

ABSCHLUSSBERICHT

KiFa - Kind und Familie



Kind und Familie
Familiäre Gesundheitsförderung
insbesondere mit Alleinerziehenden

BSPH: Prof. Dr. Raimund Geene und Miriam Knörnschild

SkF: Andrea Keil

Berlin den, 28.03.2022

Danksagung

Wir möchten uns ganz herzlich bei allen Projektunterstützer_innen bedanken, insbesondere bei den Kolleginnen Ann-Kristin Krick, Iris Scheuberth, Vivien Johl und Rebecca Zeljar (vdek), den Mitwirkenden vom Arbeitskreis Frühprävention in Neukölln Nord und Süd und der beteiligten Familienzentren, dem KiFa-Projektteam (Ulrike von Haldenwang, Katharina Lietz, Bettina Völzer, Sabine Rickensdorf, Jan Bröcher, Jasper Strauss, Julia Sieland und Catherine Wieland), Laurette Rasch und den Mitglieder des begleitenden Projektbeirates: Holger Adolph, Danielle Dobberstein, Anett Dubsky, Carola Felber, Birte Frerick, Wolfgang Jas, Dr.in Birte Krutz, Maria Lingens, Prof.in Dr.in Eva Luber, Margaretha Müller, Petra Rattay und Petra Schönberger.

Ein besonderer Dank gilt Frau Susanne Gewinner. Eine geschätzte Kollegin, die den Arbeitskreis Frühprävention Neukölln Nord über 10 Jahre leitete und prägend an der konzeptionellen Umsetzung der „Neuköllner KiezSterne“ beteiligt war. Sie war eine engagierte Förderin und Unterstützerin dieses Projektes, auf deren Grundlage sich das KiFa Projekt entwickeln konnte. Frau Susanne Gewinner verstarb leider Anfang des Jahres 2022. Unsere Anteilnahme gilt ihrer Familie und allen ihr nahestehenden Personen.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	III
1. Einleitung.....	1
2. Theoretischer Hintergrund.....	1
2.1 Alleinerziehende in Deutschland: Begriffsbestimmung und soziale und gesundheitliche Lage.....	1
2.2 Doing Family als dynamischer Prozess familialer Lebensführung	2
2.3 Familiäre Gesundheitsförderung im Rahmen von Doing Family.....	7
2.4 Alleinerziehende im Rahmen von Familiärer Gesundheitsförderung.....	8
3. Meilensteine und Projektchronologie.....	9
3.1 Vorbereitungen für den Projektstart.....	9
3.2 Bestandsaufnahme bestehender Projekte und Angebote familiärer Gesundheitsförderung, insbesondere bei Alleinerziehenden.....	10
3.3 Umsetzung der Schulungen zu Gesundheitsmittler_innen	11
3.4 Aktivierende Befragung.....	12
3.5 Organisationsentwicklung.....	14
3.6 Leitungs-, Steuerungs- und Begleitgremium.....	15
4. Ergebnisse der Umfeldanalyse.....	17
5. Ergebnisse der Interviews	18
6. Ergebnisse der Fokusgruppen und Zukunftswerkstätte.....	8
8. Diskussion und Ausblick.....	13
10. Literaturverzeichnis.....	14
11. Anlagen	16
Anlage 1: Curriculum Gesundheitsmittler_innen	
Anlage 2: Protokolle Steuerungskreis	
Anlage 3: Protokolle Beirat	
Anlage 4: Familiäre Typologien - Eine Überblicksdarstellung zu Sozialmodellen und familiären (Alleinerziehenden-)Typologien	
Anlage 5: Die Perspektive alleinerziehender Mütter auf die Zeit ab der Geburt – Bedürfnisse, Bedarfe und Potenziale für Familiäre Gesundheitsförderung	
Anlage 6: Erhebungsinstrumente und Begleitdokumente	

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Überblick zum Konzept Doing Family	4
Abbildung 2: Schwerpunkte des Bausteins Gesundheit im Schulungskonzept der Gesundheitsmittler_innen	11
Abbildung 3: Einstufung der Interviewpartner_innen nach dem FAI.....	20

1. Einleitung

Alleinerziehende sind eine kontinuierlich wachsende Familienform und bilden eine wichtige Adressat_innengruppe für Gesundheitsförderung und Prävention, um geschlechtsbezogene und sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu vermindern (§ 20 Abs. 1 SGB V). Allerdings stellen Alleinerziehende keineswegs eine homogene Gruppe dar, sondern auch hier spiegelt sich die gesellschaftliche Vielfalt wider. Übereinstimmend deutlich wird die fehlende Gratifikation geleisteter Sorge- und Erziehungsarbeit bei gleichzeitiger Erwerbsarbeit. Die Auswirkungen der Coronapandemie haben die Relevanz zur Schaffung und Sicherung gesunder Lebensverhältnisse für Alleinerziehende im Rahmen der Daseinsvorsorge nochmals verstärkt deutlich gemacht.

In praktischen Ansätzen der Gesundheitsförderung und Prävention ist die Lebenslage ‚alleinerziehend‘ bisher jedoch wenig konzeptualisiert. Das vorliegende Projekt ‚KiFa‘ *Kind und Familie – Familiäre Gesundheitsförderung insbesondere bei Alleinerziehenden* (September 2019 bis Dezember 2021) zielt daher auf einen adressat_innen- und bedarfsorientierten Auf- und Ausbau gesundheitsförderlicher Strukturen für Alleinerziehende im Berliner Bezirk Neukölln ab. Mit Methoden der Organisationsentwicklung wurden Strukturen, Maßnahmen und Projekte zur Gesundheitsförderung für Familien weiterentwickelt und aufgebaut sowie auf die besonderen Bedarfe von Alleinerziehenden ausgerichtet. Ehrenamtliche Gesundheitslots_innen als Multiplikator_innen und Peer-Strukturen, welche einen niedrighschwelligem Zugang zur Adressat_innengruppe ermöglichen, werden mittels kooperierender Familienzentren in diesen Prozess eingebunden. Diese Kombination aus Forschung und Praxis wurde durch die kooperierenden Projektträger Berlin School of Public Health (BSPH) und dem Sozialdienst katholischer Frauen e.V. (SkF) umgesetzt. Gefördert wurde das Projekt durch den Verband der Ersatzkassen (vdek).

2. Theoretischer Hintergrund

2.1 Alleinerziehende in Deutschland: Begriffsbestimmung und soziale und gesundheitliche Lage

Alleinerziehend nach dem Haushaltskonzept sind „Mütter und Väter, die ohne Ehe- oder Lebenspartner mit minder- oder volljährigen Kindern in einem Haushalt zusammenleben“ (Statistisches Bundesamt 2022). Während die Anzahl von Haushalten mit Kindern unter 18 Jahren in Deutschland sinkt, ist der Anteil an Alleinerziehenden im Zeitraum von 1996 – 2015 von 14

% auf 20 % gestiegen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2017). 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). Davon sind 86 % der Alleinerziehenden Mütter und 14 % Väter (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2020). Circa 30 % haben einen Migrationshintergrund (Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie 2019). Über ein Drittel (34,6 %) der Haushalte im Bezirk Neukölln waren im Jahr 2013 Alleinerziehendenhaushalte (Bezirksamt Neukölln 2016).

