



ROBERT KOCH INSTITUT
Statistisches Bundesamt

In Deutschland leben 1,4 Millionen alleinerziehende Mütter und Väter, die 1,9 Millionen minderjährige Kinder betreuen. 88% der Alleinerziehenden sind Frauen. Auf der Basis einer einheitlichen Definition des »Alleinerziehens« wurden für diesen Bericht vier repräsentative Datenquellen ausgewertet und der Gesundheitszustand alleinerziehender und verheirateter Mütter und Väter verglichen. Alleinerziehende Mütter leiden häufiger unter Allgemeinbeschwerden und Schmerzen als verheiratete Mütter und sind in ihrer psychischen Befindlichkeit sowie ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität eher beeinträchtigt als diese. 55,9% der alleinerziehenden und 62,3% der verheirateten Mütter schätzen ihren Gesundheitszustand als »sehr gut« bzw. »gut« ein. Alleinerziehende Väter unterscheiden sich von verheirateten Vätern vor allem hinsichtlich ihrer Lebenszufriedenheit und ihrer Zufriedenheit mit dem Lebensstandard: 46,5% der alleinerziehenden, aber 72,7% der verheirateten Väter sind mit ihrem Leben sehr zufrieden oder zufrieden; mit dem Lebensstandard sehr zufrieden bzw. zufrieden sind 44,2% der alleinerziehenden und 69,7% der verheirateten Väter. Entsprechend ihrer jeweiligen Lebenssituation sind alleinerziehende Eltern unterschiedlich stark durch psychosoziale und gesundheitliche Risiken belastet und verfügen über ein unterschiedliches Maß an Ressourcen. Insbesondere eine schwierige finanzielle Situation und soziale Belastungen können ihre Gesundheit negativ beeinflussen. Eine Verringerung dieser spezifischen Belastungen kann einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage alleinerziehender Mütter und Väter leisten.



Gesundheitsberichterstattung des Bundes
Heft 14

**Gesundheit
alleinerziehender Mütter und Väter**

© Robert Koch-Institut

ISBN 3-89606-141-0

ISSN 1437-5478

Gesundheitsberichterstattung des Bundes
Heft 14

Gesundheit
alleinerziehender Mütter und Väter

Autorinnen: Cornelia Helfferich, Anneliese Hendel-Kramer, Heike Klindworth

Herausgeber: Robert Koch-Institut

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Die *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (GBE des Bundes) beschreibt den Gesundheitszustand der Bevölkerung, das Gesundheitsverhalten, die Verbreitung von Risikofaktoren, die Inanspruchnahme von Leistungen sowie die Kosten und Ressourcen des Gesundheitswesens. Sie basiert auf vorhandenen Daten, die in den Berichten zusammengeführt und bewertet werden. Ihre Aussagen beziehen sich auf die nationale, bundesweite Ebene und haben eine Referenzfunktion für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Die GBE des Bundes stellt eine fachliche Grundlage für politische Entscheidungen bereit. Darüber hinaus dient sie der Erfolgskontrolle durchgeführter Maßnahmen und trägt zur Entwicklung und Evaluierung von Gesundheitszielen bei. Nicht zuletzt bietet sie allen Interessierten eine datengestützte Informationsgrundlage.

Nach dem Erscheinen des ersten kompletten Gesundheitsberichts für Deutschland¹ wird die Gesundheitsberichterstattung durch die regelmäßige Herausgabe von Themenheften aktuell gehalten und weiter ausgestaltet. Dies gewährleistet:

- ▶ aktuelle Berichte,
- ▶ ein flexibles Themenspektrum,
- ▶ die Berücksichtigung des Leserinteresses.

Schwerpunktberichte und Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung ergänzen und vertiefen die regelmäßig erscheinenden Hefte.

Die *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* umfasst alle Bereiche des Gesundheitswesens:

- ▶ Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens
- ▶ Gesundheitliche Lage
 - ▶ *Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter (Heft 14)*
- ▶ Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen
- ▶ Krankheiten/Gesundheitsprobleme
- ▶ Ressourcen der Gesundheitsversorgung

- ▶ Leistungen und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens
- ▶ Ausgaben, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens.

Dieser Aufbau liegt dem 1998 erschienenen *Gesundheitsbericht für Deutschland* mit über 100 verschiedenen gesundheitsbezogenen Themen zugrunde und ist kompatibel mit dem Aufbau der GBE in den Bundesländern. In diese Struktur integrieren sich auch die bereits erschienenen Themenhefte.

Der *Gesundheitsbericht für Deutschland* ist über das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes www.gbe-bund.de abrufbar. Darüber hinaus bietet das Informationssystem eine Vielzahl gesundheitsrelevanter Informationen und Kennziffern zum Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung. Die Zusammenarbeit des Robert Koch-Instituts mit dem *Informations- und Dokumentationszentrum Gesundheitsdaten* am Statistischen Bundesamt gewährleistet die Einbeziehung valider und aktueller Daten in die Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

In dieser Reihe sind bisher erschienen:

- Heft 1 »Schutzimpfungen«
- Heft 2 »Sterbebegleitung«
- Heft 3 »Gesundheitsprobleme bei Fernreisen«
- Heft 4 »Armut bei Kindern und Jugendlichen«
- Heft 5 »Medizinische Behandlungsfehler«
- Heft 6 »Lebensmittelbedingte Erkrankungen«
- Heft 7 »Chronische Schmerzen«
- Heft 8 »Nosokomiale Infektionen«
- Heft 9 »Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin«
- Heft 10 »Gesundheit im Alter«
- Heft 11 »Schuppenflechte«
- Heft 12 »Dekubitus«
- Heft 13 »Arbeitslosigkeit und Gesundheit«

Die Berichte können über das Robert Koch-Institut bezogen werden und stehen außerdem unter www.rki.de zur Verfügung.

¹ Statistisches Bundesamt (Hrsg): Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart (Metzler-Poeschel) 1998

Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter

Einleitung

Alleinerziehende sind eine wachsende Gruppe in der Bevölkerung. Selbst wenn man strenge Kriterien zu Grunde legt und nur diejenigen einbezieht, die mit (mindestens) einem minderjährigen Kind und ohne Partner bzw. Partnerin im Haushalt leben, kommt man für 1999 auf eine Zahl von 1,4 Millionen alleinerziehenden Eltern und 1,9 Millionen minderjährigen Kindern in den Familien dieser Alleinerziehenden. Der Anteil der Haushalte Alleinerziehender an den Familien mit Kindern betrug 1999 in den neuen Bundesländern 19 %, in den alten Bundesländern 14,1 %. 88 % (mit geringen Unterschieden zwischen den alten und neuen Bundesländern) der Alleinerziehenden sind Frauen, die als geschiedene oder verheiratet getrennt lebende, als ledige oder verwitwete Mütter mit ihren Kindern und ohne Partner zusammenleben.

Alle Untersuchungen zur Lebenssituation Alleinerziehender weisen übereinstimmend auf die schlechte ökonomische Situation ihrer Haushalte, verglichen mit Haushalten von Ehepaaren mit Kindern hin. Indikatoren dafür sind die hohe Sozialhilfequote und das niedrige Haushaltsnettoeinkommen. Nimmt man noch subjektive Belastungen hinzu, die sich aus der alleinigen Zuständigkeit für die Kindererziehung, Haushaltsführung und Sorge für den Lebensunterhalt ergeben, so ist erkennbar, dass Alleinerziehende eine stark belastete Gruppe sind. Diese Beobachtung wird durch Untersuchungsergebnisse unterstützt, die auf einen schlechteren Gesundheitszustand und ein stärker beeinträchtigtes subjektives Wohlbefinden von Alleinerziehenden, verglichen mit verheirateten Eltern, hinweisen.

Bei der Interpretation solcher Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass in den Untersuchungen und selbst in der amtlichen Statistik keine identische Definition des »Alleinerziehens« verwendet wird. Zum Teil werden Mütter und Väter in nicht-ehelichen Lebensgemeinschaften mitgerechnet, zum Teil werden sie ausgeschlossen. Auf der Seite der Kinder wird uneinheitlich vorausgesetzt, dass sie minderjährig, unter 27 Jahren oder

ledig (ohne Altersbegrenzung) sind. Damit sind Untersuchungsergebnisse kaum vergleichbar. Eine sehr weite Definition und pauschale Aussagen tragen der Heterogenität innerhalb der Gruppe der Alleinerziehenden nicht Rechnung. So unterscheidet sich die Lebenssituation bezogen auf Belastungen und ökonomische Ressourcen deutlich z.B. bei Alleinerziehenden mit und ohne Lebenspartner/in im Haushalt, bei alleinerziehenden Müttern und Vätern und bei ledigen, geschiedenen oder verwitweten Alleinerziehenden. Zu differenzieren ist, welche Untergruppen bei den Alleinerziehenden besonders stark belastet sind und welche über ausreichend Ressourcen verfügen und kaum von sozialen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen sind.

Alleinerziehende, die mit mindestens einem minderjährigen Kind, aber ohne Partner bzw. Partnerin zusammenleben, gelten als belastet. Der Bericht beschränkt sich auf diese Gruppe von Müttern und Vätern¹ und legt diese enge Definition einheitlich einer sekundäranalytischen Auswertung von vier repräsentativen Datensätzen zu Grunde (BGS: Bundes-Gesundheitssurvey 1998, Mikrozensus 1999 mit Zusatzbefragung Gesundheit, SOEP: Sozio-ökonomisches Panel 2000, BZgA: Aktionsgrundlagen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1995; siehe Glossar). Um das Besondere an der Lebens- und gesundheitlichen Situation Alleinerziehender zu bestimmen, werden zum Vergleich verheiratete Elternteile mit mindestens einem minderjährigen

¹ Im SOEP, den Aktionsgrundlagen und im Mikrozensus ist das verwandtschaftliche Verhältnis zwischen Befragten und im Haushalt lebenden Kindern eindeutig feststellbar. Die in der Auswertung berücksichtigten Alleinerziehenden sind Mütter bzw. Väter der von ihnen betreuten Kinder. Im BGS wurde das verwandtschaftliche Verhältnis nicht mit erfasst; es ist daher möglich, dass die Gruppe der alleinerziehenden Frauen, die für die Auswertungen herangezogen wurde, auch eine geringe Zahl alleinerziehender Großmütter umfasst. Die Belastungen dieser Frauen sind jedoch vergleichbar mit denen der alleinerziehenden Mütter.

