung erfolgte nach der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring.

Ergebnisse: Konsistent zur vorhandenen Literatur zeigt sich ein breites Belastungsspektrum, dominierend ist der Zeit- und Geldmangel. Die Mehrfachbelastungen führen zu einer Reihe an Befindlichkeitsstörungen, psychischen und physischen Auswirkungen. Für die Gesundheitsförderung positiv zeigen sich viele Stärken und Fähigkeiten der Frauen, auch können sie gut beschreiben, was sie für ihr Wohlbefinden brauchen, und dies z.T. auch umsetzen. Gesundheit hat für die Frauen eine holistische Bedeutung, in welcher die Gesundheit ihrer Kinder Teil des Verständnisses ist.

Schlüsselwörter: Alleinerzieherinnen, alleinerziehend, Lebenslage, Gesundheit

## Abstract

*Background:* Single mothers in a socially disadvantaged position are usually exposed to a variety of burdens and stressors. Additionally this group is disproportionately affected by poverty. Poverty is undoubtedly one of the primary causes of illness. Health promotion is an effective approach to stop this process.

*Aim:* The aim of this paper is to create a scientific basis for the improvement of the health-related status of single mothers in socially disadvantaged circumstances through the means of health-promotion. This process starts with the evaluation of the resources and emphasis on the active participation of the persons concerned. It is of utmost importance to closely involve the concerned from the start into the process of the definition of problems and targets, the choice of strategies and the general evaluation. For this reason a sizable part of this paper will be devoted to show the point of view of concerned women by letting them give voice to their daily cares and sorrows as well as their personal views on the matter of health. Ultimately the choice of the measures to take and their success hinges on this individual understanding of health.

*Method:* Starting with the definition of the main concepts of health and health promotion the paper will proceed to a description of the target group regarding their most important demographic and socioeconomic characteristics as well as selected aspects of their individual conditions of life. A detailed analysis of the social disadvantages of single mothers against the backdrop of published literature will be used to show the immediate and inevitable impact on the health and well-being of those affected. A literature search will look for existing projects and evaluate their effectiveness. The primary questions will be addressed using a qualitative approach, while an empirical study is based on interviews with single mothers in Vienna. These persons in severely disadvantaged circumstances speak on their personal understanding of health issues, personal health, their wants and needs, the resources at their command or lack thereof and their resulting daily conduct. Additional interviews with experts are used to specify the resulting analysis, which is based on the content analysis by Philipp Mayring.

*Results:* Results show a broad variety of stressors, primarily a lack of time and economic resources, resulting in an equally broad array of health-related problems. Supporting the health promotion is the fact that the interviewed women own abilities and personal resources and are able to describe the needs for their well-being, transferring them partly to their lives. For these women health has a holistic importance in which the health of their children is a main part. *Key-Words:* single mothers, health status, well-being

## **Dank**

Ein großes Danke gilt allen Interviewpartnerinnen, den interviewten Expertinnen und alleinerziehenden Frauen, die mich offen in ihre Lebensrealität blicken ließen und in mir großen Respekt und Hochachtung für ihre tagtäglich erbrachten Leistungen sowie vielfachen Fähigkeiten auslösten, die jedoch in der Öffentlichkeit bisher zu wenig Beachtung und Wertschätzung gefunden haben. Sie sind große Leistungsträgerinnen unserer Gesellschaft, deren Leistung nicht nur öffentlich anerkannt gehört, sondern auch ausreichend unterstützt, sodass die Frauen genügend Kraft für sich und ihre Kinder haben, den Alltag mit all seinen Herausforderungen gut bewältigen zu können.

Bedanken möchte ich mich ebenso bei meinem Betreuer, Herrn A.o. Prof. Rudolf Forster, der mich mit seiner wertvollen und anregenden Unterstützung bestmöglich begleitet hat.

Meiner Familie danke ich für die „moralische“ Unterstützung und das Verständnis für die vielen Arbeitsstunden.

# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung .....	13
1.1	Forschungsfrage und Ziel .....	14
1.2	Aufbau .....	15
1.3	Methodik .....	16
2	Gesundheit & Gesundheitsförderung .....	16
2.1	Gesundheit .....	16
2.2	Gesundheitsförderung .....	20
2.2.1	Handlungsfelder .....	21
2.2.2	Empowerment .....	22
2.2.3	Partizipation .....	24
2.2.4	Ermittlung des Gesundheitsbedarfs .....	26
2.3	Zusammenfassung .....	26
3	Alleinerziehende Frauen - sozial benachteiligt? .....	27
3.1	Definition und Beschreibung der Zielgruppe .....	27
3.1.1	Soziodemografische Merkmale .....	28
3.1.2	Sozioökonomische Merkmale .....	31
3.1.3	Besondere Aspekte der Lebenslage Alleinerziehender .....	34
3.2	Soziale Ungleichheit .....	38
3.3	Auswirkung sozialer Benachteiligung auf die Gesundheit .....	40
3.3.1	Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit .....	42
3.4	Die gesundheitliche Situation alleinerziehender Frauen .....	45
3.4.1	Die gesundheitliche Lage in Österreich .....	45
3.4.2	Blick nach Deutschland .....	47

3.4.3	Die gesundheitliche Lage laut internationaler Literatur.....	49
3.5	Projekte für Alleinerzieherinnen in Deutschland.....	51
3.5.1	Gesundheitsförderliche Best-Practice-Projekte.....	51
3.5.1.1	„Endlich fragt mich mal einer“.....	52
3.5.1.2	allfabeta.....	54
3.5.2	Initiativen des deutschen Arbeits- und Sozialministeriums.....	55
3.5.2.1	Gute Arbeit für Alleinerziehende.....	56
3.5.2.2	Netzwerke wirksamer Hilfen für Alleinerziehende.....	56
3.6	Projekte für Alleinerzieherinnen in Österreich.....	57
3.6.1	MIA - Mütter in Aktion.....	58
3.7	Zusammenfassung.....	58
4	Forschungsdesign des empirischen Teils.....	59
4.1	Fragestellung und Ziel der vorliegenden Arbeit.....	59
4.2	Methode und Vorgangsweise.....	60
4.2.1	Interviewleitfaden.....	61
4.2.2	Stichprobe und Interviews.....	62
4.2.3	Inhaltsanalyse nach Mayring.....	64
5	Ergebnisse.....	66
5.1	Bedeutung der Gesundheit & Bedürfnisse.....	66
5.1.1	Ganzheitliche Gesundheit.....	67
5.1.2	Lebensstil.....	67
5.1.3	Soziale Unterstützung.....	69
5.1.4	Gesundheitsdienste.....	69
5.1.5	Wohn- und Umgebungsbedingungen.....	69
5.2	Alltagsbelastungen und gesundheitliche Auswirkungen.....	70



5.2.1	Alleinige Verantwortung.....	70
5.2.2	Zeit- und Geldmangel .....	72
5.2.3	Überforderung .....	74
5.2.4	Ämter.....	75
5.2.5	Schule .....	76
5.2.6	Expartner.....	77
5.2.7	Entwicklung und Gesundheit der Kinder .....	78
5.2.8	Schwangerschaft und rund um die Geburt.....	79
5.2.9	Gesundheitliche Auswirkungen.....	80
5.3	Ressourcen .....	81
5.3.1	Strategien.....	82
5.3.2	Fähigkeiten und Stärken.....	83
5.3.3	Unterstützung einholen.....	85
5.4	Gesundheitseinrichtungen und Angebotsgestaltung .....	86
5.4.1	Schulmedizin .....	87
5.4.2	Alternativmedizin .....	88
5.4.3	Psychosoziales.....	90
5.4.4	Beratung & Information.....	90
5.4.5	Prävention und Gesundheitsförderungsangebote .....	91
5.4.6	Gestaltung von Gesundheitsförderungsangeboten .....	91
5.5	Notwendige Bedingungen zur Stärkung der Gesundheit.....	95
5.5.1	Grundbedürfnisse .....	95
5.5.2	Gesundheitsbezogene Angebote.....	97

5.5.3	Gesellschaft.....	99
5.5.4	Bildungsbereich.....	101
5.5.5	Persönlichkeitsentwicklung.....	101
5.6	Zusammenfassung der Expertinnen-Interviews .....	102
5.7	Zusammenfassung .....	104
6	Diskussion und Limitation der Arbeit .....	107
6.1	Bedeutung der Gesundheit und des Wohlbefindens - Gesundheitsbedürfnisse ..	107
6.2	Gesundheitsbeeinträchtigende Alltagsbelastungen.....	108
6.3	Ressourcen .....	109
6.4	Gesundheitsförderung aus Sicht der Frauen und Expertinnen.....	111
6.5	Bedürfnisse zur Stärkung des Wohlbefindens und der Gesundheit.....	112
6.6	Limitation der Arbeit und Schlussfolgerungen.....	114
7	Entwicklung gesundheitsförderlicher Maßnahmen .....	115
7.1	Für Entlastung sorgen und Netzwerke schaffen.....	115
7.2	Öffentlichkeitsarbeit, Gesellschaft & Erwerbsarbeit.....	117
7.3	Verhältnisbezogene Gesundheitsförderung & Prävention .....	118
7.4	Verhaltensbezogene Gesundheitsförderung & Prävention.....	119
7.5	Schlussbetrachtung .....	120
8	Literaturverzeichnis .....	121

## Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Kontinuum des Empowerments</i> .....	24
<i>Abbildung 2: Stufenmodell der Partizipation nach Wright, Block &amp; Unger (2010)</i> .....	25
<i>Abbildung 3: Gesundheits-Determinanten nach Dahlgren &amp; Whitehead 1991</i> .....	27
<i>Abbildung 4: Quantitative Erhebung zur Zufriedenheit (N=477)</i> .....	35
<i>Abbildung 5: Modell zur Entstehung gesundheitlicher Ungleichheit</i> .....	44
<i>Abbildung 6: Vergleich der Subjektiven Gesundheit zwischen Allgemeinbevölkerung und Alleinerziehenden</i> .....	46
<i>Abbildung 7: Belastungen alleinerziehender und verheirateter Mütter</i> .....	48

## Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Höchste abgeschlossene Bildung von Alleinerzieherinnen und Müttern in Partnerschaft</i> .....	29
<i>Tabelle 2: Höchster Bildungsabschluss mit/ohne Migrationshintergrund</i> .....	30
<i>Tabelle 3: Kindesalter nach Mutter-Kind-Familien und Vater-Kind-Familien</i> .....	31
<i>Tabelle 4: Unzufriedenheit Alleinerziehender Frauen mit einzelnen Lebensbereichen nach Berufstätigkeit</i> .....	36
<i>Tabelle 5: Soziales Netzwerk in Abhängigkeit vom Einkommenshintergrund</i> .....	37
<i>Tabelle 6: Gini-Koeffizient der lohnsteuerpflichtigen Einkommen 1976 -2010</i> .....	39
<i>Tabelle 7: Projekt „Endlich fragt mich mal einer“ – Angaben zur Gesundheit und Gesundheitsförderung</i> .....	53
<i>Tabelle 8: Zusammensetzung der interviewten Alleinerzieherinnen</i> .....	63
<i>Tabelle 9: Kategorien der Gesundheitsbedeutung und der Bedürfnisse</i> .....	66
<i>Tabelle 10: Kategorien der Alltagsbelastungen und der gesundheitlichen Auswirkungen</i>	71
<i>Tabelle 11: Kategorien der Ressourcen, Fähigkeiten und Stärken</i> .....	82
<i>Tabelle 12: Kategorien der Gesundheitseinrichtungen und der Gestaltung von Gesundheitsförderungs-Angeboten</i> .....	87
<i>Tabelle 13: Kategorien zur Stärkung des Wohlbefindens und der Gesundheit</i> .....	95



# 1 Einleitung

Unter den im August 2012 vom Ministerrat zehn beschlossenen Rahmen-Gesundheitszielen für Österreich findet sich unter Ziel zwei: *„Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und Alter sorgen“*. Die Schwerpunktsetzung der aktuellen Gesundheitspolitik zeigt die Relevanz des Themas: Die Schere zwischen Reich und Arm geht in Österreich wie auch in anderen hoch entwickelten Ländern immer weiter auseinander. Das führt dazu, dass materielle aber auch immaterielle Güter wie Bildung und Gesundheit in der Bevölkerung sehr ungleich verteilt sind. Ein Leben unter sozialer Benachteiligung bedeutet jedoch eine höhere Erkrankungswahrscheinlichkeit, einen schlechteren Zugang zu gesundheitlicher Versorgung und eine verkürzte Lebenszeit.

Eine in der Gesundheitsförderung besonders zu berücksichtigende Zielgruppe ist, aufgrund ihrer von Mehrfach- und Dauerbelastung gekennzeichneten Lebensbedingungen, die Gruppe der alleinerziehenden Frauen. Allein erziehen bedeutet in der Regel, einen Spagat zwischen Einkommensarbeit, Kindererziehung und Hausarbeit zu absolvieren. Dass diese hohe Verantwortung häufig mit gesundheitlicher Beeinträchtigung einhergeht, lässt sich leicht nachvollziehen. Internationale empirische Studien weisen auf eine 2-3 mal höhere Prävalenz an Depressionen hin (Atkins, 2010; Neises & Grüneberg, 2005; Helfferich, Hendel-Kramer, & Klindworth, 2003; Ringbäck Weitoft, Haglund, Hjern, & Rosen, 2002), auf ein erhöhtes Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes, erhöhten Body Mass Index (Young, Cunningham, & Buist, 2005), erhöhtes Risiko für Lungenkarzinome (Ringbäck Weitoft, Haglund, Hjern, & Rosen, 2002) sowie einen hohen Anteil an Raucherinnen im Vergleich zu Müttern in Partnerschaft (Helfferich, Hendel-Kramer, & Klindworth, 2003).

Für Österreich finden sich nur wenige Studien zur Zielgruppe. Auch kommen Alleinerzieherinnen noch kaum explizit als Zielgruppe gesundheitsförderlicher Aktivitäten vor, wenngleich man aus den genannten Studien zusammenfassen kann: Zeit- und Geldmangel bzw. die doppelte Armutsgefährdung im Vergleich zur Gesamtbevölkerung bewirken eine Vielzahl an stressauslösenden und belastenden Faktoren. Aufgrund dieser Umstände kann davon ausgegangen werden, dass die Gesundheit alleinerziehender Frauen stark belastet ist und eine zielgruppengerechte Gesundheitsförderung von gesamtgesellschaftlichem Interesse ist. Nicht zuletzt deswegen, weil *„wenn die Mütter ausfallen, bleibt oft keiner mehr übrig für die Kinder“*, wie es eine der in dieser Arbeit interviewten Alleinerzieherinnen auf den Punkt brachte.

## 1.1 Forschungsfrage und Ziel

Ziel dieser Arbeit ist es, eine wissenschaftliche Grundlage zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation alleinerziehender Frauen zu schaffen, indem Ansätze für gesundheitsförderliche Maßnahmen aus dem Blickwinkel der betroffenen Zielgruppe erarbeitet werden.

Die übergeordnete Forschungsfrage lautet:

Welche Bedürfnisse formulieren sozial benachteiligte Alleinerzieherinnen in Wien zur Stärkung ihres Wohlbefindens und ihrer Gesundheit?

Daraus ergeben sich folgende Unterfragen:

- Wie beschreiben alleinerziehende Frauen Wohlbefinden und Gesundheit? Was verstehen sie darunter, bzw. welche Bedürfnisse sind hier ausschlaggebend?
- Welche Belastungen bzw. Ressourcen sind im Alltag für das Wohlbefinden und die Gesundheit hinderlich oder förderlich?
- Kennen oder nutzen die Frauen bestehende Gesundheitsförderungs-Angebote und wenn ja, mit welchen Erfahrungen? Wie müssten die Gesundheitsförderungs-Angebote aus Sicht der Frauen gestaltet sein, um Besonderheiten ihrer Lebenslage und Bedürfnisse zu berücksichtigen?
- Was brauchen die Frauen zur Stärkung ihres Wohlbefindens und ihrer Gesundheit?

Dabei soll grundsätzlich geklärt werden, welche Bedeutung alleinerziehende Frauen dem Thema Gesundheit und Wohlbefinden geben, welche Dimensionen sie dazu als wichtig erachten, welche Bedürfnisse vorliegen, welche Angebote sie bereits nützen und was es aus ihrer Sicht zur Stärkung ihres Wohlbefindens bzw. der Zielgruppe geben muss. Mit dieser Vorgangsweise soll ein partizipativer Einbezug der Betroffenen zur Formulierung ihrer Bedürfnisse als integraler Bestandteil eines gesundheitsförderlichen Ansatzes sichergestellt werden.

Der Perspektive alleinerziehender sozial benachteiligter Frauen wird ein hoher Stellenwert eingeräumt, da sie als Expertinnen ihrer eigenen Lebenslage am besten über Belastungen und Ressourcen Bescheid wissen. Die gewonnenen Erkenntnisse könnten als Basis für ein mögliches resultierendes gesundheitsförderliches Projekt genützt werden.

## 1.2 Aufbau

Kapitel zwei widmet sich dem Thema Gesundheit und Gesundheitsförderung. Der Begriff „Gesundheit“ ist allgegenwärtig, es gibt viele verschiedene Betrachtungsweisen, Konzepte und Ideen, was sich dahinter verbirgt. In diesem Kapitel soll die Vielfalt aufgezeigt werden und geklärt werden, welcher Ansatz der vorliegenden Arbeit zugrunde liegt.

Gesundheitsförderung muss zuerst den Gesundheitsbedarf in einer Zielgruppe feststellen. Zudem ist Gesundheitsförderung eng verbunden mit den Begriffen des „Empowerments“ und der „Partizipation“. Kapitel zwei geht daher der Frage nach, wie der Gesundheitsbedarf in einer Zielgruppe erhoben werden kann, unter welchen Gesichtspunkten „Empowerment“ gelingt und was genau unter „Partizipation“ zu verstehen ist.

Kapitel drei liefert Angaben zur aktuellen Anzahl alleinerziehender Frauen sowie den wichtigsten soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen der Zielgruppe. Auch wird der Frage nachgegangen, durch welche Kriterien soziale Benachteiligung zu belegen ist und inwieweit alleinerziehende Frauen diese Kriterien erfüllen. Über die soziale Benachteiligung folgt der Brückenschlag zur Gesundheit. Wie hängen soziale Benachteiligung und Gesundheit zusammen, welche theoretischen Ansätze liegen vor, die den Zusammenhang zu erklären vermögen? Abschließend werden vorliegende Daten zum Gesundheitszustand alleinerziehender Frauen sowie Projekte recherchiert, die eine Verbesserung der Lebenssituation alleinerziehender Frauen zum Ziel haben.

Mit Kapitel vier beginnt der empirische Teil der Arbeit. Dieses beinhaltet die genaue Fragestellung der vorliegenden Arbeit, die Begründung zur Methodik sowie die Vorgehensweise bei der Auswahl des Samples. Es wird beschrieben, wie der Zugang zu den Alleinerzieherinnen erfolgte und welche Expertinnen befragt wurden. Schließlich wird die Vorgangsweise bei der Auswertung dargestellt.

Kapitel fünf präsentiert die detaillierten Ergebnisse der empirischen Auswertung.

Kapitel sechs beinhaltet die Diskussion der Ergebnisse sowie die Limitation der Studie.

Kapitel sieben formuliert aus der Zusammenschau des Theorieteils und der empirischen Ergebnisse schließlich die gesundheitsförderlichen Ansätze für die Zielgruppe.

In Kapitel acht folgt das Literaturverzeichnis.

## 1.3 Methodik

Zur Beantwortung der vorgestellten Forschungsfrage wird ein qualitativer Ansatz gewählt, da es stark um die Exploration der subjektiven Sichtweise betroffener Frauen geht. Als Erhebungsinstrument dient das problemzentrierte, leitfadengestützte Interview. Die Auswertung erfolgt mittels der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring.

Die detaillierte Vorgangsweise zum empirischen Teil wird in Kapitel vier beschrieben.

## 2 Gesundheit & Gesundheitsförderung

Gibt man in „Google“ den Begriff „Gesundheit“ ein, erhält man 251 000 000 Ergebnisse. Die Bedeutung des Begriffs scheint grenzenlos zu sein. In diesem Kapitel wird grundlegend erläutert, was mit „Gesundheit“ in der vorliegenden Arbeit gemeint ist.

### 2.1 Gesundheit

Die Gesundheitsexpertin Ilona Kickbusch schreibt: *„Gesundheit sperrt sich immer mehr gegen medizinische Eingrenzungs- und Definitionsversuche. Sie schöpft vielmehr ihre Kraft aus der Ungenauigkeit und Grenzenlosigkeit sowie aus der subjektiven Erfahrbarkeit. [...] Gesundheit wird allgegenwärtig und das „Gesundheits“wesen selbst wird zum Nebenschauplatz“* (Kickbusch, 2006, S. 10).

Die enorme Expansion des Gesundheitsmarkts gibt Kickbusch Recht. Unter dem Deckmantel „Gesundheit“ steht den Konsumenten eine unendliche Flut an Dienstleistungen und Produkten neben dem eigentlichen Gesundheitssystem zur Verfügung. Das „Produkt“ Gesundheit ist zu einem florierenden Wirtschaftszweig auf weiterem Expansionskurs geworden. Das Bundesministerium für Gesundheit spricht in diesem Zusammenhang von einem „beachtlichen Wirtschaftsfaktor“ (2010, S. 20), wengleich davon ausgegangen werden kann, dass der Markt außerhalb des klassisch medizinischen Segments noch weitaus potenter ist. Offenkundig wird dies, wenn man z.B. die enorme Entwicklung der „Wellness-Industrie“ oder des Bildungsangebots im Bereich Gesundheit betrachtet.

Die Gründe für die Expansion des Gesundheitswesens sind vielfältig. Die demografische Entwicklung lässt die Nachfrage ebenso steigen, wie die Verlagerung des Krankheitsspektrums zu den chronischen, degenerativen Erkrankungen, den sogenannten „Wohlstandserkrankungen“. Nach Statistik Austria hat sich Diabetes zwischen 1999 und 2009 nahezu verdreifacht (Statistik Austria, 1999). 1999 waren 2,1 % der Bevölkerung an Diabetes erkrankt, 2009 waren es 5,9% (Statistik Austria, 2006/07).



Der Ursprung der lebensstilbedingten chronischen Erkrankungen liegt zugleich im Mangel und im Überfluss begründet - einem Mangel an Bewegung und einem Überfluss an Lebensmitteln, der eine gesunde Ernährung schwieriger gestalten lässt, wenn das notwendige Wissen oder auch monetäre Mittel dazu fehlen. Dennoch wird in dieser kurzen Einleitung bereits sichtbar, dass der Begriff „Gesundheit“ häufig missverständlich verwendet wird, geht es im allgemeinen Sprachgebrauch häufig um Krankheit und nicht um Gesundheit.

Gesundheit ist ein abstrakter Begriff, d.h. es geht um Bedeutungszuschreibungen und Interpretationen, was Gesundheit bedeutet. Eine Möglichkeit, an dieser Stelle einen Überblick über verschiedene Konzepte und Theorien zu schaffen, ist ein systematisches Vorgehen nach Disziplinen. So unterscheidet sich das biomedizinische Verständnis grundlegend von der sozialwissenschaftlichen oder gesundheitspsychologischen Auffassung.

Der klassische biomedizinische Ansatz versteht Gesundheit als das Gegenteil von Krankheit. Er erklärt weniger, was Gesundheit ist, als er Krankheit als Funktionsstörung menschlicher Organe beschreibt. Er ist geprägt von einer mechanistischen, funktionalistischen und reduktionistischen Denkweise. Trotz dieser eingeschränkten Sichtweise dominiert das naturwissenschaftliche medizinische Modell die aktuelle Gesundheitspolitik und dient als Legitimation zur monetären Mittelaufbringung. Die Dominanz wird offensichtlich wenn man die Aufteilung der „Gesundheits“-kosten in Österreich betrachtet. 2007 lag der Anteil des BIP für den Gesundheitssektor bei 10,3 %. Der Hauptanteil, 33,5% floss in die stationäre Versorgung, danach folgten der ambulante Bereich mit 18,2 % und die Ausgaben für Arzneimittel und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter mit 17,1%. (Bundesministerium für Gesundheit, 2010, S. 19). Vergleichsweise „magere“ 1,9% flossen in die Prävention, Ausgaben für die Gesundheitsförderung scheinen in dieser Aufteilung gar nicht auf. Es ist offensichtlich, dass es sich beim Großteil der Ausgaben um kurative Maßnahmen der Krankenbehandlung handelt und nicht um Kosten zur Gesundheitsförderung.

Die gesundheitssoziologische Sichtweise geht der Frage nach, welche gesellschaftlichen Faktoren sich auf Gesundheit oder Krankheit auswirken, wie die Gesellschaft mit beiden Phänomenen umgeht, darauf reagiert und welche Rollenbilder das gesunde oder kranke Individuum zu erfüllen hat (Franzkowiak, 2010). Nach Parsons ist die Gesundheit eine wichtige Voraussetzung zur Funktionstüchtigkeit einer Gesellschaft. Nur gesunde Menschen sind in der Lage, ihre Rollen als Ausdruck der von der Gesellschaft an sie gerichteten Erwartungen zu erfüllen (Hurrelmann & Razum, 2012).

Einen zentralen Einfluss auf die Gesundheits- oder Krankheitsdynamik nimmt der sozioökonomische Status einer Person oder Gruppe ein, der wiederum die Lebensbedingungen bestimmt. Gesundheitssoziologie beschäftigt sich also mit jenen Faktoren, die einen maßgeblichen Einfluss auf den sozioökonomischen Status und damit auf die Lebensbedingungen und Ressourcen einer Person oder Gruppe haben. Als wesentliche Determinanten gelten Bildung, Arbeit, Familie, Wohlfahrt und Freizeit (Hurrelmann, 2010).

Die psychologische Herangehensweise verdichtet sich nach Krispin - Exner (Krispin-Exner, Lueger-Schuster, & Weber, 1998) in den Begrifflichkeiten Lebensstil, Lebensweise, Wohlbefinden und zielt stark auf die Verhaltensebene ab. Es geht um Prozesse der Bewusstmachung, Selbstkontrolle, Gesundheitsmotivation und der Verhaltensmodifikation, um einem von Vitalität geprägten subjektiven Wohlbefinden nahe zu kommen.

Gesundheit scheint nach den drei angeführten Sichtweisen ein komplexer Prozess zu sein, der eine „Schwarz-Weiß Malerei“ nicht zulässt, sondern vielmehr Schattierungen aufweist.

Hurrelmann (2010) stellt dazu fest, dass die Konzepte von Gesundheit oder Krankheit disziplingemäß sehr einseitig dargestellt werden, ohne Anschlussmöglichkeit oder Bezug zum jeweiligen Gegenpol. Während nach dem medizinischen Blickwinkel Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit beschrieben wird, ist es nach dem Soziologen Parson genau umgekehrt, Krankheit wird als Abwesenheit von Gesundheit dargestellt. Der Bezugspunkt ist im ersten Fall der Körper, im zweiten Fall die Gesellschaft.

Da die einseitigen Darstellungen der angeführten Disziplinen keinesfalls dem Phänomen Gesundheit gerecht werden, liegt die Notwendigkeit eines integrativen Konzepts auf der Hand. Die Weltgesundheitsorganisation WHO beschreibt Gesundheit in der Ottawa-Charta von 1986 als „umfassendes körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden“ (World Health Organization, 1986) und nicht nur als Freisein von Krankheit und Gebrechen.

Somit liegt der vorliegenden Arbeit ein integrativer biopsychosozialer Ansatz, der alle drei Dimensionen berücksichtigt zugrunde. „Integrativ“ bedeutet in dem Zusammenhang, dass die unterschiedlichen Ebenen vertikal als auch horizontal untereinander vernetzt sind. Somit ist kein Ereignis ausschließlich ein körperliches oder psychisches, sondern schließt vielmehr beide oder alle drei Dimensionen mit ein. Es gibt damit kein entweder – oder, sondern vielmehr ein "sowohl als auch“ (Egger, 2005). Da Gesundheit jedoch kein

statischer Zustand ist, wird hier von einem dynamischen Modell ausgegangen. Gut veranschaulichen lässt sich dies mit Hilfe des salutogenetischen Modells nach Aaron Antonovsky (Franke, 1997). Demnach liegen Krankheit und Gesundheit auf einem Kontinuum, wobei Gesundheit und Krankheit jeweils die gegensätzlichen Pole darstellen. Je nachdem, an welcher Position man sich auf diesem Kontinuum befindet, ist man einmal näher beim Pol der Gesundheit, ein anderes Mal näher beim Pol der Krankheit. Um nun die Position in Richtung Gesundheit zu verlagern, braucht es nach Antonovsky eine grundlegende Haltung, *„die das Maß ausdrückt, in dem man ein durchdringendes, andauerndes aber dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß die eigene interne und externe Umwelt vorhersagbar ist und daß es eine hohe Wahrscheinlichkeit gibt, daß sich die Dinge so entwickeln werden, wie vernünftigerweise erwartet werden kann“* (Franke, 1997, S. 16).

Mit diesem tiefen Vertrauen meint Antonovsky das Kohärenzgefühl, „sense of coherence“, das sich im Wesentlichen aus den Komponenten „Verstehbarkeit“, „Handhabbarkeit“ und „Sinn“ oder „Bedeutungszuschreibung“ zusammensetzt. Wer seine Umwelt als strukturiert, rational verstehbar und vorhersehbar begreift, dazu weiß, in welchem Ausmaß Ressourcen zur Bewältigung von Problemen zur Verfügung stehen und diese als bewältigbare Herausforderungen betrachtet, erfüllt nach Antonovsky eine wesentliche Voraussetzung zum Erhalt der eigenen Gesundheit.

Im Gegenteil dazu ist die Aufrechterhaltung der Gesundheit schwierig, wenn man sich angesichts stressauslösender Ereignisse oft ausgeliefert und hilflos fühlt. Ressourcen, die einem bei der Lösung eines Problems unterstützen helfen, werden von Antonovsky als „generalisierte Widerstandsressourcen“ bezeichnet. Das können z.B. materielle Mittel, soziale Unterstützung o.a. sein. Untergliedern lassen sich diese in physikalische, biochemische, materielle, kognitive, emotionale, motivationale, soziale und makrostrukturelle Ressourcen.

Der Verdienst des 1976 von Antonovsky entwickelten Konzepts liegt darin, dass ein grundlegender Paradigmenwechsel stattfindet. Die richtungweisende Frage lautet: Was hält Menschen trotz ständiger Stressoren gesund, anstelle, was macht Menschen krank?

Antonovskys Ansatz ist für die Gesundheitsförderung von großer Bedeutung. Mit der grundlegenden Frage, welche Ressourcen Menschen gesund halten, wird der Blick auf den ganzen Menschen im Kontext seiner Lebensbiografie gelenkt.

Wichtig bleibt noch zu betonen, dass in der vorliegenden Arbeit der subjektiven Bedeutungszuschreibung von Gesundheit großer Wert eingeräumt wird. Erst die

subjektive Sichtweise der Betroffenen gibt der Gesundheitsförderung vor, welche Richtung eingeschlagen werden soll. Alle Maßnahmen hängen letztendlich davon ab, was für die Betroffenen Gesundheit bedeutet.

## 2.2 Gesundheitsförderung

In der im November 1986 verabschiedeten Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation heißt es: „*Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen*“ (World Health Organization, 1986).

Wie dieser Prozess nun angestoßen werden kann, ist die grundlegende Frage. Gesundheitsaufklärung, Gesundheitserziehung, Information und Wissen sowie Gesundheitskompetenz sind wichtige Voraussetzungen, um mehr Selbstbestimmung für das eigene Leben zu erlangen. Sind diese Bereiche nun eigenständig oder der Gesundheitsförderung als Oberbegriff zurechenbare Disziplinen? Wie lässt sich der Begriff Gesundheitsförderung abgrenzen?

Ein Blick zurück in die Geschichte Mitte des 19. Jahrhunderts hilft zum besseren Verständnis des Begriffs Gesundheitsförderung. Der junge Mediziner Rudolf Virchow sollte angesichts einer Typhusepidemie unter Bergbauarbeitern im Auftrag der schlesischen Regierung das Problem lösen helfen. Anstelle einer einfachen Handlungsanweisung an die betroffene Bevölkerung verbrachte Virchow drei Wochen mit den Arbeitern, um über deren Lebensweise mehr zu erfahren. Seine Empfehlung an die Regierung lautete, dass nur umfassende Maßnahmen das Problem beseitigen könnten. Diese müssten die gesamten Lebensbedingungen und Arbeitsbedingungen ebenso umfassen, wie bessere Hygiene, Gesundheitserziehung und die Schaffung von Gesundheitsdiensten. Solch ein Vorhaben erfordere die Anstrengung der gesamten Bevölkerung und die grundlegende Erkenntnis „*Ausbildung, Freiheit und Wohlstand lassen sich nie allein von außen erreichen [...] sondern nur in Verbindung mit der eigenständigen Erkenntnis der Menschen über ihre wirklichen Bedürfnisse*“ (Laverack, 2010, S. 13).

Virchow sprach damit im 19. Jahrhundert bereits etwas an, was aus heutiger Sicht mit den Leitbegriffen der Gesundheitsförderung „Partizipation und Empowerment“ übersetzt werden könnte. Es geht demnach bei der Gesundheitsförderung um ein gemeinsames Vorgehen der Betroffenen mit den Health-Professionals, um Probleme zu definieren, Gesundheitsbedürfnisse auszuloten, Ziele zu formulieren und Maßnahmen zur Erreichung der Ziele zu erstellen, um sie nach der Umsetzung hinsichtlich ihres Nutzens zu bewerten.

Zur Abgrenzungsfrage, ob nun die Gesundheitsaufklärung und Erziehung zur Gesundheitsförderung dazu gehörten, schlägt der englische Gesundheitsförderer Keith Tones (Tones, Tilford & Keeley, 1990, zit. n. Laverack, 2010, S. 26) vor, dass die drei Bereiche einander ergänzen, in dem Sinn, dass Aufklärung und Bildung das Bewusstsein für gesundheitliche Fragen schaffen und die Gesundheitsförderung darüber hinaus die geeigneten sozialen und politischen Maßnahmen setzen solle.

Eine ähnliche Sichtweise vermitteln Naidoo & Wills (2010, S. 255), indem sie in der Gesundheitsförderung des Gemeinwesens v.a. Fähigkeiten der Organisationsentwicklung zur Bildung von Steuerungsgruppen und Ausschüssen, wie auch Kommunikations- und Evaluierungsfähigkeiten als notwendige Qualifikationen der Professionals betonen.

### **2.2.1 Handlungsfelder**

Wie anhand des historischen Beispiels gezeigt wurde, ist Gesundheitsförderung keine neuartige Erfindung unserer Zeit. Nach Kickbusch (2006) befinden wir uns derzeit in der dritten Gesundheitsrevolution, in der die Gesundheitsförderung im Mittelpunkt steht. Die ersten beiden Revolutionen im 19. und 20. Jahrhundert galten der Sicherstellung des öffentlichen Gesundheitswesens und dem Zugang zur Versorgung. Zunehmend wird jedoch erkannt, dass die derzeitigen Versorgungsstrukturen und die kurativen Behandlungsansätze keine adäquate Antwort auf die gesundheitlichen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts bieten können. Trotz eines hohen finanziellen Aufwands wird die Bevölkerung keineswegs gesünder. Zudem verlangen grundlegende Werte unserer Gesellschaft wie Autonomie, Differenzierung und Individualisierung nach anderen Lösungswegen als der paternalistischen Vorgabe von Entscheidungen durch den Staat. Diese veränderte Sichtweise war bereits 1974 Thema des umfassenden kanadischen Gesundheitsberichts „A new perspective on the health of Canadians“ auf Initiative des damaligen nationalen Gesundheitsministers Lalonde. In diesem Bericht wurden vier Handlungsfelder identifiziert, auf die es sich zukünftig zu konzentrieren gelte: Human Biology, Environment, Lifestyle und Health Care Organization (Lalonde, 1974).

Die rund eine Dekade später von der WHO (1986) definierten fünf Handlungsfelder, die bis heute als richtungsweisend für die aktuelle Gesundheitspolitik gelten, umfassen:

- Die Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik
- Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen
- Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen
- Persönliche Kompetenzen entwickeln
- Gesundheitsdienste neu orientieren

Sowohl im Ansatz von Lalonde als auch in der WHO-Charta findet sich im Wesentlichen wieder, was Virchow bereits Mitte des 19. Jahrhunderts propagierte: Es bedarf umfassender Anstrengungen auf der individuellen Ebene als auch auf der Meso- und Makroebene, wenn grundlegende gesundheitsförderliche Veränderungen angestrebt werden. Es braucht eine Kombination aus Veränderungen und Interventionen auf der Verhaltensebene des Individuums, wie auch auf den gesamten Umgebungsbedingungen auf politischer, sozialer, wirtschaftlicher und ökologischer Ebene.

### **2.2.2 Empowerment**

Die von der WHO-Charta zur Gesundheitsförderung 1986 verfassten Strategien umfassen die Punkte:

- Advocacy – Interessen vertreten
- Empowerment – Befähigen und ermöglichen
- Vermitteln und vernetzen

Im Folgenden wird nun detailliert auf „Empowerment“ eingegangen, da diese Strategie gemeinsam mit „Partizipation“ in der vorliegenden Arbeit eine wesentliche Rolle spielt.

Empowerment bedeutet übersetzt „Bevollmächtigung, Ermächtigung“. Die Ursprünge des Empowerments lassen sich zu den amerikanischen Bürgerrechtsbewegungen zurückverfolgen. Empowerment wird heute im Bereich der psychosozialen Arbeit, der Pädagogik, Behindertenpädagogik und vermehrt in der Gesundheitsförderung eingesetzt.

Mittlerweile wird Empowerment aber auch als kraftvolles Instrument der Organisationsentwicklung gesehen.

Empowerment soll bestehende Machtverhältnisse verändern, indem ein Prozess in Gang gebracht wird, der zu mehr Macht führen soll. Im Mittelpunkt steht eine Person oder eine soziale Gruppe, die aufgrund ihrer sozialen Ungleichheit über wenig Macht verfügt und letztlich durch die Gesundheitsförderung profitieren soll.

Laverack (2010) fasst die unterschiedlichen Formen der Macht in der Literatur nach „personaler Macht“, der „Macht über jemanden“ und „Machtteilung“ zusammen. Die personale Macht (power-from-within) kann am ehesten mit Selbstwertgefühl, Ich-Stärke oder dem Gefühl nach Überlegenheit beschrieben werden, führt aber nicht notwendigerweise zu mehr Macht über Ressourcen.

Die Macht über jemanden (power-over) kann die Formen Dominanz, Ausbeutung oder Hegemonie annehmen, wobei die Hegemonie in der Gesundheitsförderung besonders nachteilig gesehen wird. Die aufgezwungene Sichtweise durch die Health-Professionals hält die potentiellen Adressaten der Gesundheitsförderung davon ab, eine kritische Sichtweise einzunehmen, vermeidet eine öffentliche Diskussion und nimmt die Gelegenheit zur Veränderung.

Die „Machtteilung“ (power-with) ist die Form, die in der Gesundheitsförderung idealerweise zur Anwendung kommt. Man könnte es auch als Hilfe zur Selbsthilfe bezeichnen, indem Angebote zur Wissens-, Ressourcen-, und Strategien-Vermittlung durch die GesundheitsförderInnen erfolgen. Dafür braucht es bei den Health Professionals an Selbstdisziplin und Umsicht, um die Sichtweise der Zielgruppe hinsichtlich Definition der gesundheitlichen Problematik, der Bedürfnisse und der Lösungsansätze gelten zu lassen.

Herriger (2012) regt an, dass die professionelle Haltung gekennzeichnet ist durch das Prinzip der geteilten Macht, durch das Anerkennen der Autonomie und durch die Einnahme einer MentorInnen-Rolle.

Nach Brandes und Stark (2010) liegt die Rolle der GesundheitsförderInnen darin, Prozesse durch die Verknüpfung von Ressourcen und durch Aufzeigen von Zusammenhängen in Gang zu bringen, ohne sich dabei in den Prozess einzumischen. Es gelte die nötigen Rahmenbedingungen herzustellen, die etwa in der Bereitstellung geeigneter Räumlichkeiten oder materieller Mittel liegen könnten. Auch wäre es wichtiger, Fragen zu stellen, als Antworten zu geben, da durch Fragen ein Suchprozess in Bewegung käme und damit die Notwendigkeit zum Erfahrungsaustausch und zur Diskussion.

Empowerment kann als Kontinuum gesehen werden und fünf Stufen annehmen. Die nachstehende Abbildung zeigt die Abstufungen der unterschiedlichen Handlungsebenen, beginnend beim Individuum, über gemeinschaftsbezogene Aktivitäten bis hin zu kollektiven Handlungsformen.

