

Ann-Christin Renneberg

**Gesundheitliche Ungleichheit zwischen
Paarmüttern und Alleinerziehenden in Europa**

Die Rolle von Erwerbsarbeit, Ressourcen, institutionellen
Kontextfaktoren und gesellschaftlichen Einstellungen

Ann-Christin Renneberg

**GESUNDHEITLICHE UNGLEICHHEIT
ZWISCHEN PAARMÜTTERN UND
ALLEINERZIEHENDEN IN EUROPA**

Die Rolle von Erwerbsarbeit, Ressourcen, institutionellen
Kontextfaktoren und gesellschaftlichen Einstellungen

ibidem-Verlag
Stuttgart

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Bibliographic information published by the Deutsche Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek lists this publication in the Deutsche Nationalbibliografie; detailed bibliographic data are available in the Internet at <http://dnb.d-nb.de>.

Dissertation, Universität Hamburg, 2017

∞

Gedruckt auf alterungsbeständigem, säurefreiem Papier
Printed on acid-free paper

ISBN: 978-3-8382-1133-6

© *ibidem*-Verlag
Stuttgart 2017

Alle Rechte vorbehalten

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und elektronische Speicherformen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in or introduced into a retrieval system, or transmitted, in any form, or by any means (electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise) without the prior written permission of the publisher. Any person who does any unauthorized act in relation to this publication may be liable to criminal prosecution and civil claims for damages.

Printed in the EU

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	V
I. Tabellenverzeichnis	VIII
II. Abbildungsverzeichnis	IX
III. Abkürzungsverzeichnis	X
Danksagung.....	XII
1. Einleitung	1
2. Definition und Determinanten von Gesundheit	11
2.1 Der Gesundheitsbegriff.....	11
2.2 Determinanten von Gesundheit.....	15
2.2.1 Demographische Faktoren und Familienstand.....	15
2.2.2 Soziale Position und Ressourcen.....	17
2.2.3 Soziales Kapital.....	18
2.2.4 Wohnumgebung	19
2.2.5 Verhaltensweisen und kulturelle Aspekte	20
2.2.6 Psycho-Soziale Determinanten	20
2.2.7 Erwerbsarbeit	21
2.2.8 Arbeitsbedingungen	22
2.2.9 Politische Maßnahmen	23
3. Gesundheitliche Ungleichheit zwischen Alleinerziehenden und Paarmüttern: Stand der Forschung.....	27
4. Gesundheitstheoretische Konzepte auf der Mikroebene.....	43
4.1 Modell der Gratifikationskrisen	44
4.1.1 Gleichgewicht von Aufwand und Belohnung	45
4.1.2 Anerkennung	47
4.2 Ressourcentheorien	52
4.2.1 Systemisches-Anforderungs-Ressourcen Modell	52
4.2.1.1 Interne und externe Anforderungen	53
4.2.1.2 Interne und externe Ressourcen	55
4.2.2 Transaktionales Stressmodell.....	58
4.2.2.1 Entstehung von Stress	59
4.2.2.1.1 Externe Faktoren	59
4.2.2.1.2 Individuelle Faktoren	60
4.2.2.2 Bewältigungsprozesse	61
4.2.3 Conservation of Resources.....	63
4.2.3.1 Ressourcenverständnis	63
4.2.3.2 Zentrale theoretische Annahmen.....	65

4.3 Rollenkonflikte.....	68
4.3.1 Inter-Rollen Konflikte.....	69
4.3.2 Rollenüberlastung und multiple Rollen.....	72
4.4 Zwischenfazit	75
5. Makrotheoretische Aspekte.....	79
5.1 Das Flexicurity-Konzept	81
5.1.1 Zentrale Dimensionen von Flexicurity.....	83
5.1.2 Regime	85
5.1.2.1 Flexicurity	86
5.1.2.2 Aktivierung.....	89
5.2 Familienpolitik	92
5.2.1 Finanzielle Transferleistungen	93
5.2.2 Kinderbetreuung.....	97
5.3 Gesellschaftliche Einstellungen zur Müttererwerbstätigkeit.....	101
5.4 Gesundheitssysteme	107
5.4.1 Die Gesundheitssystem-Regime	109
5.4.2 Gesundheitsversorgung	111
5.4.3 Finanzierung der Gesundheitsversorgung	112
5.5 Zwischenfazit	114
6. Erklärungsmodell: Mikro- und Makroebene gesundheitlicher Ungleichheit.....	121
7. Hypothesen.....	125
8. Methode: Die Mehrebenenanalyse.....	135
8.1 Fixed-, Random- und Mixed-Effekt-Modelle	135
8.1.1 Vorteile von Random-Intercept-Modellen	139
8.1.2 Nachteile von Random-Intercept-Modellen.....	140
8.2 Estimated Dependent Variable Approach	140
8.3 Statistisches Vorgehen	142
9. Datengrundlage	145
10. Operationalisierung	149
10.1 Abhängige Variablen.....	149
10.2 Erklärende Variablen auf der Mikroebene	151
10.3 Erklärende Variablen auf der Makroebene	156
11. Deskriptive Ergebnisse.....	161
11.1 Gesundheit.....	163
11.2 Erwerbsarbeit	166
11.3 Familienkontext.....	172