Kind im Haushalt herangezogen. Beide Gruppen werden in der Altersspanne von 18 bis 59 Jahren betrachtet.

Es werden die Aspekte der Lebenslage dargestellt, von denen eine Beeinflussung der Gesundheit angenommen wird (sozio-ökonomische Lage, soziale Netze).

Den Unterschieden zwischen alleinerziehenden Vätern und Müttern differenziert nachzugehen, scheitert an den kleinen Fallzahlen

alleinerziehender Väter auch in großen Erhebungen. Um die Gruppe, deren gesundheitliche Belastungen und Ressourcen betrachtet werden, homogener zu fassen, konzentriert sich der Bericht auf alleinerziehende Mütter. Nur für wenige Fragen (Sozialdaten, Rauchverhalten) werden die Geschlechterunterschiede berichtet und in einem Exkurs wird gesondert auf die gesundheitliche Situation alleinerziehender Väter eingegangen.

Tabelle 1
Eckdaten über Alleinerziehende im Alter von 18–59 Jahren im April 1999*

Angaben in Prozent

Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 1999

Gegenstand der Nachweisung	Deutschland	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer	Deutschland
	weiblich	weiblich	weiblich	männlich
Familienstand der Alleinerziehenden				
ledig	30,0	26,5	40,3	14,0
verheiratet, getrennt lebend	18,9	20,3	14,8	25,0
geschieden	43,7	45,3	39,0	46,3
verwitwet	7,4	7,9	6,1	15,2
Alter der Alleinerziehenden (von ... bis unter ... Jahren)				
18–20	0,7	0,8	/	/
20–30	16,9	15,8	20,0	7,3
30–40	48,4	47,1	51,9	35,4
40–50	29,6	31,2	24,8	44,5
50–60	4,4	5,2	2,3	13,4
Zahl der Kinder unter 18 Jahren				
mit 1 Kind	65,0	63,9	68,1	72,0
mit 2 Kindern	27,2	27,9	25,2	23,2
mit 3 und mehr Kindern	7,8	8,2	7,1	4,9
Überwiegender Lebensunterhalt der Alleinerziehenden				
Erwerbstätigkeit	57,6	57,2	58,7	76,2
Arbeitslosengeld/-hilfe	11,0	6,5	24,2	9,8
Rente, Pension	3,6	4,2	1,9	3,7
Angehörige	6,3	8,3	/	/
Sozialhilfe	17,3	20,8	7,1	6,1
Sonstige Unterstützungen (z.B. BAFöG)	3,7	2,5	7,1	/

Lebenslage Alleinerziehender

Objektive Lebensbedingungen, psychische und soziale Belastungen führen häufig zu Beschwerden, Befindlichkeitsstörungen und Erkrankungen. Adäquate Belastungsverarbeitung und -bewältigung sind daher Faktoren, die als Hilfe bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie auch als Schutz vor Beschwerden wirksam werden. Die Bewältigungsstrategien werden von Ressourcen begünstigt, die im personalen (z.B. als Persönlichkeitseigenschaf-

ten), im sozialen (z.B. als soziale Unterstützung) und im materiellen (z.B. als ausreichende finanzielle Mittel) Bereich liegen können.

Vor dem Hintergrund dieser zentralen Aussagen des Belastungs-Ressourcen-Modells [15] gilt es, die Lebenssituation der alleinerziehenden Frauen zu betrachten. Dabei werden zum einen sozial schwierige und gesundheitlich ungünstige Bedingungen dieser Personengruppe deutlich, zum anderen können auch gesundheitsfördernde Aspekte sowie Veränderungs- und Hilfspotenziale aufgezeigt werden.

Tabelle 1
Fortsetzung

Gegenstand der Nachweisung	Deutschland	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer	Deutschland
	weiblich	weiblich	weiblich	männlich
Stellung im Beruf der Alleinerziehenden				
Erwerbstätige	64,7	64,9	64,2	79,3
bis 20 Arbeitsstunden pro Woche	16,4	20,5	4,8	4,9
21–35 Arbeitsstunden pro Woche	16,3	17,9	11,6	9,8
36–39 Arbeitsstunden pro Woche	14,0	15,2	10,3	23,8
40 und mehr Arbeitsstunden pro Woche	18,0	11,4	37,4	40,2
Erwerbslose	15,7	11,8	27,1	11,6
Nichterwerbspersonen	19,6	23,3	8,7	9,1
Monatliches Haushaltsnettoeink. (von ... bis unter ... DM)				
unter 1.000	6,0	6,2	5,5	3,0
1.000–1.800	25,2	23,7	30,0	12,8
1.800–2.500	29,7	29,5	30,6	20,1
2.500–3.000	13,9	13,9	13,9	17,1
3.000–4.000	14,0	14,2	13,2	21,3
4.000–5.000	4,9	5,4	3,5	10,4
5.000 und mehr	3,2	3,7	/	11,0
kein Einkommen	0,4	/	/	/
ohne Angabe	2,5	2,8	1,6	3,0

* Ergebnisse des Mikrozensus – Bevölkerung am Familienwohnsitz. Alleinerziehende im Alter von 18 bis 59 Jahren mit mindestens einem Kind im Alter von unter 18 Jahren im Haushalt und ohne Lebenspartner/in im Haushalt. / keine Angaben, da Zahlenwert nicht sicher genug. Abweichungen in den Summen ergeben sich durch Runden der Zahlen.

Eckdaten zum Alleinerziehen

Alleinerziehende sind bezogen auf ihre Lebenssituation eine heterogene Gruppe. Zunächst sind geschlechtsspezifische Unterschiede insofern festzustellen, als alleinerziehende Väter im Vergleich zu den Müttern älter sind, häufiger nur ein Kind zu versorgen haben und über mehr finanzielle Mittel verfügen. Auch innerhalb der Geschlechtsgruppen besteht Heterogenität. Je nach den Entstehungsgründen des Alleinerziehens unterscheidet sich die soziale Lage der Frauen. So leben z. B. verwitwete alleinerziehende Frauen aufgrund des Rentenbezuges in häufig gesicherteren finanziellen Verhältnissen als ledige. Auch die Zahl der zu versorgenden Kinder, die berufliche Qualifikation und die damit verbundenen Chancen auf dem Arbeitsmarkt bewirken unterschiedliche Lebenssituationen. Regionenspezifische Unterschiede zeigen sich zwischen den alten und den neuen Bundesländern: Jüngere und ledige alleinerziehende Frauen sind im Osten stärker vertreten als im Westen.

Erwerbstätigkeit

Alleinerziehende Frauen sind zu 64,7% erwerbstätig. Die Erwerbstätigenquoten in den neuen und alten Bundesländern unterscheiden sich kaum, allerdings sind in den neuen Bundesländern bedeutend mehr Frauen Vollzeit beschäftigt als in den alten (47,7% versus 26,6% der Erwerbstätigen, siehe Tabelle 1). Die Erwerbstätigenquote ist abhängig vom Alter der zu betreuenden Kinder: Je jünger diese sind, um so geringer ist die Quote.

Die im Vergleich mit den alten Bundesländern mit 27,1% mehr als doppelt so hohe Erwerbslosenquote der alleinerziehenden Mütter in den neuen Bundesländern entspricht den hohen Zahlen weiblicher Arbeitsloser in dieser Region.

Einkommen – finanzielle Lage

57,6% der alleinerziehenden Frauen bestreiten ihren Lebensunterhalt vor allem mit eigener Erwerbstätigkeit. Die gespannte Situation auf dem Arbeitsmarkt der neuen Bundesländer spiegelt sich auch darin wider, dass nahezu ein Viertel der alleinerziehenden Frauen im Osten (versus 6,5% im Westen) überwiegend von Arbeitslosengeld/-hilfe leben (siehe Tabelle 1). In den alten Bundesländern bezieht dagegen ein Fünftel der Frauen Sozialhilfe.

Im Hinblick auf die Höhe des Einkommens unterscheiden sich Alleinerziehende signifikant von Ehepaaren mit Kindern. Alleinerziehende sind überproportional häufig in den unteren, Ehepaare mit Kindern dagegen in den höheren Einkommensgruppen zu finden. Insbesondere die finanzielle Situation der alleinerziehenden Frauen, die unter allen Bevölkerungsgruppen die mit Abstand höchste Sozialhilfequote aufweisen, ist prekär; alleinerziehende Männer, vor allem in den alten Bundesländern, erzielen dagegen vergleichsweise hohe Einkommen [2]. Nach Daten der Sozialhilfestatistik bezogen Ende 1999 in Deutschland 27,1% der alleinerziehenden Frauen, aber nur 6,3% der alleinerziehenden Männer Sozialhilfe im engeren Sinn. Die Sozialhilfequote alleinerziehender Frauen steigt mit der Zahl der Kinder: So war 1999 fast die Hälfte der alleinerziehenden Frauen mit drei oder mehr Kindern auf Sozialhilfe angewiesen, bei Ehepaarhaushalten mit entsprechender Kinderzahl waren es nur 4,6% (Statistisches Bundesamt, Sozialhilfestatistik).