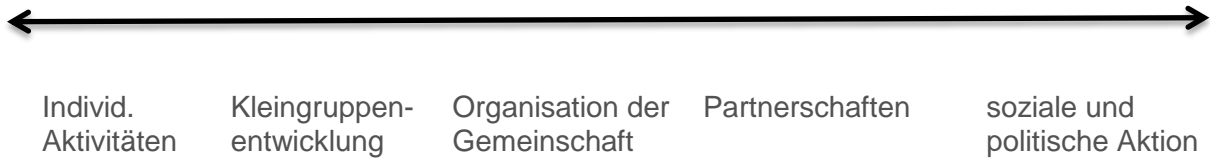


Abbildung 1: Kontinuum des Empowerments

Quelle: Labonte 1990, Russel 1994, zit. nach Laverack, 2010

Im Gegensatz zu Programmen, die von ExpertInnen „top-down“ konzeptioniert werden, liegt bei Empowerment ein „bottom-up“ Ansatz vor, bei dem der Anstoß durch die beteiligte Person oder Zielgruppe erfolgt. Empowerment wird dabei als ein Prozess verstanden, bei dem jeder Punkt auf dem Kontinuum zugleich ein Ergebnis darstellen kann, als auch einen Ausgangspunkt zur Erreichung einer nächst höheren Ausformungsstufe (Laverack, 2010). Nach Laverack gilt die Stufe der Organisation von Gemeinschaften als besonders wichtig, da Individuen an diesem Punkt des Kontinuums besondere Fähigkeiten entwickeln könnten, z.B. Fähigkeiten zur Entwicklung eines kritischen Bewusstseins, zur Einschätzung von Problemen und zur Mobilisierung von Ressourcen und Führungseigenschaften.

### 2.2.3 Partizipation

Partizipation kommt aus dem Lateinischen und bedeutet Teilhabe, Teilnahme. Geht man auf die Bedeutung des Begriffs in der Gesundheitsförderung ein, findet sich folgende Definition: Demnach lässt sich Partizipation als einen Prozess beschreiben, *„der durch seine TeilnehmerInnen von einer frühen Phase an (zeitlich) gestaltet wird, aus deren Wissen und Erfahrung (sachlich) wesentlich seine Strategien gewinnt, und durch eben deren Entscheidungskompetenzen (sozial) in hohem Maße gesteuert wird“* (Marent, Nowak, & Forster, 2011). Tatsächlich stellt sich Partizipation als wesentliches Schlüsselprinzip in der Gesundheitsförderung dar. Gestützt auf die Erkenntnis, dass die normative Gesundheitserziehung und Aufklärung wenig ausreichende Mittel sind, um spezifische Bevölkerungsgruppen jenseits der Mittelschicht anzusprechen, verspricht man sich durch Partizipation nun die Stärkung der individuellen Selbstverantwortung, sowie Möglichkeiten zur Selbstorganisation in den Kommunen. Zudem hofft man auf therapeutische und sozial unterstützende Effekte, die von Partizipation ausgehen sollen (Marent, Nowak, & Forster, 2011).

Die 1986 verfasste Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation verlangt neben präventiven Vorsorge- und Fürsorgevorkehrungen zur Eindämmung gesundheitlicher



Ungleichheit auch gezielte soziale und politische Aktivitäten, die speziell im Bürgerengagement gesehen werden. Damit soll die Entwicklung von Interventionen möglich werden, die stärker auf die Lebensrealitäten Betroffener abzielen und dadurch wirksamer und nachhaltiger wirken, ohne die Rolle von Gesundheitsfachleuten in der Gesundheitsaufklärung deswegen zu negieren (Wright M. T., 2010).

Zur Veranschaulichung, welche Ausformungen Partizipation annehmen kann, bzw. unter welchen Gesichtspunkten tatsächlich Partizipation stattfinden kann, erstellten Wright, Block & v. Unger ein 9-stufiges Modell, das echte von Scheinpartizipation unterscheiden helfen soll. Abbildung 2 zeigt das Modell. Als Basis diente das in den USA bereits in den 1960-er Jahren von Sherry R. Arnstein im Rahmen der Stadtentwicklung erstellte Modell einer 8-teiligen Stufenleiter, welches von Trojan in den 1980-er Jahren in Deutschland für die Bürgerbeteiligung ausdifferenziert wurde. Alle drei Modelle sind hierarchisch aufgebaut, wobei jeweils der untere und mittlere Bereich Scheinpartizipation bzw. ein geringes Ausmaß an Partizipation darstellt und erst im oberen Drittel echte Partizipation beginnt (Wright M. T., 2010, S. 36-45).

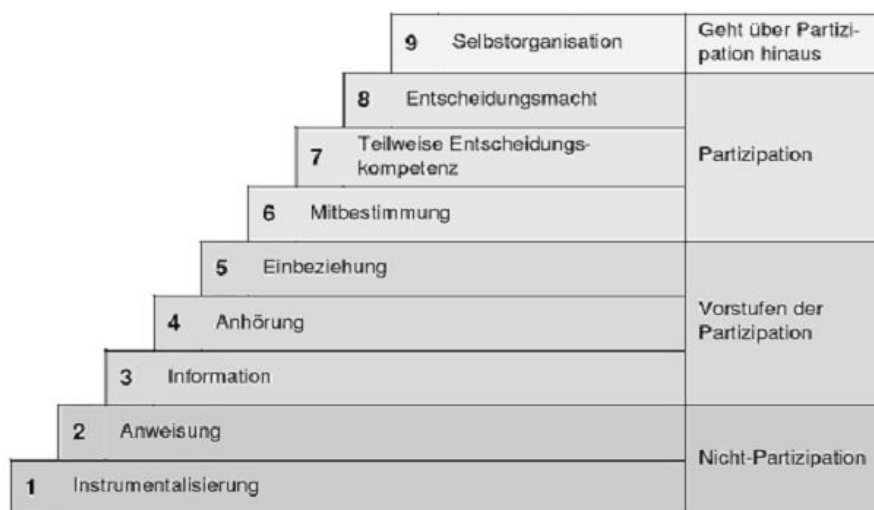


Abbildung 2: Stufenmodell der Partizipation nach Wright, Block & Unger (2010)

Quelle: <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/partizipation/stufen-der-partizipation.html>

Partizipation kommt heute eine wesentliche Rolle in der Gesundheitsförderung zu. Die deutsche Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat die Kriterien „Partizipation“, „Empowerment“ und „Nachhaltigkeit“ unter die „Best-Practice-Kriterien“ für gesundheitsförderliche Projekte gereiht, um Gesundheits-PraktikerInnen eine Orientierungshilfe zur Entwicklung geeigneter und effektiver Maßnahmen mit zu geben.

## **2.2.4 Ermittlung des Gesundheitsbedarfs**

Um Maßnahmen zur Gesundheitsförderung formulieren zu können, muss zuerst der Bedarf für die Zielgruppe erhoben werden. Dies gelingt am besten, wenn die verschiedenen Wissensbestände und Perspektiven der beteiligten Akteure zusammengeführt werden (Wright, Block, & von Unger). Dies sind im Wesentlichen:

- Sozialberichterstattungen
- Wissenschaftliche Studien und Fachliteratur
- Beobachtungen und Erfahrungen von Projektmitarbeiter/innen
- Presseartikel, Veröffentlichungen in elektronischen Medien und im Internet, Dokumentationen
- Aussagen und Berichte von anderen Trägern oder Fachkreisen
- Regional- oder Institutionen-spezifische Informationsquellen
- Zielgruppen-spezifische Informationsquellen durch Mitglieder und Vertretungen der Zielgruppe selbst
- Interessenvertretungen, eigene Erfahrungen als Mitglied der Zielgruppe oder Befragungen der Zielgruppe

Als Akteure kommen z.B. VertreterInnen der Zielgruppe, FördermittelgeberInnen, Wissenschaft, etwaige ProjektmitarbeiterInnen, u.a. in Frage.

In Anlehnung an diese Vorgangsweise werden zur Bedarfsermittlung im folgenden Kapitel statistische Daten, nationale und kommunale Gesundheitsberichte, wissenschaftliche nationale und internationale Studien sowie Sozialberichterstattungen herangezogen.

## **2.3 Zusammenfassung**

In diesem Kapitel wurde gezeigt, dass sich Gesundheit nicht auf eine Definition reduzieren lässt. Die Bedeutung ist so vielfältig, wie es die Disziplinen oder Individuen sind, die sich mit Gesundheit auseinandersetzen. Was sich jedoch für die vorliegende Arbeit festhalten lässt, ist das Verständnis von Gesundheit in Form eines dynamischen Geschehens, in welchem die biologische, psychologische und soziale Dimension ihren Anteil hat.

Partizipation und Empowerment bedingen einander und sind grundlegende Prinzipien in der Gesundheitsförderung. Erst durch Partizipation äußern sich die Bedürfnisse der Betroffenen, die in der Maßnahmenentwicklung ihren Niederschlag finden müssen. Gesundheitsförderung ist ein interdisziplinäres Handlungsfeld, in welchem die Beeinflussung der Gesundheitsdeterminanten im Vordergrund steht. Es ergibt sich aus

der Vielfalt dieser Determinanten, dass es die Beteiligung aller Politikbereiche braucht, um erfolgreich wirken zu können.

### 3 Alleinerziehende Frauen - sozial benachteiligt?

In Anlehnung an das Modell der Gesundheits-Determinanten nach Dahlgren und Whitehead beschreibt dieses Kapitel die Zielgruppe der alleinerziehenden Frauen hinsichtlich ihrer demografischen, ökonomischen bzw. ausgewählter Merkmale ihrer spezifischen Lebenslage und geht der Frage nach, ob alleinerziehende Frauen sozial benachteiligt sind.

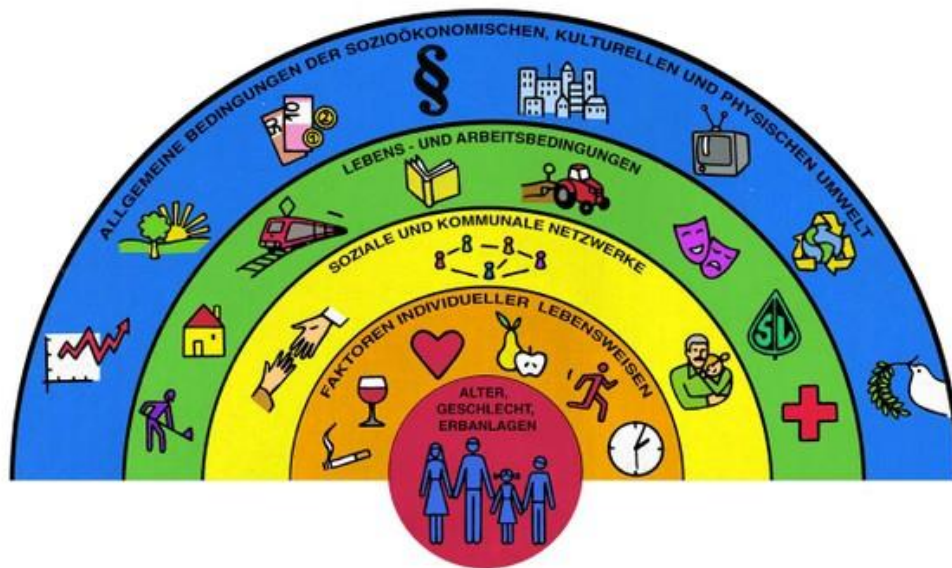


Abbildung 3: Gesundheits-Determinanten nach Dahlgren & Whitehead 1991

Quelle: Fonds Gesundes Österreich

Über die soziale Ungleichheit wird der Bogen zur Gesundheit gespannt. Was ist aus der Literatur über den Gesundheitszustand dieser Zielgruppe bekannt und wie hängen soziale und gesundheitliche Ungleichheit zusammen? Schließlich soll eine Literaturrecherche Projekte ausfindig machen, die sich an Alleinerziehende richten, um ihre Lebenssituation zu verbessern.

#### 3.1 Definition und Beschreibung der Zielgruppe

Als Grundlage zur Beschreibung alleinerziehender Frauen dienten Daten der Statistik Austria, die Studie „Alleinerziehende in Österreich - Lebensbedingungen und Armutsrisiken“ im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Zartler, Beham, Kromer, Leitgöb, Weber, & Friedl, 2011), die Salzburger Befragung Alleinerziehender (Schmidt & Lüttich, 2008) sowie die Studie der

Arbeiterkammer „Alleinerzieherinnen in Wien“ (Amesberger, Dimitz, Finder, Schiffbänker, & Wetzel, 2001).

Als „Ein-Eltern-Familie“ gelten in der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung ausschließlich Personen im selben Haushalt, bestehend aus mindestens einer erwachsenen Person und einem Kind. Bezüglich Kinder unterscheidet die Statistik zwischen Kindern bis 15 Jahre und Kindern bis 27 Jahre, die von den Eltern erhalten werden, weil sie Lehrlinge oder nicht erwerbstätig sind. In Abgrenzung zur Zwei-Eltern-Familie kann in einem Ein-Eltern-Haushalt eine weitere erwachsene Person leben, z.B. Großeltern, jedoch kein Partner. In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff „Alleinerziehende“ synonym mit „Ein-Eltern-Familien“ für beide Geschlechter gebraucht, bzw. „alleinerziehende Frauen“, „Alleinerzieherinnen“ oder „Mutter-Kind-Familien“ wenn es weibliche Alleinerzieherinnen betrifft und „Alleinerzieher“ oder „Vater-Kind-Familien“, wenn es sich um männliche Alleinerzieher handelt.

### **3.1.1 Soziodemografische Merkmale**

Ein-Eltern-Familien stellen nach Ehepaaren mit Kindern die zweithäufigste Familienform dar. Erst danach folgen Lebensgemeinschaften mit Kindern und Patchwork-Familien (Statistik Austria, 2011a).

Im Jahr 2011 lebten in Österreich insgesamt 1.058 000 Familien mit Kindern unter 27 Jahren (Statistik Austria, 2011a). Davon waren 16% (oder in absoluten Zahlen 170.400) Ein-Eltern-Familien mit Kindern unter 27 Jahren. Fast 90% oder 150.700 Familien, entfielen auf Mutter-Kind-Familien mit einem oder mehreren Kindern, 10% auf Väter. In den Mutter-Kind-Familien lebten im Jahr 2011 insgesamt rund 214.400 Kinder und in den Vater-Kind-Familien ca. 25.000 Kinder unter 27 Jahren.

Betrachtet man den Anteil alleinerziehender Familien mit zu erhaltenden Kindern unter 27 Jahren im Jahres-Verlauf von 2000 bis 2010, fällt auf, dass der Anteil mit ca. 17% bei geringen Schwankungen relativ konstant bleibt. Auch der Frauenanteil liegt in diesem Zeitraum relativ konstant bei rund 90%.

Wien ist das Bundesland mit dem höchsten Anteil an Ein-Eltern-Familien als auch Mutter-Kind-Familien. Rund 25% oder 37.700 aller Mutter-Kind-Familien mit Kindern bis 27 Jahren (Grundgesamtheit: 150.700) leben hier. Betrachtet man den Anteil der Ein-Eltern-Familien mit Kindern unter 15 Jahren (das sind 32.500 Familien) an allen Familien in Wien (156.300 Familien - Paare und Ein-Eltern-Familien zusammengefasst) beträgt dieser Anteil nach den aktuellsten Daten von 2012 rund 21% (Statistik Austria, 2012a). Damit ist

in Wien jede vierte bis fünfte Familie alleinerziehend. 90% der Ein-Eltern-Familien entfallen in Wien wie im Bundesschnitt auf Mutter-Kind-Familien (Statistik Austria, 2012a).

Ein Grund für den hohen Anteil von Mutter-Kind-Familien in Wien könnte die hohe Scheidungsrate sein. Im Jahr 2011 wurde in Wien nahezu jede zweite Ehe geschieden (Statistik Austria, 2011b). Konsistent dazu präsentiert sich die hohe Scheidungsrate bei den Mutter-Kind-Familien in Wien. Nahezu die Hälfte aller in Wien lebenden Alleinerzieherinnen ist geschieden (47%), ein Drittel ist ledig. (Statistik Austria, 2011c). Im Bundesschnitt ergibt sich ein ähnliches Bild: Nahezu die Hälfte (ca. 45%) der alleinerziehenden Frauen ist geschieden, 38% sind ledig, 11% verheiratet, aber getrennt lebend und 4,5% verwitwet (Statistik Austria, 2011c).

Die überwiegende Mehrheit (ca. 38%) der Frauen ist zwischen 35 – 44 Jahre alt, gefolgt von der Altersgruppe 45-54 und 25-34. Nur wenige alleinerziehende Frauen sind älter als 55 Jahre bzw. jünger als 25 Jahre (Statistik Austria, 2011c).

Vergleicht man den Bildungsstand alleinerziehender Mütter mit jenem von Müttern in Partnerschaft zeigt sich, dass der Anteil bei den maximal über Pflichtschulabschluss und Lehrabschluss verfügenden Alleinerzieherinnen höher ausfällt, als bei Müttern in Partnerschaft. Tabelle 1 zeigt den Bildungsstand im Vergleich auf. Bei den höheren Bildungsabschlüssen zeigen sich kaum oder nur geringe Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen.

Tabelle 1: Höchste abgeschlossene Bildung von Alleinerzieherinnen und Müttern in Partnerschaft

Höchste abgeschlossene Bildung	Frauen mit Kindern unter 15 Jahren	
	Ein-Eltern-Familien	Zwei-Eltern-Familien
keine Pflichtschule/Pflichtschule	22	18
Lehrabschluss (Berufsschule)	36	31
Berufsbildende mittlere Schule (ohne Berufsschule)	16	18
AHS	8	6
BHS	8	10
BHS-Abiturientinnenlehrgang, Kolleg	X	1
Universitätslehrgänge, Hochschulverwandte Lehranstalten	3	5
Universität, Fachhochschule	10	11
Gesamt	100 (N=105.800)	100 (N=676.600)

Quelle: Zartler, Beham, Kromer, Leitgöb, Weber, & Friedl, 2011

Betrachtet man hingegen den Bildungsstand unter Alleinerzieherinnen mit und ohne Migrationshintergrund, ergibt sich ein völlig anderes Bild. Demnach verfügen 44 % der Frauen mit Migrationshintergrund maximal über einen Pflichtschulabschluss im Vergleich zu 17% der Frauen ohne Migrationshintergrund und nur halb so viele Frauen mit Migrationshintergrund verfügen über einen Lehrabschluss (19 % versus 40%). Die erheblichen Unterschiede stellen allerdings kein besonderes Spezifikum alleinerziehender Migrantinnen dar, vielmehr spiegelt sich darin das allgemein niedrigere Bildungsniveau von Migrantinnen wider (Zartler, Beham, Kromer, Leitgöb, Weber, & Friedl, 2011). Demnach verfügen auch 38% der in Partnerschaft lebenden Mütter mit Migrationshintergrund über maximal einen Pflichtschulabschluss. Tabelle 2 zeigt die teils erheblichen Unterschiede bei den niedrigeren Bildungsabschlüssen im Detail auf.

Tabelle 2: Höchster Bildungsabschluss mit/ohne Migrationshintergrund

Höchste abgeschlossene Bildung	Alleinerzieherin mit Kindern unter 15 Jahren	
	kein Migrationshintergrund	Migrationshintergrund
keine Pflichtschule/Pflichtschule	17	44
Lehrabschluss (Berufsschule)	40	19
Berufsbildende mittlere Schule (ohne Berufsschule)	18	11
AHS	8	6
BHS	7	9
BHS-Abiturientinnenlehrgang, Kolleg	X	X
Universitätslehrgänge, Hochschulverwandte Lehranstalten	4	X
Universität, Fachhochschule	8	9
Gesamt	100 (N=86.100)	100 (N=19.700)

Quelle: Zartler, Beham, Kromer, Leitgöb, Weber, & Friedl, 2011

Zum Migrationshintergrund lässt sich weiters feststellen, dass Migrantinnen seltener alleinerziehend sind. Nur 19% der Alleinerzieherinnen haben einen Migrationshintergrund im Vergleich zu 28% der Mütter in Partnerschaft.

Bezüglich Kinderanzahl in Mutter-Kind-Familien zeigt sich, dass die überwiegende Mehrheit der alleinerziehenden Frauen (Rund 67%) ein Kind unter 27 Jahren hat, 27 % zwei Kinder und 6% mehr als 2 Kinder haben.

Betrachtet man das Alter der Kinder, fallen erhebliche Unterschiede zwischen Mutter-Kind- und Vater-Kind-Familien auf. Tabelle 3 zeigt die Aufteilung nach Altersklassen der Kinder. Demnach leben in 28% der Mutter-Kind-Familien Kleinkinder von 0 bis fünf Jahren, während dies nur in 8% der Vater-Kind-Familien der Fall ist.

Tabelle 3: Kindesalter nach Mutter-Kind-Familien und Vater-Kind-Familien

Ein Eltern-Familien nach Alter des jüngsten Kindes	Mutter-Kind- Familien absolut	Mutter-Kind- Familien in Prozent	Vater-Kind- Familien absolut	Vater-Kind- Familien in Prozent
0 - 2	20.400	14	600	3
3 - 5	20.500	14	1.000	5
6 - 9	25.500	17	1.500	8
10 - 14	33.600	22	4.300	22
15 - 17	22.800	15	4.800	24
18 und älter	27.900	19	7.500	38
Gesamt	150.700	100	19.700	100

Quelle: Statistik Austria 2011 c, Eigenberechnungen

In 17% aller Mutter-Kind-Familien leben Kinder zwischen 6 und 9 Jahren aber nur in 8% der Vater-Kind Familien. D.h. in rund der Hälfte aller Mutter-Kind-Familien leben Kinder zwischen 0 und 9 Jahren, während dies in nur 16 % der Vater-Kind-Familien der Fall ist. Der Hinweis auf die Kinderanzahl und auf das Kindesalter ist für die Alltagsorganisation der Frauen von großer Bedeutung, da beides, bedingt durch einen erhöhten Betreuungsaufwand jüngerer Kinder, Auswirkungen auf die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Familie hat.

### 3.1.2 Sozioökonomische Merkmale

Die nachfolgenden Daten zur ökonomischen Situation entstammen überwiegend der in Österreich bisher umfassendsten Studie zu den Lebensbedingungen Alleinerziehender von Zartler et al. (2011) im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Als Datengrundlage diente der Mikrozensus 2009 und der Generation and Gender Survey 2010.

Alleinerzieherinnen sind im Vergleich zu Müttern in Partnerschaft häufiger und in größerem Ausmaß berufstätig. Die Erwerbsquote bei Alleinerzieherinnen liegt zwischen 1994 bis 2009 für die Altersgruppe der 25- bis 49-Jährigen relativ konstant zwischen 84% und 89%. Mütter in Partnerschaft erreichen im Vergleichszeitraum eine Erwerbsquote zwischen 62 und 76%. Nicht nur der Anteil der Erwerbstätigen ist unter Alleinerzieherinnen größer als bei Müttern in Partnerschaft, Alleinerzieherinnen sind auch häufiger arbeitslos. 7% der Alleinerziehenden versus 4% der Mütter in Partnerschaft waren im Jahr 2009 arbeitslos.

Gut ein Drittel (32%) der Alleinerzieherinnen arbeitet zwischen 24-35 Stunden, 28% gehen nahezu einer Vollzeitbeschäftigung mit 36-40 Stunden pro Woche nach. Im

Vergleich dazu arbeitet ein Drittel (34%) der Mütter in einer Partnerschaft 12 bis 24 Stunden und weniger als ein Viertel (21%) geht einer Vollzeitbeschäftigung mit 36-40 Stunden nach.

Analysen zu den Determinanten der Erwerbstätigkeit zeigen einen maßgeblichen Einfluss der Faktoren Ausbildung, Alter der Kinder und Bildungsniveau. Demnach sind Alleinerzieherinnen verstärkt von Erwerbslosigkeit betroffen, wenn sie maximal einen Pflichtschulabschluss haben, ein Migrationshintergrund besteht und Betreuungspflichten für ein oder mehr kleine Kinder vorliegen.

Interessant zur Beurteilung, wie es den alleinerziehenden Frauen im Vergleich zu Müttern in Partnerschaft geht, ist nun im Folgenden die Einkommenssituation bzw. die Armuts- und Deprivationsgefährdung.

Die Einkommenssituation stellt sich nahezu ident dar, wenn man unterschiedliche Haushaltstypen von Alleinerzieherinnen mit jenen von Zwei-Eltern-Haushalten vergleicht. Steht kein Erwerbseinkommen zur Verfügung, besteht kaum ein Unterschied zwischen dem jährlichen Haushaltseinkommen in einem Alleinerzieherinnen-Haushalt und einem Zwei-Eltern-Haushalt (Mittelwert 11.488,-- Euro vs. 11.907,-- Euro). Derselbe geringe Unterschied zwischen Alleinerzieherinnen-Haushalten und Zwei-Eltern-Haushalten besteht, wenn ein Einkommen zur Verfügung steht (Mittelwert 18.576,-- vs. 18.193-- Euro). Ein deutlicher Unterschied in der Einkommenssituation besteht bei Zwei-Eltern-Haushalten mit zwei Einkommen, verglichen mit einem oder keinem Einkommen in Alleinerzieherinnen-Haushalten.

Zur Bemessung der Armutsgefährdung wird EU-weit jener Wert als Schwellenwert definiert, der 60% des gewichteten Median-Pro-Kopf-Einkommens aller Haushalte entspricht. Demnach liegt die Armutsgefährdungsgrenze für eine alleinstehende Person bei 1.066,-- Euro, für ein Paar bei 1.599,-- Euro, für eine Alleinerzieherin mit einem Kind (2 Jahre) bei 1.386,-- Euro und für eine Alleinerzieherin mit 2 Kindern (5, 12 Jahre) bei 1.706,-- Euro (Die Armutskonferenz, 2013).

Nach Haushalten betrachtet, haben Ein-Eltern-Haushalte die höchste Armutsgefährdung in der Bevölkerung mit 28% (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2011, S. 51). Begründet wird dies durch geringe Verdienstmöglichkeiten aufgrund des vermehrten Betreuungsaufwands für die Kinder, den fehlenden Ausgleich eines geringen Einkommens durch andere Mitglieder im selben Haushalt und durch ungeteilte Ausgaben für die Lebenserhaltungskosten.



Über einen Zeitraum von vier Jahren ist mehr als ein Drittel (35 %) aller Ein-Eltern-Familien dauerhaft armutsgefährdet, bzw. mehr als die Hälfte (53%) jemals (dauerhaft und zeitweilig zusammengefasst) armutsgefährdet. Auch hat sich der Anteil dauerhaft gefährdeter Personen bei Alleinerziehenden seit 2006 nahezu verdoppelt.

Ähnliches ergibt sich aus den Daten der Salzburger Studie (Schmidt & Lüttich, 2008). Annähernd die Hälfte der Befragten (N= 201) ist knapp unterhalb bzw. oberhalb des 60-% gewichteten Median Pro-Kopf-Einkommens angesiedelt und demnach arm oder armutsgefährdet.

Da das Konzept zur Erfassung der relativen Armut einen wesentlichen aber nicht ausreichenden Blickwinkel auf das Phänomen darstellt, lohnt es sich, einen Blick auf den Lebenslagen-Ansatz zu werfen, der ein weitaus multidimensionaleres Bild ergibt. Dieser stützt sich auf den Begriff der „Deprivation“, der nach dem Briten Peter Townsend, Armut als Mangel an materiellen Ressourcen, wie an der Teilhabe am kulturellen, sozialen und gesellschaftlichen Leben einer Gesellschaft wie folgt definiert (Lamei & Till-Tentschert, 2005):

*„Individuals, families and groups in the population can be said to be in poverty when they lack the resources to obtain the types of diet, participate in the activities and have the living conditions and amenities which are customary, or are at least widely encouraged or approved, in the societies in which they belong. Their resources are so seriously below those commanded by the average individual or family that they are, in effect, excluded from ordinary living patterns, customs and activities“*

In Anlehnung daran wurden EU-weit fünf Dimensionen erstellt, um einen Ländervergleich zu ermöglichen. Als primäre Benachteiligung in der Lebensführung gilt, wenn es nicht möglich ist, z.B.:

- die Wohnung angemessen warm halten zu können
- bei Bedarf neue Kleider kaufen zu können
- Fleisch, Fisch jeden zweiten Tag leisten zu können
- unerwartet anfallende Ausgaben tätigen zu können
- Zahlungen rechtzeitig tätigen zu können.

Als sekundäre Benachteiligung der Lebensführung gilt der unfreiwillige Verzicht auf gesellschaftlich erstrebenswert geltende Güter wie z.B. auf einen/ein(e):

- PC
- Handy
- Internet-Anschluss
- DVD-Player
- Geschirrspülmaschine
- PKW

Weitere Dimensionen betreffen Wohnprobleme, (z.B. kein Bad, WC, Schimmel oder Feuchtigkeit in der Wohnung), Gesundheitsbeeinträchtigungen (z.B. chronische Krankheit, Behinderung) und Probleme in der Wohnumgebung (z.B. Lärmbelästigung oder Luftverschmutzung).

Zieht man nun den Begriff der Deprivation heran, um ein mehrdimensionales Bild der Armut von Alleinerzieherinnen zu erhalten, bilden sich vier Klassen heraus: Demnach gelten nur 42% der Alleinerzieherinnen-Haushalte im Vergleich zu 73% der zwei-Eltern-Haushalte als nicht depriviert. 36% der Alleinerzieherinnen-Haushalte gelten als teilweise depriviert, d.h. sie können z.B. keine Anschaffung im Wert von 900,-- Euro aus eigenen Mitteln bewältigen oder sich täglich ein Hauptgericht leisten. Nahezu ein Viertel (23%) gilt als stark depriviert und muss auf grundlegende Dinge, wie die Wohnung ausreichend warm halten, verzichten (Zartler, Beham, Kromer, Leitgöb, Weber, & Friedl, 2011, S. 126).

### **3.1.3 Besondere Aspekte der Lebenslage Alleinerziehender**

Alleinerzieherinnen sehen Vorteile ihrer Lebensform v.a. in der guten Beziehungsqualität zu ihren Kindern, im gewonnenen Selbstvertrauen, einer höheren Eigenständigkeit sowie in der Alleinverantwortung (Brand & Hammer, 2002; Amesberger, Dimitz, Finder, Schiffbänker, & Wetzels, 2001). Geschiedene Frauen schätzen v.a. die wiedergewonnene Freiheit und das Ende von Konfliktsituationen mit dem Kindesvater, bzw. die Kinder unabhängig von den Vorstellungen des Partners erziehen zu können (Amesberger, Dimitz, Finder, Schiffbänker, & Wetzels, 2001, S.88).

Abbildung 4 zeigt die Zufriedenheit mit einzelnen Lebensbereichen aus einem Sample von 477 Alleinerziehenden in Wien bei einem Rücklauf von rund 21% auf (Amesberger, Dimitz, Finder, Schiffbänker, & Wetzels, 2001). Als zentrale Aspekte großer Unzufriedenheit finden sich die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, die ökonomische Situation und die Außenunterstützung.

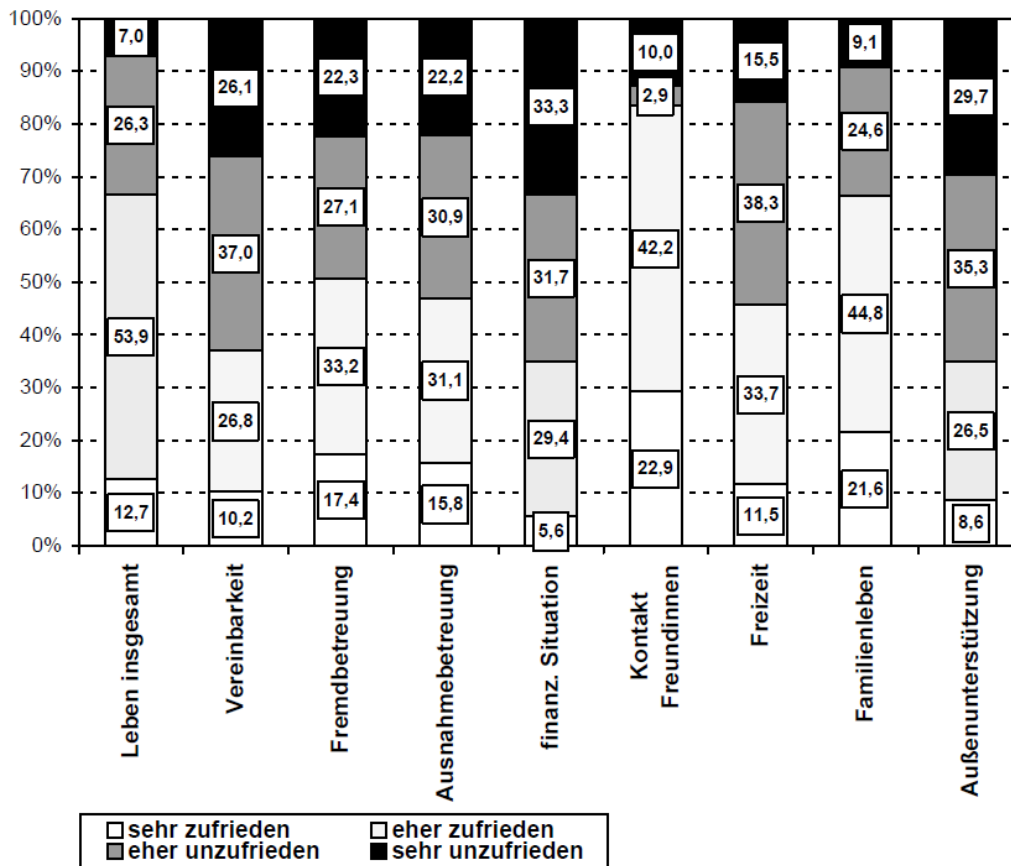


Abbildung 4: Quantitative Erhebung zur Zufriedenheit (N=477)

Quelle: Amesberger, Dimitz, Finder, Schiffbänker, & Wetzel, 2001

Nochmals verschärft sich das Bild nach der Unterscheidung in berufstätige und nicht berufstätige alleinerziehende Frauen. Tabelle 4 zeigt, dass mehr als  $\frac{3}{4}$  der nicht berufstätigen Frauen unzufrieden mit der finanziellen Situation sind. Bestätigung findet dieses Ergebnis durch die qualitativen Erhebungen von Zartler et. al. (2011, S. 143). In den leitfadenzentrierten Interviews thematisierten alle 19 befragten Frauen von der promovierten Akademikerin bis zur Reinigungsfrau, unabhängig vom Bildungshintergrund, der Erwerbstätigkeit und der Höhe des Einkommens, knappe monetäre Ressourcen, wengleich der Einkommensspielraum bei Notstandshilfe-, Sozialhilfe-, Karenzgeldbezieherinnen und Migrantinnen am geringsten ist (Amesberger, Dimitz, Finder, Schiffbänker, & Wetzel, 2001, S. 104).

Tabelle 4: Unzufriedenheit Alleinerziehender Frauen mit einzelnen Lebensbereichen nach Berufstätigkeit

	Berufstätige Unzufriedene (in %)	Nicht Berufstätige Unzufriedene (in %)
Vereinbarkeit	51,3	87
Kontakt zu Freundinnen	39,4	27,6
Familienleben	33	35
Freizeit	59,7	45,8
Fremdbetreuung	44,8	56,9
Ausnahmebetreuung	50	56,1
Außenunterstützung	65,5	64,3
Finanzielle Situation	56,7	79

Quelle: Amesberger, Dimitz, Finder, Schiffbänker, & Wetzel, 2001

Grundbedürfnisse der Alleinerzieherinnen und deren Kinder können kaum oder nur durch Verschuldung gedeckt werden. Dringend für die Frauen notwendige Therapien sind nicht leistbar, Kieferregulierungen oder Therapien für verhaltensauffällige Kinder bedeuten eine zusätzliche finanzielle, emotionale und zeitliche Belastung (Zartler, Beham, Kromer, Leitgöb, Weber, & Friedl, 2011, S. 172) oder bleiben unerschwinglich. *„Daraus geht auch hervor, dass die Gefahr der Fortsetzung der Unterprivilegierung in der nächsten Generation gegeben ist“* (Amesberger, Dimitz, Finder, Schiffbänker, & Wetzel, 2001, S. 104).

Können Kinder notwendige und förderliche Unterstützungen aufgrund eingeschränkter finanzieller Möglichkeiten nicht erhalten, bedeutet dies eine starke emotionale Belastung für die Frauen, die körperlich „weh tut“.

Mehr als die Hälfte der befragten Alleinerziehenden (N = 201, 195 Frauen und 6 Männer) der Salzburger Studie (Schmidt & Lüttich, 2008) findet es schwierig, rund um die Uhr zur Verfügung stehen zu müssen und berichtet von Überforderung bis hin zum Burnout. 9% der Befragten fühlten sich täglich überfordert. Umso mehr kommt privaten Netzwerken, Freunden und der Herkunftsfamilie als wichtige Stütze große Bedeutung zu. Soziale und kommunale Netzwerke stellen sich zugleich als wesentliche Determinante zur Gesundheit dar.

Alleinerzieherinnen erhalten im privaten Familien- und Freundeskreis v.a. emotionale Unterstützung und Hilfe bei der Kinderbetreuung, während sich die institutionelle Unterstützung primär auf finanzielle Transfers bezieht. Bei Nutzung sozialstaatlicher Einrichtungen werden v.a. Leistungen von Jugendämtern, Arbeitsämtern, Wohnungsämtern, Sozialämtern, Anwälten sowie medizinische Leistungen von

niedergelassenen Ärzten und in Spitälern in Anspruch genommen. Auch Kinder- und Jugendberatungsstellen, sowie Gesundheitsämter werden häufig konsultiert (Brand & Hammer, 2002). Zartler et al. (2011, S. 166) schreiben, dass die Herkunftsfamilie neben alltagspraktischer Unterstützung auch monetäre Hilfestellung in Form regelmäßiger Zuschüsse leistet, um etwa Zahlungsrückstände oder eine Armutsgefährdung abzufedern.

69 % der Alleinerziehenden beschreiben ihr Verhältnis zur Herkunftsfamilie als sehr eng oder eng, ähnlich im Vergleich zu Müttern in Partnerschaft, allerdings ist der Anteil unter Alleinerziehenden mit einem weniger (20%) oder keinem engen Familiennetz (5%) im Vergleich zu Müttern in Partnerschaft größer (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2008). 70% vertrauen darauf, bei Problemen Unterstützung durch die Familie zu erhalten, besonders großen Zweifel daran hegt aber gerade jene Gruppe an Alleinerziehenden, die mit ihrer wirtschaftlichen Situation unzufrieden ist: In dieser Gruppe haben 28% Zweifel an der Zuverlässigkeit ihrer Familie.

Wie stark die Außenunterstützung durch wichtige Bezugspersonen wie z.B. Großeltern in Abhängigkeit vom Einkommenshintergrund differiert, zeigt sich in Tabelle 5. Notstandshilfe-, und Sozialhilfebezieherinnen können demnach deutlich weniger mit der Unterstützung durch Großeltern rechnen, als alleinerziehende Frauen im Gesamten. Das Österreichische Institut für Familienforschung (2011 a) bestätigt, dass Netzwerke und soziale Kontakte bei Frauen unterer sozialer Schichten bzw. bei erwerbslosen Frauen deutlich weniger ausgeprägt sind. Zudem bedeutet die Trennung vom Mann für Frauen mit Migrationshintergrund oftmals auch den Verlust des gesamten Familienverbandes (Zartler, Beham, Kromer, Leitgöb, Weber, & Friedl, 2011).

Tabelle 5: Soziales Netzwerk in Abhängigkeit vom Einkommenshintergrund

	Treffen der Großeltern mindestens 1 x/Woche	Regelmäßige Betreuung durch Großeltern
Befragte Alleinerzieherinnen gesamt (n = 448)	29,6	39,8
Notstandshilfe-bezieherinnen (n= 65)	13,8	29,7
Sozialhilfe-bezieherinnen (n = 35)	20	26,5

Quelle: Amesberger, Dimitz, Finder, Schiffbänker, & Wetzel, 2001

Die Studie im Auftrag der Arbeiterkammer hält dazu fest: „Junge Mütter, Notstand- und Sozialhilfebezieherinnen, Immigrantinnen sowie tendenziell Frauen mit mehreren Kindern

können in einem geringeren Ausmaß auf informelle soziale Netze zurückgreifen“ (Amesberger, Dimitz, Finder, Schiffbänker, & Wetzels, 2001, S. 117).

### **3.2 Soziale Ungleichheit**

Nach dem Wirtschaftslexikon ist soziale Ungleichheit der *„Tatbestand der ungleichen Bewertung der verschiedenen sozialen Positionen und deren Ausstattung mit Ressourcen (z.B. Eigentum, Einkommen, Vermögen, aber auch Schönheit und Herkunft) und den daraus sich ergebenden vertikalen Unterschieden an Macht, Einfluss, Prestige“* (Gabler Wirtschaftslexikon).

Das Lexikon der Soziologie definiert soziale Ungleichheit als: *„allgemein jede Art verschiedener Möglichkeiten der Teilhabe an Gesellschaft (der Verfügung über gesellschaftlich relevante Ressourcen). Üblicherweise wird aber vorwiegend dann von sozialer Ungleichheit gesprochen, wenn es sich um Ungleichheiten handelt, die jeweils größere Personengruppen betreffen und als relativ dauerhaft gelten können“* (Fuchs-Heinritz, Werner; Klimke, Daniela; Lautmann, Rüdiger; Rammstedt, Othein; Stäkeli, Urs; Werscher, Christoph; Wienold, Hanns (Hrsg.), 2011).