11.4 Ressourcen	174
12. Ergebnisse der Mehrebenenanalyse	181
12.1 Selbsteingeschätzte Gesundheit	181
12.1.1 Ergebnisse auf der Mikroebene	181
12.1.1.1 Gesundheitliche Ungleichheit zwischen Müttern in Europa.....	182
12.1.1.2 Länderspezifische Benachteiligung Alleinerziehender und ihre Determinanten	184
12.1.1.2.1 Determinanten der Müttergesundheit im Allgemeinen	189
12.1.1.2.2 Moderierende Determinanten der selbsteingeschätzten Gesundheit Alleinerziehender	193
12.1.2 Institutionelle Determinanten und gesellschaftliche Einstellungen	197
12.2 Mentale Gesundheit.....	211
12.2.1 Ergebnisse auf der Mikroebene.....	211
12.2.1.1 Gesundheitliche Ungleichheit zwischen Müttern in Europa.....	211
12.2.1.2 Länderspezifische Benachteiligung Alleinerziehender und ihre Determinanten	213
12.2.1.2.1 Determinanten der Müttergesundheit im Allgemeinen	216
12.2.1.2.2 Moderierende Determinanten der mentalen Gesundheit Alleinerziehender ...	220
12.2.2 Institutionelle Determinanten und gesellschaftliche Einstellungen	224
12.3 Zusammenfassung – Mentale und selbsteingeschätzte Gesundheit im Vergleich ...	234
13. Diskussion der Ergebnisse	245
13.1 Theoretische Einordnung der Ergebnisse.....	245
13.2 Politische Implikationen.....	253
13.3 Fazit.....	256
14. Anhang	265
15. Literaturverzeichnis.....	277

I. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Interne und externe Ressourcen in zentralen Lebensbereichen	57
Tabelle 2: Übersicht über alle Modell-Variablen auf der Mikroebene	155
Tabelle 3: Beschreibung aller verwendeten Makroindikatoren	158
Tabelle 4: Überblick über Mittelwerte, Standardabweichungen, minimale und maximale Werte aller Variablen für Paarmütter	162
Tabelle 5: Überblick über Mittelwerte, Standardabweichungen, minimale und maximale Werte aller Variablen für Alleinerziehende	162
Tabelle 6: Logit-Koeffizienten des Random-Intercept Modells für die selbsteingeschätzte Gesundheit	183
Tabelle 7: Länderspezifische Average Marginal Effects der selbsteingeschätzten Gesundheit für Belgien, Bulgarien, Tschechien, Frankreich, Lettland, Deutschland, Estland und die Niederlande	186
Tabelle 8: Länderspezifische Interaktionen zwischen der selbsteingeschätzten Gesundheit Alleinerziehender und dem Beschäftigungsverhältnis, Haushaltskontext, Arbeitszeiten und Ressourcen	195
Tabelle 10: Logit-Koeffizienten des Random-Intercept Modells auf der Mikroebene für die mentale Gesundheit	212
Tabelle 11: Länderspezifische Average Marginal Effects der mentalen Gesundheit für Bulgarien, Frankreich, Zypern und die Niederlande	215
Tabelle 12: Länderspezifische Interaktionen zwischen der mentalen Gesundheit Alleinerziehender und dem Beschäftigungsverhältnis, Haushaltskontext, Arbeitszeiten und Ressourcen	222
Tabelle 13: Logit-Koeffizienten des Random-Intercept Modells für die mentale Gesundheit auf der Makroebene	226
Tabelle 14: Zusammenfassende Übersicht über bestätigte und widerlegte Hypothesen, getrennt nach selbsteingeschätzter und mentaler Gesundheit (erwarteter Zusammenhang in Klammern)	237
Tabelle A.1: Fallzahlen für die selbsteingeschätzte Gesundheit	265
Tabelle A.2: Fallzahlen für die mentale Gesundheit	266
Tabelle A.3: Übersicht über die unstandardisierten Werte der Makroindikatoren	267
Tabelle A.4: Länderspezifische Average Marginal Effects für die selbsteingeschätzte Gesundheit	270
Tabelle A.5: Länderspezifische Average Marginal Effects für die mentale Gesundheit	273

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Erklärungsmodell gesundheitlicher Ungleichheit bei Müttern	123
Abbildung 2: Mütter, die ihre Gesundheit eher schlecht bewerten nach familiärer Lebensform (in %).....	164
Abbildung 3: Mütter mit schlechter mentaler Gesundheit nach familiärer Lebensform (in %) ..	165
Abbildung 4a-c: Differenz zwischen Alleinerziehenden und Paarmüttern hinsichtlich einer guten selbsteingeschätzten und mentalen Gesundheit nach ausgeübtem Beschäftigungsverhältnis (Differenz in Prozentpunkten)	168
Abbildung 5a-c: Gesundheitliche Differenz zwischen Alleinerziehenden und Paarmüttern nach zeitlichen Kontextfaktoren der Beschäftigung (Differenz in Prozentpunkten).....	171
Abbildung 6a/b: Differenz zwischen Alleinerziehenden und Paarmüttern hinsichtlich einer guten selbsteingeschätzten und mentalen Gesundheit nach Alter und Anzahl der Kinder im Haushalt (Differenz in Prozentpunkten)	173
Abbildung 7: Gesundheitliche Differenz zwischen Alleinerziehenden und Paarmüttern mit finanziellen Schwierigkeiten (Differenz in Prozentpunkten).....	175
Abbildung 8: Gesundheitliche Differenz zwischen Alleinerziehenden und Paarmüttern, die nicht regelmäßig an sportlichen oder kulturellen Aktivitäten teilnehmen (Differenz in Prozentpunkten)	176
Abbildung 9: Gesundheitliche Differenz zwischen Alleinerziehenden und Paarmüttern, die Hilfe durch Kollegen erhalten (Differenz in Prozentpunkten).....	178
Abbildung 10a-q: Scatter Plots zum Zusammenhang zwischen den länderspezifischen Average Marginal Effects der selbsteingeschätzten Gesundheit der Alleinerziehenden und den Kontextfaktoren.....	205
Abbildung 11a-q: Scatter Plots zum Zusammenhang zwischen den länderspezifischen Average Marginal Effects der mentalen Gesundheit der Alleinerziehenden und den Kontextfaktoren	230