Vergleich der soziodemografischen Eckdaten von alleinerziehenden und verheirateten Müttern

Neben den genannten Unterschieden in der finanziellen Lage zeigen sich weitere soziodemografische Differenzen zwischen alleinerziehenden und verheirateten Müttern, wobei bei letzteren ebenfalls die Altersgruppe von 18 bis 59 Jahren mit mindestens einem minderjährigen Kind betrachtet wird. Der Anteil der Mütter mit zwei (38,3%) und drei und mehr (12,4%) Kindern ist bei den verheirateten höher als bei den alleinerziehenden. Die verheirateten Mütter sind in etwas geringerem Umfang erwerbstätig (60,2%) und

ihir Arbeitslosenanteil (6,5%) beträgt nur etwa ein Drittel des bei den alleinerziehenden feststellbaren. Mit 33,3% gehen bedeutend mehr verheiratete als alleinerziehende Mütter weder einer Erwerbstätigkeit nach noch suchen sie eine solche.

In Bezug auf die Altersgruppen zeigen die verheirateten Mütter eine ganz ähnliche Verteilung wie die alleinerziehenden: Der größte Anteil (47,3%) ist zwischen 30 und 39 Jahren alt, gefolgt von den 40- bis 49-Jährigen (29,2%). In der jüngsten Altersgruppe der 18- bis 19-Jährigen sind mit 4,4% etwas mehr verheiratete als alleinerziehende Mütter.

Subjektive Bewertung der Lebenslage

Nach Ergebnissen der Stressforschung beeinflussen Belastungen die physische und psychische Gesundheit und führen langfristig zu gesundheitlichen Schäden [21]. Alleinerziehende Mütter sind nicht nur durch finanzielle Probleme, sondern auch durch Zukunftsängste, Anzeichen von Überforderung und durch ein geringes Selbstwertgefühl stärker belastet als verheiratete Mütter.

Die Lebensqualität lässt sich über Angaben zur Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen ermitteln. Auch hier sind die Anteile alleinerziehender, die sehr zufrieden und zufrieden sind, geringer als die entsprechenden Anteile unter den verheirateten Müttern. Die Unterschiede sind bis auf die Zufriedenheit mit der Freizeit und der Haushaltstätigkeit signifikant, besonders deutlich sind sie im Hinblick auf das Einkommen und den Lebensstandard (siehe Abbildung 1).

Soziale Netze

Soziale Netze beeinflussen nicht nur Handlungsspielräume, sondern sie haben auch als Erfahrung sozialer Unterstützung und als Ressourcen für die Bewältigung des Alltags eine positive Auswirkung auf das psychische Wohlbefinden. Ein Mangel an sozialer Unterstützung kann dagegen zu Überforderung und Resignation führen. Zu den sozialen Netzwerken alleinerziehender Frauen liegen viele Untersuchungen mit meist kleinen Stichproben vor [11].

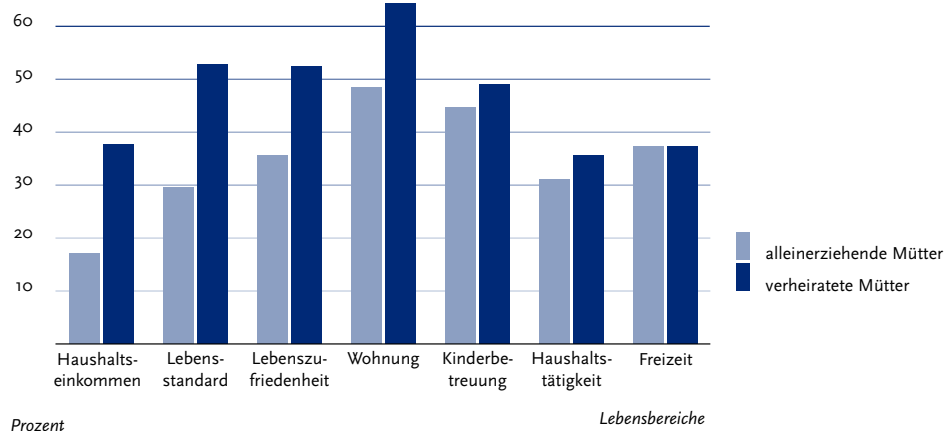
Tabelle 2
Belastungen alleinerziehender und verheirateter Mütter
Angaben in Prozent
Datenquelle: Aktionsgrundlagen 1995, eigene Berechnungen

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

* signifikanter Gruppenunterschied bei $p < 0,05$

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

Abbildung 1
Zufriedenheit alleinerziehender und verheirateter Mütter mit verschiedenen Lebensbereichen
 Angaben in Prozent
 Datenquelle: SOEP 2000, eigene Berechnungen, 11-stufige Ratingskala (Werte 0–10), Darstellung der (sehr) zufriedenen (Werte: 8–10)



Prozent

Lebensbereiche

Tabelle 3
Soziale Netze alleinerziehender und verheirateter Mütter
 Angaben in Prozent

Datenquellen: Bundes-Gesundheitssurvey 1998, Aktionsgrundlagen 1995, eigene Berechnungen

Datenquelle und Indikator	alleinerziehende Mütter	verheiratete Mütter
BGS – Zahl der Personen für Notfälle*		
keine/eine Person	12,4	4,7
zwei bis drei Personen	40,5	26,3
mehr als drei Personen	47,2	69,1
insgesamt	100	100
Aktionsgrundlagen		
sehr starke/starke Belastung durch Mangel an guten Freunden*	10,7	4,5
BGS		
sehr zufrieden mit Beziehungen zu Freunden, Nachbarn, Bekannten*	62,9	75,9

* signifikanter Gruppenunterschied bei $p < 0,05$

Die gesundheitliche Situation alleinerziehender und verheirateter Mütter im Vergleich

Alleinerziehende Mütter haben weniger Vertrauenspersonen, sie sind durch den Mangel an guten Freunden stärker belastet und sie sind unzufriedener mit den privaten Beziehungen als die Vergleichsgruppe.

Das dargestellte soziodemografische Bild verwischt jedoch Unterschiede in der sehr heterogenen Lebensrealität alleinerziehender Frauen. Zwar sind jüngere alleinerziehende Mütter überdurchschnittlich auf Sozialhilfe angewiesen und in einer entsprechend schwierigen Lebenslage [5], aber es gibt auch die hoch qualifizierten und wirtschaftlich gut situierten alleinerziehenden Frauen. Auch im Hinblick auf das subjektive Lebensgefühl nehmen alleinerziehende Frauen teilweise positive Aspekte und Vorteile ihrer Lebensform wahr [21].

Morbidität, Befindlichkeitsstörungen und Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes

Prävalenz von Krankheiten, Krankheitstage, Schwerbehinderung

Bezogen auf die Lebenszeitprävalenz von 44 überwiegend chronischen Krankheiten ist die Gesamtmorbidität, also die Summe der jemals erlebten Krankheiten, bei den alleinerziehenden Müttern signifikant höher als in der Vergleichsgruppe. Im Mittel berichten sie 4,3 Erkrankungen, die verheirateten Mütter hingegen nur 3,7. Unter den alleinerziehenden Müttern geben 85,4 % eine Prävalenz von 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

Tabelle 4
Lebenszeitprävalenz ausgewählter Krankheiten
 Angaben in Prozent

Datenquelle: Bundes-Gesundheitssurvey 1998, eigene Berechnungen

ausgewählte Krankheiten**	Alleinerziehende Mütter n=89	Verheiratete Mütter n=728
chronische Bronchitis*	9,0	3,9
Leberentzündung, Hepatitis*	10,2	4,1
Nierenbeckenentzündung*	23,6	14,2
Nierensteine, Nierenkolik*	15,7	5,2
Migräne	36,0	26,3
psychische Erkrankung*	24,7	10,9
Kontaktallergien	25,0	34,8
sonstige Allergien	14,9	20,4
Erkrankungen der Gebärmutter, Eierstöcke, Eileiter	25,3	17,2

* signifikanter Gruppenunterschied bei $p < 0,05$

** es werden nur die Krankheiten dargestellt, bei denen Gruppenunterschiede von mehr als 5 Prozentpunkten auftreten

Vergleichsgruppe (10,9%). Kontakt- und sonstige Allergien werden hingegen deutlich häufiger von den verheirateten Müttern berichtet, dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant.

Eine Interpretation dieser Ergebnisse ist schwierig, da Kausalzusammenhänge zwischen dem Alleinerziehen und bestimmten Krankheitsbildern kaum hergestellt werden können. Zudem liegen keine Informationen darüber vor, ob die jeweilige Krankheit vor oder nach Beginn des Alleinerziehens auftrat. Und schließlich besteht aufgrund der geringen Fallzahlen keine Möglichkeit, den Einfluss sämtlicher intervenierender Faktoren auf die Krankheitsentstehung einzuschätzen.

Bezogen auf eine 4-Wochen-Prävalenz geben die alleinerziehenden Mütter mit 9,2% häufiger eine Krankheitsperiode an als die Mütter der Vergleichsgruppe mit 5,4% (Mikrozensus 1999). Hinsichtlich der Krankheitsdauer zeigen sich hier keine wesentlichen Unterschiede. Gleiches gilt für die Zahl der Krankheitstage im Jahr: Alleinerziehende Mütter sind im Durchschnitt 12,5 Tage im Jahr gesundheitlich so beeinträchtigt, dass sie ihrer üblichen Tätigkeit nicht nachgehen können, verheiratete Mütter 11,2 Tage.

Die Prävalenzen für Schwerbehinderung und Berufsunfähigkeit sind im BGS 1998 und im SOEP 2000 insgesamt sehr niedrig. Knapp 6% respektive 4% der Alleinerziehenden geben eine vom Versorgungsamt anerkannte Behinderung an, in der Vergleichsgruppe betragen die entsprechenden Anteile jeweils etwa 3%. Eine Berufs-

krankheit bzw. deren Antragstellung wird lediglich von 2% der alleinerziehenden und 1% der verheirateten Mütter berichtet.