Alleinerziehend zu sein ist nicht immer unfreiwillig und nicht immer mit negativen Folgen verbunden (Zagel 2018; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2012b, 2012a). Insbesondere für alleinerziehende Frauen, die den Hauptanteil der Gruppe der Alleinerziehenden bilden (Statistisches Bundesamt 2022), besteht jedoch ein erhöhtes Armutsrisiko im Vergleich zu in Partnerschaft lebenden Frauen (Rattay et al. 2017; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2017; Keim-Klärner 2020). Der Alltag, sowie 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 2020b). Durch vielfältige und alltägliche Herausforderungen für Alleinerziehende können vermehrt Belastungssituationen entstehen, welche sich potenziell negativ auf die Gesundheit auswirken (Rattay et al. 2017; Keim-Klärner 2020; Sperlich 2014). Zudem zeigen Alleinerziehende häufig ein risikoreicheres Gesundheitsverhalten als Menschen mit Kindern in Paarbeziehungen (Rattay et al. 2017).

2.2 Doing Family als dynamischer Prozess familialer Lebensführung

Der Begriff Familie beschreibt ein Konstrukt, welches sich durch dauerhafte sowie partnerschaftliche gegenseitige Verantwortung 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 et al. 2014; Jurczyk 2014). Das Konstrukt von Familie befindet sich durch gesellschaftliche Vielfalt in einem ständigen Wandel. Bei Veränderungen wie z.B. der Geburt eines (weiteren) Kindes sind Werte, Rituale, Erziehung und alltägliche Strukturen neu

herzustellen. Sie müssen eingeübt und Rollen innerhalb der Familie (neu) verhandelt werden. Nach einer Trennung oder dem Tod eines/r Partner_in schließt sich möglicherweise eine Lebensphase des Getrennt/Alleinerziehens an, in der das Zusammenleben neu austariert und ein Verständnis von Familie hergestellt werden muss (Brinks und Schmolke 2019). Diese täglichen Herstellungsleistungen werden als Prozesse beschrieben „über die sich Familie selbst jeweils neu als Familie konstituiert“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2006, S. 128). Familie wird im Sinne des familiensoziologischen Konzepts Doing Family nicht als natürliche und selbstverständliche Ressource wahrgenommen, sondern durch kontinuierliche praktische sowie sinnhafte Leistungen aller Mitglieder hergestellt (Jurczyk 2014).

Das Konzept Doing Family ist angelehnt an den Sozialkonstruktivismus und den ethnomethodologischen Ansatz des Doing Gender (West und Zimmerman 1987). Dieser geht davon aus, dass das Geschlecht nicht natürlich und vorgegeben ist, sondern sozial konstruiert, d.h. durch gesellschaftliches Handeln hergestellt wird.

Das Konzept von Doing Family basiert auf praxeologischen Ansätzen und dem Lebensführungskonzept. Praxeologische Ansätze betrachten insbesondere unbewusste und nicht motivierte Handlungen, an denen unterschiedliche Akteure beteiligt sind und sich aneinander orientieren. Daneben werden Alltagsgestaltungen vor dem Hintergrund kultureller, ökonomischer und sozialer Ressourcen sowie Orientierungen innerhalb des Lebensführungskonzepts betrachtet (Jurczyk 2014). Lebensführungen auf individueller Ebene können zu einer gemeinsamen familialen Lebensführung zusammengeführt werden. Sie können dabei eine eigene Logik von Praxis- und Sinndimensionen entwickeln (Hagen-Demszky 2006), die in Abbildung 1 näher erläutert werden.



GRUNDFORMEN DER HERSTELLUNG VON FAMILIE

BALANCEMANAGEMENT

Organisatorische Ebene, die Abstimmungsleistungen der gesamten Familie beinhaltet, um den Alltag lebbar und umsetzbar zu gestalten. Ziel ist die praktische Gewährleistung des „Funktionierens“ der Familie.

KONSTRUKTION VON GEMEINSAMKEITEN

Sinnhafte Ebene, die den Blick auf Prozesse richtet, die die Herstellung von Familie durch alltägliche und biografische Interaktionen gewährleistet. Drei Varianten sind in diesen Konstruktionen zu unterscheiden:

Konstruktion von Nähe und Intimität

Herstellung sozialer Bindungen



Displaying Family

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

Die Praxisdimension beschreibt die direkte Ausgestaltung des familialen Zusammenlebens (z.B. Aufgabenverteilung, Kinderbetreuung, Organisation der Hausarbeit). Demgegenüber beschreibt die Sinndimension sinnstiftende Prozesse hinter diesen Handlungen. Zum Beispiel werden Bedeutungen gemeinsamer Familienzeiten interpretiert, Rituale und verschiedene

Rollenverständnisse der Familienmitglieder erläutert (ebd.). Insbesondere die Bedeutung der Sinndimension stellen Jurczyk und Lange heraus: „Erst das immer wieder zu vollziehende Doing Family in den Mikroprozessen familialer Lebensführung konstituiert Familie als Lebensform.“ (Jurczyk und Lange 2002, S. 14).

Die Herstellung von Familie erfolgt durch Praktiken, die sich auf unterschiedliche Ebenen und Sachverhalte beziehen. Einerseits auf die Familie als Gemeinschaft, sowie auf einzelne Leistungen, wie z.B. Erziehung. Die Unterscheidung ermöglicht einen zweiseitigen Blick auf die Herstellungspraktiken der Familien, die der familialen Lebensführung ähneln. Jurczyk et al. benannten (2014) 2014 drei Grundformen der Herstellung von Familie, die im Verlauf auf zwei Grundformen reduziert wurden (siehe Abbildung 1). Das Balancemanagement beschreibt die organisatorische Ebene. Diese beinhaltet alltägliche Praktiken und Abstimmungsleistungen der Familien, durch die der Alltag praktisch umsetzbar wird. Interessen und Bedürfnisse müssen von den Familienmitgliedern ausbalanciert werden. Ziel dieses Balancemanagements ist es, das ‚Funktionieren‘ der Familie praktisch zu gewährleisten. Die Konstruktion von Gemeinsamkeiten liegt auf der sinnhaften Ebene und umfasst Prozesse, innerhalb derer Familie durch alltägliche Interaktionen hergestellt wird. Gemeinsame Interaktionen, gegenseitige Bezugnahmen aufeinander und die Darstellung als Familie nach Außen mündet in der Konstruktion von Familie, dem Doing Family.

Diese Gemeinsamkeitskonstruktionen lassen sich durch drei Varianten unterscheiden: Erstens, der Herstellung sozialer Bindungen, die zu einem Zugehörigkeitsgefühl führen und durch In- bzw. Exklusion bedingt sind. Zweitens, die Konstruktion von Intimität bzw. Nähe („inneres“ Doing Family) und drittens, dem Displaying Family, also der gezielten und bewussten Inszenierung als Familie nach innen und außen. Durch eine gesellschaftliche Idealvorstellung von Familie sehen sich unter anderem Alleinerziehende, wie auch gleichgeschlechtliche, Patchwork- und kinderreiche Eltern einem sogenannten „Legitimationsdruck“ (Jurczyk 2014, S. 62) ausgesetzt. Aufgrund des allgemeinen gesellschaftlichen Drucks scheint dieses Displaying jedoch für alle Familien relevant zu sein. Damit Familie zustande kommen kann, sind beide Grundformen aufeinander angewiesen (Jurczyk 2014, 2020b).

