

Alleinerziehende in der SARS-CoV-2-Pandemie: Familiäre Gesundheitsförderung in der Kommune

Miriam Knörnschild, Sabine Rickensdorf & Raimund Geene

[Forum Gemeindepsychologie, Jg. 28 (2023), Ausgabe 1]

Zusammenfassung

Das Verständnis von Familie in Deutschland und West-Europa ist geprägt vom Bild der heterosexuellen Zweielternfamilie. Alleinerziehende sind im Vergleich zu Zweielternfamilien häufiger von sozialen und gesundheitlichen Belastungen betroffen. Die Bedeutung von institutionellen und privaten Unterstützungs- und Netzwerkstrukturen spielt für Alleinerziehende eine wesentliche Rolle. Im Rahmen des Projektes *Kind und Familie* (KiFa) zur Familiären Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden wurden Wünsche, Bedarfe und Bedürfnisse von Alleinerziehenden im Bezirk Berlin Neukölln in qualitativen Interviews thematisiert. Die Analyse erfolgte entlang des familiensoziologischen Konzeptes *Doing Family*. Staatliche Maßnahmen im Rahmen der Pandemie wie Kita- und Schulschließungen oder Kontaktbeschränkungen werden von Alleinerziehenden in ihrer familiären Lebensführung als besonders belastend beschrieben. Die SARS-CoV-2-Pandemie hat die herausfordernde Situation Alleinerziehender hinsichtlich Betreuung, sozialer und institutioneller Netzwerke sowie der Vereinbarkeit von Familie und Beruf verstärkt. Die pandemiebedingten Belastungen unterstreichen die Notwendigkeit, die Sichtbarkeit von Alleinerziehenden-Familien in gesellschaftlichen und politischen Prozessen zu stärken.

Schlüsselwörter: Alleinerziehende, Gesundheitsförderung, SARS-CoV-2-Pandemie

Summary

Single parents in the SARS-CoV-2 pandemic: family health promotion in the community

The understanding of family in Germany and Western Europe is characterized by the image of the heterosexual two-parent family. Compared to two-parent families, single parents are more often affected by social and health burdens. Both institutional and private support and network structures play a significant role for single parents. Within the framework of the project *Kind und Familie* (KiFa) for family health promotion among single parents, wishes, needs and requirements of single parents in the district of Berlin Neukölln were addressed in qualitative interviews. The analysis was based on the family-sociological concept 'Doing Family'. State measures in the context of the pandemic, such as daycare and school closures or contact restrictions, are described by single parents as particularly stressful in their family life. The SARS-CoV-2 pandemic has exacerbated the challenging situation of single parents in terms of care, social and institutional networks, and compatibility between work and family. The pandemic-related stresses underscore the need to increase the visibility of single-parent families in social and political processes.

Keywords: single parents, health promotion, SARS-CoV-2 pandemic

Hintergrund

Als kontinuierlich wachsende Familienform bilden Alleinerziehende eine wichtige Adressat:innengruppe für Gesundheitsförderung und Prävention. Um geschlechtsbezogene und sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu vermindern, sind Maßnahmen ausgehend von den Wünschen und Bedarfen der Adressat:innen zu gestalten (§ 20, Abs. 1, SGB V). Alleinerziehende stellen keine homogene Gruppe dar, sondern spiegeln die gesellschaftliche Vielfalt wider. Fehlende Gratifikation geleisteter Sorge- und Erziehungsarbeit bei gleichzeitiger Erwerbsarbeit wird übereinstimmend deutlich. Die Relevanz zur Schaffung und Sicherung gesunder Lebensverhältnisse für Alleinerziehende im Rahmen der Daseinsvorsorge hat sich durch Auswirkungen der SARS-CoV-2 Pandemie nochmals verstärkt.

Alleinerziehende in Deutschland: Begriffsbestimmung und soziale und gesundheitliche Lage

Alleinerziehend sind gemäß dem Haushaltskonzept des Statistischen Bundesamtes (2022) Mütter und Väter, die ohne Ehe- oder Lebenspartner mit minder- oder volljährigen Kindern in einem Haushalt zusammenleben (Statistisches Bundesamt, 2022). Im Jahr 2018 lebten in Deutschland 1,5 Mio. Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern im Haushalt, was einem Anteil von 19 % an allen Familien mit minderjährigen Kindern entspricht. Dabei sind 9 von 10 Alleinerziehenden Frauen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020a). Eltern mit Migrationshintergrund sind bundesweit seltener alleinerziehend (14,5 %) als Eltern ohne Migrationshintergrund (21,2 %) (Statistisches Bundesamt, 2019). Im regionalen Vergleich zeigt sich ein höherer Anteil von Alleinerziehenden in den neuen Bundesländern (28 %) im Gegensatz zu den alten Bundesländern (19 %) (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2017). Im Bundesländervergleich verzeichnet Berlin den größten Anteil alleinerziehender Familien mit 28 % (Statistisches Bundesamt, 2018). Auch in Berlin leben wesentlich mehr alleinerziehende Mütter (86 %) als Väter (14 %) (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2020). Im Berliner Bezirk Neukölln waren im Jahr 2013 sogar über ein Drittel (34,6 %) der Haushalte Alleinerziehendenhaushalte (Bezirksamt Neukölln, 2016).