Wie den Definitionen zu entnehmen ist, geht es bei sozialer Ungleichheit um gesellschaftlich relevante Ressourcen, die eine Teilhabe an der Gesellschaft erst ermöglichen. Hradil (2005) spricht in diesem Zusammenhang von *„Gütern, die im Rahmen einer Gesellschaft als wertvoll gelten“*. Hradil zufolge liegt soziale Ungleichheit dann vor, wenn Menschen aufgrund ihrer Stellung in sozialen Beziehungsgefügen von den *„wertvollen Gütern“* einer Gesellschaft regelmäßig mehr als andere erhalten“ (2005, S. 30).

Aus den Definitionen ergibt sich das Bild einer vertikalen Achse mit einer hierarchischen Abfolge. Je weiter eine Person in der gesellschaftlichen Hierarchie oben ist, desto mehr verfügt diese Person über wertvolle Güter wie ein hohes Einkommen, einen hohen sozialen Status, eine höhere Bildung, über Macht und gute Gesundheit. Im Umkehrschluss gilt, jemand am unteren Ende der Hierarchie wird erschwerte Lebensbedingungen vorfinden, weil er wenig Anteil an den wertvollen Gütern hält bzw. im Extremfall Armut erfährt. Selbst an der gleichen gesellschaftlichen Position können beträchtliche Unterschiede nach Alter, Geschlecht, Ethnizität und Familienstand bestehen. Diese Ungleichheiten bilden die horizontale Achse ab. So gilt es in unserer heutigen Lebenswelt also besonders ungerechtfertigt, wenn Frauen für die gleiche Arbeit bei gleicher Qualifikation weniger Einkommen lukrieren als ihre männlichen Kollegen.

In Österreich ist die Einkommensungleichheit auf Haushaltsebene im EU-27 Durchschnitt vergleichsweise gering. Zur Darstellung der Ungleichverteilung dient der Gini-Koeffizient, der einen Wert zwischen 0 und 1 annehmen kann, wobei 0 für eine Gleichverteilung steht und 1 dafür, dass einer Person oder einem Haushalt das gesamte Vermögen gehört. In Österreich liegt der Gini-Koeffizient auf Haushaltsebene für das gesamte Äquivalenzeinkommen (gewichtetes Pro-Kopf Einkommen inkl. Transferleistungen) in den Jahren 2005 bis 2010 relativ konstant zwischen 0,25 und 0,26 (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2010 a). Besser als Österreich liegen Schweden und Tschechien mit 0,24 und die Niederlande mit 0,25. Hinter Österreich liegt Deutschland mit 0,30, Frankreich und Großbritannien mit 0,33.

Das Bild relativiert sich, wenn man die Verteilung in Österreich im Detail betrachtet. Der Lohnanteil geht zugunsten Einkünften aus Besitz und Unternehmertätigkeit kontinuierlich seit drei Jahrzehnten zurück (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2010 b) und innerhalb der Lohneinkommen kommt es zu immer größer werdenden Unterschieden zwischen hoch und niedrig qualifizierten Arbeitskräften. Der Gini-Koeffizient stieg seit 1976 für die lohnsteuerpflichtigen Einkommen unselbstständig beschäftigter ArbeitnehmerInnen von 0,35 um 30% auf 0,45 an (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2012). Tabelle 6 zeigt die Entwicklung auf: Während die 20% der Lohnsteuerpflichtigen mit den geringsten Einkommen 2010 nur 2% des gesamten lohnsteuerpflichtigen Einkommens bezogen, erzielten jene 20% mit den höchsten Einkommen hingegen nahezu die Hälfte (47,4%) des Gesamteinkommens. Betrachtet man die Entwicklung seit 1976, ist der Einkommensanteil mit den niedrigsten Einkommen (Quintil 1) von 4,8 um 58% auf 2,0 gesunken, während der Einkommensanteil der höchsten Einkommen (Quintil 5) im selben Zeitraum von 40,2 um 18% auf 47,4 angestiegen ist.

Tabelle 6: Gini-Koeffizient der lohnsteuerpflichtigen Einkommen 1976 -2010

	Gini-Koeffizient										
	1976	1982	1987	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ArbeitnehmerInnen	0,349	0,364	0,350	0,410	0,433	0,441	0,443	0,446	0,448	0,451	0,452
Männer mit ganzjährigen Bezügen				0,302	0,320	0,316	0,319	0,323	0,327	0,331	0,332
<b>ArbeitnehmerInnen insgesamt</b>	<b>Einkommensanteile in %</b>										
1. Quintil	4,8	4,5	5,4	2,9	2,5	2,2	2,2	2,2	2,1	2,0	2,0
2. Quintil	12,7	12,4	12,7	10,9	10,2	9,5	9,5	9,4	9,4	9,2	9,2
3. Quintil	18,3	18,0	17,7	17,7	17,4	17,2	17,1	17,0	17,0	16,9	16,8
4. Quintil	24,0	23,9	23,1	24,1	24,2	24,5	24,5	24,4	24,4	24,5	24,6
5. Quintil	40,2	41,2	41,0	44,4	45,7	46,5	46,7	46,9	47,1	47,4	47,4

Quelle: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2012

Bezeichnend sind demnach auch die Fakten zur Vermögensverteilung in Österreich:

- Die reichsten 5% der Bevölkerung besitzen 45% und die unteren 50% 4% des Gesamtvermögens (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2012).

Statistische Daten sind schwer begreifbar und haben „kein Gesicht“. Unmittelbar sichtbar und begreifbar wird soziale Benachteiligung durch die Eröffnung weiterer Sozialmärkte, im Ausbau neuer Obdachlosenheime oder der Einführung immer neuer Transferelemente wie dem Kulturpass oder der Mindestsicherung.

Zur Frage, ob alleinerziehende Frauen sozial benachteiligt sind, lässt sich anhand der vorab beschriebenen Merkmale feststellen: Alleinerziehende Frauen sind keine homogene Gruppe. Dennoch liegt eine spezifische Benachteiligung in der Form vor, dass sich die Alltagsorganisation und Aufgabenlast in einer Person komprimieren. Dazu gehört die Sicherstellung eines Einkommens, die Bewerksstellung des Haushalts, der Kinderbetreuung und der Kindererziehung. Wie in Kapitel 3.1.1. gezeigt wurde, leben in rund 28% der Mutter-Kind-Familien Kinder im Alter von 0-5 Jahren, in den Vater-Kind-Familien sind das lediglich 8%. Als Konsequenz des hohen Anteils von Kleinkindern in den Mutter-Kind-Familien ergibt sich ein erhöhter Betreuungsaufwand, der gleichzeitig die Verdienstmöglichkeiten einschränken kann, wenn kein flächendeckendes Angebot einer altersadäquaten Kindesbetreuung vorliegt und auch kein ausreichendes soziales Netz vorhanden ist. Fehlende Ausgleichsmöglichkeiten eines niedrigen Einkommens durch andere Haushaltsmitglieder, ungeteilte Aufwendungen für Lebensunterhaltskosten und eine besonders hohe Abhängigkeit davon, Familie und Erwerbstätigkeit gut vereinbaren zu können, prägen die Benachteiligung von Mutter-Kind-Familien gegenüber Zwei-Eltern-Familien. Zudem sind je nach Armutsdefinition zwischen 30-50% der Mutter-Kind-Familien armutsgefährdet oder in ihren Teilhabemöglichkeiten an der Gesellschaft erheblich eingeschränkt, obwohl Alleinerzieherinnen häufiger und in einem höheren Stundenausmaß einer Erwerbstätigkeit nachgehen, als Mütter in Partnerschaft.

### **3.3 Auswirkung sozialer Benachteiligung auf die Gesundheit**

In allen Ländern, von denen Daten vorliegen, zeigt sich, dass die sozial bedingten gesundheitlichen Unterschiede trotz steigender Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung in den letzten drei Jahrzehnten zugenommen haben, obwohl das öffentliche Gesundheitssystem allen offen steht (vgl. Sting 2008, Siegrist & Marmot 2008, Hurrelmann & Richter, 2006). Die Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit werden im Allgemeinen als „Gesundheitliche Ungleichheit“ bezeichnet. Tatsächlich profitieren sozial besser gestellte Bevölkerungsgruppen überproportional stärker von den



gesundheitlichen Verbesserungen als schwächere soziale Gruppen. Als Ausdruck der Ungleichheit zwischen Angehörigen der oberen und unteren Gesellschaftsschichten finden sich in der Literatur Unterschiede in der Lebenserwartung von vier bis zehn Jahren und erhebliche Unterschiede in der Morbidität (Siegrist & Marmot, 2008). Dieser Trend zeigt sich auch in relativ wohlhabenden Gesellschaften wie Deutschland, Österreich oder in der Schweiz.

Diese Unterschiede lassen sich nicht nur zwischen den oberen und unteren Gesellschaftsschichten ausmachen, vielmehr zieht sich der „soziale Gradient“ durch die gesamte Bevölkerung. Der soziale Gradient beschreibt die Korrelation zwischen der sozialen Position und der Mortalität bzw. Morbidität. Menschen am unteren Ende der gesellschaftlichen Hierarchie weisen einen schlechteren Gesundheitszustand und ein größeres Mortalitätsrisiko als Menschen in der Mitte auf und diese wiederum einen schlechteren Gesundheitszustand und ein größeres Mortalitätsrisiko als Menschen an der Spitze der gesellschaftlichen Hierarchie (Siegrist & Marmot, 2008).

Der Wissensstand zum sozialen Gradienten kann wie folgt zusammengefasst werden:

- Der soziale Gradient verläuft bei Männern steiler als bei Frauen.
- Der soziale Gradient differiert nach Lebensphasen, die stärksten Ausprägungen zeigen sich in der frühen Kindheit und im mittleren Erwachsenenalter, geringere Ausprägungen sind in der Jugend und im höheren Alter zu beobachten.
- Es bestehen Unterschiede zwischen den Ländern, selbst in homogenen wirtschaftlichen Regionen wie in Westeuropa sind gesundheitliche Unterschiede beobachtbar.
- Es bestehen Unterschiede in den Erkrankungen:

Die mit niedrigem Sozialstatus einhergehenden gesundheitlichen Auswirkungen zeigen sich in deutlich höheren Prävalenzraten von Herzkreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ II, bestimmten Krebsarten (v.a. Magen-/Darmkrebs und Lungenkrebs), ausgewählten Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, Multimorbidität, Depressionen, Suiziden und anderen gewaltbedingten Todesursachen, Leberzirrhose und sexuell übertragbaren Krankheiten (Mielck A., 2005; Siegrist & Marmot, 2008). Weiters zeigt sich eine erhöhte Prävalenz des Übergewichts, der Adipositas und des Rauchens bei gleichzeitig geringerer Inanspruchnahme der Gesundenuntersuchung (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2003; Bundesministerium für Gesundheit, 2008).

Wenig stark beobachtbar sind andere Krebserkrankungen oder Magen-Darm-Erkrankungen. Brustkrebs- oder Asthma-Erkrankungen weisen dem gegenüber sogar einen positiven sozialen Gradienten auf, d.h. je höher der soziale Status ist, umso höher ist die Erkrankungshäufigkeit (Siegrist & Marmot, 2008).

Die Belege für den Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Gesundheitszustand sind eindeutig, unklar sind die Gründe, warum dies so ist bzw. warum Unterschiede im sozialen Gradienten zwischen den Geschlechtern, den verschiedenen Lebensphasen, ähnlichen Regionen und spezifischen Erkrankungen bestehen.

### **3.3.1 Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit**

Mielck (2005) fand in deutschen Studien zahlreiche empirische Belege, wonach gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen und Risikofaktoren wie Rauchen, Übergewicht, ein Mangel an sportlicher Betätigung, Bluthochdruck und ungesunde Ernährung speziell in den unteren Statusgruppen weit verbreitet sind. Dazu kommen erhöhte Belastungen durch Lärm und Luftverschmutzung bei den Wohnbedingungen und deutliche schicht-spezifische Unterschiede hinsichtlich Inanspruchnahme von Maßnahmen der Gesundheitsförderung.

Die ÖBIG-Studie „Armutgefährdete Frauen – Gesundheit und Erkrankungsrisiko“ (2003) belegt ebenfalls das gesundheitsgefährdende Verhalten sozial niedriger Schichten, warnt aber vor dem Schluss, den Betroffenen die Schuld dafür zu geben, vielmehr müsste den Umständen sozialer Benachteiligung eine größere Erklärungskraft eingeräumt werden.

Nach Hradil sind gesundheitsspezifische Verhaltensweisen Elemente von komplexen Lebensstilen, die auf schichtspezifischen Mentalitäten beruhen, die wiederum durch die Ressourcen und Lebenschancen einer Person oder sozialer Gruppen bestimmt werden (zitiert nach Sting, 2008, S 427). Dieser Lebensstil wird im biographischen Prozess entwickelt und enthält bewusste und unbewusste Entscheidungs- und Gestaltungsmöglichkeiten.

Mielck zufolge sind die indirekten Einflüsse maßgeblich, die mit den Merkmalen der vertikalen Gliederung, dem Einkommen, der Bildung und dem beruflichen Status, einhergehen. Von diesen leiten sich derart viele Einflüsse auf Lebensbedingungen und Verhaltensweisen ab, dass es wie bei einem „unentwirrbarem Knäuel“ kaum möglich wäre, alle Einflüsse zu untersuchen. Auch ließen sich Gesundheitsbedingungen nicht auf die gegenwärtige Situation beschränken, sondern es müssten die früheren Lebensbedingungen und die Sozialisation mit in Betracht gezogen werden, da Erkrankungen oftmals eine lange Entstehungsgeschichte hätten (2005, S. 47- 48).

Nach Dragano & Siegrist (2009) lässt sich die Verbindung zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit „von der Wiege bis zum Grab“ verfolgen. Ungünstige Einflüsse können demnach auf zweierlei Arten zu schädigenden Wirkungen führen: Einerseits, wenn sie in kritischen Phasen wie in der Schwangerschaft, im Kindes- und Jugendalter eintreten, wo Organstrukturen oder Organfunktionen ausgebildet werden, andererseits durch Kumulation von belastenden Faktoren. Eine Differenzierung des Kumulationsmodells liegt in den „Risikoketten“, die spezielle Wendepunkte im Leben eines Menschen darstellen. Zum Beispiel kann eine frühzeitig abgebrochene Schulbildung infolge einer Entwicklungsverzögerung zu problematischen, risikobehafteten Arbeits- und Lebensbedingungen führen. Der Ansatz der Lebenslaufperspektive ist vielfach belegt und gilt als gut abgesichert. Ungünstige Wirkungen des Rauchens während der Schwangerschaft auf das ungeborene Kind sind vielfach bekannt, ebenso konnte ein Zusammenhang zwischen niedrigem Geburtsgewicht als Merkmal ungünstiger Einflüsse während der fötalen Entwicklung und der sozialen Schicht hergestellt werden. Danach sind es häufig materielle Defizite oder psychosoziale Belastungen, die in der besonders vulnerablen Phase der Kindheit und Jugend Einfluss nehmen auf spätere Erkrankungen oder frühzeitige Mortalität.

Eine andere Sichtweise vermittelt der Ansatz des sozialen Kapitals, der als Begriff erstmals 1986 von Pierre Bourdieu in die soziologische und politologische Diskussion eingebracht wurde (Siegrist, Dragano, & von dem Knesebeck, 2009). „Soziales Kapital“ beschreibt die Qualität von Beziehungen in überschaubaren sozial-räumlichen Einheiten, z.B. in einem Wohnviertel. Im Mittelpunkt steht die Frage, ob das wahrgenommene Vertrauen, die wahrgenommene Hilfsbereitschaft, das Ausmaß, in welchem Reziprozität stattfindet und der Grad, in welchem Fairness und kollektive Ziele in einer Gegend eine Rolle spielt, einen gesundheitsförderlichen Einfluss ausübt. Aus Europa liegen dazu Daten aus dem „European Social Survey“ aus 22 Nationen vor, wonach Menschen mit höherer Schulbildung in allen Ländern mit Ausnahme Finnlands einen höheren Wert für soziales Vertrauen aufwiesen. In 15 Ländern war dieser Zusammenhang signifikant. Hinsichtlich struktureller Benachteiligung wies eine deutsche Studie ein deutliches Gefälle nach: Je mehr Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger in einer Region mit hoher Wohndichte leben, desto höher ist die Anzahl der Einwohner mit niedrigem Vertrauen in ihre Nachbarschaft (Siegrist, Dragano, & von dem Knesebeck, 2009). Wenngleich Hinweise auf eine protektive bzw. pathogene Wirkung des Sozialkapitals auf die Gesundheit bestehen, ist dieser Ansatz hinsichtlich konzeptioneller und methodischer Überlegungen noch ausbaubedürftig.

Wollte man eine Untergliederung in die Vielfalt der unterschiedlichen Erklärungsansätze bringen, ließe sich eine Einteilung nach klassischen und neueren Ansätzen vollziehen. Zu den klassischen Ansätzen zählen schichtspezifische, psychologische bzw. psychosoziale Betrachtungen (diese untersuchen z.B. Faktoren wie kritische Life-Events, chronische Alltagsbelastungen oder Gratifikationskrisen), zu den neueren Ansätzen, die der Lebenslaufperspektive und des sozialen Kapitals. Jedoch ist keiner der Ansätze ausreichend, um das Phänomen der sozialen Ungleichheit vollständig zu erklären.

Als Versuch diesem Anspruch gerecht zu werden, entstanden komplexe Modelle in welchen das Verhalten der Einzelperson eine Rolle spielt, diese Verhaltensweisen aber durch Status-spezifische Unterschiede hinsichtlich der Sozial,- Lebens,- und Arbeitsbedingungen sowie durch biopsychologische Persönlichkeitsmerkmale geprägt sind. Einen plausiblen Erklärungsansatz bietet das Modell von Andreas Mielck und Thomas Elkeles (Abbildung 5), welches den Weg von der sozialen zur gesundheitlichen Ungleichheit beschreibt. Die soziale Ungleichheit, die sich in den vertikalen Dimensionen der Macht, des Prestige, des Geldes und des Wissens ausdrückt, übt demnach keinen direkten Einfluss auf die gesundheitliche Ungleichheit aus, sondern über zwischen geschaltete „Risikofaktoren“. Als mögliche Risikofaktoren gelten ein gesundheits-

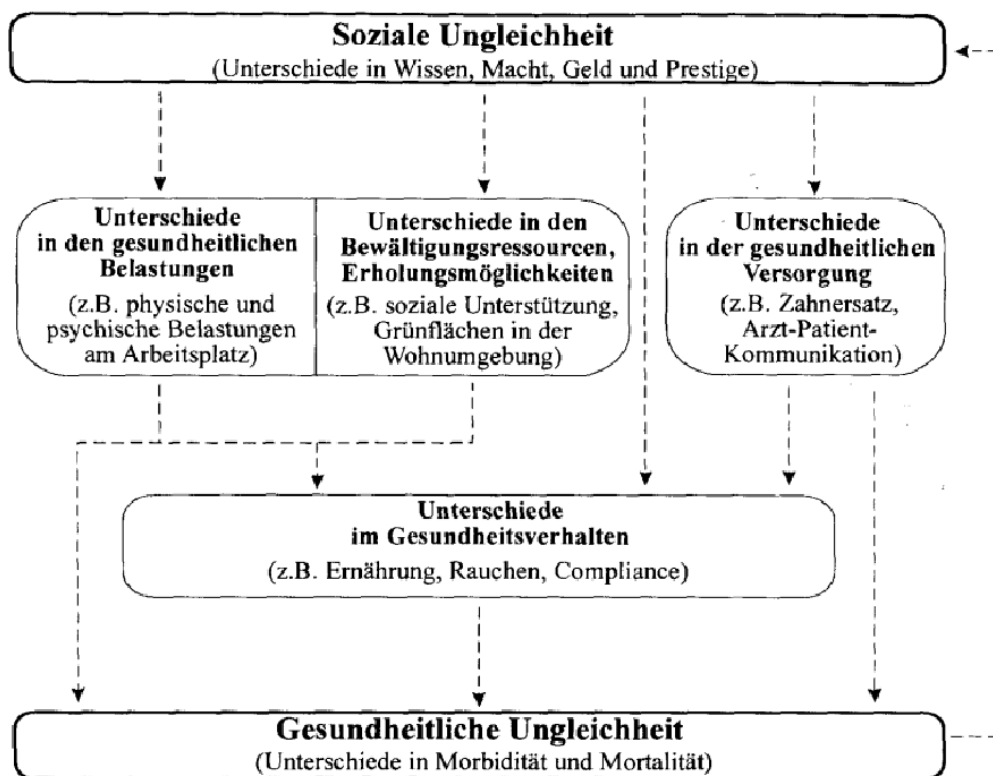


Abbildung 5: Modell zur Entstehung gesundheitlicher Ungleichheit

Quelle: Mielck,2000; auf Basis von Elkeles/Mielck, 1997

schädigendes Verhalten, eine negative Bilanz aus gesundheitlichen Belastungen und deren Bewältigungsmöglichkeiten sowie eine unterschiedliche Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung bei sozial schwächeren Gruppen. Die Wirkungsrichtung in diesem Modell weist auf einen direkten Einfluss der sozialen Ungleichheit auf das Gesundheitsverhalten hin, etwa wenn z.B. zu wenig ökonomische Ressourcen für eine gesunde Ernährung vorhanden sind und stattdessen zu hyperkalorischen, billigen Nahrungsmitteln gegriffen wird, aber auch auf einen indirekten Einfluss über die Bilanz aus Gesundheitsbelastungen und Bewältigungs-Ressourcen sowie über die Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung. Als Beispiel für Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung kann hier eine misslungene Kommunikation zwischen Arzt und Patienten angeführt werden, in welcher der Patient die Ausführungen des Arztes nicht versteht und entsprechend die Compliance zur Behandlung oder Therapie verweigert.

Da dieses Modell sowohl verhaltensbezogene, persönlichkeitsbezogene als auch verhältnisbezogene Aspekte integriert, soll es für die vorliegende Arbeit zur Bildung eines theoretischen Rahmens herangezogen werden. Kritik an diesem Modell könnte in der Hinsicht angewendet werden, dass die Zeitdimension, wie sie in einer Lebenslaufperspektive zum Tragen kommt, gänzlich vernachlässigt wird.

Es würde den Rahmen sprengen, noch weiter auf die unterschiedlichen Ansätze und Modelle zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit einzugehen. Einen guten Überblick liefert die Übersichtsarbeit von Stephan Sting (2008). Zur weiteren Vertiefung bietet sich der Band „Gesundheitliche Ungleichheit“ der Herausgeber Richter und Hurrelmann an (2009).

### **3.4 Die gesundheitliche Situation alleinerziehender Frauen**

Zur Beurteilung der gesundheitlichen Situation alleinerziehender Frauen in Österreich dienten diverse Gesundheitsberichte und spezifische Berichte zur Lebenslage Alleinerziehender. Zusätzlich wurde eine Literaturrecherche mit den Keywords „lone mothers“, „single mothers“, „lone parents“, „health & health status“ in den Datenbanken scopus, Pubmed, u:search sowie Google scholar durchgeführt.

#### **3.4.1 Die gesundheitliche Lage in Österreich**

In Österreich liegen keine repräsentativen Daten zur gesundheitlichen Situation alleinerziehender Frauen vor. Die Frauengesundheitsberichte 2005/2006, 2010/2011 als auch der Wiener Frauengesundheitsbericht 2006 stützen sich bei den Angaben zur

Zielgruppe im Wesentlichen auf Daten spezifischer Berichte zur Lebenslage Alleinerziehender von Amesberger et al. 2001, Schmidt & Lüttich 2008 sowie Helfferich, Hendel-Kramer & Klindworth 2003.

In den österreichischen Studien zur Lebenslage Alleinerziehender werden kaum quantitative Daten zum Gesundheitszustand erhoben. Ausnahmen stellen Befunde zur persönlichen Befindlichkeit und zum subjektiven Gesundheitszustand dar.

Wenig verwunderlich weicht der subjektive Gesundheitszustand Alleinerziehender im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erheblich ab. Schmidt & Lüttich (2008) erhoben den subjektiven Gesundheitszustand alleinerziehender Frauen und Männer in Salzburg. Von 666 ausgegebenen Fragebögen wurden 201 retourniert, darunter 195 Fragebögen von Müttern und 6 Fragebögen von Vätern, das entspricht insgesamt einem Rücklauf von rund 30%. Demnach bewerteten nur 13% den eigenen Gesundheitszustand als sehr gut, 44 % als gut, 35% als mittelmäßig und 8% als schlecht. Stellt man die Angaben der Salzburger Befragung den Daten der Gesundheitsbefragung 2006/2007 gegenüber und vergleicht mit der Allgemeinbevölkerung (Frauen und Männer) im Alter von 15 bis unter 60 Jahren, zeigt sich, dass 46,6% den Gesundheitszustand als „sehr gut“ einstufen, aber nur 13% der Alleinerziehenden aus der Salzburger Studie. Abbildung 6 zeigt die Unterschiede im Detail auf.

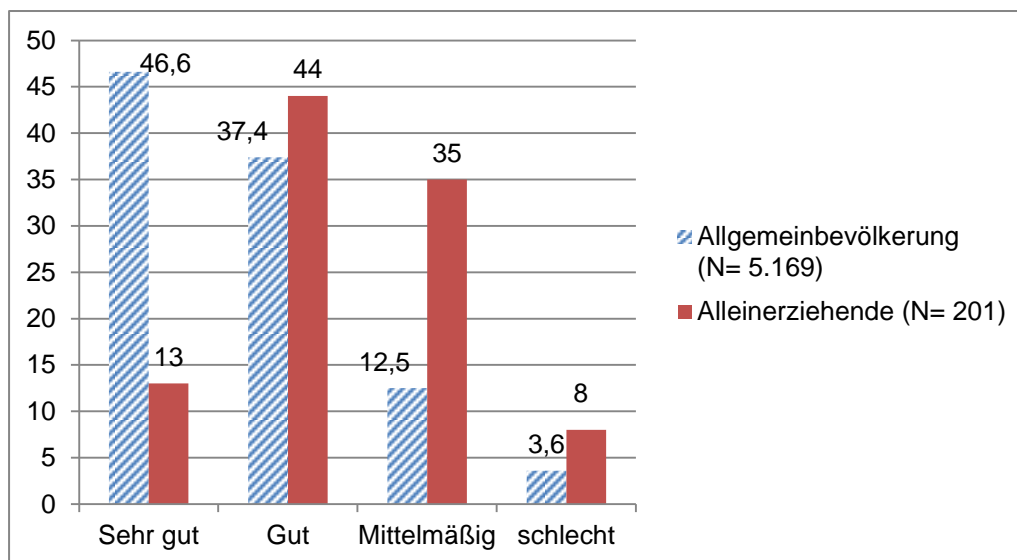


Abbildung 6: Vergleich der Subjektiven Gesundheit zwischen Allgemeinbevölkerung und Alleinerziehenden

Quelle: Statistik Austria, 2008, eigene Darstellung

Auffallend sind auch die Unterschiede bei der Zuordnung „mittelmäßiger“ und „schlechter“ Gesundheitszustand: Rund dreimal so viele Alleinerziehende wie in der Allgemeinbevölkerung bewerten ihren Gesundheitszustand als „mittelmäßig“ (35% vs. 12,5%) und mehr als doppelt so viele Alleinerziehende als „schlecht“ (8% vs. 3,6%).

Finanzielle Sorgen, Zeitdruck, die alleinige Verantwortung für die Kinder, Haushaltsführung und das rasche Improvisieren in Krisensituationen wirken sich häufig in Schlaflosigkeit, Erschöpfungszuständen, Muskelverspannungen, Kopfschmerzen, Atemlosigkeit, Depressionen, Nervenzusammenbrüchen und Burnout aus (Amesberger, Dimitz, Finder, Schiffbänker, & Wetzel, 2001; Schmidt & Lüttich, 2008; Zartler, Beham, Kromer, Leitgöb, Weber, & Friedl, 2011).

Notstands- und Sozialhilfebezieherinnen sind öfter und schwerer von körperlichen und psychischen Beschwerden betroffen als berufstätige Alleinerzieherinnen (Amesberger, Dimitz, Finder, Schiffbänker, & Wetzel, 2001).

### **3.4.2 Blick nach Deutschland**

In Deutschland war im Jahr 2009 nahezu jede fünfte Familie (19% aller Familien mit Kindern) eine Ein-Eltern-Familie. In Österreich lag der Anteil 2009 bei 16%. Wie in Österreich stellen Ein-Eltern-Familien in Deutschland nach Ehepaaren mit Kindern die zweithäufigste Familienform dar. Neun von zehn alleinerziehenden Eltern waren Frauen. In Österreich lag der Frauenanteil im Jahr 2011 ebenfalls bei 90%.

In Hinsicht auf die schlechte gesundheitliche Verfassung sozial benachteiligter Alleinerzieherinnen werden die österreichischen Befunde durch die umfassende deutsche Studie von Helfferich et. al. im Rahmen der deutschen Gesundheitsberichterstattung bestätigt (2003). Abbildung 7 zeigt die Belastungen alleinerziehender Mütter im Vergleich zu verheirateten Müttern auf.

Nach Helfferich et al. (2003) äußern sich die Belastungen in einer insgesamt höheren Lebenszeitprävalenz von 44 ausgewählten, vorwiegend chronischen Erkrankungen, in einem signifikant größeren Spektrum sowie signifikant stärkeren Erleben von allgemeinen Befindlichkeitsstörungen, einer häufigeren Beeinträchtigung des psychischen Wohlbefindens, einer höheren Schmerzprävalenz mit intensiverem Ausmaß und einem schlechteren Einschätzen des subjektiven Gesundheitszustands sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Psychische Erkrankungen treten mehr als doppelt so häufig auf (25 % versus 11%), dazu kommen signifikant erhöhte Prävalenzen für chronische Bronchitis, Nierensteine, Nierenkoliken, Nierenbeckenentzündungen sowie Hepatitis.

Das Wohlbefinden ist durch Niedergeschlagenheit, Traurigkeit und Nervosität beeinträchtigt, zudem fühlen sich Alleinerzieherinnen seltener ruhig, gelassen oder glücklich. Befindlichkeitsstörungen wie Schwäche-, Schwindelgefühl, innere Unruhe, Grübelei, Reizbarkeit und Schlaflosigkeit, Kreuz- und Rückenschmerzen erschweren den Alltag. Schmerzen werden v.a. im Kopf, Nacken, Armen und Beinen berichtet. Alleinerziehende nehmen häufiger Schmerzmittel (56 versus 53%) und Arzneimittel mit psychotroper Wirkung (23,8 versus 15,2%) sowie Schlaf-Beruhigungsmittel und Antidepressiva ein.

Angaben in Prozent,  
Belastungen/Beunruhigungen\*\*

	alleinerziehende Mütter (n= 84)	verheiratete Mütter (n=440)
	stark belastet	stark belastet
Unsicherheit, wie eigene Zukunft weitergeht*	48,8	26,4
finanzielle Probleme*	47,7	18,7
Erziehung und Ausbildung der Kinder	34,5	27,1
zu viele Aufgaben in der Familie*	23,8	13,0
Anforderungen nicht mehr gewachsen sein*	22,7	11,4
nicht genug Erfolg*	20,3	7,5
fehlende Harmonie in der Familie*	17,9	4,1
Probleme mit der Wohnsituation*	16,6	6,2
Gefühl, überflüssig zu sein	15,5	8,9

\* signifikanter Gruppenunterschied bei  $p < 0.05$

\*\* Frageformulierung: »Auf dieser Liste sind einige Ängste, Sorgen und Probleme aufgeführt, die einem im alltäglichen Leben begegnen können. Geben Sie mir bitte jeweils an inwieweit die einzelnen Punkte Sie persönlich betreffen oder beunruhigen.« Vorgabe einer 6-stufigen Antwortskala. Die Kategorien »sehr stark« und »stark« wurden in der Tabelle zusammengefasst.

Abbildung 7: Belastungen alleinerziehender und verheirateter Mütter

Quelle: Helfferich, Hendel-Kramer, & Klindworth, 2003



Der Anteil von Raucherinnen ist mit 46 % (zu 22 %) mehr als doppelt so hoch unter Alleinerzieherinnen. Zudem achten sie weniger auf die Ernährung, nehmen seltener an Vorsorgeuntersuchungen teil, konsultieren den Arzt häufiger wegen akuter Erkrankungen oder Befindlichkeitsstörungen als zur Beratung oder Vorsorge und suchen häufiger psychotherapeutische Unterstützung als verheiratete Mütter.

Den schlechtesten Gesundheitszustand weisen nach Helfferich et al. (2003) Frauen mit keinem oder geringem Erwerbseinkommen, drei oder mehr Kindern, geringem Bildungsstand, geringer sozialer Unterstützung und geringer Einkommenszufriedenheit auf.

### **3.4.3 Die gesundheitliche Lage laut internationaler Literatur**

Zieht man internationale Studien aus Schweden, Finnland, Großbritannien, Italien, USA, Kanada und Deutschland heran, ergibt sich folgendes Bild:

#### Subjektiver Gesundheitszustand:

- Alleinerzieherinnen haben in allen Ländern einen subjektiv schlechteren Gesundheitszustand als verheiratete oder in Partnerschaft lebende Mütter, unabhängig vom sozial-, arbeitsmarkt- und familienpolitischen Hintergrund (Ringbäck Weitoft, Haglund, Hjern, & Rosen, 2002; Neises & Grüneberg, 2005; Franz, Lensche, & Schmitz, 2003; Atkins, 2010; Whitehead, Burström, & Diderichsen, 2000). Bei einer Vergleichsstudie zwischen Großbritannien und Schweden bestand trotz des großzügig ausgebauten Sozialsystems und der hohen Frauen-Beschäftigungsrate in Schweden eine annähernd gleich große Differenz zum Gesundheitszustand von Müttern in Partnerschaft wie in Großbritannien. (Whitehead, Burström, & Diderichsen, 2000). Bei einer Vergleichsstudie von Finnland mit Schweden hatten alleinerziehende Frauen beider Länder einen schlechteren subjektiven Gesundheitszustand als Mütter in Partnerschaft, trotz eines ähnlich gut entwickelten Sozialsystems beider nordischer Staaten (Roos, Burström, Saastamoinen, & Lahelma, 2005). Ein Ländervergleich Italien-Großbritannien-Schweden zeigte teilweise große Differenzen im Gesundheitszustand zwischen alleinerziehenden Müttern und Müttern in Partnerschaft. In Schweden leiden doppelt so viele alleinerziehende Frauen wie Mütter in Partnerschaft an einem schlechten Gesundheitszustand (Burstrom, Whitehead, Clayton, Fritzell, Vannoni, & Costa, 2010).

### Mentale Gesundheit

- Alleinerziehende Frauen entwickeln mehr als doppelt so häufig psychische Erkrankungen, erleben öfter depressive Episoden als Mütter in Partnerschaft und suchen 2 - 3 Mal häufiger Hilfe auf bei psychiatrischen Krankheitsbildern (Atkins, 2010; Neises & Grüneberg, 2005; Helfferich, Hendel-Kramer, & Klindworth, 2003; Ringbäck Weitoft, Haglund, Hjern, & Rosen, 2002). Frauen mit geringen finanziellen Ressourcen sind besonders häufig von Depressionen betroffen, auch leiden sie häufiger unter Ängsten und neigen eher zum Drogenmissbrauch (Broussard, 2010). Symptome depressiver Verstimmungen wie Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, niedriges Selbstwertgefühl, Apathie, Müdigkeit, verringerte Konzentrationsfähigkeit, psychomotorische Verlangsamung, Schlaflosigkeit und Schuldgefühle wirken sich negativ auf die Lebensqualität aus. Eine daraus resultierende mangelnde Selbstsorge und geringe „Adherence“ verstärken etwaige negative Effekte auf die Gesundheit (Atkins, 2010).

### Physische Gesundheit:

- Ringbäck Weitoft et al. (Ringbäck Weitoft, Haglund, Hjern, & Rosen, 2002) zeigten für schwedische Frauen teilweise stark erhöhte Odds Ratios für Ischämische Herzerkrankungen (OR 1,16), Lungenkarzinome (OR 2,31), Selbstmord/-versuche (OR 2,53), und Gewalt (OR 6,38) auf. Die Gesamtsterblichkeit ist nach dieser Studie um 50% erhöht. Nach sozioökonomischem Hintergrund betrachtet, ergibt sich v.a. bei Sozialhilfebezieherinnen ein signifikant erhöhtes Risiko für Herzerkrankungen.
- Nach Young et al. (Young, Cunningham, & Buist, 2005) sind amerikanische Alleinerzieherinnen im Vergleich zu Müttern in Partnerschaft mehr als 3 x so häufig von kardiovaskulären Erkrankungen betroffen, zeigen mehr als doppelt so häufig erhöhte C-reaktive Proteinwerte (Anzeichen entzündlicher Prozesse im Körper) und Bluthochdruck sowie häufiger ein metabolisches Syndrom. Alleinerziehende Mütter hatten nach Selbstbericht in dieser Studie mehr als 3 x häufiger einen Myocardinfarkt, Schlaganfall oder eine Herzdekompensation (CHF) erlitten und die Chance unter Diabetes- und Bluthochdruckpatientinnen alleinerziehende Mütter anzutreffen, ist um 70% höher als bei Müttern in Partnerschaft. Bestätigung finden die Angaben zu Diabetes und Bluthochdruck durch einen Review von Broussard (2010), in dem zusätzlich von erhöhtem Risiko für Fettleibigkeit und Psoriasis berichtet wird.

### Risikofaktor Rauchen

- Als gesundheitsrelevanter Risikofaktor gilt u.a. Rauchen. In Großbritannien raucht nahezu die Hälfte aller alleinerziehenden Frauen im Gegensatz zu einem Viertel der Mütter in Partnerschaft, in Schweden rauchen mit 38% ca. doppelt so viele Alleinerzieherinnen wie Mütter in Partnerschaft mit 18 % (Burstrom, Whitehead, Clayton, Fritzell, Vannoni, & Costa, 2010). Die hohe Raucherprävalenz unter Alleinerzieherinnen deutet auf ein mögliches stressbedingtes Copingverhalten hin (Burstrom, Whitehead, Clayton, Fritzell, Vannoni, & Costa, 2010). Die von Ringbäck Weitoft et al. errechnete Odds Ratio von 2,31 für Lungenkrebs könnte mit der hohen Raucherprävalenz zusammenhängen .

## **3.5 Projekte für Alleinerzieherinnen in Deutschland**

Gesundheitsförderung zielt auf die Beeinflussung der Gesundheits-Determinanten ab. Die gesundheits-beeinflussenden Determinanten wurden bereits in Kapitel 3 nach dem Modell von Dahlgren und Whitehead gezeigt (Fonds Gesundes Österreich). Demnach reicht Gesundheitsförderung weit über die Beeinflussung verhaltensbezogener Aspekte wie eine gesunde Ernährung oder Bewegung hinaus. Im Nachfolgenden werden Projekte und Initiativen aufgezeigt, die sowohl auf die Beeinflussung verhaltensbezogener Faktoren als auch verhältnisbezogener Strukturen abzielen und damit insgesamt auf eine Verbesserung der allgemeinen Lebenssituation von primär alleinerziehenden Frauen, die in Österreich wie in Deutschland rund 90% der Ein-Eltern-Familien stellen. Das in Kapitel 3.5.1 vorgestellte Projekt „Endlich fragt mich mal einer“ und die unter 3.5.2 beschriebenen Initiativen des deutschen Bundesministeriums für Arbeit und Soziales richten sich an alleinerziehende Eltern allgemein und somit nicht ausschließlich an alleinerziehende Frauen.

### **3.5.1 Gesundheitsförderliche Best-Practice-Projekte**

Über die Internetplattform „Gesundheitliche Chancengleichheit“ zur Förderung der Gesundheit sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen in Deutschland gelangt man zu 222 Gesundheitsförderungsprojekten, die sich u.a. an alleinerziehende Frauen richten. Diese Internetplattform wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zum Informationsaustausch und zum Transfer von Wissen zwischen Praxis und Wissenschaft eingerichtet. Schränkt man die Suche auf „Best Practice Modelle ein“, erhält man 19 Ergebnisse. „Best-Practice“ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass ein Projekt gewissen Kriterien entsprechen muss und aus einer Auswahl von Kriterien zumindest drei davon erfüllen muss. Zu den Einschlusskriterien zählen Konzeption, Zielgruppenbezug

und Zielsetzung, zu den auswählbaren Kriterien Nachhaltigkeit, Partizipation, Qualitätsentwicklung, Evaluation, Anwenderfreundlichkeit und Übertragbarkeit.

Sieht man sich die gefilterten 19 Ergebnisse im Detail an, stechen zwei Projekte heraus, die sich exklusiv an Alleinerziehende richten und die im Nachfolgenden näher beschrieben werden sollen.