Die bisherigen Ausführungen zeigen: Familie ergibt sich nicht von allein. Es bedarf aktiven und praktischen Leistungen von Mitgliedern, die in einem mehr oder minder gemeinsamen, mehr oder minder gelingenden Lebenszusammenhang münden. Dies führt zu einer „hinreichend guten Familie“ (Thiessen 2016). Jurczyk (2014, S. 67) betont:

„Dass die Herstellung von familialer Gemeinsamkeit und Care scheitern kann, dass sie konfliktuell sein kann, dass gemeinsam verbrachte Familienzeit negative Erfahrungen von Langeweile und Zwang bedeuten kann, ist davon unbenommen. Sie nimmt der Kernaussage der Notwendigkeit der Herstellung von Familie nicht ihr Gewicht.“

Familie ist als System von aktiven Gestaltungsleistungen abhängig, welche sich als stör anfällig erweisen können. Gestaltungsleistungen werden in Interaktionsprozessen von allen Mitgliedern erbracht. Das Doing Family erfolgt nicht unbedingt geplant oder zielgerichtet, eher bei läufig. Das bedeutet, dass die Prozesse der Herstellung von Familie in vermischten Handlungen, z.B. Trösten während der Zubereitung des Abendessens, geschehen (Schier und Jurczyk 2007).

Die Herstellung von Familie erfolgt in einer Art Korridor, welcher von ausreichend guter bzw. geringer oder misslingender Sorge flankiert wird. Die praktischen, familialen Leistungen werden als Pendelbewegungen innerhalb dieses Korridors betrachtet, die z.B. Glücksmomente sowie Krisen und Konflikte als existentielle Bestandteile des Doing Family beinhalten. Somit kann es Schattenseiten zum Vorschein bringen, aus denen sich negative Folgen wie ökonomische Nachteile aber auch gewalttätige Handlungen für die Familienmitglieder ergeben. Familie sollte daher als eine ambivalente sowie konfliktuelle Institution verstanden werden (Jurczyk und Thiessen 2020; Kindler und Eppinger 2020). Ein gewisses Maß an innerfamiliären Konflikten scheint ‚normal‘ zu sein. Der Übergang von Doing Family zu Undoing Family ist dabei dynamisch und fließend.

Undoing Family lässt sich aus zwei Richtungen betrachten. Familie kann in ausgewählten Situationen (z.B. im Arbeitskontext) in den Hintergrund treten. Die Bezüge zu ihr bleiben jedoch relevant. Die wichtige Variante des Undoing Family beschreibt darüber hinaus die aktive Distanzierung zur Familie. Dieser Gegensatz zur Herstellung von Familie kann bis zu Trennung und Abbruch in Beziehungen führen. Allerdings muss eine Trennung nicht zwangsläufig Abbruch der Beziehung und Auflösen der Herstellung von Familie z.B. gegenüber gemeinsamen Kindern bedeuten (Jurczyk 2020b; Buschmeyer et al. 2020).

Hinsichtlich der familialen Lebensführung von Allein-/Getrennterziehenden nehmen Trennungen einen relevanten Platz ein (Zagel 2018). Neben der eigenen Vorstellung von Familie, scheinen Prozesse des Aushandelns im Alltag und Problemlösungen bedeutsam zu sein. Zudem können sich unsichere Verhältnisse in der Erziehungsverantwortung belastend auswirken (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2012a).

Prozesse des Doing und Undoing Family sind dynamisch zu betrachten. Es kann häufig zu Veränderungen zwischen Phasen der Distanz oder Annäherung kommen. Beziehungen können abgebrochen, gestört und mehr oder weniger gestaltet werden. Diese Phasen können als normale Übergänge im Verlauf einer Familie betrachtet werden (Jurczyk 2020b; Buschmeyer et al. 2020)

2.3 Familiäre Gesundheitsförderung im Rahmen von Doing Family

Im Mittelpunkt der Familiären Gesundheitsförderung steht die Ressourcenstärkung von Familien sowie die Schaffung von gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen des familiären Lebens. Eine Voraussetzung der Familiären 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 (Geene et al. 2021). Gemäß dem Familienverständnis von *Doing Family* wird Familie nicht anhand formaler Aspekte (z.B. Eheschließung) definiert. Vielmehr wird Familie als privater und generationsübergreifender Lebenszusammenhang mit emotional verbindlichen Beziehungen angesehen, welche sich über spezifische familiäre Rituale und Routinen bilden (ebd.). So soll über das System Familie die Gesundheit aller Familienmitglieder gefördert werden (Geene 2018). Familiäre Gesundheitsförderung betrachtet sowohl familiäre Lebensphasen als auch Lebenslagen nutzer_innenorientiert, d.h. aus Perspektive der Familien, und zielt auf eine Darstellung und Identifikation von Gesundheitspotenzialen und -bedarfen ab (ebd.).

Familiäre Gesundheitsförderung kann *vertikal* an verschiedenen Lebensphasen ansetzen. Geene (2018) nennt dabei anhand verschiedener Sozialisationsstadien unterschiedliche Lebensphasen, die im Folgenden kurz skizziert werden:

Die primäre Sozialisation umfasst die Lebensphase Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit. Lebensphasen, welche sich rund um die Geburt abspielen, wird eine besondere Bedeutung beigemessen. Familienwerdung oder Erstgeburten können sowohl das Gesundheitsverhalten als auch Gesundheitsverhältnisse neu bestimmen; außerdem zeigt sich in dieser Zeit eine ausgeprägte „Bereitschaft zur gesundheitsförderlichen Neuorientierung“ (Geene 2018, S. 373). Entstehende familiäre Abläufe können das Familienleben bestimmen- Eine ausführliche Betrachtung wesentlicher Bedarfe, welche für Familiäre Gesundheitsförderung rund um die Geburt relevant sein kann, zeigt das 10-Phasen-Modell (Geene et al. 2016). Die sekundäre Sozialisation umfasst die Lebensphase der Fremdbetreuung. Damit wird die erste Fremdbetreuung thematisiert, z.B. durch Kita und Schule. Institutionen rücken in dieser Phase in den Vordergrund. So wird zwar der Rhythmus der familiären Abläufe verändert, gleichzeitig aber

kann eine Entlastung im Alltag entstehen. Die tertiäre Sozialisation umfasst außerschulische Freizeitangebote und Sport und ist besonders für ältere Kinder und Jugendliche relevant. Zusätzlich müssen die Transitionen zwischen verschiedenen Lebensphasen besonders beachtet werden (z.B. Übergang Kita/Schule) (Geene 2018). Der Rahmen der Familiären Gesundheitsförderung beinhaltet auch weitere Lebensphasen (z.B. Neuformierungsprozesse, Mehrgenerationenleben) (ebd.).

Besondere Lebenslagen von Familien können *horizontal* betrachtet werden, d.h. sie können sich unter Umständen über mehrere Lebensphasen hinziehen und diese prägen. Neben der Lebenslage alleinerziehend werden weitere Lebenslagen genannt, welche als relevant identifiziert wurden (Geene 2018; Mörath 2019). Diese Lebenslagen umfassen Armut, elterliche psychische oder Suchterkrankungen, bestehende oder sich entwickelnde Behinderungen und Erkrankungen von Kindern, chronische Erkrankungen von Kindern, Leben in Pflegefamilien sowie Flucht- und/oder Migrationsgeschichte.