III. Abkürzungsverzeichnis

AME	Average Marginal Effects
AT	Österreich
BE	Belgien
BG	Bulgarien
BIP	Bruttoinlandsprodukt
CY	Zypern
CZ	Tschechien
DE	Deutschland
DK	Dänemark
EDV	Estimated Dependet Variable Approach
EE	Estland
ES	Spanien
EU	Europäische Union
Eurofound	European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions
EVS	European Value Survey
EWCS	European Working Conditions Survey
FI	Finnland
FR	Frankreich
GB	Großbritannien
GR	Griechenland
HU	Ungarn
ICC	Intraklassen-Korrelationskoeffizient
IE	Irland
ILO	International Labour Organization
ISCED	International Standard Classification of Education
IT	Italien
LFS	Labour Force Survey
LT	Litauen
LU	Luxemburg
LV	Lettland
m.E.	meines Erachtens
MT	Malta
NA	No Answer
NL	Niederlande
NUTS	Nomenclature des unités territoriales statistiques (Dt.: Systematik der Gebietseinheiten für die Statistik)
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OLS	Ordinary Least Squares
PL	Polen
PT	Portugal
RO	Rumänien
SE	Schweden
SI	Slowenien

SK
WHO

Slovakia
World Health Organization

Danksagung

Ich möchte mich bei all jenen bedanken, ohne die diese Arbeit nie entstanden wäre und die an ihrer Fertigstellung einen großen Anteil haben:

An erster Stelle gilt mein Dank Prof. Dr. Petra Böhnke, die mir die Möglichkeit zur Promotion gegeben hat und ohne die diese Arbeit in ihrer jetzigen Form nie entstanden wäre. Ich danke ihr vor allem für die intensive wissenschaftliche Betreuung und fachlichen Diskussionen, durch die nicht nur diese Arbeit profitiert hat, sondern durch die ich mich auch persönlich und fachlich weiterentwickeln konnte.

Auch sei Prof. Dr. Birgit Pfau-Effinger gedankt, die mir als 2. Betreuerin wertvolle Anregungen gegeben hat. Vor allem für die Diskussion der Makrotheorien und der Ergebnisse bin ich ihr sehr dankbar. Ebenfalls bedanke ich mich bei Prof. Dr. Stefanie Kley für die Übernahme des Zweitgutachtens.

Meinen Kollegen Isabel Valdés Cifuentes, Janina Zeh und Sebastian Link danke ich für ihren kollegialen Rückhalt und die fachlichen Diskussionen. Außerdem bin ich für ihre Anregungen, Motivation und Unterstützung sehr dankbar. Außerdem danke ich Prof. Dr. Clare Bamba, Dr. Katie Thomson und Dr. Adetayo Kasim für die methodische Diskussion meiner Arbeit während meines Forschungsaufenthalts an der Universität Durham. Auch für die freundliche Aufnahme und kollegiale Zusammenarbeit möchte ich ihnen danken.

Großer Dank geht auch an meine Freunde, die mich mit ihrer großen Geduld immer unterstützt haben, mir zu jeder Zeit mit praktischen Ratschlägen zur Seite standen und mich in schwierigen Phasen motiviert und aufgemuntert haben. Besonders bedanke ich mich bei Kirsten Gattermann und Stephanie Hoppert für das Lesen des Manuskriptes und ihre wertvollen Anmerkungen.

Herzlich danke ich auch meinen Eltern, Geschwistern und Großeltern, die mich in meinen Entscheidungen und auf meinen ganzen Lebensweg immer unterstützt haben und mir mit Rat und Tat zur Seite standen. Meinem Mann, Raphael, danke ich für seine Liebe, Ruhe und Geduld in allen Lebenslagen sowie für seine alltägliche Unterstützung.

