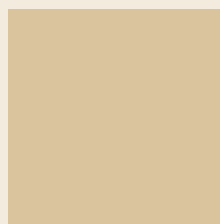
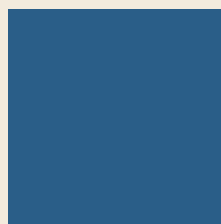
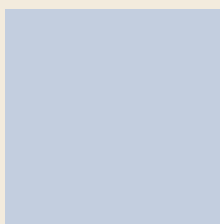




Inklusive Gesellschaft – Teilhabe in Deutschland

**Teilhabe am Gesundheitssystem von alleinerziehenden
Müttern und Frauen mit Migrationshintergrund**



Tina Aliche Antje Eichler



Gefördert durch die
GlücksSpirale
VON **LOTTO**

Das Papier wurde im Rahmen der AWO-ISS-Kooperation „Soziale Inklusion“ im Auftrag des AWO Bundesverbandes und durch Förderung der Glücksspirale erstellt.

Impressum

Herausgeber

Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V.
Zeilweg 42
60439 Frankfurt am Main

Autor/innen:

Tina Alicke, Dr. Antje Eichler

ISS-aktuell 18/2014

Frankfurt am Main, September 2014

Bildnachweis: fotolia, ISS

Inhalt

1	Einleitung	3
1.1	Ausgangslage und Zielsetzung der Untersuchung	3
1.2	Projektrahmen	4
2	Grundlagen und Forschungsstand	6
2.1	Zentrale Definitionen	6
2.2	Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit	6
2.3	Soziale und gesundheitliche Situation von Alleinerziehenden und Menschen mit Migrationshintergrund	8
2.3.1	Datenlage	9
2.3.2	Sozio-ökonomische Situation	9
2.3.3	Gesundheitliche Situation	12
2.3.4	Gesundheitsversorgung und Teilhabe am Gesundheitssystem	15
2.3.5	Exkurs: Zugangsbeschränkungen von Migrant/innen zum Gesundheitssystem	18
2.3.6	Zwischenfazit	18
3	Forschungsdesign und Methodik des Teilprojekts	20
3.1	Zielsetzung und Fragestellungen	20
3.2	Projektdesign und methodische Vorgehensweise	20
3.2.1	Literaturanalyse	20
3.2.2	Qualitative, leitfadengestützte Interviews	21
3.2.3	Konzeptionelle Weiterentwicklung und sozialpolitische Ansatzpunkte	25
4	Ergebnisse der Befragung	26
4.1	Lebensbedingungen aufgrund von Armut, Alleinerziehendenstatus und Migrationshintergrund	26
4.1.1	Belastungen und Stressoren	26
4.1.2	Bewältigungsressourcen	32
4.1.3	Zwischenfazit	35
4.2	Gesundheitliche Situation von alleinerziehenden Müttern und Frauen mit Migrationshintergrund	36
4.2.1	„Wege der Krankheit“ – gesundheitliche Situation und Verlauf	37
4.2.2	Gesundheitsverhalten	38
4.2.3	Folgen für die Kindergesundheit	40

4.2.4	Zwischenfazit	42
4.3	Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem von alleinerziehenden Müttern und Frauen mit Migrationshintergrund	43
4.3.1	Zugänge zu Gesundheitsleistungen und Inanspruchnahmeverhalten	43
4.3.2	Barrieren im Gesundheitssystem	45
4.3.3	Bedürfnisse und Bedarfe	51
4.3.4	Zwischenfazit	53
5	Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen	54
5.1	Handlungsansätze zur Ermöglichung von Teilhabe	55
5.1.1	Veränderungen auf Ebene der Kulturen und psychosoziale Entlastung	56
5.1.2	Veränderung auf Ebene der Strukturen und finanzielle Entlastung	58
5.1.3	Veränderung auf Ebene der Praktiken und zeitliche Entlastung	60
5.1.4	Zwischenfazit	62
5.2	Ansatzpunkte für die AWO	62
5.2.1	Ansatzpunkte für die AWO als sozialpolitischer Akteur	63
5.2.2	Ansatzpunkte für die AWO als Mitgliederverband und als Arbeitgeber	65
5.2.3	Ansatzpunkte für die AWO als Träger von sozialen Dienstleistungen	66
6	Literatur	70

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage und Zielsetzung der Untersuchung

Gesundheit ist eine zentrale Grundlage gesellschaftlicher Teilhabe. Die Möglichkeiten zum Erhalt und zur Wiederherstellung von Gesundheit sind jedoch stark von der sozialen Lage abhängig: „Je weiter unten auf der sozialen Rangskala einer Gesellschaft sich jemand befindet, desto kürzer seine Lebenserwartung und desto größer seine Anfälligkeit für Krankheiten“ (Wilkinson/Marmot 2004: 10).

Der Gesundheitszustand steht dabei zum einen in Wechselwirkung mit den individuellen Ausgangsbedingungen, wie z.B. genetischen Dispositionen für Krankheiten, und zum anderen mit den Lebenslagen und -bedingungen von Personen, die durch ihren sozioökonomischen Status (SES; s. z.B. Wilkinson/Pickett 2009: 352)¹ beeinflusst werden und ihr Gesundheitsverhalten prägen. Soziale Einflussfaktoren und benachteiligende soziale Lagen können sich über alle Lebensphasen hinweg negativ auf den Gesundheitszustand auswirken (z.B. Razum et al. 2008; Lampert/Kroll 2010; KIGGS; Brandt et al. 2012). In ihrem komplexen Zusammenspiel können sie erhebliche Auswirkungen auf die sozialen Teilhabechancen von Personen entwickeln (z.B. Mielck 2000, Richter/Hurrelmann 2009, Lampert 2011). So können verschiedene soziale Risikofaktoren, wie u.a. Armut und Arbeitslosigkeit, als Ursache und als Folge von gesundheitlichen Bedingungen angesehen werden. Z.B. stellen verminderte Arbeitschancen bis hin zur Arbeitsunfähigkeit aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen ein erhebliches Armutsrisiko dar, was sich wiederum auf die Gesundheitsrisiken und Zugänge zu Versorgungssystemen auswirkt (Dragano 2008; Schubert et al. 2013).² Personen in schwächeren sozialen Lagen stehen damit in Gefahr, in einen Teufelskreis zwischen sozialer Lage und Gesundheit zu geraten (vgl. Wilkinson/Marmot 2004; Mielck 2000).

Dahingehend spielen auch die Teilhabechancen an Gesundheitsleistungen und am Gesundheitssystem eine Rolle. Häufig sind Personen in schwächeren sozialen Lagen auch bei der Durchsetzung eigener Leistungsansprüche benachteiligt. Gesundheitliche Ungleichheit ist daher eng mit dem Stand sozialer Gerechtigkeit einer Gesellschaft verbunden (s. z.B. WHO 2011). Dementsprechend hat die AWO den Bereich Gesundheit als einen wichtigen Themenbereich ausgewiesen und spricht sich für eine gerechte und solidarische Gesundheitsversorgung aus (z.B. AWO 2010a).

Zu den besonders vulnerablen Gruppen gehören Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status und häufig marginalisierte Gruppen der Gesellschaft, wie Menschen mit Migrationshintergrund³ und alleinerziehende Frauen. Personen mit multiplen Belastungen, wenn sich also verschiedene Risikofaktoren (z.B. Armut und Migrationshintergrund oder Alleinerziehendenstatus) verschränken, gelten als besonders gefährdet für gesundheitliche

1 Der Sozioökonomische Status (Socioeconomic Status, SES) wird in den meisten Studien aus Einkommen (income), Bildungsstand (education) und Stellung im Beruf (occupation) berechnet.

2 Gesundheit ist daher ein besonders sensibler Bereich der Exklusionsverdichtung. Zur Verschränkung von Exklusion aus verschiedenen gesellschaftlichen Teilbereichen s. Scherr (2001).

3 Der Begriff „Migrationshintergrund“ ist dabei vorrangig ein statistisches und demografisches Merkmal, das hochgradig heterogenen Anteilen der Bevölkerung zugeschrieben wird.

Einschränkungen (vgl. z.B. Siegrist/Marmot 2008). Alleinerziehende Mütter und Frauen mit Migrationshintergrund stehen im Fokus dieser Untersuchung (s.a. Kap. 2 und 3)⁴.

Um die Effekte dieser Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit abzumindern und vulnerable Gruppen zu stabilisieren, ist Prävention auf mehreren Ebenen wichtig: Ansätze zur Förderung gesundheitlicher Teilhabe müssen sowohl auf der verhaltenspräventiven Ebene (z.B. Schulungen, Kurse), als auch in der Verhältnisprävention ansetzen (z.B. Abbau sozialer Ungleichheit, Zugang zur Gesundheitsversorgung, besondere Angebote für vulnerable Gruppen). Die AWO ist in diesen Gebieten nicht nur in der Praxis tätig, angefangen vom Kita-Bereich bis ins hohe Alter, sondern setzt sich auch auf sozialpolitischer Ebene aktiv für einen Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung als politische Querschnittsaufgabe ein (BAGFW 2013).

Der hier vorliegende Bericht zielt darauf ab, einen Beitrag zur Vertiefung der Erkenntnisse zu Barrieren und gelingenden Ansätzen gesundheitlicher Teilhabe von alleinerziehenden Müttern und Frauen mit Migrationshintergrund, die ein Armutsrisiko aufweisen, zu leisten. Zudem sollen Hinweise erarbeitet werden, wie Angebote gestaltet sein müssen, damit Personen mit Risikobelastung daran teilnehmen können und wollen. Damit sollen weitere Ansatzpunkte für den Abbau von Barrieren und die Ermöglichung von Teilhabe auf verschiedenen Ebenen identifiziert werden. Zudem kann der Bericht als Diskussionsgrundlage und als weiterer orientierender Rahmen für die Entwicklung von Handlungsoptionen dienen.

1.2 Projektrahmen

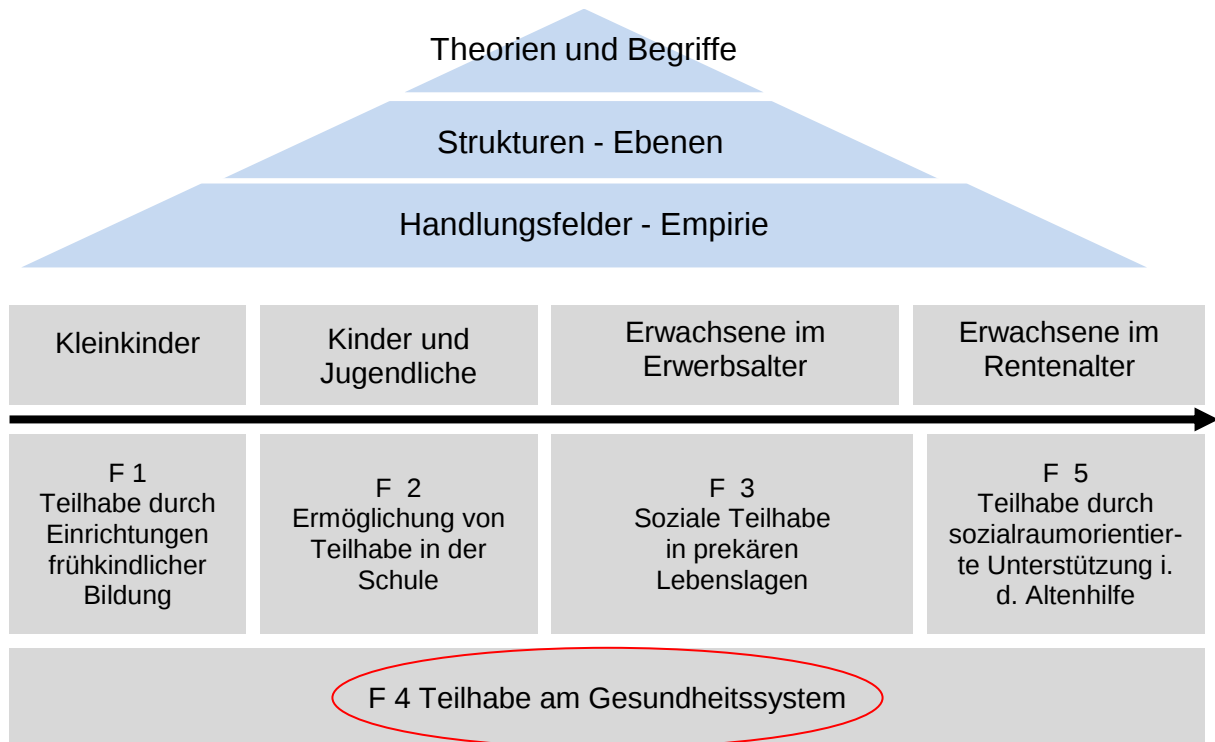
Das Projekt „Teilhabe am Gesundheitssystem“ ist Teil der AWO-ISS-Kooperation, die im Zeitraum von drei Jahren (01.01.2012 - 31.12.2014) das Thema „Inklusive Gesellschaft – Teilhabe in Deutschland“ in verschiedenen Teilprojekten untersucht. Das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (ISS-Frankfurt a.M.) unterstützt dabei die Arbeiterwohlfahrt (AWO) im Auftrag des AWO Bundesverbands in ihrem Bemühen um Inklusion und Teilhabe und stellt dafür seine in über 30 Jahren erworbenen fachlichen Kompetenzen zur Verfügung.

Das Teilprojekt „Teilhabe am Gesundheitssystem“ ist eingebettet in ein Untersuchungsdesign, das zwei Grundlagenberichte und fünf empirische Teilprojekte beinhaltet. In den Teilprojekten werden Teilhabechancen und der Stand von Inklusion in unterschiedlichen Lebensphasen und -bereichen analysiert. Das Ziel ist es, Handlungsansätze auf sozialpolitischer Ebene und auf der Ebene sozialer Praxisarbeit vor Ort zu generieren.

Im folgenden Bericht des Teilprojekts „Teilhabe am Gesundheitssystem“ werden zunächst die theoretischen Grundlagen und der Forschungsstand zu den relevanten Themengebieten von sozialer Ungleichheit und Gesundheit mit Blick auf Menschen mit den Merkmalen „Alleinerziehend“ und „Migrationshintergrund“ dargestellt (Kap. 2). Im Anschluss wird das Projektdesign skizziert (Kap. 3) und die Ergebnisse aus den Befragungen werden vorgestellt (Kap. 4). Abschließend werden die Ergebnisse zusammengefasst und Handlungsansätze aufgezeigt (Kap. 5).

4 Auch wenn in dieser Studie grundsätzlich die größere Gruppe von Menschen mit Migrationshintergrund in den Blick genommen wurde, standen im empirischen Teil der Untersuchung Frauen mit Migrationshintergrund im Fokus (s. Kap. 3.2.2.1).

Abbildung 1: Aufbau des Projekts „Inklusive Gesellschaft – Teilhabe in Deutschland“



Quelle: Eigene Darstellung.

2 Grundlagen und Forschungsstand

Die vielfältigen Effekte von benachteiligenden sozialen Einflussfaktoren auf die Gesundheit in unterschiedlichen Lebensphasen und -lagen sind Gegenstand zahlreicher Untersuchungen und ein zentraler Bestandteil in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (z.B. Wilkinson/Marmot 2004; Razum et al. 2008; Lampert/Kroll 2010; WHO 2011). Besonders deutlich zeigt sich der Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheitszustand bei Gruppen mit multiplen Belastungsfaktoren. Alleinerziehende und Menschen mit Migrationshintergrund sind besonders häufig vom Armutsrisiko betroffen (Statistisches Bundesamt 2012). Zugleich weisen beide Gruppen besondere bzw. besonders häufig gesundheitliche Einschränkungen auf (u.a. Timm 2008; Drexler-Gormann 2012; Razum et al. 2008). Personen mit den multiplen Risikofaktoren „Armutsrisiko“ sowie „Alleinerziehende Mutter“ und/oder „Migrationshintergrund“ stehen daher im Mittelpunkt dieser Untersuchung.

2.1 Zentrale Definitionen

Der in diesem Projekt zugrundeliegende **Gesundheitsbegriff** orientiert sich an der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1946). Danach bezieht sich Gesundheit nicht allein auf die temporäre oder dauernde Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen, sondern wird umfassend als Potenzial für vollständiges körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden verstanden. Gesundheit wird damit multidimensional definiert, d.h. mit körperlichen, seelisch-geistigen und sozialen Anteilen, die sich wechselseitig beeinflussen, sowie mit Anteilen von Fremd- und Selbsteinschätzung. Subjektive Gesundheitsindikatoren bilden zum einen den Gesundheitszustand gut ab und haben zum anderen eine gute Vorhersagequalität zur Morbidität und Mortalität (vgl. Mueller/Heinzel-Gutenbrunner 2001; Razum et al. 2008; Wilkens et al. 2013). Sowohl in empirischen Studien als auch in der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustands zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Menschen mit höherem und niedrigerem sozialem Status.

Als **Alleinerziehende** gelten, trotz fehlender einheitlicher Definition, alle ledigen, verwitweten, dauernd getrennt lebenden oder geschiedenen Mütter und Väter, die nicht mit einem anderen Erwachsenen, jedoch mit ihrem Kind oder Kindern in ständiger Haushaltsgemeinschaft zusammenleben (BMFSFJ 2009).

Als „**Menschen mit Migrationshintergrund**“ werden gemäß der Definition des Mikrozensus 2005 „alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“ (Statistisches Bundesamt 2011) verstanden.

2.2 Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit

Die Aussicht auf ein gesundes Leben ist je nach Einkommen, Bildung und Berufsstatus ungleich verteilt und eng mit sozialer Ungleichheit verbunden. Nach Hradil (2001: 30) impliziert soziale Ungleichheit, dass Menschen von „wertvollen Gütern“ (z.B. materielle Güter, Bildung, Lebens- und Arbeitsbedingungen) einer Gesellschaft aufgrund ihrer Stellung im sozialen Beziehungsgefüge regelmäßig mehr erhalten als andere. Soziale Ungleichheit kann zum einen nach „vertikaler“ (SES) und zum anderen nach „horizontaler“ (Lebensstil, Milieu, Ge-

schlecht, Alter, ethnische Herkunft) Differenzierung unterschieden werden (vgl. Hradil 2009). Gesundheit und die gesundheitliche Versorgung sind dahingehend besonders sensible Bereiche, da sich eine schlechtere gesundheitliche Lage wiederum auf die Teilhabechancen in anderen Lebensbereichen auswirkt.

Zu den Zusammenhängen zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit existieren zahlreiche (sozial-)wissenschaftliche Publikationen (s. z.B. Siegrist und Marmot 2008; Mielck 2000, 2005; Richter, Hurrelmann, Klocke und Melzer 2008). Auch in vergleichenden Einzelstudien zu unterschiedlichen Belastungsfaktoren (darunter neben physischen Expositionen gerade Ursachen psychischer Belastungen wie Arbeitslosigkeit etc., s. z.B. Siegrist/Wahrendorff 2009) und verschiedenen Krankheiten (z.B. Heinz-Nixdorf-Recall-Studie⁵ u.a.) wurde der Einfluss der sozioökonomischen Lage auf Gesundheit dargestellt. So geht ein niedriges Einkommen u.a. mit einem erhöhten Risiko für bestimmte Krebserkrankungen, Herzinfarkt, Diabetes und chronischer Bronchitis einher (s.a. BMAS 2013: 187; Babitsch 2005). Derzeit erscheinen jedes Jahr zahlreiche Publikationen, die empirische Ergebnisse zur gesundheitlichen Ungleichheit bereitstellen (vgl. Lampert/Mielck 2008: 8). Die meisten davon beziehen sich jedoch auf einzelne Bevölkerungsgruppen, Krankheiten und/oder Risikofaktoren.

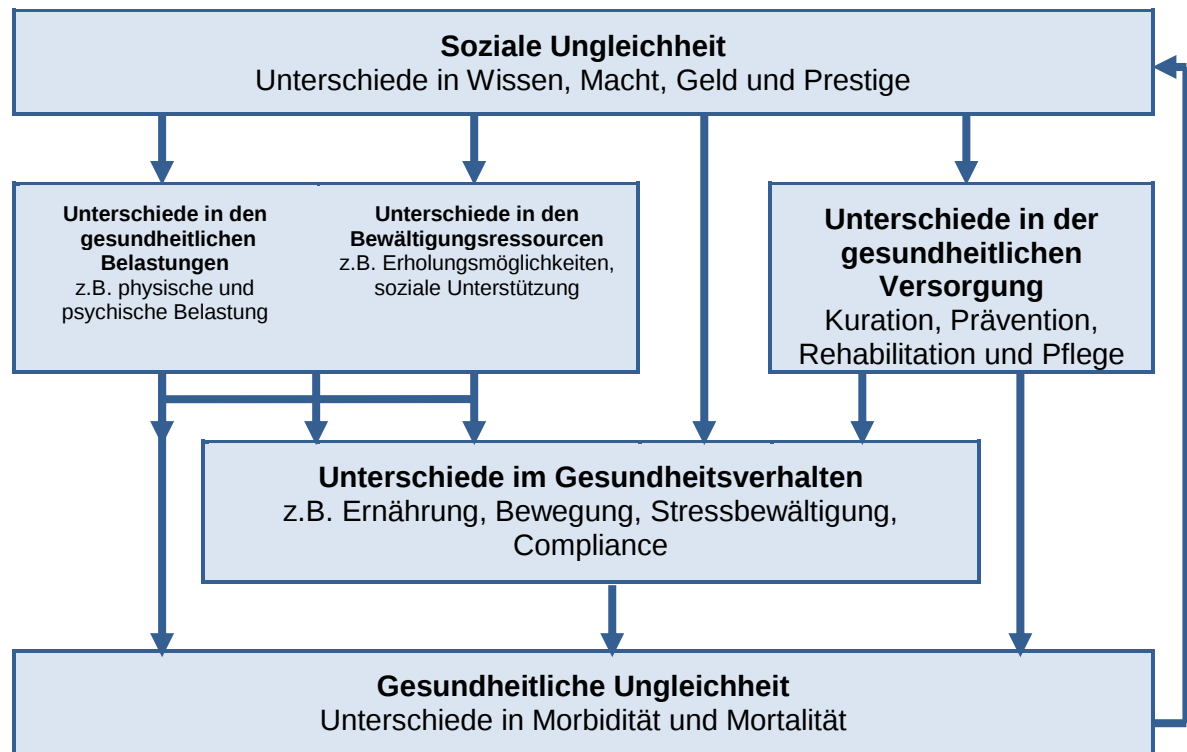
Allgemein gilt: Je höher der Bildungs- und Qualifikationsgrad und je höher das Haushaltsnettoeinkommen, desto besser sind die Gesundheitschancen bzw. umgekehrt je niedriger das Qualifikationsniveau und je niedriger das Haushaltsnettoeinkommen, desto schlechter sind die Gesundheitschancen (vgl. u.a. Siegrist/Marmot 2008). So unterliegen Personen, deren Einkommen unterhalb der Armutsgrenze liegt, im Verhältnis zur höchsten Einkommensgruppe einem rund zweieinhalb Mal so hohen Mortalitätsrisiko (vgl. Lampert 2007).

Die Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit liegen in einer engen Wechselwirkung mit Faktoren, denen besonders Menschen am unteren Ende der Statushierarchie ausgesetzt sind: Zum einen besteht ein Zusammenhang zwischen individuellen und sozialen Determinanten bei der Entstehung von Krankheit. Ob sich z.B. eine Krankheit manifestiert, für die eine genetische Disposition besteht, wird oft bis zu einem gewissen Grad durch Umweltfaktoren und Lebensstil beeinflusst (vgl. z.B. Siegrist 2002: 13). Zum anderen bedingen sich soziale und gesundheitliche Ungleichheit gegenseitig: Soziale Ungleichheit kann sich nicht nur auf die gesundheitlichen Risiken (z.B. Wohn- und Arbeitsbedingungen, psychische Belastungen), auf die Verfügbarkeit von Bewältigungsressourcen (z.B. soziale Netzwerke) und auf das gesundheitsrelevante Verhalten (z.B. Ernährung, Rauchen) auswirken, sondern auch auf Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung (vgl. Mielck 2000: 58, s. Abb. 2). Das komplexe Zusammenspiel dieser Faktoren wird in der gesundheitlichen Ungleichheit zwischen Bevölkerungsgruppen sichtbar und bedingt sich gegenseitig. So zeigen sich z.B. sozioökonomische Unterschiede in der Verteilung verhaltensassoziierter Risikofaktoren (gesundheitlich riskanteres Verhalten) wie Rauchen, Bewegungsmangel, Übergewicht, Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen. Als Erklärung dafür wird u.a. das Belastungs-Ressourcen-Modell herangezogen, wonach Rauchen z.B. eine Antwort auf die höhere Stressbelastung sein kann (ebd.).

Insgesamt lassen sich die Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit auf eine einfache Formel bringen: Armut macht krank und Krankheit macht arm (vgl. Lampert/Mielck 2008: 13).

5 <http://www.recall-studie.uni-essen.de/>

Abb. 2: Soziale Ungleichheit und Gesundheit



Quelle: nach Mielck 2000: 58, <http://www.gesundheitsfoerderung-mv.de/regionaler-knoten/armut-und-gesundheit>

Um die Komplexität, aber auch die Veränderung der möglichen Risiken abzubilden, ist zudem eine Lifecourse-Epidemiology (Razum/Spallek 2009: 7) erforderlich, in der die zeitliche Dimension der Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheiten über den Lebenslauf berücksichtigt wird. Dazu werden frühere Einflüsse, etwa das Gesundheitsverhalten der Mutter während der Schwangerschaft oder Belastungen aus früheren Lebensphasen und die sozialen Muster ihrer Verteilung in der Bevölkerung in die Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit im Erwachsenenalter herangezogen. Gesundheitliche Ungleichheit ist in unterschiedlichem Maße in allen Lebensphasen nachweisbar.

Alleinerziehende Mütter und Personen mit Migrationshintergrund gelten als besonders belastete soziale Gruppen, die überproportional häufig über eine schlechtere ökonomische Situation ihrer Haushalte verfügen und dann einen signifikant schlechteren Gesundheitszustand aufweisen. Diese Gruppen werden im Folgenden näher betrachtet.

2.3 Soziale und gesundheitliche Situation von Alleinerziehenden und Menschen mit Migrationshintergrund

Im folgenden Abschnitt wird der empirische Forschungsstand zu Alleinerziehenden und Menschen mit Migrationshintergrund hinsichtlich der Datenlage, der sozioökonomischen Lagen, der gesundheitlichen Situation und der Gesundheitsversorgung dargestellt.

2.3.1 Datenlage

Alleinerziehende und Menschen mit Migrationshintergrund stellen keineswegs homogene Gruppen dar. Vielmehr spiegelt sich die große Heterogenität auch in gesundheitlichen Unterschieden wider. Die Datenlage ist allerdings für beide Gruppen lückenhaft.

Zwar liegen zur gesundheitlichen Situation von Alleinerziehenden mehrere Einzelstudien vor, insgesamt ist die Datenlage jedoch schwierig. Einer der Gründe dafür ist, dass es sich beim Alleinerziehendenstatus häufig um ein temporäres Merkmal handelt und die Zusammenhänge zwischen Risikomerkmale und gesundheitlichen Auswirkungen besonders längerfristig im Lebensverlauf nur schwer nachzuzeichnen sind. Auch die Unterschiede zwischen alleinerziehenden Vätern und Müttern differenziert zu betrachten, ist aufgrund der kleinen Fallzahlen alleinerziehender Väter sogar in großen Erhebungen schwierig (vgl. auch Helfferich et al. 2003). Auch in aktuelleren Studien oder Berichterstattungen zur Lage von Alleinerziehenden wird das Thema Gesundheit meist nur kurz erwähnt (s. z.B. BMFSFJ 2011; Statistisches Bundesamt 2010b).

Für Menschen mit Migrationshintergrund wird in administrativen Statistiken nach wie vor häufig nur nach Staatsangehörigkeit unterschieden, so dass eingebürgerte Deutsche nicht erfasst werden. Zwar ist in einigen Datensätzen, wie dem Mikrozensus, SOEP und KIGGS, ein Fortschritt der migrationssensiblen Datenerhebung zu verzeichnen, eine umfassende gesundheitsbezogene Berichterstattung, die nach verschiedenen heterogenen Faktoren wie Herkunftsländern, Aufenthaltsdauer, Einbindung in soziale Netzwerke, sozioökonomischem Status (SES) im Aufnahmeland, Migrationsstatus etc. differenziert, ist allerdings nicht vorhanden (Razum et al. 2008; Razum/Spallek 2009). Zudem bestehen zwar zahlreiche migrationssensible Einzelstudien, diese erfassen jedoch oft nur einige Merkmale oder fokussieren auf bestimmte Herkunftsgruppen, Regionen in Deutschland, Krankheitsbilder o.ä. (vgl. Borde 2009: 2). Nach wie vor stellt der RKI-Bericht zu „Migration und Gesundheit“ (Razum et al. 2008) die zentrale umfassende Zusammenstellung und Auswertung der relevanten Daten im Bereich der Gesundheitsberichterstattung des Bundes dar. Besonders aber bestehen Lücken zu Daten im Bereich der Versorgungsforschung, die nach Migrationshintergrund aufgeschlüsselt sind, sowie umfassendere theoretische Modelle, die Zusammenhänge zwischen Migration und Gesundheit erklären (Razum/Spallek 2009: 2ff.).

Insgesamt basiert die derzeitige Forschung auf Modellen der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit, die dann – soweit auf Basis der empirischen Datenlage möglich – für die verschiedenen Gruppen ausdifferenziert werden.

2.3.2 Sozio-ökonomische Situation

Besonders Personen mit einem niedrigen sozio-ökonomischen Status tragen ein erhöhtes Gesundheitsrisiko, wobei Armut (< 50% des mittleren Einkommens) und Armutsgefährdung (< 60% des mittleren Einkommens) einen besonders starken Einfluss auf die gesundheitliche Situation ausüben (Lampert/Kroll 2010).

2.3.2.1 Sozio-ökonomische Situation von alleinerziehenden Müttern⁶

In Deutschland leben 1,58 Millionen alleinerziehende Mütter und Väter (Statistisches Bundesamt 2012). Davon sind 90% Frauen mit mindestens einem Kind unter 18 Jahren. Die meisten alleinerziehenden Mütter und Väter leben gemeinsam mit einem Kind, die wenigsten mit drei und mehr Kindern in einem Haushalt (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Alleinerziehende nach Geschlecht und in Prozent - 2011

	in Tsd.			Anteile an allen Alleinerziehenden (in Prozent)		
	Gesamt	Mütter	Väter	Gesamt	Mütter	Väter
mit 1 Kind	1.090	971	119	68,6	61,1	7,5
mit 2 Kindern	399	368	31	25,1	23,2	2,0
mit 3 und mehr Kindern	98	92	5	6,2	5,8	0,3
Gesamt	1.588	1.431	157	100	90,1	9,9

Quelle: Statistisches Bundesamt (2012): Mikrozensus 2011.

Das Armutsrisiko alleinerziehender Frauen liegt mit 37% deutlich über dem des Bevölkerungsdurchschnitts von 16% (Deckl 2013). Indikatoren für das erhöhte Armutsrisiko von Alleinerziehenden sind das vergleichbar niedrige Haushaltsnettoeinkommen sowie die erhöhte Sozialhilfequote. Danach verfügt ca. ein Drittel der alleinerziehenden Mütter mit jungen Kindern über ein monatliches Einkommen von weniger als 1.100 Euro. 88% der alleinerziehenden Mütter finanzieren sich zwar überwiegend aus der aktiven Erwerbstätigkeit, 9% waren jedoch vorrangig auf Transferzahlungen (Hartz IV-Leistungen, Leistungen nach SGB XII „Sozialhilfe“, ALG I) angewiesen (Keller/Haustein 2012: 1090). Mütter in Paarfamilien sind hingegen nicht einmal zu 1% von Transferzahlungen abhängig (BMAS 2013).

Ursächlich für die schlechtere ökonomische Situation sind, neben dem fehlenden zweiten Haushaltseinkommen, u.a. die individuellen und strukturellen Möglichkeiten am Erwerbsleben teilzunehmen. Zwar zeigen sich bei der Erwerbsbeteiligung keine großen Unterschiede zwischen alleinerziehenden Müttern und Müttern, die in einer Ehe oder Lebensgemeinschaft leben. Im Jahr 2011 gingen von den alleinerziehenden Müttern 61% aktiv einer Erwerbstätigkeit nach, Ehefrauen mit Kindern waren zu 60% und Frauen in Lebenspartnerschaft mit Kindern zu 58% berufstätig. Unterschiede zeigen sich aber im Umfang der Erwerbstätigkeit, der stark vom Alter des zu betreuenden Kindes abhängt. Alleinerziehende Mütter sind zwar insgesamt häufiger in Vollzeit (43%) tätig als erwerbstätige Ehefrauen (26%). Ist das jüngste Kind hingegen unter 3 Jahre alt unterscheidet sich die Erwerbsbeteiligung allerdings erheblich: In diesem Fall gehen nur 25,9% der Alleinerziehenden einer Erwerbstätigkeit nach, bei den Müttern in einer Ehe sind es 31,9% und bei Müttern in Nichtehelichen Lebensgemeinschaften 34,0% (Keller/Haustein 2012). Als zentrale Ursache für die Verringerung des Erwerbsumfangs werden die fehlenden strukturellen Möglichkeiten gesehen, Familie und Beruf miteinander zu vereinbaren, besonders mit Blick auf die mangelnde Verfügbarkeit von be-

⁶ Aufgrund der kleinen Fallzahlen zu alleinerziehenden Vätern beziehen wir uns im Folgenden ausschließlich auf die Betrachtung der Teilhabemöglichkeiten am Gesundheitssystem von alleinerziehenden Müttern in Deutschland.

zahlbaren Betreuungsplätzen und von Betreuungsmöglichkeiten für Kinder unter drei Jahren (Helfferich et al. 2003).