Allgemeine Befindlichkeitsstörungen

Im BGS 1998 wird die Prävalenz und die Intensität von 24 psychischen und körpernahen Beschwerden wie etwa Schwäche- oder Schwindelgefühl, innere Unruhe, Reizbarkeit und Schlaflosigkeit, aber auch Kreuz- und Rückenschmerzen anhand einer 4-stufigen Bewertungsskala erfasst (siehe Glossar; [26]).

Alleinerziehende geben ein signifikant größeres Beschwerden-Spektrum an als verheiratete Mütter (12,0 versus 10,6 Beschwerdearten). Vor allem leiden sie häufiger unter Schwächegefühl, Grübeleien, innerer Unruhe und Schlaflosigkeit. Alleinerziehende Frauen sind zudem durch die Stärke der einzelnen Beschwerden signifikant stärker beeinträchtigt als verheiratete Mütter.

Psychisches Wohlbefinden

Insgesamt geben alleinerziehende eine schlechtere psychische Befindlichkeit an als die verheirateten Mütter. Sie nennen häufiger Nervosität, Niedergeschlagenheit und Traurigkeit und sie fühlen sich seltener ruhig und gelassen, glücklich oder voller Energie.

Tabelle 5
Allgemeine Befindlichkeitsstörungen

Angaben in Prozent

Datenquelle: Bundes-Gesundheitssurvey 1998, eigene Berechnungen

Höhe des Beschwerdenniveaus*	Alleinerziehende Mütter** n=88	Verheiratete Mütter n=726
0-9	22,7	28,5
10-19	30,7	38,8
20-29	27,3	19,4
≥30	19,3	13,2
insgesamt	100	100

* Das Beschwerdenniveau kann einen Wert von 0 (keine Beschwerden) bis maximal 72 (in allen Bereichen starke Beschwerden) annehmen.

** signifikanter Gruppenunterschied bei $p < 0,05$

Tabelle 6
Emotionale Grundstimmungen (4-Wochen-Prävalenz)

Angaben in Prozent

Datenquelle: Bundes-Gesundheitssurvey 1998, eigene Berechnungen

Emotionale Grundstimmungen **	Alleinerziehende Mütter n=89	verheiratete Mütter n=723
sehr nervös*	29,5	17,8
niedergeschlagen*	12,5	6,3
entmutigt und traurig*	21,6	9,3
ruhig und gelassen	50,6	63,8
voller Energie*	42,5	61,8
glücklich*	50,5	68,7

* signifikanter Gruppenunterschied bei $p < 0,05$

** Häufigkeit des Auftretens emotionaler Grundstimmungen anhand einer 6-stufigen Antwortskala, angegeben wird der Anteil der Befragten, bei denen die jeweilige Stimmungslage »immer«, »meistens« oder »ziemlich oft« auftritt.

Schmerzen

Alleinerziehende Frauen leiden häufiger und stärker unter Schmerzen als verheiratete Mütter. Die Jahresprävalenz fällt bei fast allen erhobenen Schmerzarten (14 verschiedene Schmerzlokalisationen) höher aus als in der Vergleichsgruppe. Signifikant häufiger werden Schmerzen im Kopfbereich, im Nacken sowie in Armen und Beinen angegeben. Bezogen auf die 4-Wochen-Prävalenz berichtet fast die Hälfte der alleinerziehenden Mütter von mäßigen bis starken Schmerzen, in

der Vergleichsgruppe sind es nur 37,7%. Umgekehrt ist der Anteil an Befragten, die keine bzw. nur sehr leichte Schmerzen angeben unter den verheirateten Müttern mit 44,5% deutlich höher als bei den alleinerziehenden Frauen (25,1%).

Die höhere Schmerzbelastung der alleinerziehenden Mütter spiegelt sich auch in der stärkeren Beeinträchtigung bei der Verrichtung von Alltagstätigkeiten wider. Mehr als die Hälfte der verheirateten Mütter fühlen sich überhaupt nicht beeinträchtigt, bei den alleinerziehenden sind es nur 38%.

Tabelle 7
Beeinträchtigung der Alltagstätigkeiten wegen Schmerzen (4-Wochen-Prävalenz)

Angaben in Prozent

Datenquelle: Bundes-Gesundheitssurvey 1998, eigene Berechnungen

Grad der Beeinträchtigung*	Alleinerziehende Mütter n=89	Verheiratete Mütter n=723
überhaupt nicht	38,2	53,0
ein bisschen	32,6	29,0
mäßig	21,3	10,9
ziemlich	5,6	5,4
sehr	2,3	1,7
insgesamt	100	100

* signifikanter Gruppenunterschied bei $p < 0,05$

Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes und Zufriedenheit mit der Gesundheit

Subjektive Gesundheitsindikatoren wie die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes oder die Zufriedenheit mit der Gesundheit liefern wichtige Hinweise sowohl auf das körperliche als auch auf das mentale und soziale Wohlbefinden, da sie das subjektive Erleben von Krankheit und Gesundheit, individuelle Ansprüche und persönliche Bewertungen berücksichtigen. Zahlreiche Untersuchungen bestätigen einen hohen positiven Zusammenhang mit dem klinisch diagnostizierten Gesundheitsstatus [16].

Alleinerziehende Frauen schätzen ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand insgesamt etwas schlechter ein als die Vergleichsgruppe. Während 62 % der verheirateten Mütter einen sehr guten bzw. guten Gesundheitszustand angeben, beträgt der entsprechende Anteil bei den alleinerziehenden nur 56 %.

Den Ergebnissen zur Gesundheitseinschätzung entsprechend sind alleinerziehende mit ihrer Gesundheit signifikant unzufriedener als verheiratete Mütter (Mittelwert von 6,9 versus 7,3 bei einer 11-stufigen Bewertungsskala, SOEP 2000). Darüber hinaus machen sie sich signifikant häufiger große Sorgen um ihre Gesundheit (17 % versus 12 % bei den Verheirateten).

Tabelle 8
Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes
Angaben in Prozent
Datenquelle: SOEP 2000, eigene Berechnungen

Gegenwärtiger Gesundheitszustand*	Alleinerziehende Mütter n=429	Verheiratete Mütter n=3252
sehr gut / gut	55,9	62,3
zufriedenstellend	30,3	28,9
weniger gut / schlecht	13,8	8,8
insgesamt	100	100

* signifikanter Gruppenunterschied bei $p < 0,05$

Tabelle 9
Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im SF-36-Fragebogen
Quelle: Bullinger, Kirchberger (1998); siehe Literaturverzeichnis

Dimension	Abkürzung
Körperliche Funktionsfähigkeit	Köfu
allgemein reduzierte Leistungsfähigkeit (körperliche Rollenfunktion)	Köro
Beeinträchtigung durch Schmerzen	Schm
allg. Gesundheitswahrnehmung	Agas
Vitalität und körperliche Energie	Vita
soziale Funktionsfähigkeit	Sofu
Beeinträchtigung durch emotionale Probleme (emotionale Rollenfunktion)	Emro
psychisches Wohlbefinden	Psyc

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Alleinerziehende schätzen ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität subjektiv schlechter ein als die verheirateten Müttern. Diese wird im BGS 1998 mit dem SF-36-Fragebogen erhoben, der die Auswirkungen von Gesundheit und Krankheit auf die subjektiv erlebte physische und psychische Funktionsfähigkeit auf individueller und sozialer Ebene misst und dabei auch die sozialen Aspekte des Wohlbefindens berücksichtigt (siehe Glossar; [20]). Mit dem SF-36 können acht Einzeldimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gebildet werden (siehe Tabelle 9).

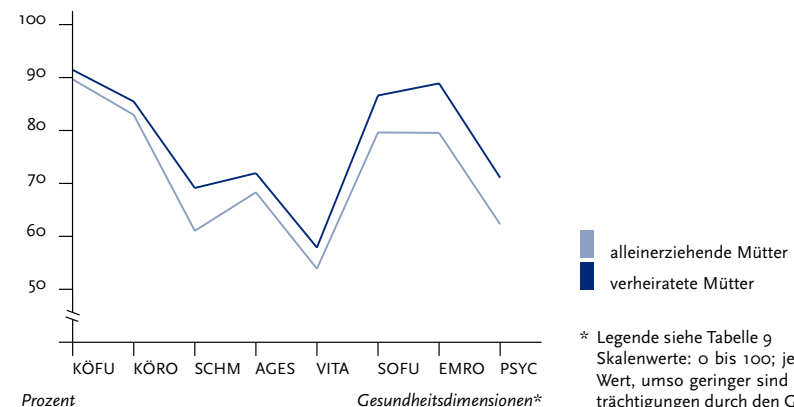
Alleinerziehende berichten in allen acht Einzeldimensionen eine schlechtere Lebensqualität als die verheirateten Mütter. Allerdings fällt diese Differenz in den einzelnen Bereichen unterschiedlich stark aus. Die Unterschiede sind bezogen auf körperliche Beeinträchtigungen gering, bezogen auf die allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität und soziale Funktionsfähigkeit deutlicher und statistisch bedeutsam. Im Hinblick auf die Beeinträchtigungen durch körperliche Schmerzen und emotionale Probleme sowie beim psychischen Wohlbefinden sind sie am größten. In diesen Bereichen geben die alleinerziehenden Frauen deutlich stärkere Einschränkungen an.

Die Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen alleinerziehenden und verheirateten Müttern beruhen nicht auf einer anderen Altersverteilung, da sowohl die alleinerziehenden als auch die verheirateten Mütter im Durchschnitt 36 Jahre alt sind. Auch bei Differenzierung nach Unter-, Mittel- und Oberschicht weisen die alleinerziehenden Mütter in einigen Bereichen immer noch deutlich stärkere Beeinträchtigungen auf als die verheirateten Mütter. Vor allem in der unteren Sozialschicht fühlen sich alleinerziehende Mütter durch Schmerzen und emotionale Probleme stärker beeinträchtigt als die verheirateten Mütter. Offenbar werden hier die negativen Effekte des Alleinerziehens auf Einzelaspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch die Zugehörigkeit zur unteren Sozialschicht noch verstärkt.