1. Einleitung

Gesellschaftliche Wandlungsprozesse wie die Erhöhung der Scheidungsrate und die Reduzierung der Fertilitätsrate tragen dazu bei, dass der Anteil Alleinerziehender¹ in den meisten Ländern Europas in den letzten Jahren stetig gestiegen ist (Maldonado/Nieuwenhuis 2014: 4; Rousou et al. 2013: 425; Jaehrling et al. 2011: 12; Heimer et al. 2009: 8; Daly 2005: 380–383; Kiernan et al. 1998: 124–126). 2011 sind 16 % aller Familien in der EU Alleinerziehende, dabei schwankt der Anteil Alleinerziehender erheblich zwischen den EU-Ländern. Lettland hat mit 33 % den höchsten Anteil an Alleinerziehenden, gefolgt von Slowenien mit 25 %, Polen mit 22 % und Tschechien mit 21 %. Der niedrigste Anteil an Ein-Eltern-Familien findet sich in Zypern mit knapp 10 %. Deutschland und Schweden liegen mit einem Anteil von jeweils 13 % ebenfalls unter dem Durchschnitt in der EU. Die Verantwortung für die Kinder bleibt nach einer Trennung oder Scheidung zum weitaus größeren Teil in den Händen der Mütter: 84 % der Ein-Eltern-Familien werden in der EU von einer Mutter geführt. In Schweden, Rumänien und Spanien gibt es mit 20-23 % vergleichsweise viele alleinerziehende Väter, während sie in Estland nur 9 % der Alleinerziehenden ausmachen. Deutschland und Großbritannien liegen mit einem Väteranteil von 15 % und 14 % an den Alleinerziehenden im europäischen Mittelfeld (Eurostat 2015: 5f.).

Die Familien Alleinerziehender sind zahlreichen Risiken ausgesetzt. Dazugehört ein vergleichsweise hohes Armutsrisiko sowie ein erhöhtes Risiko, Sozialleistungen zu beziehen (Maldonado/Nieuwenhuis 2014: 5; Bahle et al. 2013: 193f.; Chzhen/Bradshaw 2012: 488f.; Fondazione G. Brodolini 2007: 9f.; Bradshaw et al. 1996: 9). Nach der Trennung haben vor allem Mütter finanzielle Einbußen hinzunehmen, während bei den Vätern kaum eine Veränderung festzustellen ist

¹ Es gibt keine einheitliche Definition von Alleinerziehenden. So variiert das Alter des jüngsten Kindes, bis zu dem Alleinerziehende als alleinerziehende Mütter gelten können. Häufig wird die Volljährigkeit als Obergrenze genutzt. In anderen Studien wird die Obergrenze bei 16 Jahren gezogen, da die Kinder dann nicht mehr auf die Betreuung der Eltern angewiesen sind. Im deutschen Kontext ist auch bis 25 Jahre eine gängige Altersgrenze, da bis zu diesem Alter finanzielle Unterstützungen wie das Kindergeld an die Eltern ausbezahlt werden und von den Eltern Unterhaltszahlungen an ihre Kinder erwartet werden, solange diese sich noch in einer Ausbildungsphase befinden. Wie lange Eltern ihre Kinder finanziell unterstützen müssen oder Transferzahlungen erhalten, unterscheidet sich aber innerhalb der EU (Chzhen/Bradshaw 2012: 489; Peuckert 2012: 349).

(Andreß et al. 2003: 50). Dies ist für die Mütter besonders gravierend, da sie in den meisten Fällen für die finanzielle Sicherheit ihrer Kinder hauptverantwortlich sind.

Doch Alleinerziehende haben nicht nur mehr ökonomische Probleme als Paarfamilien², sondern sind auch gesundheitlich gegenüber Paarmüttern benachteiligt. So bewerten alleinerziehende Mütter ihren eigenen Gesundheitszustand überdurchschnittlich häufig als ‚weniger gut‘ oder ‚schlecht‘ und sind häufiger von Depressionen und Angstzuständen betroffen als Mütter in Paarfamilien. Dieser Befund ist empirisch gut dokumentiert, wird aber vor allem auf eine schlechtere ökonomische Lage in Verbindung mit einem geringeren sozialen Status zurückgeführt. Armut und der Bezug von Sozialhilfe werden ebenfalls als gesundheitsrelevante Einflussfaktoren identifiziert (Hancioglu 2014: 85; Burström et al. 2010: 914; Avison et al. 2008: 245; Cooper et al. 2008: 341; Fritzell et al. 2007: 2483; Ringbäck Weitoft et al. 2002: 575; Pérez/Beaudet 1999: 23; Benzeval 1998: 1347f.; Brown/Moran 1997: 26f.). Neben dem ökonomischen Hintergrund und individuellen Merkmalen wie Alter und Bildung könnten aber auch noch andere Faktoren eine Rolle spielen, um die gesundheitliche Benachteiligung Alleinerziehender zu erklären.

Politisch wird der Arbeitsmarktintegration von Alleinerziehenden ein hoher Stellenwert beigemessen, um die Lebenssituation der Familien zu verbessern und Armut zu reduzieren. Alleinerziehende stehen dadurch häufig im Visier von Aktivierungspolitiken³. Als Voraussetzung für eine stabile Erwerbsbeteiligung wer-

² In der vorliegenden Arbeit liegt eine Partnerschaft vor, wenn ein Paar zusammen im gleichen Haushalt lebt. Die Definition bezieht damit sowohl verheiratete als auch unverheiratete Paare mit ein. Dem Ehestatus wird in dieser Arbeit keine weitere Beachtung geschenkt, da die Vorteile eine Partnerschaft bzw. die Belastungen für Alleinerziehende unabhängig von der Institution der Ehe vorhanden sein sollten. Auch wenn mir bewusst ist, dass in manchen Ländern wie Deutschland, Eheleuten noch weitere steuerliche Vorteile zu Teil werden, auf die unverheiratete Paare keinen Anspruch haben. Auch aus datentechnischen Gründen kann in den Analysen nicht zwischen verheirateten und zusammenlebenden, aber unverheirateten Paaren differenziert werden.