2.3.2.2 Sozio-ökonomische Situation von Menschen mit Migrationshintergrund

Nach Angaben des Mikrozensus 2011 leben in Deutschland ca. 16 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund (rund 19,5% der Gesamtbevölkerung), darunter etwa 6,9% Ausländer/innen mit eigener Migrationserfahrung, 1,9% Ausländer/innen der sogenannten zweiten Generation, 6,1% eingebürgerte Deutsche mit eigener Migrationserfahrung und 4,6% Deutsche mit Migrationshintergrund aber ohne eigene Migrationserfahrung (Statistisches Bundesamt 2012). Personen mit eigener Migrationserfahrung halten sich im Schnitt seit 21,8 Jahren in Deutschland auf, Ausländer/innen seit 19,7 Jahren. Personen mit Migrationshintergrund sind im Durchschnitt deutlich jünger als der Gesamtdurchschnitt der deutschen Bevölkerung (35,2 gegenüber 46,1 Jahre). Fast 35% der Kinder unter 5 Jahren haben heute einen Migrationshintergrund. Der Anteil an Personen, deren Familie aus der Türkei stammt, ist dabei mit 18,5% am höchsten, gefolgt von Polen (9,2%), der Russischen Föderation (7,7%) und Italien. Kasachstan ist das einzige nicht-europäische Herkunftsland mit einem höheren Anteil an den Personen mit Migrationshintergrund (5,8%).

Der Anteil der Armutsgefährdeten an den Personen mit Migrationshintergrund ist mit 26,6% mehr als doppelt so hoch wie an denjenigen ohne Migrationshintergrund (12,3%). Personen zwischen 25 und 65 Jahren mit Migrationshintergrund sind fast doppelt so häufig erwerbslos (9,3% gegenüber 4,9% aller Erwerbspersonen) oder gehen einer geringfügigen Beschäftigung nach (12,7% gegenüber 8,6% aller Erwerbstätigen). Ebenso sind Personen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Erwerbstätigen ohne Migrationshintergrund deutlich häufiger als Arbeiter/innen tätig (38,8% gegenüber 21,2%). 37% der Personen, die laufende Hilfen zum Lebensunterhalt beziehen, haben einen Migrationshintergrund in engerem Sinn⁷, ihr Anteil an den Hartz IV-Empfänger/innen liegt bei 35,9% und ist damit im Vergleich zu ihrem Anteil von 19,5% der Gesamtbevölkerung überdurchschnittlich hoch (ebd.).

Zahlreiche Gründe werden für die schlechtere sozio-ökonomische Lage von Menschen mit Migrationshintergrund genannt, die meist stark von den politischen Positionen, von denen aus argumentiert wird, geprägt sind. Häufig wird auf die geringeren Sprachkenntnisse von Migrant/innen verwiesen, gefolgt von einer geringeren Bildungsbeteiligung oder Diskriminierung (z.B. Nachteile in Bewerbungsverfahren bei türkischen Familiennamen). Die strukturellen Rahmenbedingungen der Einwanderung, wie ein unsicherer Aufenthaltsstatus, oder die Arbeits- und Qualifikationsprofile, auch mit Blick auf die Generation, die im Zuge der früheren „Gastarbeiteranwerbung“ zugewandert ist, sowie andere Faktoren, wie die Integrationspolitik der Regierung, werden jedoch häufig ausgeblendet.

7 Dabei handelt es sich um eine statistische Unterscheidung: Zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund im engeren Sinne gehören alle Zugewanderten und alle in Deutschland geborenen Ausländer/innen. Von den Deutschen mit Migrationshintergrund, die ihre deutsche Staatsangehörigkeit seit Geburt besitzen, haben nur jene einen Migrationshintergrund im engeren Sinne, die mit ihren Eltern oder einem Elternteil im selben Haushalt leben, weil nur dann die für die Zuordnung entscheidende Elterninformation vorliegt. [https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Migration Integration/ Migrationshintergrund/Aktuell.html](https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Migration%20Integration/Migrationshintergrund/Aktuell.html)

2.3.3 Gesundheitliche Situation

Im folgenden Absatz soll die gesundheitliche Situation alleinerziehender Mütter und von Menschen mit Migrationshintergrund näher beleuchtet werden. Betrachtet wird dabei sowohl der messbare Gesundheitszustand als auch das subjektive Gesundheitsempfinden. Dabei soll verdeutlicht werden, dass die Gesundheitsrisiken auch innerhalb der jeweiligen Gruppen der alleinerziehenden Mütter und von Menschen mit Migrationshintergrund ganz unterschiedlich verteilt sind und je nach sozioökonomischem Status oder weiteren Einflussfaktoren schwanken. Die folgenden Ausführungen beziehen somit zwei Vergleichsperspektiven in die Analyse mit ein: Zum einen den Vergleich zwischen Alleinerziehenden und Nicht-Alleinerziehenden sowie zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund, zum anderen den Vergleich innerhalb der jeweiligen Gruppe (Inter- und Intragruppenvergleich).

2.3.3.1 Gesundheit von Alleinerziehenden

Bisherige Untersuchungen zeigen, dass alleinerziehende Mütter über einen schlechteren Gesundheitszustand und ein stärker beeinträchtigtes subjektives Wohlbefinden verfügen, als verheiratete Mütter (s. z.B. Timm 2008; Drexler-Gormann 2012). Das zeigt sich u.a. in den höheren Prävalenzraten (Häufigkeit von vorliegenden Krankheiten). Bezogen auf die Häufigkeit von 44 überwiegend chronischen Krankheiten im Lebensverlauf ist die Gesamtmorbidität, also die Summe der jemals erlebten Krankheiten, bei den alleinerziehenden Müttern signifikant höher als in der Vergleichsgruppe. Im Durchschnitt berichten alleinerziehende Frauen von 4,3 Erkrankungen, die verheirateten Frauen hingegen nur von 3,7. Unter den alleinerziehenden Müttern geben 85,4% zwei und mehr Krankheiten an, bei den verheirateten Müttern beträgt der entsprechende Anteil 77,6% (BGS 1998). Im Vergleich zu verheirateten Müttern litten bzw. leiden alleinerziehende deutlich häufiger unter Nieren- und Lebererkrankungen, chronischer Bronchitis und Migräne. Besonders auffällig ist zudem, dass sie mit 24,7% mehr als doppelt so häufig psychische Erkrankungen angeben wie die Vergleichsgruppe (Helfferich et al. 2003).

Bezogen auf die 4-Wochen-Prävalenz, d.h. das Vorliegen von Krankheiten in den vergangenen 4 Wochen, gaben die alleinerziehenden Mütter mit 9,2% häufiger eine Krankheitsperiode an als die Mütter der Vergleichsgruppe mit 5,4% (Statistisches Bundesamt: Mikrozensus 1999). Hinsichtlich der Krankheitsdauer zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen alleinerziehenden und verheirateten Müttern. Gleiches gilt für die Zahl der Krankheitstage im Jahr. Alleinerziehende Mütter sind demnach im Durchschnitt 12,5 Tage im Jahr gesundheitlich so beeinträchtigt, dass sie ihrer üblichen Tätigkeit nicht nachgehen können, verheiratete 11,2 Tage.

In Bezug auf allgemeine Befindlichkeitsstörungen geben Alleinerziehende ein signifikant größeres Beschwerde-Spektrum an als verheiratete Mütter (12,0 vs. 10,6 Beschwerdearten). Vor allem leiden Alleinerziehende häufiger unter psychischen und psychosomatischen Beschwerden. Im Bundesgesundheitsurvey (BGS) 1998 wird die Prävalenz und die Intensität von 24 psychischen Störungen und körpernahen Beschwerden, wie etwa Schwäche- und Schwindelgefühl, innere Unruhe, Reizbarkeit und Schlaflosigkeit, aber auch Kreuz- und Rückenschmerzen erfasst (vgl. u.a. auch Zerssen 1976). Alleinerziehende Frauen sind zudem durch die Stärke einzelner Beschwerden stärker beeinträchtigt als verheiratete Mütter.

Alleinerziehende Frauen schätzen ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand insgesamt schlechter ein als verheiratete Mütter. Während 62% der verheirateten Mütter einen sehr guten bzw. guten Gesundheitszustand angeben, beträgt der entsprechende Anteil bei den Alleinerziehenden nur 56%. Alleinerziehende sind demnach mit ihrer Gesundheit signifikant unzufriedener.

Es zeigt sich zudem, dass alleinerziehende Mütter mit einem niedrigen sozialen Status über ein höheres Krankheitsrisiko, besonders für chronische Erkrankungen und Beschwerden verfügen als alleinerziehende Mütter mit einem hohen sozialen Status. Diese Unterschiede beziehen sich auch auf die Möglichkeiten und Fähigkeiten, die zusätzlichen Belastungen, die sich aus der alleinigen Betreuung und Versorgung von Kindern ergeben, zu bewältigen. Das Gleiche gilt für das subjektive Gesundheitsempfinden: Alleinerziehende Mütter mit niedrigem sozialem Status und Risikomerkmale schätzen demnach ihren Gesundheitszustand schlechter ein als Befragte mit einem hohen sozialen Status (BGS 1998, Helfferich 2003).

Mit dem erhöhten Armutsrisiko als sozialem Risikofaktor korreliert demnach auch das Krankheitsrisiko. Zudem sind Alleinerziehende spezifischen Mehrfachbelastungen ausgesetzt, die sich aus der alleinigen Zuständigkeit für die Kindererziehung, Haushaltsführung und Sorge für den Lebensunterhalt ergeben und sich als psychische und gesundheitliche Risiken niederschlagen.

Die Befunde sind jedoch nicht generell übertragbar. Vielmehr zeigt sich in den Studien, dass alleinerziehende Mütter nicht per se als besonders „kranke“ Gruppe bezeichnet werden können, sondern in einem hohen Maße heterogen sind, so dass der Gesundheitszustand und das Gesundheitsempfinden von einer Vielzahl verschiedener Faktoren, wie der materiellen Lage, der vorhandenen sozialen Unterstützung, persönlichen Einstellungen, aber auch vom Alter und der Anzahl der Kinder abhängig sind (Helfferich et al. 2003).

2.3.3.2 Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund

Auch Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland sind insgesamt einem höheren Erkrankungsrisiko ausgesetzt als Personen ohne Migrationshintergrund, besonders wenn Armut vorliegt (vgl. Razum et al. 2008). Allerdings sind die Risiken ebenfalls nicht über die gesamte Bevölkerung mit familiärer Migrationsgeschichte gleich verteilt, sondern differenzieren stark nach Faktoren wie Geburtsland, Migrationsbedingungen und Aufenthaltsdauer in Deutschland. Generell ist die „Gruppe“, der das Merkmal Migrationshintergrund zugewiesen wird, so heterogen, dass kaum vereinheitlichende Aussagen getroffen werden können.

Wenngleich sich das Krankheitsspektrum der Menschen mit Migrationshintergrund kaum von dem der Gesamtbevölkerung unterscheidet, treten verschiedene Unterschiede in der Häufigkeitsverteilung bestimmter Krankheiten auf (Razum et al. 2008), die aber nach verschiedenen Herkunfts-, Alters- oder sozialen Gruppen stark differieren. Diese Unterschiede können teils auf migrationsspezifischen Umständen, teils auf Belastungen aufgrund einer oft schwierigeren sozialen Lage beruhen. Als Indiz dafür kann z.B. die Arbeitsunfallquote herangezogen werden, die bei türkischen Staatsangehörigen rund 1,5 mal höher liegt als bei Deutschen. Dies kann z.B. auf gefährlichere körperliche Arbeiten zurückgeführt werden, aber auch als migrationsspezifisches Risiko auf kommunikative Informationsdefizite bei den Sicherheitsunterweisungen (Razum et al. 2008).

Personen mit eigener Migrationserfahrung weisen insgesamt ein erhöhtes Risiko für bestimmte Krankheiten, insbesondere Infektionskrankheiten, auf. Bei ausländischen Staatsangehörigen liegt z.B. die Tuberkuloseinzidenz rund 5 mal so hoch wie bei Deutschen, was teils mit der epidemiologischen Situation und Gesundheitsversorgung in einigen Herkunftsländern, teils mit der sozialen Lage in Deutschland begründet werden kann (ebd.).

Weiterhin differiert der Gesundheitszustand nach Migrationsstatus: Flüchtlinge und Menschen ohne legalen Aufenthaltstitel sind z.B. deutlich höheren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt als Personen mit legalem Aufenthaltsstatus (Razum et al. 2008; Razum/Spallek 2009). Bei dieser Gruppe ist zudem das Risiko psychosozialer Belastungen erhöht. Dies wird z.T. als Folge der Auswanderungsbedingungen oder Verfolgung im Heimatland (wie in Form posttraumatischer Belastungsstörungen) gedeutet, z.T. aber auch als Folge der Anpassungsbedingungen im Aufnahmeland, z.B. aufgrund des Verlusts der sozialen Unterstützung oder des sozialen Status (ebd.).

Zum anderen müssen die Daten für bestimmte Krankheiten nach Herkunftsländern differenziert betrachtet werden. So zeigen Studien über türkische Migrantinnen und Migranten sowie Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler zwar ein insgesamt niedrigeres Krebsrisiko als bei Deutschen ohne Migrationshintergrund, für einzelne Krebsarten (z.B. Magenkrebs) liegt das Erkrankungsrisiko jedoch höher als in der Gesamtbevölkerung. Als Erklärungsmodell können die höheren Infektionsraten mit dem Bakterium *Helicobacter pylori* in den Herkunftsländern gelten (Razum et al. 2008).

Trotz höherer gesundheitlicher Risiken, wie schlechteren Wohn- und Arbeitsbedingungen, weisen gerade diese Migrantengruppen zudem häufig niedrigere Mortalitätsraten (Sterblichkeitsraten) auf als der Durchschnitt der Gesamtbevölkerung. Für die Erklärung niedrigerer Risiken in bestimmten Herkunftsgruppen werden zum einen Ernährungsgewohnheiten in den Herkunftsländern (z.B. die sogenannte „Mittelmeerküche“ mit vielen ungesättigten Fettsäuren und Gemüse als Erklärung für niedrigere Raten an Herz-Kreislauf-Erkrankungen), zum anderen auch bei Migrant/innen mit eigener Migrationserfahrung der sogenannte „Healthy-migrant-effect“ herangezogen, der sich darauf bezieht, dass besonders junge, gesunde und aktive Menschen migrieren (vgl. z.B. Knipper/Bilgin 2009: 8; 34ff.).

Allerdings nehmen diese positiven Effekte aufgrund der gesundheitlichen Folgen schlechterer Lebens- und Arbeitsbedingungen von Migrant/innen im Lebensverlauf oft ab. Dem entspricht z.B., dass jüngere Menschen mit Migrationshintergrund ihren Gesundheitszustand oft besser einschätzen als die Vergleichsgruppe ohne Migrationshintergrund, während die subjektiven Angaben gesundheitlicher Selbsteinschätzung mit zunehmendem Alter schlechter werden (vgl. Wilkens et al. 2013: 300f., Razum et al. 2005: 130). Als weiterer Indikator kann auch die im höheren Alter steigende Inanspruchnahme von Krankenkassen- und frühen Rentenleistungen gelten (Borde 2007).

Aus der Migration können sich somit verschiedene gesundheitliche Chancen und Risiken ergeben. Diese können auch die gesundheitliche Situation der nachfolgenden Generation prägen (Razum/ Spallek 2009: 2f.). Z.B. haben Kinder mit Migrationshintergrund signifikant häufiger Übergewicht, dafür aber vergleichsweise weniger Allergien und psychische Auffälligkeiten (KIGGS). Dem entsprechen auch die Ergebnisse der AWO-ISS-Studie zur Kinder- und Jugendarmut. Es hat sich gezeigt, dass die gesundheitliche Lebenslage in aktueller Ar-

mut gerade bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund deutlich besser eingeschätzt wird als bei der deutschstämmigen Vergleichsgruppe (Laubstein et al. 2012: 51).

Familiäre Migrationserfahrungen können dabei als Risikofaktor sowie als Ressource wirken. Als Schutzfaktoren werden z.B. die Einbindung in familiäre Netzwerke genannt, ebenso wie bestimmte Ernährungsgewohnheiten in einigen Herkunftsgruppen oder auch der Umgang mit Suchtmitteln (z.B. weniger Alkoholkonsum in muslimischen Familien) (Razum et al. 2008: 16ff.).

Mit einer längeren Aufenthaltsdauer gleicht sich die gesundheitliche Situation von Menschen mit Migrationshintergrund jedoch dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung an (Razum et al. 2008).

Insgesamt wird deutlich, wie stark sich komplexe Lebensumstände (z.B. als sozioökonomische Belastungen, Stressoren oder Lebensstile) auf Gesundheit auswirken und auch im zeitlichen Verlauf verändern können. Damit stellt sich aber auch die Frage, ob und wie das Gesundheitssystem auf diese Heterogenität von Ausgangssituationen, Lebenslagen und Risiken eingeht und inwiefern die Gesundheitsversorgung von vulnerablen Gruppen sichergestellt ist.

2.3.4 Gesundheitsversorgung und Teilhabe am Gesundheitssystem

Als eine wichtige Barriere der gesundheitlichen Chancengleichheit werden die Zugänge zu Gesundheitsleistungen betrachtet. Der Zugang zu den Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung⁸ (GKV) ist im SGB V geregelt. Grundsätzlich ist jede/r Arbeitnehmer/in in Deutschland pflichtversichert und erhält im Bedarfsfall Leistungen der GKV. Das Gleiche gilt für Leistungsempfänger/innen im SGB II (vgl. Richter-Kornweitz 2012), für die der Träger der Grundsicherung den Krankenversicherungsbeitrag übernimmt. Kinder sind generell über die Eltern krankenversichert. Formale und rechtliche Zugangsprobleme zum Gesundheitssystem ergeben sich v.a. für Ausländer/innen, die in Deutschland (noch) keine sozialversicherungs-pflichtige Arbeitsstelle und im Heimatland keine gesetzliche Krankenversicherung haben.

Allerdings bestehen trotz gleicher formaler bzw. rechtlicher Möglichkeiten des Zugangs zu Leistungen der Gesundheitsversorgung auch unter Mitgliedern der Gesetzlichen Krankenversicherung erhebliche Ungleichheiten. Sowohl die Bewilligung von Leistungen als auch das Inanspruchnahmeverhalten verschiedener Gruppen verweisen auf Barrieren (s. z.B. Borde et al. 2003; Lampert et al. 2005), die in der vorliegenden Studie näher betrachtet werden.

Mit einem höheren Armutsrisiko gehen beispielsweise finanzielle Barrieren einher. Die finanziellen Belastungen durch Zuzahlungen, d.h. der Anteil an privaten Ausgaben für Gesundheit, der zusätzlich zu den Krankenkassenbeiträgen gezahlt wird, sind für untere Einkommensgruppen besonders hoch. Soziale Ungleichheit führt dazu, dass Medikamente bzw. Heil- und Hilfsmittel, die nicht verschreibungspflichtig sind und/oder Zuzahlungen erforderlich machen, aus Kostengründen nicht gekauft werden und vergrößert damit auch die gesundheitliche Ungleichheit. So ist beispielsweise nach Zahlen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) die Zahl der Zahnarztbesuche mit dem Wegfall der Praxisgebühr seit

8 Neben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) existiert in Deutschland die Private Krankenversicherung (PKV). Wir beschränken uns in diesem Bericht allerdings ausschließlich auf den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung, da die beobachteten Personengruppen aufgrund ihres sozialen und ökonomischen Status in der Regel Leistungen aus der GKV beziehen.

Anfang 2013 deutlich angestiegen. Weiterhin unterscheiden sich die Kenntnisse über Krankheit und die Möglichkeiten zur Durchsetzung eigener Leistungsansprüche stark nach Bildungsstand und auch nach sozialer Lage (Richter/Hurrelmann 2009).

2.3.4.1 Gesundheitsversorgung und Inanspruchnahme gesundheitsbezogener (Dienst-)Leistungen von Alleinerziehenden

Generell erschließt sich der Zugang zum Gesundheitssystem auch bei alleinerziehenden Müttern über die Mitgliedschaft in der Krankenversicherung. Daneben stehen eine Reihe weiterer Angebote öffentlicher und freier Träger zur Verfügung, u.a. Angebote zur Freizeitgestaltung für Kinder bzw. Familien, Hilfsangebote im psychosozialen Bereich (Selbsthilfegruppen), Hilfestellungen bei der praktischen Alltagsbewältigung (Kinderbetreuung, sozialpädagogische Familienhilfe), rechtliche Beratung und Informationsveranstaltungen sowie verschiedene Interessenvertretungen auf öffentlich-politischer Ebene, die neben den finanziellen Transferleistungen besonders für arbeitslose alleinerziehende Mütter ein wichtiges Netzwerk bilden.

In Bezug auf die Häufigkeit der Arztkontakte lässt sich zwischen Alleinerziehenden und nicht alleinerziehenden Müttern kein signifikanter Unterschied feststellen (BGS 1998). Differenziert man hingegen nach Fachärzten, dann fällt auf, dass Alleinerziehende (15,0%) viermal häufiger Psychotherapeuten aufsuchen als verheiratete Mütter (3,7%). Als Ursache werden hierfür die höheren Belastungen durch psychische und emotionale Probleme gesehen. Auch hinsichtlich der Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, die auf ein aktives Gesundheitsverhalten hinweisen, zeigen sich Unterschiede zwischen alleinerziehenden (29%) und nicht alleinerziehenden Müttern (22%) (BGS 1998). Besonders die Vorsorgeuntersuchungen für die Kinder sind in diesem Zusammenhang zentral. Umgekehrt zeigen sich Unterschiede bei der Inanspruchnahme gesundheitsfördernder Kurse, wenn die Kosten individuell getragen werden müssen. Diese Kurse nahmen etwa 37,1% der Alleinerziehenden in Anspruch, Mütter in Paarbeziehungen hingegen zu 54,1% (Lampert et al. 2005). Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass Betreuungsmöglichkeiten für die Kinder fehlen und/oder die finanzielle Lage bei vielen Alleinerziehenden oftmals so angespannt ist, dass eine Reihe von gesundheitsfördernden Maßnahmen nicht wahrgenommen werden kann. Ursächlich hierfür ist u.a. die Ökonomisierung vieler Gesundheitsleistungen in den vergangenen Jahren. Außerdem ist zu beobachten, dass Krankenkassen je nach Kassenlage über gesundheitsfördernde Maßnahmen entscheiden. Ein gutes Beispiel hierfür ist die Bewilligung von rehabilitierenden Mütter- und Mutter-Kind-Maßnahmen (§ 24 Vorsorge, § 41 Rehabilitation SGB V), die noch vor einigen Jahren mit großen Einschränkungen verbunden war. In den vergangenen Jahren wird Müttergenesung wieder verstärkt als Teil eines frauenspezifischen, ressourcenstärkenden Therapieansatzes und als familienpolitische Maßnahme gewährt. Verschiedene Forschungsansätze zeigen eine hohe und nachhaltige Effektivität der präventiven und rehabilitativen Mütter- und Mutter-Kind-Maßnahmen (§§ 24, 41 SGB V). Der volkswirtschaftliche Nutzen erweist sich hier als evident (vgl. Collatz 2002).

2.3.4.2 Gesundheitsversorgung und Inanspruchnahme gesundheitsbezogener (Dienst-)Leistungen von Menschen mit Migrationshintergrund

Verschiedene Studien haben ergeben, dass Menschen mit Migrationshintergrund einige Leistungen des Gesundheitssystems seltener in Anspruch nehmen als Personen ohne Migrationshintergrund. Dazu gehören z.B. Früherkennungsuntersuchungen und teilweise Impfungen (Knipper/Bilgin 2009; Razum et al. 2008). Gleichzeitig sind deutliche Unterschiede in der Patientenzufriedenheit wahrzunehmen, die in Wechselwirkung mit der Qualität der medizinischen Versorgung stehen (Borde 2009).

Hemmnisse in der Nutzung des Versorgungssystems bilden zum einen rechtliche Barrieren, die v.a. Asylsuchende bzw. Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus betreffen (s. ebd.). Auch wenn Notfallambulanzen und humanitäre Sprechstunden (z.B. MediNetz) eine erste Möglichkeit der medizinischen Notversorgung für diese Gruppe bieten, lassen sich damit die Wiederherstellung und der Erhalt der Gesundheit aber bei Weitem nicht sicherstellen.

Von diesen formalen und rechtlichen Zugangsproblemen zum Versorgungssystem sind Menschen mit legalem Aufenthaltsstatus, die eine sozialversicherungspflichtige Arbeitsstelle in Deutschland haben oder Leistungen nach dem SGB II beziehen, weniger betroffen. Vielmehr kommen hier zum einen Faktoren der sozioökonomischen Lage (s. Kap. 2.3.4) und zum anderen Einflüsse zum Tragen, die mit der familiären Migrationserfahrung in Verbindung stehen.

Als sogenannte migrationsspezifischen Einflüsse gelten u.a. kommunikative Barrieren, die sich auf die Behandlungsprozesse und die Interaktion zwischen medizinischem Fachpersonal und Patient/innen auswirken (Razum/Spallek 2009: 4): Dazu gehören nicht nur sprachliche Aspekte, sondern auch ein unterschiedliches Verständnis von Gesundheit und Krankheit, das häufig unter „kulturelle Unterschiede“ subsumiert wird (Borde 2008, Razum et al. 2008). Gravierend sind jedoch auch unterschiedliche Systemkenntnisse und Erwartungshaltungen hinsichtlich der Gesundheitsversorgung zwischen medizinischem Fachpersonal und Klient/innen, die ein gegenseitiges Verständnis erschweren (vgl. Babitsch et al. 2008; Borde 2009). Diese können nicht allein „kulturellen Unterschieden“ zugeordnet werden, sondern unterliegen u.a. auch Einflüssen wie dem Bildungsstand, dem allgemeinen Kommunikationsverhalten oder dem gegenseitigen Verständnis von Fachpersonal und Laien, die das Gesundheits- und Patientenverhalten beeinflussen: „Werden die anderen relevanten Faktoren vernachlässigt oder unter „Kultur“ subsumiert, besteht die Gefahr der „Kulturalisierung“ oder „Ethnifizierung“ sozialer Determinanten oder auch von strukturellen Defiziten in den Präventions- und Versorgungskonzepten“ (Borde 2008).

Viele Angebote der Gesundheitsversorgung beziehen sich auf zielgruppenspezifische Projekte und Einrichtungen für Migrant/innen, die das regelhafte Gesundheitssystem ergänzen (Kompensation), wie z.B. Altenpflegeheime für Migrant/innen. Zudem haben sich komplementäre Projekte und Dienste entwickelt, die eine Brückenfunktion zwischen Migrant/innen und dem Gesundheitssystem einnehmen (z.B. MiMi „Mit Migranten für Migranten“, das Gesundheitsmediatorinnen und -mediatoren ausbildet) (Borde 2008). „Integrative Konzepte innerhalb der regulären Versorgungseinrichtungen, die sich strukturell auf die Verschiedenheit der Nutzerinnen und Nutzer einstellen, sind dagegen eher selten.“ (ebd.)

2.3.5 Exkurs: Zugangsbeschränkungen von Migrant/innen zum Gesundheitssystem

Besonders gravierend ist die soziale und gesundheitliche Lage von Migrant/innen die vor formalen Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem stehen und die systematisch und häufig politisch gewollt von gesellschaftlicher Teilhabe ausgeschlossen werden. Dies betrifft zum einen Zuwanderer, die nicht über das Herkunftsland krankenversichert sind. In diesen Fällen besteht für Arbeitnehmer/innen, Selbständige und Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II eine Versicherungspflicht in der Gesetzlichen oder in der Privaten Krankenversicherung (GKV oder PKV) (nach § 5 SGB V oder § 193 VVG, s. BMI/BMAS 2013). Falls weder eine Krankenversicherung in Deutschland noch im Herkunftsland besteht und sich die Zugewanderten nicht aus eigenen Mitteln versichern können, kommen ggf. subsidiär Sozialleistungsansprüche nach § 23 SGB XII in Betracht, besonders als unabweisbare Hilfen (Abs. 3, sogenannte „Notfall-“ oder „Akutversorgung“). Die prekäre Übergangsphase zwischen der Ankunft in Deutschland und dem Aufbau einer neuen Existenz wird so durch formale Barrieren noch weiter gefährdet.

Dies gilt besonders für Menschen, bei von vorneherein ein Bleiben politisch nicht erwünscht ist. Asylbewerber/innen erhalten aufgrund der reduzierten Sozialleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) eine Akutversorgung. „Im Jahr 2012 bezogen 165.000 Menschen Leistungen nach dem AsylbLG. 2012 hat das Bundesverfassungsgericht das Gesetz als verfassungswidrig eingestuft. Seither wurden zwar die Regelsätze angepasst, eine gesetzliche Neuregelung steht aber noch aus“ (Klinkhammer/Korzilius 2014).

Diese „Notfallversorgung“ wird allerdings weder umfassenderen gesundheitlichen Problemstellungen gerecht, noch trägt sie dem Gedanken einer Gesundheitsförderung Rechnung. Gerade im Gesundheitsbereich sind jedoch die Folgen von Versorgungsdefiziten gravierend. Vor dem Hintergrund der Diskussion um Inklusion und Teilhabe sind diese systematischen Exklusionsmechanismen besonders in den Blick zu nehmen.

Aufgrund der besonderen Ausgangslagen und Rahmenbedingungen für Menschen ohne Krankenversicherung, mit illegalisiertem Aufenthaltsstatus, Flüchtlingen bzw. Asylsuchenden stellen diese Fragestellungen jedoch ein eigenes Forschungsthema dar. Aus Gründen der Vergleichbarkeit fokussiert der vorliegende Bericht auf Menschen mit legalem Aufenthaltsstatus, die bereits längere Zeit in Deutschland leben und somit Erfahrungen mit dem hiesigen Gesundheitssystem haben.

2.3.6 Zwischenfazit

Gesundheitliche Ungleichheit steht in enger Verbindung mit sozialer Ungleichheit. Um die gesundheitliche Situation und Versorgung von vulnerablen Gruppen zu verbessern, ist daher nicht nur ein differenzsensibler Ausbau des Gesundheitssystems notwendig (vgl. Borde 2008), sondern es sind auch sozialpolitische Handlungsstrategien erforderlich, die den Abbau struktureller Barrieren ebenso vorantreiben wie Ansätze der gezielten Förderung gesellschaftlicher Teilhabe in allen Bereichen. Bereits im Jahr 2006 hat der Europäische Ministerrat Empfehlungen ausgesprochen, um gesundheitliche Ungleichheit zu mildern und Barrieren abzubauen. Dazu gehören:

- rechtliche Ansätze (z.B. Abbau von Zugangsbarrieren),
- sozialpolitische Handlungsstrategien,
- der Ausbau eines migrationssensiblen Gesundheitssystems,
- die Förderung von Kommunikation und Information,
- die Stärkung von Gesundheitskompetenzen,
- der Ausbau der Qualifizierung des Personals der Gesundheitsversorgung und
- eine differenzsensible Forschung (vgl. Borde 2009; Council of Europe 2006).

Eine Verringerung der spezifischen Belastungen kann einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage vulnerabler Gruppen leisten. Dazu gehören z.B. entlastende Strukturen, die zu einer verbesserten Vereinbarkeit von Familie und Beruf und zu einem Mehr an gesellschaftlicher Teilhabe beitragen, ebenso wie die Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems und der Sozialen Dienste. Die Gesundheitspolitik, Wissenschaft und Gesellschaft stehen daher vor der Herausforderung, sowohl für eine Verbesserung der Datenlage zu sorgen, als sich auch mit den sozialen und wirtschaftlichen Determinanten von Gesundheit auseinanderzusetzen (Wilkinson/Marmot 2004: 10).

Zwar existieren bereits zahlreiche Veröffentlichungen zu den theoretischen Zusammenhängen sozialer Ungleichheit, zu Effekten in einzelnen Bereichen und zu Aktivitäten und Ansätzen der Sozialen Arbeit. Eine umfassende Analyse hinsichtlich:

- bestehender Belastungen und Barrieren für vulnerable Gruppen, wie Menschen mit Migrationshintergrund und Alleinerziehende aus subjektiver Sicht,
- Ansätze und Gelingensbedingungen für die Ermöglichung von Teilhabe sowie
- bereits bestehender Ansätze innerhalb der AWO und des weiteren Potenzials

steht jedoch noch weitgehend aus. Ebenso wird die Perspektive der Klient/innen häufig noch ausgeblendet.⁹ Die zentrale Zielrichtung des Projektes liegt daher vor allem auf Fragen der Teilhabe am Gesundheitssystem, der Identifikation von Belastungen und Barrieren von alleinerziehenden Müttern und Frauen mit Migrationshintergrund sowie möglicher Handlungsansätze auf den Ebenen von Politik und Versorgungssystem. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf den Schnittstellen zwischen der kurativen medizinischen Versorgung und umfassenderen Ansätzen, auch mit Blick auf Prävention und Rehabilitation, der Sozialen Arbeit.