2.4 Alleinerziehende im Rahmen von Familiärer Gesundheitsförderung

Die gesetzliche Rahmung durch § 20 SGB V Prävention und Gesundheitsförderung ist als wichtiger Hintergrund zu nennen. § 20 a hebt Maßnahmen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention hervor, die zur Minderung sozial- und geschlechtsbedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen führen sollen. Auf viele Alleinerziehende, insbesondere alleinerziehende Mütter, trifft dies in beiderlei Hinsicht zu, weshalb sie als vulnerable Gruppe gelten, die 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‘ allerdings bisher wenig konzeptualisiert und analysiert (Geene und Boger 2017; Kuschick et al. 2021):

Im Rahmen einer internationalen Literaturrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Alleinerziehenden (Geene und Töpitz 2017) konnten nur wenige Studien identifiziert werden, die sich explizit Ansätzen der Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden widmen. Auch die Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis) zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden (Geene und Boger 2017) zeigt nur wenige evaluierte und als Good Practice klassifizierte Projekte auf, die Alleinerziehende explizit adressieren und auf sie abgestimmte Interventionen bereithalten. Bestehende Projekte und

Ansätze richten Maßnahmen primär auf psychosoziale Ressourcenstärkung hin aus. In Expert_innengesprächen (ebd.) wurde zudem die Bezeichnung ‚alleinerziehend‘ thematisiert, welche mitunter negativ besetzt scheint. Auch alternative Begrifflichkeiten wurden kritisch hinterfragt, beispielsweise bildet der Begriff ‚Ein Eltern Familie‘ die Perspektive der Kinder oftmals nicht korrekt ab.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die gesundheitliche Situation von Alleinerziehenden in der Praxis Beachtung findet, ihre expliziten Bedarfslagen jedoch eher untergeordnet berücksichtigt werden. Bestehende Ansätze fokussieren zudem hauptsächlich verhaltenspräventive Ansätze (Kuschick et al. 2021).

3. Meilensteine und Projektchronologie

Auf Grundlage der beschriebenen Literatur und dem vorhandenen Bedarf an Adressierung Alleinerziehender in den Feldern Gesundheitsförderung und Prävention ist das KiFa-Projekt „Kind und Familie – Familiäre Gesundheitsförderung insbesondere für Alleinerziehende“ entstanden. Entsprechend des lebensweltbezogenen Gesundheitsförderungsprozesses (GKV-Spitzenverband 2021) gliedert sich das KiFa-Projekt in verschiedene Strukturen (Steuerungskreis, Projektteam, Projektbeirat, Öffentlichkeitsarbeit). Der im Folgenden beschriebene Projektverlauf gliedert anhand von Meilensteinen, die in chronologischer Reihenfolge beschrieben werden.

3.1 Vorbereitungen für den Projektstart

Meilenstein 0 (SkF) beschreibt organisatorische und inhaltliche Abstimmungsprozesse, um einen gelingenden Projektstart zu ermöglichen (September - Dezember 2019):

Um auf bezirklicher Ebene das Projekt zu verbreiten, wurde das KiFa-Projekt beim Jugend- und Gesundheitsamt Neukölln am 12.11.2019 vorgestellt. Von Seiten des Bezirkes wurde dabei Interesse der Zusammenarbeit signalisiert. In der Sitzung des AK Frühprävention Neukölln Nord am 22.10.2019 wurden die Vorstellung des Veränderungs- und Erweiterungsprozesses des Projektes „Neuköllner KiezSterne“ zum Projekt KiFa vorgestellt und diskutiert, insbesondere, um kooperierende Familienzentren zu gewinnen. Die Zusammenarbeit mit der BSPH sowie der konzeptuellen Erweiterung des Multiplikator_innenansatzes zu gesundheitlichen Aspekten (Baustein Gesundheit) wurde thematisiert. In der darauffolgenden Sitzung am 12.11.2019 bestand einstimmiger Konsens zur Umsetzung des KiFa-Projektes.

Acht kooperierende Familienbildungsstätten konnten gewonnen werden. In Kooperationsverträgen wurden die Strukturen der Zusammenarbeit geregelt.

Der SkF begleitet die BSPH bei Vernetzungsprozessen zum AK Frühprävention Neukölln Nord und zu weiteren relevanten Akteur_innen. Zusätzlich unterstützt der SkF die Akquirierung von Interviewpartner_innen.

Fortlaufend wurden Absprachen der Projektträger (SkF/BSPH) und des Förderers (vdek) zur konzeptionellen Umsetzung des Projektes getroffen.

3.2 Bestandsaufnahme bestehender Projekte und Angebote familiärer Gesundheitsförderung, insbesondere bei Alleinerziehenden

Meilenstein 1 (BSPH) konzentriert sich auf die Herausarbeitung bestehender Projekte und Angebote Familiärer Gesundheitsförderung, insbesondere bei Alleinerziehenden (Dezember 2019 - Mai 2020) sowie der Netzwerkanalyse (Mai – November 2020), um bestehende Strukturen im Bezirk kennenzulernen und Vernetzungsprozesse zu vertiefen.

Im Rahmen der Literaturrecherche zur Studienlage zu Alleinerziehenden wurden insbesondere Übertragbarkeiten der Ergebnisse auf das KiFa-Projekt diskutiert. Die Ergebnisse des KiFa-Projektes werden kontinuierlich auf Basis der Studienlage für Alleinerziehende kontextualisiert; insbesondere Veränderungen in Bezug auf die COVID19-Pandemie fließen in die Analyse mit ein. Daten aus der Sozial-, Gesundheits- und Netzwerkanalyse im Sozialraum Neukölln werden hierfür ebenfalls berücksichtigt.

Die Kooperation mit der Koordinierungsstelle für Alleinerziehende in Neukölln als wichtigen Kooperationspartner wurde verstetigt, um weitere vorhandene relevante Strukturen für Alleinerziehende und Fachkräfte in Neukölln kennenzulernen (z.B. hinsichtlich Angebotsstrukturen, Arbeitskreisen, Gremien) und um die kontinuierliche partizipative Bedarfs- und Umfeldanalyse fortlaufend als Tandem durch SkF und BSPH umzusetzen.

Die Netzwerkarbeit mit weiteren relevanten Akteur_innen (z.B. Familienzentren, VAMV, Jobcenter Neukölln) wird weiter ausgebaut. Die Teilnahme an relevanten Arbeitskreisen (AK Frühprävention Neukölln Nord, Netzwerk Frauen in Neukölln) erfolgte regelmäßig in Präsenz/ digital. Zusätzlich erfolgte die Konzepterstellung eines Projektbeirates sowie die entsprechende Gründung. Kontinuierliche Vernetzungsaktivitäten mit den Beiratsmitgliedern mündeten in die

erste Beiratssitzung am 29.10.2020, welche unter in Kapitel 3.5 *Leitungs-, Steuerungs- und Begleitgremium* detailliert ausgeführt wird.

Konzeptionelle Überlegungen zu Formaten der Öffentlichkeitsarbeit wurden im Projektteam BSPH erarbeitet. Für Fachkräfte wird regelmäßig ein Diskussionsmailing zum Projekt herausgegeben. Familien im Kiez werden über eine Familienzeitung über das Projekt informiert.