³ Unter Aktivierungspolitiken werden Maßnahmen verstanden, die Erwerbslose schneller wieder in Arbeit bringen sollen. Insbesondere Problemgruppen am Arbeitsmarkt wie Ältere, Migranten und Mütter rücken in den Fokus dieser Politik. Ziel dieser Politik ist es, die Anzahl an Erwerbslosen und Sozialleistungsbeziehern zu reduzieren (Bogedan 2005: 5f.; Halvorsen/Jensen 2004: 461f.). Inwieweit auch Alleinerziehende aktiviert werden, unterscheidet sich aber zwischen den EU-Ländern (Haux 2013: 124–129). Genauere Informati-

den politische Maßnahmen zentral, die die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ermöglichen und damit die Chancen der Alleinerziehenden auf dem Arbeitsmarkt erhöhen (Eydoux 2015: 2f.; Millar 2011: 27; Knijn/Smit 2009: 486f.; Leitner et al. 2008: 185; Lewis et al. 2008: 262; Lewis 1997: 51f.; Kiernan et al. 1998: 7).

Kaum Beachtung wurde bisher aber den gesundheitlichen Konsequenzen geschenkt, die mit der Arbeitsmarktintegration verknüpft sind. Mit dem Beschäftigungsverhältnis sind gesundheitliche Belastungen verbunden, die durch die Arbeitszeiten oder Arbeitsplatzunsicherheit entstehen (Keller/Seifert 2013: 31; Hennig et al. 2012: 515–518; Langhoff et al. 2012: 466f.; Busch/Ducki 2010: 25).

Der Beschäftigungskontext ist mit ganz unterschiedlichen Risiken behaftet, die im Zusammenhang mit der Gesundheit der Mütter stehen könnten. Ein wichtiger Aspekt könnte dabei das Beschäftigungsverhältnis sein. Sowohl aus der Vollzeit- als auch aus einer atypischen Beschäftigung⁴ resultieren Gesundheitsgefahren, die besonders bei Alleinerziehenden zutage treten sollten. Die Forschung hat gezeigt, dass eine Vollzeitbeschäftigung mit Vereinbarkeitsproblemen und Mehrfachbelastungen einhergeht, welche gerade bei Alleinerziehenden, die kaum Unterstützung durch einen Partner für die Kinderbetreuung oder Haushaltsarbeit erhalten, zu Belastungen führen (Klenner et al. 2011: 273). Atypische Beschäftigungsformen gehen auf der anderen Seite auch mit Unsicherheiten und Existenzängsten einher, die besonders befristet Beschäftigte und Leiharbeiter betreffen (Keller/Seifert 2013: 31; Langhoff et al. 2012: 466f.; Busch/Ducki 2010: 25). Im Vergleich mit Paarmüttern arbeiten Alleinerziehende wesentlich häufiger in einer befristeten Beschäftigung (Engelbrecht/Jungkunst 2001: 3) und könnten infolgedessen auch höheren Gesundheitsbelastungen ausgesetzt sein.

Hinsichtlich der Erwerbseinbindung von Alleinerziehenden zeigen sich länderspezifische Variationen: So arbeiten Alleinerziehende in Italien und Deutschland

onen zum Aktivierungskonzept und zur Aktivierung Alleinerziehender finden sich im Kapitel 5.1.2.2.

⁴ Unter dem Begriff ‚atypische Beschäftigung‘ werden Beschäftigungsformen zusammengefasst, die von einem unbefristeten Vollzeitbeschäftigungsverhältnis, dem sog. Normarbeitsverhältnis, abweichen. Dazugehören Soloselbständige, Leiharbeiter, Teilzeitbeschäftigte, geringfügig und befristet Beschäftigte (Keller et al. 2012: 1; Laß 2012: 80; Keller/Seifert 2011: 1; Mückenberger 1985: 422f.).

überwiegend in Vollzeitstellen und gehen zu einem wesentlich höheren Anteil einer Erwerbsarbeit nach als Mütter aus Paarfamilien (Keller et al. 2012: 7f.; Statistisches Bundesamt 2010: 5, 17-20; Engelbrecht/Jungkunst 2001: 2; Bimbi 1997: 177). In Schweden und Großbritannien sind Paarmütter insgesamt häufiger in Erwerbsarbeit zu finden. Wenn Alleinerziehende hier berufstätig sind, arbeiten sie vermehrt in Teilzeitstellen (Burström et al. 2010: 917). Die Belastungen, die durch die Erwerbsarbeit für die Mütter entstehen, sollten sich zwischen den Ländern aufgrund dieser länderspezifischen Variationen in der Erwerbseinbindung unterscheiden.