Alleinerziehend zu sein ist nicht per se unfreiwillig oder mit negativen Folgen verbunden (Zagel, 2018; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2012a, 2012b). Der Alltag und die soziale und ökonomische Lage von Alleinerziehenden ist oft geprägt von der konzeptionell zu zweit getragenen Arbeitsteilung in einer vorangegangenen Partner:innenschaft und damit einhergehender Verteilung und Entlohnung der Erwerbsarbeit zu Ungunsten von Frauen (Gender Care Gap , vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020c).

Eine Trennung und das anschließende Alleinerziehendsein gehen aber mit einem erhöhten Armutsrisiko einher (Lenze, 2016; Radenacker, 2014; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020a). Insbesondere für alleinerziehende Frauen besteht ein erhöhtes Armuts- und auch Gesundheitsrisiko im Vergleich zu in Partnerschaft lebenden Frauen (Rattay et al., 2017; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2017; Keim-Klärner, 2020).

Geschlecht stellt in Bezug auf alleinerziehende Frauen eine relevante Ungleichheitsdimension dar. Im Durchschnitt verdienten im Jahr 2018 Frauen 21 % weniger als Männer (Gender Pay Gap , Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020c). Ein Großteil der Alleinerziehenden geht einer Erwerbstätigkeit nach, wobei alleinerziehende Mütter von kleinen Kindern seltener erwerbstätig

sind als Mütter in einer Partner:innenschaft (Statistisches Bundesamt, 2018). Grundsätzlich geben Alleinerziehende an, Familie und Beruf nur mit großen Anstrengungen vereinbaren zu können (Lenze, 2016; Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie, 2019; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020b). Oftmals lässt sich die Vereinbarkeit von Familie und Beruf nur durch Teilzeitarbeit umsetzen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), 2017).

Alleinerziehende können teilweise erst spät in den Beruf zurückkehren und sind dann häufig auf ihrem Gebiet nicht mehr ausreichend qualifiziert und werden deshalb oft in schlechter bezahlten Bereichen oder prekären Arbeitsverhältnissen beschäftigt ('Dequalifizierung', vgl. Geene & Töpritz, 2017). Trotz Erwerbstätigkeit können alleinerziehende Personen oftmals nicht auf ein bedarfsdeckendes Einkommen zurückgreifen (working poor) und müssen Transferleistungen in Anspruch nehmen (Statistisches Bundesamt, 2020; Lenze, 2016; Hübgen, 2019). 2015 betraf dies mehr als ein Drittel (38 %) der Alleinerziehenden mit minderjährigen Kindern. Dieser Wert ist um den Faktor fünf erhöht im Vergleich zu Personen in Paarhaushalten (7 %) (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2017).

Zudem wird die Betreuungssituation für die Kinder häufig als durch zu kurze Betreuungszeiten geprägt beschrieben, welche nicht mit einer Vollzeittätigkeit vereinbar sind. Auch zur Auszeit und Erholung und für Bewältigungsaufgaben im Rahmen von einer Trennung benötigen Alleinerziehende Freiräume, die durch eine Fremdbetreuung für Kinder entstehen können (Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie, 2019; Keim-Klärner, 2020). Im Vergleich zu Paareltern verfügen Alleinerziehende zudem häufig über geringere soziale Unterstützung, wodurch sich die Beanspruchung im Alltag erhöht und eine Fremdbetreuung der Kinder durch soziale Netzwerke und das familiäre Umfeld erschwert sind (Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie, 2019; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020b; Keim-Klärner, 2020).

Durch die vielfältigen und alltäglichen Anforderungen bei gleichzeitiger Sorge- und Erwerbsarbeit können für Alleinerziehende vermehrt Belastungssituationen entstehen, welche sich potenziell negativ auf die Gesundheit auswirken (Rattay et al., 2017; Keim-Klärner, 2020; Sperlich, 2014). Hier ist zu beachten, dass bei den Frauen [...] der im Mittel niedrigere sozioökonomische Status einen Teil der gesundheitlichen Belastung der Alleinerziehenden erklären [kann], bei den Männern nicht , so Rattay et al. (2017, S. 24).