⁹ Die Frage der „Inklusion“ ist ein wichtiges Thema im Zusammenhang mit Teilhabe. Sie wird jedoch für dieses Teilprojekt zunächst zurückgestellt, da die Diskussion um ein umfassenderes Verständnis von Inklusion, über den Bereich der Menschen mit Behinderungen hinaus, im interdisziplinären Gesundheitsbereich noch kaum Ansatzpunkte bietet.

3 Forschungsdesign und Methodik des Teilprojekts

3.1 Zielsetzung und Fragestellungen

Die Untersuchung „Teilhabe im Gesundheitssystem“ im Rahmen des AWO-ISS-Kooperationsprojektes „Inklusive Gesellschaft – Teilhabe in Deutschland“ zielt darauf ab:

- Barrieren für Zugänge und Teilhabe im Gesundheitsbereich für sozial benachteiligte Familien mit Migrationshintergrund und Alleinerziehende zu identifizieren,
- förderliche Faktoren der Ermöglichung von Teilhabe im Gesundheitsbereich aufzuzeigen und
- Handlungsansätze für die AWO auf sozialpolitischer, verbandlicher und praktischer Ebene herauszuarbeiten.

Sie soll damit einen Beitrag zum Abbau von Barrieren und zur Ermöglichung von Teilhabe im Bereich der gesundheitlichen Versorgung leisten, eine Diskussionsgrundlage bereitstellen und Ansätze für die weitere konzeptionelle Ausgestaltung der AWO-Angebote im Bereich der Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation für Alleinerziehende und Menschen mit Migrationshintergrund bieten.

Die Kernfragen des Projektes leiten sich entsprechend aus diesen Zielsetzungen ab und lauten:

- Welche Barrieren bestehen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen als zentraler Aspekt von gesellschaftlicher Teilhabe für alleinerziehende Mütter und Menschen mit Migrationshintergrund und Armutsrisiko?
- Welche Rolle spielen dahingehend Einschränkungen bei der Leistungsbewilligung?
- Welche Bedürfnisse und Bedarfe liegen aus Sicht der Klient/innen und Expert/innen der AWO vor und welche Ansätze sind entscheidend für eine Inanspruchnahme der Angebote?
- Welche erfolgreichen Ansätze und Strategien zur Verringerung der Barrieren und der Ermöglichung von Teilhabe lassen sich identifizieren?
- Welche Handlungsansätze für die AWO lassen sich ableiten?

3.2 Projektdesign und methodische Vorgehensweise

Das Projektdesign untergliedert sich in die Schritte Literaturanalyse und Forschungsstand, Interviews mit Wissenschaftler/innen, Expert/innen der AWO und Klient/innen sowie Identifizierung von Ansatzpunkten für die AWO.

3.2.1 Literaturanalyse

Der erste Schritt des Projekts bestand in einer umfassenden Sammlung und Analyse der bestehenden Literatur. Zunächst wurde dazu eine Internetrecherche in Suchmaschinen, in

Online-Katalogen sowie in elektronischen Datenbanken (PubMed u.a.) durchgeführt. Es wurde dabei zum einen wissenschaftliche Literatur herangezogen, sowohl zu den theoretischen Grundlagen als auch empirische Studien und verfügbare Daten zur Gesundheitsberichterstattung, zum anderen politische Stellungnahmen und Grundlagen zur gesetzlichen Lage, ebenso wie Quellen zu bestehenden Angeboten, Diskussionspapiere und Positionspapiere der AWO sowie anderer Träger der Freien Wohlfahrtspflege, Stiftungen, Instituten der Sozialen Arbeit und der Gesundheitsforschung. Ein Anspruch auf Vollständigkeit kann jedoch nicht erhoben werden. Im Rahmen der Analyse standen folgende Themenkomplexe im Vordergrund: soziale Ungleichheit, soziale Lage und Gesundheit von Alleinerziehenden und Menschen mit Migrationshintergrund, Barrieren mit Blick auf Zugangswege und Nutzungsmöglichkeiten von Angeboten des Gesundheitssystems, Ansätze der Ermöglichung von Teilhabe sowie weitere relevante Bereiche mit Fokus auf Personen mit soziostrukturellen Risikobelastungen. Ziele der Literaturanalyse waren zum einen die Aufbereitung des wissenschaftlichen Hintergrunds und Forschungsstands. Zum anderen bildeten sie die Basis für die Erstellung der Leitfäden für die im nächsten Schritt durchgeführte Primärerhebung sowie der weiterführenden Analysen.

3.2.2 Qualitative, leitfadengestützte Interviews

Der Untersuchung ist ein qualitatives Forschungsdesign zugrunde gelegt. Um die Kernfragen des Projektes aus unterschiedlichen Perspektiven heraus zu beantworten, wurden leitfadengestützte, themenzentrierte Interviews (Merton/Kendall 1979) mit zwei Wissenschaftlerinnen, neun Expert/innen¹⁰ in AWO-Einrichtungen und 13 Klient/innen durchgeführt. Sechs der Interviewpartnerinnen wurden über Mutter-Kind-Einrichtungen, sieben über Migrationsberatungsstellen der AWO gewonnen. Da die Klient/innenperspektive bisher in der Forschung kaum Beachtung fand, hatten die Interviews explorativen Charakter.

Tabelle 2: Anzahl der durchgeführten Interviews

Schritt	Ebene	Risikomerkmale		Gesamt
		Alleinerziehende	Migrationshintergrund	
1	Wissenschaftlerinnen	1	1	2
2	Expert/innen	3 (+2)*	3 (+1)*	6 (+3)
3	Klient/innen	6	6 (+1) ***	12 (+1)
	Anzahl Interviews	10 (+2)	10 (+2)	20 (+4)

*Ein Interview wurde als Gruppeninterview mit drei Personen geführt. ** Ein Interview war als Gruppeninterview für 2 Expert/innen angesetzt und wurde dann geteilt. *** Ein Interview wurde auf ausdrücklichen Wunsch der Befragten mit 2 Personen durchgeführt.

Zielsetzungen der Interviews war die Erhebung von Hintergrundinformationen zu sozialen Lagen, gesundheitlicher Situation, Bedürfnissen und Bedarfen sowie Versorgungslagen und fördernden und hinderlichen Faktoren für Teilnahme an präventiven und rehabilitativen Maßnahmen. Zudem wurden Angaben zu konkreten Handlungsansätzen für die AWO als sozialpolitischer Akteur, Mitgliederverband, Arbeitgeber und Dienstleister erhoben.

10 Der Begriff „Expert/innen“ bezieht sich auf den fachlichen Hintergrund, die berufliche Position und die Multiplikator/innen-Funktion von Fachkräften der AWO. Personen, die diese Angebote in Anspruch nehmen, werden als „Klient/innen“ bezeichnet (auch wenn der Ansatz verfolgt wird, dass diese „Expert/innen für ihr eigenes Leben und ihre Erfahrungen“ sind).

Themenkomplexe der Leitfäden, die je nach Interviewebene und Befragtengruppe sowie nach den Gesprächen an den ersten Standorten modifiziert wurden, waren daher:

- besondere (gesundheitliche) Situation von alleinerziehenden Müttern und Frauen mit Migrationshintergrund,
- Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit (u.a. Zugänge zum Gesundheitssystem und Inanspruchnahme von Leistungen),
- Verbindung von gesundheitlicher Lage von alleinerziehenden Müttern sowie Frauen mit Migrationshintergrund und ihrer Kinder,
- Bedürfnisse und Bedarfe von Personen mit diesen Merkmalen,
- Barrieren für gesundheitliche Teilhabe,
- Gelingende Ansätze für den Abbau von Barrieren,
- Handlungsansätze für die AWO.

3.2.2.1 Befragtengruppen und Fokus

Da für die Interviewpartner/innen unterschiedliche Zugänge und Auswahlkriterien galten, werden sie im Folgenden gesondert dargestellt.

Interviews Wissenschaftlerinnen

Zunächst wurden zwei leitfadengestützte Telefoninterviews mit Wissenschaftlerinnen mit fundierter Expertise in den beiden relevanten Themenbereichen durchgeführt. Als wissenschaftliche Expertin zur Gesundheit und Teilhabe von Menschen, besonders Frauen, mit Migrationshintergrund, hat sich freundlicherweise **Prof. Dr. Birgit Babitsch** (Universität Osnabrück, s. u.a. Babitsch et al. 2008) zur Verfügung gestellt, zur Gesundheit von alleinerziehenden Frauen **Friederike Otto** (Wissenschaftliche Leiterin des Forschungsverbundes Familiengesundheit der Medizinischen Hochschule Hannover; s. u.a. Otto 2012; Arnold-Kerri/Otto/Sperlich 2011). Ziele der Interviews waren die Vertiefung des Forschungsstandes, die Definition von Schwerpunkten zur Beantwortung der Kernfragen und die Fundierung der Basis für Leitfragebögen für die folgenden Projektschritte.

Interviews Expertinnen

Über eine Abfrage durch den AWO-Bundesverband haben sich Expert/innen aus mehreren Mutter-Kind-Kliniken für Vorsorge und Rehabilitation der AWO und aus Beratungsstellen der AWO für Menschen mit Migrationshintergrund zur Teilnahme an der Studie bereit erklärt, von denen jeweils drei ausgewählt wurden. Die sechs Standorte liegen in den Bundesländern Bayern, Hessen, NRW (2) und Schleswig-Holstein (2). Vor allem die Bearbeitung gesundheitsrelevanter Themen und der Zugang zu Klient/innen (Schneeballverfahren) waren für die Auswahl der Standorte relevant. Alle neun befragten Expertinnen waren weiblich, allerdings war dies kein Auswahlkriterium im Vorfeld.

Interviews Klientinnen

Der Fokus des Projektes liegt auf Gruppen mit multiplen Risikobelastungen. Aufgrund der höheren sozialen und gesundheitlichen Belastung von Familien mit Migrationshintergrund und von Alleinerziehenden (vgl. Kap. 1 und 2) wurden Klientinnen mit den folgenden Merkmalen ausgewählt:

- Armutsrisiko: Als Indikator galt dabei der Bezug staatlicher Transferleistungen nach SGB II („Hartz IV“ oder Zuzahlungen für „Geringverdiener“)
- und
- Alleinerziehende Mutter: Der Fokus lag auf der Betrachtung alleinerziehender Mütter, die Betrachtung alleinerziehender Väter wurde aufgrund der geringen Fallzahlen ausgeklammert.
- oder
- Migrationshintergrund: Der Fokus lag dabei auf Menschen mit legalisiertem Aufenthaltsstatus und längerer Aufenthaltsdauer, damit bereits umfangreichere Erfahrungen mit dem deutschen Gesundheitssystem vorlagen.

Um eine Vergleichbarkeit zu gewährleisten und zudem Erkenntnisse zu den sozialen Lagen und zur gesundheitlichen Situation von Kindern und der Wechselwirkung zwischen Mütter- und Kindergesundheit zu gewinnen, sollte auch jede der Interviewteilnehmenden mit dem Merkmal Migrationshintergrund mindestens ein Kind haben.

Es wurde zudem darauf geachtet, dass die Interviewteilnehmenden im erwerbsfähigen Alter sind (hier definiert als <65 Jahre) und das Interview auf Deutsch führen konnten.¹¹ Die Expert/innen der AWO-Einrichtungen wurden im Vorfeld gebeten, bei Klient/innen nach den entsprechenden Auswahlkriterien die Bereitschaft zur Teilnahme an einem Interview abzufragen.

Insgesamt wurden im Projekt 13 Klientinnen befragt. An der Befragung haben ausschließlich Frauen teilgenommen. Bei den Mutter-Kind-Kliniken für Vorsorge und Rehabilitation war das Projektdesign von vornherein so angelegt, nur Mütter zu befragen. Für den Migrationsbereich haben sich ausschließlich Frauen als Interviewpartnerinnen zur Verfügung gestellt. Die Expert/innen, die als Türöffner/innen fungierten, berichteten, dass Männer eine zugesagte Teilnahme oft wieder zurückgezogen hätten. Generell würden Gesundheitsthemen eher im weiblichen Zuständigkeitsbereich gesehen. Diese Einschätzung wurde auch von den Klientinnen im Gespräch bestätigt.

Merkmale der befragten Klientinnen

Die 13 befragten Klientinnen waren zwischen 23 und 55 Jahre alt und hatten ein bis vier Kinder im Alter zwischen 3 und 23 Jahren, die noch zu Hause wohnen. Die sechs Interviewpartnerinnen, die über Mutter-Kind-Einrichtungen der AWO befragt wurden, hatten durchgängig das Merkmal „alleinerziehend“ und keinen Migrationshintergrund.

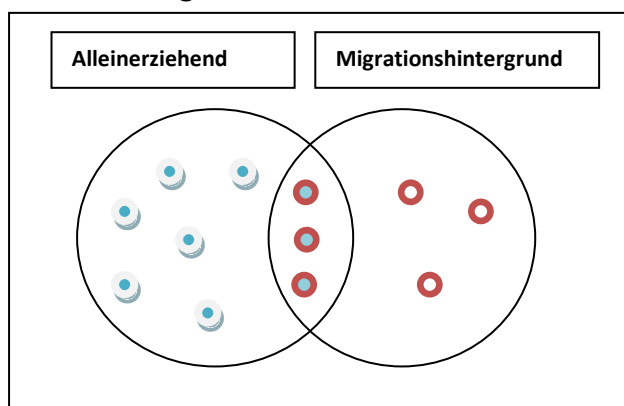
¹¹ Die Teilhabe von Menschen mit illegalem Aufenthaltsstatus und Asylsuchenden, ebenso wie die Teilhabe von älteren Menschen am Gesundheitssystem stellen jeweils eigene Themenkomplexe dar, die nicht Gegenstand dieser Studie sind.

Über migrationsbezogene Einrichtungen der AWO wurden sieben Klientinnen mit Migrationshintergrund befragt. Als Herkunftsländer wurden angegeben: Ägypten (1), Kasachstan (1), Marokko (2), Türkei (2) und USA (1). Drei der Interviewpartnerinnen sind im Kindesalter mit ihren Eltern nach Deutschland gezogen, eine mit 21 Jahren mit ihren Eltern und drei sind im Rahmen einer Eheschließung im Alter zwischen 16 und 21 Jahren ohne ihre Familie eingereist. Die Aufenthaltsdauer in Deutschland beträgt 11 bis 39 Jahre, eine Interviewpartnerin hat mehrfach in Deutschland gelebt im Wechsel mit Auslandszeiten.

Von den insgesamt 12 Interviewpartnerinnen, die in die Gesamtanalyse einbezogen wurden¹², sind sechs derzeit arbeitslos und im ALG II-Bezug, der bei einer durch Krankengeld aufgestockt wird, zwei warten auf die Bewilligung der Berufsunfähigkeitsrente.¹³ Vier arbeiten in Teilzeit – eine davon in einem Minijob, der durch Pflegegeld aufgestockt wird. Drei davon gaben an, für viele Leistungen nur knapp über der Zuzahlungsbewilligungsgrenze zu liegen. Zwei der Interviewten werden durch ihren Partner finanziert und es wurden ihnen keine Transferleistungen bewilligt, obwohl einer der Partner Privatinsolvenz angemeldet hat.

Sechs der Interviewpartnerinnen sind geschieden/getrennt, eine lebt derzeit in Trennung, zwei sind verwitwet und drei – aus der Gruppe mit Migrationshintergrund – verheiratet bzw. in Partnerschaft lebend. Daraus ergibt sich eine Schnittmenge der Risikomerkmale „Alleinerziehend“ und „Migrationshintergrund“:

Abb. 3: Verteilung der Risikomerkmale „Alleinerziehend“ und „Migrationshintergrund“



Quelle: eigene Darstellung

Die Situation als Alleinerziehende mit Migrationshintergrund beinhaltet eine weitere Kumulation der Risikolagen. In den Interviews wurde jedoch nicht auf die gesonderten Problemstellungen von Alleinerziehenden mit Migrationshintergrund (z.B. doppelte Stigmatisierungen) eingegangen und dieser Themenkomplex auch nicht durch die Befragten angesprochen (zur Situation Alleinerziehender mit Migrationshintergrund s. z.B. Potts/Lingen-Ali 2013).¹⁴ Im Folgenden wird daher im Allgemeinen von „Alleinerziehenden“ gesprochen und nur wenn sich Unterschiede in den Befragungen zeigten nach „Alleinerziehenden mit bzw. ohne Migrationshintergrund“ differenziert.

¹² Ein Interview mit einer Klientin wurde v.a. unter der Fokussierung auf Zugänge von Neu-Einwandernden zum Gesundheitssystem behandelt und geht im Folgenden nur unter dieser Fragestellung in die Auswertung ein.

¹³ Eine der Frauen lebt in Partnerschaft, beide Partner erhalten ALG II.

¹⁴ Die besondere Situation und Belastungen von Alleinerziehenden mit Migrationshintergrund wäre ein eigenes Forschungsthema, das im Rahmen dieses Projektes nicht gesondert behandelt werden konnte.

3.2.2.2 Methodik

Im Vorfeld wurden Informationsblätter für die Interviewpartnerinnen über das Projekt und den Ablauf der leitfadengestützten, themenzentrierten Interviews erstellt. Für jede der befragten Gruppen und Ebenen wurde ein eigener Leitfaden entwickelt. Die einzelnen Teilschritte des Projektes verfolgten ein induktives Vorgehen (z.B. wurden die konkreten Themenkomplexe der jeweiligen Leitfragebögen aus den vorherigen Projektschritten abgeleitet). Die Leitfäden bauten schrittweise aufeinander auf und ergänzten die Themenkomplexe aus jeweils anderer Perspektive (iteratives Vorgehen). Der Leitfaden diente dabei als thematische Orientierung und Fokussierung, der Interviewverlauf wurde jedoch durch die Schwerpunktsetzungen der Interviewpartnerinnen bestimmt.

Die Interviews mit den Wissenschaftlerinnen wurden telefonisch, die Interviews mit Expertinnen und Klientinnen face-to-face durchgeführt. Alle Interviews wurden – mit Einverständnis der Interviewpartnerinnen – digital aufgezeichnet, transkribiert und mit Hilfe der Software MAXQDA ausgewertet. Der Analyse wurde ein induktiv (aus dem Material) gewonnenes Kategoriensystem zugrunde gelegt, das in einen Codebaum überführt wurde. Alle Aussagen, die sich auf diese Kategorien beziehen, wurden codiert und detailliert interpretiert. Der Schwerpunkt liegt auf einer inhaltsanalytischen Auswertung (Mayring 2000), die durch Gruppenvergleiche (s. thematisches Kodieren nach Flick 2007) ergänzt wurde. Namen, Orte und weitere Informationen, die auf die Identität der Befragten hinweisen, wurden anonymisiert.

Die Interviews hatten eine Dauer von 20:37 bis 78:05 Minuten und wurden zwischen Ende Juli und Ende Oktober 2013 durchgeführt. Zeitliche Verzögerungen ergaben sich aus verschiedenen Gründen bei Expertinnen (wie Wechsel der Zuständigkeiten, Krankheit oder Urlaub) und bei Klientinnen (wegen Ramadan, Urlaub oder familiären Verpflichtungen) (s.a. Kap. 4.1).

3.2.3 Konzeptionelle Weiterentwicklung und sozialpolitische Ansatzpunkte

Die kontrastierten Ergebnisse der Einzelinterviews wurden in der Analyse zusammengeführt. Dabei stand die Frage im Mittelpunkt, wie Barrieren zum Gesundheitssystem für vulnerable Gruppen mit Armutsrisiko abgebaut werden können und Teilhabe ermöglicht werden kann. Mit Blick auf die notwendigen Rahmenbedingungen wurden die Bedürfnisse und Bedarfe von alleinerziehenden Müttern und Frauen mit Migrationshintergrund herausgearbeitet, politische Stellschrauben identifiziert und Hinweise auf den Beitrag der AWO auf sozialpolitischer, konzeptioneller und praktischer Ebene abgeleitet.

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der Befragung mit Wissenschaftlerinnen, Expertinnen der AWO und Klientinnen dargestellt, bevor die Analyse der politischen Ansatzpunkte und der Hinweise für die AWO in Kapitel 5 erfolgt.

4 Ergebnisse der Befragung

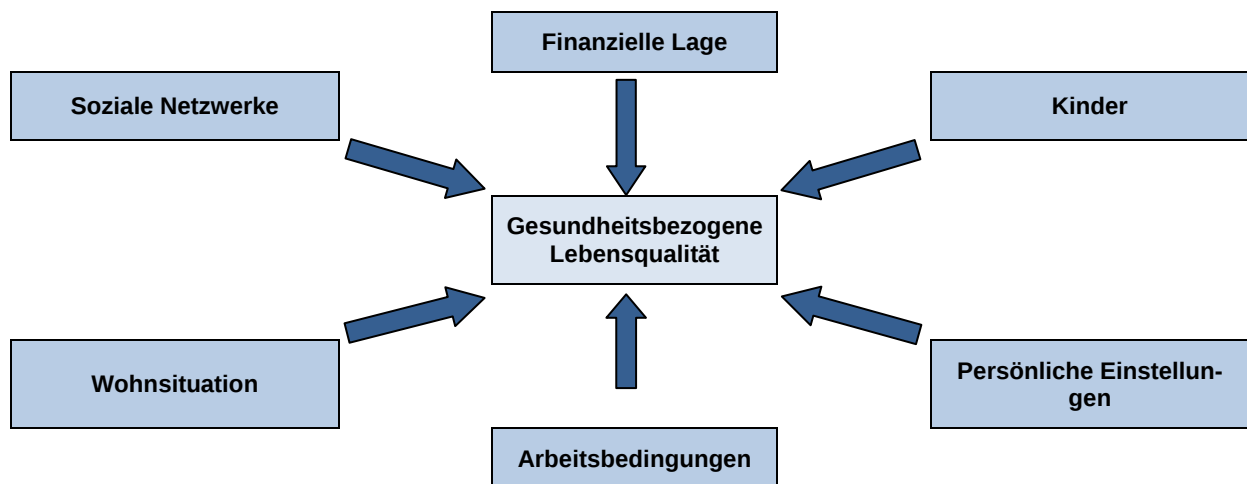
Die Ergebnisse stellen die Aussagen aus den Interviews dar und analysieren sie thematisch. Im Mittelpunkt stehen dabei die **subjektiven Sichtweisen der Klientinnen**, die durch die **Einschätzung der Expertinnen** in ihrer Multiplikatorinnenfunktion sowie durch die Ergebnisse der Literaturanalyse und die Interviews mit den Wissenschaftlerinnen ergänzt werden.

Die Aussagen beziehen sich im Folgenden auf alle Befragten, sofern sich Unterschiede zwischen Gruppen ergeben (z.B. für Befragte mit oder ohne Migrationshintergrund) werden diese explizit erwähnt.

4.1 Lebensbedingungen aufgrund von Armut, Alleinerziehendenstatus und Migrationshintergrund

Gemeinsam sind allen Klientinnen eine hohe Risikobelastung sowie daraus resultierende Einschränkungen im gesundheitlichen Bereich. Durch die in Kap. 3.2.2.1 skizzierten Risikomerkmale und Ausgangslagen der Klientinnen werden ihre Lebensbedingungen bestimmt. Diese Lebensbedingungen wirken sich als Einflussfaktoren auf die individuelle Belastungssituation aus. Zu den Faktoren gehören neben der finanziellen Lage auch Arbeitsbedingungen, die Anzahl der Kinder, soziale Netzwerke und Unterstützung, die Wohnsituation und persönliche Einstellungen (vgl. Abbildung 4).

Abbildung 4: Soziodemografische Einflussfaktoren



Quelle: Eigene Darstellung.

4.1.1 Belastungen und Stressoren

Im Folgenden werden die Lebensbedingungen von alleinerziehenden Müttern und Frauen mit Migrationshintergrund beschrieben und dabei die Einflussfaktoren, die die befragten Klientinnen aus subjektiver Sicht und die Expertinnen in ihrer Multiplikatorinnenfunktion als besonders belastend wahrnehmen, entlang der Risikofaktoren Armut, Alleinerziehendenstatus und Migrationshintergrund analysiert.

Besondere Belastungen durch Armutsrisiko

Als besonders belastend werden von den befragten Klientinnen und Expertinnen mehrere Einflüsse genannt, die mit der sozio-ökonomischen Ausgangssituation in Verbindung stehen. Zum einen spielt die ständige **Existenzangst** eine große Rolle, die sich zum einen als **psychosozialer Stressor** auf die Gesundheit auswirkt, zum anderen treten gesundheitliche Fragestellungen gegenüber den ständigen Sorgen um Rechnungen und der Suche nach Wegen der Finanzierung im Sinne einer **Priorisierung** häufig in den Hintergrund, so dass gesundheitsfördernde Maßnahmen und Verhaltensweisen vernachlässigt werden.

„Nur, halt die Leute, die da drin sind, in dieser Armut sind und sich keine anderen Sachen leisten können, die leiden zwar darunter und deren gesundheitliche Situation ist davon auch betroffen. Die gucken aber nicht darauf. Die haben andere Sorgen.“ (Exp. M1: 75)

Darüber hinaus schlagen sich die finanziellen Ressourcen konkret in der **Alltagspraxis** nieder, z.B. im Rahmen der Ernährung. Zwei der befragten Klientinnen berichten, dass sie einen Teil der Familienernährung über die Tafeln organisieren. Während viele Frauen dabei aktiv nach Möglichkeiten suchen, die finanzielle Situation zu verbessern, so die Expertinnen, schweigen andere zudem aus **Scham**, die einen weiteren psychosozialen Stressor darstellt.

Auch die damit verbundene **Einschränkung von Aktivitäten**, gerade mit Blick auf die Kinder, nehmen die meisten der befragten Klientinnen und Expertinnen als außerordentlich belastend wahr. Viele Freizeitbeschäftigungen, Urlaub oder auch Wünsche können nicht realisiert werden. Für die Eltern ergibt sich daraus ein erheblicher **Druck** aufgrund der Angst, den Kindern nicht genug bieten zu können.

Belastend, ja, wenn die Kinder eben bedrückt sind. - Wenn ich mal sagen muss, "tut mir leid, wir haben kein Geld, Du kannst nicht ins Kino", also das ist für mich sehr belastend und bedrückend. (Klientin K1-2: 161)

Gleichzeitig stellen Freizeitaktivitäten deutliche Bewältigungsressourcen dar, die durch die finanzielle Mangelsituation eingeschränkt werden.¹⁵

Viele der Befragten berichten von Barrieren, die sich aus den **Rahmenbedingungen** des Arbeitsmarktes ergeben und einer Aufnahme von **Arbeit** entgegenstehen. Die meisten der Klientinnen haben mit der Geburt eines Kindes aufgehört zu arbeiten und stehen nun vor dem Problem, adäquate Arbeitsplätze zu finden. Einige der Frauen, die in Arbeit sind, konnten nach der Geburt des Kindes nicht in ihren Ausbildungsberuf zurückkehren. Eine besondere Problemstellung – gerade für Alleinerziehende und Frauen mit kleinen Kindern – bildet das Fehlen von Betreuungsplätzen sowie deren mangelnde zeitliche Verfügbarkeit, so die befragten Klientinnen und Expertinnen.

Besondere Belastungen durch Alleinerziehendenstatus

Die befragten alleinerziehenden Mütter berichten sowohl über psychisch belastende Auswirkungen von Lebensereignissen in Bezug auf Partnerschaft als auch über die langfristigen Folgen, die sich für ihre soziale, strukturelle und ökonomische Situation ergeben. Streitigkeiten mit dem **Expartner** stehen dabei an einer der vordersten Stellen der psychischen Belas-

¹⁵ Die finanziellen Barrieren mit Blick auf die gesundheitliche Versorgung werden detailliert in Kapitel 4.3.2 dargestellt.

tungen. Die Aktivierung von Bewältigungsressourcen, z.B. in Form von Selbsthilfegruppen, ist mit dem Einsatz von zeitlichen Ressourcen, Organisation und Energie verbunden, die oft nicht zur Verfügung stehen.

Auch berichten viele der Frauen mit dem Merkmal „alleinerziehend“ über einen Beginn oder eine Verschärfung der finanziellen Schwierigkeiten durch die Trennung. Eine besondere Problemstellung bilden dahingehend die aktuellen **Unterhaltsregelungen** und der darin angelegte Druck auf Mütter, möglichst früh eine Vollzeit-Berufstätigkeit aufzunehmen, die von vielen Frauen, auch nach Angabe der Expertinnen, als stark belastend wahrgenommen werden. Dies gilt besonders dann, wenn der Expartner nicht in der Lage oder willens ist, Unterhaltszahlungen zu leisten. Zwei der Klientinnen berichten auch von dem Gefühl, einem **undurchschaubaren System** hilflos gegenüberzustehen, wenn sie von einer Stelle zur nächsten – z.B. vom Jugendamt zur Wohngeldstelle und umgekehrt – gewiesen werden (vgl. a. Meier-Gräwe 2006).

Gleichzeitig stehen alleinerziehende Mütter in Bezug auf die **Arbeitssituation** vor erheblichen Barrieren. Das Problem der **Kinderbetreuung** nimmt hier eine herausragende Stellung ein. Wie oben erwähnt, berichten mehrere befragte Klientinnen, keinen Arbeitsplatz zu finden, der mit den Zeiten der Kinderbetreuung kompatibel ist oder aus diesem Grund nur in Teilzeit arbeiten zu können. Auch die **Vereinbarkeit von Familie und Beruf** stellt von Seiten der Arbeitgeber häufig eine Schwierigkeit dar, die als psychosozialer Stressor wirkt.

Und bei Teilzeit ist es ja auch so, dass viele Mütter immer ein schlechtes Gewissen haben, weil sie zu einem bestimmten Zeitpunkt gehen müssen und das Kind abholen müssen und der Arbeitgeber oder der Chef gerade sagt, „können Sie eben noch das machen“ und das geht dann eben nicht. Und dann fürchten die auch sehr viel schneller um ihren Arbeitsplatz, weil sie da nicht flexibel sind. ... Und welche Arbeit fängt genau an, wenn die Schule anfängt. ... Da sind viele, die sagen, ich kann nicht arbeiten, ich könnte nur von neun bis zwölf und da finde ich keine Arbeitsstelle für diesen Zeitraum. (Exp. K1: 67)

Beide Problemstellungen treffen auch auf Frauen mit kleinen Kindern in Partnerschaften zu, bei Alleinerziehenden sind sie jedoch verstärkt, da meist das Familieneinkommen allein von der Berufstätigkeit der Mutter abhängig ist. Viele der Möglichkeiten, eine vorhandene **flexible Betreuung** (z.B. Nachmittagsbetreuung, Babysitter) zu nutzen, sind den befragten Klientinnen aufgrund der finanziellen Situation verschlossen, so dass ein Kreislauf der Armut entsteht. Besonders sichtbar wird dies in **Notsituationen**, wenn z.B. ein Kind ins Krankenhaus muss, die anderen Kinder versorgt werden müssen und institutionelle Unterstützungsleistungen (z.B. Haushaltshilfe) nicht schnell genug greifen. Dies verweist erneut auf die erhebliche sozialpolitische Anforderung, sowohl die Kindertagesbetreuung auszubauen und zu flexibilisieren, als auch flexible Beschäftigungsverhältnisse zu schaffen.

Insgesamt stehen Alleinerziehende einer Mehrfachbelastung aus finanzieller Existenzsicherung, Haushalt, Erziehung und Alltagsorganisation gegenüber. Als besonders gravierend werden dabei die **alleinige Verantwortung** für die Familie und die ständige **Verfügbarkeit** gerade bei noch kleinen Kindern empfunden, so die Einschätzung von Klientinnen und Expertinnen.

Also nach meiner Erfahrung ist es so, dass die alleinerziehenden Mütter diese 24 Stunden rundum allein Zuständigkeit für das Kind oder die Kinder oft extrem belasten. Diese ständige Bereitschaft. Und eben wenig Rücksprachemöglichkeiten, wenn es darum geht Entscheidungen zu treffen oder Erziehungsprobleme zu meistern. Dieses allein auf sich gestellt sein ist allein schon ein Stressfaktor, der dauerhaft wirkt. (Exp. K1: 27)

Ein Ergebnis dieser Vielfachbelastung ist zum einen, dass **familiäre Konflikte** und Erziehungsprobleme oft zunehmen, was wiederum als Stressor wirkt. Gleichzeitig steht diese Gruppe unter erheblichem **gesellschaftlichem Druck**, gerade wenn die Mehrfachbelastung als „normal“ wahrgenommen und auch gesetzlich – z.B. im neuen Unterhaltsrecht – unterstützt wird.

... ich müsste mehr können, es dürfte mir nichts ausmachen, warum stelle ich mich so an. Was hab ich, worin versage ich, dass es mir dann mit den Aufgaben, die doch so standardmäßig scheinen, so schlecht geht. (Exp. K3: 17)

Dies steht in Wechselwirkung mit dem Problem, dass gerade alleinerziehenden Müttern meist kein Raum für sich selbst bleibt und der **Belastungsdruck** immer weiter, bis hin zur Krankheit, steigt.