### **3.5.1.1 „Endlich fragt mich mal einer“**

Das Projekt „Endlich fragt mich mal einer“ (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2005) lief von Jänner 2003 bis Dezember 2005 als breit angelegte Bedarfserhebung unter alleinerziehenden Eltern und Fachdiensten im Landeskreis Rems-Murr in Baden Württemberg. Der Landeskreis Rems-Murr ist von der Fläche ca. doppelt so groß wie Wien, mit einer Bevölkerungsgröße, ähnlich der Vorarlbergs. Träger des Projekts war das Gesundheitsamt im Landeskreis.

Vor dem Hintergrund steigender Armut sollte mittels schriftlicher Befragungen ein Wissenszuwachs über die Bedarfslage alleinerziehender Eltern erzielt werden, um künftig besser beraten, schulen oder vermitteln zu können. Vorhandene Angebote der Gesundheitsförderung erreichten Alleinerziehende nur unzureichend und waren untereinander zu gering vernetzt. Projektziel war die nachhaltige Verbesserung der Lebenssituation Alleinerziehender und damit die Verbesserung ihrer Gesundheit.

Im Vorfeld wurden Daten auf regionaler und überregionaler Basis gesichtet sowie zahlreiche Gespräche mit Fachinstitutionen geführt, aus deren Kreis später die Planungsgruppe zusammengestellt wurde. Inkludiert waren alle wesentlichen Einrichtungen, die mit alleinerziehenden Eltern zu tun hatten, z.B. Sozial-, Jugend- und Gesundheitsamt, Frauenbeauftragte, etc.

Insgesamt wurden 2000 Fragebögen an Fachinstitutionen und alleinerziehende Eltern ausgegeben. Die Fachinstitutionen sollten das Angebot, die Qualität und die Akzeptanz durch Alleinerziehende beschreiben, sowie den Bedarf an Angeboten einschätzen. Alleinerziehende wurden umfassend zu den Themenbereichen Erwerbstätigkeit, Kinderbetreuung, Sorgerecht, soziale Beziehungen, Belastungen, gesundheitliche Beschwerden, gesundheitliches Befinden und Gesundheitsverhalten befragt. Ein weiterer Abschnitt beschäftigte sich mit der Einschätzung aktueller Angebote, der Abfrage nach einem potentiellen Bedarf, sowie mit Erwartungen an Einrichtungen und das soziale Umfeld. Der Rücklauf betrug 31% oder 684 retournierte Fragebögen.

Zentrale Ergebnisse belegten einmal mehr die angespannte ökonomische Situation und Schwierigkeit, Beruf und Familie zu vereinbaren. Als grundlegende Verbesserung ihrer Lebenslage sahen die Betroffenen an erster Stelle die finanzielle Entlastung sowie die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf in Kombination mit einem umfassenden und flexiblen Kinderbetreuungsangebot. Die Ergebnisse zeigten weiters, dass Alleinerziehenden den Betroffenen hohe Leistungen abverlangt, im Gegenzug aber dazu die gesellschaftliche Anerkennung und der Respekt in keinem Verhältnis zur eingebrachten Leistung steht. Wenig verwunderlich wurde deswegen Anerkennung und Gleichbehandlung von den Befragten direkt eingefordert.

Tabelle 7 zeigt das Potential für die Gesundheitsförderung auf.

Tabelle 7: Projekt „Endlich fragt mich mal einer“ – Angaben zur Gesundheit und Gesundheitsförderung

	Trifft eher / sehr zu	Bin nicht sicher	Trifft nicht / kaum zu
Mein Gesundheitszustand ist sehr gut	40,8	29,8	29,4
Ich achte auf meine Gesundheit	54,9	22,9	22,2
Ich kann meinen Gesundheitszustand selbst beeinflussen	47,9	28,0	24,1
Ich bin wegen Beschwerden in ärztlicher Behandlung	38,2	1,2	60,7
Ich bin regelmäßig körperlich aktiv	36,6	4,2	59,3
Mein Gesundheitszustand behindert mich bei meinen alltäglichen Aufgaben.	20,7	9,9	69,4
Soziale und psychische Belastungen beeinträchtigen mein körperliches Wohlbefinden	59,7	10,5	29,8
Bei Schmerzen versuche ich mich abzulenken	55,5	13,6	30,9
Bei Schmerzen nehme ich Medikamente ein	30,8	4,4	64,8

Quelle: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/endlich-fragt-mich-mal-einer/>

Die Handlungsempfehlungen der Planungsgruppe konzentrierten sich nach Auswertung der Ergebnisse auf drei Themen: Finanzielle Situation, Kinderbetreuung und Beratungs-/Versorgungsangebote.

Im Zuge der Ergebnispräsentation vor Fachinstitutionen und Alleinerziehenden wurden in Arbeitsgruppen erste Ziele, Ideen und Maßnahmen gesammelt. Als weiterer Schritt sollten

die Arbeitsgruppen unter Einbezug weiterer Fachkräfte und Betroffener weiter geführt werden und die Planung und Umsetzung von Maßnahmen durch die jeweiligen Gremien und Fachbereiche realisiert werden.

Zum Themenbereich „Kinderbetreuung“ wurden unter dem Titel „(K)ein Platz für Kinder?“ – Wir schaffen uns die passende Kinderbetreuung“ folgende Ideen von alleinerziehenden Frauen und ExpertInnen gesammelt:

- Problem ländlicher Bereich → Lösung durch Tagesmütter? Tagesmütter-Verein-Idee weiter entwickeln !
- Gemeinde motivieren, sich am "Tagesmütter-Pool" zu beteiligen
- Lösung auf kommunaler Ebene herbeiführen! (Angebot reagiert auf Nachfrage)
- Forum Bürgermeisterversammlung nutzen!
- Erarbeitung einer "Landkarte Kinderbetreuung Rems-Murr-Kreis" um die Verfügbarkeit von flexibler Nachmittagsbetreuung, von Tagesmüttern und Ferienangeboten darzustellen, weiters um das Stadt-Land-Gefälle aufzuzeigen und „weiße Flecken“ festzustellen

Bezüglich der Evaluation des Projekts liegt lediglich der Hinweis vor, dass eine Eigenevaluation stattgefunden hat. Eine Anfrage an die im Internet hinterlegte E-Mailadresse ergab die Antwort, dass die Projektverantwortung nun beim zuständigen Jugend-Kreisamt liege und mehr Wissen nicht vorliege.

### **3.5.1.2 allfabeta**

Im April 2007 wurde in München die Anlaufstelle „allfabeta“ für allein erziehende Frauen mit behinderten Kindern oder Kindern mit chronischer Erkrankung gegründet (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2010). Das Projekt wurde von der Aktion „Mensch“ finanziert und seit 2010 von der Landeshauptstadt München und durch Spenden gefördert. „allfabeta“ ging aus einer Selbsthilfegruppe der psychosozialen Beratungsstelle „alfa\_m“ für alleinerziehende Frauen mit chronisch kranken Kindern hervor. Ist Alleinerziehen an sich schon eine Herausforderung, bedeutet Alleinerziehen mit chronisch erkrankten oder behinderten Kindern, einen „Balanceakt hoch drei“ zu vollziehen.

Das Projektziel bestand darin, die Isolation der Frauen aufzubrechen, umfassende Hilfestellung zu leisten und Burnout vorzubeugen, um damit zur Stärkung der

Lebenssituation und des Wohlbefindens beizutragen. Die Maßnahmen beruhen auf Vernetzung, Austausch, psychosozialer Beratung, Rechtsberatung und praktischer Beratung hinsichtlich des Umgangs mit Behörden und Hilfsmittelantragserstellung. Das Angebot umfasste Seminare, monatliche offene Treffen, Bildungs-, Erholungs- und Freizeitangebote. Dazu leistete „alfabeta“ Öffentlichkeitsarbeit und Lobbying-Arbeit, um die Öffentlichkeit zu sensibilisieren und den Frauen eine Stimme zu geben.

Die Evaluation durch das Sozialwissenschaftliche Institut München belegte die psychisch stabilisierende Wirkung der Gruppentreffen auf die Frauen sowie günstige Nachfolgeeffekte auf deren Kinder. Als bedeutsame salutogenetische Ressource zeigte sich die Erfahrung der Frauen, dass das eigene Leben wichtig ist (im Sinne eines „Stolz Sein-Könnens“ auf die eigene Lebensleistung) und sinnvoll bewältigt werden kann. Die Stärkung und Entlastung der Frauen bedeutete gleichzeitig eine Stärkung der nicht behinderten Geschwisterkinder, die bei den Treffen Kontakte zu gleichaltrigen Kindern in ähnlicher Situation knüpfen konnten. In einzelnen Fällen konnte einer Fremdunterbringung behinderter Kinder vorgebeugt werden.

### **3.5.2 Initiativen des deutschen Arbeits- und Sozialministeriums**

Das deutsche Bundesministerium für Arbeit und Soziales legt aktuell einen Arbeitsschwerpunkt auf die Verbesserung von Arbeitsperspektiven alleinerziehender Mütter und Väter. Wie in Österreich stellen Ein-Eltern-Familien in Deutschland nach Ehepaaren mit Kindern die zweithäufigste Familienform dar und auch der Frauenanteil lag im Jahr 2011 wie in Österreich bei 90%.

Nahezu 40% der 1,6 Millionen alleinerziehenden Frauen und Männer in Deutschland sind auf Leistungen aus der Grundsicherung für Arbeitssuchende angewiesen. Zugleich fehlen der Wirtschaft immer häufiger qualifizierte Fachkräfte. Mit den Initiativen des Bundesministeriums sollen bisher vernachlässigte Arbeitsressourcen verstärkt herangezogen werden, um den Wirtschaftsstandort zu sichern. Hauptaugenmerk liegt dabei auf der Frauenförderung und der Förderung Alleinerziehender, deren Potential nun zunehmend erkannt wird. In der Publikation „Alleinerziehende unterstützen – Fachkräfte gewinnen“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2011a) schreibt die deutsche Bundesministerin Ursula von der Leyen im Vorwort:

*„Sie (Die Alleinerziehenden, Anm. der Verfasserin) stellen sich mit großem Einsatz der Doppelaufgabe, Kinder zu erziehen und den Lebensunterhalt der Familie zu sichern. Die große Mehrzahl ist motiviert und qualifiziert. Deshalb bin*

*ich sehr zuversichtlich, dass wir ihnen mit besseren Bedingungen in überschaubarer Zeit wirksam helfen können. Noch zu oft sind die Chancen der Alleinerziehenden versperrt durch Unübersichtlichkeiten und Vorurteile, durch unkoordinierte Hilfen, durch unflexible Arbeitszeiten, durch nicht bedarfsgerechte Kinderbetreuung [...] Wir wollen ihnen erfolgreicher als früher den Weg in den Arbeitsmarkt erleichtern, sie in möglichst Existenz sichernde Arbeit vermitteln, damit die dringend gebrauchten Arbeitskräfte gewinnen und nicht zuletzt die Teilhabechancen ihrer Kinder verbessern“.*

### **3.5.2.1 Gute Arbeit für Alleinerziehende**

Im Jahr 2009 wurde vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales der Themenwettbewerb „Gute Arbeit für Alleinerziehende“ mit Bundesmitteln und Mitteln des europäischen Sozialfonds über 60 Millionen Euro ins Leben gerufen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2009).

Bundesweit konnten mit den Fördermitteln 79 ausgewählte Projekte für drei Jahre lang gefördert werden. Die geförderten Projekte sehen spezifische Beratungs-, Qualifizierungs-, Vermittlungs- und Integrationsansätze für Alleinerziehende in Ergänzung zu den gesetzlich vorgesehenen Fördermöglichkeiten vor. Sozialintegrative Beratungsansätze, Einzel- und Gruppencoachings oder spezielle Praktika in Unternehmen berücksichtigen die heterogenen Lebenslagen von Alleinerziehenden und sind für potentielle Arbeitgeber wie Alleinerziehende von großem Nutzen. Im Rahmen von Praktika können sich Arbeitgeber wie Alleinerziehende ein Bild über die Stärken des jeweiligen Partners verschaffen und entscheiden, ob sich daraus eine sinnvolle Zusammenarbeit ergeben kann. Firmen, die Alleinerziehende beschäftigen, gelten als fortschrittlich und familienorientiert und sind damit auch attraktiv für andere qualifizierte Arbeitskräfte, die Karriere und Familie in Einklang bringen wollen und ihre persönlichen Wertvorstellungen erfüllt sehen. Die Unternehmungen können auf diese Art einem Mangel an Fachkräften vorbeugen, der sich aus demografischen Gründen oder Abwanderungstendenzen ergeben würde.

### **3.5.2.2 Netzwerke wirksamer Hilfen für Alleinerziehende**

In Ergänzung zum Programm „Gute Arbeit für Alleinerziehende“ wurde das Programm „Netzwerke wirksamer Hilfen für Alleinerziehende“ im April 2011 vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales initiiert (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2011b). Die



Mittel über 25 Millionen Euro wurden vom europäischen Sozialfonds, dem Bundesministerium und den Projektträgern beigesteuert.

Ziel des Programms ist die Verknüpfung lokaler und regionaler Dienstleistungsangebote zu Leistungsketten, die den vielfältigen Lebenslagen Alleinerziehender entsprechen. Als wesentliche Bereiche stellen sich dafür Ausbildung, Qualifizierung, Vermittlung in Beschäftigung, den Bedürfnissen entsprechende Kinderbetreuung, Mobilität, Erziehung, Gesundheit und Unterstützungsangebote bei finanziellen oder psychosozialen Problemen dar, die durch die Projektförderung zu professionell agierenden Leistungsketten miteinander verknüpft, koordiniert oder weiter entwickelt werden sollen.

Insgesamt soll damit eine nachhaltige Verbesserung der Lebens- und Arbeitssituation alleinerziehender Eltern erreicht werden. Arbeitgeber sollen dabei besonders einbezogen werden, bewährte Strukturen sollen nach Erprobung in den Regelbetrieb der beteiligten Stellen, v.a. der Jobcenter, übergeführt werden.

„Netzwerke wirksamer Hilfen für Alleinerziehende“ richtet sich an alle alleinerziehenden Eltern, bei denen eine Stabilisierung der aktuellen Beschäftigungssituation durch die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie gewünscht ist. In ganz Deutschland konnten bisher 102 Netzwerke eingerichtet werden.

### **3.6 Projekte für Alleinerzieherinnen in Österreich**

In Österreich stellt sich die gesundheitsförderliche Landschaft für alleinerziehende Eltern und Frauen sehr eingeschränkt dar. Eine Internetrecherche mit dem Suchbegriff „Gesundheitsprojekte und Alleinerzieher“ oder „Gesundheit und alleinerziehend“ lässt einen auf lokale Vereine und Interessensvertretungen stoßen, die im Wesentlichen Beratung und Information zu Rechtsthemen, finanziellen Fragen oder psychosoziale Angebote für Alleinerziehende zur Verfügung stellen. Projekte mit dem Ziel, die Lebens- und Gesundheitssituation von Alleinerzieherinnen nachhaltig zu verbessern, konnten im Rahmen einer Internetrecherche nicht ausfindig gemacht werden. Setzt man den Fokus anders und bezieht die Elternschaft der Frauen mit ein, wird man rasch fündig. Beispiele dafür sind die Projekte „Mütter in Aktion“ oder „Frühe Hilfen“, bei denen sozial benachteiligte Personen durch unterschiedliche Zugänge in ihrer Elternschaft gestärkt und unterstützt werden sollen. Stellvertretend für ein Elternprojekt wird im Folgenden das Projekt „Mütter in Aktion“ vorgestellt, das sich u.a. an alleinerziehende Frauen gerichtet hat.

### **3.6.1 MIA - Mütter in Aktion**

Das Projekt „Mütter in Aktion“ wurde von 2008 bis 2010 in den steirischen Bezirken Leibnitz und Liebnitz vom Frauengesundheitszentrum Graz durchgeführt (Frauengesundheitszentrum Graz, 2010). „Mütter in Aktion“ (MIA) richtete sich an Frauen mit sozial schwachem Hintergrund, speziell an schwangere Frauen, Frauen, die ein Kind planen, oder Frauen mit Kleinkindern. Übergeordnetes Ziel war die Stärkung der Frauen zur Wahrnehmung ihrer Bedürfnisse und zur aktiven Mitgestaltung der Rahmenbedingungen in ihren Gemeinden und den Bezirken.

Im Rahmen des Projekts kam es auf Gemeindeebene zu persönlichen Gesprächen mit den Frauen in Sprechstunden oder bei Hausbesuchen, zu wöchentlichen Mütter-Cafés mit Kinderbetreuung, runden Tischen zu aktuellen Themen und diversen Kooperationen mit Vereinen oder politisch aktiven Personen. Auf Bezirksebene wurde einmal pro Monat eine Frauengruppe eingerichtet, bei der mit Coachingunterstützung eigene Projektideen entwickelt wurden, wie z.B. die Einrichtung einer Website zu Eltern-relevanten Themen oder die Einrichtung von Elternbildungsangeboten rund um die Themen Ernährung, Erste Hilfe oder Frühförderung der Kinder.

Die Evaluation des Projekts zeigt, dass die Zielgruppe mittels unterschiedlicher Zugänge gut erreicht werden konnte, hält aber auch fest, dass der Faktor „Zeit“ zur Vertrauensbildung unterschätzt worden war.

## **3.7 Zusammenfassung**

Dieses Kapitel zog einen breiten Bogen von der Beschreibung der Zielgruppe über die soziale Benachteiligung bis zum Gesundheitszustand alleinerziehender Frauen und recherchierte nach Projekten, die die Verbesserung der gesundheitlichen Situation alleinerziehender Frauen zum Inhalt haben. Als wesentlich kann festgehalten werden, dass Ein-Eltern-Familien gesellschaftlich keine Randerscheinung darstellen, sondern nach Ehepaaren mit Kindern in Österreich und Deutschland die zweithäufigste Familienform darstellen. Der Frauenanteil liegt in beiden Ländern bei 90%. In Wien liegt die Alleinerzieherinnen-Quote bei 21%, damit ist jede 4.-5. Familie eine Mutter-Kind-Familie.

Studien zufolge stellt sich die Zielgruppe alleinerziehender Frauen heterogen und keineswegs durchgehend defizitär dar. Dennoch ist für knapp ein Drittel der Alleinerzieherinnen kein Lebensstandard über der Armutsgefährdungsschwelle möglich und weit mehr als die Hälfte aller Alleinerzieherinnen-Haushalte (59%) gilt als teilweise bzw. stark depriviert im Vergleich zu 27% der Zwei-Eltern-Haushalte, obwohl

Alleinerzieherinnen häufiger und im höheren Ausmaß erwerbstätig sind, als Mütter in Partnerschaft.

Alleinerziehende Frauen erleben eine Vielfalt an Belastungen und Stressoren. Dennoch kann nicht von einem einheitlichen Bild einer besonders von Krankheit betroffenen Gruppe ausgegangen werden. Immerhin bewertete etwas mehr als die Hälfte der befragten Alleinerziehenden (195 Frauen und 6 Männer) in Salzburg ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ (Schmidt & Lüttich, 2008). Demgegenüber steht allerdings ein Prozentsatz von mehr als 80% der Allgemeinbevölkerung, die den Gesundheitszustand als „gut“ und „sehr gut“ einstuft. Studien weisen v.a. darauf hin, dass Frauen mit stark eingeschränkten ökonomischen Ressourcen, wenig Sozialkontakten und gering ausgeprägten Netzwerken gesundheitlich besonders stark belastet sind. Die Belastungen äußern sich in einer Reihe an Befindlichkeitsstörungen, psychischen und physischen Gesundheitsproblemen bis hin zum Burnout-Syndrom.

Projekte, die bei der Verbesserung der Lebenslage alleinerziehender Frauen ansetzen, sind in Österreich kaum vorhanden, man findet sie eher als „Elternprojekte“, die den Fokus inhaltlich mehr auf die Entwicklung der Kinder setzen. Blickt man hingegen nach Deutschland, wo ein ähnlich hoher Prozentanteil wie in Österreich alleinerziehend ist, gibt es spezifische Initiativen, die sich der Bedarfslage Alleinerziehender mit größtem Einsatz von höchster Stelle widmen. Genannt seien an dieser Stelle die aktuellen Initiativen des deutschen Arbeits- und Sozialministeriums „Gute Arbeit für Alleinerziehende“ und „Netzwerke wirksamer Hilfen für Alleinerziehende“, die bei den vordringlichsten Problemen alleinerziehender Eltern ansetzen: Geld - und Zeitmangel.

## **4 Forschungsdesign des empirischen Teils**

Kapitel vier beinhaltet das Forschungsdesign der vorliegenden Arbeit. Zunächst wird die Forschungsfrage kurz umrissen, danach folgen die Vorstellung der Methode und die Vorgangsweise bei der Stichprobenauswahl der Alleinerzieherinnen und Expertinnen.

### **4.1 Fragestellung und Ziel der vorliegenden Arbeit**

Die vorliegende Arbeit verfolgt das Ziel, eine wissenschaftliche Grundlage zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation für sozial benachteiligte alleinerziehende Frauen in Wien zu schaffen. Zu diesem Zweck wurden im ersten Schritt statistische, sozioökonomische und soziodemografische Merkmale erhoben, weiters Literatur durchgesehen, um die spezifischen Lebensbedingungen zu erheben und zu ermitteln, wie

es um die Gesundheit alleinerziehender Frauen steht. Dabei stellte sich heraus, dass in Österreich insgesamt nur wenige Studien zu alleinerziehenden Frauen vorliegen, das Thema Gesundheit wird dabei als Randthema abgehandelt. Eine Datenbankrecherche internationaler Studien liefert hingegen ausreichend Hinweise, dass bei Alleinerzieherinnen im Vergleich zu Müttern in Partnerschaft erhebliche Gesundheitsbelastungen vorliegen. Im Gegensatz zu Deutschland konnten für Österreich auch keine gesundheitsförderlichen Projekte ausfindig gemacht werden, die sich explizit an alleinerziehende Eltern oder alleinerziehende Frauen und ihre Bedürfnisse richten.

Im empirischen Teil sollen nun alleinerziehende Frauen zu Wort kommen, da sie als Expertinnen ihrer Lebenslage am besten über Belastungen, Ressourcen und Bedürfnisse Bescheid wissen, die in der Konzeptionierung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen ihren Niederschlag finden müssen. Komplettiert wird die Sichtweise durch Expertinneninterviews. Die forschungsleitende Frage lautet:

Welche Bedürfnisse formulieren sozial benachteiligte Alleinerzieherinnen in Wien zur Stärkung ihres Wohlbefindens und ihrer Gesundheit?

Daraus ergeben sich folgende Unterfragen:

- Wie beschreiben alleinerziehende Frauen Wohlbefinden und Gesundheit? Was verstehen sie darunter und welche Bedürfnisse sind hier ausschlaggebend?
- Welche Belastungen bzw. Ressourcen sind im Alltag für das Wohlbefinden und die Gesundheit hinderlich oder förderlich?
- Kennen oder nutzen die Frauen bestehende Gesundheitsförderungs-Angebote und wenn ja, mit welchen Erfahrungen? Wie müssten die Gesundheitsförderungs-Angebote aus Sicht der Frauen gestaltet sein, um Besonderheiten ihrer Lebenslage und Bedürfnisse zu berücksichtigen?
- Was brauchen die Frauen zur Stärkung ihres Wohlbefindens und ihrer Gesundheit?

## 4.2 Methode und Vorgangsweise

Zur Klärung der Forschungsfrage wurde ein qualitativer Ansatz gewählt, um zu erfahren, welchen Bedeutungshorizont alleinerziehende Frauen dem Begriff „Gesundheit“ einräumen, welche Belastungen und Ressourcen ihrer Gesundheit schaden bzw. nützen und was es aus ihrer Sicht geben müsste, damit sich ein dauerhaftes Wohlbefinden

einstellen könnte. Auch sollte erhoben werden, wie Angebote der Gesundheitsförderung aussehen müssten, damit die Frauen sie nützen können und wollen. Als Erhebungsinstrument diente das leitfadengestützte, problemzentrierte Interview, das die notwendige Flexibilität bot, bei relevanten Inhalten oder Unklarheiten gut nachfragen zu können, gleichzeitig jedoch die Sicherheit gab, wichtige Fragen zur Klärung der Forschungsfrage bereits vor dem Interview vorbereiten zu können.

#### **4.2.1 Interviewleitfaden**

Zur Konstruktion des Leitfadens wurde auf das erarbeitete theoretische Wissen und das Gesundheitsmodell nach Andreas Mielck (Kapitel 3.3.1) zurückgegriffen.

Daraus wurde folgender Interviewleitfaden für die Alleinerzieherinnen erstellt:

1. Was verstehen Sie persönlich unter Gesundheit? (In welcher Situation fühlen Sie sich wohl und gesund?)
2. Was sind Ihre größten Belastungen im Alltag? Wie wirken sich diese auf Ihr Wohlbefinden und Verhalten aus? Wie gehen Sie damit um?
3. Was sehen Sie als Ihre persönlichen Stärken an?
4. Wie holen Sie sich Kraft und Energie?
5. Wohin wenden Sie sich, wenn Sie Unterstützung benötigen?
6. Welche Gesundheitseinrichtungen und Angebote der Gesundheitsförderung kennen Sie bzw. welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht? – An welchen gesundheitsbezogenen Themen hätten Sie Interesse und wie müssten die Angebote beschaffen sein, um sie nutzen zu können/wollen?
7. Was wünschen Sie sich am meisten in Ihrem Leben für Ihr Wohlbefinden? Was ist dazu notwendig bzw. welche Erwartungen haben Sie dazu?
8. Abschließend: Wenn Sie jetzt ganz allgemein an die Gruppe der alleinerziehenden Frauen denken, was brauchen die Frauen am dringendsten, damit es ihnen dauerhaft gut geht?

Der Interviewleitfaden für die Expertinnen lautete folgendermaßen:

1. Wie erleben Sie alleinerziehende Frauen in Ihrer beruflichen Praxis? Mit welchen Anliegen richten sich die Frauen an Ihre Einrichtung?
2. Wie nehmen Sie die Frauen in ihrer gesundheitlichen Situation wahr? - Welche Belastungen/Ressourcen beeinträchtigen/fördern das gesundheitliche Wohlbefinden? Welche Stärken/Defizite bemerken Sie an den Frauen?
3. Wo und wie soll Gesundheitsförderung (Verhältnis- und Verhaltensebene) für sozial benachteiligte Alleinerzieherinnen in Wien ansetzen? (Makro-Meso-Mikroebene) und was braucht es am dringendsten dazu?

#### **4.2.2 Stichprobe und Interviews**

Es wurden 10 Interviews mit alleinerziehenden Frauen in Wien geführt. Der Fokus dabei lag auf sozial benachteiligten Frauen. Die Einschlusskriterien zur Stichprobe umfassten Frauen mit jüngeren Kindern bzw. mit mehr als einem Kind, ein bis zwei Frauen mit Migrationshintergrund und/oder einer sozialen Benachteiligung, die sich in einem geringen Erwerbseinkommen durch Teilzeitbeschäftigung oder geringfügige Beschäftigung bzw. keinem Erwerbseinkommen und/oder durch einen niedrigen Bildungsstand ausdrücken sollte. Ein weiteres Einschluss-Kriterium war das subjektive Empfinden der sozialen Benachteiligung. Um eine möglichst große Heterogenität abzubilden, wurden auch zwei Akademikerinnen befragt, die andere Kriterien (z.B. mehr als ein Kind, geringes Einkommen durch Teilzeitbeschäftigung etc.) erfüllten. Tabelle 8 gibt einen Überblick über die Zusammensetzung des Samples.

Vier Frauen liegen mit dem Haushaltseinkommen (eingerechnet Erwerbseinkommen, Arbeitslosengeld, Mindestsicherung, Kinderbeihilfe, Pflegegeld, Kinderbetreuungsgeld etc.) deutlich unter der Armutsschwelle, vier Frauen knapp unterhalb oder oberhalb der Armutsschwelle und zwei darüber. Das niedrigste Einkommen liegt bei weniger als 1.350,- Euro mit mehr als zwei Kindern, das höchste bei etwas über 2.000,- Euro bei zwei Kindern.

Die Armutgefährdungsschwelle nach dem gewichteten 60% - Median Einkommen beträgt derzeit 1.066,- Euro für eine alleinstehende Person, jede weitere Person über 14 Jahre wird mit einem Faktor von 0,5, bzw. unter 14 Jahren mit 0,3 gewichtet (Die Armutskonferenz, 2013). Danach liegt die Armutsschwelle bei einer Alleinerzieherin mit drei Kindern (1 Monat, 3 und 6 Jahre) derzeit bei 2.025,- Euro.

Tabelle 8: Zusammensetzung der interviewten Alleinerzieherinnen

Name	Alter	AE seit	Anzahl und Alter der Kinder	Bildung, Ausbildung, Erwerbstätigkeit	Migrationshintergrund	Subjektiver Gesundheitszustand
Frau A. 1	25	7 Jahren	2 m (6; 1 Monat) 1 w (3)	Pflichtschulabschluss, Schule f. soziale Dienste, Mutterschutz	nein	gut
Frau B.2	24	4 Jahren	1 m (5) 1 w (3)	Pflichtschule, nicht erwerbstätig	ja, Serbien	mittel
Frau C. 3	43	10 Jahren	1 w (12)	Matura, Krankenpflegeschule, TZ (25 Stunden) als DGKS	nein	mittel
Frau D. 4	46	13 Jahren	1m (16)	Handelsschule, Weiterbildungskurse, TZ (30 Stunden) Buchhaltung	nein	mittel
Frau E.5	37	15 Jahren	3 m (15 ; 4 ; 3) 1 w (2)	Pflichtschule, Lehre Einzelhandel, nicht erwerbstätig	nein	gut
Frau F. 6	56	14 Jahren	2 w (17; 20)	Kindergartenpädagogin, Frühpension	nein	sehr schlecht
Frau G. 7	42	9 Jahren	1 m (8)	Matura, Ausbildung im Kunst/Kulturbereich, AMS gemeldet/arbeitslos	nein	mittel
Frau H. 8	21	15 Monaten	1 m (15 Monate)	derzeit Abendmaturaschule nicht erwerbstätig	ja, Nicht-EU	gut
Frau I.9	40	6 Jahren	1 m (9) 2 w (11, 13)	Matura, FH-Schule, TZ (30 stunden), Pädagogin	nein	gut (jedoch dauerbelastet)
Frau J. 10	49	13 Jahren	1m (6) 1 w (18)	Mag. Dr. , Frühpension	nein	gut bis mittel

Befragt nach dem subjektiven Gesundheitszustand, bewertete eine Frau ihren Gesundheitszustand als „sehr schlecht“, vier Frauen bewerteten ihn als „mittel“, eine Frau als „gut bis mittel“ und keine der Frauen als „sehr gut“.

Im Vorfeld wurde Kontakt mit einer Wohneinrichtung aufgenommen, die sozial benachteiligte Alleinerzieherinnen und ihre Kinder während einer schwierigen Lebensphase unterstützt und in Wien mehrere Standorte unterhält. An diesen Standorten wurden vier Interviews geführt. Die Kontaktaufnahme zu den Frauen erfolgte über die Sozialarbeiterinnen der jeweiligen betreuenden Büros, auch die Auswahl der Frauen oblag den zuständigen Sozialarbeiterinnen.

Um eine breitere Streuung zu erzielen, wurde zusätzlich Kontakt zur Interessensvertretung „Österreichische Plattform für Alleinerziehende“ (ÖPA) aufgenommen, sowie zur „Kontaktstelle für Alleinerziehende“ der Erzdiözese Wien und

um Vermittlung ersucht. Über diesen Zugang fanden sich weitere Interviewpartnerinnen, die ihr Interesse teilweise dadurch begründeten, dass es hoch an der Zeit wäre, für alleinerziehende Frauen gesundheitsförderliche Angebote zu schnüren. Teilweise berichteten die Frauen gleich am Telefon bei der ersten Kontaktaufnahme über ihren angegriffenen Gesundheitszustand. Einige der Frauen gaben an, dass sie über Freundinnen von der Studie erfahren hätten und daran sehr interessiert wären.

Die Interviews fanden überwiegend in den Monaten Februar und April statt, das letzte Interview wurde Anfang Mai geführt. Als Einstiegsfrage wurde folgende gewählt:

*„Wenn man Menschen fragt, was sie sich am meisten in ihrem Leben wünschen, antworten viele: „Gesundheit“. Bitte erzählen Sie mir, was für Sie Gesundheit bedeutet?“*

Die Interviews dauerten zwischen 30 Minuten bis knapp über eine Stunde. Mit wenigen Ausnahmen wurden die Interviews in den Wohnungen der Frauen geführt, wobei die Kinder der Frauen teilweise anwesend waren. Einige Interviews fanden in einem ruhigen Sozialraum der Wohn-Einrichtung statt und zwei Frauen bevorzugten, zur Verfasserin der Arbeit nach Hause zu kommen. Die Teilnahme erfolgte freiwillig, nach vorheriger Aufklärung über Sinn und Zweck der Arbeit und der schriftlichen Zusage von Anonymität und Freiwilligkeit. Die Gespräche wurden nach Einwilligung der Frauen mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet, im Anschluss wurden persönliche Daten zum Alter der Frauen, zum subjektiven Gesundheitszustand, zur Anzahl und zum Alter der Kinder, zum Bildungsabschluss, zum Geburtsland und zur Aufenthaltsdauer in Österreich, zur Einkommenssituation, zur Dauer des Alleinerziehens und zum Familienstand erhoben. Die Interviews wurden anschließend transkribiert und mittels der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

In Ergänzung dazu wurden Interviews mit Expertinnen aus den Bereichen Frauengesundheit, einer Interessensvertretung Alleinerziehender und einer betreuten Mutter-Kind-Wohneinheit in den jeweiligen Einrichtungen geführt. Die Dauer betrug rund 45 Minuten. Die Verwendung der Interviews erfolgt in der Weise, dass eine komprimierte Zusammenfassung der Interviews vorgestellt wird und Zitate einfließen, wenn es der Veranschaulichung oder der Darstellung einer abstrakteren Sichtweise dient. Insgesamt umfassten die Transskripte aller Interviews 150 Seiten.

### **4.2.3 Inhaltsanalyse nach Mayring**

Die Auswertung der Alleinerzieherinnen-Interviews erfolgte nach der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring, da sich diese eignet, große Textumfänge zu analysieren. *„Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, daß die*



wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist“ (Mayring, 2003, S. 58). Wesentliche Merkmale einer Inhaltsanalyse sind (Mayring, 2003, S. 13;43,45):

- Sie analysiert fixierte Kommunikation, d.h. Kommunikation, die festgehalten bzw. protokolliert wurde
- Sie geht systematisch und regelgeleitet vor, sieht dabei aber von einer Standardisierung ab, bleibt somit offen und gegenstandsorientiert.
- Sie ist theoriegeleitet, das bedeutet, dass sie eingebettet ist in einen theoretischen Hintergrund. Die Fragestellung erfolgt vor diesem theoretischen Hintergrund und die Ergebnisse der Analyse sollen anschließend in den theoretischen Rahmen eingebettet und übergeführt werden.
- Sie analysiert die fixierte Kommunikation als Teil eines Kommunikationsprozesses und zieht daher Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation. So können z.B. Aussagen über den Sender oder den Empfänger der Botschaft angestrebt werden.

Herzstück der Inhaltsanalyse ist die Erstellung eines Kategoriensystems, mit dessen Hilfe in der zusammenfassenden Inhaltsanalyse der Inhalt komprimiert wieder gegeben wird.

In Anlehnung an das regelgeleitete Vorgehen (Mayring, 2003, S. 62) wurden beim ersten Interview die relevanten Textpassagen zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage farblich hervorgehoben, paraphrasiert, generalisiert und kategorisiert. Im nächsten Schritt wurden inhaltsgleiche Paraphrasen gestrichen und weitere passende Textstellen bestehenden Kategorien untergeordnet oder neu gebildet, wenn ein neuer Aspekt zum Tragen kam. In dieser Vorgangsweise wurde mit allen zehn Interviews verfahren. Im Anschluss wurde eine zweite Reduktion durch weitere Integration oder Bündelung ähnlicher Kategorien vorgenommen.

Über diese Vorgangsweise entstand ein induktives Kategoriensystem, d.h. ein aus dem Text heraus entwickeltes Kategoriensystem. Vorteil im Gegensatz zu einem deduktiven Ansatz, welcher die Kategorien aus der Theorie ableitet, ist, dass induktives Vorgehen „nach einer möglichst naturalistischen, gegenstandsnahen Abbildung des Materials ohne Verzerrungen durch Vorannahmen des Forschers“ strebt (Mayring, 2003, S. 75).

Mittels dieser Vorgangsweise konnte ein reduziertes Abbild des Gesamtmaterials erreicht werden.

## 5 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse gemäß den Forschungsfragen detailliert dargestellt und mittels reichlicher Textzitate belegt. Die Intention der vielen Textzitate liegt darin, der Sichtweise der Frauen viel Raum zu gewähren, da Alleinerzieherinnen in der Öffentlichkeit über kaum eine Stimme verfügen und dementsprechend wenig wahrgenommen werden. Diese Vorgangsweise soll u.a. die Funktion eines „Sprachrohrs“ übernehmen. Im Folgenden ist zur Beantwortung der Forschungsfragen jeweils zu Beginn eine Übersicht der gewonnenen Kategorien zu finden, mit einer anschließenden Beschreibung der einzelnen Kategorien.

### 5.1 Bedeutung der Gesundheit & Bedürfnisse

Diese Kategorie beschäftigt sich mit der Bedeutungszuschreibung von Gesundheit und den Bedürfnissen bzw. Bedingungen, die die Frauen zur Erfüllung ihres individuellen Wohlbefindens und ihrer Gesundheit als zentral erachteten.

Die Auswertung der zehn Interviews ergab sechs Hauptkategorien. Tabelle 9 zeigt die gewonnenen Kategorien im Detail.

*Tabelle 9: Kategorien der Gesundheitsbedeutung und der Bedürfnisse*

K 1 Ganzheitliche Gesundheit	körperliche Gesundheit geistige, seelische Gesundheit Gesundheit der Kinder
K 2 Lebensstil	Ernährung, Bewegung Aktiv & Passivphasen Stress & Entspannung Freizeitgestaltung Abstand & Abwechslung vom Alltag Urlaub Materielle Mittel
K 3 soziale Unterstützung	im öffentlichen Verkehr Ansprechpartner
K 5 Gesundheitsdienste	Gute Versorgung und Beratung Wahl der richtigen Mittel "Gut aufgehoben sein"
K 6 Wohn- und Umgebungsbedingungen	Gesunde Wohnung Sichere Mobilität mit Kindern

### 5.1.1 Ganzheitliche Gesundheit

Neben der körperlichen Gesundheit spielt besonders die psychische und seelische Gesundheit eine Rolle. Die körperliche Gesundheit wird als Freiheit von Behinderung und Symptomen verstanden, zur geistigen Gesundheit zählt das Leben-können von Lebensfreude. Auffallend ist, dass alle interviewten Frauen ihre Vorstellungen zur Gesundheit gut beschreiben können.

*„Also dieser Begriff ist für mich 2-geteilt, es gibt eine geistige Gesundheit und eine körperliche Gesundheit und ja, die körperliche Gesundheit, da zählt halt für mich dazu, dass man sich wohl fühlt und dass man wirklich einfach keine körperlichen Symptome hat, dass man Kraft hat zum Leben und zur geistigen Gesundheit zählt für mich einfach, dass man die Lebensfreude leben kann, dass man sich wohl fühlt, dass man Kraft hat, dass man für seine anstehenden Probleme oder Schwierigkeiten im Leben immer rasch Lösungen findet, ja, das ist es für mich.“ (Frau D.4/Z 9-15)*

*„Gesundheit heißt auch, dass ich die Bedingungen im Leben hab, nicht nur für die körperliche auch für die seelische Gesundheit hab...“ (Frau F.6/Z 5-6)*

*„[...] die geistige, seelische Gesundheit ist die wichtigste Voraussetzung für die körperliche und das versuche ich in meiner Familie aufrecht zu erhalten.“ (Frau J.10/Z 6-8)*

Eine soziale Dimension der Gesundheit findet sich v.a. in der Form wieder, dass das Wohlbefinden und die Gesundheit der eigenen Kinder als wichtiger Bestandteil der eigenen Gesundheit betrachtet wird. Die Gesundheit der Kinder verschmilzt gleichsam mit der eigenen Gesundheit.

*„Wenn sie (die Kinder) keine Behinderung haben, oder Herz-Klappen Fehler, körperliche, geistige Behinderung, das ist die Hauptsächlichkeit der Gesundheit.“ (Frau E.5/Z 3-4)*

*„[...] ich glaub eher an ein holistisches Prinzip, ja [...], deshalb ich kann jetzt die Psyche nicht trennen vom gesamten Personenbild meiner selbst, bzw. mein Sohn ist da integriert, wir sind da so eine Einheit, solange bis er halt da in die totale Selbständigkeit austritt...“ (Frau G.7/Z 21-24)*

*„Also ich fühl mich gesund und wohl, wenn ich weiß, dass es meinen Kindern gut geht...“ (Frau B.2/Z 9)*

### 5.1.2 Lebensstil

Faktoren der individuellen Lebensweise wie Ernährung, Bewegung in der Natur, Entspannung bzw. ein stressfreies Leben wurden von den Frauen am häufigsten mit

Gesundheit in Verbindung gebracht und am häufigsten genannt. Dabei nehmen die Frauen auf die eigene Gesundheit ebenso wie auf die Gesundheit ihrer Kinder Bezug. Wichtig für die Gesundheit erachten die Frauen ein „stressfreies Leben“, das einerseits die Freiheit von zeitlichem Druck bedeutet und andererseits von materiellem Druck durch knappe Geldressourcen.