Gesundheitlich bildet sich dieser Unterschied bei alleinerziehenden Frauen insofern ab, als dass beispielsweise höhere Prävalenzen hinsichtlich einer als schlecht selbst eingeschätzten Gesundheit, Depressionen, Rückenschmerzen, sportlicher Inaktivität sowie Nicht-Inanspruchnahme der Zahnvorsorge im Vergleich zu Frauen in Paarbeziehungen zu verzeichnen sind (Rattay et al., 2017).

Familiäre Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden

Das Konzept der *Familiären Gesundheitsförderung* als Handlungs- und Arbeitsrahmen für gesundheitsförderliche Aktivitäten ermöglicht einen ressourcenorientierten Zugang, welcher auf die Identifikation von Bedarfen und Potenzialen aus Nutzer:innenperspektive abzielt und sowohl familiäre Lebenswelten, Lebensphasen wie auch besondere Lebenslagen in den Blick nimmt (Geene & Töpritz, 2017). Voraussetzend für die *Familiäre Gesundheitsförderung* ist die Anerkennung und Wertschätzung der Familie als ein System, welches über habituelle Logiken verfügt und von geschlechts-, milieu- und kulturspezifischen Ordnungsmustern geprägt ist.

Der Begriff Familie beschreibt dabei ein Konstrukt, welches sich durch dauerhafte sowie gegenseitige Verantwortungsübernahme und Fürsorge auszeichnet. Dabei geht es vorrangig um das Miteinander und nicht

um die sich zunehmend wandelnde Lebensform an sich: von der Familienform zur Familienpraxis (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020a; Jurczyk, 2014, 2020; Jurczyk et al., 2014). Gemäß des von Jurczyk et al. (2014) geprägten familiensoziologischen Konzepts *Doing Family* wird Familie nicht anhand formaler Aspekte (z.B. Eheschließung) definiert, sondern als privater und generationsübergreifender Lebenszusammenhang mit emotional verbindlichen Beziehungen angesehen, welche sich über spezifische familiäre Rituale und Routinen bilden (Jurczyk, 2020). Familie wird somit nicht als natürliche und selbstverständliche Ressource wahrgenommen, sondern als durch kontinuierliche praktische sowie sinnhafte Leistungen aller Mitglieder hergestellte Struktur (Jurczyk, 2014). In der Familie wird die Gesundheit aller Familienmitglieder hergestellt und kann mit gezielten Maßnahmen in der Lebenswelt gefördert werden. Dabei geht es jedoch nicht um eine optimale Familie, sondern eher eine hinreichend gute (Geene et al., 2021).



Abbildung 1: Überblick zum Konzept Doing Family, eig. Darstellung in Anlehnung an Jurczyk, 2020; Geene et al., 2021

Der Zugang zu Alleinerziehenden über das Konzept der Familiären Gesundheitsförderung ermöglicht dabei eine Vermeidung von Zuschreibung und weitgehend Reduktion von Stigmatisierung von Alleinerziehenden (Geene & Töpitz, 2017).

Das seit 2016 geltende Präventionsgesetz (PrävG) verpflichtet zu Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten mit dem Ziel der Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen (§ 20, Abs.1, SGB V). Auf viele Alleinerziehende, insbesondere alleinerziehende Mütter, trifft dies in beiderlei Hinsicht zu, weshalb sie im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach §20a SGB V adressiert werden sollten (Geene und Reese, 2016; Geene und Töpitz, 2017). In praktischen Ansätzen der Gesundheitsförderung und Prävention ist die Lebenslage alleinerziehend bisher jedoch wenig konzeptualisiert und analysiert (Geene & Boger, 2017; Geene & Töpitz, 2017; Kuschick et al., 2021)

Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie

Zur Eindämmung des Infektionsgeschehens der SARS-CoV-2-Pandemie wurden seit März 2020 weitreichende Maßnahmen verabschiedet. Familien waren von Kontaktbeschränkungen sowie Schließungen von Kitas und Schulen in besonderer Weise betroffen. Es ergaben sich neue Herausforderungen in der Alltagsbewältigung, wobei sich die Auswirkungen für Familien in Abhängigkeit von sozialen und ökonomischen Faktoren unterscheiden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020a, 2020b). Insbesondere für Alleinerziehende kam es in diesem Zusammenhang zu einer deutlichen Zuspitzung von Belastungssituationen. Diese betreffen u.a. die verschärfte Betreuungssituation, zusätzliche Aufgaben durch schulisch angeleitetes Lernen zu Hause (Homeschooling), die Vereinbarkeit von beruflicher Tätigkeit und Kinderbetreuung, Einkommenseinbußen sowie auch das Erleben von Unsicherheiten. Zudem wirkte sich die erforderliche Neuorganisation auf das familiäre Zusammenleben aus, teilweise einhergehend mit der Zunahme eines konflikthaften Familienklimas (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020a, 2020b). Die subjektive Belastung durch Betreuung und Beschulung ihrer Kinder zu Hause war bei berufstätigen alleinerziehenden Eltern besonders hoch (Zinn & Bayer, 2021). Auch berichten Alleinerziehende häufiger als Doppelerziehende über Einsamkeit während der Pandemie (Entringer & Krieger, 2021). In der Ausgestaltung von Maßnahmen der *Familiären Gesundheitsförderung* ergaben und ergeben sich im Rahmen der SARS- CoV-2-Pandemie Herausforderungen, welche insbesondere die Verfügbarkeit von bzw. den Zugang zu Angeboten, die Nutzer:innenorientierung und Passgenauigkeit von Maßnahmen sowie die Erreichbarkeit von Adressat:innen betreffen.