Das KiFa-Projektteam hat das Konzept den bereits bestehende Schulungs- und Qualifizierungsansatz (Neuköllner KiezSterne) inhaltlich überarbeitet und um den Baustein Gesundheit erweitert.

Dieser gliedert sich in verschiedene thematische Schwerpunkte:



Abbildung 2: Schwerpunkte des Bausteins Gesundheit im Schulungskonzept der Gesundheitsmittler_innen

Die Bausteine Rollenklärung, Kommunikation, Gesundheit und Entdecke deinen Kiez sind in einem Programmmanual schriftlich fixiert (Anlage 1).

Ab März 2020 ergaben sich aufgrund der pandemiebedingten Auswirkungen erhebliche Herausforderungen in der Projektdurchführung. Insbesondere zeigte sich die Interviewpartner_innenakquise und -durchführung sowie Netzwerkarbeit durch bestehende Kontaktbeschränkungen erschwert.

3.3 Umsetzung der Schulungen zu Gesundheitsmittler_innen

Meilenstein 1 und 2 (SkF) beschreibt den Umsetzungsstand des Multiplikator_innenansatzes der Gesundheitsmittler_innen (Dezember 2019 – Dezember 2020 und Januar 2020 – Dezember 2021)

In der ersten Phase der Umsetzung des Schulungskonzeptes (Dezember 2019 – Dezember 2020) wurden den beteiligten Familienzentren die Kooperationsverträge zur Unterschrift vorgelegt. Zusätzlich Termine zur ersten Umsetzung wurden geplant. Durch Unterstützung der BSPH wurde das Schulungskonzept erweitert und überarbeitet. In diesem Prozess wurde ebenfalls versucht, die BSPH in der Akquise von Interviewpartner_innen sowie in Fragen der Bedarfs- und Bedürfnisanalyse zu unterstützen. Aufgrund der Kontaktbeschränkungen ergaben sich auch hier Herausforderungen bei einer den Hygienestandards entsprechenden Umsetzungsform. Die geplanten Qualifizierungstermine im Mai 2020 und September 2020 konnten durch die Auswirkungen der COVID19-Pandemie nicht stattfinden.

In der zweiten Phase der Umsetzung (Januar 2020 – Dezember 2021) konnten sechs der acht angestrebten Kooperationen durch entsprechende Verträge fest vereinbart werden. Zwei Kooperationspartner_innen haben ihre Teilnahme aufgrund zu hohen Arbeitsaufwands durch Umstrukturierung der Arbeitsformen unter Pandemiebedingungen in den Familienzentren abgesagt. Die Vorgaben zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie (u.a. Kontaktbeschränkungen, Hygienestandards) erschweren die Umsetzung der Qualifizierungen sowie Kooperationen. Ein digitales Schulungskonzept wurde gemeinsam mit der BSPH entwickelt. Der Kontakt zu bereits agierenden „Neuköllner KiezSternen“ wird kontinuierlich gehalten. Eine Nachqualifizierung mit dem ergänzenden Baustein Gesundheit ist am 16.03.2021 und 23.03.2021 als digitale Schulung angeboten worden. Am 29.09.2021 fand der ergänzende Baustein Gesundheit als Präsenzveranstaltung statt. Eine Gesamtschulung von Interessierten zu Gesundheitsmittler_innen konnte am 26.10.2021, 09.11.2021, 16.11.2021 und 23.11.2021 in Präsenz in den Räumlichkeiten des SkF stattfinden. Die Schulungen wurden gemeinsam durch den SkF und die BSPH vorbereitet, umgesetzt und nachbereitet. Der SkF stand zur Umsetzungsplanung fortlaufend im Kontakt mit den kooperierenden Familienzentren.

3.4 Aktivierende Befragung

Meilenstein 2 (BSPH) fokussiert die aktivierenden Befragungen im KiFa-Projekt, welche Bedarfe, Bedürfnisse und das Umfeld von Alleinerziehenden im Kontext familiärer Gesundheitsförderung partizipativ ermittelt. Zur Konzeptentwicklung der Interviewführung mit Alleinerziehenden erfolgte eine kontinuierliche Literaturrecherche. Dies dient der Grundlage der Hypothesenverdichtung, der Anpassung von Forschungsfragen und der Entwicklung des Interviewleitfadens. Neben diesem wurde ein Ethik- und Datenschutzkonzept, ein Projektbrief und Informationsschreiben für alleinerziehende Eltern, sowie die Einverständniserklärungen erarbeitet.

Aufgrund der pandemiebedingten Gegebenheiten hat sich die Akquise und Durchführung von Interviews erschwert (u.a. aufgrund der nur eingeschränkt möglichen Mitwirkung der Familienzentren sowie geltender Kontaktbeschränkungen). Bis Juni 2020 konnten sieben Interviews mit Alleinerziehenden in Neukölln durchgeführt werden. Aufgrund der Kontaktbeschränkungen wurden zahlreiche Interviews im Verlauf auch telefonisch und digital geführt. Bis Juni 2021 konnten insgesamt 30 Interviews mit Alleinerziehenden geführt werden. Neben den Interviews wurden zwei Fokusgruppen umgesetzt: Eine Fokusgruppe mit Expert_innen fand am 03.09.2021 im Rahmen des Arbeitskreises Kind und Familie digital statt. Eine Fokusgruppe mit Alleinerziehenden konnte in Präsenz in einem kooperierenden Familienzentrum am 29.10.2021 durchgeführt werden.

Die Ergebnisse der Interviews und Fokusgruppen werden in Kapitel 5 genauer beleuchtet.

Die Formate der Öffentlichkeitsarbeit *Diskussionsmailing* und *Familienzeitung* werden in digitaler Form über entsprechende Verteiler (u.a. Beiratsmitglieder, Kooperationspartner_innen, relevanter erweiterter Akteurskreis) verbreitet und sind auf der Homepage der Alice Salomon Hochschule hinterlegt (<https://www.ash-berlin.eu/forschung/forschungsprojekte-a-z/kind-und-familie-kifa/>).

Zusätzlich wurden Planungen und (Zwischen-) Ergebnisse auf Fachveranstaltungen vorgetragen:

- Gesundheit Berlin-Brandenburg, AK Kind & Familie am 02.01.20: *Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden – Projektvorstellung*
- Fachgespräch der Arbeitsgemeinschaft der dt. Familienverbände am 07.02.20 „*Familie als Zielgruppe und Setting der Gesundheitsförderung*“
- Satellitenveranstaltung „ÖGD meets Public Health“ 2021 am 15.03.21: *Gesundheitsförderung bei Kindern und Familien*
- Kongress Armut und Gesundheit 2021 am 17.03.21: *Familiäre Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden*
- Gesundheitskonferenz Steglitz-Zehlendorf 2021 am 19.08.21: *Kommunale Gesundheitsförderung*
- Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) 2021 am 24.09.2021: *Familiäre Gesundheitsförderung*

3.5 Organisationsentwicklung

In **Meilenstein 3 (BSPH)** werden Strukturen, Maßnahmen und Projekte der Familienbildung mit Methoden der gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung auf die besonderen Bedarfe von Alleinerziehenden ausgerichtet.