Die zeitlichen Arbeitsbelastungen spielen für die Gesundheit der Mütter eine große Rolle. Die Arbeitszeit steht zum einen in einer direkten Verbindung mit dem Beschäftigungsverhältnis (Teilzeit- oder Vollzeitbeschäftigung). Zum anderen ist aber auch die Lage der Arbeitszeit bedeutsam. So ist bekannt, dass die zeitlichen Arbeitsbedingungen der Alleinerziehenden schlechter als die der Paarmütter sind. So müssen Alleinerziehende häufiger am Wochenende und in der Nacht, im Schichtdienst oder über 40 Stunden in der Woche arbeiten (Engelbrecht/Jungkunst 2001: 3). Lange Arbeitszeiten sind dabei vor allem mit Konsequenzen für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf verbunden. So berichten Frauen, die unter 30 Wochenstunden in Erwerbsarbeit verbringen, eine bessere Vereinbarkeit als jene, die mehr als 40 Stunden die Woche erwerbstätig sind. Damit gehen gleichzeitig auch Risiken für die Gesundheit der erwerbstätigen Mütter einher, die eine hohe Anzahl an Wochenarbeitsstunden leisten müssen. Durch eine Teilzeitbeschäftigung kann hingegen die Vereinbarkeit gefördert werden (Hennig et al. 2012: 515–518).

Ein weiterer Faktor, der direkt mit der Erwerbsarbeit verbunden ist, ist das Lohnniveau. Eine niedrig entlohnte Beschäftigung erscheint im speziellen für Alleinerziehende problematisch zu sein, da ein geringes Einkommen nicht durch einen zweiten Verdiener aufgefangen werden kann, wie es überwiegend in Paarfamilien der Fall ist. Bei Alleinerziehenden wird durch die schlechte wirtschaftliche Lage, Arbeitsplatzunsicherheit und Belastungen durch Familien- und Erwerbsarbeit eine Kumulierung von Stressoren wahrscheinlich, die in einer schlechteren Gesundheit Alleinerziehender münden (Klenner et al. 2011: 241; Sperlich et al. 2011a: 738; Sperlich et al. 2011b: 388f.).

Zur Kompensation der Risiken, die mit der Erwerbsarbeit einhergehen, kommt dem Wohlfahrtsstaat eine bedeutsame Rolle zu. Durch sozial- und arbeitsmarktpolitische Maßnahmen könnten Verluste im Einkommen und eine Abnahme der Beschäftigungsstabilität ausgeglichen bzw. reguliert werden. Im Wohlfahrtsstaat selbst findet hingegen ein Wandel zu einer stärkeren Ausrichtung auf Flexibilisierung und Aktivierung statt, welche mit einer Stärkung der Verantwortung des Einzelnen für sich und seine Familie, einer Kürzung der Transferleistungen und einer Verschärfung der Zumutbarkeitsregelungen für Arbeitslose einhergeht. Alleinerziehende geraten dadurch besonders unter Druck, da sie als Familienernährerinnen für die ökonomischen Bedürfnisse ihrer Familie aufkommen müssen (Dingeldey 2011: 41; Marten 2007: 196; Ostner 2000a: 51; Ostner 2000b: 188).

Die europäischen Länder sind durch höchst unterschiedliche wohlfahrtsstaatliche Absicherungslogiken hinsichtlich der Sozial- und Arbeitsmarktpolitik sowie der Vereinbarkeitsarrangements geprägt (Leschke 2009: 383–386; Fink 2000: 408; Kilkey 2000: 255f.). Es sollte den Ländern entsprechend auch unterschiedlich gut gelingen, den Risiken, die durch die Beschäftigung entstehen, zu begegnen. Den unterschiedlichen sozialen Sicherungssystemen im Zusammenhang mit den gesundheitlichen Auswirkungen der Erwerbsarbeit, insbesondere bei vulnerablen Gruppen wie Alleinerziehenden, wurde bisher kaum Beachtung geschenkt.

Unklar ist bisher, welche Auswirkungen das Beschäftigungsverhältnis und die Arbeitsbedingungen von Müttern auf die Gesundheit haben und welche Unterschiede es hierbei in Europa gibt. An diese Forschungslücke will dieses Arbeit anschließen: Ziel ist es herauszufinden, in welchen europäischen Ländern eine gesundheitliche Benachteiligung Alleinerziehender festzustellen ist. Anschließend wird versucht, die gesundheitliche Ungleichheit zwischen den Müttern zu erklären. Aufgrund der Relevanz der Erwerbsintegration und der Aktivierung in Erwerbsarbeit wird der Blick auf Determinanten gerichtet, die im Zusammenhang mit dem Beschäftigungskontext stehen. Dazugehört nicht nur das Beschäftigungsverhältnis, sondern auch die Arbeitszeiten sowie soziale, finanzielle und Zeitressourcen, die über die Erwerbsarbeit vermittelt sind. Es gilt somit die Frage zu beantworten, welche Beschäftigungsfaktoren für die Gesundheit der Mütter und insbesondere der Alleinerziehenden von Relevanz sind.

In der bisherigen Forschung zur Müttergesundheit wurden institutionelle Kontextfaktoren weitestgehend ausgeblendet, dabei stellen sie ökonomische Ressour-

cen bereit und sind ausschlaggebend, um erwerbstätig sein zu können. Die institutionellen Rahmenbedingungen könnten durch die Förderung der Ressourcenausstattung und Vereinbarkeit sowie durch die Minimierung von Arbeitsplatzunsicherheit im Zusammenhang mit der Gesundheit stehen. Aus diesem Grund sollen auch institutionelle Kontextfaktoren wie familien- und gesundheitspolitische Leistungen sowie das Niveau von Arbeitsmarktflexibilisierung und sozialer Sicherheit berücksichtigt werden.