Methodik

Im Rahmen des Projekts Kind und Familie (KiFa) Familiäre Gesundheitsförderung insbesondere mit Alleinerziehenden (Laufzeit von 09/2019 bis 12/2021) wurden leitfadengestützte problemzentrierte Interviews (in Anlehnung an Geene & Borkowski, 2017) mit Alleinerziehenden im Berliner Bezirk Neukölln durchgeführt. Gefördert wurde das Projekt mit Mitteln des Verbandes der Ersatzkrankenkassen (vdek) im Rahmen des Programms Gesunde Lebenswelten . Kooperationspartner war der Sozialdienst katholischer Frauen SkF e.V.

In die Auswertung einbezogen sind die Daten, welche nach Beginn der pandemischen Entwicklung durch das SARS-CoV-2 erhoben wurden (Erhebungszeitraum 07/2020 bis 12/2021). Die transkribierten Interviews

wurden auf Grundlage einer inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalysen nach Kuckartz (2016) ausgewertet. Im Anschluss an die Interviews füllten die Teilnehmenden einen soziodemografischen Fragebogen aus, welcher Fragen zu Familienstand, beruflicher und schulischer Bildung, der Wohnsituation sowie zur Herkunftsfamilie beinhaltet. Mithilfe dieses Fragebogens, den Erkenntnissen aus den Interviews sowie den familiären psychosozialen Belastungsfaktoren anhand des Family Adversity Index (FAI) nach Rutter/Quinton (1977), adaptiert von Geene und Borkowski (2017), konnte der Sozialstatus der interviewten Personen klassifiziert werden. Der FAI beschreibt Risikofaktoren für kindliche Entwicklungsstörungen sowie Faktoren, die sich auf gelingende familiäre Beziehungen auswirken können. In die Beurteilung fließen die Bereiche Bildung, Herkunft, Partner:innenschaft, Einkommenssituation und Unterstützungsmöglichkeiten ein (ebd.).

Ergebnisse

Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt wurden 30 Interviews geführt. 28 alleinerziehende Mütter und zwei alleinerziehende Väter haben an der Erhebung teilgenommen. Die überwiegende Anzahl der Interviewpartner:innen ist alleinerziehend ohne aktuelle Partner:innenschaft. Eine interviewte Person bezeichnet sich als queer, eine als verwitwet. Alle weiteren Interviewten haben sich aus einer vorhergehenden heterosexuellen Paarbeziehung getrennt. Vier der Teilnehmenden praktizieren Betreuung in einem Wechselmodell. 19 der 30 Interviewpartner:innen gaben an, schon zwischen der Geburt und dem 1. Lebensjahr des Kindes alleinerziehend gewesen zu sein. 12 der 30 Interviewpartner:innen gingen zum Zeitpunkt des Interviews keiner Erwerbstätigkeit nach. Der überwiegende Teil der Interviewpartner:innen lebt im innerstädtisch geprägten Nord-Neukölln, 3 Personen im weniger dicht besiedelten Süden Neuköllns. Das Alter der interviewten Elternteile liegt zwischen 29 und 52 Jahren mit ein bis drei Kindern zwischen 1 und 17 Jahren. Nach Einstufung des FAI haben 14 Teilnehmer:innen einen hohen FAI (entspricht hoher familiärer Belastung), 6 einen mittleren und 9 einen niedrigen FAI.