*„Unter Gesundheit versteh ich, dass man sich gesund ernährt....“ (Frau B.2/Z 2)*

*„Unter Gesundheit verstehe ich, dass ich die Zeit hab zu genesen, wenn ich krank bin, genug Ruhe im Alltag habe, um meine Batterien immer wieder aufzuladen, regelmäßigen Urlaub und die Perspektive, dass ich alt werde und ein möglichst stressfreies Leben“.  
(Frau I.9/Z 3-5)*

*„Am wohlsten fühl ich mich in der Natur und ohne Druck seitens der finanziellen Gebarungen im Umfeld...“ (Frau G7/Z 8-9)*

*„[...] überhaupt die Kinder, ich achte, dass sie sich gesund ernähren, dass sie nicht zu viel fettiges Essen bekommen, also nicht mit zu viel Kalorien“. (Frau B.2/Z 9-10)*

Besonders bedeutsam für ihre Gesundheit werden von den Frauen die vielfältigen Möglichkeiten zur Entspannung gesehen, die dazu dienen, Kraft und Energie für den Alltag zu gewinnen. „Zeit für sich haben“ stellt sich dabei als besondere Quelle der Erholung und Entspannung dar, aber auch das Wechselspiel von Aktivität und Passivität, Bewegung in der Natur, Urlaub und Abstand vom Alltag sind dem eigenem Wohlbefinden besonders zuträglich.

*„Zeit für mich selbst zu haben, um mich um mich selbst kümmern zu können...“  
(Frau C.3/Z 2)*

*„Es ist auch, wenn man wo rausfährt in die Berge, frische Luft, [...] aber so in die Wildnis, frische Natur, viel unterwegs, Spaziergänge“. (Frau E.5/Z 11-12)*

*„Urlaub in Griechenland, schon dieses Wegsein im Alltag, Abwechslung, Abstand, oder eben dieser Zeitbegriff, Zeit haben für Diverses, dieses Wegfallen quasi von Hektik und Stress, da ist ein Wohlfühlen möglich“. (Frau F.6/Z 11-13)*

*„[...] wenn die Sonne scheint, das klingt sehr blöd, aber die Sonne ist der wichtigste Energieträger und wenn die scheint, dann ist alles gut in meinem Leben“.  
(Frau J.10/Z 10-11)*

Die Inanspruchnahme mancher gesundheitsförderlicher Freizeitangebote, aber auch gesunde Ernährung und Urlaub sind mit einem finanziellen Aufwand verbunden und sind daher von den Frauen nur schwer oder gar nicht leistbar.

*„[...] kostenmäßig kann man sich halt nicht z. B. im Fitnessstudio anmelden“.  
(Frau H.8/Z 294-295)*

*„[...] abgesehen davon, dass man sich nicht so gutes Essen leisten kann und das Freizeitangebot wie z.B. in die Sauna gehen, das sind alles Dinge, die wegfallen, wenn man wenig Geld hat, aber gut für die Gesundheit wären“.  
(Frau I.9/Z 182-184)*

*„[...] ans Meer vielleicht eventuell, wenn man sich es leisten kann, das ist die andere Sache...“  
(Frau E.5/Z 13)*

### **5.1.3 Soziale Unterstützung**

Soziale Unterstützung bedeutet Ansprechpartner zur Verfügung zu haben, aber auch Hilfe dann zu bekommen, wenn man darum ersucht.

*„[...] dass einem auch geholfen wird, weil manche Leute, das ist mir schon selber aufgefallen, dass sobald sie sehen, da kommt ein Kinderwagen, da weichen alle so aus und wollen gar nicht helfen, da einzusteigen, wenn es noch eine ältere Straßenbahn ist und das ist dann für die Eltern und auch für die Kinder eine Situation, wo man sich denkt, super. Da kann man irgendwie nur krank werden, wenn man das sieht, wie geholfen wird“.  
(Frau A.1/Z 7-12)*

*„Gesundheit heißt auch [...], ich muss Ansprechpartner ebenso haben, wie tägliche Nahrung...“  
(Frau F.6/Z 6)*

### **5.1.4 Gesundheitsdienste**

Diese Kategorie bildet den Wunsch nach guter ärztlicher Versorgung und Beratung im Krankheitsfall der Kinder ab.

*„Unter Gesundheit versteh ich, dass man in erster Linie bei den Ärzten gut aufgehoben ist, wenn die Kinder krank sind, dass sie gut versorgt werden, dass man gut beraten wird, was man machen kann, dass man die richtigen Mittelchen kriegt, um das Kind wieder gesund zu machen oder eben das zu erhalten, dass es nicht krank wird“.  
(Frau A.1/Z 1-4)*

### **5.1.5 Wohn- und Umgebungsbedingungen**

Wohn- und Umgebungsbedingungen sind eine wichtige Voraussetzung für die Gesundheit. Nach Hause kommen soll nach der Vorstellung der Frauen mit

Wohlbefinden verbunden sein. Von Bedeutung ist, in welchem Umfeld die Wohnung gelegen ist und welche Bedingungen vorliegen. Zu den Umgebungsbedingungen zählen z.B. öffentliche Verkehrsmittel, mit denen eine sichere Mobilität mit Kindern durch die Stadt möglich sein soll.

*„Gesundheit ist für mich, wenn wir beide uns wohlfühlen wo wir leben ...“ (Frau H.8/Z 7)*

*„Ich brauche eine gesunde Wohnung, eben das Lebensumfeld ist wichtig, ob es dort viele Abgase gibt oder kann ich auch ins Grüne raus? Also Gesundheit ist auch mit Wohlfühlen verbunden...“ (Frau F.6/Z6-8)*

*„und auch ein bisschen mit dem öffentlichen Verkehr glaub ich, dass man gut durch die Straßen kommt“. (Frau A.1/Z 4-5)*

## **5.2 Alltagsbelastungen und gesundheitliche Auswirkungen**

Die Alltagsbelastungen der Frauen sind in einem weiten Spektrum angesiedelt. Neben einem von Geld- und Zeitmangel geprägten Alltagsleben ist es v.a. die alleinige Verantwortung für alle Lebensbereiche, die dazu führt, dass die Frauen permanent „funktionieren müssen“. Tabelle 10 zeigt die Themenschwerpunkte im Überblick.

### **5.2.1 Alleinige Verantwortung**

Die alleinige Verantwortung für alle Lebensbereiche stellt eine besondere Herausforderung für die Frauen dar. Besonders belastend wird die alleinige Verantwortung dann empfunden, wenn Probleme außerhalb des Alltags auftreten. Neben einem zeitlichen und finanziellen Mehraufwand bedeutet die alleinige Verantwortung eine besonders emotional belastende Situation, wenn kein Partner zur Verfügung steht, mit dem man sich hinsichtlich Lösungsmöglichkeiten austauschen kann. Die Analyse der Belastungen zeigt, wie verwoben die einzelnen Themenkomplexe miteinander sind: Probleme in der Schule wirken sich z.B. auf die Gesundheit der Kinder aus. Von der Gesundheit der Kinder hängt wiederum ab, ob man seiner beruflichen Tätigkeit nachkommen kann. Die alleinige Verantwortung für die Kinder und die existenzielle Absicherung führt dazu, dass man in jeder Situation funktionieren muss.

*„[...] ich kann auch nicht wirklich liegen, bis ich mich ganz auskuriert hab, ich muss aufstehen, weil es muss ja jemand einkaufen gehen usw., das ist einfach so, wenn man drei Kinder hat, muss man doch irgendwie doch auch funktionieren...“ (Frau I.9/Z 38-41)*

Tabelle 10: Kategorien der Alltagsbelastungen und der gesundheitlichen Auswirkungen

K 1 Alleinige Verantwortung	Für alle Lebensbereiche "Funktionieren müssen" im Alltag
K 2 Zeit & Geldmangel	keine Ruhepausen Stress Existenzangst Zwickmühle Zeit oder Geld?
K 3 Überforderung	eigene und Fremdansprüche Kompetenzmangel "ständig am Limit"
K 4 Ämter	Änderungen Auflagen & inadäquate Vorgaben Drohungen
K 5 Schule	Regelschule Mobbing Verhalten der Lehrer Auswirkungen auf Kind
K 6 Entwicklung und Gesundheit der Kinder	psychosoziale Entwicklung Behinderung
K 7 Expartner	mangelnde Unterstützung Kontaktverweigerung Bedrohung
K 8 Schwangerschaft & rund um Geburt	Schwierige Ausgangsbedingungen Geburtsvorbereitung Unerwartete Probleme
K 9 Gesundheitliche Auswirkungen	Befindlichkeitsstörungen, Depressionen, Burnout Infektanfälligkeit, Galle & Leber Gesundheitsverhalten Depressionen, Burn-Out

*„Die kritischen Momente sind dann die, wenn das Kind krank ist sowieso, aber wenn wir beide erkranken, also da gabs schon einige Situationen, die schon haarig waren, v.a. als er ein Säugling war und das ist dann wirklich oft grenzwertig...“ (Frau G.7/Z 25-28)*

*„[...] er ist sehr oft mit diesem Druck im Schulalltag nicht zurechtgekommen und wenn ich nicht da war und ihm diesen Druck abgenommen hab, dann ist er krank geworden und ich hatte dadurch wieder den Druck, weil wenn er ständig krank ist, ich muss ja arbeiten gehen...“ (Frau D.4/Z 40-43)*

*„[...] wenn ich ein Familienleben hab und es kommt am Abend der Mann heim, das hab ich mir oft gewünscht, ok, eine Schulter, wo ich mich anlehnen kann, wo ich auch einmal*

*einfach nur 10 Minuten heule und wo ich sag, das und das war in der Schule, das und das ist passiert, ich kann nicht mehr, kannst du am Mittwoch dorthin gehen und das regeln?...*  
(Frau D.4/Z 673-677)

*„Das Größte an den Belastungen empfind ich derzeit, dass ich allein bin, also mit all dem, was so rundum passiert, dass ich niemanden was abgeben kann oder niemand was nimmt, das wäre ja noch besser.“* (Frau F.6/Z 26 – 28)

### **5.2.2 Zeit- und Geldmangel**

Zeit- und Geldmangel ziehen sich wie ein roter Faden durch das Leben der alleinerziehenden Frauen, unabhängig davon, ob die Frauen erwerbstätig oder zu Hause sind und welchen Bildungsgrad sie haben. Zeit- und Geldmangel stellen für sich alleine ein Problem dar, bedingen einander aber auch: Mehr Geld zur Verfügung zu haben, bedeutet in der Regel ein höheres Stundenausmaß an Erwerbstätigkeit zu Lasten der Zeit für die Familie. Umgekehrt bedeutet mehr Zeit für die Familie weniger Zeit für die Erwerbstätigkeit und damit weniger Erwerbseinkommen. Zeitmangel stresst und führt dazu, keine Ruhepausen zu haben. Wenn die eine Arbeit getan ist, folgt übergangslos die nächste.

*„[...] weil es immer was zu tun ist, ob das der Haushalt ist, ich kann mir keine Putzfrau leisten oder ob es eben Hausaufgabenbetreuung für die Kinder ist, oder dass ein Kindergereburtstag zu organisieren ist, oder einkaufen, es geht sofort vom Beruf ins Privatleben über und ich hab, kann man sagen, um 6.00 früh Uhr läutet der Wecker, die Kinder sind um 21.00 h, geben sie dann ca. eine Ruh, die Tochter ist doch schon 13 Jahre alt und dazwischen geht's eigentlich durch.“* (Frau I.9/Z 27-31)

*„[...] Kindergarten fahren, wir fahren doch von hier vom 2. Bezirk in den 10. Bezirk, da fehlen mir doch jedes mal zwei Stunden, hinbringen, abholen, einkaufen gehen, Haushalt machen, da kommt einiges zusammen...“* (Frau E.5/Z 31-33)

*„[...] ich bin jetzt seit sechs Wochen dabei eine Gesundenuntersuchung zu machen, das mach ich alle 3 Jahre, ich schaff es nicht, ich hab jetzt die ganzen Überweisungen, ich schaff es nicht Termine auszumachen und die einzuhalten, weil immer was dazwischen kommt, weil ich nicht einmal die Zeit hab einen Arzt anzurufen und einen Termin auszumachen, weil so 100.000 Sachen anfallen, dass das kein Projekt von ein paar Tagen ist...“* (Frau I.9/Z 121-125)

Geldmangel geht mit der Sorge einher, sich grundlegende Dinge des Lebens nicht mehr leisten zu können. Im Extremfall liegt Überschuldung vor, Einkünfte gehen gleich wieder



zur Schuldenabzahlung auf. Geldknappheit ist ein Thema, das sich bei allen Frauen unabhängig von ihrem Bildungshintergrund oder beruflichem Hintergrund zeigt:

*„[...] ja mir geht es relativ gut, weil ich einen Job habe in dem ich ganz gut bezahlt bin und weil ich Unterhaltsvorschuss bekomme, trotzdem ist das Geld immer sehr knapp, also und Geldknappheit löst einen enormen Stress aus, enormer Stressauslöser...“  
(Frau I.9/Z 179-181)*

*„Belastend ist natürlich auch aufgrund der Frühpension, dass ich weniger Geld hab, also das ist auch nicht ganz so toll und ich nicht weiß, ob ich die Wohnung weiter leisten kann, [...] das ist schon eine Belastung, wo immer ein Damoklesschwert darüber hängt.“  
(Frau F.6/Z 36-38, 40)*

*„Für mich ist die allergrößte Belastung die ständige Ungewissheit, kann ich meine Rechnungen im nächsten Monat zahlen?“ (Frau G.7/Z 29-30)*

*„[...] wo ich andauernd einen Spagat machen muss, irgendwie jetzt eben wieder nicht weiß, ob ich das schaff nächsten Monat mit der Miete, die Bank ständig mit der Knarre an der Schläfe, wenn ich ein bisschen zu viel bin usw. und dann wird mir der Rahmen gekürzt, und, und, und das ist unerträglich...“ (Frau G.7/Z 374-377)*

*„[...] man arbeitet und unterm Strich bleibt wieder nichts übrig, kannst wieder nicht Urlaub machen, tust nur Schulden abzahlen...“ (Frau G./Z 410-411)*

Besonders belastend wird die Situation empfunden, wenn die Frauen mehr Zeit für ihre Kinder bräuchten, die beengten finanziellen Ressourcen dem aber widersprechen. Speziell Schulprobleme oder gesundheitliche Beeinträchtigungen der Kinder bringen die Frauen in eine schwierige Situation: Einerseits sollten sie mehr Zeit für ihre Kinder aufbringen, auf der anderen Seite fehlt dann wieder das dringend notwendige Geld, um das Leben finanzieren zu können. Die Zwickmühle wird zu einem Spagat zwischen existenzieller Absicherung und Kindesbetreuung.

*„Also, das hat in der Praxis so ausgesehen, dass ich früher einen sehr gut bezahlten Job hatte, ich war Assistentin der Geschäftsleitung, hab einen 40 Stunden Job gehabt und wie er (der Sohn, Anm.) angefangen hat in die Schule einzutreten, ist es ihm dann nach einem Jahr überhaupt nicht mehr gut gegangen, körperlich nicht und psychisch auch nicht und ich hab gemerkt, es ist für mich eine Belastung, ich kann es nicht mehr unter einen Hut bringen, ich kann nicht mit ihm zweimal in der Woche zur Therapie oder zum Arzt und gleichzeitig 40 Stunden arbeiten, das hab ich dann nicht mehr ausgehalten...“  
(Frau D.4/Z 46-53)*

„[...] dann hab ich dort gekündigt und hab mir einen Beruf gesucht, wo ich in Teilzeit arbeiten konnte von 8.00 – 13.00 Uhr damals am Anfang, das war super fürs Kind, weil er ist in der Früh weggegangen, ich war da, er ist zu Mittag heimgekommen, ich war schon wieder da, ich hab ihm ein gutes Essen gemacht, wir haben uns am Nachmittag hingesetzt und ich war praktisch wie eine Privatlehrerin, weil sonst hätte er das nicht gepackt, nur es hat auf der anderen Seite wieder das Geld gefehlt...“ (Frau D.4/ Z 54-59)

„[...] ich musste lang hin pendeln, im Grunde wars wie ein 40 Stunden Job schon allein mit dem Hinfahren [...], ich bin dann halt abgestresst spät am Nachmittag gekommen, dann noch kochen, vorher einkaufen mit ihm, dann hat er die Hausaufgaben natürlich nicht im Hort gemacht, im teuer bezahlten Hort, weil das hat ihn irritiert dort mit den vielen Kindern, weil er die Ruhe dort nicht gefunden hat, dann ist er gesessen bis um 9, halb 10. Ich musste ihn durchpeitschen, wir haben Konflikte gehabt ohne Ende, das waren nur noch Schreitiraden und das ging einfach nicht mehr.“ (Frau G.7/Z 407-408, 413-418)

### 5.2.3 Überforderung

Gefühle der Überforderung ergeben sich einerseits aus der Vielfalt der Bereiche, den die Frauen alleine abdecken, andererseits aus den hohen Ansprüchen, die sich die Frauen selbst auferlegen. Man muss es „alleine schaffen“, ansonsten stellt sich ein Gefühl des Versagens ein.

„[...] also ich arbeite ständig am Limit meiner Belastbarkeit und hab aber trotzdem immer das Gefühl, dass ich nichts wirklich gut mach und das ist ein Dauerstress, der auf die Dauer nicht gesund ist.“ (Frau I.9/Z 47-49)

„[...] das permanente Gefühl, dass ich eigentlich noch mehr leisten müsste, oder dass die Welt mir signalisiert, eigentlich müsstest das doch noch schneller oder besser hinbekommen, also ich bin nicht unzufrieden, aber überfordert trifft es eher.“ (Frau I.9/Z 52-55)

„[...] also dieses, wennst es nicht selber schaffst, dann hast versagt und dann ist es noch schwieriger Hilfe zu holen.“ (Frau F.6/Z 150-151)

Auch Erwartungen anderer Personen oder von Einrichtungen, denen man gerecht werden muss, führen zur Überforderung.

„[...] wenn z.B. meine Mutter da ist, dann ist es noch stressiger für mich, da muss ich immer an alles denken, überlegen,...“ (Frau H.8/Z 65-66)

„[...] Tipps und Hilfe kann ich immer annehmen, aber die (das Jugendamt, Anm.) wollen, dass ich alles von heute auf morgen erledige und das ist zu viel.“ (Frau B.2/Z 165-166)

Überforderung tritt aber auch aufgrund eines Kompetenzmangels auf:

*„[...] es ist nicht leicht mit Kindern, es ist leicht, dass sie auf die Welt kommen, wenn sie Babys sind, aber dann ab sechs Monaten beginnt die Erziehung und dann wird es schwieriger und die müssen alles lernen. Ich hab Probleme mit der Erziehung, ich weiß nicht wie ich sie erziehen soll, wie ich ihnen das und das beibringen soll“. (Frau B.2/Z 42-45)*

#### **5.2.4 Ämter**

Öffentliche Ämter bieten idealerweise Beratung, Information und Unterstützung an. Schwierig wird die Situation dann, wenn die Frauen das Gegenteil erfahren und Auflagen bzw. Vorgaben als bedrohlich erfahren oder gar keine Unterstützung erhalten.

*„Ich würd mich besser fühlen, wenn das Jugendamt endlich sieht, dass ich alles mit mache, dass sie sich dann zurückziehen“. (Frau B.2/Z 115-117)*

*„[...] wenn ich das nicht annehme, dann sind die Kinder weg, dann haben sie mir 2011 schon gedroht, ich war im Haus xy, hab ich gewohnt und damals haben sie mir gesagt, wenn ich nicht hier einziehe, sind die Kinder weg“. (Frau B.2 /Z 122-124)*

*„[...] ich hab gesagt zu den Leuten, da ist der Schimmel in der Wohnung, bitte helft mir, auch zu den Ämtern. Bitte helft mir, ich war bei den Magistraten, ich hab dann sogar um 500,- Euro ein Gutachten machen lassen, von einem Ingenieur von der Gebietsbetreuung empfohlen, das ist alles belegbar, das ist alles keine Lüge. Ich hab immer noch Kontakt mit dem Mieterschutz deshalb, 2 Jahre gekämpft, mein Kind hat jeden Tag Schleim erbrochen, das haben sie mir nicht geglaubt, das kann ja jeder sagen, man weiß nicht, woher das kommt...“ (Frau G.7/Z 436 – 443)*

Belastend stellt sich die Situation dar, wenn sich die Vorgaben unpassend für die jeweilige Situation erweisen und daraus neue Probleme entstehen oder sich schwierig mit der Kindesbetreuung vereinbaren lassen.

*„[...] ich hatte die Vorschrift vom AMS auch mein Kind in Betreuung zu geben, [...] ich hätte mein Kind lieber noch mehr in meinem Umfeld gehabt, einfach weil, es gab viele Schwierigkeiten sind aus dem entstanden, weil nämlich z.B. wie mein Kind eineinhalb war und in die Kinder-Krippe musste, dann vorher, dass der Vater nicht da war, war kein Thema, weil er kannte nichts anderes. Das erste, was dort aufgetaucht ist, wer ist dein Papa, wo ist dein Papa? Da ist ihm das erst bewusst geworden. Das war für mich zu früh, ich hätte das lieber später mit einem anderen Bewusstsein, auch des Kindes, angegangen das Thema, und das war für mich wieder ein Stressor“. (Frau G.7/Z 259-270)*

*„[...] vom AMS gibt's zum Teil Vorschriften, auch für Wiedereinsteigerinnen, wo man um 7.45, 8.00 Uhr sein muss, wo nicht einmal der Kindergarten oder die Schule offen hat. Da muss ich mit denen rumstreiten, das ist eine Megabelastung, also ich streit eh nicht, also ich muss denen erklären, hinfahren, dieser ganze Aufwand, weil das nicht geht, jetzt muss ich demnächst einen Kurs machen, zehn Wochen englisch, ich spreche fließend Englisch, vom AMS ein gekaufter Kurs, zehn Wochen fünf Stunden pro Tag, sitzen von 8.00 -12.00 Uhr, den Kurs muss ich machen, weil die anderen Kurse kann ich zeitlich nicht vereinbaren mit meiner Kinderbetreuung“. (Frau G.7/Z 496 – 503)*

## **5.2.5 Schule**

Ein starres Regelschulsystem, das auf Kinder mit speziellem Förderungsbedarf nicht eingeht, Mobbing, Leistungsdruck, unpädagogisches Verhalten und mangelnde Kommunikationsbereitschaft der Lehrer stellen eine hohe Belastung dar.

*„Hauptsächlich muss ich sagen, hab ich gelitten unter diesem Schulsystem, das wir im Moment haben, weil ich einfach gemerkt hab, dass wir Pädagogen an unseren Schulen haben, die keine Pädagogen sind, die sich zwar Pädagogen nennen, aber so ein unprofessionelles unpädagogisches Arbeiten...“ (Frau D.4/Z 89-92)*

*„[...] er hat eine schwere Legasthenie gehabt und hat sich natürlich wahnsinnig schwer getan beim Schreiben [...], ich merke, in diesen ganz normal etablierten Systemen, die es ja auch in der Volksschule schon gibt, hat es nicht funktioniert, ich hab ihn in der Volksschule das erste Mal in der ersten Klasse rausgenommen“. (Frau D.4/Z130-136)*

*„[...] es war eh schon in der ersten Schulklasse klar, mein Sohn ist zu früh eingeschult, eigentlich nicht, weil er nicht den Grips hat, die Leistung hat er erbracht, das war auch der Grund, warum er dort nicht weitergehen konnte, weil ich hab gesagt, mein Kind muss eine Klasse nochmals machen aus meiner Sicht, er packt es nicht, er packt den Leistungsdruck nicht, sonst alles, aber er packt den Druck nicht“. (Frau G.7/Z 396-401)*

*„[...] mit den Professoren war nicht zu reden und das ist dann eben in diesem Fall, in diesem einem Gymnasium, es war im 16. Bezirk, so gekommen, dass ich ihn rausnehmen musste, einfach auch, weil die schon so grantig waren auf mich, weil ich mich da ständig eingemischt hab und ständig einen Termin wollte und ständig über das reden wollte und die wollten aber nicht und dann haben sie ihm zusätzlich noch Druck gemacht“. (Frau D.4/Z 113-120)*

Besonderen Handlungsbedarf fordert es den Frauen ab, wenn die Kinder als Folge der Probleme mit psychischen Symptomen oder Krankheit reagieren.

*„[...] ich hab gemerkt, wenn ich das Kind dort an der Schule lasse, der wird mir zum Schulverweigerer, der wird total krank und er war auch krank, also in diesen Zeiten, wo er so viel Druck gehabt, das war fürchterlich und es war einfach nicht möglich, mit den Professoren dort darüber zu reden.“ (Frau D.4/Z 101-104)*

*„[...] ich hab einfach gemerkt, wenn das Kind nicht mehr schlafen kann, er hat eine Zeit lang gehabt, da hat er wieder eingenässt mit 6 oder 7 Jahren, und da hab ich mir gedacht, es stimmt doch irgendwas nicht und hab versucht mit der Lehrerin zu reden...“ (Frau D.4/Z 142-144)*

Mangelnder Respekt gegenüber alleinerziehenden Müttern von Seiten der Lehrer erschwert die Situation zusätzlich:

*„[...] wenn sie dort auftreten als alleinerziehende Mutter, die Professoren verhalten sich ihnen gegenüber anders, wie wenn sie da jetzt auftauchen und da ist ein Partner dabei oder die wissen, da gibt's einen Vater im Hintergrund, also das trauen sie sich nicht, was die bei alleinerziehenden Müttern oft aufführen, dass die das machen, wenn sie wissen, morgen könnte der Mann da stehen. Da ist ein ganz ein anderer Respekt da, da ist eine ganz andere Ebene da, ich hab wirklich zum Wursteln gehabt und zum Kämpfen, dass ich ernst genommen werde und es ist mir in den seltensten Fällen geglückt.“ (Frau D.4/Z 679-686)*

## **5.2.6 Expartner**

Mangelnde Unterstützung durch den Expartner stößt auf Unverständnis und Wut bei den Frauen, wenn es um das Wohl der Kinder geht. Besonders emotional belastend stellt sich die Kontaktverweigerung dar.

*„[...] ich hab mir immer gedacht, der Vater, der ist doch auch da und warum lasst der so aus und warum unterstützt der mich nicht?“ (Frau D.4/Z 84-87).*

*„[...] zum Glück war sie (die Tochter, Anm.) im gleichen Hort wie ich gearbeitet hab und Therapie war nicht weit, und dann hab ich mit den Stunden jongliert und sie dort hingbracht und wieder abgeholt, weil der Vater, der in der Nähe wohnt, hat gemeint, er macht das nicht, weil das ist ihm zu stressig, von zuhause da hin gehen und vielleicht vom Hort abholen und dort hinbringen...“ (Frau F.6/Z 234 – 238)*

*„Der Vater verweigert jeden Kontakt mit dem Kind und mit mir auch und ist quasi wie ein lebender Verstorbener in der Ferne. Früher wie das Kind kleiner war, war es für mich eher schmerzhaft und jetzt ist es für das Kind sehr schmerzhaft...“ (Frau G.7/Z 245 – 247)*

Ein anderes Spektrum an Belastungen stellen gerichtliche Auseinandersetzungen, Drohungen oder negative Auswirkungen auf die Kinder aus früheren konfliktreichen Partnerschaften dar:

*„[...] man merkt jetzt auch schon beim Großen, dass er sehr viel mitgenommen hat von dieser negativen Beziehung und das ist schon ein Ding.“ (Frau A.1/Z 158-159)*

*„[...] da war auch noch die Belastung, dass ich urlang gekämpft hab, dass ich Unterstützung krieg, weil da gabs sexuelle Grenzverletzungen von ihm an ihr und erst die Kinder- und Jugendanwaltschaft hat das angeschaut und Therapie gemacht...“ (Frau F.6/Z 238-240)*

*„Wenn es z.B. so eine Situation ist, wo jetzt angenommen mein Exmann mir droht oder keine Ahnung, das ist halt, der will dir nur Angst machen oder will schauen, wie weit er bei dir gehen kann oder er weiß ganz genau, dass er dich so kriegt und du musst aber wieder die andere Seite bei dir rausholen und sagen, so sicher nicht und dich da nicht unterkriegen lassen...“ (Frau A.1/Z 125 -129)*

### **5.2.7 Entwicklung und Gesundheit der Kinder**

Die Gesundheit und psychosoziale Entwicklung ihrer Kinder ist für die Frauen von zentraler Bedeutung. Extrem belastend stellt sich die Situation dar, wenn die kindliche Entwicklung durch Behinderung, Krankheit oder durch psychische Instabilität gefährdet ist oder von Aggression begleitet ist. Neben der emotionalen Belastung ist häufig ein finanzieller und zeitlicher Mehraufwand damit verbunden, wenn etwa dringend notwendige Therapien aus dem ohnehin engen Haushaltsbudget in knappen zeitlichen Ressourcen untergebracht werden müssen oder zusätzliche Förderung gebraucht wird.

*„Belastungen sind eben die zwei Töchter, also die Wahltochter, die also vorher Schule nicht gemacht hat, die abgängig war und jetzt die Matura gemacht hat und jetzt in einem Kolleg ist, also die sich erfangen hat, aber immer wieder Rückfälle hat, der ihre Mama ist gestorben wie sie vier Jahre alt war und hat da emotional ganz viel nachzuholen und von ihrer Pubertät, obwohl sie jetzt 20 ist, kommt auch einiges und eben meine Tochter, die aufgrund von Absence Epilepsie Gehirnschädigungen hat, die halt eine Entwicklungsbeeinträchtigung bedeuten und da immer wieder zu realisieren, dass sie eben nicht wie 17 zu behandeln ist, sondern wie 13 oder 14 und immer wieder von vorne anfangen zu müssen und auf nichts aufbauen zu können, das ist extrem belastend.“ (Frau F.6/Z 28-36)*

*„[...] dieses Registrieren, dass sie eben nie alleine Aufgabe machen kann, ich mein, sie kann noch immer nicht mit Geld oder Zeit oder so was, das geht einfach nicht oder*

*Rechtschreibern und ich hab sie sicher sehr gefördert, klar das alles und sie war vorher eben ein äußerst intelligentes Kind und das war überhaupt ein Schlag, [...] das heißt, dass sie weiterhin viel Förderung und Unterstützung braucht“.* (Frau F.6/Z 221-224)

*„Diese Ausleitungstherapie kostete damals, also das ist über 1,5 Jahre gegangen 1.500,-- Euro. Jetzt kommt wieder dieses Problem dazu: Man will natürlich dem Kind das Beste geben und schulmedizinisch hat ja nichts genützt, man hat ja überhaupt nicht feststellen können, was er hat. Jetzt musste ich halt das oder hab halt versucht, ihm das zu ermöglichen, weil ich gemerkt hab, das greift und das nutzt, jetzt kommt man halt wieder in die andere Schiene rein, wie finanzier ich das ?“* (Frau D.4/Z 176 -182)

*„[...] wenn sie (die Kinder, Anm.) sich so aufführen und er ist ziemlich aggressiv, der Sohn jetzt, und er weiß sich aber nicht so auszudrücken, mit ihm ist es ganz schwierig momentan und er versteht die Hälfte nicht und weiß sich auch nicht zum Ausdrücken und es ist halt schon ziemlich anstrengend, muss ich sagen, das nagt ziemlich an den Nerven“.* (Frau E.5/Z 89-92)

### **5.2.8 Schwangerschaft und rund um die Geburt**

Die Zeit der Schwangerschaft und rund um die Geburt ist keine typische Belastung im Alltag, wird aber dennoch thematisiert, wenn diese Phase von besonders hoher Belastung geprägt war. Fehlende soziale Unterstützung, kaum finanzielle Mittel und unerwartete Probleme nach der Geburt zeigen sich als Hauptbelastungsfaktoren.

*„[...] nachdem ich auch vollkommen wirtschaftlich allein gelassen wurde, bin ich hier mit zwei Koffern gelandet und hab nichts gehabt und meine Familie ist zum einem nicht in der Situation gewesen, mich da zu unterstützen, war auch verständnislos und hat auch einfach die Kapazitäten nicht gehabt und ich hab mich dann auch um Konflikte zu vermeiden, weitgehend, also sobald ich die Schwangerschaft festgestellt hab, da ausgeklammert und bin selbst meinen Weg gegangen [...], es war ein Spaziergang durch die Hölle, vor allem durch die finanzielle Hölle, weil es gab eigentlich keine Unterstützung bis jetzt auf Schwangere in Not, wo ich auch war...“* (Frau G.7/Z 50-57)

*„Ich konnte mich auch nicht so gut auf die Geburt vorbereiten, wollt's auch nicht, weil ich wollte nicht mit Frauen mit Partner im Geburtsvorbereitungskurs sein, das war für mich sehr belastend. Und war überhaupt nicht vorbereitet, dass das Kind Koliken haben könnte. In der Sekunde nach der Geburt hat das begonnen bei meinem Kind und ich war eh schon ziemlich überlastet und hab mir gedacht, nach der Geburt kann ich mich entspannen, aber genau das Gegenteil war der Fall, das war ein Albtraum“.* (Frau G.7/Z 128-134)

*„[...] da war ich eben einfach nur gestresst, das war am Anfang, wie der Kleine noch ganz klein war, das war dann noch mehr anstrengend, oft in der Nacht aufstehen, müde, nur müde sein und so, ja, und wenn man dann jemanden zum Reden hat, da hat sie (die Psychologin, Anm.) mich aufgemuntert, dass das schon in Ordnung ist, dass man müde ist, dass man gestresst ist und weint ...“ (Frau H.8/Z189-193)*

Eine Frau führt die geringe Stressresistenz ihres Sohnes auf die belastete Zeit in der Schwangerschaft zurück:

*„Ich war in der Schwangerschaft unter einer extremen Belastung, das war wirklich grenzwertig für mich, das war wirklich so eine Gratwanderung zwischen Leben und Tod, aber es war dann irgendwie so das übergeordnete Thema und mein Sohn ist überhaupt nicht stressresistent, [...] wenn ich versuch in der Früh Tempo zu machen, ist mein Sohn in der Sekunde in einer Art Panik und ich führ das auf das zurück, auf meine Traumata in der Schwangerschaft“. (Frau G.7/Z 103-109)*

## **5.2.9 Gesundheitliche Auswirkungen**

Die Belastungen wirken sich in einer Reihe von Befindlichkeitsstörungen aus und werden damit häufig zu einer weiteren Belastung, da die Frauen wegen der alleinigen Verantwortung für ihre Kinder „funktionieren“ müssen.

*„[...] weil ich eben auch in vielen Situationen ziemlich starke Migräne krieg und das war dann der Punkt, wo ich gesagt hab, das brauch ich wirklich, da sollte ich näher dran bleiben und Informationen drüber holen, wie und wann man das am besten anwendet, dass man da eben nicht ganz so liegt, wenn es schon fast zu spät ist mit den Schmerzen, weil ich eben auch Kinder hab...“ (Frau A.1/Z 235-239)*

Erhöhte Reizbarkeit, Nervosität, Blutdruckanstieg, Unkonzentriertheit, Kraftlosigkeit, Depressionen bis hin zum Nervenzusammenbruch und diagnostiziertem Burnout-Syndrom werden von den Frauen als Folge der Dauerbelastungen berichtet. Auch Autoaggression und Aggressionen, die sich gegen die Kinder und Mutter richten, werden berichtet. Ein geschwächtes Immunsystem führt zu gehäufte Infektanfälligkeit. Bei den somatischen Erkrankungen zeigen sich Probleme mit der Galle und Leber.

*„Ich merk das oft, dass ich dünne Nerven hab, dass ich leicht grantig bin, dass ich reizbar bin, merks aber auch [...] dass ich immer mal wieder so Grippeanfalle gehabt hab, zwei Tage lang, dann bin ich wieder gesund gewesen, nächste Woche war das wieder, so eine gehäufte Infektanfälligkeit“. (Frau I.9/Z 34-38)*



*„Ich bin dann eher aggressiv, manchmal will ich auf die Kinder oder auf meine Mutter losgehen, ich schrei sie nur noch an, [...] jetzt hab ich halt, ich nehm Tabletten gegen meine Nerven, weil ich bin manchmal mit den Nerven schon am Ende und wenn ich die Tabletten nicht nehme, kann dann alles Mögliche passieren“. (Frau B.2/Z 136-140)*

*„[...] ich war müde, erledigt, ich hab kaum Kraft zur Verfügung gehabt, [...] es hat eine Zeit gegeben, sicher von ein oder zwei Jahren, wo ich mich jeden Nachmittag hinlegen musste, weil ich überhaupt keine Kraft mehr hatte, das Kind einfach sehr viel Kraft gebraucht hat von mir“. (Frau D.4/Z 69, 72-73)*

*„Ich hab mit der Leber Probleme bekommen, ich hab einen Gallenstein gehabt damals...“ (Frau D.4/Z 84-85)*

*„[...] also so diese Summen haben sich dann zusammengefügt zum Zusammenbruch, also nicht mehr schlafen können, nur mehr weinen, nur mehr fertig sein, was auch eine totale Belastung für meine Tochter war, die konnte nichts anfangen damit“. (Frau F.6/Z 249-251)*

*„Ich bin eben wegen Burnout in Frühpension, also vom Hörsturz und Tinnitus und Asthma und Depressionen, so in der Richtung und der letzte Monat war wieder mal ein sehr herausfordernder, weil dieses Zuviel, das auch mit Arbeit und so verbunden war, ist auch in meinem Leben so vorhanden mit Tochter, Töchtern...“(Frau F.6/Z16-19)*

Beim Gesundheitsverhalten zeigt sich ein erhöhter Rauchkonsum als Reaktion auf Stress und Überforderung.

*„Ich rauch dementsprechend mehr, wenn ich schlecht drauf bin, wenns wirklich zu viel ist, weil ich bin auch Raucherin und fang damit mehr an, dann ist mein Blutdruck immer schnell hoch oben und das wirkt sich dann schon auch auf die Kinder aus. Stress überträgt man ja dann auch auf die Kinder ...“ (Frau E.5/Z 44-47)*

### **5.3 Ressourcen**

Für die Gesundheitsförderung ist der nachfolgende Teil von großer Bedeutung, da Gesundheitsförderung bei den positiven Anteilen oder Ressourcen einer Person oder Zielgruppe ansetzt. Im Folgenden werden die Stärken, Fähigkeiten und Coping-Strategien im Umgang mit Belastungen beleuchtet. Tabelle 11 zeigt drei grundlegende Kategorien an Ressourcen.

Tabelle 11: Kategorien der Ressourcen, Fähigkeiten und Stärken

K 1 Strategien	Auszeit nehmen positive Einstellung Künstlerische Betätigung - Humor
K 2 Fähigkeiten/Stärken	Persönlichkeitsmerkmale Managementqualitäten "social skills"
K 3 Unterstützung einholen	Familie Freunde Einrichtungen Selbsthilfegruppen

### 5.3.1 Strategien

Zu den am häufigsten genannten Coping-Strategien im Umgang mit Belastungen zählt die Auszeit, die in den verschiedensten Varianten von den Frauen in Anspruch genommen wird: Pause einlegen, die Beschäftigung mit angenehmen Dingen, mentale Entspannung, Erholung in der Natur.

*„[...] ich hab auch Gott sei Dank meine Mittelchen, wo ich sag, so die Kinder können nix dafür, wir setzen uns hin oder gehen in den Park, weil da kann ich auch wieder durchatmen und sagen, passt...“ (Frau A.1/Z 117-119)*

*„[...] Was ich auch gemacht hab, dass ich mir damals angewöhnt hab, mindestens einmal in der Woche in eine Mediationsgruppe zu gehen, ich hab ein bisserl Yoga gemacht, einfach zu schauen, dass ich mich mit Energie auffülle, weil ich einfach so viel Energie gebraucht hab. Und wenn ich das nicht gemacht hätte, dann hätte ich es am Kind abgeladen, sicherlich.“ (Frau D.4/Z 192-196)*

*„[...] wir haben da eine Gemeinschaftsterrasse und da hab ich so einen Blumenstock und jetzt ist die ganze Hälfte von der Terrasse voller Blumen und da so herumzupfen und tun, das ist auch angenehm, also etwas, was mit Zeit verbunden ist, Zeit zu haben.“ (Frau F6/Z 138-141)*

In die Kategorie „positive Einstellung“ fällt die Grundhaltung, wie man Belastungen sieht, einschätzt und wie es gelingt, sich selbst zu motivieren.