Der Akku ist so was von runtergefahren [...] gerade Alleinerziehende, die können nicht mal eben die Kinder beim Partner lassen und können mal eine Stunde spazieren gehen oder so. Die haben immer die Kinder, immer. [...] Man trägt einen Sack von 180 Kilo auf dem Rücken und man kommt da nicht raus. (Klientin K1-2: 205)

Gleichzeitig stehen jedoch immer weniger Bewältigungsressourcen zur Verfügung (Selbstfürsorge, Sport, soziale Netzwerke, Regeneration). So sind die zeitlichen Ressourcen oft nicht gegeben und z.B. gesundheitsfördernde Kurse können nur dann besucht werden, wenn die Kinder in der Schule oder der Kindertagesbetreuung sind und die Mutter in dieser Zeit nicht arbeitet.

Die Belastungsfaktoren, wie eingeschränkte finanzielle und zeitliche Ressourcen, die sich bereits durch das Armutsrisiko ergeben (vgl. auch Kämper 2013), werden somit gerade durch den Alleinerziehendenstatus potenziert, da die Bewältigungsressourcen abnehmen.

Die hier aus subjektiver Sicht beschriebenen psychosozialen Belastungen decken sich mit den Ergebnissen weiterer Befragungen. Nach der GOE-Studie zur Situation von Alleinerziehenden im SGB II-Bezug in Wolfsburg geben nur 4,2% der Alleinerziehenden an, dass sie nicht erschöpft seien und 13,7%, dass sie keine Ängste und Sorgen haben, die sie im Alltag belasten. Besonders Aufstockerinnen, Frauen mit zwei oder mehr Kindern, Schulkindern und ohne Migrationshintergrund empfinden demgemäß ihren Alltag als sehr belastend (Kämper 2013). Ähnliche Ergebnisse zeigen sich auch in der Studie des Müttergenesungswerks (2013) für Mütter allgemein, die besonders den Zeitdruck als Belastungsfaktor nennt. Während bei diesen quantitativen Ergebnissen jedoch die berufliche Belastung mit an erster Stelle steht, berichten die befragten Klientinnen in der vorliegenden AWO-ISS-Studie auch von der Arbeitsstelle nicht nur als finanzielle, sondern auch als psychosoziale Ressource, um soziale Kontakte zu pflegen und „den Kopf frei“ zu bekommen. Dies gilt allerdings nur für die Fälle, in denen sich zufriedenstellende Lösungen für die Kinderbetreuung finden ließen (z.B. Betriebskindergärten, flexible Zeiten oder Betreuung durch in der Nähe wohnende Eltern).

Besondere Belastungen durch Migrationshintergrund

Bei den Klientinnen mit Migrationshintergrund liegen grundsätzlich die gleichen Problemstellungen in Bezug auf die sozioökonomische Situation vor, die von allen Interviewpartnerinnen berichtet wurden. Ebenso weisen diejenigen, die über die beiden Merkmale „Migrationshintergrund“ und „Alleinerziehend“ verfügen, ähnliche Belastungsmuster vor wie alleinerziehende Mütter ohne Migrationshintergrund. Allerdings lassen sich zusätzlich migrationspezifische Muster und Belastungen unterscheiden, die beim Vorliegen mehrerer Risikofaktoren kumulieren.

Eine der größten psychosozialen Belastungen, über welche die befragten Migrantinnen berichten, liegt in den erheblichen **Status- und Anerkennungsdefiziten** in Deutschland. Als Belastungen werden dabei besonders die Gefühle des „Fremdseins“ und des „Andersseins“ empfunden. „**Fremdsein**“ bezeichnet dabei die empfundene Entwurzelung, wenn z.B. das soziale Netzwerk im Heimatland zurückgelassen wurde, aber auch die Erkenntnis, in Deutschland keine neue Heimat und keinen angemessenen sozialen Status gefunden zu haben.

Man ist ja nicht mehr Zuhause. Man ist auch in Deutschland nicht angenommen. Das ist ein seelischer Schmerz. Wissen Sie, was es heißt, fremd zu sein? Deshalb. (Klientin M1-2: 496)

Dieser Erfahrung des „Fremdseins“ steht das „Anderssein“ gegenüber, das ebenfalls als problematisch wahrgenommen wird, wobei sich beide Komponenten gegenseitig bedingen und verstärken. „**Anderssein**“ bezeichnet dabei das Gefühl, verschiedenen sozialen Normen, auch in Hinblick auf das Aussehen und die Sprache, nicht zu entsprechen.

Die kämpfen damit, dass sie erst mal anders sind, dass sie die Sprache nicht so perfekt sprechen. Dass sie anders aussehen als die Einheimischen oder halt die Mehrheit hier. ... Die Aufgabe ist zu groß, also für die Existenz sorgen, für die Erziehung, für die Gesundheit, für auch andere Außenfaktoren. Wie gesagt, ich sage nicht Diskriminierung, aber halt anders sein. Das Anderssein ist eine Belastung. (Exp. M1: 63)

Diese Einschätzungen werden von den Expertinnen bestätigt. Der Wunsch nach **sozialer Anerkennung** und die Zuschreibung von „Normalität“ ist allen Menschen als existentielles Bedürfnis gemeinsam, bildet für die befragten Frauen mit Migrationshintergrund jedoch ein besonders wichtiges Maß für das psychosoziale Wohlbefinden. Dieses Gefühl des Mangels kann sich bei längerer Aufenthaltsdauer noch verstärken, wenn die Erfahrung gemacht wird, dass gegenüber den Befragten und auch ihren Kindern, die in Deutschland geboren sind, bei allen Integrationsbemühungen und selbst bei gelingenden Sozialisations- und Bildungsverläufen keine soziale Akzeptanz als „normal“ eintritt. Gerade Migrant/innen mit **Armutsrisiko** stehen dabei auch innerhalb der eigenen Herkunftsgruppe häufig vor Anerkennungsproblemen. Auch wenn sich die sozioökonomische Situation im sozialen Umfeld oft nicht grundlegend von der eigenen Lage unterscheidet, ist Armut ein Thema, über das nur wenig Austausch stattfindet.

Besonders Frauen, die im Rahmen einer Eheschließung ohne die Familie und ohne ein bestehendes **soziales Netzwerk** eingewandert sind, berichten von einer starken sozialen Isolation. Drei Migrantinnen berichten von einer Unterdrückung durch den Ehepartner, der Außenkontakte in der Anfangszeit verboten hat. Häufig wird aber auch gerade in der Familien-

gründungsphase und mit kleinen Kindern von Seiten der Frauen kein Anschluss an hier bestehende soziale Netzwerke gesucht, so mehrere Klientinnen.

Ich hatte nicht so viele Freundschaften hier gebildet. Ich hatte meinen Mann, danach habe ich ein Kind bekommen. Man hat sich ja um seine eigenen vier Wände gekümmert und man ist ja froh, wenn man für das Kind sorgen kann und seinen Haushalt macht. (Klientin M2-2: 62)

Frauen mit älteren Kindern haben hingegen oft den Wunsch, wieder eine **Arbeit** aufzunehmen oder sind dazu gezwungen, wenn sich die partnerschaftliche Situation oder die Erwerbssituation des Ehemannes verändern. Allerdings machen sie dabei häufig die Erfahrung, dass sie auch bei **im Herkunftsland erworbenen Qualifikationen** in Deutschland keine adäquate Beschäftigung finden. Diese Erfahrung wird von den Beteiligten oft eigenen mangelnden **Sprachkenntnissen** oder ihrem „Anderssein“ zugeschrieben. Sowohl die Begründung durch mangelnde Sprachkenntnisse (als „eigenes Verschulden“) als auch durch „Anderssein“ (als „unveränderbare Gegebenheit“) erhöhen den psychosozialen Druck. Wenn externe Rahmenbedingungen nicht in die Begründungsmuster einbezogen sind, führt dies unter Umständen auch bei Frauen mit relativ guten Deutschkenntnissen dazu, bei der Arbeitssuche zu resignieren (vergleichbar der „erlernten Hilflosigkeit“, s. Seligman 1979).

Frauen in Beschäftigung zeigen demgegenüber eine höhere Zufriedenheit, berichten allerdings über Schwierigkeiten bei der **Vereinbarkeit von Familie und Beruf**. Auch Arbeitgeber, die die Kernfamilie unterstützen, so berichten zwei der befragten Klientinnen, zeigen häufig wenig Verständnis für die Anforderungen, die sich aus den Verpflichtungen gegenüber dem größeren Familienkreis ergeben. Stattdessen werden Motivationsdefizite unterstellt, wenn Frauen angeben, sie wollen arbeiten, um ihre Familie im Herkunftsland zu unterstützen. Die Frauen stehen damit in einem Spannungsfeld aus verschiedenen **Rollenanforderungen** und Verpflichtungen, die sich nur schwer vereinbaren lassen.

Bei Frauen mit niedrigem **Bildungsstand**, oder wenn die **berufliche Qualifikation** zugunsten der Familiengründung hintenangestellt wurde, wirken all diese Risikofaktoren verstärkt. So ist ein höherer Bildungsstand bei der Arbeitssuche von Vorteil, aber kein Garant für einen guten Arbeitsplatz. Bei niedrigerem Bildungsstand sind darüber hinaus die Orientierungs- und Bewältigungsressourcen stark vermindert.

Wenn man wirklich nicht zur Schule gegangen ist, dann weiß man auch nicht, wie die Welt außerhalb Familie und so strukturiert ist. Man gibt sich Mühe sie kennenzulernen, aber Regeln, die Struktur... (Klientin M1-2: 114)

Damit verstärken sich die Gefühle sozialer Isolation, Ohnmacht und Abhängigkeit oder, wie es eine der Befragten im Anschluss an das Interview ausdrückte: „Ohne Bildung ist die Welt so klein“.

Weitere Belastungsfaktoren

Verstärkt und zum Teil auch verursacht werden diese Belastungen sowohl bei Alleinerziehenden als auch bei Frauen mit Migrationshintergrund durch kritische **Lebensereignisse** (Life Events), wie der Tod naher Angehöriger oder des Partners, Trennung/Scheidung oder Gewalterfahrungen (wie Einbrüche oder Überfälle). Bei der Gruppe mit Migrationshintergrund berichten die Expertinnen zudem von Krieg oder struktureller Diskriminierung im Herkunfts-

land als traumatisierende Erlebnisse. Diese Erlebnisse wirken zunächst temporär stark belastend, können sich aber bei fehlenden Bewältigungs- und Unterstützungsressourcen (darunter auch z.B. Psychotherapie) auch als langfristige Belastungen und gesundheitliche Risiken manifestieren. Durch die ständige psychische Anspannung steigt das Krankheitsrisiko der Befragten.

Wenn eine chronische **Krankheit** auftritt, wirkt diese ebenfalls als Risikokatalysator, so dass vulnerable Gruppen leicht in den Teufelskreis aus sozialer Lage und Krankheit geraten.

Die Auswirkungen dieser Faktoren auf die psychosoziale und gesundheitliche Situation und wie stark sie als Belastung empfunden werden, ist allerdings entscheidend von der jeweiligen Kombination aus Belastungen und den verfügbaren Bewältigungsressourcen abhängig.

4.1.2 Bewältigungsressourcen

Viele der Einflüsse auf die Lebensbedingungen der Klientinnen können aus mehreren Perspektiven betrachtet werden. Im Folgenden steht die subjektive Sicht der Klientinnen und Expertinnen im Fokus. Je nachdem, wie die Kombination mit weiteren Lebensbedingungen ist, können die Einflussfaktoren als Ressourcen oder Belastungen wirken. Dies hängt zum einen von ihrer *Verfügbarkeit* ab und zum anderen davon, ob sie als Ressourcen *wahrgenommen* und *genutzt* werden.

(Soziale) Netzwerke

Eine der zentralen Ressourcen für die Bewältigung von Alltags- und psychosozialen Problemstellungen bilden (soziale) Netzwerke und Unterstützungsleistungen. Grundsätzlich lassen sich dabei verschiedene Personengruppen (Partner, Familie, Kinder, Freundeskreis, Gruppen/Vereine und institutionelle Unterstützung), aus denen sich das Netzwerk aufbaut, sowie verschiedene Formen der Unterstützung (alltagspraktisch z.B. durch finanzielle Unterstützung oder Kinderbetreuung, emotional und informativ/beratend) unterscheiden.

Eine zentrale Rolle spielt dabei das Verhältnis zum **Partner oder Expartner**: So zeigt sich bei den befragten Alleinerziehenden, dass in den wenigen Fällen, in denen der Expartner gerade auf praktischer Ebene weiterhin für familiäre Belange zur Verfügung steht, eine deutliche Entlastung zu verzeichnen ist. Bei den Frauen in Partnerschaft hängt das Gefühl von Entlastung einerseits stark davon ab, wieviel der Partner zur Alltagsbewältigung beiträgt und andererseits davon, welche Form der emotionalen Unterstützung besteht. Diese beiden Unterstützungsformen können einander in ihrer Entlastungsfunktion ausgleichen.

Der größte Teil der Unterstützungsleistungen bei Alleinerziehenden wird durch die **Familie**, vor allem durch Eltern und Geschwister erbracht. Dabei kann es sich je nach familiärer Konstellation um alltagspraktische, um emotionale und informative Unterstützung in unterschiedlichen Anteilen handeln. Einige der befragten Klientinnen berichten jedoch, dass eine Unterstützung durch die Familie nur eingeschränkt möglich ist, wenn diese weiter entfernt wohnt, besonders aber, weil viele Familienmitglieder selbst stark durch Krankheit oder im Rahmen ihrer familiären Verpflichtungen belastet sind. Viele der Frauen sind daher in der Alltagsorganisation auf sich allein gestellt. Das Wissen, im Notfall auf die familiäre Unterstützung zurückgreifen zu können, bedeutet jedoch eine erhebliche psychosoziale Entlastung. Wenn

durch die Familie zusätzliche Belastungen entstehen, z.B. bei familiären Konflikten oder Pflegebedarf der Eltern, wirkt die Einbindung in dieses Netz allerdings eher als Stressor.

Der Einfluss von **Kindern** hängt stark von deren Alter ab. Gerade kleinere Kinder werden oft als Belastung im Alltag erfahren. Allerdings äußerten fast alle Klientinnen bei der Frage nach Positivem in ihrem Leben den Stolz auf die Kinder, häufig auch als einziges positives Element. Auch wenn die alltagspraktischen Belastungen besonders durch kleine Kinder steigen, bedeuten sie auf der emotionalen Ebene eine deutliche Ressource. Ebenso wird berichtet, dass bei größeren Kindern die Alltagsbelastung abnimmt und diese die Mütter eher praktisch unterstützen.

Die Unterstützung durch den **Freundeskreis** liegt hingegen stark auf der emotionalen Ebene. Von praktischer Unterstützung wird nur selten berichtet, da das Umfeld oft selbst stark belastet ist. Insbesondere wird der Freundeskreis im Gegenzug zur Familie nur selten als verlässliche und im Notfall abrufbare Unterstützung wahrgenommen. Allerdings wird der Freundeskreis stark dazu genutzt, Informationen auszutauschen und sich gegenseitig zu beraten. Eine Klientin berichtet zudem davon, Gesundheitsleistungen (Massagen) ohne Bezahlung zu erhalten, da ein Freund in diesem Bereich tätig ist.

Gruppen oder Vereine haben eine bedeutsame Funktion mit Blick auf Beratung und die Unterstützung im emotionalen Bereich, allerdings spielen sie in der praktischen Alltagsentlastung kaum eine Rolle. Gerade bei Personen mit wenig Familie und Freundeskreis wirken sie sozialer Isolation entgegen. Von Klientinnen und Expertinnen wird berichtet, dass Personen bei Krankheit oder in einer Notsituation eher zu Rückzug tendieren, durch die Gruppen aber aufgefangen werden:

Wenn eine Mutter..., da irgendjemand krank ist und ist sehr krank, dann fällt er aus dem Blickpunkt... Was so was auffängt sind dann diese offenen Gruppen ... Die achten drauf und fragen, „wo ist die geblieben“ oder „wir haben die lange nicht mehr gesehen“ und besuchen sich gegenseitig. Aber dann bleibt das bei Besuchen oft. ... „wie geht's“ und weiter. Aber dieses Alltagsleben, da sind die Leute auf sich gestellt. (Expertin M1: 145)

Über die Gruppen finden Frauen aber auch nach Phasen sozialer Isolation neue Anknüpfungsmöglichkeiten für soziale Kontakte und Momente der Identitätsfindung, *„damit haben sie überhaupt eine Chance, wieder eine Person zu sein und nicht nur über die Mutter und Verantwortliche für den Lebensunterhalt sich zu definieren“*. (Expertin K3: 35)

Institutionelle Unterstützung wird von den befragten Klientinnen zum Teil in Form von ambulanten Hilfen zur Erziehung, Familien- oder Haushaltshilfe in Anspruch genommen. Die Unterstützungsfunktion liegt dabei vorrangig auf der praktischen Ebene. Allerdings wirken die Formen institutioneller Unterstützung durch den Eindruck, nicht mehr alleine einem undurchsichtigen System gegenüberzustehen, auch auf emotionaler Ebene entlastend.

Insgesamt ist festzustellen, dass unterschiedliche Personengruppen vorrangig unterschiedliche Unterstützungsformen abdecken (vgl. Tab. 2), auch wenn die Gewichtung im individuellen Fall unterschiedlich sein kann. Daher liegt der Schluss nahe, dass die Unterstützungsleistung umso umfassender ist, je mehr Personengruppen im Netzwerk vorhanden sind. Auch wird deutlich, dass die Befragten alle drei Formen der Unterstützung benötigen, um eine grundlegende Entlastung zu erfahren.

Tab. 2: (Soziale) Netzwerke und Unterstützungsleistungen

Personengruppen	Vorrangige Unterstützungsformen		
	alltagspraktisch	emotional	Information/Beratung
Partner oder Expartner	X	X	
Familie (bes. Eltern, Geschwister)	X	X	
Kinder	X	X	
Freundeskreis		X	X
Gruppen / Vereine		X	X
Institutionen /Fachkräfte	X		X

Quelle: eigene Darstellung

Die Verfügbarkeit des sozialen Netzwerks ist dabei eng an das Wohnumfeld der Klientinnen gebunden.

Wohnsituation

Mit ihrer **Wohnsituation** sind alle Klientinnen grundsätzlich zufrieden. Etwa die Hälfte der Klientinnen wohnt in unmittelbarer Nähe oder im Haus von Verwandten, wodurch eine umfassendere soziale Unterstützung sowie finanzielle und/oder zeitliche Ressourcen zur Verfügung stehen. Zwei der Klientinnen berichten allerdings über das schlechte soziale Umfeld und Einbrüche in die Wohnung, die eine psychische Belastung, auch für die Kinder, darstellen. Meist bestehen die Probleme jedoch eher darin, eine bedarfsgerechte Wohnung zu finden (bezahlbar und/oder für besondere Bedürfnisse chronisch Kranker bzw. Menschen mit Behinderung ausgerichtet), wenn ein Umzug notwendig ist. Durch vorherige Umzüge hat sich das bestehende soziale Unterstützungsnetz meist verringert. Demgegenüber berichten Expertinnen v.a. aus dem Migrationsbereich, dass die Wohnsituation ihrer Klientinnen oft sehr beengt oder lärmbelastet ist. Allerdings werde dies von den Klientinnen meist nicht wahrgenommen, da zum einen andere Belastungen (finanzielle Nöte o.ä.) im Vordergrund stehen und zum anderen die Wohnsituation durch den Vergleich zum Herkunftsland oft als sehr gut angesehen wird.

Für viele Ausländer sind die Wohnumstände hier besser als dort, woher sie kommen. Und da ist man meistens sehr zufrieden. (Exp. M2: 71)

Dieses Nicht-Wahrnehmen wohnbedingter Gesundheitsrisiken könnte zwar dahingehend gedeutet werden, dass kein Problembewusstsein besteht. Da die befragten Klientinnen allerdings meist aus Ressourcenmangel ohnehin nicht in der Lage wären, an ihrer Wohnsituation etwas zu verändern – oder zumindest nicht ohne Einbußen im sozialen oder infrastrukturellen Bereich, wie bei einem Umzug in den ländlichen Raum –, kann die hohe Zufriedenheit mit ihren „von außen betrachtet“ schlechteren Wohnbedingungen durchaus als Schutzfaktor gelten. Die Anforderungen richten sich hier eher an Politik und Verwaltung, die dazu beitragen können, bezahlbaren Wohnraum zu schaffen, für ein sicheres Umfeld zu sorgen und schädliche Umweltfaktoren zu minimieren.

Persönliche Einstellungen

Die persönliche Einstellung leistet schließlich einen entscheidenden Beitrag für die Wahrnehmung und damit auch die Nutzbarkeit von Bewältigungsressourcen. Damit ist nicht gemeint, sich schwierige Lebensbedingungen „schön zu reden“. Eher bergen persönliche Sichtweisen psychosoziale Gefahren, wenn Einstellungen vorliegen:

- die mit sehr hohen Erwartungen an sich selbst verbunden sind,
- bei denen das Leben als Kampf und als reine Eigenverantwortung angesehen wird,
- bei denen sich die Klientin in einer passiven Erwartungshaltung gegenüber Institutionen oder Leistungen befindet oder
- bei denen Übertragungen der Situation und Schuldzuweisungen gegenüber dem (Ex-) Partner oder den Kindern („Die wollen mich ärgern!“) eine Rolle spielen.

Demgegenüber kann die Motivation, die eigene Situation und die der Kinder im Rahmen der eigenen Möglichkeiten zu verbessern als Schutzfaktor wirken:

Ja. Ich habe mich dann immer schlaugefragt, wie kann ich was kriegen, wie kann ich was beantragen. Weil, man möchte ja einfach wieder in die Puschen kommen. Man möchte ja nicht aufgeben. Weil, wenn ich aufgebe, dann geht es meinen Kindern ja auch nicht gut. (Klientin K1-2: 87)

In ihrem komplexen Zusammenspiel können unterschiedliche Belastungen und Bewältigungsressourcen deutliche Auswirkungen auf die psychosoziale Situation und die Gesundheit haben.

Empowerment setzt meist an der persönlichen Einstellung sowie bei den Bewältigungsressourcen an und ist bemüht, Ressourcen sichtbar und nutzbar zu machen. Gleichzeitig zum Empowerment ist allerdings auch eine Entlastung bei der Alltagsbewältigung notwendig, um nachhaltige Ergebnisse und positive Wirkungen auf den Gesundheitszustand zu erzielen.

4.1.3 Zwischenfazit

Die hohen Belastungen, die sich aus den Risikofaktoren Armut, Alleinerziehendenstatus und Migrationshintergrund ergeben und in der Literatur (z.B. Meier-Gräwe 2006) konstatiert werden, lassen sich durch die subjektiven Einschätzungen der befragten Klientinnen und Expertinnen bestätigen. Sie beziehen sich im Wesentlichen auf zwei Ebenen: Zum einen stellen die strukturellen Rahmenbedingungen erhebliche Belastungen dar, so z.B. in der Möglichkeit des finanziellen Unterhalts oder in den Arbeitsbedingungen. Zum anderen ergeben sich aus diesen Rahmenbedingungen mehrere Belastungsfaktoren für den Gesundheitszustand, die sich im Wesentlichen auf vier Ebenen verorten lassen. Die Risikofaktoren Armut, Alleinerziehendenstatus und Migrationshintergrund wirken:

- als psychosozialer Stressor (Existenzangst, Scham, Anerkennungsdefizite)
- in der Prioritätensetzung (Existenzsicherung geht vor Gesundheit)
- in den verfügbaren Ressourcen für Gesundheitsverhalten (z.B. mit Blick auf Ernährung)
- in der Einschränkung von Bewältigungsressourcen (z.B. Freizeitaktivitäten).

Eine Entlastung muss daher sowohl auf Ebene der Rahmenbedingungen ansetzen als auch mit Blick auf die individuellen Bedürfnisse in konkreten Maßnahmen umgesetzt werden, um

eine nachhaltige Verbesserung des Wohlbefindens und des Gesundheitszustands zu bewirken.

Die Auswirkungen dieser Belastungen und die Ergebnisse zum Gesundheitszustand von Frauen mit den Risikomerkmale „Alleinerziehend“ und/oder „Migrationshintergrund“ werden im folgenden Abschnitt dargestellt.

4.2 Gesundheitliche Situation von alleinerziehenden Müttern und Frauen mit Migrationshintergrund

Frauen mit Kindern suchen die Mutter-Kind-Kliniken der AWO für Vorsorge und Rehabilitation vor allem aus einer psychosozialen Belastungssituation heraus auf, die sich u.a. in starker psychischer und vegetativer Erschöpfung und in psychosomatischen Erkrankungen (z.B. Kopfschmerzen, Migräne, Rückenschmerzen, Schlaf- und Konzentrationsstörungen die nicht organisch bedingt sind) äußern. Auch Angsterkrankungen treten häufig auf. Nach Einschätzung der Expertinnen sind im Durchschnitt rund 70% der Klientinnen im Bereich F des ICD-10 angesiedelt (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Kapitel IV, F 00-99: Psychische und Verhaltensstörungen). Weitere Diagnosen sind v.a. chronische Erkrankungen wie Adipositas, Atemwegserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Hauterkrankungen und Muskelskelettsystemerkrankungen. Aufgrund der stärkeren und multiplen Belastungen schätzen die befragten Expertinnen subjektiv insbesondere den Anteil an Angststörungen und psychosomatischen Störungen bei Alleinerziehenden höher oder die Störung als stärker ausgeprägt ein, betonen aber auch die großen Unterschiede, die sich aus den individuellen Bewältigungsressourcen ergeben.¹⁶

Bei den Expertinnen im Bereich Migration zeigt sich ein unterschiedliches Bild, da in den befragten Einrichtungen zur Migrationsberatung Gesundheit meist nur ein Thema von vielen ist und Klientinnen aus einer breiten Palette von Gründen (von Sozial- über Erziehungsberatung bis hin zur sozialen Netzbildung) die Einrichtung aufsuchen. Da allerdings Kurse und Informationsveranstaltungen zusammen mit den Klientinnen konzipiert werden, lässt sich über die behandelten Themen die Interessenslage abbilden.

Die Leute reden über ihre Krankheiten. Und konkrete Information kommt nur über konkrete Themen, die ja vorgeschlagen werden... Und gesundheitliche Probleme kommen in diesen Gruppen, weil halt diese Leute über ihre Gefühle reden und über Leiden, über ihre Leiden reden. (Exp. M1: 105)

Neben allgemeinen Kursen zu Bildung, Erziehung sowie chronischen Erkrankungen, (bes. Diabetes, Bluthochdruck oder Gelenkprobleme, darunter auch Rheuma) und Kurse zum Gesundheitsverhalten (z.B. Ernährung, Zahnpflege) bilden dabei besonders psychische und psychosomatische Erkrankungen (besonders Depression, Rückenschmerzen, Migräne) ein Schwerpunktthema.

Sowohl von Expertinnen- als auch von Klientinnenseite besteht dabei die Einschätzung, dass die psychische Belastung bei Migrant/innen mit Armutsrisiko außerordentlich hoch ist. Zu allgemeinen Existenzängsten treten hier häufig Belastungen durch Anerkennungsdefizite und Stigmatisierung (vgl. Kap. 4.2). Gerade bei Frauen mit jüngeren Kindern, die ohne Fami-

¹⁶ In den Einrichtungen wird vor allem der persönliche Belastungsgrad, basierend auf der Einschätzung durch den Arzt und die subjektive Einschätzung der Klientinnen erfasst, weniger jedoch entlang des Merkmals „Alleinerziehend“.

lie eingereist sind, spiegelt sich zudem die starke soziale Isolation, die zeitliche und finanzielle Belastung, die Trennung vom sozialen Netz und die traditionelle Rollenverteilung in der Familie oft in psychischen Störungen wider.

Unsere Frauen, zu 50 Prozent haben die alle Depressionen. (Klientin M1-2: 188)

Diese Einschätzung, die bei Expertinnen und Klientinnen zwischen 50 und 90% schwankt, ist sicher subjektiv zu sehen und vom sozialen Umfeld der jeweiligen Person abhängig. Allerdings ergeben sich aus dieser subjektiven Einschätzung durchaus Hinweise auf die psychische Belastung vulnerabler Gruppen, die z.T. von relevanten Einrichtungen wie Beratungsstellen nur schwer erreicht werden.

Deutlich werden die Zusammenhänge zwischen Belastungssituation und Gesundheit auch durch die miteinander gekoppelten Verläufe sozialer, psychischer und gesundheitlicher Belastungen, die im Folgenden dargestellt werden.

4.2.1 „Wege der Krankheit“ – gesundheitliche Situation und Verlauf

Die oben skizzierte gesundheitliche Situation von alleinerziehenden Müttern und Frauen mit Migrationshintergrund spiegelt sich auch bei den befragten Klientinnen wider. Neben psychischen Störungen, wie z.B. Angststörungen, weisen sieben der Interviewpartnerinnen chronische Krankheiten auf, v.a. Muskelskelettsystem- und Nervenerkrankungen. Bis auf eine berichten alle anderen von temporären Rückenschmerzen, Konzentrations- und Schlafstörungen und/oder Migräne.

Insgesamt lassen sich im Rahmen der Interviews mit Expertinnen und Klientinnen drei „Wege der Krankheit“ identifizieren:

Von der chronischen Belastung zur psychischen (und somatischen) Störung

In vier Fällen berichten die Klientinnen über hohe Belastungen (dazu s. Kap. 4.1) im familiären Bereich, vielfach seit der Geburt eines Kindes. Alle diese Klientinnen haben kleinere Kinder im Alter von 3-6 Jahren. Die Belastungen begründen sich zudem v.a. aus den Faktoren Armutsrisiko, Alleinerziehend und Migrationshintergrund in unterschiedlicher Kombination. Aufgrund dieser Belastungen, so die Klientinnen, sind unterschiedliche psychische Probleme aufgetreten (z.B. Angststörung, Depression), die in drei Fällen erst dann behandelt wurden, als somatische Beschwerden (Rückenschmerzen, Schlafstörungen) aufgetreten sind. Diese Tendenz zeigt sich auch bei der vierten Klientin, die von Depressionen berichtet, aber (noch) keinen akuten Handlungsdruck verspürt, da sie „körperlich gesund“ sei und sich deshalb nicht in Therapie begeben hat. Kritische Lebensereignisse haben die psychische Störung weiterhin verstärkt.

Von der physischen Krankheit zur psychischen Störung

In weiteren vier der Fälle war die Diagnose einer Krankheit (als eine Form des Lebensereignisses) der Auslöser für die Belastungssituation oder hat diese erheblich verstärkt. Aufgrund der körperlichen und der damit einhergehenden psychischen Situation kam es in Folge dann zu Problemen im sozialen Bereich (Verlust der Arbeit in allen Fällen, in drei Fällen Trennung), welche die Belastungssituation noch verstärkt und psychische Belastungen und Stö-

rungen (Depression bis hin zur Suizidalität) nach sich gezogen hat. Durch die Krankheit hat sich, so die Klientinnen, nicht nur die Lebenssituation erheblich verschlechtert, sondern auch die Bewältigungsressourcen sind so stark eingeschränkt, dass ein Herauskommen aus dieser Situation kaum als möglich gesehen wird.

Vom kritischen Lebensereignis zur Krankheit

Vier der interviewten Klientinnen berichten über gravierende nicht-krankheitsbezogene Lebensereignisse als Auslöser zunächst psychischer Störungen (Angststörung, Depression, psychische Belastungen), die in drei Fällen in körperliche Symptome übergegangen sind (Adipositas, Rückenschmerzen, Schlaf- und Konzentrationsstörungen). Auch mehrere Expertinnen berichten, dass häufig psychische Belastungen aus Lebensereignissen zu körperlichen Beschwerden führen: *Und das ist viel mehr, denke ich mal, psychosomatische Sachen und die psychosomatischen Anzeichen gehen oftmals zu organischen.* (Exp. M1: 55)

Diskrepanzen zwischen objektivem und subjektivem Gesundheitszustand

Eine besondere Problemstellung tut sich auf, wenn eine deutliche Diskrepanz zwischen dem objektiven und dem subjektiven Gesundheitszustand besteht, wenn z.B. Belastungen und Erkrankungen von den Klientinnen unterschätzt werden. So berichten Expertinnen und Klientinnen von Schwierigkeiten, zum einen die körperlichen Konsequenzen einer psychischen Dauerbelastung und zum anderen ärztliche Diagnosen, gerade von chronischen Krankheiten zu akzeptieren.