Allgemeine Situation

Die im Folgenden dargestellten Auszüge aus den Interviews sind vor dem Hintergrund der allgemeinen Situation der Alleinerziehenden zu betrachten. So berichtet eine Person von den finanziellen Belastungen im Alltag und formuliert den Wunsch an eine Zukunft, in der alles einfach besser wird:

Ich meine, es ist nicht so, dass wir hungern müssen, aber am Ende des Monats ist auch nicht mehr viel übrig. Ich habe keine finanziellen Rücklagen, weil ich das nie machen konnte, weil es finanziell einfach nicht möglich war, und ich wünsche mir schon irgendwie, dass ja, die Zukunft einfach besser wird, meinetwegen auch mit einem Partner an meiner Seite, aber einfach mit weniger Sorgen und mit weniger Stress und ja, auch irgendwie mehr Zeit, um das Leben auch irgendwie ein bisschen zu genießen. (AE-27, Pos. 74)

Andere berichten von den Anstrengungen, um den Alltag zu bewältigen und nehmen wahr, dass ihre Bemühungen nicht gesehen werden:

Ich weiß nur, dass [] dass ich mir wirklich den Arsch abarbeite (lacht) mal so gesagt und das Also ja, das kriegt irgendwie glaube ich niemand mit. Also ich glaube nur wer es selber durchmacht, versteht was man da durchmacht und irgendwie weiß ich auch nicht. (AE-19, Pos. 95)

Auch die Regelung alltäglicher Notwendigkeiten, wie z.B. der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung, bedeuten für Alleinerziehende einen hohen Zeit- und Organisationsaufwand:

Also schon allein irgendwie ein Arzttermin oder so hängt ja mit extremer Organisation zusammen, ja? Also wenn ich da irgendwie mal einen Arzttermin wahrnehmen musste, dann war es wirklich so, ok, wer kann das Kind nehmen, hat - also ich kann nicht einfach mal irgendwie zu beim Arzt anrufen und sagen "Ja, geben Sie mir bitte dann und dann einen Termin", weil ich muss gucken, ist das für meine Arbeit ok, wenn es jetzt außerhalb der Kita-Zeit ist, habe ich jemanden, der mein Kind betreut und da hängt immer dann so ein langer Rattenschwanz dran. (AE-27, Pos. 8)

Die Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie betrafen im Kern genau jene Bereiche, die für Alleinerziehende in ihrem Alltag auch ohne eine pandemische Lage zu einer hohen Beanspruchung führen. Die Interviews zeigen insgesamt auf, dass die Einschränkungen überwiegend als belastend empfunden wurden und die Beanspruchung im Weiteren zu Belastungssituationen erwächst, wenn ohnehin schon knappe Ressourcen nicht mehr zur Verfügung stehen oder nicht mehr genutzt werden können.

Pandemiebedingte Auswirkungen

In den Interviews werden sowohl die lange Dauer der Pandemielage mit den damit verbundenen Einschränkungen und die zu verschiedenen Phasen wechselnden Maßnahmen als herausfordernd beschrieben. Besonders belastend werden die eingeschränkten Betreuungsmöglichkeiten für die Kinder erlebt:

Auf jeden Fall, wo das das erste Mal angefangen hat, so jetzt so frisch war, Corona und dann durften die Kinder ja auch nicht so in Kita, so fünf bis sechs Wochen und solche Sachen, wegen Notbetreuung müssen die alles noch besprechen, wer darf und nicht. Das war für mich sehr schlimm, ich habe dadurch sehr psychisch richtig zu kämpfen gehabt. Dann hatte ich noch Corona selber. (AE-36, Pos. 22)

Die eigenen Netzwerke, sowohl familiär, freundschaftlich und institutionell, konnten, bedingt durch die vorgeschriebenen Einschränkungen des sozialen Kontakts und damit verbundener Verunsicherung der Menschen, nur noch sehr eingeschränkt Unterstützung leisten:

Vor der Corona-Zeit war das wirklich so, dass wir uns ein soziales Netz praktisch aufgebaut haben, wo wir uns gegenseitig unterstützen. Das war da. Und das ist halt eben schon dann zusammengebrochen, als die Corona-Zeit dann kam, weil alle hatten Angst. (AE-28, Pos. 64)

Angebote im öffentlichen Raum, wie Sport- und Begegnungsmöglichkeiten, fanden nur noch eingeschränkt oder nicht mehr statt. Für einige Interviewte fiel damit eine wichtige Ressource weg, die ihnen zuvor im Alltag Kraft gab:

Also weil vor Corona haben wir halt so Kurse gemacht. Baby-Schwimmen, Yoga mit Baby. Krabbelgruppe. Alles sowas. Und das waren eigentlich auch so für mich die einzigen Lichtblicke des Tages sowas zu machen, wo man sich so drauf freut und also wo das Kind glücklich ist und ich auch was davon habe und andere Leute treffe. Oder wir waren auch oft im Familienzentrum. Das ging dann halt nicht mehr. Das war schon krass. (AE-19, Pos. 27)

Zusätzlich steht bei einigen die Angst vor der eigenen Erkrankung oder der Erkrankung des Kindes im Vordergrund, wodurch der eigenen Isolation und der Nichtinanspruchnahme von Angeboten Vorschub geleistet wird:

Pandemie war schon echt ein bisschen hart, gerade wenn man frisch geborenes Baby hat, wenn man einfach Angst hat. Ich hatte Angst hier mich hinzusetzen mit den Betreuern in Kontakt zu gehen, raus in die Welt, weil ich einfach immer Angst hatte, die Kleine wird krank, ich werde krank, also es war schon echt einschränkend. (AE-32, Pos. 38)

Insbesondere Quarantäne-Situationen stellen für einzelne Alleinerziehende eine große Belastung dar:

Insgesamt waren mein Sohn und ich in fünf Quarantänen, die nicht weit zeitlich entfernt waren und das war schon wirklich sehr, sehr belastend als Alleinerziehende mit einem kleinen Kind eine Quarantäne zu wuppen. (AE-38, Pos. 8)

Homeoffice, Homeschooling und die Kombination von beidem werden als besonders kräftezehrend beschrieben, da zeitgleich das eigene Pensum und das Pensum mit und für das Kind bewältigt werden musste:

Ja, Homeschooling war das Schlimmste, weil ich habe gerade meine Ausbildung gemacht, musste separat für mich auch Homeschooling acht Stunden bewerkstelligen, acht Stunden mein Kind und dann waren 16 Stunden rum, und dann schlafen. (AE-39, Pos. 12)

Noch umfangreicher werden die Aufgaben, wenn Kinder verschiedener Altersgruppen zeitgleich zu Hause betreut werden und es gilt, allen Anforderungen inklusive denen der formalen Bildung, in einer anderen als der eigenen Erstsprache gerecht zu werden:

The other one is preparing his home-schooling, you have to assist a little bit, the internet is not working, the questions are difficult or they are not understanding, they need some breakfast, at the same time the little ones are also crying upstairs, you need to change the diapers, you need to give milk, bottle feeding there, changing clothes, and they are making noise and () we find it difficult that we have to adjust sometimes. (AE-25, Pos. 12)

Durch die Entschleunigung des Alltagslebens und die längere Zeit des Zusammenseins werden aber auch positive Erlebnisse bedingt durch die Pandemiesituation beschrieben. Diese Erfahrungen beziehen sich vor allem auf die Vermeidung von sozialen Kontakten:

Ja, also für mich war das mehr beruhigend tatsächlich die Pandemie, weil zu viele Menschen sind halt doch immer ein bisschen Stress. (AE-32, Pos. 36)

Eine Person beschreibt die Gelegenheit, mit dem Kind zuhause zu bleiben, weniger als Belastung, sondern als Chance, im Alltag mehr mit dem Kind im Kontakt zu sein:

Die Bindung hat es auf jeden Fall gestärkt so und dass wir mehr zusammen sind, weil die Kita ja ausgefallen ist. (AE-35, Pos. 42)

Einige Alleinerziehende berichten auch, dass sich anfängliche Verunsicherungen im Verlauf der Pandemie mit aufkommenden Lockerungen der Einschränkungen verringerten. Trotz zunehmender Sicherheit im Umgang mit der Pandemie blieb die Schwierigkeit, die Sinnhaftigkeit der Maßnahmen im Kontext des Lebens in der Großstadt für die Kinder nachvollziehbar zu machen:

Es ist immer noch einschränkend, aber gar kein Vergleich zu vorher. Man lernt irgendwie damit besser umzugehen, unabhängig davon sind die Spielplätze [...] da hat man jede auf jeden Fall auch die Möglichkeit, mit dem Kind rauszugehen. Ganz schlimm war es als die wirklich die Spielplätze hier zugemacht haben, mit Bändern und so und man durfte da wirklich nicht die Füße den Fuß da drüber machen und den Spielplatz betreten und erklären sie das mal einem kleinen Kind, zweieinhalb, dass man nicht auf den Spielplatz darf. (AE-38, Pos. 28)

Diskussion

Die SARS-Cov2-Pandemie und die damit verbundenen Maßnahmen haben wesentlich dazu beigetragen, die bereits angespannte Situation für Alleinerziehende zu verschärfen. Bedingt durch Kontaktbeschränkungen, konnte nur eingeschränkt auf bestehende familiäre, freundschaftliche und institutionelle Netzwerke zurückgegriffen werden. Die pandemiebedingte gleichzeitige Sorgearbeit, verbunden mit Homeschooling und Homeoffice im häuslichen Umfeld, wurden als beanspruchend empfunden und führten zu einer besonderen psychischen Belastung. Hinzu kam der Umgang mit dem Risiko vor einer Infektion. Einzelne Betroffene empfanden aber die Isolierung und vermehrte Zeit mit den Kindern entschleunigend. Es zeigt sich, dass Vereinbarkeitsproblematiken durch die pandemische Situation maßgeblich verstärkt wurden, insbesondere durch massive Einschränkungen der Betreuungsmöglichkeiten. Insgesamt haben sich bereits bestehende Herausforderungen bei der Gestaltung der familiären Lebensführung durch die SARS-CoV-2-Pandemie auf die praktische Ausgestaltung des Alltags für Alleinerziehende verstärkt. Der fehlende Rückgriff auf bewährte Netzwerke kann somit die Sorgeleistung gefährden.