Ebenfalls sind die gesellschaftlichen Einstellungen zur Müttererwerbstätigkeit und der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung in den jeweiligen Ländern bedeutsam: Die Abweichung von gesellschaftlich akzeptierten Verhaltensweisen kann zu Stigmatisierungen oder moralischen Konflikten im Individuum führen, die ebenfalls eine Beziehung zur Gesundheit der Mütter aufweisen (Treas/Tai 2011: 919). Weiterhin soll geprüft werden, ob bestimmte individuelle und institutionelle Determinanten sowie die gesellschaftlichen Einstellungen den Zusammenhang zwischen Gesundheit und familiärer Lebensform moderieren.

Zur Beantwortung der forschungsleitenden Fragen wird wie folgt vorgegangen: Zu Beginn wird der Gesundheitsbegriff näher vorgestellt und zu verwandten Begriffen wie dem der Lebensqualität oder des Wohlbefindens in Verbindung gesetzt. Auch wird hier auf den Begriff der gesundheitsbezogenen Lebensqualität Bezug genommen, der sowohl Aspekte der Gesundheit und der Lebensqualität miteinander verbindet und für den weiteren Verlauf der Arbeit von besonderer Bedeutung ist (Kap. 2.1).

Darauffolgend werden unterschiedliche, aus der Forschung bekannte Determinanten von Gesundheit bzw. Krankheit aufgezeigt. Dabei werden auch Determinanten in den Fokus gerückt, die im Verlauf dieser Arbeit keinen Schwerpunkt bilden, die aber im Allgemeinen relevant für die Gesundheit der Individuen sind. Ziel des Kapitels soll es sein, einen ersten Überblick über Determinanten aus unterschiedlichen Bereichen zu geben (Kap. 2.2).

Im nächsten Schritt werden die Forschungsergebnisse bezüglich des Zusammenhangs von Erwerbsarbeit, Ressourcen, Haushaltskontext und Gesundheit bei Müttern vorgestellt. Es geht dabei um die Frage, welche dieser Determinanten sich bisher als relevant erwiesen haben, um die gesundheitliche Ungleichheit zwi-

sehen Alleinerziehenden und Paarmüttern zu erklären bzw. zu reduzieren. Weiterhin wird geprüft, ob bestimmte Determinanten stärker in einer Beziehung zur Gesundheit Alleinerziehender als zur Gesundheit der Paarmütter stehen. Länderspezifischen Unterschieden wird dabei besondere Beachtung geschenkt. Auch wird aufgeführt, was bereits über den Zusammenhang zwischen Müttergesundheit und sozial-, familien-, arbeitsmarkt- und gesundheitspolitischen Maßnahmen bekannt ist. Schlussendlich werden aus dem Forschungsstand Forschungslücken abgeleitet, an die die vorliegende Arbeit anknüpfen soll (Kap. 3).

Der zweite Teil der Arbeit kann mit dem Oberbegriff ‚Theorien‘ überschrieben werden. Nachdem bereits einiges über den empirischen Zusammenhang von Müttergesundheit und ihren Determinanten erläutert wurde, wende ich mich den theoretischen Grundlagen zu, die den Zusammenhang zwischen den im Vordergrund stehenden Determinanten der Erwerbsarbeit, Arbeitszeit, Ressourcen sowie der Haushaltszusammensetzung mit der Gesundheit näher betrachten. Im ersten Schritt werden Theorien verwendet, die ihren Schwerpunkt auf der Mikroebene (Kap. 4) haben. Dazugehört das Modell der Gratifikationskrisen (Kap. 4.1). Hier steht das Verhältnis von Anerkennung, Gehalt und Karrierechancen zur erbrachten Leistung im Vordergrund. Ein Ungleichgewicht führt zu gesundheitlichen Einschränkungen.

Eine stärkere Fokussierung auf Ressourcen vollzieht sich dann im Anforderungs-Ressourcen Modell (Kap. 4.2.1). Anforderungen, welche die Umwelt oder das Individuum selber stellen, können nur dann erfüllt werden, wenn ausreichend Ressourcen vorhanden sind, die die Erfüllung der Anforderungen unterstützen. Nachfolgende Theorien legen ihren Schwerpunkt auf Ressourcen, die helfen, die Bewältigung von belastenden Situationen zu verbessern (Kap. 4.2.2) oder das Eintreten bzw. die Erwartung von Ressourcenverlusten als belastend definieren (Kap. 4.2.3).

Ein Mangel an Bewältigungsressourcen kann in Konflikten münden. Eine besondere Relevanz für Mütter nimmt dabei die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ein. Rollenkonflikte entstehen dann, wenn die Anforderungen in der Berufs- und Familienrolle nicht mehr bewältigt werden können. Nicht zu bewältigende Konflikte können zu einer gesundheitlichen Belastungsquelle werden (Kap. 4.3).