Und er [der Arzt] sagt, „sehen Sie, Sie müssen ja eine Therapie haben, kommen Sie mal bitte wieder nächste Woche rein“. Ich bin erst mal wirklich fast drei Monate gar nicht mehr zum Arzt gegangen, weil ich habe diese Diagnose gar nicht akzeptiert. Ich habe gesagt, „der Arzt spinnt“. (Klientin M1-1: 48)

Diese Diskrepanz zwischen „objektiver“ bzw. ärztlicher und subjektiver Wahrnehmung kann nicht nur dazu führen, dass nicht rechtzeitig Maßnahmen ergriffen werden, um eine Verschlechterung des Gesundheitszustands zu vermeiden, sondern auch zu einem Vertrauensverlust zwischen Ärzt/in und Patientin. Im Gegenzug birgt es aber auch Gefahren, wenn das subjektive Empfinden aufgrund der Dauerbelastung auf eine Krankheit hinweist, die aber objektiv nicht feststellbar ist. In diesem Fall machen Frauen häufig die Erfahrung, im medizinischen System keine Hilfe zu finden (s.a. Kap. 4.3), wodurch sich wiederum die Belastung verstärkt. In diesen Fällen ist das Arzt-Patienten-Verhältnis von entscheidender Bedeutung, um die Akzeptanz von Krankheiten, das Vertrauen in das medizinische System und die erforderliche *compliance* (das Befolgen ärztlicher Anweisungen) zu stärken, denn bei den meisten Krankheiten kann der Ausbruch oder Verlauf der Krankheit durch die Lebenssituation und das Gesundheitsverhalten entscheidend beeinflusst werden.

4.2.2 Gesundheitsverhalten

Als bedeutsam für die Manifestation von Krankheiten, für die auf individueller Ebene eine („genetische“) Veranlagung besteht, gilt das Gesundheitsverhalten (*Lifestyle*), besonders was Risikoverhalten (z.B. Alkoholkonsum oder Rauchen), Ernährung und Sport angeht. Mit Blick auf die vorliegende Belastungssituation der befragten Gruppen werden darüber hinaus im Folgenden auch unter „Selbstfürsorge“ subsumierte Verhaltensweisen analysiert. Darun-

ter fällt z.B., sich „Zeit für sich“ zu nehmen und allgemein auf die eigene Gesundheit zu achten.

Zwei kritische Punkte lassen sich dahingehend beobachten: Dies ist zum einen das Wissen über Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Verhalten (**Information**) und zum anderen die Barrieren und Möglichkeiten, entsprechende Informationen auch zu realisieren (**Umsetzung**).

Die befragten Expertinnen besonders im Migrationsbereich berichten, dass zuweilen unter Klientinnen und Klienten mit kürzerer Aufenthaltsdauer in Deutschland das Wissen um Gesundheitsverhalten eher gering ist. Dies ist allerdings stark vom Bildungshintergrund abhängig. So liegt z.B. aus Unwissenheit, welche Effekte z.B. Ernährung oder Rauchen haben, bei einigen Gruppen ein hohes **Risikoverhalten** vor – besonders dann, wenn das Verhalten im Herkunftsland und in der Bevölkerungsgruppe als „normal“ angesehen wird (z.B. Tabakkonsum in Tabakanbaugebieten). Informationsveranstaltungen setzen an dieser Stelle an und treffen oft auf hohes Interesse.

Und dann kommen sie auch [...] „Und das könnte auch Rauchen sein.“ Und dann kommt diese Unruhe, ob mein Verhalten in Ordnung ist. Und dort, wo wirklich Tabak angebaut wird und das Ganze natürlich von früh auf benutzt wird, da fragt man sich vielleicht nicht so sehr. [...] Und kein Sport. Im Haus sitzen. [...] Es gibt wirklich Gruppen, wo die ganze Gruppe dick aussieht. Und dann, wenn in diesen Vorträgen über Ernährung gesprochen wird, dann kommen sie wirklich darauf, warum das so ist. (Exp. M2: 77-79)

Bei den befragten Klientinnen besteht hingegen durchaus Interesse an vertiefenden gesundheitsrelevanten Informationen, wenngleich oft bereits ein relativ fundiertes Wissen vorliegt. Allerdings stoßen die Möglichkeiten zur Umsetzung oft an ihre Grenzen.

Gerade was **Ernährung** angeht, ist bei allen befragten Klientinnen sowohl ein Grundwissen gegeben (frisches Obst und Gemüse, wenig Zucker und Fett, selbst kochen) als auch zumindest das Bemühen, gesund kochen zu wollen. Finanzielle und zeitliche Gründe stehen der Umsetzung aber oft entgegen. Auch widersetzen sich die Kinder oft dem Bemühen nach gesunder Ernährung. Die Mütter haben zum einen häufig das Bedürfnis, den Kindern zumindest diesen Wunsch zu erfüllen – gerade wenn aufgrund von Armut viele andere Wünsche zurückgestellt werden müssen –, und zum anderen keine Energie dazu, sich durchzusetzen.

Wenn die Frau völlig erschöpft ist, dann packt die eben die Pizza in den Backofen, weil die Kinder Hunger haben. Oder dann fahren wir mal eben bei McDonalds, weil ich mich einfach nicht widersetze. Weil ich mich einfach nicht abgrenzen kann, nicht widersetzen kann und sagen, ich koche jetzt und "hier, jetzt esst Ihr den Salat". (Exp. K2: 100)

Die Kombination aus einem Mangel an Zeit und Geld zeigt sich ebenso beim **Sport**: Das Bewusstsein für die Notwendigkeit von Bewegung ist durchaus gegeben. Neben dem zeitlichen Aspekt und der Frage der Kinderbetreuung spielt bei der Umsetzung aber besonders die Kostenfrage eine Rolle (z.B. Gebühr für das Fitnessstudio). Aus diesem Grund gerät die Prävention durch Sport oft ins Hintertreffen. Einige der befragten Klientinnen berichten über Gymnastik zu Hause, da dies kostengünstiger und zeitlich flexibler ist. Der Aspekt der sozialen Einbindung entfällt jedoch dabei. Häufig wird auch erst dann Sport aufgenommen, wenn bereits eine Krankheit vorliegt und die Ärzte/innen oder gesundheitliche Einrichtungen auf

die Notwendigkeit hinweisen (z.B. Reha-Kurse, Krankengymnastik). Von einer älteren Frau mit Migrationshintergrund wird berichtet, dass ihres Wissens kein Saal zur Verfügung steht, wo sie zusammen mit muslimischen Frauen Sport treiben und die religiösen Kleidungs Vorschriften beachten kann. Ob es sich dabei um ein Informationsdefizit handelt, konnte jedoch nicht geklärt werden.

Insgesamt schlägt sich der Mangel an Geld, Zeit und Energie auf die **Selbstfürsorge** nieder. Gerade in Verbindung mit dem „schlechten Gewissen“ gegenüber den Kindern aufgrund der Armutssituation und dem Zeitmangel führt dies oft zu einer Haltung, dass die Kinder „zuerst kommen“ und eigene Bedürfnisse vollständig zurückgesteckt werden.

*Und wenn, wird eher noch für die Kinder gesorgt und für sich selber als Letztes.
Und wenn..., ja, wenn das auch nicht mehr geht, dann ist eben beides schlecht.
Und das erlebe ich bei den Alleinerziehenden eher mal. (Exp. K2: 79)*

Von diesen Hemmnissen für das Gesundheitsverhalten sind Mütter mit kleinen Kindern und Alleinerziehende, aufgrund der Mehrfachbelastung aus Arbeit, Haushalt und Familie, besonders betroffen. Wenn die Kinder älter werden, tritt hier oft eine Entlastung ein, da die Frage der Betreuung nicht mehr im Vordergrund steht. Auch entsteht bei älteren Kindern oft selbst ein Interesse an gesunder Ernährung oder die Mütter fangen an, Sport zu treiben, auch um die soziale Einbindung zu erleben.

Insgesamt besteht ein Bedarf an gesundheitsbezogenen Informationen. Für Migrant/innen mit niedrigem Bildungsstand ist dabei häufig eine Sensibilisierung für den Zusammenhang zwischen Verhalten und Gesundheit notwendig, so die Expertinnen. Klientinnen in Mutter-Kind-Einrichtungen profitieren besonders von der Stärkung der Selbstfürsorge: „Ich muss lernen, etwas für mich zu tun, dann profitieren auch die Kinder davon.“ Hier wäre eine weitere Sensibilisierung auch für Migrantinnen hilfreich.

In den Interviews sowohl von Expertinnen als Klientinnen zeigt sich jedoch auch, dass Information allein nicht ausreicht und dass weniger mangelndes Wissen für Defizite im Gesundheitsverhalten verantwortlich sind, sondern vielmehr die zeitlichen und finanziellen Belastungen aufgrund des Armutsrisikos und/oder des Alleinerziehendenstatus und des daraus resultierenden „schlechten Gewissens“ gegenüber den Kindern die praktischen Möglichkeiten der Umsetzung einschränken. Aus diesem Grund ist eine Umsetzung der in Kursen erlernten Verhaltensweisen zu Hause oft schwierig. Da die strukturellen Probleme fortbestehen, wäre ein Ansatz an einer generellen Entlastung von Nöten.

4.2.3 Folgen für die Kindergesundheit

Von den 12 in die Gesamtanalyse einbezogenen Klientinnen haben fünf Kinder mit chronischen Störungen. Diese liegen v.a. im psychosozialen Bereich (ADHS), eine Befragte hat ein Kind mit Behinderung. Von den Expertinnen wird berichtet, dass Kinder – auch als behandlungsbedürftige Kinder – in Mutter-Kind-Einrichtungen, z.T. aufgrund der Belastungssituation im Elternhaus Störungen entwickelt haben, von Übergewicht über Atemwegs- und Hauterkrankungen bis hin zu psychischen und Entwicklungsstörungen.

Sowohl Expertinnen als auch Klientinnen berichten von einem engen Zusammenhang zwischen Kinder- und Müttergesundheit und den vorhandenen Belastungen und Ressourcen. Bereits die Kinder leiden unter der psychischen Belastung durch den niedrigen **sozioöko-**

nomischen Status, besonders im Gefühl bei Gleichaltrigen „nicht mithalten“ zu können. Auch sind z.B. die Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung in Familien mit Armutsrisiko stark eingeschränkt. Die vorhandenen sozioökonomischen Belastungen sind bei Kindern von Alleinerziehenden nach Einschätzung der Expertinnen oft verstärkt (zu den Auswirkungen der sozioökonomischen Familiensituation auf Kinder s.a. AWO 2010b, Laubstein et al. 2012; Müttergenesungswerk 2013). Klientinnen berichten, dass gerade die geringere Verfügbarkeit von zeitlichen Ressourcen sich negativ auswirkt und dass es stressbedingt häufig zu Erziehungsschwierigkeiten kommt.

Ich denke mal, wenn man davon ausgeht, dass die Alleinerziehenden höheren Belastungen ausgesetzt sind ..., da sind auch die Kinder automatisch höheren Belastungen ausgesetzt. Sie haben gestresstere Mütter und sie haben kein zweites Elternteil, auf das sie zurückgreifen können. (Exp. K1: 73)

Gleichzeitig wirkt sich die **partnerschaftliche Situation** erheblich auf die Kinder aus (z.B., ob der Vater weiterhin verfügbar ist oder ob die Eltern in Streit leben). Die Verfügbarkeit weiterer Bezugspersonen kann Problemstellungen dahingehend jedoch z.T. ausgleichen.

Der **Gesundheitszustand der Mutter** hat ebenfalls einen starken Einfluss auf die Kindergesundheit. Wenn die Mutter stark belastet oder chronisch krank ist, wirkt sich das ebenfalls auf die Kinder aus: *Geht es der Mutter schlecht geht es allen schlecht.* (Klientin K2-1: 71). So sind beispielsweise die Möglichkeiten der Freizeitgestaltung auch bei chronisch kranken oder depressiven Müttern sehr eingeschränkt.

In direktem Zusammenhang mit der Kindergesundheit stehen das **Gesundheitsverhalten** von Müttern, z.B. das Ernährungs- und Freizeitverhalten, das Bindungsverhalten und die Erziehungsstile sowie die Bewältigungskompetenzen der Mütter.

Also ich muss da aufpassen, dass ich nicht so generalisiere, sondern es gibt auch wirklich sehr fähige Alleinerziehende, die das gut gemanagt kriegen und auch ihre Kinder sehr gut versorgen. Und da sehe ich dann wieder den Vorteil, wenn sie es gut hinkriegen sind die Kinder sehr selbständig, auch sehr selbstbewusst... (Exp. K1: 75)

Das Bindungsverhalten und die Erziehungsstile der Mutter können die Effekte vorhandener Problemstellungen sowohl verstärken als auch mindern. Wenn Kinder beispielsweise als Partnerersatz gelten, können sich daraus erhebliche Belastungen und Verhaltensauffälligkeiten ergeben, so die Expertinnen. Ebenso können Rollenübernahmen von Kindern in Familien mit Migrationshintergrund, z.B. als „Familiendolmetscher“, stark belastend wirken. Im Gegenzug berichten Expertinnen aus dem Migrationsbereich von der Tendenz, die Kinder stark zu schonen. Auch die Klientinnen bestätigen insgesamt Ansätze, die Kinder als Ausgleich für die bestehenden Belastungen „zu verwöhnen“.

Man hat nicht so viele starke Konsequenzen. Man sagt, du bist ja krank, du gibst sowieso den Kindern nicht so vieles, dann wenigstens musst du ja weicher werden für die Kinder und alles gehenlassen. (Klientin M1-1: 104)

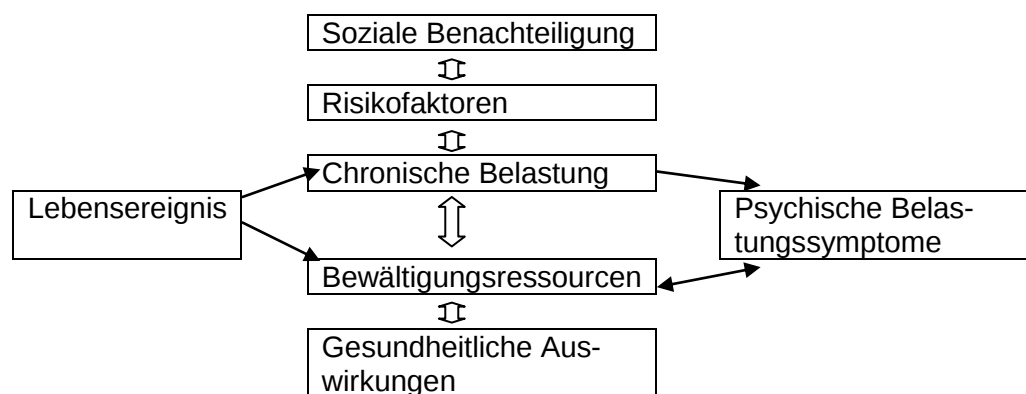
In diesem Zusammenhang steht auch die Kindergesundheit für die meisten befragten Klientinnen an erster Stelle. So schränken sie häufig ihre eigenen Bedürfnisse ein, um Freizeit mit den Kindern zu verbringen oder sie an Sportangeboten teilhaben lassen zu können. Die Anforderung an die Mütter und an die unterstützenden institutionellen Einrichtungen besteht besonders darin, einen gesunden Mittelweg zwischen den Bedürfnissen der Kinder und den

eigenen Bedürfnissen zu finden. Allerdings steht auch die Kindergesundheit beim Inanspruchnahmeverhalten im Gesundheitssystem an erster Stelle.

4.2.4 Zwischenfazit

Die sozialen Lagen von Familien und deren psychosoziale Auswirkungen vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Rahmenbedingungen wurden u.a. von Lutz (2012) als Verbindung zwischen „Sozialer Erschöpfung“ und „erschöpften Familien“ beschrieben. Der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit wird weiterhin durch die Interviews bestätigt und durch den Einbezug der subjektiven Sichtweisen von Expertinnen und Klientinnen vertieft. Bei den befragten Klientinnen besteht ein enges Zusammenwirken zwischen den sozialen Benachteiligungen, die dazu führen, dass die individuelle Situation zum Risikofaktor wird. In allen dreien der skizzierten "Wegen in die Krankheit" besteht ein Wechselspiel zwischen chronischen Belastungen oder Lebensereignissen, psychischen Störungen und gesundheitlichen Auswirkungen, wobei jeder der Faktoren als Auslöser oder Ergebnis wirken kann. Jeder der drei Faktoren vermindert die verfügbaren Bewältigungsressourcen, wobei sich die Faktoren gegenseitig verstärken.

Abbildung 5: Zusammenwirken von sozialen Belastungen und Ressourcen



Quelle: eigene Darstellung

Die gesundheitlichen Problemstellungen wirken wiederum verstärkend - gleichsam als Katalysator - auf die Belastungssituation. Betroffene sehen sich häufig außerstande, diesen Kreislauf aus eigener Kraft oder mit den vorhandenen Ressourcen zu durchbrechen. Auffällig ist, dass weniger Informationsdefizite hinsichtlich eines gesundheitsfördernden Verhaltens bestehen, sondern dass vielmehr die erforderlichen Rahmenbedingungen (besonders Zeit, Energie und Geld) nicht zur Verfügung stehen, um diese Informationen im Alltag umzusetzen. Verstärkt werden die negativen gesundheitlichen Effekte der sozialen Belastungen, wenn Diskrepanzen zwischen dem subjektiven Gesundheitsempfinden und dem ärztlich festgestellten Gesundheitszustand bestehen. Diese Diskrepanzen können zu einem Vertrauensverlust zwischen Ärzt/innen und Patient/innen führen, die durch weitere negative Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem noch verstärkt werden können. Die Erfahrungen der Befragten mit dem Gesundheitssystem werden im folgenden Kapitel dargestellt.

4.3 Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem von alleinerziehenden Müttern und Frauen mit Migrationshintergrund

In der Literatur werden zahlreiche Barrieren der gesundheitlichen Versorgung genannt (vgl. Kap. 2 und 4.3.2). Ziel der folgenden Analyse ist eine qualitative Vertiefung dieser Erkenntnisse durch den Einbezug der subjektiven Sichtweisen der befragten Expertinnen und Klientinnen der AWO. Daher werden zunächst die Zugänge zu Gesundheitsleistungen und das Inanspruchnahmeverhalten dargestellt, bevor auf Barrieren aus Sicht der Befragten eingegangen wird.

4.3.1 Zugänge zu Gesundheitsleistungen und Inanspruchnahmeverhalten

Mit Blick auf das Verhalten, wenn es Ihnen nicht gut geht, skizzieren die befragten Klientinnen mehrere **Strategien**. Fast alle nehmen Hilfe erst dann in Anspruch, „wenn es nicht mehr anders geht“, d.h. wenn der Leidensdruck so groß geworden ist, dass keine eigenständige Bewältigung mehr möglich scheint.

Auf psychische Belastungen wird dabei meist mit Strategien der **Selbsthilfe** reagiert, z.B. mit Rückzug (Schlaf) oder der Suche nach emotionaler Unterstützung (telefonieren oder Mails schreiben). Einige der Klientinnen haben weitere Strategien der Selbstfürsorge (z.B. Abgrenzung gegen Ansprüche von außen) zu früheren Zeiten im Rahmen einer Therapie gelernt. Generell besteht die Tendenz, psychische Probleme aufgrund der hohen Belastungen „mit sich selbst auszumachen“. Erst wenn physische Auswirkungen hinzukommen, sehen viele der befragten Klientinnen die Lage als ernst genug an, um professionelle Hilfe von außen zu suchen.

Allerdings ist es schwierig, den Zeitpunkt zu bestimmen, wann eine **Intervention von außen** notwendig wäre. Sehr stark ist dieses „Agieren im Notfall“ bei den Klientinnen mit Migrationshintergrund ausgeprägt, wie auch durch befragte Expertinnen bestätigt wird. Dies führt z.B. dazu, dass die Notaufnahme von Menschen mit Migrationshintergrund deutlich häufiger aufgesucht wird (Borde 2009). Problematisch werden diese Strategien des „Abwartens“ auch dann, wenn auch im Fall gravierender physischer oder psychischer Belastungen keine Hilfe gesucht wird. Als Gründe dafür nannten die befragten Klientinnen und Expertinnen:

- die Wahrnehmung von psychischen Leiden oder physischen Schmerzen als Normalität (gerade bei einer schleichenden Verschlechterung),
- die Verdrängung von Diagnosen oder Angst vor dem Ergebnis,
- andere Gesundheitsvorstellungen, die von den Expertinnen v.a. bei Menschen mit Migrationshintergrund berichtet werden („Bunte Socken helfen gegen Bronchitis“), die oft in Systemen entstanden sind, in denen der Zugang zur Gesundheitsversorgung schwierig und teuer war und welche die Illusion der Selbstwirksamkeit aufrechterhalten,
- Resignation, wenn depressive Verstimmungen oder bereits negative Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem vorliegen („Man kann mir sowieso nicht helfen“).

Erst wenn der Leidensdruck genug steigt nimmt die Mehrheit der befragten Klientinnen Angebote des Gesundheitssystems in Anspruch.

Zugänge zu Information

Bei den Zugängen zu Information werden im Wesentlichen zwei Wege genutzt: der Arztbesuch und die aktive Suche nach Leistungen und Information in den Medien. Bei akuten Problemstellungen ist der **Hausarzt** die Schnittstelle zur Information, besonders was medizinische Belange angeht, aber auch zu Informationen über das Gesundheitssystem.

Ergänzend dazu werden, vorab oder im Anschluss an das Arztgespräch, **Medien** – besonders das Internet, aber auch Zeitungen, Broschüren aus der ärztlichen Praxis und Informationen der Krankenkassen – genutzt. Gerade die befragten Klientinnen mit höherem Bildungsstand tendieren dabei dazu, sich selbst zu informieren. Drei der Klientinnen berichten dahingehend, auch aktiv bei der Krankenkasse oder beim Gesundheitsamt nach relevanten Informationen nachzufragen. **Informationsveranstaltungen** werden gerade im Migrationsbereich nach Aussage der Expertinnen hingegen eher von älteren Menschen genutzt, die die zeitlichen Ressourcen zur Verfügung haben.

Aktive Strategien der Informationssuche werden v.a. von den Klientinnen angewandt, die bereits längere Erfahrung und ein größeres Wissen über das Gesundheitssystem haben (z.B. aufgrund eigener chronischer Krankheit, Vorwissen zur Prävention aus dem Herkunftsland). Ebenso verfolgen die meisten der alleinerziehenden Mütter und Frauen mit Migrationshintergrund aktive Strategien, wenn es um Belange der Kinder geht, so die Expertinnen und Klientinnen. Einige der befragten Klientinnen klagen aber auch darüber, dass sie nicht wissen, woher sie – abgesehen vom Internet – Informationen bekommen können. Beratungsangebote oder Projekte wie z.B. MiMi von Seiten der AWO sind dabei auch etlichen AWO-Klientinnen nicht bekannt (s.a. Kap. 4.3.2).

Inanspruchnahmeverhalten

Gesundheitsförderung: Die oben skizzierte Balance zwischen Vorsorge und „abwarten“ ist generell schwierig zu halten. Maßnahmen der Gesundheitsförderung werden kaum in Anspruch genommen, sondern es wird oft erst dann agiert, wenn konkrete Problemstellungen vorliegen. Ein früherer Ansatz an Gesundheitsförderung wäre sicher wünschenswert. Auch zeigt sich an dieser Stelle bei den befragten Klientinnen wenig Bewusstsein für die Unterschiede zwischen medizinischer Vorsorge (Prävention, wie z.B. Impfungen) und Gesundheitsförderung z.B. im Rahmen von Kursen. Die Klientinnen betrachteten die Gesundheitsförderung mit den Vorsorgeuntersuchungen weitgehend als erfüllt. Als Barrieren bei der Nutzung von Gesundheitsförderung benannten die befragten Klientinnen vor allem zeitliche Gründe und die Befürchtung finanzieller Barrieren (dass z.B. IGeL, sog. Individuelle Gesundheitsleistungen) „aufgeschwatzt“ würden), worin sich auch ein gewisses Misstrauen gegenüber den ärztlichen Interessenlagen zeigt.

Wenn man zur Vorsorge geht, die versuchen einem ja immer noch an der Anmeldung das Geld erst mal aus der Tasche zu ziehen für Ultraschall oder für irgendeinen Test. ... Ja, wo die Schwestern denken und die Ärzte denken, dass man das braucht. ... Würde ich nicht wieder machen. Ich weiß ja nicht, ob ich es habe. (Klientin K1-1: 200-205)

Prävention: Die empfohlenen und durch die GKV finanzierten Vorsorgeuntersuchungen (Zahnarzt, Gynäkologie etc.) werden von allen befragten Klientinnen in Anspruch genommen, für sich selbst und die Kinder. Ebenso weisen die Kinder nach Aussage der Eltern die

empfohlenen Impfungen und U-Untersuchungen vor. Bei den Erwachsenen besteht hinsichtlich der Impfungen bei allen befragten Klientinnen die Grundimmunisierung, bei denjenigen mit Migrationshintergrund z.T. bereits aus dem Herkunftsland. Nach Einschätzung der Expertinnen bestehen aber bei den Impfungen größere Lücken. So sind z.B. nur zwei Klientinnen darüber informiert, dass die Impfungen im Erwachsenenalter aufgefrischt werden müssen und welche neuen Impfungen es gibt, die im Empfehlungskatalog des RKI enthalten sind.

Kuration: Kurative Maßnahmen werden generell in Anspruch genommen, wenn akute Problemstellungen vorliegen und der Leidensdruck entsprechend hoch ist. In den Interviews mit den Klientinnen zeigte sich, dass bei den Kindern schneller reagiert wird als bei eigenen Belangen. Barrieren bestehen v.a. darin, wenn z.B. nach einem Umzug ein neuer Arzt gesucht werden muss. Gerade das Vertrauen in einen neuen Arzt muss dabei erst länger aufgebaut werden. So berichten zwei der Befragten, dass sie lieber bei ihrem langjährigen Hausarzt bleiben, mit dem sie unzufrieden sind, als einen neuen und unbekannten Arzt aufzusuchen.

Rehabilitation / zu bewilligende Maßnahmen: Viele der befragten Klientinnen haben bereits Erfahrungen mit zu bewilligenden Leistungen (bes. Psychotherapie) und Rehabilitation (Gymnastik, Muskelaufbau, Kuren). Der Zugang verläuft dabei meist über die Feststellung eines Bedarfs über den Hausarzt. Konkrete Maßnahmen, z.B. eine spezifische Mutter-Kind-Einrichtung, werden dann über die Medien selbst gesucht, über Mundpropaganda im sozialen Umfeld oder über die Beratungsstellen (z.B. Kurberatung) der Wohlfahrtsverbände. Einige werden auch durch andere Systeme (z.B. Jugendhilfe) zu den Kuren verwiesen. Bei der Benennung erhaltender Leistungen unterscheiden die befragten Klientinnen jedoch nur wenig zwischen medizinischen und sozialen Hilfen (z.B. zwischen Psychotherapie und Erziehungshilfe). Dies verweist auch darauf, dass das Bedürfnis nach Entlastung im Vordergrund steht und weniger das Denken in Systemen. Die Bewilligung von Leistungen wird eher stark personengebunden gesehen (Arzt, Fachkraft des Jugendamts). Nur zwei der befragten Klientinnen gaben an, selbst den Arzt oder die Fachkraft auf ihren Bedarf nach Unterstützung angesprochen zu haben. Von den befragten Klientinnen mit Migrationshintergrund war es dreien nicht bewusst, dass sie selbst Bedürfnisse benennen können. Schwierigkeiten treten auch besonders dann auf, wenn Leistungen nicht bewilligt werden, wie auch durch die Expertinnen bestätigt wird. Gerade in diesem Bereich werden erhebliche Barrieren im Gesundheitssystem deutlich, besonders wenn es um Informationen zu und die Durchsetzung von Leistungsansprüchen geht.

Die Ergebnisse zu den Gründen für die Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen werden im folgenden Abschnitt erläutert.

4.3.2 Barrieren im Gesundheitssystem

Im Folgenden werden Gründe für die Nicht-Nutzung von Angeboten und Barrieren der gesundheitlichen Teilhabe dargelegt, welche die Nutzbarkeit und Zufriedenheit mit Angeboten beeinflussen. In Anlehnung an den „Index für Inklusion“ (Booth/Ainscow 2003) werden die Teilhabebarrieren entlang der Dimensionen „Kulturen, Strukturen und Praktiken“ dargestellt.

Kulturelle Barrieren

Erhebliche Barrieren im Gesundheitssystem lassen sich der kulturellen Ebene zuweisen. Darunter sind jedoch weniger „ethnospezifische“ Differenzen zu verstehen, als vielmehr **Dis-**

krepanzen im Verständnis zwischen Ärzt/in und Patient/in. Sicher macht bei Klient/innen mit Migrationshintergrund die **sprachliche Verständigung** einen deutlichen Anteil von Missverständnissen aus und bildet damit eine deutliche Barriere im Gesundheitssystem. Die Praxis, Laiendolmetscher aus der Familie hinzuzuziehen, birgt in diesem Fall mehrere Stolpersteine, da zum einen bei einer Kommunikation über Dritte das Verständnis auf beiden Seiten nicht gesichert ist, und zum anderen Scham oder der Wunsch, die dolmetschende Person zu schützen, häufig dazu führen, dass Beschwerden nicht umfassend benannt werden. Unterschiedliche **Gesundheitsvorstellungen** spielen zwar eine Rolle bei der Frage, zu welchem Zeitpunkt ärztliche Hilfe aufgesucht wird, weniger jedoch beim Arztbesuch. Generell ist **Unsicherheit oder Unverständnis im Umgang mit dem deutschen Gesundheitssystem** ein Problem. Gerade bei einer Ablehnung von Leistungsbewilligung durch die Krankenkasse versteht nach Aussage der Expertinnen im Migrationsbereich ein erheblicher Teil ihrer Klient/innen das Schreiben nur unzureichend und steht dann vor dem Problem der Fristgebungen durch die Krankenkassen.

Erst mal merken sie das nicht oder merken, dass zu wenig Geld da ist. Sind meistens Leute, die ja nicht unbedingt deren Schreiben selber lesen. Und wenn sie das merken, dann ist das vier, fünf Monate schon gekürzt und sie haben gar nicht reagiert und dann heißt es, "ja, das ist zu spät, warum haben Sie nicht sofort reagiert?" Und dann wird es schwierig das wieder zu bewilligen. (Expertin M1: 121)

Das Gefühl des **Nicht-Verstandenseins** hat jedoch bei den Klient/innen mit Migrationshintergrund mit längerer Aufenthaltsdauer und besseren Sprachkenntnissen eher zu- als abgenommen. Unterschiedliche **Kommunikationsstile**, welche die Interaktion zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in erschweren, sind bei Menschen mit Migrationshintergrund deutlich ausgeprägter, kommen aber auch bei Klient/innen ohne Migrationshintergrund vor. So wird z.B. durch eine Expertin berichtet, dass die Formel „Was führt Sie zu mir?“ von einigen Klient/innen nur schwer verstanden wird.

Ebenso wird berichtet, dass von Seiten der Ärzt/innen unterschiedliche Kommunikationsstile und gegenseitiges Nicht-Verstehen bei Menschen mit Migrationshintergrund schon von vorneherein angenommen werden und in Folge dann wenig Bemühen um eine gelingende Kommunikation besteht.

Die Gründe für Unzufriedenheit und Unverständnis im Rahmen der ärztlichen Behandlung lassen sich an den unterschiedlichen **System- und Rollenerwartungen** von Ärzt/innen und Klient/innen festmachen. Gerade mit Blick auf Klient/innen, bei denen eine starke Verschränkung zwischen der Belastungssituation und körperlichen Problemen besteht, wird die einseitige Behandlung von Symptomen durch die Medizin problematisiert: „Sie brauchen Entlastung und bekommen Medikamente“, fasst es eine Expertin zusammen. Bei Klient/innen mit Migrationshintergrund ist das Unverständnis gegenüber dieser starken Symptomfokussierung der Medizin noch ausgeprägter, sie erwarten eher eine ganzheitliche Sicht oder Verständnis gegenüber einer Beschreibung der Gesamtsituation.

Die Ärzte, hier sagen die..., bin ich auf die Knie, nur Knie, ich soll nicht weiter was sagen. Erst, wenn das Knie gesund, dann können wir zum Nächsten. Wo andere Schmerzen, es ist für die nichts. (Klientin M1-2: 166)

In dieser Hinsicht bestehen auch Lücken bei einer umfassenden Information und Aufklärung, was die Notwendigkeit bestimmter Therapien oder deren mögliche Auswirkungen betrifft.

Viele der befragten Klientinnen und Expertinnen berichten unabhängig vom Migrationshintergrund jedoch von der **Intransparenz des Gesundheitssystems** als Barriere. Das Gefühl, dass eigene Bedürfnisse nicht wahrgenommen werden, richtet sich dabei auch an die Bewilligungspraxis der Krankenkassen. So berichten befragte Klientinnen von dem Eindruck, das System sei darauf ausgelegt, ihnen „Steine in den Weg“ zu legen, eine Einschätzung, die auch von den Expertinnen bestätigt wird.

Das Gefühl, damit allein gelassen zu sein und besonders als Alleinerziehende, die haben ja oft das Gefühl, mit allem alleine dazustehen. Und sie stehen ja auch tatsächlich alleine da. Und an der Stelle auch noch das Gesundheitssystem eben auch nicht so für sie wirkt, obwohl sie da eventuell Ansprüche hätten, dass da so eine große Resignation auch da ist. (Expertin K2: 151)

Im **Umgang mit dem Gefühl von Unverstandensein** und dass die ärztliche Behandlung die „eigentlichen Probleme“ nicht löst, werden im Wesentlichen zwei Strategien verfolgt. Einige Klient/innen wechseln den Arzt oder die Krankenkasse. In diese Gruppe fallen in erster Linie Klient/innen, die generell besser informiert sind, wobei der Informationsstand nur zum Teil vom Bildungsgrad, vor allem aber von bereits bestehenden Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem abhängt (z.B. bei chronischer Krankheit). Andere suchen aktiv nach Information, z.B. bei Beratungsstellen oder im Internet. Klient/innen mit Migrationshintergrund weichen zum Teil auf Ärzt/innen im Herkunftsland aus und lassen sich mit der gewonnenen Sicherheit dann mit gezielteren Fragen auf eine weitere ärztliche Behandlung in Deutschland ein.