Unter besonderer Berücksichtigung relevanter privater und institutioneller Netzwerkstrukturen kann die nutzer:innenorientierte Ausgestaltung *Familiärer Gesundheitsförderung* Netzwerke bilden und ausbauen. Der Kommune als Setting für *Familiäre Gesundheitsförderung* kommt in diesem Zusammenhang eine besondere

Bedeutung zu. Hierbei können mit Methoden partizipativer, gesundheitsförderlicher Organisationsentwicklung entsprechende Angebote auf die besonderen Bedarfe von Alleinerziehenden ausgerichtet werden. Voraussetzende infrastrukturelle Gegebenheiten sind insbesondere im städtischen Raum vorhanden. Die beschriebenen subjektiven Sichtweisen zum Erleben des Alleinerziehens während der SARS-CoV-2-Pandemie sind aufgrund der weitreichenden Auswirkungen allerdings nicht nur städtischer, sondern auch grundsätzlicher Art.

Fazit

Die Maßnahmen zur Pandemiebewältigung haben gezeigt, dass im öffentlichen Bewusstsein das traditionelle Familienbild vorherrschend ist und weitergehende Bedarfe von Alleinerziehenden nur wenig bedacht wurden. Um diesen Umständen entgegenzuwirken, ist eine kommunale Daseinsvorsorge für soziale Kohäsion und gesamtgesellschaftliche Stabilität von großer Bedeutung. Die nutzer:innenorientierte *Familiäre Gesundheitsförderung* ist dabei ein wesentlicher Baustein, um Bedarfe der Adressat:innengruppe zu formulieren und in den gesellschaftlichen Diskurs einzubringen.

Literatur

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2020). Ergebnisse des Mikrozensus im Land Berlin 2019. Haushalte, Familien und Lebensformen.

Bezirksamt Neukölln (2016). Sozialbericht Neukölln. Zur sozialen Lage der Bevölkerung 2016. Berlin: Bezirksamt Neukölln von Berlin.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2017). Lebenslagen in Deutschland. Der Fünfte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012a). Monitor Familienforschung Alleinerziehende in Deutschland Lebenssituationen und Lebenswirklichkeiten von Müttern und Kindern.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012b). Monitor Familienforschung Alleinerziehende in Deutschland Lebenssituationen und Lebenswirklichkeiten von Müttern und Kindern.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2017). Familienreport 2017. Leistungen, Wirkungen, Trends.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2020a). Familie heute. Daten. Fakten. Trends. Familienreport 2020.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2020b). Familien in der Corona-Zeit: Herausforderungen, Erfahrungen und Bedarfe.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2020c). Was der Gender Care Gap über Geld, Gerechtigkeit und die Gesellschaft aussagt. Einflussfaktoren auf den Gender Care Gap und Instrumente für seine Reduzierung.