Die Ergebnisbündelung und Konzeptentwicklung zur Analyse von Bedarfen und Potenzialen Alleinerziehender erfolgte auf Grundlage der Interviews und Fokusgruppen.

Um die Ergebnisse in die Praxis zu integrieren (**Umsetzungsphase**), erfolgten Netzwerktreffen mit den kooperierenden Familienzentren. Vorbereitend für die Umsetzungsphase mit den Familienzentren fand ein erstes Netzwerktreffen am 26.05.2021 digital statt. Hier wurden die kooperierenden Familienzentren über den aktuellen Stand des KiFa-Projektes informiert und die Herausforderungen im Projekt (erschwerter Feldzugang für die Interview- und Fokusgruppenspendurchführung, nur bedingt mögliche Netzwerkarbeit) transparent dargestellt. Die pandemischen Auswirkungen für Alleinerziehende werden im KiFa-Projekt als neuer thematischer Schwerpunkt analysiert. Eine erste Ergebnisbündelung der Interviews wurde neben dem Schulungsverlauf der Gesundheitsmittler_innen vorgestellt.

In diesem Zusammenhang diskutierten die Teilnehmenden die Herausforderungen und Potenziale digitaler Formate hinsichtlich der Erreichbarkeit von Adressat_innen. Es wurde berichtet, dass einige Familien über digitalem Weg schlechter bzw. nicht mehr erreicht werden, andere durch die fehlenden Fahrtwege hingegen besser. Zusätzlich werden auch Familien außerhalb von Neukölln auf die Angebote aufmerksam. Zu Beginn der Onlineformate wurde eine rege Teilnahme verzeichnet, welche mittlerweile eher abgenommen hat. Besonders Angebote für kleine Kinder (v.a. 1. Hilfe-Kurse) werden zahlreich in Anspruch genommen. Außerdem wurde das Problem einer bestehenden Hemmschwelle bei der Teilnahme von Online-Angeboten besprochen. Viele Nutzer_innen wollen stattdessen Bescheid bekommen, wann Angebote wieder in Präsenz stattfinden. Bei den Umgangscafés fehlt pandemiebedingt der Cafécharakter, ein Eins-zu-Eins-Kontakt wurde jedoch fortlaufend gewährleistet.

Das beschriebene Netzwerktreffen diente als Vorbereitung für die ergänzenden zwei Zukunftswerkstätten am 21.09.2021 und 02.11.2021. Die Ergebnisse sind in Kapitel 6 ausgeführt.

3.6 Leitungs-, Steuerungs- und Begleitgremium

Das KiFa-Projekt wird durch verschiedene Strukturen begleitet.

SkF und BSPH treffen haben ein gemeinsames Team im 14-tägigen Rhythmus etablieren können, zusätzlich fanden wöchentliche einzelne Teamtreffen statt (sowohl digital als auch in Präsenz). Projektträger und Projektförderer (SkF, BSPH, vdek) trafen alle 1-2 Quartale in einem Steuerungsgremium zusammen. Diese Termine wurden protokolliert (Anlage 2)

Sitzungen Steuerungskreis

1. Sitzung, 13.01.20, 16:00-18:00, SkF Briesestraße 15
2. Sitzung, 04.05.20, 16:00-17:00, Telefonkonferenz
3. Sitzung, 18.09.20, 10:00-12:00, vdek Friedrichstraße
4. Sitzung, 04.03.21, 10-12:00, digital
5. Sitzung 01.07.2021, 10:00-12:00 Uhr, digital
6. Sitzung 15.11.21, 14-16:00, Gesundheit Berlin-Brandenburg

Aufgrund der COVID-19-Pandemie und den damit verbundenen Maßnahmen (z.B. Kontaktbeschränkungen, Schließung der Familienbildungsstätten) gestaltete sich eine angemessene Projektweiterführung als herausfordernd. Das KiFa-Team entwickelte daher kontinuierlich alternative Möglichkeiten und angepasste Kommunikationsformen, um eine Fortführung zu gewährleisten. Da im Projektverlauf bereits absehbar war, dass die vollständige Erfüllung der angestrebten Ziele im vorgesehenen Zeitraum aufgrund der pandemiebedingten Schwierigkeiten nicht möglich sein würde, ist eine Projektverlängerung bis zum 31.12.21 beantragt und genehmigt worden.

Das KiFa-Projekt wurde zudem von einem Projektbeirat begleitet. Die Mitglieder des Beirats wurden vom Steuerungskreis benannt und für die Laufzeit des Projektes berufen. Der Berufung galt einer Orientierung an Personen und Institutionen, welche dem Projektvorhaben aufgrund ihrer Expertise in besonderer Weise nutzen. Ursprünglich waren vier Sitzungen des

Projektbeirats geplant. Aufgrund der pandemiebedingten Situation konnten lediglich drei Termine stattfinden.

Zusammensetzung des Beirates

In diesen Beirat werden engagierte Persönlichkeiten berufen, die ihrerseits in relevanten Gremien und Strukturen vertreten sind, sich mit den Interessen und Belangen von Alleinerziehenden (nicht nur) in Neukölln beschäftigen und/ oder mit ihrer Expertise zum Gelingen des Projektes beitragen können.

Name	Institution
Adolph, Holger	Fachreferent, AG der Familienorganisationen
Dobberstein, Danielle	Gesundheit Berlin-Brandenburg
Dubsky, Annett	Landeskoordinierungsstelle Alleinerziehende Berlin
Felber, Carola	Jobcenter Neukölln (Gleichstellungsbeauftragte am Arbeitsmarkt)
Frerick, Birte	SenWGPG
Jas, Wolfgang	Bezirksamt Neukölln, QPK
Krutz, Birte, Dr.in	Gesundheitskollektiv Rollberg-Kiez, Neukölln
Lingens, Maria	AWO – Fachreferentin Familie und Gesundheit
Luber, Eva, Prof.in Dr.in	Kinderärztin a.D.
Müller, Margaretha	Koordinierungsstelle für Alleinerziehende – Neukölln, SkF
Rattay, Petra	Robert-Koch-Institut
Schönberger, Petra	Geschäftsführerin UCW, Mitarbeit bei Evas Haltestelle

Sitzungen Beirat

Die Sitzungen wurden protokolliert (Anlage 3) und werden im Folgenden kurz zusammengefasst:

In der **1. Sitzung am 29.10.20** als Hybridveranstaltung bei Gesundheit Berlin-Brandenburg wurde das KiFa-Projekt vorgestellt und in den aktuellen wissenschaftlichen Forschungsstand von Alleinerziehenden im Kontext Gesundheitsförderung und Prävention eingebettet. Zusätzlich hat Margaretha Müller die Koordinierungsstelle für Alleinerziehende Neukölln vorgestellt. Die **2. Sitzung am 15.04.21** als digitale Veranstaltung gab Einblicke in den Qualifizierungsstand der Gesundheitsmittler_innen. In diesem Zusammenhang diskutierten die