Einige holen sich eine zweite Meinung ein. Andere machen gar nichts. Die blocken und gehen nicht mehr zum Arzt. (Expertin M1: 113)

Bei einem Teil der Klient/innen führt diese Barriere jedoch auch zu einem weitgehenden Vertrauensverlust in die Ärzte und zu einem Rückzug aus dem Gesundheitssystem, wie Expertinnen bestätigen, so dass Leistungen nicht mehr oder erst sehr spät in Anspruch genommen werden. Gerade bei der Bewilligung von Leistungen, mitsamt ihren gravierenden Folgen für das Inanspruchnahmeverhalten und den Gesundheitszustand der Befragten, werden auch enge Verschränkungen zwischen kulturellen und strukturellen Barrieren deutlich, die im Folgenden dargestellt werden.

Strukturelle Barrieren

Strukturelle Barrieren für die Teilhabe am Gesundheitssystem liegen für die Befragten mit Armutsrisiko im **finanziellen Bereich**. Zwar bestehen keine grundsätzlichen Schwierigkeiten bei den Zugängen zu Leistungen. Gerade im kurativen Bereich nimmt der größte Teil der befragten Klientinnen die Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch. Auch bei bewilligungspflichtigen Leistungen bestehen in den meisten Fällen weniger Probleme, sofern sie durch den Arzt angeregt werden. Bei zusätzlichen Leistungen, die für die allgemeine Lebenssituation entlastend wirken könnten, bestehen allerdings Barrieren im präventiven und rehabilitativen Bereich sowie in der Nachsorge bzw. wenn es darum geht, die Nachhaltigkeit der Maßnahmen durch eine umfassende Entlastung sicherzustellen.

Das wäre schon schön auch irgendwelche Zuschüsse für Sportvereine, also ich sage jetzt mal Fitnesstraining oder irgendwas zu bekommen ... ich bin zwar alleinerziehend und bekomme Witwenrente und ich glaube mir geht es finanziell

sicherlich noch besser als anderen Leuten, aber trotzdem kann ich mir nichts leisten. Also wir waren seit elf Jahren nur einmal im Urlaub. (Klientin K3-2: 83)

Die finanziellen Barrieren beginnen dabei bereits bei den Zuzahlungen zu Leistungen und Medikamenten, die z.B. bei Kindern ab dem zwölften Lebensjahr gelten und sich für die Befragten zu erheblichen Kosten aufsummieren.

Das läppert sich ganz schön zusammen. Also ich zahle Anfang Januar gleich immer diese knapp 50 Euro und dann bin ich zuzahlungsbefreit für das restliche Jahr. Das heißt dann ja nur, dass diese Leistungen bezahlt werden, aber die anderen Leistungen, wie wenn die Kinder irgendwelche Medikamente haben, die nicht voll bezahlt werden, muss ich den Rest trotzdem selber zahlen. Das ist zum Beispiel..., für ein Kortisonspray liegt das bei knapp 6 Euro pro Spray. (Klientin K1-2: 93)

Das Bruttoeinkommen als **Berechnungsgrenze** spiegelt den befragten Klientinnen und Expertinnen zufolge das tatsächlich verfügbare Einkommen besonders bei Alleinerziehenden nicht adäquat wider. Aufgrund der Berechnungsgrenzen liegen berufstätige Alleinerziehende häufig knapp über der Befreiungsgrenze, so dass faktisch weniger Geld zur Verfügung bleibt als bei Personen, die Empfänger/innen von Transferleistungen sind. Gerade wenn Kosten für Gesundheits- oder präventive Leistungen (wie Gesundheitskurse) zunächst **im Ganzen gezahlt** werden müssen, stellt dies für die Klient/innen zunächst eine deutliche finanzielle Barriere dar. Auch **IGeL-Leistungen** liegen für die Klient/innen mit Armutsrisiko meist außerhalb ihrer finanziellen Möglichkeiten.

Weiterhin berichten einige der befragten Klientinnen von hohen Barrieren, an **Informationen** zu gelangen, welche die Leistungsberechtigung betreffen. Es wird berichtet, dass Krankenkassen zunächst von einer Selbstbeteiligung ausgehen. Auch wird es z.T. als schwierig empfunden, die erforderlichen Formulare auszufüllen. Ein Teil der befragten Klientinnen nimmt dahingehend die Hilfe des Hausarztes oder von Beratungsstellen in Anspruch, oder zum Beispiel des Familienunterstützenden Dienstes, die darüber aufklären, wo und wie Leistungen beantragt werden können und welche Leistungsberechtigungen bestehen.

Weil das, freiwillig sagt dir das keiner. Genauso mit den 220,00 Euro. Ne, die haben auch von der Krankenkasse vorher gesagt, ja und das müssen sie selber zahlen, das kriegen sie nicht. Ich komm her, hab das bezahlt, hab das der Frau gesagt und die gibt mir dann gleich so ein Schreiben mit und sagt, sie gehen, wenn sie zurück sind auf die Krankenkasse, sie kriegen ihr Geld wieder, sie verdienen ja 400,00 Euro, ihr Mann ist privatinsolvent. Das sagt dir ja auch keiner, die sagt, das müssen sie selber zahlen. (Klientin K3-1: 97)

Einige Klientinnen berichten jedoch auch, sie wüssten nicht, wo sie an solche Informationen gelangen könnten. Auch besteht oft wenig Wissen darüber, für welche bewilligungspflichtigen Leistungen eine Berechtigung besteht oder welche existieren.

Die **Bewilligungspraxis der Krankenkassen** sehen einige befragte Klientinnen sowie mehrere Expertinnen auch als Grund dafür, dass Personen eine z.T. lange Reihe von „Versuch- und Irrtum“ in den Therapien durchlaufen müssen. Das Vertrauen in das Gesundheitssystem flacht dadurch bei einigen der Befragten weiter ab.

Es kann nicht einer von heute auf morgen natürlich die beste Therapie bekommen, was mehr kosten wird erheblich für die Krankenkasse. Das geht gar nicht.

Man versucht natürlich mit dem billigen und günstigen Mittel. Und dann, wenn das klappt, dann ja. Und wenn nicht, dann versucht man weiter und weiter. (Klientin M1-1: 80)

Von Seiten der befragten Expertinnen wird berichtet, dass die Einschränkung von Angeboten, wie z.B. im Rahmen des MiMi-Projektes oder von Dolmetscherdiensten aus finanziellen Gründen eine deutliche Einschränkung im Sinne des Informationsflusses darstellt.

Aber auch wenn die notwendigen Informationen vorliegen und die Finanzierung sichergestellt ist, bestehen Barrieren oftmals in den verfügbaren **zeitlichen Ressourcen**. So ist z.B. die Zeit bis zur Leistungsbewilligung gerade im Notfall für viele Befragte zu lange, wie im Fall der Haushaltshilfe.

Also ich meine, wenn das meinem Kind jetzt auf nachher spontan passiert, gerade so ein Sturz, dann muss das schnell gehen. Innerhalb von einem halben Tag oder Tag und nicht drei, vier Tage später. (Klientin M2-1: 83)

Auch die Wartezeiten bei Fachärzten und Entlastungsangeboten, z.B. für eine Psychotherapie oder Erziehungsberatung, werden besonders von Alleinerziehenden als deutlich zu lange eingeschätzt. Ebenso nehmen einige der Befragten mit kleinen Kindern notwendige Therapien nicht wahr, da sie keine Möglichkeit sehen, die Kinderbetreuung in dieser Zeit zu regeln oder dies mit einem hohen organisatorischen Aufwand verbunden wäre. Bei Befragten mit Kindern, für die ein Kita-Platz zur Verfügung steht oder die bereits schulpflichtig sind, bestehen meist Möglichkeiten, die Therapien in die Zeiten zu legen, in denen die Kinder betreut sind. Besonders hoch werden die zeitlichen Barrieren, wenn es um die Nicht-Bewilligung von Leistungen geht.

...es sind unheimlich viele Termine, die man ja vorher machen muss. Und da könnte ich mir vorstellen, dass das Alleinerziehende schwieriger haben damit, diese Termine wahrzunehmen und dann zu denken, ja es ist wichtig, dass ich diesen Anspruch jetzt durchsetze. (Expertin K3: 63)

Gravierende strukturelle Barrieren tauchen insgesamt besonders dann auf, wenn **Schwierigkeiten mit dem Gesundheitssystem** vorliegen. Dies kann zum einen dann geschehen, wenn **Unzufriedenheit** mit der ärztlichen Behandlung entsteht, sei es aus „kulturellen“ Gründen (vgl. Kapitel 4.4.2.1) im Sinne unterschiedlicher Erwartungen an die Rolle und Funktion des Versorgungssystems, oder sei es weil Behandlungen nicht anschlagen. Zum anderen spielt besonders die **Nicht-Bewilligung von Leistungen** eine Rolle.

Einigen der befragten Klientinnen fehlt es am Wissen hinsichtlich des Widerspruchsrechts. Gravierender ist aber der Mangel an Zeit und Energie, um Leistungsberechtigungen durchzusetzen, wie auch durch befragte Expertinnen bestätigt wird. Aus den gleichen Gründen ist der Gang zum Sozialgericht zur Durchsetzung von Leistungsansprüchen, der durch die Beratungsstellen angeregt wird, mit hohen Barrieren verbunden.

Es muss einer Mut haben Widerstand einzulegen, hinterherzuhaken, dass das geleistet wird. (Expertin M1: 123)

Gleichzeitig ist das Bewilligungsverhalten der Krankenkassen eng an die momentane finanzielle Situation gebunden. In Zeiten begrenzter finanzieller Ressourcen liegen die Barrieren, die für die Leistungsbewilligung gelegt werden, nach Einschätzung der Expertinnen beson-

ders hoch. So fehlt es gerade den Personen, die Entlastung am notwendigsten haben, an den **notwendigen Ressourcen**, um die Hürden zur Leistungsbewilligung zu bewältigen.

Also es gibt so Methoden die Frauen zu entmutigen und denen Steine in den Weg zu legen und dann scheuen die natürlich auch den Aufwand nochmal zum Arzt, nochmal zu irgendeinem Gutachter zu gehen und sich nochmal was zu überlegen, warum sie die Kur benötigen. Und irgendwann geben dann viele auf. (Expertin K1: 97)

Dank des politischen Drucks und der Lobbyarbeit, auch von Seiten der AWO, berichten Expertinnen in den letzten Jahren allerdings von Verbesserungen. Aber auch in finanziell günstigeren Zeiten liegen die Barrieren der Leistungsbewilligung für viele Klient/innen der AWO immer noch zu hoch. So werden z.B. von den Krankenkassen zwar Kurse bewilligt, die oft nicht mit den Zeiten der Kinderbetreuung vereinbar sind, nicht aber Angebote von Fitnessstudios, die zeitlich flexibler sind. Ebenso wird von Betreuungslücken im Anschluss an Therapien berichtet, um die Erfolge nachhaltig zu stabilisieren.

Generell kann davon ausgegangen werden, dass sich die Angebote und Maßnahmen der Krankenkassen zum großen Teil an einer „Normalsituation“ (z.B. dem Vorhandensein einer Kindertagesbetreuung oder eines Partners) orientieren. Für Menschen, die sich in **Notlagen oder besonderen Lebenssituationen** befinden, greifen die standardisierten Angebote jedoch häufig nicht ausreichend. An dieser Stelle wäre eine deutlich stärkere **Bedürfnisorientierung, Individualisierung und Flexibilisierung** der Angebote und deren Finanzierungsmöglichkeiten notwendig sowie ein Schließen der Versorgungslücken gerade im Anschluss an Therapien, um eine nachhaltige Verbesserung des Gesundheitszustands besonders vulnerabler Gruppen zu erzielen.

Praktische Barrieren

Mit Blick auf Barrieren der praktischen Umsetzung zwischen den intendierten und realen Effekten von Versorgung lassen sich besonders zwei Problemstellungen identifizieren.

Zum einen besteht eine Barriere in der Verfügbarkeit und in der Wahrnehmung relevanter **Information**. Allerdings bestehen bei einigen Befragten und deren Umfeld erhebliche Informationsdefizite:

Nein. Ich wüsste auch gar nicht, wo ich da hingehen sollte. Bei uns ist nichts in der Nähe, was ich da wüsste. (Klientin K1-2: 159)

Diese **Informationsdefizite** liegen auf drei Ebenen: 1) Zum einen fehlt es an genereller Information, wo Hilfe beantragt oder Beratung angefragt werden kann. So gaben Befragte die Rückmeldung, dass auch mögliche Klientinnen in Armutslagen aus dem benachbarten Wohnblock nicht über die Schuldenberatungsstelle der AWO informiert seien. 2) Es fehlt an Information, welche Hilfen und Beratungsangebote für Klient/innen kostenfrei sind. Vielfach wird keine Hilfe gesucht, weil damit die Befürchtung verbunden ist, dass doch versteckte Kosten lauern oder dass die Klient/innen zahlen müssen, wenn eine Kostenübernahme nicht genehmigt wird. 3) Auch werden Beratungsstellen von vielen Klientinnen nicht „vernetzt gedacht“, sondern klare Zuständigkeiten zugewiesen (z.B. AWO nur für gesundheitliche Beratung bzw. Mutter-Kind-Beratung oder nur im sozialen Bereich), auch wenn die Beratungsstellen sich selbst als umfassender verstehen und Möglichkeiten hätten, die Klient/innen weiter

zu verweisen. Weiterhin tendieren die Klientinnen allerdings auch dazu, Informationen nur dann zu „filtern“, wenn sie akute eigene Problemstellungen betreffen. Diese scheint bei den Befragten mit Migrationshintergrund und deren Umfeld noch stärker der Fall zu sein als bei den befragten Alleinerziehenden ohne Migrationshintergrund. Dies gilt auch für Mund-zu-Mund-Propaganda, besonders aber für schriftliche Informationen (Plakate, Flyer).

Gleichzeitig werden eine umfassende Information zum Gesundheitssystem und die Möglichkeiten medizinischer Unterstützung als Notwendigkeit benannt. Einige Lücken werden von Expertinnen und Klientinnen besonders im Bereich der Prävention angesprochen. Hier richtet sich auch die Anforderung an Ärzt/innen, z.B. den Impfstatus von Erwachsenen zu überprüfen und auf die Notwendigkeit hinzuweisen. Die derzeitige Impfkampagne der BZgA wird häufig nicht auf die eigene Person bezogen, denn man „sei ja geimpft“. Eine persönliche Erinnerung oder eine Aufforderung durch den Hausarzt wäre hier vermutlich zielführender. Auch besteht der Wunsch, durch die Ärzt/innen an anstehende Vorsorgeuntersuchungen erinnert zu werden, was viele bereits tun. Zudem sei es jedoch notwendig, **Versorgungslücken zu schließen**, so im Sinne von Vorsorgeuntersuchungen auch bei älteren Kindern oder von Anschlusstherapien an eine RehaMaßnahme etc.

Ich sehe, das ist auch wichtig, dass bis sechs Jahre das Kind auch gesundheitlich betreut von Arzt wird. Aber nachher, wenn es Jugendlicher wird, da gibt es überhaupt keine Untersuchung. Obwohl das Kind mehr seelisch entwickelt wird in Pubertätszeit und dann, ja, es wird das nicht nachgeprüft. (Klientin M2-1: 91)

Eine andere Barriere, die in enger Verbindung mit der Verfügbarkeit von Information steht, liegt in einer mangelnden **Vernetzung** zwischen medizinischem Versorgungssystem und den umfassenderen Möglichkeiten einer psychosozialen Unterstützung vulnerabler Gruppen. Gerade was die Anforderungen an Entlastung betrifft, erklären zwar einige der befragten Klientinnen, z.B. von Ärzt/innen oder Psychotherapeut/innen auf die Möglichkeiten einer entlastenden Unterstützung (z.B. Haushaltshilfen etc.) hingewiesen worden zu sein. Umgekehrt haben einige der befragten Klientinnen Beratungsstellen in Anspruch genommen, um die Durchsetzung von Leistungsansprüchen im medizinischen Bereich zu bewerkstelligen. Eine umfassende Vernetzung mit Blick auf die individuelle Situation, bei der soziale Hilfen und die medizinische Unterstützung im Sinne einer lückenlosen **Versorgungskette** ineinander greifen, steht jedoch noch aus.

4.3.3 Bedürfnisse und Bedarfe

Kämper (2013) hat bereits eine deutliche Diskrepanz zwischen den Bedürfnissen von Alleinerziehenden im SGB II Bezug in Wolfsburg, die sich eine stärkere Unterstützung im Gesundheitsbereich wünschen, und der Wahrnehmung institutioneller Akteure, die Unterstützungsbedarf vorrangig im Erziehungsbereich sehen, konstatiert. Mit Blick auf die subjektiven Bedürfnisse der Klientinnen bei der hier vorliegenden AWO-ISS-Studie hinsichtlich der Unterstützung im Gesundheitsbereich lassen sich verschiedene Bedürfnisse und Bedarfe identifizieren.

Konkret an die **Ärzt/innen** richten sich mehrere Anliegen: So sind zum einen eine bessere Kommunikation sowie Empathie, ein umfassenderes Verständnis für die individuelle Situation ein Bedürfnis der befragten Klientinnen, das auch durch die Expertinnen unterstützt wird. In dieser Hinsicht wurde auch eine verbesserte Information und Aufklärung durch die

Ärzt/innen benannt, sowohl mit Blick auf bestimmte Therapien (z.B. Suchgefahr), als auch auf weitere Möglichkeiten der Gesundheitsfürsorge.

Generell wird eine umfangreichere **Information**, was an Möglichkeiten, Angeboten und Maßnahmen besteht von den befragten Klientinnen als notwendig erachtet, z.B. in Form von Schulungen für Erwachsene und Kinder. Für die Ausgestaltung von Maßnahmen werden besonders eine umfassende Betreuung durch genügend und gut ausgebildetes Personal als Notwendigkeiten benannt.

Speziell auf die **Mutter-Kind-Einrichtungen** bezogen stehen für die Befragten mit dem Merkmal „Alleinerziehend“ die Ruhe und Lebensqualität der Einrichtungen im Vordergrund. Als besonders wichtig wurde der Erholungsfaktor von den befragten Klientinnen angesehen, dass in den Häusern „nicht so viel Programm“ besteht, sondern die Ruhe im Vordergrund steht. Insofern werden kleine Häuser, die ein freiwilliges und flexibles Freizeitprogramm sowohl für die Mütter als auch für Kinder bieten, bevorzugt. Dahingehend wurde auch angesprochen, mehr Plätze, gerade im Sommer und in den Ferien zu schaffen.

Um eine nachhaltige Wirksamkeit der Maßnahmen zu erzielen, sind jedoch auch Veränderungen im **Gesundheitssystem** notwendig. Besonders in der Nachsorge ist ein Schließen der Versorgungslücken notwendig, wie durch befragte Expertinnen bestätigt wird. Dies beinhaltet z.B. kürzere Wartezeiten auch bei Fachärzten, aber auch einen weiteren Ausbau von **Angeboten und Maßnahmen**.

Also ich finde, das Angebot von den Krankenkassen oder vom Gesundheitssystem könnte ruhig noch breiter gefächert sein. (Klientin K2-1: 121)

Um Barrieren gerade bei **Problemen mit dem Gesundheitssystem** und im Rahmen der Leistungsbewilligung abzubauen, wäre es zudem hilfreich, konkrete und persönliche Ansprechpartner/innen statt anonyme „Sachbearbeiter/innen“ als Gegenüber bei den Krankenkassen vorzufinden. Ebenso wird eine höhere Transparenz bei den verfügbaren Möglichkeiten und Leistungen sowie eine transparentere Leistungsbewilligung angefragt.

Also es gibt immer wieder Dinge, wo man dann "ach, wie? das geht auch?" oder "das darf man auch?" oder "die Möglichkeit gibt es auch?". Also diesen Aha-Effekt hatte ich auch schon, obwohl ich ja recht offen solchen Sachen gegenüber bin. Man wird nicht immer genau aufgeklärt. Das finde ich ein bisschen schade. Also ich finde, gerade Mütter generell, aber auch alleinerziehende Mütter sollten da mehr darüber aufgeklärt werden, was sie für Möglichkeiten haben, wenn es ihnen gesundheitlich nicht so gut geht, wo sie Hilfe kriegen. (Klientin K2-1: 45)

Eine der hauptsächlichen Barrieren besteht für die hochbelasteten Klient/innen darin, die Energie für Gesundheitsfürsorge aufzubringen. Das hauptsächliche Bedürfnis, von dem die befragten Expertinnen und Klientinnen berichten, bezieht sich daher auf **Entlastung im Alltag**, damit Gesundheitsfürsorge nachhaltig greifen kann.

Nicht nur Beratung, sondern die brauchen Entlastung. Die brauchen Entlastung, meinetwegen durch... - Also für ihre Gesundheit. Es ist zwar dann nur sekundär also gesundheitsförderlich, aber letztendlich dann doch der Gesundheit zuträglich, wenn es bestimmte Entlastungsmöglichkeiten gäbe. (Expertin K1: 85)

Als zentrale entlastende Maßnahmen nannten die befragten Expertinnen und Klientinnen die **finanzielle Entlastung**, so z.B. mit Blick auf eine Erweiterung von Zuschüssen und eine Orientierung der Bewilligungsgrenzen am tatsächlich verfügbaren Einkommen.

Besonders wichtig ist dahingehend die Kopplung mit Möglichkeiten einer **kostenfreien und flexiblen Kinderbetreuung**, um Angebote oder Therapien wahrnehmen zu können. Gerade in Notsituationen sind Möglichkeiten einer schnellen und kostenfreien Kinderbetreuung und Unterstützung erforderlich. Um Ruhephasen zu ermöglichen, wurde darüber hinaus auch ein Ausbau der Möglichkeiten kostenfreier Freizeitangebote, sowohl für Mütter als auch für Kinder, benannt. Ebenso wichtig für eine umfassende Entlastung sind die Möglichkeiten für Gespräche in sozialen Gruppen, die einen wichtigen emotionalen Rückhalt bieten.

4.3.4 Zwischenfazit

Die Probleme der befragten Klientinnen bestehen nicht vorrangig in den formellen **Zugängen** zum Gesundheitssystem. Schwierigkeiten ergeben sich vielmehr aus den **Nutzungsbarrieren**, die daraus resultieren, dass viele Angebote und Maßnahmen sowie Möglichkeiten der individuellen Gesundheitsförderung nicht bedürfnisgerecht (z.B. mit Blick auf Kinderbetreuung, Flexibilität der Zeiten, Kommunikationsstile etc.) ausgestaltet sind. Angebote und Modelle der Gesundheitsförderung die vorhanden sind, werden häufig aufgrund der zeitlichen und finanziellen Barrieren nicht in Anspruch genommen, sondern erst, wenn bereits gravierende gesundheitliche Einschränkungen vorliegen. Diese Nutzungsbarrieren und die Diskrepanzen zu den Bedürfnisstrukturen ziehen sich als roter Faden durch die Interviews mit Expertinnen und Klientinnen. Die Anforderungen liegen hier in einer **bedarfsgerechten Ausgestaltung** der gesundheitlichen Unterstützung, so z.B. in der Herausforderung bei Fragen der Gesundheit von alleinerziehenden Müttern deren Verantwortung für die Familie mitzudenken.

Dies wird dann besonders deutlich, wenn Leistungen durch das Versorgungssystem nicht bewilligt werden. Oft liegen bei den Gruppen verminderte Bewältigungsressourcen, besonders mit Blick auf zeitliche Ressourcen, Energie und Systemwissen, bei der **Durchsetzung eigener Leistungsansprüche** vor. Gerade bei sehr belasteten Personen, für die eine Hilfe besonders notwendig wäre, ist oft nicht genug Energie vorhanden, um diese Anforderungen eigenständig zu bewältigen. An dieser Stelle müsste zum einen ein weiterer Ausbau niedrigschwelliger Informationsangebote und zum anderen ein individualisierter und bedürfnisorientierter Ausbau des Unterstützungssystems ansetzen, um diese Barrieren abzubauen.

Ein zweiter Themenkomplex liegt in der mangelnden Verschränkung des medizinischen und (psycho-)sozialen Versorgungssystems: So kommt es besonders dann zu Unzufriedenheit und zum Rückzug aus dem medizinischen Versorgungssystem, wenn die Erwartungshaltung nach Hilfe vom medizinischen System nicht „kuriert“ werden kann: Die Klientinnen brauchen Entlastung und bekommen Medizin. Da die Belastungen jedoch weiter bestehen, können kurative und rehabilitative Maßnahmen oft keine nachhaltige Wirkung entfalten. Gleichzeitig ist es schwierig, die soziale Lage zu verbessern, so lange medizinische Problemstellungen vorliegen. Diese Gemengelage zwischen sozialer Lage und Gesundheit kann kein System allein bewältigen. An dieser Stelle wäre ein deutlich intensiveres **Ineinandergreifen der verschiedenen Hilfe- und Unterstützungssysteme** notwendig, da komplexe Bedürfnisse und Bedarfe ein querschnittsbezogenes Handeln erfordern.

5 Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

Soziale Ungleichheit beruht auf einer Verteilung gesellschaftlicher Ressourcen unter der Prämisse, was als „Normalzustand“ verstanden wird und welche Gruppen „Normalität“ zugeschrieben wird. Sowohl Alleinerziehende als auch Menschen mit Migrationshintergrund gehören zu Gruppen der Gesellschaft, auf die gängige und homogenisierende Normalitätsvorstellungen nicht zutreffen. Nach wie vor gehen z.B. die Rentenberechnungen von einem männlichen, in Vollzeit tätigen Arbeitnehmer aus. Ebenso sind Strukturen im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft oft an einer Zwei-Eltern-Familie ausgerichtet und die heterogenen Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund werden meist ausgeblendet. Daraus ergeben sich benachteiligende Rahmenbedingungen, so dass individuelle Ausgangslagen zu Risikofaktoren für die Gesundheit werden.

Belastungsfaktoren für den Gesundheitszustand, die sich aus Armut, Alleinerziehendenstatus und Migrationshintergrund bei den Befragten ergeben, sind in erster Linie die finanzielle, die zeitliche und die psychosoziale Belastung. Diese wirken auf vier Ebenen auf den Gesundheitszustand:

- als psychosozialer Stressor (Existenzangst, Scham, Anerkennungsdefizite)
- als Barriere in der Prioritätensetzung (Existenzsicherung geht vor Gesundheit)
- als Barriere in den verfügbaren Ressourcen für Gesundheitsverhalten (z.B. für Ernährung)
- als Einschränkung von Bewältigungsressourcen (z.B. Freizeitaktivitäten).

Aufgrund des Mangels an Ressourcen, besonders an Zeit, Geld und Energie, sehen sich Personen mit den Risikomerkmale „Armutsrisiko“ sowie „Alleinerziehend“ und/oder „Migrationshintergrund“, so die befragten Expertinnen und Klientinnen, häufig außerstande, diesen Kreislauf aus eigener Kraft oder mit den vorhandenen Ressourcen zu durchbrechen. Die befragten Klientinnen befinden sich so häufig in einem Teufelskreis zwischen sozialer Lage und Gesundheit. Dabei ist die Gesundheit der gesamten Familie betroffen.

Zudem bestehen erhebliche Barrieren im Gesundheitssystem. Dabei handelt es sich zum einen um die Bewilligung von Leistungen, und zum anderen um die Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Maßnahmen und Angeboten (Nutzungsbarrieren) vor dem Hintergrund der individuellen Situation.

An dieser Stelle wird besonders die Diskrepanz zwischen Systemerwartungen und Bedürfnissen der Klientinnen und der nach wie vor starken Trennung von medizinischer und (psycho-)sozialer Versorgung deutlich: Die Klient/innen machen häufig die Erfahrung, dass Therapien „nicht wirken“, weil sie nicht an den Ursachen der Belastungen ansetzen: Sie brauchen Entlastung und bekommen Medizin. Da die Belastungen weiter bestehen, können kurative und rehabilitative Maßnahmen oft keine nachhaltige Wirkung entfalten. Gleichzeitig ist es schwierig, die soziale Lage zu verbessern, so lange medizinische Problemstellungen vorliegen. Eine Lösung dieser Gemengelage zwischen sozialer Lage und Gesundheit kann kein System allein bewältigen. Daher müssen Maßnahmen, die auf ein verbessertes Gesundheitsverhalten in diesen Bedürfnisgruppen abzielen, durch das Schaffen entlastender Strukturen flankiert werden: Um eine nachhaltige Verbesserung der Teilhabe vulnerabler Gruppen mit Blick auf Gesundheit zu bewirken, muss eine umfassende Entlastung sowohl

durch veränderte Rahmenbedingungen als auch durch konkrete, bedürfnisorientierte und individualisierte Maßnahmen und Angebote erfolgen.

Daher bedarf eine nachhaltige gesundheitliche Förderung vulnerabler Gruppen zum einen sozialpolitischer Veränderungen, die darauf abzielen, die Rahmenbedingungen zu verändern, z.B. das Armutsrisiko zu senken. Auch wenn die gesellschaftliche Anerkennung von Vielfalt voranschreitet, ist es mit einer symbolischen „Anerkennungskultur“ nicht getan. Zu einer wirklichen Wertschätzung von Vielfalt gehören vielmehr auch die Abkehr von homogenisierenden Normalitätsvorstellungen, die Anerkennung der unterschiedlichen Bedürfnisse sowie das Schaffen der entsprechenden Strukturen. Zum anderen ist diese Bedürfnisorientierung und Individualisierung des Versorgungssystems, gerade auch an Konfliktstellen, jedoch nur dann möglich, wenn ineinandergreifende Versorgungsketten in einer engen Vernetzung der verschiedenen Hilfe- und Unterstützungssysteme aufgebaut werden. Solche Veränderungen sind zunächst nicht kostenfrei und bedürfen einer soliden und gesetzlich abgesicherten Finanzierung.

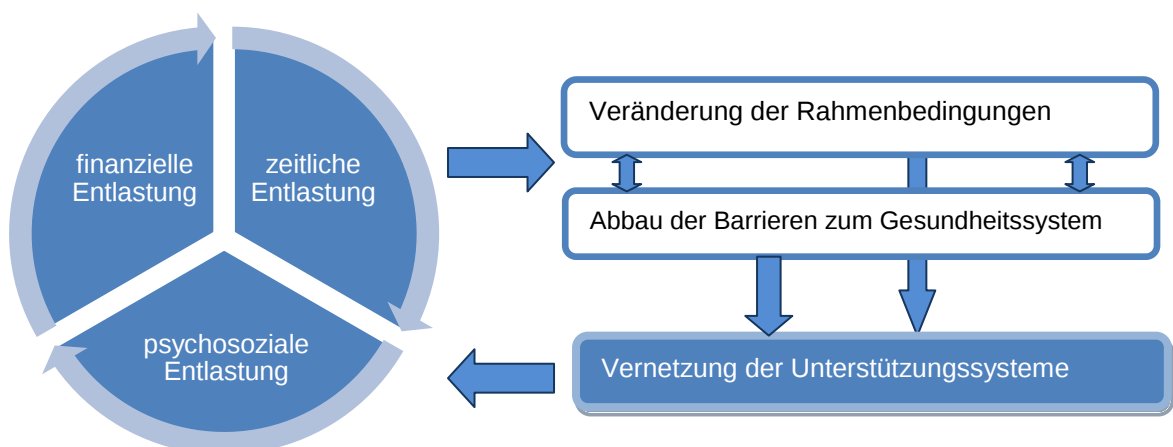
Die Anerkennung von Vielfalt und Bedürfnisorientierung sowie der entsprechende Ausbau der Strukturen, damit alle an Gesellschaft teilhaben können, sind im Inklusionsprinzip verankert. Bei den Veränderungen in Kulturen, Strukturen und Praktiken handelt es sich allerdings um langfristige Aushandlungs- und Gestaltungsprozesse aller Ebenen von Politik, Gesellschaft, Gesundheitssystem, Sozialer Arbeit und Klient/innen.

Aus den oben dargestellten Belastungen, Barrieren und Bedürfnissen lassen sich verschiedene Ansatzpunkte für die Ermöglichung einer umfassenden Teilhabe am Gesundheitssystem ableiten.

5.1 Handlungsansätze zur Ermöglichung von Teilhabe

Um die Gesundheit der untersuchten vulnerablen Gruppen zu verbessern, ist eine Entlastung auf finanzieller, zeitlicher und psychosozialer Ebene notwendig. Dafür ist es ebenso notwendig, die Rahmenbedingungen zu verändern, wie Barrieren im Gesundheitssystem abzubauen und eine Verschränkung der unterschiedlichen Hilfe- und Unterstützungssysteme voranzutreiben.