Neben dem Alter und der Sozialschicht hat vor allem das Vorliegen einer Krankheit starke Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Die höhere Schmerzbelastung und die stärkeren Probleme im Bereich der Allgemeinbeschwerden und der psychischen Befindlichkeit alleinerziehender Mütter spiegeln sich in der stärkeren Beeinträchtigung durch Schmerzen, sowie in Einschränkungen der psychischen und sozialen Funktionsfähigkeit und der psychischen Gesundheit.

Abbildung 2
Gesundheitsbezogene Lebensqualität alleinerziehender und verheirateter Mütter (Mittelwerte)

Abgaben in Prozent
Datenquelle: Bundes-Gesundheitssurvey 1998, eigene Berechnungen



* Legende siehe Tabelle 9
Skalenwerte: 0 bis 100; je höher der erreichte Wert, umso geringer sind die jeweiligen Beeinträchtigungen durch den Gesundheitszustand.

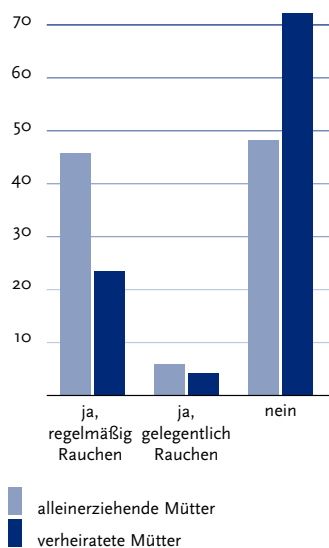
Gesundheits- und Krankheitsverhalten

Gesundheitsbezogene Verhaltensweisen und die Nutzung von Leistungen des medizinischen Versorgungssystems sind nicht nur geprägt vom akuten Krankheitsgeschehen. Gesundheitsförderliche und gesundheitsriskante Verhaltensweisen sind auch eingebettet in die alltägliche Lebensweise, die unter anderem durch Arbeits- und Wohnbedingungen, Muster sozialer Beziehungen, Zeitbudgets, finanzielle Ressourcen und soziale Belastungen mitgeformt wird [22].

Rauchen

Der Anteil der regelmäßigen Raucherinnen ist unter den alleinerziehenden Müttern mit 45,8 % nahezu doppelt so hoch wie in der Vergleichsgruppe (23,6 %). Eine Erklärung dafür findet sich im Belastungs-Ressourcen-Konzept, das Rauchen als Reaktion auf Stressbelastungen interpretiert. Es konnte in anderen Erhebungen gezeigt wer-

Abbildung 3
Rauchverhalten alleinerziehender und verheirateter Mütter
Angaben in Prozent
Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 1999



den, dass Frauen, die höherer sozialer Belastung ausgesetzt und geringer sozial eingebunden sind, häufiger rauchen als solche in unbelasteten Lebenssituationen [7]. Dieser Ansatz ist auf die alleinerziehenden Mütter übertragbar, da sie psychosozial stärker belastet sind als die Vergleichsgruppe.

Die bekannten Zusammenhänge zwischen Schulbildung und Rauchverhalten zeigen sich auch innerhalb der Gruppe der alleinerziehenden Mütter: Diejenigen mit Hauptschulabschluss rauchen zu 56,2 % (versus 30,5 % der Vergleichsgruppe) regelmäßig, diejenigen mit Abitur nur zu 27,6 % (versus 13,5 %). Bei allen Schulabschlussarten rauchen die alleinerziehenden nahezu doppelt so häufig wie die verheirateten Mütter.

Bewegung und Ernährung

Im Hinblick auf sportliche Betätigungen sind beide Gruppen aktiv. In den letzten drei Monaten gingen mit 53,9 % zwar mehr alleinerziehende Mütter als Mütter der Vergleichsgruppe (44,9 %) keiner sportlichen Betätigung nach, aber 30,3 % der alleinerziehenden Mütter (versus 27,2 % der Vergleichsgruppe) sind mindestens drei mal pro Woche sportlich so aktiv, dass sie dabei »ins Schwitzen oder außer Atem« geraten (BGS 1998).

Auf ihre Ernährung achten mit 48,1 % bedeutend weniger alleinerziehende als verheiratete Mütter (mit 70,7 %). Auch bei den Essgewohnheiten unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant voneinander: Alleinerziehende Mütter essen in größerem Maße unregelmäßig und nicht zu festen Zeiten (39,3 % versus 26,1 %; Aktionsgrundlagen 1995).

Inanspruchnahme von gesundheitsfördernden Angeboten und Beratungsstellen

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung (z.B. Rückenschulen, Kurse zu gesunder Ernährung, Raucherentwöhnung) haben mit ca. 40 % etwa gleich viele alleinerziehende wie verheiratete Mütter schon einmal in Anspruch genommen. Vor dem Hintergrund der schwierigen finanziellen Lage der alleinerziehenden Mütter ist es nicht erstaunlich, dass nur 37,1 % (versus 51,4 % der Ver-

gleichsgruppe) an gesundheitsfördernden Kursen bei voller individueller Kostenübernahme teilnehmen würden (BGS 1998).

Für die Bereitschaft der alleinerziehenden Mütter, benötigte professionelle Hilfe zu nutzen, spricht, dass 23,8 % (versus 8,5 % der Vergleichsgruppe) in den letzten zwölf Monaten eine oder mehrere Beratungsstellen besucht haben (Aktionsgrundlagen 1995).

Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen steht zum einen in Zusammenhang mit der Morbidität bzw. dem akuten Krankheitsgeschehen. Zum anderen ist sie auch Ausdruck des individuellen Gesundheitsverhaltens und Folge der Bewertung von aufgetretenen Beschwerden. Indikatoren der Inanspruchnahme sind die Konsultationen von (Fach-)ärzten sowie die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und Kurmaßnahmen.

Im Krankheitsfall suchen alleinerziehende Mütter mit 77,8 % ähnlich häufig einen Arzt auf wie verheiratete mit 76,3 % (Mikrozensus 1999). Auch im BGS 1998 lässt sich hinsichtlich der Häufigkeit der Arztkontakte kein bedeutsamer Unterschied zwischen den beiden Gruppen nachweisen. 94 % der alleinerziehenden Mütter und 92 % der Vergleichsgruppe sind innerhalb des letzten Jahres mindestens einmal zum Arzt gegangen, dabei suchen die alleinerziehenden mit im Durchschnitt 12,8 Konsultationen nahezu gleich oft einen Arzt auf wie die verheirateten Mütter (11,9 Arztkontakte).

Alleinerziehende Mütter begründen jedoch ihren letzten Arztbesuch häufiger mit einer akuten Erkrankung (50,6 % versus 40,7 %) oder einer Befindlichkeitsstörung (18 % versus 10,9 %) und seltener mit einer Beratung (12,4 % versus 17,9 %) oder einer Vorsorgeuntersuchung bzw. Impfung (21,4 % versus 31,5 %) als verheiratete Mütter. Im Hinblick auf die Befindlichkeitsstörungen ist der Unterschied statistisch bedeutsam (BGS 1998).

Bei der Differenzierung nach Fachärzten fällt auf, dass alleinerziehende mit etwa 15 % im Verlaufe eines Jahres deutlich häufiger einen Psychotherapeuten aufgesucht haben als verheiratete Mütter mit 3,7 % (BGS 1998). Auch wenn die geringe Fallzahl zu berücksichtigen ist, so steht dieses Ergebnis doch im Einklang mit

der weiter oben beschriebenen höheren Belastung durch psychische bzw. emotionale Probleme.

Alleinerziehende Mütter nehmen tendenziell seltener an Vorsorgeuntersuchungen teil als verheiratete Mütter: 53,6 % (versus 58,5 %) waren im letzten Jahr bei einer Krebsvorsorgeuntersuchung und 28,6 % (versus 30,3 %) bei einer allgemeinen Vorsorgeuntersuchung (Aktionsgrundlagen 1995). Möglicherweise ist dies darauf zurückzuführen, dass ihnen weniger Zeit für ein aktives Gesundheitsverhalten zur Verfügung steht und Betreuungsmöglichkeiten für die Kinder fehlen [21].

Hinsichtlich der Inanspruchnahme von Kuren zeigen sich keine bedeutsamen Gruppenunterschiede. 17 % der alleinerziehenden und 15 % der verheirateten Mütter haben schon einmal eine Kur verordnet bekommen. Auch im Hinblick auf die Frage nach einer Wiederholung der Kurmaßnahme bei höherer Eigenbeteiligung treten keine nennenswerten Differenzen auf (BGS 1998).

Medikamentenkonsument

Insgesamt nehmen die Mütter beider Gruppen nur sehr selten regelmäßig oder täglich Medikamente ein. Schmerzmittel haben – bezogen auf einen Zeitraum von drei Monaten und unabhängig von der Häufigkeit – 56 % der alleinerziehenden und 53 % der verheirateten Mütter eingenommen (Aktionsgrundlagen 1995). Der relativ hohe Konsum von Schmerzmitteln, die zum großen Teil aber nur zeitweilig eingenommen werden, steht vermutlich im Zusammenhang mit häufig auftretenden frauenspezifischen Schmerzen (Kopf- und Menstruationsschmerzen). Dass alleinerziehende Mütter etwas häufiger Schmerzmittel verwenden, entspricht Befunden aus anderen Datenanalysen [14] und ist bei der berichteten höheren Schmerzbelastung nicht überraschend. Darüber hinaus konnte in Studien nachgewiesen werden, dass psychosoziale Belastungen mit einer Steigerung der Schmerzmittelaufnahme korrelieren [7].