*„[...] ich würde das Wort ‚Belastung‘ gleich austauschen gegen das positive Wort ‚Herausforderung‘...“ (Frau J.10/Z 33-34)*

*„[...] wenn ich dann irgendwie traurig bin oder gestresst, kommen die Kinder her und lächeln und sagen ‚Hey Mama‘ und da sagt man dann auch ‚Hey, du hast zwei Kinder, die dich lieben und zerbrich dir den Kopf über was Negatives, geh raus und mach irgendwas Tolles‘, bringt dich auch wieder in die Höh“. (Frau A.1/Z 168-171)*

Künstlerische Betätigung zur Herstellung eines seelischen Gleichgewichts stellt eine Art Ventilfunktion zur besseren Bewältigung des Alltags dar.

*„Und dann bin ich Songwriterin und auch Schriftstellerin und hab über das Medium Schreiben und Singen die Möglichkeit, sämtliche Dinge, die mich belasten, zu artikulieren und somit nach außen zu setzen. Also ich bin nicht eine, die lange mit einem Thema herumtut, sondern ich geh rein, schreib es auf und damit präsentiere ich es auf der Bühne und damit ist es weg von mir, damit kann ich es abstrahieren und das ist sehr hygienisch für mein Innenleben, dass ich dadurch immer lebendig bleib, weil sich innen nicht zu viel Dreck anhäuft, der mich belastet“. (Frau I.9/Z 81-87)*

Auch Humor und Lachen helfen beim Abbau von Stress und Belastungen.

*„[...] also Lachen ist total wichtig z.B. oder es kann mir auch gut tun, wenn ich mir ganz allein „Was gibt es Neues“ im Fernsehen anschau, weil ich das so witzig find...“ (Frau F.6/Z 136-137)*

### **5.3.2 Fähigkeiten und Stärken**

Durch die Herausforderung mit beschränkten zeitlichen und ökonomischen Ressourcen den Alltag bestreiten zu müssen, entwickeln die Frauen typische Managementqualitäten wie Organisations- und Planungsfähigkeiten, Wirtschaftliches Denken, den Überblick bewahren können, Zeitmanagement und hohe Problemlösungskompetenz. Zudem fordert die alleinige Verantwortung den Frauen einen generalistischen Ansatz ab.

*„[...] ja das Managen von Zeit, das kann ich gut, dass ich weiß, das muss jetzt dann erledigt werden und solange habe ich Zeit, oder das ist jetzt mein Termin und ich bin pünktlich da und ich muss halt alles vorher regeln, wo mein Sohn ist, was er macht, dass er zum Essen, zum Trinken hat, wie auch immer, also das kann ich...“ (H.8/Z 137 -140)*

*„[...] ich hab sehr große Führungsqualitäten, Managementqualitäten, bin sehr zäh, verlier meine Ziele niemals aus den Augen, agiere sehr finalorientiert, bin aber auch fähig, für ganz viele Menschen mitzudenken, bin teamfähig...“ (Frau I.9/Z 66-68)*

*„Ja es sind, glaube ich, Managementqualitäten, alles Mögliche unter einen Hut bringen, alle möglichen Bereiche immer bedenken, [...] ja ich mein, dass die schulischen Sachen ebenso hineinfallen wie der tropfende Wasserhahn, also wirklich alles rundherum, nicht*

sagen können, für den tropfenden Wasserhahn bin ich nicht zuständig, weil ich kümmere mich nur um die Schulsachen der Kinder, oder wenn es eben Gesundheitliches zu tun gibt, daran denken, dass die FSME-Impfung aufgefrischt gehört, also gleichzeitig ein funktionierender PC zu sein, der nicht ausgeschaltet wird und auf der anderen Seite die emotionale Mutterqualität auch noch dazu haben, die sich nicht technisch steuern lässt“.  
(Frau F.6/Z84-94)

„Naja, ich würde einmal sagen, durch diese Situation bin ich sehr flexibel geworden und hab einfach gelernt, relativ rasch für Probleme, die plötzlich auftauchen, Lösungen zu finden. Also die Flexibilität, das hab ich schon dazu gelernt und wirtschaftliches Denken“.  
(Frau D.4/Z 235-238)

Weitere Stärken der Frauen liegen im hohen Verantwortungsbewusstsein für die Sicherheit, Versorgung und Förderung der Kinder:

„[...] auch wenn dann irrsinnig viel zu tun wäre, sag ich, so, das bleibt jetzt stehen, das mach ich später, so viel Zeit muss sein, dass meine Gesundheit da nicht gefährdet wird, weil ich hab zwei Kinder, bin mit dem dritten schwanger und da muss man sich einfach Zeit nehmen, das andere Mal stehen zu lassen oder zu sagen, ich kann jetzt nicht, komm später wieder, ruf später wieder an, ich brauch jetzt meine Zeit und die Zeit für meine Kinder...“ (Frau A.1/Z 97-101)

„[...] ich sag halt, du bist jetzt Mutter, du musst das jetzt checken, dass dein Kind untersucht wird und dass man sich da einfach drüber traut und dann noch zu verstehen, was der Arzt sagt, weil es bringt nix, wenn man da wo anruft und dann hat man gar nicht verstanden, wann, wie, wo, was, und das fordert schon auch ein bisserl ein Geschick, glaube ich, dass man da eben für die Kinder stark ist...“ (Frau A.1/Z 50-54)

„[...] ich kenne sogar einen wunderbaren Yoga-Lehrer, geht nicht, zehn Euro sind zu viel, das sind vierzig Euro im Monat, kann ich mir nicht leisten, ich möchte meinem Sohn lieber die Gitarrenstunden zahlen, ich versuch mein Kind zu fördern, so gut es geht, das muss man auch ständig abwägen“.  
(Frau. G.7/Z 528-530)

Zu den Fähigkeiten gehören ausgeprägte soziale, kommunikative und emotionale Kompetenzen wie Motivieren oder Delegieren können. Wichtig ist auch, den Kindern Sicherheit und Geborgenheit vermitteln zu können.

„[...] das ist mein Job Mama zu sein, ihn (den Sohn, Anm.) positiv zu stimmen, dafür zu sorgen, dass er dann aus seinem Gegenreden herauskommt und dann sagt, Ok ich gehe jetzt zufrieden schlafen und da immer wieder was Neues zu finden, was ihn dort zustimmen lässt und den Kampf kann man damit beenden jedes Mal“.  
(Frau J.10/Z 57-60)

*„[...] was ich z.B. gemacht hab, was recht gut geht, die Mädels haben abwechselnd eine Woche Haushaltsdienst, die sind dann zuständig für den Mist und Geschirrspüler und Staub saugen und diese Sachen und das klappt auch jetzt nach einem Jahr relativ gut und das hilft mir auch...“ (Frau F.6/Z 128 -131)*

*„[...] die Kinder erholen sich, wissen auch, dass es nicht ganz leicht ist, die sind bei mir auf der sicheren Seite und können sich in Punkto so was immer auf mich verlassen, das hält mich dann auch wieder gesund, wenn ich dann hör, ‚Hey Mama Danke, gut gemacht‘ “. (Frau A.1/Z 160-163).*

Stärken liegen aber auch in den Persönlichkeitsmerkmalen der Frauen. Ein offenes, freundliches Wesen erleichtert das Schließen von Freundschaften und erweitert das soziale Netzwerk.

*„[...] und was von mir auch eine Stärke ist, ist einfach, dass ich sehr leicht Freundschaften schließen kann, also ich kann offen auf Menschen zugehen, also ich möchte das gar nicht sagen, in den meisten Fällen ist es so, dass Menschen auf mich zugehen und ich kann wirklich leicht Freundschaften schließen“. (Frau D.4/Z 251-254)*

*„Die Kinder mögen mich, ich habs offensichtlich geschafft, dass ich mir immer angewöhnt hab seit meiner Großmutter, die so eine hängende Mundwinkelsache hatte, hab ich gesagt, ich werd immer lachen, egal was es ist, meine Mundwinkel werden immer oben sein“. (Frau J.10/Z 161-164)*

### **5.3.3 Unterstützung einholen**

Die Fähigkeit Unterstützung und Hilfe einfordern zu können, ist eine wichtige Voraussetzung zur Alltagsorganisation. Bedeutend sind v.a. die engere Familie und Freunde, von denen man konkrete Unterstützung erfährt oder Zuspruch und Bestätigung erhält. Oft sind es aber auch befreundete alleinerziehende Frauen, die Verständnis für die jeweilige Situation aufbringen und konkrete Hilfeleistungen erbringen.

*„[...] es ist kein Problem, sobald ich sie (die Mutter, Anm.) anrufe, sie kommt sofort, sie kümmert sich um die Kinder, sie sagt, ‚ich muss meine Termine erledigen und dann kann ich kommen, das ist kein Problem‘ “. (Frau B.2/Z 45-47)*

*„[...] Ich ruf dann schon auch Freunde und Familie an und erzähl das und frag da nach, oder hör mir eben an, was die sagen und da kann ich eben auch dementsprechend reagieren oder sagen, ‚ja, hast eh recht‘...“ (Frau A.1/Z 123-125)*

*„[...] Eine große Hilfe waren mir andere alleinerziehende Mütter, die ich so kennen gelernt hab vom Kindergarten oder dann in der Volksschule, wir waren immer so ein Grüppchen,*

*also ich hab immer so zwei, drei Freundinnen gehabt, die auch alleinerziehend waren und die auch meine Situation verstanden haben. Wir haben uns getroffen am Wochenende, gemeinsam mit den Kindern, wir haben uns ausgetauscht, geredet darüber, über unsere Probleme und wir haben uns auch gegenseitig geholfen“. (Frau D.4/Z 206-211)*

Außerhalb der Familie und Freunde wenden sich die Frauen am häufigsten an Stellen, bei denen es um finanzielle Unterstützung oder die Durchsetzung finanzieller Ansprüche geht. Wichtig sind auch Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten im Haushalt, etwa durch professionelle Familienhelferinnen.

*„Also, was ich gleich gemacht hab, wie ich da her gezogen bin in die Wohnung, dass ich eingereicht hab um Wohnbeihilfe, die hab ich jahrelang bekommen, das war eine große Hilfe für mich muss ich sagen, ich weiß nicht, wie ich es am Anfang..., ohne dem hätt ich es nicht schaffen können, ich hätte mir keine eigene Wohnung leisten können“. (Frau D.4/Z 267-270)*

*„Ja, ich hab einmal Unterstützung gekriegt vom Jugendamt, es hat normalerweise mit dem Vater immer funktioniert mit der Alimentationszahlung...“ (Frau D.4/Z 272-273)*

*„Die Familienhelferin hat mir mehr oder weniger im Haushalt geholfen oder sich mit den Kindern beschäftigt, dass ich den Haushalt machen kann oder einkaufen kann“. (Frau E.5/Z 135-137)*

Selbst organisierte Unterstützung finden die Frauen in Selbsthilfegruppen, in denen unter Gleichgesonnenen an verhaltensbezogenen Mustern gearbeitet wird.

*„[...] ich war dann oft in Selbsthilfegruppen, ich hab mir mindestens einmal im Jahr eine Woche gegönnt, wo ich mich wirklich herausnimm, ich mach so eine Seminarwoche mit gleichgesinnten Frauen, denen es vielleicht ähnlich geht wie mir und wir haben einfach versucht, an unserem Alltag gemeinsam zu arbeiten, an den Verhaltensmustern zu arbeiten“. (Frau D.4/Z188-192)*

## **5.4 Gesundheitseinrichtungen und Angebotsgestaltung**

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit der Frage, welche Gesundheitseinrichtungen und gesundheitsförderlichen Angebote den Frauen bekannt sind und welche Erfahrungen sie damit gemacht haben. Darunter gibt es Einrichtungen wie Eltern-Kind-Zentren oder Krankenkassen, deren Angebote sowohl schul- als auch alternativmedizinische Leistungen sowie Angebote zur Prävention und Beratung bzw. Information umfassen. Diese beiden Einrichtungen lassen sich daher nicht einer Kategorie zuordnen, sondern fallen sowohl in die Kategorien „Schulmedizin“, „Alternativmedizin“ als auch in „Beratung

& Information“ sowie „Prävention & Gesundheitsförderung“. Weiters wird dargestellt, welche gesundheitsbezogenen Interessen vorliegen und wie Angebote der Gesundheitsförderung ausgerichtet sein müssten, um Akzeptanz zu erfahren. Tabelle 12 zeigt die Kategorien im Überblick.

Tabelle 12: Kategorien der Gesundheitseinrichtungen und der Gestaltung von Gesundheitsförderungsangeboten

K1 Schulmedizin	Ärzte Spitäler "Organmedizin" Zahnambulatorium
K 2 Alternativmedizin	Osteopathie Homöopathie Massagen
K 3 Psychosoziales	"Die Boje" Psychologie Psychotherapie
K 4 Beratung & Information	"Rat auf Draht" Schwangerschaft
K 5 Prävention und Gesundheitsförderungsangebote	Kuraufenthalt Fitness & Bewegung
K 6 Gestaltung von Gesundheitsförderungsangeboten	Rahmenbedingungen Interessen und Inhalte

### 5.4.1 Schulmedizin

Zu den bekanntesten und am häufigsten genutzten Einrichtungen des Gesundheitswesens zählen der Hausarzt und Kinderfacharzt, sowie Spitäler und Einrichtungen der Krankenkassen, z.B. Zahnambulatorien und Kurhäuser. Die Aussagen der Frauen belegen die Wichtigkeit kostenfreier Angebote. Im Eltern-Kind-Zentrum wird die Untersuchungsmöglichkeit durch den Kinderfacharzt genutzt.

*„[...] Kinderarzt, Hausarzt und Gynäkologe ist zwar nicht so, aber auch eine Anlaufstelle, wo man sagen könnte, ‚Hey, wer wäre da der beste Ansprechpartner dafür, der könnte das wissen, da könnt ich, glaub ich, am besten Information drüber kriegen‘, ja...“  
(Frau A.1/Z 191-193)*

*„Der Kinderarzt im Eltern-Kind-Zentrum schaut sich jede zweite Woche die Kleinen von oben bis unten an, ob alles passt“. (Frau B.2/Z 82-83)*

*„Das einzige, na zwei Dinge hab ich genützt, und zwar es gibt von der Wiener Gebietskrankenkasse ein Zahnambulatorium und es gibt eines im 1. Bezirk bei der*

*Börsegasse in der Nähe und die machen, oder haben gemacht, ob sie es noch immer machen, diese Kunststoffplomben, die weißen, die verlangen nichts dafür“.* (Frau D.4/Z 379-382)

*„Bei der Wiener Gebietskrankenkasse hab ich mich gerade jetzt wieder von meinem Eisenmangel befreien lassen, weil das Institut mit den Infusionen zu teuer war, hab ich mir jetzt dort gratis die Infusionen geholt“.* (Frau J.10/Z 202-204)

Hinsichtlich schulmedizinischer Einrichtungen äußern sich einige der Frauen sehr kritisch. Vor allem die Fokussierung der Schulmedizin auf einzelne Organfunktionen und die medikamentöse Unterdrückung der Symptome wird negativ bewertet, manchmal lässt auch die Qualität therapeutischer Angebote sehr zu wünschen übrig. „Wenig Geld zur Verfügung haben“ bedeutet eine Einschränkung hinsichtlich der Auswahlmöglichkeit von Gesundheitsangeboten und Diensten.

*„[...] und was für mich so schlimm ist im medizinischen Bereich, dass immer nur die Stückerln angeschaut werden [...] und alle schauen sich nur den Teil an und dieser Zusammenhang von Gesundheit mit dem Leben allgemein kommt in unserem medizinischen System überhaupt nicht vor, nur gerade im Privatbereich, wennst irgendwo was zahlen kannst...“* (Frau F.6/Z 331-334)

*„[...] wenn ich kein Geld hab, dann muss ich zum Schulmediziner gehen und muss einfach das, was er mir anbietet und das ist wirklich nicht sehr viel, weil es ist meistens, dass er in seinen Computer reinschaut und tippt da irgendwas ein, aah, das Medikament und das verschreib ich, das ist eine reine Symptomunterdrückung, es ist ja keine Heilung, was da angeboten wird“.* (Frau D.4/Z 457-461)

*„ [...] vor etlichen Jahren hab ich Probleme mit dem Rücken gekriegt und da bin ich zum Arzt gegangen und der hat mir auch so zehn physikalische Therapien verschrieben in einem physikalischen Institut. Und das hab ich damals begonnen und das war eine einzige Katastrophe. Also man merkt, diese Qualität von diesen Leistungen, das ist ja wirklich unterste Schublade“.* (Frau D.4/ Z 421-425)

## **5.4.2 Alternativmedizin**

Das Interesse an Alternativmedizin ist groß, das Angebot entspricht aber selten den finanziellen Möglichkeiten. Positiv berichten die Frauen v.a. dann über alternativmedizinische Erfahrungen, wenn die Schulmedizin nicht helfen konnte.

*„Zum Schluss war er (der Sohn, Anm.) dann schon ganz unterernährt, war er eine ganze Woche dann im Wilhelminen-Spital und ist durchgecheckt worden auf Alles. Man ist nicht draufgekommen was es war, und dann durch Glück bin ich dann zu einem reinen*



*Homöopathen gekommen, den natürlich die Krankenkasse auch nicht zahlt und der hat sofort erkannt, dass er einen Impfschaden hat, also er hat eine totale Schwermetallbelastung durch Impfstoffe, die er kriegt hat, im Körper gehabt und durch eine Amalgamplombe und er hat das angefangen auszuleiten und nach zwei Monaten war er pumperlgesund bis heute, hat nie mehr wieder was gehabt“.* (Frau D.4/Z 160-176)

*„Und das war halt auch wieder so alternative Geschichten. Das war nicht eine klassische Massage, wo einer 10 Minuten geschwind, geschwind da anfangt zu werkeln auf mechanische Art und Weise [...] sondern eine Energiemassage und es wird halt nicht von einem Masseur angeboten, der die klassische Ausbildung hat, sondern was anderes, und ich merk aber nach 10 Behandlungn, dass ich einmal ein halbes Jahr eine Ruh hab oder ein Jahr oder noch länger...“* (Frau D.4/Z 429-437)

*„[...] ich muss gleich ganz ehrlich gestehen, dass ich von der traditionellen Schulmedizin nicht sehr überzeugt bin, ich bin kein Freund davon, weil ich auch immer wieder gemerkt hab, bei meinen Geschichten, die ich gehabt hab und auch beim Kind, wirklich geholfen ist mir geworden in der Alternativmedizin“.* (Frau D.4/Z 288-291)

Eine Frau nutzt die Möglichkeit der Akupunktur und der Massage auf Krankenschein, eine andere Frau berichtet über ihre positiven Erfahrungen mit der Osteopathie. Auch Vorträge zu alternativmedizinischen Methoden werden gerne angenommen.

*„[...] sonst mach ich jährlich die Gesundenuntersuchung, nehme in Anspruch 1 x im Jahr Akupunktur auf Krankenschein zu bekommen in der, also es war das Kaiserin Elisabeth Spital, jetzt ist es in Speising, das hilft mir auch immer sehr, physisch und psychisch“.* (Frau F.6/Z 429-437)

*„[...] also ich war jetzt in einem Eltern-Kind-Zentrum und da haben wir ein paar Vorträge gehört und da war eine Dame, die hat dieses Hara-Shiatsu, diese psychologische Akupunktur und da haben wir, hats eben gezeigt, wie man, welche Punkte man am Körper behandeln kann, wenn man Migräne hat oder eben verschiedene Stresssituationen, wie man sich da wieder beruhigen kann“.* (Frau A.1/Z 224-228)

*„[...] ich muss dazu sagen, ich arbeite kaum auf der schulmedizinischen Ebene, sondern wirklich auf der naturmedizinischen Ebene und habs auch schlussendlich geschafft, mit unglaublichem Kostenaufwand mit einer osteopathischen Behandlung mein Kind mit 1, 2 osteopathischen Behandlungen aus diesem körperlichen Schmerzensstress zu befreien...“* (Frau G.7/Z 147-151)

### 5.4.3 Psychosoziales

Im psychosozialen Bereich wird Psychotherapie auf Krankenschein genannt, trotzdem wird der finanzielle Aufwand thematisiert, da nur ein geringer Anteil der Kosten von der öffentlichen Hand übernommen wird. Eine Frau hat sich mit ihren Kindern an die psychosoziale Einrichtung „Die Boje“ gewandt, die Kinder bei der Aufarbeitung traumatischer Erlebnisse unterstützt. Frauen, die derzeit in privaten Mutter-Kind-Heimen wohnen, berichten davon, hauseigene Psychologinnen konsultiert zu haben.

*„[...] ja zum Teil, also einen Teil krieg ich bezahlt, also ganz gibt's es leider nicht, meine jüngste Tochter hat Psychotherapie auf Krankenschein bekommen, zum Glück hat die noch einen Vertrag frei gehabt, aber das ist halt auch so eine finanzielle Komponente, ich krieg zwar schon von 160,-- Euro 120,-- zurück, also es ist schon, trotzdem 4 x im Monat, das summiert sich, dann muss ich immer warten, bis ich es zurückkrieg.“  
(Frau F.6/Z 166-170)*

*„[...] wir haben auch mit so einer, wie soll ich das sagen, Therapiestelle nennt sich die Boje, hab ich eben jetzt ein paar Monate Kontakt gehabt, weil wir gesagt haben, die Kinder sind zwar nicht so traumatisiert, aber es ist auch gut, wenn man sich da ausleeren kann oder austauschen kann...“ (Frau A.1/Z 184-187)*

### 5.4.4 Beratung & Information

Beratung und Information nimmt einen wichtigen Stellenwert während und um die Zeit der Schwangerschaft ein. Eltern-Kind-Zentren, aber auch private Vereine wie „Nanaya“ oder „Young-Mum“ werden dafür konsultiert. Die gewonnenen Erfahrungen damit sind unterschiedlich. Bei den telefonischen Beratungsmöglichkeiten wird v.a. „Rat auf Draht“ gerne in Anspruch genommen.

*„Also da (im Eltern-Kind-Zentrum, Anm.) hab ich mich nur informiert, wenn ich das Baby bekomme, was ich an Unterstützung bekommen kann, was ich machen kann, wo ich hingehen kann, wenn ich mal was brauche, also das war schon sehr hilfreich, ich hab auch noch die Broschüren und so...“ (Frau H.8/Z 239-241)*

*„[...] also ich war z.B. weil ich mit 19 schon schwanger war, mit 20 meinen Sohn bekommen hab, war ich bei Young Mum, das ist so eine Unterstützung für junge Mütter, das war auch sehr hilfreich, auch eine Unterstützung nach der Geburt, kann man sich dort Tipps holen von Müttern die schon erfahrener sind und auch Tipps geben an Schwangere, das kenn ich z.B. weil ich sehr jung war...“ (Frau H.8/Z 223-227)*

*„[...] na ich hab ein paar Mal probiert mit diesem Eltern-Kind-Zentrum, wie heißt das? „Nanaya“ - zurecht zu kommen, aber da war leider eine Dame, die weder zurückgerufen*

*hat, noch irgendwie so mit mir geredet hat, so wie ich das erwarte, dann hat sie zwar nettere E-Mails geschrieben und die waren nicht mehr so präpotent, aber dann war mein Kind heraus gewachsen, also mit denen bin ich nie wirklich warm geworden“.*  
(Frau J.10/Z 213-217)

*„[...] es gab auch für mich „Nanaya“ aber das hat mir nur bedingt geholfen, weil es hat mir eigentlich nichts gebracht unter dem Strich, quasi diese gut gemeinten Ratschläge zum Teil...“* (Frau G.7/Z 115-117)

*„[...] also von „Rat auf Draht“ das war gut, das war sehr hilfreich, das war sehr kompetent, das war gut so...“* (Frau F.6/Z 293-294)

#### **5.4.5 Prävention und Gesundheitsförderungsangebote**

Im Bereich der Prävention ist die Gesundenuntersuchung großteils bekannt, gesundheitsförderliche Angebote zur Ernährung, Bewegung oder Entspannung sind generell wenig geläufig. Nur eine Frau erwähnt das Angebot der Raucherentwöhnung durch die Gebietskrankenkasse. Eine andere Frau hat erstmals einen Kuraufenthalt über die Krankenkasse eingereicht, nachdem das Kind nun schon selbständig geworden ist.

*„[...] das vom Rauchen weiß ich ja, und Thema Bewegung und das andere eigentlich weniger, das hab ich nicht gewusst. (Frau E.5/Z 157-158)*

*„Ja, sicher, gut, das mit der Kur ist auch jetzt erst möglich, also das hätte ich früher nicht machen können, wie das Kind noch kleiner war, eine Woche ist gegangen, das hab ich irgendwie überbrücken können mit der anderen Oma, also von der väterlichen Seite und mit dem Vater, aber drei Wochen das geht jetzt, weil er schon so selbständig ist und arbeiten geht und unter der Woche schon alleine bleiben kann“.* (Frau D.4/Z 390-394)

*„[...] Also was ich jetzt angefangen hab vor 4 Monaten ist Kienbacher Training, das ist so a la Kieser Training, das ist sanft und langsam und nimmt auf meine körperlichen Schmerzen Rücksicht und ich tu wenigstens was...“* (Frau F.6/Z 311-313)

#### **5.4.6 Gestaltung von Gesundheitsförderungsangeboten**

Rahmenbedingungen wie Zeit, Ort, Kosten und Kinderbetreuung sind von großer Wichtigkeit bei der Frage, wie Angebote der Gesundheitsförderung für die Frauen aussehen müssten, damit die Frauen sie auch nützen können. Übereinstimmend sind die Frauen darin, dass die Angebote gut erreichbar, nahe dem Wohnort und zentral gelegen sein müssten. Die finanziell angespannte Situation der Frauen spiegelt sich in den Aussagen wider, dass die Angebote kostenlos sein müssten oder nur minimale Kosten verursachen dürften.

„[...] es sollte in jedem Bezirk vorhanden sein, vielleicht ein-, zweimal in größeren Bezirken, dass man halt wirklich nicht so weit fahren muss, von A nach B, das tut man dann auch nicht“. (Frau D.4/Z 619-621)

„[...] also möglichst Wohnraumnähe, Schulnähe geht auch, oder auch Gebietskrankenkassen-Nähe, falls die Gebietskrankenkassen was anbietet...“ (Frau J.10/Z 271-273)

„Also es darf nichts kosten, Alleinerzieherinnen sind die Bevölkerungsgruppe in Österreich, die am stärksten von Armut betroffen sind, es darf keinen Cent kosten“. (Frau I.9/Z 146-147)

„Kostenfrei und im Anschluss an die Dienstzeit oder bevorzugt in der Dienstzeit oder halt minimaler Kostenaufwand, ein symbolischer Selbstkostenbeitrag“. (Frau C.3/Z 59-60)

Die Frage der Zeit, wann die Angebote stattfinden sollten, ist stark abhängig von der beruflichen Situation der Frauen und dem Alter ihrer Kinder. Frauen, die zur Zeit keiner Erwerbstätigkeit nachgehen, wünschen sich bereits Angebote am frühen Vormittag, wenn die Kinder im Kindergarten oder in der Schule sind. Für die berufstätigen Mütter kommt eher der Abend in Frage, allerdings ergibt sich dann speziell die Frage der Kinderbetreuung während dieser Zeit. Für die Frauen mit ganz kleinen Kindern stellt sich die Frage, ob sie ihre Kinder zu den Angeboten mitnehmen können.

„Ja, wenn es gratis ein Fitnesscenter in der Früh gäbe, es sind halt alle großzügigen Angebote für Alleinerziehende meistens am Abend und da hat keiner was davon, weil man immer Babysitter zahlen muss [...], es gibt kaum etwas, was am Vormittag ist und das könnten wirklich die Alleinerzieherinnen gut brauchen, weil da die Kinder in der Schule sind und bitte gleich um neun oder halb neun, weil die Kinder sind bekanntlich um acht Uhr in der Schule und bekanntlich bis zwölf. Also wenn da dazwischen sich mit An- und Abreise was ausgehen würde, dann wäre es hilfreich, aber leider so ein Angebot gibt es noch nicht“. (Frau J.10/Z 246-255)

„Tagsüber arbeiten die Meisten, aber wenn es Angebote gäbe, tagsüber und abends, dass du sagst, Ok ich kann einmal um 09.00 h auf den Steinhofgründen, probieren wir mal Gi-Gong aus oder so was, also das wäre schon nett“. (Frau F.6/Z 418-420)

„Es müsste sich irgendwie mit der Zeit ausgehen, also wenn sie (die Kinder, Anm.) im Kindergarten drinnen sind, dann wäre das überhaupt kein Thema“. (Frau E.5/Z 169-170)

*[...] ob man dort sein Kind mitnehmen darf, ob es Programm dort für die Kinder gibt...“  
(Frau H.8/Z 272-273)*

Wichtig für die Frauen ist die Atmosphäre, in denen die Angebote stattfinden sollten. Sie sollten möglichst niedrigschwellig angesetzt sein, eine gemütliche Atmosphäre bieten und von einer Haltung der Wertschätzung durch die Anbieter getragen sein. Einige Frauen thematisieren, dass das Alleine kommen mit einer Hürde verbunden ist.

*„Eben mit Bewegung und Ernährung wäre sicher geschickt und das dann vielleicht nicht nur im Volkshochschulrahmen sondern in netten Räumlichkeiten, die vielleicht mehr so wohnungsmäßig sind und nicht irgendwelche kalten Kursräume, sondern wo man gerne hinkommt und wo es schön ist und flauschig und die Kinder sich wohl fühlen.“  
(Frau C.3 /Z 114-117)*

*„[...] du weißt, da gibt es einen Ort, da ist halt wer und da kannst reden oder einen Kaffee trinken, ein Frauen-Begegnungszentrum so, und wo auch Frauen selber was organisieren können, aber wo auch was organisiert wird.“ (Frau F.6/Z 444-447)*

*„Und für mich ist manches dann schon auch schwierig, wenn ich es allein mach, das heißt, ja klar mit einer Freundin wäre es leichter, oder gerade so Volkshochschule so Turnen habe ich mit der Tochter gemacht, das geht dann auch leichter ja, aber so allein...“  
(Frau F.6/Z 358-361)*

*„[...] dann müssten diese Institutionen vermitteln, dass sie die Lage der Alleinerzieherinnen verstehen und nicht im Sinne von wegen, Ihr habts Pech gehabt oder euer Leben, ihr habt es nicht auf die Reihe bekommen, sondern mit großem Respekt vor der Leistung, die diese Frauen täglich aufbringen, einer sehr, sehr großen Wertschätzung den Frauen gegenüber und auch das Wissen um die spezifischen Probleme...“ (Frau I.9/Z 148-152)*

Die Interessen der Frauen betreffen typische Lebensstil-Themen wie Ernährung, Bewegung, Entspannung und Raucherentwöhnung. Bei der Ernährung ist den Frauen wichtig, dass die Empfehlungen Mutter und Kind einbeziehen, kostengünstig und gesund sind.

*„[...] Bewegung und ja, das mit dem Rauchen sowieso, weil das hab ich mir schon 2 x vorgenommen, aber ich hab es selber noch nicht geschafft, dass ich eben aufhör, das nagt eben an der Gesundheit und am Geldbeutel auch, also, aber bis jetzt hab ich es leider noch nicht geschafft und durchgezogen.“ (Frau E.5/Z 194-197)*

*„Ich hab was Lustiges gesehen, unlängst waren wir bei einem Geburtstagsfest, da waren diese Line-Dancers, das waren fast nur Frauen, die untereinander tanzen in diesen Lines*

*Country-Musik und die haben ordentlich eine Bewegung und haben viel, viel Spaß und viele, viele Freundinnen dabei [...] so was am Vormittag anzubieten, das wäre ganz toll, wo man womöglich für Babys, die noch nicht im Kindergarten sind, eine Betreuung hätte“.* (Frau J.10/Z 262-269)

*„[...] wenn es z.B. ein Ernährungsplan ist oder wie auch immer man sich dort beraten lässt, ob man dann halt auch für beide kochen kann, was man für beide kochen kann, also für Mama und für Kind, damit man nicht doppelt kochen muss, das ist schon sehr interessant, was ihnen auch gut schmeckt und für ihn gut ist und für mich auch gut ist und satt macht. Das ist sicher interessant“.* (Frau H.8/Z 272-277)

*„[...] praxisbezogene Ernährungstipps, nicht irgendwelche abgehobenen, sondern Basics, wie koch ich mit saisonalem Gemüse kostengünstig und lecker, so was, das würd ich z.B. noch einmal anstreben, so einen Kurs zu besuchen, wenn ich einen find, weil ich im Alltag viel zu wenig Zeit hab zu kochen, das muss schnell gehen, billig sein und das sind letztendlich ein paar Standardgerichte und das nervt, also ich würde mich noch gern besser ernähren“.* (Frau C.3/Z 81-85)

Interessen beziehen sich auch auf typische Frauenthemen wie Verhütung. In den Bereich der Alternativmedizin fallen das Interesse für Akupressur, ganzheitliche Körperzusammenhänge oder leicht zu handhabende Hausmittel im Krankheitsfall.

*„[...] für alleinerziehende Mütter wäre z.B. das Thema Verhütung sehr interessant, weil ich bin z.B. sehr jung Mutter geworden, man bekommt auch in der Schule was mit, aber trotzdem ist es sehr interessant, wenn man darüber was hört...“* (Frau H.8/Z 340-343)

*„[...] weil ich komme aus einer anderen Kultur und dann lernt man halt mit Fieber anders umzugehen, z.B. Wadenwickel, das kannte ich nicht, z.B. bei Kindern, also das habe ich von meinen Freundinnen erfahren, wie das funktioniert, also solche Sachen halt, z.B. da wusste ich gar nicht Bescheid, das ist auch sehr interessant, was man zuhause auch machen kann“.* (Frau H.8/Z 343-347)

*„[...] Ja, also ich würde schon gerne mehr wissen über die Zusammenhänge, wenn der Ellbogen weh tut, dass das eben, ich weiß nicht, die Niere sein kann, als Beispiel oder so, oder Nierenschmerzen sind Nackenverspannungen oder so, diese Zusammenhänge, weil bei einer Massage ist es oft zu merken, da wird die Wade massiert und im Kopf spürst du es, das sind total spannende Sachen und da kann natürlich auch mehr Rücksicht genommen werden, also wenn ich nur ein wenig aufrechter geh, dann macht das schon das, das, das...“* (Frau F.6/Z 506-512)

## 5.5 Notwendige Bedingungen zur Stärkung der Gesundheit

Die Bedingungen, die die Frauen zur Stärkung ihres Wohlbefindens und ihrer Gesundheit nennen, spiegeln im Wesentlichen die Gegenmaßnahmen auf die Belastungen wider. Wenig verwunderlich nennen fast alle Frauen existenzielle Dinge, die Sicherheit vermitteln und Existenzangst vermeiden helfen. Die Thematisierung von „mehr Geld zur Verfügung haben“ und Leistbarkeit von unterschiedlichen Dingen zieht sich in alle Bereiche des Lebens hinein, z.B. in den gesundheitlichen Bereich, Freizeit und Regeneration bis hin in den Bildungsbereich. Tabelle 13 zeigt fünf wesentliche Kategorien.

Tabelle 13: Kategorien zur Stärkung des Wohlbefindens und der Gesundheit

K 1 Grundbedürfnisse	Faires Einkommen und Kindesunterhalt "Dach über dem Kopf" Soziale Unterstützung - Entlastung-Mündigkeit
K 2 Gesundheit	Regenerationsmöglichkeit Wahlmöglichkeit Alternativmedizin Gesundheitsförderung
K 3 Gesellschaft	Anerkennung und Imagewandel Akzeptanz von Familienbedürfnissen Ineinanderfließen gesellschaftlicher Bereiche Teilhabe
K 4 Bildungsbereich	Qualitätsmanagement für Schulen Eltern-Bildung Flexible Zeiten
K 5 Persönlichkeitsentwicklung/Empowerment	"eigenen Wert erkennen" Leistungsdruck ablegen Isolation aufbrechen

### 5.5.1 Grundbedürfnisse

Zu den Grundbedingungen für Wohlbefinden zählen an vorderster Stelle ein Einkommen, von dem man sorgenfrei sein Leben bestreiten kann, „ein Dach über dem Kopf“ und soziale Unterstützung, v.a. in Krisen- und Stresssituationen. Zur finanziellen Sicherheit der Frauen braucht es ein faires Einkommen und die Sicherstellung des Kindesunterhalts.

*„[...] weiß nicht, was das genau wäre, einfach dass man nicht allein ist, glaub ich, dass man eben weiß, man ist rundum geschützt mit Unterstützung und hat ein Dach über dem Kopf, die Kinder sind in guten Einrichtungen, Schule, Kindergarten, man hat geldmäßig keine Probleme, weil wenn man weiß, man ist in einer Wohnung mit einer weiß ich nicht*

400,-- Euro Miete und man verdient aber sehr wenig, dass man da nicht jeden Tag in Angst und Schrecken leben muss, ob sich das eh ausgeht“. (Frau A.1/Z 204-109)

„Ich würde sofort stoppen mit dieser geringfügigen Beschäftigung, ich finde ein Betrieb soll und muss in der Lage sein, speziell Frauen anzustellen zu einem würdigen Lohn, ich finde man sollte auch berücksichtigt werden in der Entlohnung, ob man eben Alleinverdienerin ist oder nicht, ich finde es sollte auch das angepasst werden, ich finde, es sollte einen Mindestlohn geben, der die Lebenserhaltungskosten bewältigbar macht“. (Frau G.7/Z 361-365)

„Es gibt ja viele Kinder, die sehr wenige Alimente bekommen oder gar keine und es gibt auch sehr viele Kinder, die auch keinen Unterhaltsvorschuss bekommen [...] und da fordere ich von der Regierung ganz klar eine Gesetzesänderung, dass jedes Kind einen angemessenen Unterhalt bekommt. Ich denke, dass das ein Meilenstein wäre, um die Kinderarmut zu bekämpfen und damit auch die Frauen zu entlasten“. (Frau I.9/Z 209-213)

Soziale Unterstützung meint v.a. Hilfeleistung in Notfällen und Stresssituationen, wenn kein ausreichend soziales Netzwerk vorhanden ist, manchmal auch professionelle Hilfe, aber auch generell Entlastung, damit mehr Zeit für sich und die Kinder bleibt. Besonders wichtig ist einer Frau eine zentrale Anlaufstelle und die Bewahrung der Mündigkeit.

„Es gibt keine Anlaufstelle, wo ich sagen würde, Ok da gibt's eine Stiftung, da kann ich mich hinwenden, da kann ich sagen, ich hab A, B, C, D, E Problem und brauche Unterstützung und zwar nicht so, wie es mir dann aufgedrängt werden würde, sondern so, wie ich frei entscheiden könnte, was quasi für mich in dem Moment auch wirklich benötigt wird, ich bin ja eine erwachsene Person...“ (Frau G.7/Z 76-80)

„Unterstützung, es gibt oft Notfälle, wo sie dann für ein Kind da sein müssen und fürs andere, das andere bleibt dann allein zuhause, weil das Kleine im Krankenhaus ist, es gibt öfter diese Fälle, ich hab oft meiner Freundin geholfen, ich hab oft am Abend oder bis in die Nacht am nächsten Tag auf den Kleinen aufgepasst, weils einfach nicht ging, sie musste spät ins Spital, es gibt immer wieder diese Notfälle, dass man da jemanden hat [...] dann sind die (die Alleinerzieherinnen, Anm.) verzweifelt, wenn [...] sie zu wenige Kontakte haben und Freunde haben, die hilfsbereit sind“. (Frau H.8/Z 375-380)

„Also wenns eben Frauen gibt, die nicht so das checken können, wenn sie in einer Stresssituation sind und dann eben gegenteilig auf die Kinder losgehen und nicht sagen, ,so, ich geh raus, oder ich telefonier mal kurz, oder kannst du kurz die Kinder nehmen?‘



*Wenn dann die Kinder das so richtig zu spüren kriegen, dass man sagt, ‚Geh, so geht’s aber nicht, die Kinder können nichts dafür, die sind, weiß ich nicht, drei Jahre alt, die verstehen das nicht‘, dass man eben dann sagt, da braucht man schon ärztliche Hilfe oder so eine Psychologin, die da helfen kann“. (Frau A.1/Z 270-276)*

*„[...] jemanden, der zuhause putzt, das klingt jetzt sehr überheblich, aber wenn ich freigespielt wäre von dem Staub saugen, von dem Putzen müssen und wenn es nur drei Stunden in der Woche sind, die ich finanziert kriege, dann könnte ich mich um mich kümmern [...] einen Hunderter pro Monat [...]. Das ist nicht viel Geld, es ist viel Zeit, wenn die Mama sagt, das muss ich nicht mehr machen, sie fühlt sich sehr aufgewertet, weil sie muss sich um die Kinder kümmern und muss nicht mehr putzen“. (Frau J.10/ Z 413 – 418)*

*„Auf jeden Fall, dass man auch mal entlastet wird, wenn man keine Hilfe hat, das ist sehr wichtig“. (Frau H.8/Z 293-294)*

## **5.5.2 Gesundheitsbezogene Angebote**

Im Bereich Gesundheit wünschen sich die Frauen Regenerationsmöglichkeiten für sich und ihre Kinder, die den finanziellen Möglichkeiten entsprechen. Wichtig ist auch die Möglichkeit einer freien Arztwahl, die Ausweitung einer Kostenübernahme bei alternativmedizinischen Methoden sowie eine Angebotserweiterung alternativer Methoden.