Abbildung 6: Ebenen der Handlungsansätze



Quelle: Eigene Darstellung

Auch wenn die verschiedenen Belastungen im Wechselspiel stehen und es daher zahlreiche Überschneidungen gibt, lassen sich Ansatzpunkte in diesem Modell (in Anlehnung an Booth/Ainscow 2003) auf Ebene der Kulturen, Strukturen und Praktiken verorten. Diese werden hier zunächst allgemein für die Rahmenbedingungen und den Abbau von Barrieren zum Gesundheitssystem benannt, bevor sie im folgenden Kapitel anhand der Handlungsansätze für die AWO beispielhaft konkretisiert werden (Kap. 5.2). In die folgenden Ausführungen sind sowohl die Ergebnisse der vorherigen Kapitel sowie auch direkte, durch die Interviewpartnerinnen benannte Ansatzpunkte eingeflossen.

5.1.1 Veränderungen auf Ebene der Kulturen und psychosoziale Entlastung

Die psychosozialen Belastungen, die Klientinnen und Expertinnen als besonders gravierend für die gesundheitlichen Auswirkungen benannt haben, beruhen einerseits auf der mangelnden Verfügbarkeit finanzieller und zeitlicher Ressourcen, andererseits aber auch auf Scham, dem Gefühl, der gesellschaftlich als „normal“ geltenden Mehrfachbelastung v.a. als Alleinerziehende nicht entsprechen zu können, und dem „Fremd- und Anderssein“ sowie sozialer Isolation bei den Befragten mit Migrationshintergrund. Nach wie vor sind die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen am Kernfamilienmodell „deutscher Herkunft“ ausgerichtet. Eine homogenisierende Vorstellung von „Normalität“ wirkt sich dahingehend sowohl auf die persönliche Anerkennung und Wertschätzung von Menschen als auch auf die konkrete Orientierung von Strukturen (z.B. Rentenversicherung, Zeiten der Kinderbetreuung etc.) und damit auf die Zugänge und Nutzungsmöglichkeiten von Leistungen und Angeboten aus.

Ebenso haben unterschiedliche „Kulturen“, im Sinne von Werthaltungen, Vorstellungen sowie Orientierungs- und Handlungsmodellen, einen Einfluss auf Barrieren im Gesundheitssystem. Davon ist besonders die Arzt-Patientenkommunikation betroffen, aber auch insgesamt das Gefühl des „Verstandenseins“ von Klient/innen und der Eindruck, v.a. mit Blick auf die Krankenkassen einem intransparenten System hilflos gegenüberzustehen. Dies kann, besonders durch Diskrepanzen zwischen objektiver und subjektiver Wahrnehmung des Gesundheitszustands oder bei Schwierigkeiten mit dem Gesundheitssystem, zu einem Rückzug der Klient/innen führen und eine gravierende Verschlechterung bestehender gesundheitlicher Belastungen und Symptome nach sich ziehen. Ein wichtiger Ansatzpunkt ist hier eine Veränderung von Normen, Wertvorstellungen sowie der Kommunikation. Zu einer Wertschätzung gesellschaftlicher Vielfalt gehört jedoch ebenso eine Individualisierung der Rahmenbedingungen, um vulnerablen Gruppen die Nutzung von Angeboten durch eine bedürfnisgerechte Ausgestaltung der Systeme zu ermöglichen. Ein Weg ist auch ein umfassendes Verständnis von IKÖ (Interkulturelle Öffnung) im Sozialen und Gesundheitsbereich. Wenngleich der auch der verstärkte Einsatz von Menschen mit Migrationshintergrund dazu beitragen kann, sprachliche und kommunikative Barrieren zu vermindern, ist dies als alleinige Strategie nicht umfassend zielführend. In einem umfassenden Verständnis bezieht sich „Interkulturalität“ nicht nur auf unterschiedliche Herkunftsländer, sondern auch auf die Interaktion zwischen Menschen in verschiedenen sozialen Lagen oder mit unterschiedlichen beruflichen Hintergründen. Zahlreiche Ansätze, zu denen auch IKÖ gehört, können daher zu einer Verbesserung beitragen, müssen aber mit größeren Veränderungen, z.B. im Rahmen von einer umfassend verstandenen Inklusion, in Verbindung gebracht werden.

5.1.1.1 Ansätze an den Rahmenbedingungen

Gesellschaftliche Anerkennung von Vielfalt: Die gesellschaftliche Anerkennung von Vielfalt beinhaltet nicht nur eine Anerkennungskultur auf normativer Ebene, in der die Unterschiedlichkeit von Menschen sowie ihrer Lebenslagen und -modelle als Normalität gilt, sondern auch eine Orientierung von Rahmenbedingungen, Strukturen und Handlungslogiken, die auf der Heterogenität von Ausgangslagen beruht. Eine umfassende Anerkennung der gesellschaftlichen Vielfalt muss daher mit der Anerkennung unterschiedlicher Bedürfnisse einhergehen und strukturell darauf reagieren. So ist es z.B. notwendig, dass die Erziehungszeiten, die Mütter gleich welchen Familientyps leisten – ebenso wie familiäre Pflegeleistungen –, als gesellschaftlicher Beitrag gewürdigt werden und auch in Rentenmodelle eingehen. Konkrete Ansatzpunkte sind z.B.:

- Normative Verankerung von gesellschaftlicher Vielfalt als Normalität
- Grundlegende Überprüfung der Orientierung von Strukturen und Handlungslogiken der medizinischen und psychosozialen Versorgungssysteme an heterogenen Bedürfnissen (z.B. Anpassung von Beitragssätzen etc., s.u.)
- Abkehr von der Zielgruppenorientierung
- Willkommens- und Anerkennungskultur, um sozialer Isolation von Migrant/innen entgegenzuwirken
- Gesellschaftliche Akzeptanz arbeitender (alleinerziehender) Mütter und Sensibilisierung für ihre Bedürfnisse

5.1.1.2 Abbau von Barrieren im Gesundheitssystem

Veränderung der Kommunikation durch Qualifikation: Für den Abbau von Barrieren im Gesundheitssystem ist die Veränderung der Kommunikation zwischen medizinischem Fachpersonal und Klientinnen ein wichtiger Baustein. Dies bezieht sich sowohl auf die sprachliche Verständigung und z.T. Gesundheitsvorstellungen bei Menschen mit Migrationshintergrund, aber auch insgesamt auf gegenseitige System- und Rollenerwartungen und Kommunikationsstile. Generell ist die interkulturelle Ausbildung von medizinischem Personal und Fachkräften der Sozialen Arbeit ein wichtiger Baustein, der bisher oft nur als isoliertes Modul – wenn überhaupt – umgesetzt wird. Von Seiten der befragten Klientinnen wurden hier einige Ansatzpunkte genannt, z.B.:

- Sensibilisierung aller Beteiligten für die Zusammenhänge von Gesundheit und sozialer Lage sowie für den Unterschied zwischen subjektivem und objektivem Gesundheitszustand und dessen Folgen
- Interkulturelle Öffnung (IKÖ) des Gesundheitssystems auch im Sinne der Sensibilisierung für unterschiedliche Bedarfe an Aufklärung und Rollenerwartungen
- Aufklärung zum Unterschied von Prävention und Gesundheitsförderung

Bedürfnisorientierung und Individualisierung: Um vulnerable Gruppen nachhaltig zu unterstützen, ist zudem eine Abkehr von Normvorstellungen und -strukturen sowie der Aufbau einer individuenzentrierten und bedürfnisorientierten Versorgung notwendig. Konkrete Schritte sind z.B.:

- Überprüfung der Handlungslogiken der Krankenkassen mit Blick auf unterschiedliche Bedürfnisse und Bedarfslagen der Klient/innen

- Engere Kooperation mit sozialen Einrichtungen als Schnittstellen zur Gesundheit
- Transparenz der Krankenkassen und Entscheidungssysteme

Der Wandel des Denkens und der Handlungslogiken bildet die Grundlage, um Veränderungen auf allen Ebenen herbeizuführen und hat gravierende Auswirkungen auf struktureller und handlungspraktischer Ebene.

5.1.2 Veränderung auf Ebene der Strukturen und finanzielle Entlastung

Die Befragten benannten weiterhin finanzielle Belastungen und Barrieren als einen Hauptfaktor, der sich auf den Gesundheitszustand auswirkt und zugleich die Bewältigungsressourcen oder die Möglichkeiten, an Maßnahmen der Gesundheitsförderung teilzunehmen, einschränkt. Ein wichtiger Ansatzpunkt für eine nachhaltige Verbesserung des Gesundheitszustands geht eng mit einer Verbesserung der sozialen Lage einher. In den derzeitigen Strukturen besteht insbesondere eine Diskrepanz zwischen den Anforderungen gerade an alleinerziehende Mütter, nach der Geburt eines Kindes so schnell wie möglich wieder in Vollzeit zu arbeiten, was auch durch das aktuelle Unterhaltsrecht gefördert wird, zwischen den notwendigen Rahmenbedingungen, damit sie dies auch können und zwischen der gesellschaftlichen Akzeptanz arbeitender Mütter. Gerade Alleinerziehende stehen damit unter erheblichem Druck. Im Vordergrund steht hier die Veränderung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, um eine wirkliche Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie die dauerhafte finanzielle und damit auch zeitliche und psychosoziale Entlastung zu gewährleisten.

Für die Befragten stellen zudem besonders Unsicherheiten bei der Finanzierung (Zuständigkeit für Kostenübernahme) gesundheitsbezogener Leistungen eine Barriere für die Teilhabe am Gesundheitssystem dar. Strenge Richtlinien und eine Bewilligungspraxis, die sich vorrangig an der Finanzlage der Krankenkassen orientiert, stehen weiterhin einer flexiblen und bedürfnisorientierten Ausgestaltung des Gesundheitssystems entgegen. Gerade der Gesundheitsbereich ist stark von Überlegungen der Ressourcenverteilung (Ressourcenallokation) geprägt. Eine gerechte Verteilung dieser Ressourcen ist die Grundlage für einen Abbau gesundheitlicher Ungleichheit. Dafür bedarf es eine Orientierung an den besonderen Bedürfnissen vulnerabler Gruppen, um die erforderlichen Strukturen zu schaffen und die Nutzung von gesundheitlichen Angeboten, besonders im Bereich der Gesundheitsförderung zu ermöglichen, aber auch einer Unterstützung bei Konflikten mit dem Gesundheitssystem.

5.1.2.1 Ansätze an den Rahmenbedingungen

Abbau von Erziehungs- und Pflegearbeit als Armutsrisiko: Nach wie vor gehen Erziehungs- und Pflegearbeit mit einem grundsätzlichen Armutsrisiko einher, wie auch an den Ausführungen der Befragten deutlich wird. Die sich daraus ergebenden Belastungen können allerdings langfristige gesundheitliche Auswirkungen nach sich ziehen, die wiederum die Berufsfähigkeit einschränken. Ein erster Ansatzpunkt wäre daher eine Verbesserung der Sicherung des Lebensunterhalts in Zeiten von Erziehungs- und Pflegearbeit. Konkrete Ansatzpunkte sind z.B.:

- Überprüfung der Grundsicherungssätze von Erziehungs- und Pflegearbeit im SGB II
- Überprüfung der Unterhaltsregelungen und der Verpflichtung zur Erwerbstätigkeit in Vollzeit für Frauen mit kleinen Kindern
- Eingang von Erziehungs- und Pflegezeiten in Rentenmodelle

Einbindung der Wirtschaft und Vereinbarkeit von Familie und Beruf in Abkehr vom Normmodell: Mit der Verbesserung der sozialen Lage geht ein weiterer Ausbau flexibler Beschäftigungsverhältnisse einher, damit eine Berufstätigkeit für (alleinerziehende) Mütter besser möglich ist. Einer der zentralen Ansätze für den Abbau von Armut, besonders bei Alleinerziehenden, und der Ermöglichung von Teilhabe für Frauen mit kleinen Kindern ist dahingehend der Ausbau der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Derzeit ist die Vereinbarkeit häufig noch am Zwei-Eltern-Modell orientiert. Dahingehend ist der Dialog mit der Wirtschaft notwendig, um die erforderlichen flexiblen Rahmenbedingungen bei gleichzeitiger Sicherung des Arbeitsplatzes zu schaffen, die Müttern und besonders Alleinerziehenden die Berufstätigkeit ermöglichen. Ergänzt werden sollten diese Schritte durch die erweiterte Anerkennung von im Ausland erworbenen beruflichen Qualifikationen. Konkrete Schritte sind z.B.:

- Sensibilisierung der Arbeitgeber für die Bedürfnisse von (alleinerziehenden) Müttern
- Ausbau der Kinderbetreuungsplätze besonders im Bereich U3
- Kostenfreie und flexible Modelle der Kinderbetreuung sowie lange Öffnungszeiten
- Erleichterung des Wiedereinstiegs in den (erlernten) Beruf, ggfs. über Anreizmodelle
- Schaffung von flexiblen Ausbildungsplätzen für Mütter
- Erweiterte Anerkennung von im Ausland erworbenen beruflichen Qualifikationen auch für Wiedereinsteigerinnen und flankierende Maßnahmen zur beruflichen Weiterbildung (z.B. Ausbau der deutschen Fachsprache).

Verbesserung der Wohnsituation: Auch wenn die meisten der Befragten mit ihrer Wohnsituation zufrieden sind, besteht doch eine Aufforderung an die Politik, bezahlbaren und bedürfnisgerechten Wohnraum für Mütter und Eltern mit Kindern zu schaffen, v.a. in einem sicheren Umfeld ohne deutliche Umweltbelastungen. Von Seiten der Politik sind hier erste Ansätze zu verzeichnen, konkrete Ansatzpunkte sind z.B.:

- Erweiterung des sozialen Wohnungsbaus, auch für Erwerbstätige mit niedrigeren Einkommen
- Mietpreisbindung und Kontrolle des Mietmarkts
- Kindgerechte Wohnungen und Wohnumfelder (z.B. Grünanlagen, Sicherheit des Umfelds)

5.1.2.2 Abbau von Barrieren im Gesundheitssystem

Sicherung der Finanzierung: Die finanziellen Ressourcen haben sich auf mehreren Ebene für die Befragten als Barriere zum Gesundheitssystem erwiesen. Dazu gehören in erster Linie Unsicherheiten, wer für die Finanzierung zuständig ist, dass Gesundheitsleistungen aus Kostengründen nicht in Anspruch genommen werden können und Zuzahlungen zu Leistungen. Gerade bei Alleinerziehenden zeigt sich hier, dass die bisherigen Leistungsberechtigungsgrenzen oftmals nicht die reelle Verfügbarkeit finanzieller Ressourcen widerspiegeln. Konkrete Ansatzpunkte sind z.B.:

- Klärung der Zuständigkeiten für Finanzierung
- Bereitstellung gesicherter finanzieller Ressourcen für Angebote über den Projektstatus hinaus
- Orientierung der Berechtigungsgrenzen am tatsächlich verfügbaren Einkommen (auch als Anreize für Berufstätigkeit)

- Unterstützung bei Konflikten mit dem Gesundheitssystem durch Stärkung des Systemwissens

Die Verfügbarkeit finanzieller Ressourcen steht dabei in enger Verbindung mit dem Aufbau bedürfnisgerechter Angebote, die an der zeitlichen Entlastung ansetzen.

5.1.3 Veränderung auf Ebene der Praktiken und zeitliche Entlastung

Der dritte hauptsächliche Belastungsfaktor, der den Gesundheitszustand beeinträchtigt ist der Mangel an zeitlichen Ressourcen. Zum einen wirkt dieser Faktor darauf, dass neben Alltag, Arbeit und Kinderbetreuung keine Zeit mehr für „sich selbst“ von Müttern bleibt und sie ihre eigenen Bedürfnisse zurückstecken. Dies betrifft Mütter allgemein, trifft aber für Alleinerziehende in besonderem Maße zu. Je kleiner die Kinder sind, desto mehr spielt der Zeitfaktor eine Rolle. So benennen die befragten Expertinnen und Klientinnen die Notwendigkeit, „Zeit für sich“ zu haben, als wichtige Bewältigungsressource, die aber hinter den Anforderungen der „ständigen Verfügbarkeit“ zurücktritt. Zum anderen spielt der Zeitfaktor eine wichtige Rolle bei den Zugängen zum Arbeitsmarkt. Die Zeiten, in denen Betreuung für die Kinder organisiert werden kann, wirken sich damit in mehrerer Hinsicht auf die Verfügbarkeit von Ressourcen und Bewältigung aus. Von den Befragten wurden v.a. die Ermöglichung der Aktivierung von Bewältigungsressourcen (z.B. Teilnahme an Aktivitäten), die Entlastung im Alltag und die schnelle Hilfe in Notsituationen als Ansatzpunkte für eine Verbesserung genannt.

Dies gilt auch für die Gesundheitsförderung und die Nutzung von Angeboten im Gesundheitssystem. Die Möglichkeiten, die vorhandenen Informationen zu gesundheitsförderlichem Verhalten, z.B. mit Blick auf Ernährung, umzusetzen, hängen in hohem Maße von der Verfügbarkeit zeitlicher Ressourcen ab. Das gleiche gilt für die Nutzung von Angeboten, sei es mit Blick auf Sport, Kurse zur Gesundheitsförderung oder Informationsveranstaltungen. Zudem werden die Zugänge zum Gesundheitssystem, im Sinne der Möglichkeit, Leistungen in Anspruch zu nehmen, durch den Mangel an verfügbarer Zeit behindert. An vorderster Stelle steht hier die Kompatibilität der Zeiten mit denen der Kinderbetreuung. Weiterhin werden lange Wartezeiten auf Facharzttermine, psychotherapeutische Maßnahmen und Rehabilitation als Belastung für den Gesundheitszustand genannt. Eine umfassende Unterstützung setzt hier auf mehreren Ebenen an.

5.1.3.1 Ansätze an den Rahmenbedingungen

Ausbau von Kinderbetreuung: Die Verfügbarkeit zeitlicher Ressourcen ist eng an die Möglichkeiten einer flexiblen und zeitlich umfassenden Kinderbetreuung gebunden. Dies wirkt sich zum einen auf die Ermöglichung der Teilhabe am Erwerbssystem und die - auch zeitliche - Entlastung im Alltag, aber auch auf die Aktivierung von Bewältigungsressourcen aus. Ein wichtiger Punkt ist dabei auch die schnelle Hilfe in Notsituationen, wenn z.B. ein Kind ins Krankenhaus und die Versorgung weiterer Kinder sichergestellt werden muss. Die Zeiten, bis eine Haushaltshilfe zur Verfügung steht, sind in diesem Fall häufig zu lang. Konkrete Ansätze sind z.B.:

- Ausbau einer zeitlich flexiblen und wohnortnahen Kinderbetreuung U3 und Ü3 mit langen Öffnungszeiten und Ferienbetreuung
- Ausbau von Horten

- Ausbau von Möglichkeiten der flexiblen Betreuung älterer Kinder
- weiterer Aufbau von Betriebskindergärten oder bei kleineren Unternehmen der Zusammenarbeit mit Kitas
- Ausbau eines Notfallsystems für eine schnelle Verfügbarkeit von Hilfe

Aktivierung von Ressourcen: Gerade bei Frauen, bei denen die Familie nicht zur Unterstützung und Alltagsentlastung zur Verfügung steht, ist es sowohl notwendig, die Wahrnehmung von Ressourcen zu stärken als auch im Umfeld ein System der Unterstützung aufzubauen, das sich an Mütter sowohl mit als auch ohne Migrationshintergrund richtet. Dies sollte zum einen emotionale, aber auch auf alltagspraktische Unterstützung einbeziehen. Konkrete Ansätze sind z.B.

- Aufbau sozialraumorientierter Systeme der Unterstützung
- Ausbau von Mutter-Kind-Angeboten
- Beratung zur Aktivierung von Ressourcen im Umfeld

5.1.3.2 Abbau von Barrieren im Gesundheitssystem

Flexibilisierung und Bedürfnisorientierung des Versorgungssystems: Neben dem Ausbau von Möglichkeiten der Kinderbetreuung (s.o.) ist zudem die Orientierung von Maßnahmen und Angeboten der (gesundheitlichen) Versorgung an heterogenen Bedürfnissen der Klient/innen notwendig, um zeitliche Barrieren abzubauen und es Müttern zu ermöglichen, diese Angebote auch wahrzunehmen. Konkrete Ansätze sind z.B:

- Anpassung von Öffnungs- und Kurszeiten an die Möglichkeiten der Kinderbetreuung
- Flankierende Kinderbetreuung bei Angeboten und Maßnahmen

Schließen von Versorgungslücken: Ebenso ist es erforderlich, die Wartezeiten auf Termine bei Fachärzten oder auf Therapien zu verringern. Dies hat auch strukturelle Grundlagen, so orientiert sich z.B. die Bedarfsbemessung für die psychotherapeutische Behandlung derzeit noch an den Zahlen von 1999. Wichtig ist dahingehend ein bedarfs- und bedürfnisorientierter Ausbau der Versorgung. Konkrete Ansätze sind z.B.:

- Ausbau der psychosozialen Versorgung z.B. durch ein Anreizsystem für Haus-, aber auch für Fachärzte in unterversorgten Gebieten
- Abbau der Wartezeiten für Psychotherapie (s.a. Stellungnahmen von DGVT zum Koalitionsvertrag; DGVT und der DGVT-Berufsverband Psychosoziale Berufe 2013)¹⁷, auch direkt in Anschluss an Rehabilitations-Maßnahmen
- Schließen von Versorgungslücken durch eine engere Kooperation der Systeme medizinischer und (psycho-)sozialer Versorgung

Sensibilisierung und Empowerment: Die Aktivierung eigener Bewältigungsressourcen steht auch mit Blick auf den Abbau von Barrieren im Gesundheitssystem an vorderer Stelle. Dazu gehört sowohl die Sensibilisierung für die Relevanz von Gesundheitsthemen und die Zusammenhänge von Gesundheit und sozialer Lage auf sozialpolitischer Ebene, von allen Beteiligten sowie in der Selbstwahrnehmung von Klient/innen. Empowerment stellt dahingehend einen wichtigen Ansatz der Gesundheitsförderung, sowohl bei der Bewältigung von

17 Grundsätzlich sieht der Koalitionsvertrag einige Änderungen im Psychotherapeutengesetz vor (z.B. in der Ausbildung), um die teils monatelangen Wartezeiten zu verringern, spricht insgesamt jedoch auch von einem „Abbau von Überversorgung“. Erleichtert werden soll v.a. der Zugang zur Kurzzeit- und Gruppentherapie sowie von der Aufbau eines Akutsystems.

Alltagsbelastungen als auch bei der Durchsetzung von Leistungsansprüchen im Gesundheitssystem dar. Konkrete Ansätze sind z.B.:

- Information zu Risikoverhalten und Gesundheitsförderung
- Enge Kooperation von Ärzten und (psycho-)sozialer Versorgung bei der Information zu gesundheitlichen Themen und Alltagsentlastung

5.1.4 Zwischenfazit

Um eine langfristige **Nachhaltigkeit** von Maßnahmen und Therapien sicherzustellen, ist insbesondere eine umfassende Entlastung der hier untersuchten vulnerablen Gruppen sowie der Abbau von gesundheitlichen *und* sozialen Risikofaktoren notwendig. Ein Ansatzpunkt ist daher der Aufbau ineinandergreifender medizinischer und sozialer **Versorgungsketten**, die der Verschränkung aus sozialer und gesundheitlicher Belastung Rechnung tragen. Dafür ist sowohl eine stärkere Vernetzung der oben skizzierten sozialpolitischen und strukturellen Ansätze von Gesundheits- und Sozialsystem und eine erweiterte Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure im Gesundheits- und Sozialsystem sowie das Schaffen der gesetzlichen Rahmenbedingungen erforderlich. Auch eine engere Vernetzung und Kooperation des Fachpersonals bereits in der Ausbildung sowie gegenseitige Systemkenntnisse sind für den Aufbau einer umfassenden Versorgung und Entlastung vulnerabler Gruppen notwendig.

In ihren verschiedenen Funktionen als sozialpolitischer Akteur, Arbeitgeber und Mitgliederverband sowie als Anbieter sozialer Dienstleistungen ist die AWO in diesem Bereich bereits umfassend tätig. Im Folgenden werden weitere Ansatzpunkte für die Ermöglichung gesundheitlicher Teilhabe skizziert.

5.2 Ansatzpunkte für die AWO

Gesundheitliche und soziale Ungleichheit sind eng miteinander verbunden, wie durch die Interviews mit Expertinnen und Klientinnen aus subjektiver Sicht noch einmal verdeutlicht wird. Die folgenden Handlungsempfehlungen geben die Anregungen wieder, die durch die Interviewpartnerinnen an die AWO gerichtet werden. Zudem werden aus den Analysen der Ergebnisse in den vorangegangenen Kapiteln generalisierte Empfehlungen abgeleitet. Grundsätzlich ist sowohl ein Ansatz am Verhalten des Einzelnen („Verhaltensprävention“ und Gesundheitsförderung), als auch an den Rahmenbedingungen („Verhältnisprävention“ und Ermöglichung von Teilhabe) notwendig.

Die AWO setzt sich seit ihrer Gründung in verschiedenen Tätigkeitsfeldern aktiv dafür ein, die Rahmenbedingungen zu schaffen, die für einen Abbau von gesundheitlicher und sozialer Ungleichheit notwendig sind (s. z.B. AWO 2010b). So ist z.B. die gesellschaftliche Anerkennung von Vielfalt als Normalität fest in den Leitsätzen der AWO verankert und wird u.a. durch die Dortmunder Erklärung zur Inklusion (2013) weiter gestützt. Ebenso werden bereits in der Praxis zahlreiche Ansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention umgesetzt (z.B. im Rahmen des MiMi-Projekts, in den Beratungsstellen und in den Mutter-Kind-Kliniken für Vorsorge und Rehabilitation der AWO). Die AWO ist – wie auch das DRK, der Evangelische Fachverband für Frauengesundheit, die Katholische Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung und der Paritätische -, Trägergruppe des Müttergenesungswerks. Die 20 Mutter-Kind-Einrichtungen der AWO und die ca. 200 Beratungsstellen sind in diesem Rahmen in ein Netz aus 77 Kliniken und ca. 1.300 Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände eingebunden. Durch

die enge Kooperation von Beratungsstellen und Kliniken unterschiedlicher Verbände kann nicht nur eine flächendeckende Beratung sichergestellt werden, sondern sie stellt auch eine Verbindung zwischen medizinisch-gesundheitlichem und sozialem Bereich her. So unterstützen z.B. die AWO-Beratungsstellen auch bei Vorsorge- und RehaMaßnahmen, die in Kliniken anderer Wohlfahrtsverbände durchgeführt werden sollen. Auch können bedürftige Frauen über die Kurberatungsstellen finanzielle Hilfen beantragen, z.B. für Taschengeld, Bekleidung und Fahrtkosten, die ihnen die Inanspruchnahme der Maßnahme erst gestatten. Bei diesen Geldern handelt es sich um Spenden, die durch das Müttergenesungswerk gesammelt werden. Die Beratungsstellen sind nicht öffentlich gefördert und werden derzeit durch die Wohlfahrtsverbände selbst gegenfinanziert.

Auch die Migrationsberater/innen arbeiten an vielen Standorten und Koordinator/innen des MiMi-Projektes eng mit Krankenhäusern, Ärzten und anderen Einrichtungen des Gesundheitssystems, aber auch mit Sozialberatungen zusammen. Nicht nur wird dadurch der Informationsfluss gefördert, sondern sie nehmen an dieser Stelle eine wichtige Schnittstellenfunktion in der Vernetzung zwischen Gesundheitsleistungen und Maßnahmen zur Alltagsentlastung ein.

Weitere Ansatzpunkte für die Arbeit der AWO in ihren Funktionen als sozialpolitischer Akteur, als Mitgliederverband und Arbeitgeber sowie als Anbieter sozialer Dienstleistungen, die aus den Projektergebnissen abgeleitet werden können, lassen sich daher in erster Linie als Weiterführung der bereits geleisteten Arbeit verstehen und beziehen sich im folgenden konkret auf den Gesundheits- und die Schnittstellen zwischen dem sozialen und medizinischen Bereich. Im Rahmen dieses Berichts können jedoch nur Ansatzpunkte benannt werden. Konkrete Konzeptionen zu entwickeln, an bestimmten Stellen innerhalb der AWO-Strukturen zu verankern und handlungspraktisch umzusetzen, kann nur durch die AWO erfolgen.

5.2.1 Ansatzpunkte für die AWO als sozialpolitischer Akteur

Als sozialpolitischer Akteur fordert die AWO den Abbau sozialer Ungleichheit und Ausgrenzung in der Gesellschaft und im Gesundheitsbereich gegenüber der Politik auf verschiedenen Ebenen. So sind Armutsprävention und der Abbau von Ausgrenzung vulnerabler Gruppen ebenso wie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, auch durch den Ausbau der Kinderbetreuung U3 und Ü3 oder das Eintreten für sozialen Wohnungsbau, wie auch Antidiskriminierung und Interkulturelle Öffnung seit Jahrzehnten zentrale Themenfelder der AWO im sozialpolitischen Bereich. Die Forderungen werden einerseits in Grundsatzpapieren und Stellungnahmen formuliert, andererseits bringen AWO-Vertreter/innen die Themen auch im Rahmen von Inklusion aktiv in entsprechende Gremien auf bundes-, landes- und kommunalpolitischer Ebene ein. Auch die befragten Interviewpartnerinnen zeigten sich explizit mit der sozialpolitischen Arbeit zufrieden:

Also da gibt es ja immer irgendwelche Gesetzentwürfe, auch jetzt Kinderbetreuung. Und vom Bundesverband der AWO gibt es ja dann immer schon Stellungnahmen dazu und Empfehlungen und Einwirkungen auf die Politiker, die dann die Entscheidungen treffen. Also da, denke ich, ist die AWO schon ganz aktiv. Also in der Sozialpolitik. (Expertin K1: 133)

Das hat sie (die AWO, Anmerk. d. Verf.), denke ich, fast eher bewiesen in den letzten zwei, drei Jahren. Als diese Willkür, kann man fast sagen, der Kranken-

kassen noch vorherrschte hat sich die AWO versucht einzuschalten. (Expertin K2: 195)

So unterstützt die AWO als Trägergruppe die politische Lobbyarbeit des Müttergenesungswerks für Mütter und in neuerer Zeit auch für Väter und pflegende Angehörige. beispielsweise durch Teilnahme an Gesprächen mit Krankenkassen, Landtags- und Bundestagsabgeordneten sowie durch Stellungnahmen und Pressearbeit. Im Zuge der Inklusionsdebatte ist jedoch eine weitere Sensibilisierung von Gesundheitssystem, sozialem Unterstützungssystem, Wirtschaft und Gesellschaft sowie die Diskussion von Leitwerten notwendig, um eine Flexibilisierung bestehender Modelle, die sich weitgehend an einem „Normmenschen“ orientieren, zu erreichen:

Sensibilisierung für Vielfalt, Individualisierung und Bedürfnisorientierung: Für die Verbesserung der Gesundheit vulnerabler Gruppen ist ein fortlaufender Diskurs über Begriffe, Leit- und Wertorientierungen, Gelingensbedingungen und Barrieren erforderlich, den die AWO als Mitgliederverband und als Arbeitgeber mitgestaltet. Dazu gehört nicht nur ein weiterer Ausbau der bisherigen Ansätze, wie IKÖ, Vereinbarkeit von Familie und Beruf oder Armutsprävention, sondern auch die Förderung des Verständnisses für die **strukturellen Veränderungen**, denen sich eine an Vielfalt orientierte Gesellschaft, gegenüberstellt. Ebenso ist die Überprüfung der Rentenmodelle hinsichtlich Erziehungs- und Pflegezeiten ein Anliegen der AWO, genau wie die Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse. Ein zentraler Punkt ist zudem eine Re-Orientierung von starren Reglementierungen im Gesundheitssystem und der Abkehr von einer „Normorientierung“, ebenso wie die Abkehr des Fokus auf Zielgruppen, hin zu einer **Bedürfnisorientierung** und damit zur **Individualisierung** und **Flexibilisierung** von Strukturen. Dies beinhaltet die sozialpolitische Arbeit mit Politik, Wirtschaft und Gesundheitssystem. Einige konkrete Ansatzpunkte sind z.B.:

- Einsatz beim Gesundheitssystem, insbesondere den Krankenkassen für
 - die Überprüfung der Berechtigungsgrenzen anhand des faktisch verfügbaren Einkommens
 - die Finanzierung auch zeitlich flexibler Möglichkeiten der Gesundheitsförderung, z.B. (zertifizierte) Fitnessstudios, sowie der Einzelfallbegleitung
 - eine Erweiterung der Zuschüsse für Ernährung und Sport sowie Zuzahlungsbefreiungen auch für ältere Kinder und im Bedarfsfall auch für sog. Bagatellmedikamente
- Einsatz bei Politik und Zivilgesellschaft für
 - die Weiterentwicklung der bisherigen Ansätze der Vereinbarkeit von Familie und Beruf weg von der Orientierung am „Vater-Mutter-Kind-Modell“ hin zu einer Orientierung an der gelebten gesellschaftlichen Vielfalt von Familie- flexible Ausbildungsplätze für Mütter.