Auch Arzneimittel mit anzunehmender psychotroper Wirkung (Beruhigungs- und Schlafmittel, Mittel gegen die Folgen von Stressbelastung und gegen Verstimmtheit, Depression) haben im gleichen Zeitraum mehr alleinerziehende (23,8 %) als verheiratete Mütter (15,2 %) einge-

nommen. Stärkungs- und Anregungsmittel, Aufbaupräparate und Mittel gegen Konzentrationsstörungen wurden von etwas mehr verheirateten (16,6%) als alleinerziehenden Frauen (13,3%) verwendet.

Gesundheit, Lebenslage und Ressourcen – Unterschiede zwischen Alleinerziehenden

Da die Gruppe der alleinerziehenden Frauen hinsichtlich ihrer sozialen Lebenssituation heterogen ist, muss der Einfluss differenzierender soziodemografischer Merkmale auf die Selbsteinschätzung der Gesundheit (SOEP 2000) und auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität (BGS 1998) berücksichtigt werden.

Familienstand: Die verheiratet getrennt lebenden Mütter weisen mit 44,8% den geringsten Anteil mit sehr gutem und gutem Gesundheitszustand auf. Es folgen die ledigen Mütter mit 57,0% und die geschiedenen mit 58,9%. Mit 65,0% am häufigsten beurteilen die verwitweten, alleinerziehenden Mütter ihren Gesundheitszustand sehr positiv. Diese Unterschiede können nicht auf einen Alterseinfluss zurückgeführt werden, da die verwitweten Mütter die durchschnittlich älteste Gruppe sind. Eher dürfte die Einkommenssituation eine Rolle spielen, da die verwitweten alleinerziehenden Mütter in überwiegend gesicherten finanziellen Verhältnissen leben, die ledigen und verheiratet getrennt lebenden in eher ungesicherten. Die Unterschiede zwischen den Familienständen sind nicht signifikant.

Erwerbstätigkeit: Die voll erwerbstätigen alleinerziehenden Frauen bewerten ihre Gesundheit zu 66,2% als sehr gut oder gut, die teilzeitbeschäftigten zu 55,8% und die nicht erwerbstätigen zu 44,4%. Dieser Zusammenhang kann vermittelt sein über die mit der Erwerbstätigkeit verbundenen finanziellen Ressourcen und der dahinter stehenden günstigen bzw. ungünstigen sozialen Lage.

Die nicht erwerbstätigen Alleinerziehenden haben im Vergleich zu den erwerbstätigen signifikant häufiger einen niedrigen Schulabschluss und nahezu doppelt so häufig keine Berufsausbildung. Da diese Bedingungen nach sozialepidemiologi-

schen Untersuchungen ebenfalls mit ungünstigem Gesundheitszustand einhergehen, liegt hier eine weitere Erklärungsmöglichkeit.

Kinder werden auch von den alleinerziehenden Müttern den positiven Erlebensbereichen zugeordnet [21]. Doch bei aller Freude über den Nachwuchs gilt, dass er Arbeit und Belastung mit sich bringt. Mütter mit zwei Kindern haben den höchsten Anteil an positiver Gesundheitseinschätzung (60,5%), bei Frauen mit einem Kind liegt der Anteil bei 55,7%, bei Müttern mit drei und mehr Kindern sinkt er auf 43,6%. Der Unterschied zwischen den Familien mit einem und denen mit drei oder mehr Kindern ist signifikant.

Wie bereits angesprochen, sind einzelne Bereiche der gesundheitsbezogenen Lebensqualität abhängig vom **Alter**. Vergleicht man die über 35-jährigen alleinerziehenden Mütter mit den jüngeren, so fallen die negativen Effekte des Alters deutlich stärker aus als bei den verheirateten Müttern. Dies gilt vor allem für Funktionsbeeinträchtigungen, die auf den körperlichen Gesundheitszustand und Schmerzen sowie auf emotionale Probleme zurückzuführen sind.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität der alleinerziehenden Mütter steht auch im Zusammenhang mit der **Schulbildung**, die ein Indikator der sozialen Schichtzugehörigkeit ist. Je niedriger der Schulabschluss, umso stärker sind die Beeinträchtigungen durch den Gesundheitszustand. Bei den alleinerziehenden Hauptschulabsolventinnen fällt die gesundheitsbezogene Lebensqualität im Vergleich zu den verheirateten Müttern der entsprechenden Gruppe deutlich schlechter aus.

Innerhalb der Gruppe der alleinerziehenden Mütter beeinflusst die **Einkommenszufriedenheit**, die hoch mit der tatsächlichen Höhe des Einkommens – einem weiteren Indikator der sozialen Lage – korreliert, in starkem Maße die Gesundheitsbewertung.

Diese generelle Bedeutung der Einkommenszufriedenheit für die Gesundheitsbewertung wird auch beim Vergleich alleinerziehender und verheirateter Mütter in entsprechender finanzieller Lage deutlich: Mit ihrem Einkommen hoch zufriedene alleinerziehende Mütter bewerten ihre Gesundheit ähnlich positiv wie die hoch zufriedenen verheirateten Mütter; die einkommensunzufriedenen Alleinerziehenden schätzen ihren Ge-

Tabelle 10
Gesundheitsbewertung alleinerziehender Mütter nach Einkommenszufriedenheit
Angaben in Prozent
Datenquelle: SOEP 2000, eigene Berechnungen

Einschätzung des Gesundheitszustandes	Zufriedenheit mit dem Einkommen		
	sehr unzufrieden* n=80	mittelmäßig zufrieden n=274	sehr zufrieden* n=73
sehr gut / gut	43,8	56,2	69,9
zufriedenstellend	33,7	31,0	23,3
weniger gut / schlecht	22,5	12,8	6,8
insgesamt	100	100	100

Kategorisierung der 11-stufigen Skala zur Einkommenszufriedenheit nach: 0–2 sehr unzufrieden; 3–7 mittelmäßig zufrieden; 8–10 sehr zufrieden

* signifikanter Gruppenunterschied bei $p < 0,05$ zwischen »sehr unzufriedenen« und »sehr zufriedenen«

sundheitszustand vergleichbar kritisch ein wie die einkommensunzufriedenen Verheirateten. Allerdings ist die Anzahl der finanziell belasteten alleinerziehenden Mütter deutlich größer als die der verheirateten.

Alleinerziehende, die verheiratet getrennt leben, nicht erwerbstätig sind oder drei und mehr Kinder haben, bewerten nicht nur ihren Gesundheitszustand, sondern auch ihre Einkommenssituation deutlich kritischer als diejenigen in anderem Familienstand, mit Erwerbstätigkeit oder mit weniger Kindern.

Soziale Netzwerke als Ressource für die Alltagsbewältigung stehen in eindeutig positiver Beziehung zum Wohlbefinden [18]. So schätzen 28,6% der alleinerziehenden Frauen, die sich auf drei und mehr Personen verlassen können ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet oder sehr gut ein, wohingegen dieser Anteil bei der Gruppe mit keiner oder bis zu drei Unterstützungspersonen bei 8,5% liegt (BGS 98). Eine Voraussetzung für die protektive Wirkung sozialer Unterstützung ist jedoch die Übereinstimmung von Unterstützungsbedürfnissen mit Unterstützungserhalt. So legen alleinerziehende Mütter Wert darauf, dass eine Gegen- und Wechselseitigkeit der sozialen Unterstützung besteht [17].

Ressourcen alleinerziehender Frauen

Alleinerziehende Frauen können nicht undifferenziert als »besonders kranke« Gruppe bezeichnet werden, denn über die Hälfte bezeichnet ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut und die durchschnittliche Zufriedenheit mit der Gesundheit liegt im mittleren Bereich der Bewertungen. Eine Differenzierung nach Merkmalen der Lebenssituation verweist auf gesundheitlich wenig belastete Teilgruppen der alleinerziehenden Frauen und zeigt Ressourcen der Lebensbewältigung auf. Entscheidende Ressourcen sind das Einkommen und die Erwerbstätigkeit, die zumeist zu einer besseren materiellen Lage, zu größerer, aktiver Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben führen und zudem das Selbstbewusstsein der Frauen stärken [10]. Daneben hat die soziale Unterstützung, die persönliche Belastungen mindert, bei der Bewältigung von schwierigen Situationen hilft und die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Kindererziehung erleichtert, positive gesundheitliche Effekte.

Exkurs: Die alleinerziehenden Väter

Repräsentative soziodemografische Daten zur Gruppe der alleinerziehenden Väter sind zwar vorhanden [6]; [5], aber empirische Untersuchungen dazu, wie sie ihren Alltag bewältigen, sind selten [13]; [24] und solche zu ihrer Gesundheit existieren bisher nicht. In der Regel sind die Stichproben zu klein.

Im Hinblick auf die Gesundheitsindikatoren unterscheiden sich alleinerziehende und verheiratete Väter nicht wesentlich (SOEP 2000). 65,1 % der alleinerziehenden Väter (versus 62,3 % der Vergleichsgruppe) schätzten ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein. Um ihre Gesundheit sorgen sich die alleinerziehenden weniger als die verheirateten Väter: 48,8 % (versus 38,6 % der Vergleichsgruppe) machen sich keine Sorgen darum. Signifikant unterscheiden sich die alleinerziehenden von den verheirateten Vätern jedoch im Hinblick auf die Lebenszufriedenheit (46,5 % der alleinerziehenden versus 72,7 % der verheirateten sind mit ihrem Leben sehr zufrieden oder zufrieden), auf die Zufriedenheit mit dem Lebensstandard (44,2 % versus 69,7 % sind sehr zufrieden oder zufrieden) und mit dem Haushaltseinkommen, mit dem 27,9 % der alleinerziehenden, aber 52,9 % der verheirateten sehr zufrieden oder zufrieden sind. In diesen drei Bereichen sind die alleinerziehenden Männer deutlich unzufriedener als die verheirateten, ein Ergebnis, welches auf stärkere Belastung durch die finanzielle und die psychosoziale Situation hindeutet.