*„[...] Gratis-Kuren mit Kinderbetreuung, für jede Alleinerziehende eine Woche irgendwo hin raus, weil es gibt Viele, die sich keinen Urlaub leisten können...“ (Frau I.9/Z 174-176)*

*„[...] als nächstes wäre der Erholungsfaktor wahnsinnig notwendig. Ich konnte einmal mit meinem Sohn, einmal bis jetzt, ans Meer fahren, als mein Sohn zwei Jahre alt war und zwar nur, weil ich damals eine Nachzahlung bekommen hab, also Alimentationsnachzahlung und weil mein Sohn noch nicht zahlungspflichtig war weder am Flug noch am Aufenthalt, aber seitdem konnte ich mir das nicht mehr leisten. Und ich muss ihnen sagen, das eigene Kind zu sehen mal im Sand, nackt und glücklich entspannt, das war für mich das Schönste überhaupt“. (Frau G.7/Z 229-235)*

*„Ich möchte sagen können, Ok ich möchte zu diesem Arzt gehen und ich möchte da einen dementsprechenden Kostenersatz haben und wenn das jetzt 80,-- Euro kostet, will ich nicht 5,70,-- Euro zurück kriegen, sondern von mir aus 60,-- Euro“. (Frau D.4/Z 453-456)*

*„Es wäre eine enorme Unterstützung für die alleinerziehenden Frauen, wenn das (Alternativmedizin, Anm.) ein bißl mehr vom System getragen werden würde. Also, dass man sich das nicht alles selber zahlen muss. Es kostet immens viel Geld und man kriegt von der Krankenkasse so gut wie nichts zurück“. (Frau D.4/Z 291-294)*

*„Ich bräuchte selber Shiatsu Behandlungen, osteopathische Behandlungen, ich kanns mir nicht leisten, ab und zu Yoga wäre schön, eine Zeit lang hab ich das auch gemacht, jetzt kann ich mir das auch nicht leisten...“ (Frau G.7/Z 523-526)*

Eine Frau wünscht sich besonders Fürsorge und Unterstützung für Alleinerzieherinnen in der Phase rund um die Schwangerschaft und Geburt. Auch sollte die Atmosphäre bei einem stationären Aufenthalt nicht vom klinischen, sterilen Eindruck eines Krankenhauses geprägt sein.

*„[...] das ist auch wunderbar, ein Zusteller für eine Frau, die eben nicht den Mann hat, der halt schnell wo hin fährt und das holt [...], das könnte man sehr wohl fördern, dass man sagt, da gibt's die Firma, die kriegt von der xy Stiftung einen Betrag, wo Gratisauslieferungen möglich sind, wenn man eh schon nicht das Dorf hat mit den Frauen, den Hebammen, die einen umsorgen, dann wäre das ein total wichtiger Punkt finde ich. Das einfach zur Verfügung zu stellen ohne Fragen [...] ich fände, das wäre ein Basismenschenrecht für eine schwangere Frau, wenn so etwas als Stressor wegfällt, ‚wie komm ich raus? - mir ist übel‘, es gibt ja auch liegende Schwangerschaften...“ (Frau G.7/Z 195-203)*

*„Im Nachhinein hat man dann die Schreiklinik im AKH eingerichtet, aus damaliger Situation, ich hätte es in Anspruch genommen, einfach nur, um mich mal ausschlafen zu können, auf der anderen Seite, also das fremde Ambiente, auch das Krankenhaus, schon allein der Begriff ‚Krankenhaus‘ ist für mich schon so absurd, es sollte eigentlich ein Gesundheitszentrum sein [...]. Ich finde, in so einem Rahmen braucht es ein friedliches, freundliches Umfeld, weil die Belastung eh schon so groß ist, dann noch ein steriles Krankenhaus für alleinerziehende Mütter...“ (Frau G.7/Z 166-173)*

Eine Frau hat sehr konkrete Vorstellungen darüber, wo Gesundheitsförderung für Alleinerzieherinnen ansetzen müsste:

*„[...] man müsste sich in der Gesundheitsförderung der Alleinerzieherinnen an allererster Stelle sehr intensiv damit befassen, dass sie mehr Geld haben, ich denk mir, sobald die Alleinerzieherinnen mehr Geld zur Verfügung haben, brauchen sie auch nicht mehr so viel*

*Rundumangebote sondern regenerieren sie sich quasi aus sich selbst heraus, weil sie sich Dinge leisten können, die das Leben entspannen, z.B. eine Putzfrau, Babysitter, Urlaub, gesunde Ernährung, usw. - Also ich denk mir, der Kernpunkt bei dieser ganzen Alleinerzieherinnen-Thematik ist, dass sie zu wenig Geld haben, obwohl sie im Vergleich zu vielen anderen Menschen in dieser Gesellschaft überproportional mehr arbeiten, die haben locker einen 16, 17 Stunden Tag ohne Urlaub. Da steht Leistung und Entgelt in keinerlei Verhältnis“. (Frau I.9/Z 184-192)*

### **5.5.3 Gesellschaft**

Alleinerzieherinnen werden von der Gesellschaft wenig oder überwiegend defizitär wahrgenommen. Dementsprechend wünschen sich die Frauen von der Gesellschaft mehr Anerkennung für die tagtäglich erbrachten Leistungen in Form entsprechender Unterstützungsangebote. Wichtig wäre zudem eine Imagekorrektur, die das defizitäre Bild von Alleinerzieherinnen in der Gesellschaft in ein positives Bild umwandelt.

*„[...] mehr Öffentlichkeitsarbeit, mehr Anerkennung, dass man das einfach populärer macht, dass man das aufzeigt, was diese Frauen eigentlich leisten und dass man da schaut, wo kann man da was umschichten, wo kann man Subventionen wegnehmen, die vielleicht einigen Wenigen, einer Handvoll Menschen was bringt und das umschichten in einen Bereich, wo man sich das einfach mehr verdient“. (Frau D.4/Z 529-533)*

*„[...] bei Alleinerzieherinnen hat man so das Bild, die sind arm und krank, im Gegenteil, große, starke, schicke Powerfrauen, die das eigentlich alles schaffen und auf diesem Niveau das aufbauen, da würden sie sich, glaub ich, angesprochen fühlen und da wäre auch ein Imagewandel möglich in der Gesellschaft, dass die Alleinerzieherinnen überhaupt wahrgenommen werden, weil ich denk mir, dass Alleinerzieherinnen so wahnsinnig überfordert sind und sehr oft von Armut betroffen sind, liegt daran, dass sie von der Gesellschaft nicht wahrgenommen werden, weil sie eben so eingespannt sind und es ist schon Aufgabe der Gesamtgesellschaft, dieses Bild von Alleinerzieherinnen einen Imagewandel herbeizuführen“. (Frau I.9/Z158-165)*

Wichtig ist auch, dass man am kulturellen und gesellschaftlichen Leben teilhaben kann. Auch braucht es eine breite gesellschaftliche Akzeptanz, dass Familien flexible Arbeitsbedingungen mit entsprechender Kinderbetreuung benötigen.

*„[...] dass vielleicht der Kulturpass ein bißl besser verteilt wird. Weil voriges Jahr haben sie die Kinderbeihilfe als Einkommen angerechnet. Und dann sind sehr viele Mamas natürlich rausgefallen und konnten den Kulturpass nicht mehr kriegen, weil die Kinderbeihilfe*

dazugerechnet wird. Und wenn da drei, vier Kinder in der Familie sind, dann hat die gar keine Chance mehr auf einen Kulturpass und das finde ich ungerecht“.  
(Frau J.10/Z 358-363)

„[...] an die Gesellschaft wünsche ich mir, dass also v.a. Alleinerziehende, aber überhaupt Eltern, eine andere Akzeptanz erhalten im Berufsleben, dass also sich nicht die Familien an die zeitlichen Anforderungen halten müssen, sondern dass es ganz klar ist, dass Leute mit Kindern andere Arbeitszeiten haben, aber ohne Gehaltsverlust, also dass ganz klar ist, dass diese Zeit, wo es Kinder gibt, muss es mehr Unterstützung geben, also nicht nur diese sieben Tage, wenn das Kind krank ist, sondern es muss mehr sein“.  
(Frau F.6/Z 471-476)

„[...] eine Arbeit, die vereinbar ist mit den Öffnungszeiten vom Kindergarten, das war für mich immer die Hölle, ich musste immer draufzahlen, damit sie früher aufmachen [...] eine Arbeitsstelle, die flexibel genug ist und wo man auch in Pflegeurlaub gehen kann, ohne dass man angerufen wird, wann man denn wieder kommt, weil so viel los ist. Das wäre sicher schon mal hilfreich. Oder vielleicht sogar eine Arbeit, wo man auch die Kinder mitnehmen kann“.  
(Frau C.3/Z 98-101)

Eine Frau wünscht sich die Aufhebung der strikten Trennung zwischen einzelnen Bereichen der Bildungseinrichtungen, um so der permanenten Zeitnot von Eltern begegnen zu können.

„Was ich weiß von meinem Beruf und den vielen alleinerziehenden Müttern, die wir haben, ist das Zeitproblem, alles unter einen Hut zu bringen, das brennt extrem, wenn da irgendwas ist mit dem Job oder mit öffentlich, wer holt das Kind ab, wie kommt das Kind heim? - Diese strikten Zeiten, die es da gibt. Ich hab ja schon lange die Vision, dass alles Bildungsstätten werden und Begegnungsstätten sind und da ein flexiblerer Umgang ist, weil auch dort könnte so eine Frauenbegegnungsstätte untergebracht sein, müsste vielleicht ein bißerl anders gebaut sein, aber dass da vielmehr ein fließendes Miteinander ist von verschiedenen Bereichen der Gesellschaft und dass da klar ist, Kindergartenbetrieb ist bis 18.00 Uhr und ab 17.00 Uhr ist schon die Tagesmutter dabei, Tagesvater oder so wer und die können das übernehmen und dann kann gesprochen werden und es gibt auch Räumlichkeiten, wo sich Eltern hinsetzen können und verschlafen können“.  
(Frau F.6/Z 547-555)

#### **5.5.4 Bildungsbereich**

Das Thema Schule und Bildung ist mit dem Wunsch nach einer Verbesserung der Schulqualität und der verbindlichen Einführung von Elternbildung verbunden, um einer Überforderung in der Erziehungsarbeit der Kinder vorzubeugen.

*„Wir brauchen in den Schulen einfach ein Qualitätsmanagement, es muss eingeführt werden, in jeder Firma gibt's einen Chef, ein Chef kann sich seine Mitarbeiter aussuchen, die er haben will und wenn der Mitarbeiter so nicht funktioniert, sagt der Chef, du änderst das oder du gehst [...] ich würde Zeugnisse für die Lehrer einführen, es sollen doch bitte die Mütter, die Väter, die Kinder am Ende des Jahres die Möglichkeit haben, auch die Qualität der Pädagogik zu beurteilen“. (Frau D.4/Z 708 -713)*

*„Für mich ist es so schlimm [...], Frauen auf die Rolle von Müttern zu reduzieren und darauf zu bauen, dass alles was mit Mütterlichkeit im Großen zu tun hat, ganz automatisch in den Genen ist und Frauen gar keine Unterstützung oder Bildung brauchen. Früher war es leichter in den Großfamilien, da ist auch der Erziehungsstil weiter gegeben worden [...], jetzt leben die jungen Familien allein und niemand sagt ihnen, wo es lang geht oder sie wollen was anderes probieren, es gibt viel zu viele Erziehungsratgeber, es gibt viel zu viele, die sind überfordert die jungen Eltern derzeit und da gehört gesiebt, also z.B. spätestens im Mutter-Kind-Pass ein Teil Elternbildung mit Selbstreflexion ...“ (Frau F.6/Z 595-604)*

#### **5.5.5 Persönlichkeitsentwicklung**

In dieser Kategorie geht es um fehlendes Selbstwertgefühl oder „Klassenbewusstsein“ der Frauen. Als Grund wird Isolation genannt, die es den Frauen kaum ermöglicht ihren Wert in der Interaktion mit anderen Menschen zu erkennen. Der Grund der Isolation liegt wieder im Mangel an Zeit- und Geldressourcen begründet, der die Kontaktpflege zu anderen Menschen kaum zulässt. Deutlich wird auch, dass die Thematik durch die hohen Selbstansprüche der Frauen, „Doppeltes leisten zu müssen“, noch verschärft wird.

*„Viele Alleinerziehende [...] fühlen sich sehr isoliert und leiden auch unter Minderwertigkeitsgefühlen, weil sie ihren eigenen Wert nicht erkennen können. Ich denke, die Gruppe der Alleinerziehenden müsste quasi ein Klassenbewusstsein entwickeln, das geht aber nur durch Kommunikation und Kommunikation ist nur dann möglich, wenn man nicht ständig am Limit kämpft. Aber das würde sehr gut tun“. (Frau I.9/Z 251-256)*

*„[...] man braucht Geld und man braucht mehr Zeit, weil wenn ich jetzt z.B. die Frauen, die Vollzeit arbeiten, sind meistens Alleinerzieherinnen, her nehme, verheiratete Frauen*

*arbeiten viel weniger Vollzeit, wenn die jetzt einen 40-Stunden Job haben und noch die Wohnung putzen müssen und dann noch kochen müssen und Hausaufgaben und ein kleines Kind haben, wenn die hin und wieder mal raustelefonieren, ist das, glaub ich schon viel". (Frau I.9/Z 260-264)*

*„Also ich glaub, dass alleinerziehende Frauen v.a. dieses Akzeptanzproblem haben, dass sie eigentlich wissen, sie müssen doppelt so viel geben wie andere, doppelt so viel leisten und das auch tun, dass das ein dauernder Druck ist, dass ich mir selber zugestehe, dass ich keine Leistung erbringen muss, dass ich auch nichts tun darf, was immer das ist". (Frau F.6/Z 459-461)*

## **5.6 Zusammenfassung der Expertinnen-Interviews**

Nachstehend erfolgt eine Zusammenfassung der Expertinnen-Interviews. Das erste Interview wurde im Büro einer Gesundheitseinrichtung für Frauen geführt, das zweite erfolgte in einer Interessensvertretung für Alleinerziehende, das dritte stammt aus einer betreuten Wohn-Einrichtung, in welcher Alleinerzieherinnen für eine begrenzte Zeit wohnen können und umfassende Unterstützung erhalten. Alle Interviews wurden aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert. Die Dauer betrug jeweils rund 45 Minuten.

Die Alleinerzieherinnen kommen in die Einrichtungen, wenn der Druck im Alltag zu groß geworden ist bzw. bereits gravierende gesundheitliche Probleme eingetreten sind. Schwere Probleme ergeben sich aus plötzlich eintretenden, krisenhaften Situationen oder Lebensumbrüchen, wie z.B. aus einem Jobverlust oder einer relativ plötzlichen Trennung.

Zu den Hauptbelastungen zählen finanzielle Schwierigkeiten, rechtliche Angelegenheiten rund um die Scheidung, Trennung, einstweilige Verfügungen und wenn Kinder als Folge der Trennung mit auffälligem Verhalten reagieren. Auf den Frauen lastet ein immenser Verantwortungsdruck, der dazu führt, dass man jederzeit funktionieren muss. Erschwert wird die Situation durch Isolation und Fehlen eines Netzes, das für Rückhalt sorgt. Großer Druck ergibt sich auch aus den Anforderungen des Arbeitsmarkts nach zunehmender Flexibilität, die von den Frauen wegen ihrer alleinigen Verantwortung nur schwer erfüllt werden kann. Als Folge der vielen Belastungen rücken die Frauen ihre eigene Person oft in den Hintergrund.

Gesundheitlich zeigen sich Depressionen, Schlaf- und Angststörungen, eine erhöhte Infektanfälligkeit sowie psychosomatische Erscheinungen. Häufig ist ein schlechter Ernährungszustand durch ungesunde Ernährung zu beobachten. Therapien können oft wegen einer Selbstkostenbeteiligung nicht in Anspruch genommen werden. Manche der

Frauen haben keine Krankenversicherung. Unverarbeitete Traumata kommen an die Oberfläche, wenn die Belastungen zu stark werden:

*„[...] dann kommt z.B. ein Antrag von einem Vater, er will das Kind jetzt doch sehen, das war einmal ein gewalttätiger Vater, also Gewalt gegen die Mutter, natürlich ist da eine ewige Verletzung [...], dieses extreme Gefühl der Frau, oder wie sie mir vermittelt, was das jetzt für sie bedeutet, dass vom Gericht ein Brief kommt, steht nicht im Verhältnis zu dem Brief und was da drinnen steht, aber ihr Seelenleben ist völlig aufgewühlt und dann hab ich mir gedacht, was heißt das jetzt? Es ist jetzt einige Zeit ganz gut gegangen, sie hat sich gut entwickelt, sie hat ihr Leben gefunden, ihre Ausbildung usw. und jetzt kommt ein Brief vom Jugendamt und sie ist völlig aufgebracht und außer sich und meine Erklärung war dann, das bricht dann immer wieder auf, also die Sachen, die nicht wirklich bereinigt sind oder verarbeitet sind durch gut begleitete Psychotherapie.“ (EX02/Z 75-83)*

Stärken liegen in den Managementqualitäten der Frauen, dazu gehören Organisationsfähigkeiten, „Multitasking“, eine hohe Merkfähigkeit und die Mobilisierung der gesamten Kräfte. Auch entwickeln die Frauen aufgrund ihrer alleinigen Verantwortung neue Strategien zur Alltagsbewältigung. Zuzüglich erbringen die Frauen hohe Kompensationsleistungen für ihre Kinder, um den fehlenden Partner auszugleichen:

*„Und was sie auch können, dass es den Frauen vielfach gelingt, Kompensationsleistungen zu erbringen, wenn da kein Vater da ist, der sich kümmert, dass die Frauen sehr viel kompensieren und ich denk mir immer, dass es den Kindern nicht gut geht, aber den Kindern geht's in den meistens Fällen sehr gut, dass die Frauen es schaffen, mit sehr hohem Aufwand eine sehr glückliche Kindheit zu ermöglichen und nur ihr eigenes Ich, das dann halt viel zu kurz kommt...“ (EX01/Z 46-50)*

Defizite liegen v.a. in der Eigenwahrnehmung, wonach die eigene Leistung nicht anerkannt und geschätzt wird und im Gefühl der Unzufriedenheit mit der eigenen Leistung, weil man das Alltagsleben noch besser schaffen müsse.

Die Frage, wo und wie Gesundheitsförderung zuerst ansetzen müsse, setzt Überlegungen voraus, über welches Setting Alleinerzieherinnen gut erreicht werden könnten und inwieweit eigene Angebote für Alleinerzieherinnen geschaffen werden sollten, die möglicherweise eine Stigmatisierung nach sich ziehen könnten. Dringender Handlungsbedarf besteht mit Sicherheit hinsichtlich der Schaffung von Sozialnetzwerken zur Entlastung der Frauen.

Auf gesellschaftlicher Ebene liegen gesundheitsförderliche Ansätze v.a. im Verständnis der Bevölkerung für die Lebenssituation der Alleinerzieherinnen, strukturell braucht es

eine dringende Ausweitung des psychotherapeutischen Angebotes auf Krankenschein ohne lange Wartezeiten und gut geschultes Personal in den offiziellen Beratungseinrichtungen und Auskunftsstellen:

*„also, dass es wirklich sehr gut geschultes Personal in den Beratungen braucht, bei den offiziellen Stellen, bei den Auskunftsstellen, die wirklich den Menschen das Gefühl vermitteln können, Ok du bist nicht allein mit dem Problem, weil dann wird es schon kleiner, dann hab ich schon das Gefühl, da gibt es eine Andockstelle und da kann mir wer was sagen und dadurch kann der Druck dann schon wieder ein bisserl runtergehen...“  
(EX02/Z 148-152)*

Auf der Verhaltensebene sollte die Wahrnehmung der eigenen Leistung in den Fokus rücken:

*[...] also da glaub ich, da geht's dann auch so um ein bisschen um ein Zurechtrücken, um den Frauen sichtbar machen, dass das, was sie da leisten nicht selbstverständlich ist, weil ich glaub, dass die Frauen so in ihrem ‚ich muss ja funktionieren, dass ich da arbeiten geh, mich um die Kinder kümmern, um den Haushalt, das Überleben hier meistere‘, dass das die Frauen gar nicht als Leistung wahrnehmen, sondern als Selbstverständlichkeit, ja, das muss halt sein, das ist keine besondere Leistung,[...], das ist auch was ganz Wichtiges, dass wir in der Beratung den Frauen bewusst machen, was sie hier schaffen, was sie leisten, das ist nicht als selbstverständlich zu sehen, das ist eine Leistung“. (EX01/Z 38-40, 45-46)*

Weiterer Handlungsbedarf besteht teilweise im Bereich der Entwicklung von Selbstorganisationsfähigkeiten, sowie der Stärkung eines Selbstbewusstseins im Umgang mit Behörden, Ämtern oder auch Versorgungseinrichtungen im Gesundheitswesen.

## **5.7 Zusammenfassung**

Der Begriff „Gesundheit“ bedeutet nach dem Verständnis der Frauen die Einheit von Körper und Seele und integriert für manche Frauen neben der eigenen Gesundheit die Gesundheit ihrer Kinder. Als Determinanten ihrer Gesundheit nennen die Frauen Faktoren individueller Lebensweisen wie Ernährung, Bewegung und v.a. Entspannung, soziale Netzwerke und gute Lebensbedingungen.

Die größten Belastungen liegen im Zeit- und Geldmangel, die sich gegenseitig bedingen. Ein höheres Stundenausmaß im beruflichen Alltag reduziert das Zeitbudget zu Lasten des Privatlebens, das von Haushaltsführung und Kindererziehung geprägt ist. Umgekehrt erhöht ein geringes Stundenausmaß den privaten Handlungsspielraum, allerdings sind



dann die ökonomischen Ressourcen umso eingeschränkter. Schwierig wird die Situation für die Frauen, wenn zusätzliche Belastungen hinzukommen. Schulprobleme oder ein außerordentlicher Förderbedarf der Kinder ringt berufstätigen Frauen die schwierige Entscheidung ab, wie sich der zeitliche Mehraufwand und die finanzielle Absicherung der Familie vereinbaren lassen. Als Konsequenz bleibt dann oft nur noch, das Arbeitsausmaß zu reduzieren, was gleichzeitig eine schmerzende Einbuße der finanziellen Mittel bedeutet und dadurch bedingt auch häufig Existenzangst.

Die alleinige Verantwortung belastet und führt dazu, dass die Frauen in jeder Situation „funktionieren müssen. „Krank sein“ und sich auskurieren dürfen, ist kaum möglich, weil man muss einkaufen gehen, die Kinder versorgen, bei den Hausaufgaben helfen etc. Verschärft wird die Situation, wenn die Gesundheit oder Entwicklung der Kinder gefährdet ist und keine Unterstützung durch den Expartner oder soziale Netzwerke erwartet werden kann, oder eine zuvor beendete konfliktreiche Beziehung negative Auswirkungen auf das eigene Leben oder das der Kinder zeigt.

Als Konsequenz der Überforderung ergeben sich eine Reihe von Befindlichkeitsstörungen, darunter „dünne Nerven“, Reizbarkeit, extreme Müdigkeit und Kraftlosigkeit, im somatischen Bereich zeigen sich eine erhöhte Infektanfälligkeit, Bluthochdruck, Probleme mit der Leber und Galle. Stressbedingtes Rauchverhalten verstärkt sich. Psychisch und emotional berichten die Frauen und Expertinnen über Depressionen, Agressionen, Stimmungsschwankungen, Angststörungen, Nervenzusammenbrüche bis hin zum Burnout-Syndrom.

Ressourcen liegen in den Strategien, um Kraft und Energie zu tanken. Verbreitet nehmen die Frauen eine kurze Auszeit, indem sie sich mit angenehmen Dingen befassen, mentale Entspannung suchen, raus in die Natur gehen, oder sich mit FreundInnen und Verwandten auf einen Café treffen. Sich selbst gut zureden oder Bestätigung erfahren, dass man „seine Sache“ gut macht, baut auf und gibt Kraft. Eine bewusst positive Grundhaltung erleichtert die Bewältigung des Alltags. Eine wirkungsvolle Strategie besteht im künstlerischen Ausdruck des eigenen Innenlebens und sorgt für die Psychohygiene. Humor und „lachen können“ haben ebenfalls eine entlastende Ventilfunktion.

Die Stärken der Frauen liegen in umfassenden Managementqualitäten und in der Mobilisierung ihrer gesamten Kräfte. Dazu gehören die Organisation des Alltags, Zeit- bzw. Finanzmanagement und Problemlösungsfähigkeiten, hinzu kommen soziale,

kommunikative und emotionale Fähigkeiten wie Motivieren, Delegieren können und Geborgenheit vermitteln. Ein hohes Verantwortungsbewusstsein besteht für die Sicherheit und Entwicklung der Kinder. Zudem erbringen die Frauen für ihre Kinder eine hohe Kompensationsleistung als Ersatz für den fehlenden Partner. Unterstützung holen sich die Frauen außerhalb von Familie und Freunden in erster Linie durch finanzielle Beihilfen und Haushaltshilfen. Innerhalb der engeren Familie ist v.a. die eigene Mutter eine wichtige Stütze.

Im Gesundheitswesen nutzen die Frauen hauptsächlich Ärzte, Spitäler und einzelne Leistungen der Gebietskrankenkasse, im privaten Bereich sind es unter großer finanzieller Anstrengung alternativmedizinische Methoden wie z.B. Homöopathie oder Osteopathie. Mutter-Kind-Beratungsstellen sind vielfach bekannt und werden hauptsächlich zur Informationseinholung, Beratung und kinderärztlichen Untersuchung aufgesucht. Angebote der Gesundheitsförderung sind den Frauen generell wenig geläufig, am ehesten bekannt ist die Möglichkeit der Gesundenuntersuchung.

Bei der Angebotserstellung gesundheitsförderlicher Maßnahmen ist den Frauen die Nähe und gute Erreichbarkeit wichtig. Die Angebote müssten kostenfrei erfolgen und von einer ansprechenden, heimeligen und wertschätzenden Atmosphäre geprägt sein. Interessierende Themen liegen in kostengünstiger gesunder Ernährung für Mutter und Kind, Bewegung, Entspannungsmethoden, Verhütung und alternativen Methoden wie Akupressur oder einfachen Hausmitteln bei Erkrankung. Von der öffentlichen Hand wünschen sich die Frauen die Forcierung und Unterstützung alternativmedizinischer Methoden.

Existenzielle Bedürfnisse zur Stärkung eines dauerhaften Wohlbefindens liegen in erster Linie in der Sicherstellung materieller Mittel, einem Heim und sozialer Unterstützung, v.a. in Notfällen oder krisenhaften Situationen. Zur materiellen Absicherung gehört ein faires Einkommen, von dem man leben kann und ein gesicherter Kindesunterhalt. Gesellschaftlich sollte ein Imagewandel der Alleinerzieherinnen in eine positive anstelle einer defizitären Richtung erfolgen, zudem wünschen sich die Frauen die gesellschaftliche Anerkennung ihrer Leistung und Unterstützung durch Angebote, die den Frauen das Leben erleichtern. Auch braucht es Verständnis und Akzeptanz der unterschiedlichen Lebenslagen alleinerziehender Frauen. Zur gesundheitlichen Regeneration sind kostenlose Erholungsaufenthalte für Mütter und Kinder sowie der dringende Ausbau kostenloser, psychotherapeutischer Angebote notwendig.

In den Bereich Persönlichkeitsentwicklung fällt die Stärkung des Selbstwertgefühls, das Erkennen-können der eigenen Leistung und die Reduktion überzogener Anforderungen an sich selbst. Die Entwicklung eines notwendigen „Klassenbewusstseins“ setzt das Aufbrechen erlebter Isolation voraus. Isolation entsteht, wenn keine Zeit bleibt, um Außenkontakte zu pflegen.

## **6 Diskussion und Limitation der Arbeit**

Die vorliegende Arbeit zielt darauf ab, eine wissenschaftliche Grundlage zum Thema Gesundheit und Gesundheitsbedürfnisse aus der Sicht sozial benachteiligter Alleinerzieherinnen und einschlägiger Expertinnen in Wien zu erarbeiten, auf deren Basis gesundheitsförderliche Maßnahmen formuliert werden sollen. Die zentralen Ergebnisse wurden detailliert in Kapitel 5 dargestellt. Im Folgenden werden die Ergebnisse gemäß der Forschungsfragen in den theoretischen Rahmen eingebettet, der ausführlich in Kapitel 2-4 erläutert wurde. Das Kapitel endet mit einer Kritik und Limitation der vorliegenden Arbeit.

### **6.1 Bedeutung der Gesundheit und des Wohlbefindens - Gesundheitsbedürfnisse**

Das Verständnis der Frauen von Gesundheit deckt sich mit der umfassenden WHO-Definition, wonach Gesundheit die körperliche, geistige und soziale Ebene integriert (World Health Organization, 1986). Vor allem Körper und Psyche nennen die Frauen explizit zur Gesundheitsbedeutung. Die soziale Ebene findet sich vorerst in Form eines erweiterten Begriffs wieder, indem die Gesundheit der eigenen Kinder als integraler Bestandteil der eigenen Gesundheit betrachtet wird. Diese Erkenntnis deckt sich mit dem Ergebnis der Studie von Zartler et al. (2011), wonach die psychische und physische Gesundheit der Kinder von zentraler Bedeutung für die Frauen ist.

Die Gesundheitsbedürfnisse der Frauen spiegeln im Wesentlichen die Gesundheitsdeterminanten nach dem Modell von Dalgren und Whitehead (Kapitel 3) wider. Es sind v.a. Faktoren der individuellen Lebensweise, soziale Netzwerke und gute Lebensbedingungen, die die Frauen als Notwendigkeit zum Wohlbefinden definieren. Beim Lebensstil sind eine gesunde Ernährung, Bewegung und v.a. Erholung ein Thema, vorausgesetzt, man kann es sich leisten. Soziale Netzwerke sollen einerseits Hilfeleistungen im privaten oder öffentlichen Bereich ermöglichen, andererseits Ansprechpartner bieten. Gute Lebensbedingungen werden v.a. in der materiellen Absicherung gesehen. Auch eine ansprechende, gesunde Wohnumgebung ist eine

Voraussetzung für Wohlbefinden und Gesundheit. In die Ebene der allgemeinen sozioökonomischen Umwelt fällt das Bedürfnis nach guter Versorgung durch die Gesundheitsdienste, nach Beratung und dem Vertrauen, „gut aufgehoben“ zu sein.

## **6.2 Gesundheitsbeeinträchtigende Alltagsbelastungen**

Die größten Alltagsbelastungen liegen in einem Geflecht von Faktoren, die einander bedingen, allen voran Zeit- und Geldmangel (vgl. Zartler et al. 2011, Amesberger et al. 2001, Schmidt & Lüttich, 2008). Mehr Geld zu haben, bedeutet in der Regel ein höheres Arbeitsausmaß zu Lasten des Zeitbudgets, während mehr Zeit zu haben, weniger Geld bedeutet. Weder Bildung noch der berufliche Hintergrund vermeidet in der vorliegenden Stichprobe ein Leben an der Armutsschwelle, definiert durch das gewichtete 60% -ige Medianeinkommen der Gesamtbevölkerung. Dass die ökonomische Situation unabhängig vom Erwerbsumsatz, der Höhe des Einkommens und des Bildungsgrads von alleinerziehenden Frauen als Problem thematisiert wird, bestätigt die qualitative Studie von Zartler et al. (2011), wengleich sich der Einkommensspielraum bei Frauen mit geringer Bildung, Migrationshintergrund, jungen Frauen und Frauen mit jüngeren Kindern nach Amesberger et al. (2001) um ein Vielfaches prekärer darstellt.

Die alleinige Verantwortung für alle Lebensbereiche führt häufig zu Überforderung, zu einem Leben ohne Ruhepausen und dazu, immer „funktionieren zu müssen“. Enge finanzielle Ressourcen verursachen Sorgen um die Zukunft und Existenzangst. Zu den Alltagsproblemen kommen außergewöhnliche Belastungen zeitlicher, finanzieller und psychischer Natur hinzu, wenn etwa die gesunde Entwicklung der Kinder gefährdet ist und die Frauen schwierige Situationen alleine bewältigen müssen, weil der Expartner keine Unterstützung leistet oder im schlechtesten Fall sogar als Bedrohung wahrgenommen wird. Eine außergewöhnliche Belastung ist dann gegeben, wenn z.B. beim Kind eine gravierende Behinderung oder Krankheit eintritt, deren Linderung teure Therapien und Förderbedarf erfordert, oder schulische Probleme hinzukommen, zu deren Lösung die Frauen mehr Zeit für die Förderung ihrer Kinder benötigen würden (vgl. Zartler, S. 172). Auch Schwierigkeiten in der Kindererziehung führen mitunter rasch zur Überforderung. Untermauert wird dieses Faktum durch den deutschen Mikrozensus 2009 (Statistisches Bundesamt, 2010). Demnach nahm jede 10. alleinerziehende Familie in Deutschland im Jahr 2008 Erziehungshilfe über die Jugendämter oder Elternberatungsstellen in Anspruch. 50% der geleisteten Dienste aus 2008 richteten sich damit an AlleinerzieherInnenfamilien.

Belastungen entstehen nicht nur exogen, auch überzogene Ansprüche an sich selbst, das Gefühl, Doppelpes leisten zu müssen, wurden mehrfach genannt. Dies deckt sich mit Befunden der deutschen Sinusstudie (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2011), die „Alleine erziehen“ als prozesshaften Verlauf von der Irritation über die Neufokussierung bis hin zur Neuorientierung im zeitlichen Kontext beschreibt, in deren Verlauf die überzogenen Eigenansprüche reduziert und auf ein bewältigbares Ausmaß angepasst werden. Dieser zeitliche Verlauf konnte in der vorliegenden Arbeit nicht bestätigt werden, da hier speziell Frauen von hohen Ansprüchen an sich selbst berichteten, bei denen eine Neuorientierung mit Sicherheit schon stattgefunden hatte und die auch schon viele Jahre alleinerziehend waren.

Schmidt und Lüttich (2008) schreiben, dass das Schwierigste am Alleinerziehen die finanziellen Sorgen, die alleinige Verantwortung, rund um die Uhr zur Verfügung stehen zu müssen und Überforderung sind. Die alleinige Verantwortung stellt sich in der Literatur als widersprüchlich dar – in der vorliegenden Stichprobe lastet die alleinige Verantwortung eher schwer auf den Schultern der Frauen. Nach Brand & Hammer (2002) und Amesberger et al. (2001) wird die alleinige Verantwortung v.a. dann als positiv betrachtet, wenn sie das Ende von Konfliktsituationen mit dem Kindesvater bedeutet und die Freiheit, unabhängig von den Vorstellungen des Partners erziehen zu können.

Die interviewten Frauen berichten zu den gesundheitlichen Auswirkungen der Dauerbelastungen über erhöhte Reizbarkeit, Nervosität, Migräneanfälligkeit, extreme Müdigkeit und Kraftlosigkeit, im somatischen Bereich v.a. über eine erhöhte Infektanfälligkeit, Bluthochdruck, Probleme mit der Leber und Galle. Stressbedingtes Rauchverhalten verstärkt sich. Psychisch und emotional berichten die Frauen über Depressionen, Aggressionen, Nervenzusammenbrüche bis hin zum Burnout-Syndrom. Diese Befunde decken sich weitgehend mit den deutschen Ergebnissen von Helfferich et al. (Helfferich, Hendel-Kramer, & Klindworth, 2003), sowie mit den Befunden zur psychischen Gesundheit nach Atkins (2010).

### **6.3 Ressourcen**

Für die Gesundheitsförderung sind die Ressourcen von großer Bedeutung. Die Interviews zeigen, dass die Frauen über ein breites Spektrum an Ressourcen verfügen. Diese liegen in zahlreichen Fähigkeiten, im Mobilisieren-Können ihrer gesamten Kräfte, in Persönlichkeitsstrukturen, dem Wissen über Strategien, die zur Erholung angewandt werden können und der Fähigkeit, Netzwerke zu aktivieren. Mit Ausnahme einer Frau zählten alle Frauen selbstbewusst Fähigkeiten auf, die gemeinhin als

Managementfähigkeiten gelten: Zeitmanagement, Wirtschaftliches Denken, Geldmanagement, Organisieren, Planen, den Überblick bewahren, Problemlösefähigkeit und Flexibilität. Zu den sozialen Kompetenzen zählen Kommunikationsfähigkeit, Delegieren- und Motivieren-Können. Wichtig erachten die Frauen die emotionale Seite, da sie den Kindern Stabilität und Geborgenheit vermitteln möchten. Insgesamt zeigt sich ein hohes Verantwortungsgefühl für die Sicherheit und gute Entwicklung der Kinder.

In der Literatur zu Alleinerzieherinnen finden sich v.a. Beschreibungen der sozioökonomischen Lebenslage, nur wenig Hinweise geben Aufschluss über Fähigkeiten. Nur am Rande erwähnen Zartler et al (2011) die Fähigkeiten zum Zeit- und Geldmanagement, häufiger finden sich Typisierungen von Alleinerzieherinnen und damit der Versuch einer Zuschreibung bestimmter Eigenschaften (Amesberger, Dimitz, Finder, Schiffbänker, & Wetzler, 2001). Die deutsche Sinus-Studie (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2011) unterscheidet drei unterschiedliche Mentalitätstypen von Alleinerzieherinnen in Abhängigkeit von den materiellen und sozialen Ressourcen, dem Verhältnis zum Kindsvater und der Offenheit für das Eingehen einer neuen Beziehung. Die „partnerschaftsorientierte Perfektionistin“ verfügt z.B. über ein ausgeklügeltes Zeitmanagement:

*„Pannen im „Zeitmanagement“ haben häufig direkte und sichtbare Konsequenzen, die unmittelbar benannt werden: Probleme mit dem Arbeitgeber, Unmut in Kita und Schule. Die Mütter sind sehr bemüht, solche Konflikte gar nicht erst entstehen zu lassen, d. h. unter keinen Umständen „unangenehm aufzufallen“. Sie haben sehr ambitionierte Checklisten (z. B. Timesheets, To-do-Listen, Einkaufszettel etc.) auf deren Einhaltung sie peinlich genau achten“ (S.44).*

Eine Arbeitshilfe zur familienfreundlichen Personalpolitik in Deutschland betont die Organisationsfähigkeit, Eigenständigkeit, Stressresistenz und Verlässlichkeit alleinerziehender Frauen, die sich positiv auf die Erwerbstätigkeit auswirken können. Auch wird von einer ausgeprägten Teamfähigkeit und einem hohen Verantwortungsgefühl der Frauen gesprochen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2011c). Alle angeführten Eigenschaften konnten an dem vorliegenden Sample der Frauen ausgemacht werden.

Für die Gesundheitsförderung interessant, zeigen sich die Copingstrategien im Umgang mit Stress und Anspannung. Die Frauen können gut beschreiben, was ihrem Wohlbefinden gut tut und es auch gut anwenden, allen voran steht die Strategie, eine kurze Auszeit zu nehmen, d.h. rausgehen in die Natur, soziale Kontakte nützen, sich mit angenehmen Dingen beschäftigen, mentale Entspannung etc.

Eine positive Grundeinstellung, sich selbst immer wieder aufs Neue motivieren können, lachen oder künstlerische Betätigung als Ventil, hilft die Alltagsprobleme besser zu bewältigen, schenkt neue Energie und sorgt für die Psychohygiene. Man könnte letztere Strategien nach Antonovsky (siehe Kapitel 2.1) zu den „motivationalen und emotionalen Widerstandsressourcen“ zählen.

Positiv für die Gesundheit ist es, wenn es gelingt Hilfe und Unterstützung einfordern zu können. Die Frauen wenden sich v.a. an Stellen, wo sie finanzielle Unterstützung oder Unterstützung im Haushalt bekommen können, z.B. für Wohnbeihilfe, Beantragung des Kulturpasses oder an das Jugendamt, wenn ausständige Alimentationszahlungen vom Partner einzufordern sind. Manchmal wird auch Unterstützung im Haushalt durch Familienhelferinnen eingeholt. Im privaten Bereich ist es die engere Familie, v.a. die eigene Mutter, die bei regelmäßigem Bedarf unterstützt und einspringt. Dies deckt sich mit den Ergebnissen aus der Literatur (Zartler et al. 2011; Amesberger et al. 2001; Brand & Hammer, 2002), wonach die engere Familie für regelmäßige Unterstützungsleistungen herangezogen wird, während in Notfällen auch Unterstützung im FreundInnen- und Bekanntenkreis gesucht wird.

#### **6.4 Gesundheitsförderung aus Sicht der Frauen und Expertinnen**

Um zu erheben, wie Gesundheitsförderung aus dem Blickwinkel der Frauen ansetzen müsste, wurde zuerst erhoben, welche Einrichtungen bekannt sind und welche Erfahrungen vorliegen. Am häufigsten werden Haus- und Kinderfachärzte, Spitäler und Angebote der Krankenkassen, etwa Leistungen des Zahnambulatoriums, genutzt (vgl. Brand & Hammer, 2002).