Neben Faktoren auf der Individualebene der Akteure sind auch Determinanten auf der institutionellen Ebene (Makroebene) von Relevanz. Theoretisch werden diese Determinanten im fünften Kapitel behandelt. Zu diesen zählt das Verhältnis von Arbeitsmarktflexibilisierung und sozialer Sicherheit (Flexicurity, Kap. 5.1), welches hinsichtlich der sozialen Absicherung der Beschäftigten eine große Rolle spielt. Arbeitsmarktunsicherheiten der Beschäftigten, die durch ein hohes Flexibilisierungsniveau entstehen, können durch eine umfangreiche soziale Absicherung ausgeglichen werden. Gleichzeitig ist Aktivierung ein zentraler Bestandteil des Flexicurity-Konzeptes, um bspw. die Beschäftigungsfähigkeit zu erhöhen und die Arbeitslosenzahlen zu reduzieren. Damit sind für Mütter Belastungen verbunden, die durch den Druck zur Arbeitsaufnahme (Whitworth 2013: 842) sowie Arbeitsplatzunsicherheit entstehen. Da Alleinerziehende häufiger in unsicheren Beschäftigungsverhältnissen beschäftigt sind (Engelbrecht/Jungkunst 2001: 3), sollten sie auch eher gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sein, die durch eine gute Balance von Flexibilisierung und sozialer Sicherheit reduziert werden könnten.

Für Mütter ist auch die Familienpolitik ein wichtiger Punkt, da durch die institutionellen Betreuungsarrangements die Vereinbarkeitsmöglichkeiten maßgeblich mitbestimmt werden und Transferzahlungen die finanzielle Situation der Familien verbessern sollten (Kap. 5.2). Insbesondere Alleinerziehende könnten davon profitieren, dass gut ausgebaute Kinderbetreuungsmöglichkeiten Vereinbarkeitskonflikten entgegenwirken und finanzielle Transferzahlungen die ökonomische Situation der Alleinerziehenden verbessern.

Im darauffolgenden Subkapitel bewege ich mich weg von familienpolitischen und hin zu kulturellen Aspekten. Im Vordergrund steht die gesellschaftliche Akzeptanz der Erwerbsbeteiligung von Müttern. Dies ist neben den institutionellen Betreuungsarrangements wichtig, damit die Mütter durch die Aufnahme einer Erwerbsarbeit keine gesellschaftliche Stigmatisierung erfahren, die ebenfalls mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen verknüpft sein könnte (Kap. 5.3).

Der Zugang zum Gesundheitssystem und die damit verbundenen Kosten sind von Relevanz, da sie bestimmen, ob sich Personen mit finanziellen Problemen eine ärztliche Versorgung leisten können. Da Alleinerziehende häufiger von Armut und finanziellen Engpässen betroffen sind (Jaehrling et al. 2011: 158; Chzhen/Bradshaw 2012: 488, 496; Kilkey/Bradshaw 1999: 161f.), ist für diese Grup-

pe die finanzielle Absicherung und der Zugang zu kostenfreier Gesundheitsversorgung besonders wichtig (Kap. 5.4). Zu guter Letzt wird ein Zwischenfazit (Kap. 5.5) gezogen und die einzelnen Theorien in einem Erklärungsmodell (Kap. 6) zusammengebracht, welches die Grundlage für die Ableitung der Hypothesen (Kap. 7) bildet.

Im dritten Teil dieser Arbeit stehen die empirischen Auswertungen im Mittelpunkt. Zu Beginn dieses Teils wird das empirische Vorgehen näher erläutert (Kap. 8). Damit wird die Grundlage für das Verstehen der Ergebnisse der Mehrebenenanalyse gelegt. Dieses Vorgehen wurde gewählt, da es erlaubt, die Mikro- und Makroebene aus dem Erklärungsmodell auch empirisch zusammenzubringen. Die Datengrundlage (Kap. 9) und die Operationalisierung der Variablen (Kap. 10) werden sodann für beide Ebenen erläutert.

Im Anschluss werden zuerst die deskriptiven Ergebnisse für die Länder der EU vorgestellt (Kap. 11), hierbei werden die unterschiedlichen Determinanten in eine Verbindung zur Gesundheit gesetzt und Unterschiede zwischen den Müttern aufgezeigt. Darauffolgend werden die Ergebnisse der Mehrebenenanalyse für die Mikro- und Makroebene vorgestellt (Kap. 12). Um einen differenzierteren Überblick über gesundheitliche Folgen zu erhalten, wird neben der selbsteingeschätzten Gesundheit (Kap. 12.1) auch die mentale Gesundheit (Kap. 12.2) der beschäftigten Mütter berücksichtigt. In einem abschließenden Zwischenfazit werden die Ergebnisse der mentalen und selbsteingeschätzten Gesundheit zusammengebracht und verglichen (Kap. 12.3).

Im vierten und letzten Teil werden die Ergebnisse diskutiert. Hierbei wird als Erstes auf die theoretische Bedeutung der Ergebnisse (Kap. 13.1) unter Rückgriff auf die einzelnen Hypothesen und verwendeten Theorien Bezug genommen. Aus den Ergebnissen werden politische Implikationen für eine bessere gesundheitliche Absicherung erwerbstätiger Mütter und Alleinerziehender abgeleitet (Kap. 13.2). Ein abschließendes Fazit bringt die einzelnen Teile der Arbeit noch einmal zusammen und zeigt die Limitationen der Arbeit sowie den weiteren Forschungsbedarf auf (Kap. 13.3).