Teilnehmenden über die Erreichbarkeit von Adressat_innen durch digitale Formate der Angebotsgestaltung. Neben ersten Erkenntnissen aus den Interviews wurden Alleinerziehenden-Typologien vorgestellt, die der Darstellung sozialer Realitäten und entsprechenden komplexen Zusammenhängen dienen. Im Rahmen des KiFa-Projektes wurde von Jasper Strauß eine Ausarbeitung angefertigt, welche sich diesem Thema ausführlich widmet und in Anlage 4 nachzulesen ist. Im Input von Holger Adolph (Referent AG der Familienorganisationen) wurde anhand von Erkenntnissen einer Fachveranstaltungsreihe die Begleitung von Trennungsprozessen aus internationaler Perspektive vorgestellt. Bettina Völzer stellte zum Schluss ihre Masterarbeit vor, welche im Projektrahmen entstanden ist (Titel: Lebenslagen und Gesundheit von Alleinerziehenden im Hinblick auf Möglichkeiten der Gesundheitsförderung - eine qualitative Untersuchung von Betroffenen in Berlin Neukölln). Die **3. Sitzung am 28.10.21** thematisierte insbesondere die Erkenntnisse aus der Fokusgruppe des Arbeitskreises Kind und Familie und der Zukunftswerkstätte, die in Kapitel 6 dargestellt werden. Carola Felber (Gleichstellungsbeauftragte am Arbeitsmarkt) stellte die Arbeit des Jobcenters Neukölln im Zusammenhang von Alleinerziehenden vor. Julia Sieland gab einen Überblick zu ihrer im Projektrahmen entstandenen Ausarbeitung zu Familiärer Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden rund um die Geburt, welche in Anlage 5 zu finden ist. Sabine Rickensdorf ergänzte ihr Masterarbeitsvorhaben (Titel: Alleinerziehende in der SARS-CoV-2-Pandemie: Potenziale und Herausforderungen für die Familiäre Gesundheitsförderung).

Neben den Beiratssitzungen wurde ein fachlicher Austausch durch die aktive Mitwirkung an weiteren Gremien ermöglicht. Als Mitglied der Landesgesundheitskonferenz (LGK) hat die ASH/BSPH den im Jahr 2021 gestarteten Gesundheitszieleprozess Gesund Teilhaben begleitet und über die Projektarbeit berichtet. Die Zielgruppe der Alleinerziehenden sind nun in diesem Prozess mit aufgenommen.

Die Projektpartner haben sich regelmäßig am Arbeitskreis Frühprävention Neukölln Nord und Süd beteiligt. Das KiFa-Projekt wurde außerdem in weiteren relevanten Gremien vorgestellt (u.a. Netzwerk Frauen Neukölln, Arbeitskreis Familienbildner_innen Friedrichshain-Kreuzberg).

4. Ergebnisse der Umfeldanalyse

Im Rahmen der Umfeldanalyse wurde eng mit der Koordinierungsstelle für Alleinerziehende zusammengearbeitet. Diese hat die Angebote für Alleinerziehende wie folgt herausgearbeitet:

Bisherige spezifische Angebote für Alleinerziehende in Neukölln

Umgangstreffs (9) / Umgangsberatungen (5)

Begleitete Gruppen-Treffen / „Infoaustausch“ (3)

Rechtsberatung durch Anwältin für Familienrecht (1)

Allgemeine Beratung für Alleinerziehende – Klärungsberatung, psychosoziale Beratung, Sozialberatung, Erziehungsberatung (4)

Beratung zu Berufsperspektiven / Beruflichkeit (3)

„naturbegleiter“ (1) „Naturausflüge“ (1)

Vater-Kind-Treff (1)

Beratung / Geburtsvorbereitung für Single-Schwangere (2)

KiFa-Projekt

Allgemeine Angebote für Alleinerziehende in Neukölln

> Beratung durch Jugendamt / Gesundheitsamt (KJGD)

> Beratung / Begleitung durch „Alleinerziehenden-Team“ des Jobcenters

> Alle allgemeinen Angebote der Familien und Jugendhilfe von FamZentren / Trägern; Bildungsträgern.

Bislang sind dies Angebote eher in Nord-Neukölln zu finden, der Süden Neuköllns holt in der Angebotsdichte aber auf. Die KooSt berichtet, dass zunehmend Angebote für Familien mit älteren Kindern (10+) (Ziel: Familienzusammenhalt) gewünscht werden. Zudem ist die Nachfrage nach mehr offenen und kostenfreien Angeboten für Trennungssituationen (z.B. „Kinder im Blick“, Kindertrennungsgruppen) gestiegen.

5. Ergebnisse der Interviews

Mithilfe des SkF, den kooperierenden Familienzentren, der Koordinierungsstelle Alleinerziehender in Neukölln sowie über direkte Ansprache konnten insgesamt 30 Interviews von Februar 2020 bis Juni 2021 geführt werden. Das Sample umfasst überwiegend Personen, die sich selbst als alleinerziehendes Elternteil betrachteten und im Bezirk Neukölln wohnhaft waren. Vier Personen gestalten die Betreuung wechsel- bzw. getrennterziehend.

Die Befragung wurde mit einem problemzentrierten Interviewleitfaden durchgeführt (Anlage 6). Der Leitfaden enthält einen narrativen Anteil der auf Grundlage vorab getroffener Annahmen erstellt wurde und dem Erkenntnisinteresse des Projektes dient. Als Grundlage diente der

Erhebungsbogen Nutzerperspektive sozial benachteiligter Mütter (Geene und Borkowski 2017), aktivierende Elternbefragungen (Haldenwang et al. 2018) und Elternbefragungen im Rahmen von Schuleingangsuntersuchungen (Wahl et al. 2018). Im Anschluss an die Interviews füllten die Teilnehmenden einen soziodemografischen Fragebogen (Anlage 6) aus. Der Bogen beinhaltete Fragen zum Familienstand, der beruflichen und schulischen Bildung, der Wohnsituation sowie zur Herkunftsfamilie. Mithilfe dieses Fragebogens, den Erkenntnissen aus den Interviews sowie den familiären psychosozialen Belastungsfaktoren anhand des Family Adversity Index (FAI) (Anlage 6) nach Rutter/Quinton (1977), adaptiert von Geene und Borkowski (2017), wurde der Sozialstatus der interviewten Personen klassifiziert. 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, Partnerschaft, Einkommenssituation und Unterstützungsmöglichkeiten ein (ebd.)

7 der 30 Interviews wurden vor der COVID19-Pandemie erhoben. Für die restlichen Interviews wurden Nachfragen zu möglichen Veränderungen durch die Pandemie ergänzt. Die Interviews fanden in den Räumlichkeiten des SkF e.V. und bei zwei Trägern der Jugendhilfe sowie telefonisch und digital statt. Die Durchführung erfolgte mithilfe von Projektmitarbeitenden sowie in der Interviewführung geschulten Studierenden der BSPH. Die Dauer der Interviews variierte zwischen ca. 20 und 60 Minuten. Die Interviews wurden mit einem Diktiergerät aufgezeichnet. Wie bereits erwähnt wurden die Teilnehmenden anschließend darum gebeten, einen soziodemografischen Fragebogen auszufüllen. Die Projektmitarbeitenden füllten zum Abschluss den FAI sowie ein Postskriptum (siehe Anhang 4) aus. Als Aufwandsentschädigung erhielten die Teilnehmenden 15 Euro. Die Speicherung der Audiodateien erfolgte auf einem passwortgeschützten externen Datenträger. Die Interviews wurden durch Studierende sowie einem externen Schreibbüro nach den Transkriptionsregeln von Kuckartz transkribiert (Kuckartz 2016). Nach Abschluss der Transkription wurden die Audiodateien gelöscht. Die Transkripte werden zehn Jahre nach Abschluss des Projektes endgültig gelöscht. Den Interviews liegt ein Datenschutzkonzept (Anlage 6) zugrunde. Darin sind Informationen über die Projektverantwortlichen, dem Projektschwerpunkt sowie zur Erhebung personengebundener Daten (z. B. Name und Kontaktadresse) erhalten. Es wird über die freiwillige Teilnahme an den Interviews und der Möglichkeit zum Widerruf der Einwilligung informiert. Vor Beginn der Interviews erhielten die Teilnehmenden eine Einwilligungserklärung (Anlage 6) in zweifacher Ausführung, die den Forschenden das Recht zur Erhebung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten im Rahmen des Projektes erteilte. Dem Projekt liegt ein positives Ethikvotum (Antrag 12-