Der Anteil der regelmäßigen Raucher unter den alleinerziehenden Männern ist größer als der bei der Vergleichsgruppe (48 % versus 36,2 %). Auch differenziert nach Schulabschlüssen bleibt der Unterschied bestehen: 52,1 % der alleinerziehenden Väter mit Hauptschulabschluss (versus 43,9 % der Vergleichsgruppe) und 32,2 % derer mit Abitur (versus 22,2 % der Vergleichsgruppe) rauchen regelmäßig (Mikrozensus 1999).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die zwischen alleinerziehenden und verheirateten Müttern gefundenen gesundheitlichen Unterschiede nach Daten des SOEP bei den alleinerziehenden und verheirateten Vätern nicht bestehen. Zwar sind diese mit einigen Lebensbereichen unzufriedener als die verheirateten Männer, dies scheint sich aber nicht auf die Gesundheitseinschätzung auszuwirken. Inwiefern das Belastungserleben und die Belastungsbewältigung dafür verantwortlich sind, ist nach den vorliegenden Daten nicht überprüfbar.

Unterstützende Maßnahmen für (alleinerziehende) Mütter und Väter

Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter

Alleinerziehende können alle Maßnahmen nutzen, die sich allgemein an familiär gebundene Erziehungspersonen richten; eine große Bedeutung kommt dabei den Kuren bzw. den Mutter-Vater-Kind-Kuren zu. Bei letzteren löst die Möglichkeit, Kinder mitzubringen, das Problem der Kinderbetreuung während des Kuraufenthaltes der Alleinerziehenden. Durch das »Gesetz zur Verbesserung der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter«², welches am 1. August 2002 in Kraft trat, wird von diesem Zeitpunkt an gewährleistet, dass die Krankenkassen die Mutter-Vater-Kind-Kuren voll finanzieren. Damit stehen die Leistungen allen Versicherten, unabhängig von ihrem Einkommen, zur Verfügung. In dem Gesetz ist auch festgelegt, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen dem Deutschen Bundestag bis Ende 2005 einen Bericht vorlegen sollen, in dem die Erfahrungen mit den bewirkten Rechtsänderungen wiedergegeben werden. Indikationen zur Kur können der schlechte gesundheitliche Zustand der Mütter bzw. Väter, aber auch eine Kurbedürftigkeit der Kinder sein.

Mit den Kurmaßnahmen steht eine effektive Rehabilitationsmöglichkeit zur Verfügung, deren Wirksamkeit bezogen auf Befindlichkeitsstörungen, Beschwerden, Krankheiten und langfristig positive Veränderungen des Gesundheitsverhaltens in einer Studie belegt wurde [3]. In dieser Studie, deren Gegenstand ausschließlich Müttergenesungskuren waren, wurden alleinerziehende Frauen mit mehreren Kindern und einem geringen Einkommen als besonders belastete Gruppe benannt, bei der die Kuren nachhaltige Wirkung zeigen.

Sicherung der Versorgung der Kinder als Voraussetzung des Zugangs zu Maßnahmen

In § 38 SGB V ist geregelt, dass Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung Haushaltshilfe erhalten, wenn ihnen wegen Krankenhausbe-

2 Betrifft die Paragraphen 24, 41 und 111a SGB V

handlung oder bestimmter anderer Leistungen, wie z. B. ambulante und stationäre Kuren oder häusliche Krankenpflege, die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Voraussetzung ist, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Gesundheitspolitische Maßnahmen für Personen mit geringem Einkommen

Da die finanzielle Situation vor allem alleinerziehender Mütter häufig schlecht ist, sollten sie die Maßnahmen kennen und nutzen, die von Personen mit geringem Einkommen in Anspruch genommen werden können. Dazu gehören die Härtefallregelungen der gesetzlichen Krankenversicherungen, die Versicherte mit geringem Einkommen, bzw. diejenigen, welche Sozialhilfe, Arbeitslosenhilfe, Ausbildungsförderung oder Kriegspferfürsorge erhalten, von der Zuzahlung zu Medikamenten, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Fahrkosten, Zahnersatz sowie zu stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen vollständig befreit.

Mit dem »Gesetz zur Verbesserung des Zuschusses zu ambulanten medizinischen Vorsorgeleistungen« (§ 23 SGB V) vom 26. Juli 2002 wird der Zuschuss zu den nicht medizinischen Kosten ambulanter Vorsorgeleistungen für erwachsene Versicherte von acht auf dreizehn Euro, für versicherte chronisch kranke Kleinkinder von sechzehn auf einundzwanzig Euro erhöht. Damit wird das Ziel verfolgt, die Leistungen für die Menschen sicher zu stellen, die dringend die Hilfe der Solidargemeinschaft brauchen.

Beratungsstellen

Beratungsstellen kann eine Schlüsselfunktion bei dem Zugang zur Inanspruchnahme gesundheitspolitischer Maßnahmen zukommen. Sie unterstützen darüber hinaus bei der psychosozialen Bewältigung der Lebenssituation. Hier ist das Angebotsspektrum breit und nicht spezifisch auf Alleinerziehende zugeschnitten (u. a. Erziehungs-, Scheidungs-, Familien-, Schwangerschafts-, Schuldner,

Rechtsberatung etc.), allerdings gibt es Hinweise auf Defizite aus subjektiver Sicht [21].

Zielgruppenspezifische Beratungsangebote zu allen die Lebenssituation Alleinerziehender betreffenden Fragen bietet der als Selbsthilfeorganisation 1967 gegründete »Verband alleinerziehender Mütter und Väter« (VAMV; <http://www.vamv-bundesverband.de>) mit ca. 200 regionalen Ortsverbänden und Kontaktstellen an [25].

Effektive innovative Beratungsformen, die der besonderen Situation alleinerziehender Mütter in Problemsituationen Rechnung tragen, wurden im Rahmen eines Modellprojektes des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend an drei Modellstandorten entwickelt [4]. Ein gesundheitsrelevanter Aspekt der Konzeption war dabei die Vorbeugung von psychischer und physischer Überlastung und die Überwindung von Isolation. Durch die Vernetzung verschiedener Beratungsbereiche (psychosoziale, berufsbezogene und auf Alltagsbewältigung ausgerichtete Beratung) und die Kombination mehrerer Beratungsmethoden (Einzelgespräche, Gruppengespräche und Kurzgespräche zur Alltagsbewältigung) konnte das Selbsthilfepotenzial und der persönliche Stabilisierungsprozess alleinerziehender Frauen gestärkt werden.

Sozialpolitische Maßnahmen

Die materielle und soziale Situation Alleinerziehender wird durch zahlreiche sozialpolitische, fiskalische und familienrechtliche Bestimmungen beeinflusst, wobei in erster Linie unterhaltsrechtliche Vorschriften und Regelungen zur Durchsetzung von Unterhaltsansprüchen sowie Transferleistungen bedeutsam sind. In einzelnen Bundesländern existieren zum Teil eigene sozialpolitische Maßnahmen speziell für Alleinerziehende [12]. Um Berufstätigkeit und Kindererziehung zu vereinbaren, sind alleinerziehende Elternteile stärker noch als verheiratete Elternpaare auf ein differenziertes und flexibles Angebot an Kinderbetreuung angewiesen. Die Daten zur ökonomischen Situation und Erwerbstätigkeit alleinerziehender Mütter zeigen, dass im Vergleich zu verheirateten Müttern Defizite sowohl bei der sozialen Sicherung als auch bei der Kinderbetreu-

ung bestehen. Eine Aufhebung dieser Defizite ist zugleich eine Maßnahme der Gesundheitsförderung für Alleinerziehende.

Nach einer qualitativen Studie zu alleinerziehenden Frauen vermissen die Mütter aus subjektiver Sicht jedoch nicht nur eine Verbesserung der materiellen und der Kinderbetreuungssituation, sondern in erster Linie die gesellschaftliche Anerkennung und den Respekt vor ihren Erziehungsleistungen [21].

Zusammenfassung

Im Zuge der Pluralisierung der Lebensformen und der Entkoppelung von Ehe und Elternschaft wird die Zahl der alleinerziehenden Mütter und Väter weiterhin zunehmen. Verschiedene Indikatoren weisen auf eine schlechtere Gesundheit und eine kritischere Gesundheitsbewertung vor allem der alleinerziehenden Mütter – im Vergleich zu verheirateten Müttern – hin: So leiden alleinerziehende Mütter stärker unter Allgemeinbeschwerden und Beeinträchtigungen ihrer psychischen Befindlichkeit und ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität als verheiratete Mütter.

Allerdings können alleinerziehende Frauen nicht generell als besonders »kranke« Gruppe bezeichnet werden; ihre Lebenssituation ist sehr heterogen. Bei einem Teil dieser Gruppe liegen Risikofaktoren, insbesondere eine schwierige finanzielle Situation und soziale Belastungen vor, welche die Gesundheit negativ beeinflussen.

Sozialpolitische Maßnahmen, die auf eine Verbesserung dieser spezifischen Belastungen abzielen, können daher einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage alleinerziehender Mütter und Väter leisten.