- Entringer, T. & Krieger, M. (2021). Alleinlebende verkraften die Pandemie erstaunlich gut.
- Geene, R., Haldenwang, U. von, Bär, G., Kuck, J. & Lietz, K. (2021). Nutzerorientierte familiäre Gesundheitsförderung Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Netzwerk Gesunde Kinder. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 16(2), 95–103. DOI: 10.1007/s11553-020-00807-8.
- Geene, R. & Boger, M. (2017). Ergebnisbericht Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis) zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden.
- Geene, R. & Borkowski, S. (2017). Transitionsansatz und Frühe Hilfen: Wie erleben junge Mütter den Prozess der Familienwerdung. In J. Fischer & R. Geene (Hrsg.), *Netzwerke in Frühen Hilfen und Gesundheitsförderung Neue Perspektiven kommunaler Modernisierungen* (S. 211–227). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Geene, R. & Reese, M. (2016). *Handbuch Präventionsgesetz. Neuregelungen der Gesundheitsförderung*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Geene, R. & Töpritz, K. (2017). Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Alleinerziehenden und Auswertung der vorliegenden Evidenz.
- Hübgen, S. (2019). *Armutsrisiko alleinerziehend*. Budrich UniPress.
- Jurczyk, K. (2014). Familie als Herstellungsleistung. Hintergründe und Konturen einer neuen Perspektive auf Familie. In K. Jurczyk, A. Lange & B. Thiessen (Hrsg.), *Doing Family. Warum Familienleben heute nicht mehr selbstverständlich ist* (S. 50–70). Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Veröffentlichung des Deutschen Jugendinstituts e.V. (DJI), München).
- Jurczyk, K. (Hrsg.) (2020). *Doing und Undoing Family. Konzeptionelle und empirische Entwicklungen*. 1. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa. Verfügbar unter: <https://www.beltz.de/fileadmin/beltz/leseproben/978-3-7799-6291-5.pdf> [04.08.2022].
- Jurczyk, K., Lange, A. & Thiessen, B. (Hrsg.) (2014). *Doing Family. Warum Familienleben heute nicht mehr selbstverständlich ist*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Veröffentlichung des Deutschen Jugendinstituts e.V. (DJI), München).
- Keim-Klärner, S. (2020). Soziale Netzwerke und die Gesundheit von Alleinerziehenden. In A. Klärner, M. Gamper, S. Keim-Klärner, I. Moor, H. von der Lippe & N. Vonneilich (Hrsg.), *Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten: Eine neue Perspektive für die Forschung* (S. 329–346). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 3. überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden). Verfügbar unter: <http://www.beltz.de/fileadmin/beltz/leseproben/978-3-7799-3344-1.pdf> [04.08.2022].
- Kuschick, D., Kuck, J., Rattay, P., Pachanov, A. & Geene, R. (2021). Familiäre Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden und ihren Kindern. Ergebnisse einer systematischen Übersichtsarbeit. *Prävention und Gesundheitsförderung*, Online-Veröffentlichung. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11553-021-00905-1>.
- Lenze, A. & Funcke, A. (2016). *Alleinerziehende unter Druck. Rechtliche Rahmenbedingungen, finanzielle Lage und Reformbedarf*. Bertelsmann Stiftung.

Radenacker, A. (2014). Was nach der Trennung bleibt. Familieneinkommen nach der Ehe und nach der Lebensgemeinschaft im Vergleich. WZB Mitteilungen Quartalsheft für Sozialforschung 143, 23–26.

Rattay, P., Lippe, E. von der, Borgmann, L.-S. & Lampert, T. (2017). Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland. Journal of Health Monitoring, 2 (4), 24–44. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-112.

Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie (Hrsg.) (2019). Was brauchen Alleinerziehende? Spezifische Bedarfe von Alleinerziehenden in prekären Lebenslagen in Berlin. Berlin: Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie.

Sperlich, S. (2014). Gesundheitliche Risiken in unterschiedlichen Lebenslagen von Müttern. Analysen auf der Basis einer Bevölkerungsstudie. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 57(12), 1411–1423. DOI: 10.1007/s00103-014-2066-5.

Statistisches Bundesamt (2018). Alleinerziehende in Deutschland 2017. Statistisches Bundesamt (Destatis). Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2019). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Haushalte und Familien - Ergebnisse des Mikrozensus. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Destatis).

Statistisches Bundesamt (2020). Armutsgefährdungsquote in Deutschland nach Haushaltstyp. Verfügbar unter:

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/436185/umfrage/armutsgefahrdungsquote-in-deutschland-nach-haushaltstyp/> [10.02.2022].

Statistisches Bundesamt (2022). Lange Reihe für Familien und Familienformen. Verfügbar unter:

<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Tabellen/2-4-Ir-familien.html> [27.02.2022].

Zagel, H. (2018). Alleinerziehen im Lebensverlauf. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Zinn, S. & Bayer, M. (2021). Subjektive Belastung der Eltern durch die Beschulung ihrer Kinder zu Hause zu Zeiten des Corona-bedingten Lockdowns im Frühjahr 2020. Zeitschrift für Erziehungswissenschaft (ZfE) 24(2), 339–365. DOI: 10.1007/s11618-021-01012-9.

Autor:innen

Miriam Knörnschild

knoernschild@bitte-keinen-spam-ash-berlin.eu

Miriam Knörnschild ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Europa-Institut für Sozial- und Gesundheitsforschung der Alice Salomon Hochschule Berlin und forscht zu kommunaler familiärer Gesundheitsförderung. Außerdem lehrt sie an der Berlin School of Public Health zu Gesundheitsförderung und Prävention.

Sabine Rickensdorf

sabine.rickensdorf@bitte-keinen-spam-charite.de

Sabine Rickensdorf studiert im Master Public Health an der Berlin School of Public Health und beschäftigt sich im Rahmen ihrer Masterarbeit mit den Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf Alleinerziehende.

Raimund Geene

raimund.geene@bitte-keinen-spam-charite.de

Prof. Dr. rer. pol. Raimund Geene MPH ist Professor für Gesundheitsförderung und Prävention mit dem Schwerpunkt auf kommunale Ansätze an der Alice Salomon Hochschule Berlin und Sprecher des Direktoriums der Berlin School of Public Health.