Im Bereich Gesundheitsförderung/Prävention ist z.B. die jährliche Gesundenuntersuchung oder Brustkrebsvorsorge bekannt, sonstige Angebote zur Ernährung, Bewegung, Raucherentwöhnung, etwa durch Krankenkassen, sind wenig bekannt. Die Erfahrungen mit dem klassischen Gesundheitswesen sind heterogen. Einige der Frauen kritisieren die „Organmedizin“, in der die ganzheitliche Gesundheit zu kurz kommt. Als Alternative werden z.B. homöopathische oder osteopathische Methoden bevorzugt, deren Finanzierung die Frauen jedoch an den Rand ihrer finanziellen Möglichkeiten bringt (vgl. Zartler et al., 2011).

Zur Frage, welche Rahmenbedingungen gesundheitsförderliche Angebote haben müssen, zeigen sich die Faktoren Nähe des Angebots, Niedrigschwelligkeit, eine angenehme, wertschätzende Atmosphäre in Kenntnis der Lebenslage alleinerziehender Frauen, die Möglichkeit, Kinder mitzunehmen und Kostenfreiheit als zentrale Bedingungen. Die

Frage, wann die Angebote statt finden sollten, ist abhängig von der Betreuungssituation der Kinder bzw. der beruflichen Situation und lässt sich nicht vereinheitlichen. Zu den gewünschten Themenschwerpunkten zählen verhaltensorientierte Angebote wie eine gesunde, kostengünstige, rasch zuzubereitende Ernährung für Mutter und Kind, Bewegung, Entspannung, Raucherentwöhnung, Verhütung und helfende Hausmittel im Krankheitsfall, aber auch Interventionen auf struktureller Ebene, indem Gesundheitsförderung zu allererst da ansetzen müsste, dass alleinerziehende Frauen mehr finanzielle Mittel zur Verfügung haben.

Aus dem Blickwinkel der Expertinnen muss Gesundheitsförderung bei der Entlastung der Frauen durch die Bildung von Sozialnetzwerken ansetzen, beim gesellschaftlichen Verständnis für die unterschiedlichen Lebenslagen von Alleinerzieherinnen, der Schulung des Personals von einschlägigen offiziellen Beratungs- und Auskunftstellen, bei kostenfreien Zugangsmöglichkeiten zu Therapien (v.a. auch im dringenden Ausbau eines kostenlosen psychotherapeutischen Angebots für Alleinerzieherinnen und deren Kinder), sowie bei rascher Hilfe und Unterstützung in krisenhaften Situationen.

## **6.5 Bedürfnisse zur Stärkung des Wohlbefindens und der Gesundheit**

Bei den Bedürfnissen und Wünschen stellten die Frauen Überlegungen zur eigenen Situation an, aber auch ganz allgemein bezogen auf die Gruppe der Alleinerzieherinnen.

Zieht man zur Einschätzung der von den Frauen berichteten Bedürfnisse die Bedürfnispyramide nach A. Maslow heran (vgl. Naidoo & Wills, 2010) zeigt sich eine 5-stufige hierarchische Abfolge, deren Fundament die Ebene der physiologischen Bedürfnisse, also die Befriedigung von Hunger und Durst, darstellt, gefolgt vom Bedürfnis nach Sicherheit (z.B. materielle Sicherheit, ein Heim haben, gesund sein, etc.), eine Ebene höher folgt das Bedürfnis nach Zugehörigkeit, Akzeptanz, danach das Bedürfnis nach Wertschätzung, Zustimmung und Anerkennung und an oberster Stelle das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung und danach, seine Möglichkeiten ausschöpfen zu können.

Die mit Abstand von den Frauen am deutlichsten artikulierten Bedürfnisse liegen an der Basis der Bedürfnispyramide, dem Bedürfnis nach wirtschaftlicher, sozialer und gesundheitlicher Sicherheit mit einem „Dach über dem Kopf“. Dazu braucht es ein Einkommen, von dem man leben kann, die Sicherheit eines angemessenen Kindesunterhalts, die Sicherheit, in Notfällen ausreichend Unterstützung zu erhalten und Entlastung im Alltag (vgl. Bundesministerium für Familien, Frauen, Senioren und Jugend, 2008). Zur Sicherstellung des Gesundheitsbedürfnisses soll eine Wahlärztzmöglichkeit



sowie eine Wahlmöglichkeit betreffend alternativmedizinischer Methoden mit entsprechender Kostenvergütung gegeben sein. Als Maßnahme der Gesundheitsförderung und Prävention werden kostenlose Erholungsaufenthalte für Mutter und Kind als notwendig erachtet. Gesundheitsförderung soll aber auch auf eine Beeinflussung der strukturellen Gegebenheiten abzielen, indem man zu allererst überlegt, wie den Frauen mehr monetäre Mittel zur Verfügung stehen könnten.

Zur Ebene der Wertschätzung formulieren die Frauen den Wunsch nach gesellschaftlicher Anerkennung ihrer Leistung, den Wunsch nach einem Imagewandel der Familienform „alleinerziehend“, der das defizitäre durch ein realistisches und positives Bild ablöst und eine reele Teilhabemöglichkeit am kulturellen und gesellschaftlichen Leben. Der deutschen Sinusstudie zufolge (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2011), existiert eine große Diskrepanz zwischen Eigen- und Fremdwahrnehmung. So stellt sich das Selbstbild Alleinerziehender insgesamt deutlich positiver dar, als das Fremdbild. Fast alle befragten Alleinerziehenden gaben in der zitierten Studie an, Erfahrungen mit Vorurteilen gemacht zu haben. Demnach orteten die Frauen eine latent unterstellte Bedürftigkeit, Beziehungsunfähigkeit oder mangelnde Flexibilität und Belastbarkeit (2011, S. 8).

Zur obersten hierarchischen Stufe nach Maslow, der Persönlichkeitsentwicklung, wünschen sich die Frauen die Entwicklung eines „Klassenbewusstseins“ der Lebensform „Alleinerzieherin“ und das Erkennen-Können des eigenen Wertes. Um den eigenen Wert jedoch in der Interaktion mit anderen Menschen erkennen zu können, muss zuerst die Isolation der Frauen, bedingt durch enge zeitliche und finanzielle Ressourcen, aufgebrochen werden. Zur Persönlichkeitsentwicklung gehört auch, überzogenen Eigen- und Fremdansprüchen, „Doppeltes zu leisten zu müssen“, eine Absage zu erteilen. Weiters wichtig in die Persönlichkeitsentwicklung zu integrieren ist der Bereich der Bildung, etwa in Form einer Elternbildung, um Gefühlen der Überforderung hinsichtlich eines gemeinsamen Lebens mit Kindern entgegen wirken zu können.

Allgemeine Wünsche an strukturellen Verbesserungen stellen etwa der Wunsch nach Qualitätsmanagement an Schulen dar oder die Durchlässigkeit einzelner gesellschaftlicher Bereiche wie Kinderbetreuung, Schule etc., um zeitlich flexible Rahmenverhältnisse für Eltern zu schaffen.

Nach Amesberger et al. (2001) liegen die Voraussetzungen zur Verbesserung der Lebenslage Alleinerziehender im Bereich der Einkommenssituation gekoppelt mit der Kinderbetreuung, im Bereich Gesundheit durch den Ausbau kostengünstiger bzw.

kostenfreier Therapie- und Regenerationsmöglichkeiten und im Bereich der gesellschaftlichen Bewusstseinsbildung. Dies meint eine verstärkte Frauenförderung in den Unternehmen, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf etc. Auf der persönlichen Ebene müssten Frauen lernen, sich selbst wichtig zu nehmen, auf eigene Bedürfnisse zu achten und Selbstbewusstsein zu entwickeln. Alle in dieser angeführten Studie angeführten Punkte wurden in der vorliegenden Arbeit bestätigt.

Zartler et al. (2011) nennen 10 Punkte zur Verbesserung der Lebenssituation bzw. zur Abfederung des Armutsrisikos: Die verbesserte Erwerbsteilhabe mit entsprechender Kinderbetreuungsmöglichkeit, die Sicherung der ökonomischen Lebensgrundlage, niederschwellige Informations- und Beratungsangebote, die Forcierung kostenloser und kostengünstiger Zugänge im Bereich Gesundheit, die gesellschaftliche Bewusstseinsbildung, die Umsetzung eines integrierenden Bildungssystems, Transparenz und Harmonisierung von Transferleistungen, Zugang zu leistbarem Wohnen und die Wahrnehmung von Kindern als Subjekte mit eigenen Rechten und einen weiteren Forschungsbedarf. Die meisten der hier angeführten Punkte wurden in der vorliegenden Arbeit ebenfalls identifiziert.

## **6.6 Limitation der Arbeit und Schlussfolgerungen**

In der vorliegenden Arbeit wurden 10 Interviews mit alleinerziehenden Frauen und 3 Expertinnen-Interviews geführt. Dabei wurde darauf geachtet, bei den Alleinerzieherinnen eine möglichst große Heterogenität hinsichtlich unterschiedlicher Lebenslagen, Bildungsabschlüsse, beruflicher Hintergründe, etc. abzubilden, dennoch ist anzunehmen, dass eine größere Anzahl an Interviewpartnerinnen eine breitere Diversität hätte abbilden können. Die Auswahl der Frauen lag teilweise bei einer betreuten Wohneinrichtung, womit bereits eine gewisse Vorselektion verbunden war. Die Forschungsmethode entsprach gut der Intention, mehr über Bedeutungsinhalte zur Gesundheit zu erfahren, sagt aber wenig für die Entwicklung gesundheitsförderlicher Maßnahmen auf der Verhaltensebene darüber aus, mit welcher Priorität Themen zu betrachten sind. Dazu wäre eine weiterführende quantitative Erhebung notwendig. Bezüglich Maßnahmen, die auf struktureller Ebene zur dauerhaften Stärkung des Wohlbefindens sozial benachteiligter Frauen notwendig wären, passen die gefundenen Ergebnisse eindeutig zum bestehenden Wissen aus der Literatur und sind von daher sehr glaubwürdig.

## 7 Entwicklung gesundheitsförderlicher Maßnahmen

Auf Basis der Zusammenschau von Daten der Statistik, der Gesundheitsberichterstattungen, aus wissenschaftlichen Studien und der Fachliteratur einerseits und Erfahrungen betroffener Frauen und mit dem Thema befassten Expertinnen andererseits, werden im Folgenden gesundheitsförderliche Themenblöcke für sozial benachteiligte Alleinerzieherinnen in Wien formuliert. Gesundheitsförderung bedeutet in diesem Zusammenhang die Beeinflussung der gesundheitsrelevanten Determinanten (siehe Abb. 3, Kapitel 3) in der Art und Weise, dass beeinträchtigende Belastungen abgeschwächt oder beseitigt werden müssen und Ressourcen gestärkt gehören.

### 7.1 Für Entlastung sorgen und Netzwerke schaffen

Ausgehend vom hohen Zeit- und Verantwortungsdruck einer sich häufig über Jahre hinwegziehenden Mehrfachbelastung ist eine sofortige Entlastung und Unterstützung der Frauen notwendig. Wichtig scheint in diesem Zusammenhang, dass man aufsuchende Unterstützung anbietet, da die Frauen kaum Zeit haben, um passgerechte Angebote selbst ausfindig zu machen. Nach den Aussagen zweier Expertinnen suchen die Frauen häufig erst dann Hilfe, *„wenn der nächste Tropfen das Fass bereits zum Überlaufen bringen würde“*, bzw. wenn schon eine Reihe an gesundheitlichen Störungen aufgetreten sind. Um dem vorzubeugen, sollte nach dem Vorbild des eben in einer Pilotphase befindlichen Projekts „Frühe Hilfen“, ein aufsuchendes Angebot konzipiert werden, um in einer kooperativen, wertschätzenden Atmosphäre gemeinsam mit den Frauen zu analysieren, welche Form der Unterstützung am dringendsten und notwendigsten in der momentanen Situation gebraucht würde. (Das Projekt „Frühe Hilfen“ richtet sich in erster Linie an sozial benachteiligte Familien mit Kindern bis zu 3 Jahren.) Dies kann z.B. eine Begleitung in einer finanziell prekären Situation sein, eine gesundheitliche Angelegenheit oder Erziehungsprobleme betreffen. Ein solches Angebot entspräche dem Wunsch einer interviewten Frau nach einer zentralen Anlaufstelle und nach Mitbestimmung. Nebenbei erwähnt liegt die Besonderheit am Projekt „Frühe Hilfen“ auch in der übergreifenden ministeriellen Unterstützung durch das Gesundheits- und Familienministerium. Auch dies wäre absolut wünschenswert und hilfreich, wenn es bei der Schaffung gesundheitsförderlicher Maßnahmen im Sinn einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik vermehrt zu ressortübergreifenden Aktivitäten käme.

Zur weiteren Entlastung der Frauen ist die Schaffung und Forcierung eines tragfähigen sozialen Netzwerkes, das nicht erst in Notfällen aktiv genützt werden soll, unbedingt notwendig. Das Netzwerk soll als Präventivmaßnahme dienen, damit Frauen auch eigenen Bedürfnissen, etwa mehr Zeit für sich zu haben, nachkommen können. Anzudenken wären Patenschaftsmodelle oder generationenübergreifende Projekte, in welchen z.B. zuverlässige kinderlose PensionistInnen die aktive Funktion eines/einer Mentors/Mentorin oder einer/eines „Leihoma oder Leihopas“ übernehmen könnten. Für Notfälle z.B. im Krankheitsfall der Mutter oder im Fall, dass ein Kind ins Spital muss, während noch Geschwisterkinder zu versorgen sind, braucht es die unbedingte Sicherheit, dass familiennahe Unterstützungsleistungen sofort zur Verfügung stehen.

Nachzudenken ist auch, in welchen wohnortnahen Einrichtungen niederschwellige Begegnungsmöglichkeiten nach dem Vorbild der Nachbarschaftszentren eingerichtet werden könnten, um Isolation und Einsamkeitsgefühlen entgegen zu wirken. Netzwerke unter den Frauen z.B. Selbsthilfegruppen, Alleinerzieherinnencafés sollten etwa bezirksweise forciert und im Zusammenhang mit der kommunalen Gesundheitsförderung ausgeweitet werden, um sich gegenseitig besser unterstützen zu können, Freundschaften anzuregen und gemeinschaftsbezogene Aktivitäten zu stärken.

Die Einrichtung nachbarschaftlicher stundenweiser Kinderbetreuungsangebote würde Frauen mit kleinen Kindern zu mehr „Luft“ verhelfen und auch dazu, einmal eine Besorgung oder einen Weg alleine absolvieren zu können.

Ebenfalls als unterstützende Maßnahme ist die Koordination und Abstimmung von bestehenden Informations- und Beratungsangeboten nach dem deutschen Vorbild „Netzwerke wirksamer Hilfen für Alleinerziehende“ anzustreben. Bestehende Angebote sind oft wenig aufeinander abgestimmt, wenig bekannt, es gibt Doppelgleisigkeiten oder nicht ausreichend angepasste Hilfen. Diese gilt es zu Leistungsketten zu formieren und auf ihre Brauchbarkeit hin für den Bedarf alleinerziehender Frauen zu evaluieren, zu adaptieren bzw. auszuweiten. Hand in Hand mit diesem vernetzenden Gedanken sollte eine Schulung der mit diesem Thema in Berührung kommenden Personen in offiziellen Beratungsstellen erfolgen. Die Erfahrung der in dieser Arbeit interviewten Expertinnen geht dahin, dass Personen in den Beratungsstellen oft das notwendige Verständnis für die Lebenslage von Alleinerzieherinnen fehlt. Durch eine entsprechende Sensibilisierung für die Diversität der Lebenslage von Alleinerzieherinnen und einem entsprechenden wertschätzenden Umgang könnte den Frauen schon viel Druck abgenommen werden.

Eine weitere große Entlastung bestünde in einer weitgehenden Bildungsreform. Das Angebot einer Ganztageschule könnte den Druck von Eltern, insbesondere Alleinerzieherinnen dahingehend reduzieren, dass Hausübungen und Nachhilfedienste in der ohnehin von Zeitknappheit gekennzeichneten Lebenslage bereits in der Schule erledigt werden könnten und auch Freizeitangebote direkt in der Schule in Anspruch genommen werden könnten. Die Einführung von Schulautonomie und eines Qualitätsmanagements wären weitere Ansätze zur generellen Verbesserung der Bildungsqualität an den Schulen.

## **7.2 Öffentlichkeitsarbeit, Gesellschaft & Erwerbsarbeit**

Öffentlichkeitsarbeit muss dahin gehend forciert werden, dass ein realistisches Bild von alleinerziehenden Frauen gezeichnet wird. Alleinerziehen ist keine gesellschaftliche Randerscheinung, sie ist die zweithäufigste Familienform und von daher weit verbreiteter als Lebensgemeinschaften mit Kindern. Ein überwiegend defizitär gefärbtes Bild muss durch einen Imagewandel korrigiert werden.

AlleinerzieherInnen sind eine heterogene Gruppe, dementsprechend gibt es hier Stärken und Schwächen wie in jeder anderen Bevölkerungsgruppe auch. Hinzuweisen ist in der Öffentlichkeit allerdings schon auf die vielfältigen Fähigkeiten, die Alleinerzieherinnen durch die alleinige Alltagsorganisation verstärkt entwickeln, v.a. Managementqualitäten hinsichtlich eines gut organisierten Zeit- und Finanzmanagements, soziale Kompetenzen, ein hohes Verantwortungsgefühl für die gesunde Entwicklung der Kinder und daraus resultierend, eine hohe Motivation einer Erwerbstätigkeit nachzukommen, um dadurch den Kindern gute Lebenschancen zu eröffnen. Anzustreben ist, dass diese Qualitäten vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der zunehmend schwierigen Aquirierung von Fachkräften von den Wirtschaftstreibenden erkannt und honoriert werden, indem Unternehmungen die Fähigkeiten und Stärken von Alleinerzieherinnen als Potenzial erkennen und verstärkt familiengerechte Rahmenbedingungen erschließen. Daraus ließe sich eine „win-win“-Situation für die Alleinerzieherinnen und die Unternehmungen erzielen. Notwendig dazu ist der politische Wille, die notwendigen Impulse zu setzen: Imagekampagnen, um die Stärken der Frauen hervorstreichend, Anreizsetzungen für den Ausbau familienfreundlicher Rahmenstrukturen und maßgeschneiderte Qualifizierungsangebote z.B. nach dem Vorbild „Fit2work“ mit einem begleiteten 3-stufigen Verfahren: Der Abklärung der individuellen Problemlage, der Erstellung eines Entwicklungsplans und der Umsetzungsbegleitung. Vorbild für die Kooperationen zwischen arbeitmarktpolitischen Akteuren, Sozialpartnern, den Wirtschaftstreibenden und der Zielgruppe sollte das zukunftsweisende, ESF-geförderte,

groß angelegte Projekt „Gute Arbeit für Alleinerziehende“ des deutschen Sozial- und Arbeitsministeriums sein, das bereits erste Erfolge zeigt: Die Arbeitslosigkeit unter AlleinerzieherInnen verzeichnete im Jahresdurchschnitt 2010 einen höheren Rückgang als die aller Arbeitslosen. Vor dem Hintergrund, dass in Wien 20% der Alleinerziehenden Mittel aus der bedarfsorientierten Mindestsicherung beziehen, wäre dieser Ansatz nach dem deutschen Vorbild absolut anzustreben (Statistik Austria, 2012b).

Hand in Hand mit arbeitsmarktspezifischen Impulsen muss der weitere Ausbau an qualifizierten flexiblen Kinderbetreuungsmöglichkeiten vorangetrieben werden mit Lösungen, wie etwa Randzeiten in den Branchen Handel, Pflege und Reinigung abgedeckt werden könnten. Dasselbe gilt allgemein für Ferienzeiten, deren Überbrückung viele Familien, nicht nur Alleinerzieherinnen-Familien, jährlich viel finanziellen Aufwand kostet.

Gesellschaftlich ist weiters eine Werte-Debatte anzuregen, wie Leistung definiert ist, bzw. ob ausschließlich eine erwerbsbezogene Tätigkeit eine gesellschaftlich anerkannte Leistung darstellt. Vor dem Hintergrund, dass Frauen nach wie vor einen großen Anteil an unbezahlten, „ehrenamtlichen“ Tätigkeiten bezüglich Kinderfürsorge, Haushaltstätigkeiten, und Pflege nächster Angehöriger übernehmen, stellt sich die Frage, wie diese zu bewerten sind. „Leistung muss sich auszahlen“, ein vielzitatierter Slogan einer politischen Partei, lässt Vieles an Interpretation offen.

### **7.3 Verhältnisbezogene Gesundheitsförderung & Prävention**

Alle Daten und Ergebnisse der Zusammenschau weisen auf einen großen psychischen Druck der Frauen hin. Neben entlastenden Angeboten wie unter 7.1. angeführt, braucht es zur Bewältigung einen niedrighwelligen, kostenfreien und v.a. ausreichenden Zugang zu Diensten durch PsychologInnen und PsychotherapeutInnen aber auch Lebens- und SozialberaterInnen. Wartezeiten von mehreren Wochen und Monaten sind in Krisensituationen z.B. rund um die Trennungphase und in der Neuorientierungsphase, nach Gewalterfahrung etc., weder für die Frauen noch für deren Kinder tolerabel. Einen besonders großen psychischen Druck gilt es auch in der Zeit rund um die Schwangerschaft und Geburt bei Alleinerzieherinnen abzubauen. Die gänzliche Kostenübernahme von Leistungen privater Hebammen wäre dazu eine erste wichtige Maßnahme. Eine Erweiterung, neben dem Wäschepaket auch „Einkaufsdienste“ (Stichwort „Obst- und Gemüsekerl“) oder ins Haus gelieferte, gesunde Mahlzeiten anzubieten, könnte eine zusätzliche Entlastung darstellen.

Eine weitere wichtige Maßnahme bestünde in einer weitgehenden Kostenübernahme alternativer, anerkannter Behandlungsmethoden, wie z.B. osteopathische Behandlungen, durch die öffentliche Hand.

Gesundheitliche Ungleichheit entsteht u.a. durch die unterschiedliche Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Einrichtungen und Angebote, obwohl das öffentliche System allen Menschen im selben Maß zur Verfügung steht. Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen profitieren überproportional weniger vom System als sozial besser gestellte Gruppen. Vor diesem Hintergrund sind Selbstbehalte und Eigenbeiträge für sozial benachteiligte Alleinerzieherinnen kritisch zu prüfen. Die Kosten für Zahnspangen der Kinder, Therapien, Heilbehelfe oder für präventive Kuraufenthalte können die Frauen vor ein unbewältigbares Problem stellen, wenn Eigenressourcen fehlen und kein soziales Netz für deren Aufwendungen einspringen kann.

Als wesentlich stellt sich in der vorliegenden Arbeit der Faktor „Regeneration“ dar. Um hier einen präventiven Effekt zu erzielen, ist dringend die Angebotsschaffung von Mutter-Kind- Kuren sowie günstigen Erholungsaufenthalten zu forcieren.

#### **7.4 Verhaltensbezogene Gesundheitsförderung & Prävention**

Grundlegende Überlegungen zur Gesundheitsförderung auf der Ebene des Verhaltens müssen zuerst darüber angestellt werden, über welches Setting ein Zugang zu den Alleinerzieherinnen gefunden werden kann und wie die in dieser Arbeit als wichtig gefundenen Rahmenbedingungen des wohnortnahen Angebots, der Niedrigschwelligkeit, der wohnähnlichen Atmosphäre und der Kostenfreiheit umgesetzt werden können. Als nächster Punkt ist zu reflektieren, welche gesundheitsförderlichen Angebote spezifisch für Alleinerzieherinnen geschaffen werden sollten und welche Angebote allen Frauen zugänglich sein sollten. Zur Lösung dieser und weiterer Fragen bietet sich etwa an, ein Wiener-Bezirks-Pilotprojekt mit einer Fokusgruppe aus Alleinerzieherinnen und AkteurInnen der Gesundheitsförderung sowie potentiellen FördermittelgeberInnen zu starten. Als kommunales Setting bietet sich z.B. ein Wohnviertel oder Grätzl an. Nach Naidoo und Wills (2010) ist das Wohnviertel das direkte Umfeld, in dem die Menschen leben, arbeiten und interagieren und für sozial schwache Gruppen das Umfeld, in dem sie die meiste Zeit ihres Lebens verbringen, zudem birgt es durch die Interaktion der physischen mit der sozialen Umwelt und den Dienstleistungsangeboten ein enormes Potenzial für Empowerment und trägt damit maßgeblich zur Unterstützung der Gesundheit bei.

Die Themeninhalte können lebensstilbedingte Faktoren wie eine gesunde, kostengünstige Ernährung für Mutter und Kind, lustvolle Bewegung, Raucherstopp und eine Methodenkompetenz zur Entspannung berücksichtigen. Auf der Ebene der Persönlichkeitsentwicklung sollte es um das Erkennen eigener Stärken und eigener Bedürfnisse gehen, um die Entwicklung eines guten Selbstwertgefühls und um das Erkennen von Eigen- und Fremdansprüchen.

Zur Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsinformation sollten Inhalte zu Gesundheitsdeterminanten, zum Thema Verhütung oder leicht anwendbaren Hausmitteln im Krankheitsfall vermittelt werden.

## **7.5 Schlussbetrachtung**

Was immer die Gesundheitsförderung für die Zielgruppe der Alleinerzieherinnen in Zukunft an Maßnahmen ausarbeiten wird, wichtig ist den Grundsatz zu befolgen, dass eine Fokussierung auf die Ebene des Gesundheitsverhaltens eine „Symptomarbeit“ darstellt und zu kurz greift, auch wenn dies vielleicht die einfachste Möglichkeit darstellt. Nur die Kombination aus strukturellen Verhältnisveränderungen und individuellen Verhaltensveränderungen vermag eine nachhaltige Verbesserung der Lebenslage alleinerziehender Frauen zu erzielen und damit auch die Verbesserung ihres Gesundheitspotenzials. Handlungsleitend für alle Maßnahmen und Initiativen müssen die Prinzipien „Partizipation“ und „Empowerment“ sein.



## 8 Literaturverzeichnis

- Amesberger, H., Dimitz, E., Finder, R., Schiffbänker, H., & Wetzel, P. (2001). *Alleinerzieherinnen in Wien*. Wien: Arbeiterkammer.
- Atkins, R. (2010). Self-efficacy and the promotion of health for depressed single mothers. *Mental Health in Family Medicine*, 7, S. 155 - 168.
- Atteslander, P. (2003). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Berlin.
- Brand, D., & Hammer, V. (2002). *Balanceakt Alleinerziehend. Lebenslagen, Lebensformen, Erwerbsarbeit*. (D. Brand, & V. Hammer, Hrsg.) Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Brandes, S., & Stark, W. (2010). *Empowerment/Befähigung*. Abgerufen am 06. 02. 2013 von Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung:  
<http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=70025d0940fc20c5895e7673ac204dc8&id=angebote&idx=169>
- Broussard, C. (2010). Research Regarding Low-Income Single Mothers Mental and Physical Health: A Decade in Review. *Journal of Poverty*, 14, S. 443-451.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2009). *Gute Arbeit für Alleinerziehende*. Abgerufen am 30. 06. 2013 von <http://www.gute-arbeit-alleinerziehende.de/>
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2011a). *Alleinerziehende unterstützen - Fachkräfte gewinnen*. Abgerufen am 30. 06. 2013 von [http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a858-alleinerziehende.pdf;jsessionid=C80C2738162BBA23315E93355B583626?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a858-alleinerziehende.pdf;jsessionid=C80C2738162BBA23315E93355B583626?__blob=publicationFile)
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2011b). *Netzwerke wirksamer Hilfen für Alleinerziehende*. Abgerufen am 30. 06. 2013 von <http://www.netzwerke-alleinerziehende.de/index.php/das-programm.html>
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2011c). *Programmbegleitung "Gute Arbeit für Alleinerziehende". Themenfeature Familienfreundliche Personalpolitik*. Abgerufen am 20. 06. 2013 von <http://www.gute-arbeit-alleinerziehende.de/downloads>

- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. (2010 a). *Sozialpolitische Indikatoren. Österreich im internationalen Vergleich*. Abgerufen am 02. 03. 2013 von [http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/9/0/3/CH2293/CMS1314019560422/sozialpolitik\\_im\\_internationalen\\_vergleich\\_-\\_06-12.pdf](http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/9/0/3/CH2293/CMS1314019560422/sozialpolitik_im_internationalen_vergleich_-_06-12.pdf)
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. (2010 b). *Die Entwicklung und Verteilung von Einkommen*. Abgerufen am 02. 03. 2013 von [http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/3/2/3/CH2171/CMS1289832560842/sozialbericht\\_2010\\_web\\_13.pdf](http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/3/2/3/CH2171/CMS1289832560842/sozialbericht_2010_web_13.pdf)
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. (2011). *Armut- und Ausgrenzungsgefährdung in Österreich. Ergebnisse aus EU-SILC* (Bd. Sozialpolitische Studienreihe. Band 8). Wien: BMASK.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. (2012). *Sozialbericht 2011-2012 Ressortaktivitäten und sozialpolitische Analysen*. Abgerufen am 30. 06. 2013 von [http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/3/7/2/CH2171/CMS1353079209699/sozialbericht\\_2011\\_gesamt.pdf](http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/3/7/2/CH2171/CMS1353079209699/sozialbericht_2011_gesamt.pdf)
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2008). *Alleinerziehende in Deutschland. Potenziale, Lebenssituationen und Unterstützungsbedarfe*. Abgerufen am 26. 06. 2013 von <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung2/Newsletter/Monitor-Familienforschung/2008-04/medien/monitor-2008-04,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2011). *Lebenswelten und -wirklichkeiten von Alleinerziehenden*. Abgerufen am 20. 06. 2013 von [http://www.alleinerziehende-bmas.de/tl\\_files/nwhfa\\_downloads/110712\\_Sinusstudie%20Lebenswelten%20Alleinerziehende.pdf](http://www.alleinerziehende-bmas.de/tl_files/nwhfa_downloads/110712_Sinusstudie%20Lebenswelten%20Alleinerziehende.pdf)
- Bundesministerium für Gesundheit. (2008). *Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit*. Wien : Erstellt von Statistik Austria.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2010). *Das Österreichische Gesundheitssystem. Zahlen - Daten - Fakten*. Wien.

- Burström, B., Whitehead, M., Clayton, S., Fritzell, S., Vannoni, F., & Costa, G. (2010). Health inequalities between lone and couple mothers and policy under different welfare regimes - The example of Italy, Sweden and Britain. *Social Science & Medicine*, S. 912-920.
- Die Armutskonferenz. (2013). *Armutsschwelle für verschiedene Haushaltstypen*. Abgerufen am 18. 06. 2013 von [http://www.armutskonferenz.at/index.php?option=com\\_content&task=view&id=243&Itemid=236#Armutsgf%C3%A4hrdungsschwelle](http://www.armutskonferenz.at/index.php?option=com_content&task=view&id=243&Itemid=236#Armutsgf%C3%A4hrdungsschwelle)
- Dragano, N., & Siegrist, J. (2009). Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse. In M. Richter, & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Konzepte*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Egger, J. W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, 2(16. Jahrgang), S. 3-12.
- Fonds Gesundes Österreich. (kein Datum). *Gesundheitsdeterminanten*. Abgerufen am 11. 07. 2013 von [http://www.fgoe.org/hidden/downloads/Determinanten\\_farbe%28k%29.jpg/view](http://www.fgoe.org/hidden/downloads/Determinanten_farbe%28k%29.jpg/view)
- Franke, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT Verlag.
- Franz, M., Lensche, H., & Schmitz, N. (2003). Psychological distress and socioeconomic status in single mothers and their children in a German city. *Soc Psychiatry Psychiatr. Epidemiology*, 38, S. 59-68.
- Franzkowiak, F. (2010). *Soziologische Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit*. Abgerufen am 31. 01. 2013 von Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?uid=9694f2fb13ae650939b6fd8463a65b1d&id=angebote&idx=105>
- Frauengesundheitszentrum Graz. (2010). *MIA-Mütter in Aktion*. Abgerufen am 15. 07. 2013 von <http://www.fgz.co.at/MIA-Muetter-in-Aktion.644.0.html>

- Fuchs-Heinritz, Werner; Klimke, Daniela; Lautmann, Rüdiger; Rammstedt, Othein; Stäkeli, Urs; Werscher, Christoph; Wienold, Hanns (Hrsg.). (2011). *Lexikon zur Soziologie, 5. überarbeitete Auflage*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gabler Verlag (Herausgeber). (kein Datum). *Definition soziale Ungleichheit*. Abgerufen am 19. 02. 2013 von <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/145552/soziale-ungleichheit-v3.html>
- Gabler Wirtschaftslexikon*. (kein Datum). Abgerufen am 30. 06. 2013 von Definition Soziale Ungleichheit: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/soziale-ungleichheit.html>
- Helfferich, C., Hendel-Kramer, A., & Klindworth, H. (2003). *Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter* (Bd. 14). (Robert Koch Institut, Hrsg.) Berlin: Robert Koch Insitut.
- Herriger, N. (2012). *Die Philosophie der Menschenstärken: Grundprinzipien und Wertebasis*. Abgerufen am 06. 02. 2013 von [http://www.empowerment.de/grundlagen/\\_p2.html](http://www.empowerment.de/grundlagen/_p2.html)
- Hradil, S. (2005). *Soziale Ungleichheit in Deutschland*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hurrelmann , K., & Razum, O. (Hrsg.). (2012). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Hurrelmann, K. (2010). *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. Weinheim: Juventa .
- Hurrelmann, K., & Richter, M. (2006). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Konzepte*. (K. Hurrelmann , & M. Richter, Hrsg.) VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kickbusch, I. (2006). *Die Gesundheitsgesellschaft*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. (2005). *Endlich fragt mich mal einer*. Abgerufen am 30. 06. 2013 von <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/endlich-fragt-mich-mal-einer/>

- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. (2010). *allfabeta*. Abgerufen am 30. 06. 2013 von <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/allfabeta/>
- Krispin-Exner, I., Lueger-Schuster, B., & Weber, G. (1998). *Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie: Postgraduale Aus- und Weiterbildung*. Wien: Wiener Universitätsverlag.
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Abgerufen am 04. 02. 2013 von [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf)
- Lamei, N., & Till-Tentschert, U. (2005). *Messung von Armutsgefährdung und Deprivation*. Abgerufen am 30. 06. 2013 von [http://www.statistik.at/web\\_de/static/messung\\_von\\_armutsgefaehrdung\\_und\\_deprivation\\_003920.pdf](http://www.statistik.at/web_de/static/messung_von_armutsgefaehrdung_und_deprivation_003920.pdf)
- Laverack, G. (2010). *Gesundheitsförderung & Empowerment*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Marent, B., Nowak, P., & Forster, R. (2011). *User and Community Participation. Working paper 1*. Wien: LBIHPR.
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mielck, A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Hans Huber.
- Mielck, A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern: Hans Huber.
- Naidoo, J., & Wills, J. (2010). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. (B. f. Aufklärung, Hrsg.) Köln.
- Neises, G., & Grüneberg, C. (2005). Socioeconomic situation and health outcomes of single parents. *Journal of Public Health*, 13, S. 270-278.
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. (2003). *Armutsbetroffene Frauen in Österreich. Gesundheit und Erkrankungsrisiko*. Abgerufen am 03. 03. 2013 von

[http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/Gesundheit\\_Erkrankungsrisiko.pdf](http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/Gesundheit_Erkrankungsrisiko.pdf)

- Österreichisches Institut für Familienforschung. (2011 a). Familienformen in Österreich. Stand und Entwicklung von Patchwork- und Ein-Eltern-. *Forschungsbericht 7*. (N. Neuwirth, Hrsg.) Wien: Universität Wien.
- Österreichisches Institut für Familienforschung. (2011b). *Familien in Zahlen. Statistische Informationen zu Familien in Österreich*. Abgerufen am 10. 01. 2013 von [http://www.oif.ac.at/fileadmin/OEIF/FiZ/fiz\\_2011.pdf](http://www.oif.ac.at/fileadmin/OEIF/FiZ/fiz_2011.pdf).
- Richter, M., & Hurrelmann, K. (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. (M. Richter, & K. Hurrelmann, Hrsg.) Wiesbaden.
- Ringbäck Weitoft, G., Haglund, B., Hjern, A., & Rosen, M. (2002). Mortality, severe morbidity and injury among long-term lone mothers in Sweden. *International Journal of Epidemiology*, 31, S. 573 - 580.
- Roos, E., Burström, B., Saastamoinen, P., & Lahelma, E. (2005). A comparative study of the patterning of women's health by family status and employment status in Finland and Sweden. *Social Science & Medicine*, S. 2443-2451.
- Schmidt, A., & Lüttich, A. (2008). *Befragung Salzburger Alleinerziehender. Ergebnisse und Bericht*. Abgerufen am 19. 02. 2013 von [http://isadoraduncan.es/files/File/bericht\\_befragung\\_alleinerziehender\\_2008.pdf](http://isadoraduncan.es/files/File/bericht_befragung_alleinerziehender_2008.pdf)
- Siegrist, J., & Marmot, M. (Hrsg.). (2008). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen*. Düsseldorf: Hans Huber.
- Siegrist, J., Dragano, N., & von dem Knesebeck, O. (2009). Soziales Kapital, soziale Ungleichheit und Gesundheit. In M. Richter, & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (S. 167-180). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Statistik Austria. (1999). *Chronische Krankheiten in der Bevölkerung 1999*. Abgerufen am 19. 02. 2013 von [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/chronische\\_krankheiten/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/chronische_krankheiten/index.html)

- Statistik Austria. (2006/07). *Chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme 2006/07*. Abgerufen am 19. 02. 2013 von [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/chronische\\_krankheiten/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/chronische_krankheiten/index.html)
- Statistik Austria. (2008). *Subjektiver Gesundheitszustand. Gesundheitsbefragung 2006/2007*. Abgerufen am 13. 07. 2013 von [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/subjektiver\\_gesundheitszustand/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/subjektiver_gesundheitszustand/index.html)
- Statistik Austria. (2011a). *Familien 1985 - 2011*. Abgerufen am 10. 01. 2013 von [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/haushalte\\_familien\\_lebensformen/familien/023079.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/familien/023079.html).
- Statistik Austria. (2011b). *Ehescheidungen und Gesamtscheidungsrate seit 1991 nach Bundesländern*. Abgerufen am 20. 03. 2013 von [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/scheidungen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/scheidungen/index.html)
- Statistik Austria. (2011c). *Ein-Eltern-Familien mit erhaltenen Kindern unter 27 Jahren nach Geschlecht, Familienstand, Alter, Bundesländer, Zahl der Kinder und Alter des jüngsten Kindes - Jahresdurchschnitt 2011*. Abgerufen am 20. 03. 2013 von [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/haushalte\\_familien\\_lebensformen/familien/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/familien/index.html).
- Statistik Austria. (2012a). *Familien nach Familientyp und Zahl der Kinder unter 15 Jahren und Bundesländern - Jahresdurchschnitt 2012*. Abgerufen am 06. 06. 2013 von [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/haushalte\\_familien\\_lebensformen/familien/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/familien/index.html)
- Statistik Austria. (2012b). *Bezieherinnen und Bezieher von Geldleistungen der Bedarfsorientierten Mindestsicherung*. Abgerufen am 02. 07. 2013 von [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/soziales/sozialleistungen\\_auf\\_landesebene/bedarfsorientierte\\_mindestsicherung/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/bedarfsorientierte_mindestsicherung/index.html)
- Statistisches Bundesamt. (2010). *Alleinerziehende in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 2009*. Abgerufen am 20. 06. 2013 von <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/HaushalteMikrozensus/Alleinerziehende.html>

- Sting, S. (2008). Gesundheitliche Ungleichheit. Zum Zusammenhang von Armutsgefährdung, sozialer Benachteiligung und Gesundheit. In G. Knapp, & H. Pichler (Hrsg.), *Armut, Gesellschaft und soziale Arbeit. Perspektiven gegen Armut und soziale Ausgrenzung in Österreich*. Hermagoras/Mohorjeve.
- Whitehead, M., Burström, B., & Diderichsen, F. (2000). Social policies and the pathways to inequalities in health: a comparative analysis of lone mothers in Britain and Sweden. *Social Science & Medicine*, S. 255-277.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa- Charta zur Gesundheitsförderung*. Abgerufen am 02. 02. 2013 von [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf)
- Wright, M. T. (Hrsg.). (2010). *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Hans Huber.
- Wright, M., Block, M., & von Unger, H. (kein Datum). *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten*. Abgerufen am 29. 06. 2013 von <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/partizipation/stufen-der-partizipation.html>
- Young, L., Cunningham, S., & Buist, D. (2005). Lone Mothers are at Higher Risk for Cardiovascular Disease Compared with Partnered Mothers. Data from the National Health and Nutrition Examination Survey III (NHANES III). *Health Care for Women International*, 26, S. 604-621.
- Zartler, U., Beham, U., Kromer, I., Leitgöb, H., Weber, C., & Friedl, P. (2011). *Alleinerziehende in Österreich. Lebensbedingungen und Armutsrisiken*. (BMASK, Hrsg.) Wien.