Glossar

Verwendete Datensätze

Der *Bundes-Gesundheitssurvey 1998* (BGS) ist eine gesundheitsbezogene Befragung und Untersuchung, die zwischen Oktober 1997 und März 1999 vom Robert Koch-Institut durchgeführt wurde. Grundlage war eine repräsentative Stichprobe (N=7.124) der 18- bis 79-jährigen Wohnbevölkerung in Deutschland. Datenhalter: Robert Koch-Institut, Berlin

Das *Sozio-oekonomische Panel* (SOEP) ist eine repräsentative Längsschnittstudie privater Haushalte zur Beobachtung von Lebens- und Arbeitsbedingungen in Deutschland. Diese Befragung wird seit 1984 (ab 1990 ausgedehnt auf die neuen Bundesländer) jährlich durchgeführt. Im Erhebungsjahr 2000 war einer der Themenschwerpunkte »Gesundheit und Lebenszufriedenheit« (N=24.586). Datenhalter: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin

Der *Mikrozensus* ist eine auf gesetzlicher Grundlage jährlich durchgeführte Bevölkerungserhebung, bei der 1% der Bevölkerung in Privathaushalten zu ihren Lebensverhältnissen befragt wird. Im Rahmen dieser Erhebung wurden im Jahr 1999 bei 0,5% der Bevölkerung Fragen zur Gesundheit gestellt. Datenhalter: Statistisches Bundesamt

Die *Aktionsgrundlagen* der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sind wiederholte Bestandsaufnahmen über Wissen, Einstellungen und Verhaltensweisen der Bevölkerung. Die letzte dieser Erhebungen fand 1995 statt; die wichtigsten inhaltliche Aspekte waren »Erwerbstätigkeit und Gesundheit« sowie »Rauchgewohnheiten, Alkoholkonsum und Medikamentenverbrauch«. Befragt wurde eine für die deutsch sprechende Bevölkerung repräsentative Stichprobe (N=3.548). Datenhalter: Zentralarchiv für empirische Sozialforschung, Köln

Erhebungsinstrumente

Der *SF-36-Fragebogen* (Short-Form-36-Questionnaire) ist ein international eingesetztes Instrument zur Messung der subjektiv eingeschätzten gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der subjektiven Gesundheit. Gemessen werden dabei die individuellen und sozialen Auswirkungen von Gesundheit und Krankheit auf die subjektiv erlebte physische und psychische Funktionsfähigkeit. Der SF-36 umfasst acht Dimensionen von Gesundheit [1].

Mit der *Zerksen Beschwerden-Liste* werden allgemeine Befindlichkeitsstörungen gemessen. Die Liste enthält 24 psychische und körpernahe Beschwerden (z. B. Schwäche-, Schwindelgefühle, innere Unruhe, Kreuz- und Rückenschmerzen). Anhand einer vierstufigen Antwortskala wird nicht nur die Prävalenz sondern auch die Intensität (stark, mäßig, kaum, gar nicht) der Beschwerden erhoben [26].

Literaturverzeichnis

- [1] Bullinger M, Kirchberger I (1998) Der SF-36-Fragebogen zum Gesundheitszustand: Handbuch für die deutschsprachige Fragebogenversion. Hogrefe-Verlag, Göttingen
- [2] Bundesregierung (2001) Lebenslagen in Deutschland. Erster Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Drucksache 14/5990
- [3] BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (1996) Effektivität, Bedarf und Inanspruchnahme von medizinischen und psychosozialen Versorgungseinrichtungen für Frauen und Mütter mit Kindern: Der Beitrag von Mütterkursen zur Frauengesundheit. Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln
- [4] BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (1997) Hilfen für alleinerziehende Frauen in Problemsituationen. Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln
- [5] BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1997) Alleinerziehende in Deutschland – 1995/1996 – Daten und Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage zur Situation alleinerziehender Väter und Mütter. Materialien zur Familienpolitik Nr. 1. Bonn
- [6] BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000) Wie leben die Deutschen? Lebensformen, Familien- und Haushaltstrukturen in Deutschland. Sonderauswertungen mit den Daten des Mikrozensus 1998. Materialien zur Familienpolitik Nr. 10
- [7] BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001) Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln
- [8] BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001) Alleinerziehen in Deutschland – Ressourcen und Risiken einer Lebensform. Dokumentation der Fachtagung 23. Juni 2000, Berlin
- [9] Ellert U, Knopf H (1999) Zufriedenheit mit Lebensumständen und Gesundheit. Gesundheitswesen 61: 145–150
- [10] Hoffmann B, Swart E (2002) Selbstwahrnehmung der Gesundheit und ärztliche Inanspruchnahme bei Alleinerziehenden – Ergebnisse des Bundesgesundheitsveys. Gesundheitswesen 64: 214–223
- [11] Krüger D, Micus C (1999) Diskriminiert? Privilegiert? Die heterogene Lebenssituation Alleinerziehender im Spiegel neuer Forschungsergebnisse und aktueller Daten. Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg. ifb-Materialien 1–99. Bamberg
- [12] Limmer R (1998) Die Lebenssituation Alleinerziehender und sozialpolitische Maßnahmen für Alleinerziehende im Ländervergleich. Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg. ifb-Materialien 1–98. Bamberg
- [13] Matzner M (1998) Vaterschaft heute: Klischees und soziale Wirklichkeit. Campus Verlag, Frankfurt/M New York
- [14] MFJFG – Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (2000) Gesundheit von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen. Landesgesundheitsbericht 2000. Bielefeld
- [15] Mielck A (2000) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Verlag Hans Huber, Bern et al.
- [16] Mueller U, Heinzl-Gutenbrunner M (2001) Krankheiten und Beschwerden (subjektive Gesundheit) unter Bewertung der eigenen Gesundheit. Materialien zur Bevölkerungswissenschaft Heft 102c. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden
- [17] Niepel G (1992) Die Bedeutung sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung für Alleinerziehende: ein Trendbericht über ein in der deutschen Forschung vernachlässigtes Gebiet. Frauenforschung 10 (Heft 4): 60–76
- [18] Niepel G (1994) Soziale Netze und soziale Unterstützung alleinerziehender Frauen: eine empirische Studie. Leske+Budrich, Opladen
- [19] Niepel G (1994) Alleinerziehende – Abschied von einem Klischee. Leske+Budrich Opladen
- [20] Radoschewski M, Bellach B-M (1999) Der SF-36 im Bundes-Gesundheitssurvey – Möglichkeiten und Anforderungen der Nutzung auf der Bevölkerungsebene. Gesundheitswesen 61: 191–195
- [21] Schneider N, Krüger D, Lasch V, Limmer R, Matthias-Bleck H (2001) Alleinerziehen – Vielfalt und Dynamik einer Lebensform. Schriftenreihe des BMFSFJ Band 199. Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln
- [22] Siegrist J (1995) Medizinische Soziologie. Urban und Schwarzenberg, München
- [23] Stegmann D (1997) Lebensverläufe Alleinerziehender in West- und Ostdeutschland. Materialien zur Bevölkerungswissenschaft; Heft 82 e. Bundesinstitut für Bevölkerungswissenschaft, Wiesbaden
- [24] Stiehler, S (2000) Alleinerziehende Väter. Sozialisation und Lebensführung. Juventa Verlag, Weinheim München
- [25] VAMV – Bundesverband alleinerziehender Mütter und Väter eV (2001) Allein erziehend – Tipps und Informationen, 13. überarbeitete Auflage. Ebner, Ulm
- [26] Zerssen v D (1976) Die Beschwerden-Liste. Manual. Beltz Test GmbH, Weinheim

Die **Gesundheitsberichterstattung des Bundes** präsentiert ihr Daten- und Informationsangebot auch im Internet unter

www.gbe-bund.de

Die dort angebotenen Informationen geben Ihnen einen umfassenden Überblick über alle Teilaspekte des tief gegliederten Gesundheitswesens in Deutschland.

Sie haben die Möglichkeit anhand der vorliegenden Daten Ihre eigenen Tabellen zu erstellen. Die Tabellen sowie die darüber hinaus angebotenen Grafiken und Texte können Sie zur weiteren Verarbeitung auf Ihren eigenen Rechner übertragen.

Das Informationsangebot der Gesundheitsberichterstattung steht Ihnen rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr zur Verfügung. Es wird ständig erweitert und aktualisiert.

Zur Anmeldung verwenden Sie bitte den Nutzernamen »gast«. Dieser Name benötigt kein Passwort.

Weitere Auskünfte erhalten Sie unter **01888-644-8121**

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie.

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Robert Koch-Institut
Gesundheitsberichterstattung
Dr. Cornelia Lange, Dr. Thomas Ziese
Seestraße 10
13353 Berlin

Autorinnen

Prof. Dr. Cornelia Helfferich
Anneliese Hendel-Kramer M.A.
Dipl.-Biologin Heike Klindworth
Sozialwissenschaftliches
FrauenForschungsInstitut – SoFFI K.
Freiburg

Abonentenservice

Die Hefte »Gesundheitsberichterstattung des Bundes« können im Jahresabonnement oder als einzelne Hefte bezogen werden.
E-Mail: gbe@rki.de
www.rki.de
Tel.: 018 88. 754-34 00
Fax: 018 88. 754-35 13

Druck

Oktoberdruck, Berlin
gedruckt auf PROFIsilk, tcf

ISBN

3-89606-141-0

ISSN

1437-5478

Die politische und finanzielle Verantwortung für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes liegt beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt

Heft 14
April 2003

Gesundheit
alleinerziehender Mütter und Väter

Berlin: Robert Koch-Institut
ISBN 3-89606-141-0
ISSN 1437-5478

In Germany 1.4 million single parents take care of 1.9 million children and adolescents. 88% of single parents are women. In this report the health status of single and married mothers and fathers is described using four representative data sources and a uniform definition of single parents. Single mothers report more frequently general health complaints and pain compared to married mothers. They are more often impaired in their psychic well-being and their health-related quality of life than married mothers. Fewer single mothers than married mothers assess their health status as »very good« or »good« (56% versus 62%). Single fathers differ from married fathers particularly with regard to their satisfaction with life and with their standard of living: 47% of single fathers compared to 73% of married fathers are »very satisfied« or »satisfied« with life; 44% of single fathers versus 70% of married fathers are »very satisfied« or »satisfied« with their standard of living. According to their living conditions single parents are burdened differently by psychic, social, and physical risks and have varying resources to draw from. Especially a difficult financial situation and social strain can have a negative influence on their health. Addressing these specific burdens could be an important step towards a better health status of single mothers and fathers.