Vernetzung zwischen den Systemen: Eine enge Kooperation und Zusammenarbeit zwischen dem medizinischen und dem sozialen System ist notwendig, um eine umfassendere Entlastung vulnerabler Gruppen zu gewährleisten und den Teufelskreis zwischen sozialer Lage und Gesundheit zu durchbrechen. Die AWO ist in diesem Bereich bereits tätig, z.B. in Gesprächen mit Krankenkassen, aber auch in der Vernetzung von Beratungsstellen und Einrichtungen und damit zwischen medizinischer und sozialer Versorgung. Eine weitere Intensi-

vierung dieser Zusammenarbeit ist jedoch erforderlich, um notwendige Strukturen für mehr Teilhabe zu schaffen. Ansatzpunkte in der sozialpolitischen Arbeit der AWO sind z.B.:

- ressort- und systemübergreifenden Gremienarbeit auf allen Ebenen und Einbezug von Vertreter/innen vulnerabler Gruppen in die entsprechenden Gremien, um deren Bedürfnisse wahrzunehmen und in Konzeptionen einfließen zu lassen
- Einsatz für gemeinsame Ombudsstellen bei Konflikten mit dem Gesundheitssystem oder dem sozialen Unterstützungssystem, auch um die Verlagerung von Zuständigkeiten abzubauen
- Erarbeitung gemeinsamer Empfehlungen für eine Kooperation der Ressorts und Systeme auf allen Ebenen, z.B. auch konkrete Empfehlungen für Kliniken und Ärzte
- Unterstützung der Lobbyarbeit für den Aufbau von Betriebskindergärten und die Kooperation kleinerer Unternehmen mit Kindertagesstätten.

Handlungsansätze für die AWO als sozialpolitischer Akteur
- für die Orientierung an Vielfalt sensibilisieren - Bedürfnisorientierung und Individualisierung der Systeme vorantreiben - Sich für eine weitere Vernetzung zwischen den Ressorts und Systemen sowie für die Kommunikation aller Beteiligten einsetzen

5.2.2 Ansatzpunkte für die AWO als Mitgliederverband und als Arbeitgeber

Als Mitgliederverband und Arbeitgeber ist es ein Anliegen der AWO, auch innerhalb der verbandlichen Strukturen die Rahmenbedingungen zu schaffen, um Alleinerziehende und Menschen mit Migrationshintergrund als Fachkräfte einzubeziehen und zu entlasten. Im Jahr 2011 wurde der AWO-Bundesverband bereits als Arbeitgeber ausgezeichnet, der die Vereinbarkeit von Familie und Beruf gewährleistet. Weitere Ansatzpunkte bestehen in der Umsetzung dieser Ansätze auf allen Gliederungsebenen z.B. in folgenden Punkten:

Sensibilisierung und Vernetzung: Eine umfassende Sensibilisierung und Vernetzung mit Blick auf Bedürfnisorientierung und Individualisierung, auch innerhalb des Verbands ist Gegenstand vieler Ansätze der AWO, so z.B. im Rahmen der IKÖ oder des Projektes InDuBi. Konkrete Ansatzpunkte eines weiteren Ausbaus sind z.B.:

- intensivere Kommunikation zwischen den Gliederungen und Gliederungsebenen
- Anerkennungskultur gelingender Arbeit
- Transfer guter Beispiele
- Koordinierung von Maßnahmen der Unterstützung „in einer Hand“

Gute Arbeitsplätze: Die Schaffung von guten und flexiblen Arbeitsplätzen ist eine zentrale Forderung der Mitarbeiterinnen besonders in den Mutter-Kind-Kliniken, um auch Fachkräften mit kleinen Kindern eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu ermöglichen.

- Flexibilität der Arbeitszeiten nach Bedarf und familiärer Lebenssituation
- Möglichkeiten der Kinderbetreuung für Mitarbeiter/innen vor Ort

- Gute Bezahlung (beispielsweise entsprechende Tarifverträge, die auch im Zuge der Ökonomisierung von Dienstleistungen eine den Arbeitsanforderungen angemessene Bezahlung sicherstellen).

Aus- und Weiterbildung von Fachkräften: Wichtig für die Expertinnen ist es, frühzeitig und ausreichend qualifiziertes Personal auszubilden und einzusetzen. Die Gewinnung und Bindung von Personal ist ein Themenkomplex, mit dem sich die AWO derzeit intensiv auseinandersetzt. Die Sensibilisierung für die Belange vulnerabler Gruppen, u.a. von Migrantinnen, aber auch die Kooperation und Vernetzung mit dem medizinischen System nimmt bereits seit Langem einen zentralen Stellenwert ein. Konkrete Ansatzpunkte für eine Qualifizierung und Schulung dieses Personals sind darüber hinaus z.B.:

- Qualifizierung von medizinischem Fachpersonal und Klient/innen für die Zusammenhänge von Gesundheit und sozialer Lage durch Schulungen und Information
- Vernetzung und Kooperation des Fachpersonals im medizinischen und sozialen Bereich und Stärkung des gegenseitigen Systemwissens durch gemeinsame Schulungen und Praktika
- Sensibilisierung für Systemerwartungen von Fachpersonal und Klientinnen durch (gemeinsame) Informationsangebote

Überführung von Projekten in die Regelpraxis: Ein besonderes Anliegen der Befragten ist die Überführung von guten und gelingenden Projekten in die Regelpraxis. Es wird angeregt, dass sich die AWO auf der Ebene als Mitgliederverband und Arbeitgeber in den entsprechenden Gremien dafür einsetzt.

Handlungsansätze für die AWO als Mitarbeiterverband und Arbeitgeber
- Überprüfung der eigenen Strukturen und Kooperation zwischen Gliederung sowie zwischen Gliederungsebenen - Gute und flexible Arbeitsplätze für Mitarbeiter/innen sicherstellen - Vernetzte Qualifizierung und Weiterbildung von Fachkräften aus Gesundheits- und sozialem Bereich - Einsatz für die Überführung von Projekten in die Regelpraxis

5.2.3 Ansatzpunkte für die AWO als Träger von sozialen Dienstleistungen

Besonders in der praktischen Arbeit ist die AWO bereits als Träger zahlreicher Dienstleistungen und von Angeboten im Gesundheitsbereich tätig. Mit Blick auf die analysierten Gruppen nehmen die Vermittlungs- und Beratungsstellen eine wichtige Entlastungsfunktion ein. Auch bei der Information zu Gesundheitsthemen und zum Gesundheitssystem im Sinne einer Stärkung des Systemwissens und Empowerment wird in den Beratungsstellen und im Rahmen des MiMi-Projekts sowie in den Mutter-Kind-Einrichtung der AWO bereits fundierte und gelingende Arbeit geleistet. Die befragten Klientinnen sind mit dem Angebot zufrieden und stellen für sich erhebliche Entlastungseffekte fest. Weitere Ansatzpunkte bestehen in erster Linie im Ausbau der Schnittstellen zwischen den verschiedenen Stellen und im Ausbau entlastender Strukturen in der Nachsorge. Im Folgenden werden beispielhaft gelingende Ansät-

ze im Sinne des Transfers dargestellt und Ansätze für eine Ergänzung aufgezeigt. Für alle der genannten Punkte ist allerdings die strukturelle Unterstützung der Fachkräfte notwendig.

Bedürfnisorientierung: Die AWO-Einrichtungen leisten bereits wichtige Arbeit in der Sensibilisierung zahlreicher Kooperationspartner/innen für die Bedürfnisse und Belange vulnerabler Gruppen. Allerdings wird auch von Seiten der Fachkräfte angeregt, sich stärker auf das Prinzip der Bedürfnisorientierung und nur an den erforderlichen Stellen konkret auf die Belange von Personengruppen mit bestimmten Merkmalen auszurichten. So wird z.B. aus den Mutter-Kind-Einrichtungen berichtet, dass weniger der Alleinerziehendenstatus, sondern die individuellen Belastungslagen und Bedürfnisse der Klientinnen im Vordergrund stehen, die häufig an der Konzeption beteiligt sind. Ebenso berichten die Expertinnen in den Migrationsberatungsstellen, dass viele Angebote prinzipiell auch für Menschen ohne Migrationshintergrund offenstehen. Die Expertinnen befinden sich allerdings in der Spannung zwischen einer allgemeinen Bedürfnisorientierung und den konkreten Belangen von Gruppen mit bestimmten Merkmalen (z.B. Angebote in bestimmten Sprachen). Aufgrund begrenzter Ressourcen können bestimmte Bedürfnisse auch nicht überall abgedeckt und für alle Gruppen geöffnet werden. Die zeitlichen und finanziellen Möglichkeiten stoßen hier an ihre Grenzen. Ein konkreter Ansatzpunkt ist daher z.B.:

- die Unterstützung der Fachkräfte bei einer inklusiven und bedürfnis- statt zielgruppenorientierte Konzeption von Angeboten unter Beteiligung der Klient/innen

Der Einbezug der Klient/innen in die Konzeption von Angeboten stellt zum einen sicher, dass die Bedürfnisse abgedeckt werden. Zum anderen trägt sie zu einer „niedrigschwelligen Werbung“ über Mund-zu-Mund-Propaganda bei.

Versorgungsketten zwischen dem medizinischen und dem (psycho-)sozialen System:

Wie oben bereits erwähnt, kann ein System alleine eine umfassende, flexibilisierte und individualisierte Versorgung nicht leisten. Bisher bestehen bereits zahlreiche Schnittstellen zwischen den Systemen. Das Prinzip der therapeutischen Kette (Beratungsstelle – Klinik – Beratungsstelle) innerhalb des Müttergenesungswerk-Verbundes hat zum Ziel, die Mütter gut für eine Maßnahme vorzubereiten, sie bei der Antragsstellung zu unterstützen und den Klinikaufenthalt nach Beendigung zu reflektieren. Eine stärkere Vernetzung sozialer und gesundheitlicher Angebote und Maßnahmen ist jedoch auf mehreren Ebenen denkbar. Eine engere Kooperation bezieht sich dabei sowohl auf den präventiven, den kurativen und den rehabilitativen Bereich.

a) Im Bereich der **Prävention und Gesundheitsfürsorge** bestehen bereits zahlreiche Kooperationen, zum Beispiel in der gemeinsamen Gestaltung von Informationsveranstaltungen zu Krankheiten und zum Gesundheitssystem zwischen der AWO, Ärzt/innen und anderen Wohlfahrtsverbänden. Auch mit Blick auf die gegenseitige **Information und Beratung** existieren bereits zahlreiche Schnittstellen, z.B. mit den Jugendämtern. Weiterhin besteht Unterstützung durch die Beratungsstellen bei der Erstellung von Anträgen z.B. für Kuren oder andere bewilligungspflichtige Leistungen. Ebenso bildet das MiMi-Projekt eine wichtige Schnittstelle. Allerdings werden die Beratungseinrichtungen und -angebote von den Klient/innen meist sehr stark spezialisiert wahrgenommen, z.B. als zuständig „für Gesundheit“ oder „für Soziales“. Diese funktionale Trennung führt z.T. dazu, dass der Eindruck der Klientinnen, von einer zur anderen Stelle geschickt zu werden, verstärkt wird.

- Eine **zentrale Beratungsstelle**, die für den gesamten Bedürfniskomplex zuständig ist und die gesamte Leistungsbreite, was an Möglichkeiten zur Verfügung steht transportiert, wäre hier zielführend.

*Also dass die gesundheitlichen Einrichtungen diese Beratungsstelle haben, die halt mit sozialer Beratung gekoppelt werden. Das ist das, was wir brauchen.
(Expertin M1: 189)*

- Koordinierungsfunktion der AWO: Innerhalb einer solchen Vernetzung von Angeboten kann die AWO als Wohlfahrtsverband als „Wegweiser im System“ eine wichtige Rolle einnehmen.

b) Im **kurativen Bereich** ist besondere Unterstützung bei sprachlichen Problemen, bei inhaltlichen Verständnisschwierigkeiten oder bei Konflikten mit dem Gesundheitssystem notwendig. An einigen Stellen besteht bereits eine Einzelfallbegleitung, auch im Rahmen von Dolmetscherdiensten, allerdings sind diese stark von Einsparungen betroffen.

- Eine **aufsuchende Einzelfallbegleitung**, die auch eine psychologische Betreuung umfasst, wird zudem von Seiten der Migrationsberatungsstellen gerade bei depressiven Klient/innen angeregt, die die Hürde der Selbstfürsorge nicht bewältigen können.

*... dass es eben in bestimmten Fällen auch die Einzelbegleitung gäbe, zum Beispiel bei stark depressiven Leuten, die das einfach nicht alleine hinkriegen.
(Expertin M1: 202)*

- Aufbau eines Netzes für Einzelfall- und aufsuchende Begleitung sowie Dolmetscherdiensten, ggfs. mit Unterstützung qualifizierter Ehrenamtlicher

c) Auch im Bereich der **Rehabilitation und Nachsorge** können funktionierende Ansätze als Vorbild dienen, z.B. das Nachsorgesystem in Mutter-Kind-Kliniken. Hier verfügt die AWO als einziger Verband über ein durch die Träger der Kliniken finanziertes und wissenschaftlich evaluiertes Nachsorgeprogramm, um die Klient/innen dabei zu unterstützen, die Entlassungsempfehlungen aus den Mutter-Kind-Kuren umsetzen zu können. In diesem wird anhand der individuellen Situation der Frauen analysiert, was zuhause im Umfeld an Möglichkeiten der Nachsorge besteht. Ebenso werden Empfehlungen ausgesprochen, um das soziale Netz zu stärken und eine Analyse der Ressourcen durchgeführt. Allerdings sind die Wartezeiten für anschließende Therapien oder Erziehungsberatung sehr lang. Gerade im Bereich der Nachsorge bestehen erhebliche Lücken in der Versorgungskette, die durch eine sozialpolitische Arbeit gestützt werden müssen (vgl. Kap. 5.2.4).

Unterstützung bei Konflikten mit dem Gesundheitssystem: Gerade bei Schwierigkeiten mit dem Gesundheitssystem und bei der Durchsetzung von Leistungsansprüchen ist eine Unterstützung von vulnerablen Gruppen notwendig. Die auch in Rechtsbelangen qualifizierten Mitarbeiter/innen der Beratungsstellen unterstützen die Mütter kostenlos beim Ausfüllen von Bewilligungsanträgen für die Krankenkassen sowie bei der Durchsetzung von Leistungsansprüchen, z.B. im Widerspruch gegen Ablehnungsbescheide. Ebenso bestehen Unterstützungsangebote durch die Migrationsberatungsstellen. Angeregt werden weiterhin:

- ein Ausbau und eine stärkere Vernetzung der Beratungsstellen und Angebote
- eine Einzelfallbegleitung von Menschen in besonders belasteten Situationen sowie

- die Einrichtung von Ombudsstellen.

Bisher sehen sich gerade vulnerable Gruppen häufig den verschiedenen Systemen ohnmächtig gegenüber oder werden von einer Stelle an die andere verwiesen. Eine bessere Koordination und Vernetzung der Systeme könnte hier für Entlastung sorgen.

Wege der Information: Zur Information von alleinerziehenden Müttern und Menschen mit Migrationshintergrund gibt es bereits zahlreiche Ansätze. Allerdings wird aus den Interviews deutlich, dass gerade mit Blick auf Möglichkeiten des Versorgungssystems noch erhebliche Informationslücken bestehen. Dies liegt, wie in Kap. 4.3.2 beschrieben, zum einen an einem Mangel an umfassenden Informationsangeboten und zum anderen an der Wahrnehmung von Information, die für die persönlichen Belange als relevant betrachtet wird. Generell wird „Mund-zu-Mund-Propaganda“ gerade bei Menschen mit Migrationshintergrund als zielführender betrachtet als schriftliche Informationen (Plakate, Flyer). Das MiMi-Projekt bietet hier bereits gute Ansatzpunkte. Ein weiterer möglicher Ansatz wäre z.B.

- eine Kombination aus mündlicher und schriftlicher Information, so z.B. im Verteilen genereller Informationspakete in allen Beratungsstellen, bei Kitas und Ärzten, die den Befragten, unabhängig vom Beratungsanlass, persönlich ans Herz gelegt werden.

Ausbau der Entlastung im Alltag: Die Alltagsentlastung ist ein zentrales Anliegen von Klientinnen, das durch die Einschätzung der Expertinnen gestützt wird. Besonders werden hier die Kinderbetreuung sowie ein Auffangen in Notsituationen benannt. Konkrete Ansatzpunkte sind hierfür neben dem zeitlichen Ausbau der Kinderbetreuung z.B.:

- ein System flexibler Betreuung, u.a. auch offene Gruppen für eine kurzfristige Betreuung (z.B. bei Arztterminen, Notfällen, zum Einkaufen), z.B. mit bestimmtem Kontingent für Mütter in benachteiligten sozialen Lagen im Sozialraum
- ein Hol- und Bringservice
- Ausbau der flankierenden Möglichkeiten der Kinderbetreuung bei Angeboten und Maßnahmen (z.B. in Anlehnung an „Mama lernt Deutsch“)
- Aufbau und Koordination alltagspraktischer Nachbarschaftshilfe im Sozialraum

Handlungsansätze für die AWO als Träger sozialer Dienstleistungen
- Unterstützung der Fachkräfte bei der inklusiven Konzeption von Angeboten - Einrichtung von zentralen Beratungsstellen für alle Bedürfnisse in Schnittstellenfunktion unter Koordination der AWO - Aufbau von Netzen für Einzelfall- und aufsuchende Begleitung sowie Dolmetscherdiensten - Unterstützung bei Konflikten mit dem Gesundheitssystem durch einen Ausbau der Beratung - Erstellung von Informationspaketen für Ärzte, Kitas und alle sozialen Einrichtungen - Einrichtung von offenen Gruppen auch ohne Anmeldung zur flexiblen ggfs. stundenweisen Kinderbetreuung - Hol- und Bringservice - Ausbau der flankierenden Kinderbetreuung bei Maßnahmen und Angeboten - Aufbau von Nachbarschaftshilfe im Sozialraum

6 Literatur

- Arnhold-Kerri, Sonja/Otto, Friederike/Sperlich, Stefanie (2011): Zusammenhang zwischen familiären Stressoren, Bewältigungsressourcen von Müttern und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ihrer Kinder. *Psychother Psych Med* 61: 405-411.
- AWO (2010a): Eckpunkte der AWO zur Gesundheitspolitik. Berlin. http://awo-sh.de/images/stories/AWO_Allgemein/standpunkte/Gesundheitspolitik.pdf
- AWO (2010b): Familien in benachteiligten und von Armut bedrohten oder betroffenen Lebenslagen als Adressaten von Elternbildung und Elternarbeit. Expertise. Schriftenreihe Theorie und Praxis. Berlin.
- Babitsch, Birgit/Braun, Tanja/Borde, Theda/David, Matthias (2008): Doctor's perception of doctor-patient relationships in emergency departments: What roles do gender and ethnicity play? *BMC Health Services Research*, 8:82. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/82>
- Babitsch, Birgit (2005): Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit. Bern.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (BAGFW) (2013): Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (BAGFW) zum Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention. 1.02.2013, Berlin. http://www.awo-informationsservice.org/index.php?eID=tx_nawsecured1&u=0&file=uploads/media/2013-02-01_Stellungnahme_zum_Praeventionsgesetz_01.pdf&t=1367411571&hash=7936b67ae79a0ae5021c439b9d23a0d183f91918 (9.04.2013)
- Borde, Theda (2009): Datenlage und Forschungsstand - Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. *Migazin* 9.11.2009. <http://www.migazin.de/2009/11/09/datenlage-und-forschungsstand-zur-gesundheitlichen-versorgung-von-menschen-mit-migrationshintergrund/> (12.5.2013)
- Borde, Theda (2008): Interkulturelle Öffnung in der Gesundheitsversorgung - was heißt das? <http://www.gesundheit-nds.de/downloads/bordehannover.pdf> (12.5.2013)
- Borde, Theda (2007): Migrantinnen und Migranten in der deutschen Gesundheitsversorgung – Auch nach 50 Jahren der Zuwanderung noch ein Problem? http://www.mighealth.net/de/images/4/46/Migrantinnen_und_Migranten_in_der_Deutschen_Gesundheitsversorgung.pdf (12.5.2013)
- Borde, Theda/David Matthias (Hrsg.) (2003): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt a.M.
- Brandt, Martina/Deindl, Christian/Hank, Karsten (2012): Erfolgreich Altern: Lebensbedingungen in der Kindheit und soziale Ungleichheit haben großen Einfluss. In: *DIW Wochenbericht* Nr. 7.2012, http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.392847.de/12-7-3.pdf.
- Bundesgesundheitsurvey (1998): http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/bgs98/bgs98_node.html
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2013) (Hrsg.): Lebenslagen in Deutschland. Der 4. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2009): Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Alleinerziehende. Download unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Dossier-Alleinerziehende,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [Zugriff am 30.04.2013]
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2012): Familienreport 2011. Download unter: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/publikationen,did=176198.html> (30.03.2014)

- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), Lebenslagen in Deutschland. 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin 2005.
- Bundesministerium des Innern (BMI) / Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2014): Zwischenbericht des Staatssekretärsausschusses zu „Rechtsfragen und Herausforderungen bei der Inanspruchnahme der sozialen Sicherungssysteme durch Angehörige der EU-Mitgliedstaaten“. Berlin.
https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Nachrichten/Kurzmeldungen/zwischenbericht.pdf?__blob=publicationFile (21.06.2014)
- Collatz, Jürgen (2002). Forschungsergebnisse zur Qualität und Effektivität von Mütter- und Mutter-Kind-Maßnahmen – Thesen für Politik und Gesundheitsverwaltung II. Wissenschaftliches Symposium, Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin, ISBN 3-86135-281-8.
- Council of Europe (2006): Recommendation Rec(2006)18 of the Committee of Ministers to member states on health services in a multicultural society.
<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1062769&Site=CM> (12.5.2013)
- Deckl, Silvia (2013): Einkommen, Armut und Lebensbedingungen in Deutschland und der Europäischen Union – Ergebnisse aus LEBEN IN EUROPA/EU-SILC 2011, in: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Wirtschaft und Statistik . Download unter:
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/WirtschaftsZeitbudget/EinkommenArmut_032012.pdf?__blob=publicationFile (30.04.2013).
- DGVT und der DGVT-Berufsverband Psychosoziale Berufe (2013): Die wichtigsten Inhalte des Koalitionsvertrages aus psychotherapeutischer und gesundheitspolitischer Perspektive. Stellungnahme von DGVT und DGVT-Berufsverband Psychosoziale Berufe.
http://www.dgvt.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Koalitionsvertrag_aus_DGVT-und_DGVT-BV-Perspektive.pdf
- Dragano, Nico (2008): Armut bei Erwerbstätigen: Verschärfen schlechte Arbeitsbedingungen die gesundheitliche Ungleichheit? In: Lampert Thomas/Hagen Christine (Hrsg.): Armut und Gesundheit – Konzepte, Befunde, Perspektiven. Wiesbaden.
- Drexler-Gormann, Birgit (2012): Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten alleinerziehender Mütter. In: Hessisches Ärtzes 2/2012, S. 95-98.
- Kämper, Andreas (2013): Studie zur Situation von Alleinerziehenden in der Stadt Wolfsburg im SGB II-Bezug. Vortrag, Bundestagung der BAGW, 25.-27.9.2011.
- Helfferich, Cornelia/Hendel-Kramer, Anneliese/Klindworth, Heike (2003): Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter, Robert Koch Institut (Hg.), Heft 14, Berlin.
- Hradil, Stefan (2009): Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In: Richter Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg) (2009): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden, S. 35-54.
- Keller, Matthias/Haustein, Thomas et al. (2012): Vereinbarkeit von Familie und Beruf – Ergebnisse des Mikrozensus 2011, in: Statistisches Bundesamt: Wirtschaft und Statistik. Download unter:
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Bevoelkerung/VereinbarkeitFamilieBeruf_122012.pdf?__blob=publicationFile (30.04.2013).
- Klinkhammer, Gisela/Korzilius, Heike (2014): Asylleistungen in Deutschland: Flüchtlinge sind Patienten dritter Klasse. In: Dtsch Arztebl 2014; 111(13): A-540 / B-466 / C-446.
<http://www.aerzteblatt.de/archiv/157498/Asylleistungen-in-Deutschland-Fluechtlinge-sind-Patienten-dritter-Klasse> (18.11.2014).
- Knipper, Michael/Bilgin, Yasar (2009): Migration und Gesundheit. Konrad-Adenauer-Stiftung.

- Lampert, Thomas (2011): Armut und Gesundheit. In: Schott, Thomas/Hornberg, Claudia (Hrsg.) Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. Wiesbaden, S 575–597.
- Lampert, Thomas/Kroll, Lars Eric (2010): Armut und Gesundheit. Robert Koch-Institut (Hrsg.): GBE kompakt 5/2010. Berlin. <http://edoc.rki.de/series/gbe-kompakt/sonstige/reAwH2wxwRHfM/PDF/29wYJ9AaKy3gU.pdf> (14.05.2012).
- Lampert, Thomas/Mielck, Andreas (2008): Gesundheit und soziale Ungleichheit – eine Herausforderung für Forschung und Politik. In: GGW, Jg. 8, Heft 2 (April), S.7-16.
- Lampert, Thomas/ Kroll, Lars Eric/Dunkelberg, Annalena (2007): Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. Aus Politik und Zeitgeschichte, Band 42, Bonn, S.11-18.
- Lampert, Thomas/Saß, Anke-Christine/Häfelinger, Michael/Ziese, Thomas (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit – Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.
- Laubstein, Claudia/Holz, Gerda/Dittmann, Jörg/Sthamer, Evelyn (2012): Von alleine wächst sich nichts aus – Lebenslagen von (armen) Kindern und Jugendlichen und gesellschaftliches Handeln bis zum Ende der Sekundarstufe I. Abschlussbericht der 4. Phase der Langzeitstudie im Auftrag des Bundesverbands der Arbeiterwohlfahrt. Frankfurt a.M.
- Lutz, Ronald (2012): Soziale Erschöpfung – Erschöpfte Familien. Wiesbaden.
- Meier-Gräwe, Uta (2006): Jedes Kind zählt – Bildungsgerechtigkeit für alle Kinder als zukunftsweisende Aufgabe einer vorsorgenden Gesellschaftspolitik. Expertise im Auftrag der Bertelsmannstiftung. http://www.kinder-frueher-foerdern.de/cps/rde/xbcr/SID-62D64257-453995AF/bst/Meier_Graewe_Expertise-Druck_061009.pdf, 17.05.2010.
- Mielck, Andreas (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Einführung in die aktuelle Diskussion. Hans Huber-Verlag, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Mielck, Andreas (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Verlag Hans Huber, Bern et al.
- Mueller, U./Heinzel-Gutenbrunner, M. (2001): Krankheiten und Beschwerden (subjektive Gesundheit) unter Bewertung der eigenen Gesundheit. Materialien zur Bevölkerungswissenschaft Heft 102c. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden.
- Otto, Friederike (2012): Effekte stationärer Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Kinder - Eine kontrollierte Vergleichsstudie. Rehabilitation DOI 10.1055/s-0032-1308967.
- Potts, Lydia/Lingen-Ali, Ulrike (2013): Alleinerziehende Migrantinnen und Migranten in Deutschland. Lebenspraxen zwischen Ausgrenzung und Handlungsfähigkeit. In: Migration und Soziale Arbeit, Heft 2/2013, Weinheim, S. 132-140.
- Razum, Oliver/Spallek, Jacob (2009): Wie gesund sind Migranten? Erkenntnisse und Zusammenhänge am Beispiel der Zuwanderer in Deutschland. focus Migration, Nr. 12.
- Razum, Oliver et al. (2008): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch-Institut. Berlin. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/migration.pdf?__blob=publicationFile (15.05.2012)
- Richter Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg) (2009): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2., aktualisierte Auflage. Wiesbaden.
- Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus/Klocke, Andreas/Melzer, Wolfgang/Ravens-Sieberer, Ulrike (Hrsg.) 2008: Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten

- internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Juventa, Weinheim/München.
- Richter-Kornweitz, Antje (2012): „Gesundheitliche Ungleichheit im Alter – Ein Armutszeugnis“; In: Butterwegge, Christoph/Bosbach, Gerd/Birkwald, Matthias W. (Hg.): Armut im Alter – Probleme und Perspektiven der sozialen Sicherung, Campus Verlag: Frankfurt/New York, S. 144-160.
- Scherr, Albert (2001): Soziale Arbeit als organisierte Hilfe in der funktional differenzierten Gesellschaft. In: Tacke, Veronika (Hrsg.): Organisation und gesellschaftliche Differenzierung. Wiesbaden, S. 215-235.
- Schubert, Michael/Parthier, Katrin/Kupka, Peter/Krüger, Ulrich/Holge, Jörg/Fuchs, Philipp (2013): Menschen mit psychischen Störungen im SGB II. IAB Forschungsbericht, 12/2013. <http://doku.iab.de/forschungsbericht/2013/fb1213.pdf> (18.11.2013)
- Seligman, Martin (1979): Erlernte Hilflosigkeit. München, Wien, Baltimore.
- Siegrist, Johannes/Wahrendorf, Morten (2009): Quality of work, health and retirement. In: The Lancet, 374 (2009) 9705, S. 1872-1873
- Siegrist, Johannes/Marmot, Michael (2008): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern.
- Siegrist, Johannes (2002): Gefährdete Gesundheit bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen: Was wissen wir, was können wir tun? In: Regiestelle E&C der Stiftung SPI: E&C-Fachforum „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten“, 4. und 5. Juni 2002, 11–15.
- Spallek, Jacob/Razum, Oliver (2008): „Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten.“ In: Bauer, Ullrich/Bittlingmayer, Uwe H./Richter, Matthias (Hg.): Health Inequalities – Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden, S. 271-288.
- Statistisches Bundesamt (2012): Mikrozensus 2011. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2010): Mikrozensus 2009. Wiesbaden. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/HaushalteFamilien/Tabellen/FamilienKindern.html>
- Statistisches Bundesamt (2010b): Alleinerziehende in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 2009. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/HaushalteMikrozensus/Alleinerziehende.html>
- Timm, Andreas (2008): Die gesundheitliche Lage von alleinerziehenden Müttern. In: Böcken, Jan/Braun, Bernard/Amhof, Robert (Hrsg.): Gesundheitsmonitor und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung, S. 48-66.
- WHO (2011): Rio Political Declaration on Social Determinants of Health, Rio de Janeiro, Brasilien, 21. Oktober 2011.
- Wilkens, Ingrid/Fuhr-Becker, Gabriela/Waldmüller, Maja: Gesundheitliche Selbsteinschätzung von Migrantinnen und Migranten. In: Migration und Soziale Arbeit 4/2013, Weinheim, S. 298-305.
- Wilkinson, Richard/Marmot, Michael (2004): Soziale Determinanten von Gesundheit: die Fakten. Zweite Ausgabe. WHO Europa, Kopenhagen.
- Wilkinson, Richard/Pickett, Kate (2009): The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better. Allen Lane.
- Zerssen, D.-M./Koeller, D.v. (1976): Die Beschwerde-Liste. Parallelförmige B-L und B-L` Ergänzungsbögen B-L°. Klinische Selbstbeurteilung – Skalen (KSb-S) aus dem Münchner Psychiatrischen Informationssystem (PSYCHIS München). Manual. Testmappe. Beltz Verlag: Weinheim.

Kurzprofil

Das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (ISS-Frankfurt a. M.) wurde im Jahr 1974 vom Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt e.V. (AWO) gegründet und ist seit 1991 als rechtlich selbständiger gemeinnütziger Verein organisiert. Der Hauptsitz liegt in Frankfurt am Main. In Berlin unterhält das ISS ein Projektbüro.

Das ISS-Frankfurt a. M. beobachtet, analysiert, begleitet und gestaltet Entwicklungsprozesse der Sozialen Arbeit und erbringt wissenschaftliche Dienstleistungen für öffentliche Einrichtungen, Wohlfahrtsverbände und private Träger. Gefördert wird das Institut durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).

- Das Leistungsprofil des ISS-Frankfurt a. M. steht als wissenschaftsbasiertes Fachinstitut für Praxisberatung, Praxisbegleitung und Praxisentwicklung an der Schnittstelle von Praxis, Politik und Wissenschaft der Sozialen Arbeit und gewährleistet damit einen optimalen Transfer.
- Zum Aufgabenspektrum gehören wissenschaftsbasierte Dienstleistungen und Beratung auf den Ebenen von Kommunen, Ländern, Bund und der Europäischen Union sowie der Transfer von Wissen in die Praxis der Sozialen Arbeit und in die Fachöffentlichkeit.
- Die Arbeitsstruktur ist geprägt von praxiserfahrenen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, häufig mit Doppelqualifikationen, die ein breites Spektrum von Themenfeldern in interdisziplinären Teams bearbeiten. Dadurch ist das Institut in der Lage, flexibel auf Veränderungen in Gesellschaft und Sozialer Arbeit sowie die daraus abgeleiteten Handlungsanforderungen für Dienstleister, Verwaltung und Politik einzugehen.
- Auf unserer Website www.iss-ffm.de finden Sie weitere Informationen zum ISS-Frankfurt a. M. und zu dessen Kooperationen sowie Arbeitsberichte, Gutachten und Expertisen zum Download oder Bestellen.





Institut für Sozialarbeit
und Sozialpädagogik e. V.
Zeilweg 42
60439 Frankfurt am Main

Telefon +49 (0) 69 / 95789-0
Telefax +49 (0) 69 / 95789-190
E-Mail info@iss-ffm.de
Internet www.iss-ffm.de