2019/29) der Alice Salomon Hochschule Berlin vom 29. Januar 2020 vor (Anlage 6). Die transkribierten Interviews wurden auf Grundlage einer inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalysen nach Kuckartz (2016) mittels dem qualitativen Datenanalyseprogramm MAXQDA analysiert und codiert. Einem deduktiven Kodierschema wurden zusätzlich in einem induktiven Vorgehen aus dem Datenmaterial hervorgehende Kategorien hinzugefügt.

Soziale Bedingungen

Die überwiegende Anzahl der Interviewpartner_innen ist alleinerziehend ohne Partner_innenschaft. 28 alleinerziehende Mütter und zwei alleinerziehende Väter wurden interviewt. Teilweise besteht Kontakt zum Herkunftsvater. Nur vier der Teilnehmenden praktizieren ein Wechselmodell (abwechselnde Betreuung). Davon ist eine Familie queer. Eine Person ist verwitwet alleinerziehend. 19 der 30 Interviewpartner_innen gaben an, zwischen der Geburt und dem 1. Lebensjahrs 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 hat in Nord-Neukölln gelebt, nur 3 Personen im Süden Neuköllns. Das Alter der interviewten Elternteile war zwischen 29 und 52 Jahren mit ein bis drei Kindern zwischen 1 und 17 Jahren. Der Einstufung des FAI nach haben 14 Teilnehmer_innen einen hohen FAI, 6 einen mittleren und 9 einen niedrigen FAI.

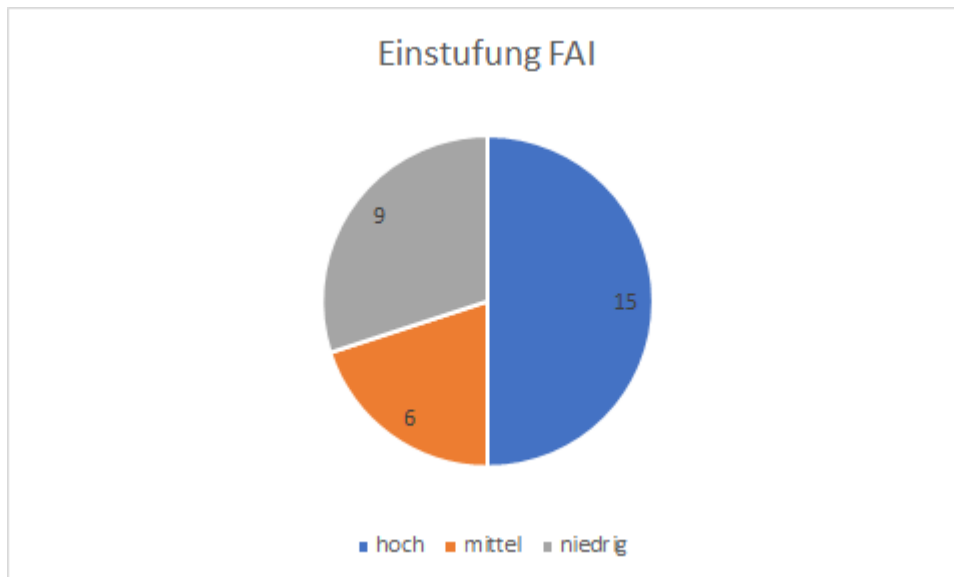


Abbildung 3: Einstufung der Interviewpartner_innen nach dem FAI

Erleben der Lebenslage Alleinerziehend

Herausforderungen der Lebenslage Alleinerziehend

Als besondere Herausforderungen der Lebenslage alleinerziehend wird vor allem die alleinige Verantwortung betont. Netzwerke geben Unterstützung, letzten Endes aber ist man alleine verantwortlich, auch beim Treffen von wichtigen Entscheidungen. Dies bringt eine mehr oder weniger ausgeprägte, aber dauerhaft bestehende mentale Belastung mit sich. Ein_e Interviewpartner_in beschreibt diesen Zustand sehr anschaulich:

„Der Name ist letztendlich Programm. Du bist allein. [D]u kannst so viel Unterstützung und Beratung und du kannst Familie und Freunde und du kannst das alles um dich haben, und du kannst mit denen reden können und du kannst Leute haben, die dir dein Kind abnehmen und so, aber am Ende des Tages bist du alleine, du bist alleine zu Hause, wenn das Kind schläft, das kommt auch immer auf den Typ an, aber letztendlich machst du deine ganzen Probleme machst du mit dir alleine aus (AE-27, Pos. 82)“

Auch die Regelung alltäglicher Notwendigkeiten (z.B. Einkauf, Arztbesuche) können für Alleinerziehende einen wesentlich größeren Zeit- und Organisationsaufwand mit sich bringen:

„[A]lso 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 vielfältigen Belastungssituationen führen dazu, dass Alleinerziehende häufig schneller erschöpft sind.

„Manchmal bin ich so erschöpft, dass ich dann einfach keinen Bock habe, irgendwas - ja, mit ihr zu machen.“ (AE-17, Pos. 10)

Eine ernsthaftere Erkrankung kann unter Umständen zu einer Ausnahmesituation führen, in der die Betroffenen über keinerlei Kraftreserven mehr verfügen.

“Dann ist meine Schmerzengrenze erreicht. Weil ich dann keine Kraft mehr habe, aber trotzdem da sein muss. Das ist jetzt im Winter ein paar Mal vorgekommen. Wir waren zu der Zeit oft in dem Familienzentrum, und dort holt man sich leider viele Krankheiten oder Erkältungen. Ich habe dann ungefähr drei Wochen in Folge immer wieder was anderes gehabt und dann ja (seufzet), darf ich, also da war meine Kraft sehr am Ende” (AE-18, Pos. 65)

Neben all diesen Herausforderungen, die Alleinerziehende meistern müssen, sind sie zusätzlich häufig von gesellschaftlicher Stigmatisierung betroffen. Unschwellig wird einer alleinerziehenden Mutter das Fehlen eines Partners/Partnerin als persönliches Versagen angelastet. Die Familienform alleinerziehend wird oftmals als defizitär wahrgenommen.

“Ich habe auch schon so Sprüche gehört wie "Das war deine eigene Entscheidung, dass du alleinerziehend geworden bist, du hättest ja auch abtreiben können." So, und sowas will ich gar nicht mehr hören.” (AE-17, Pos. 60)

Gerade die Lebensphase rund um die Geburt ist speziell für Alleinerziehende eine besondere Herausforderung, die unter Umständen auch die psychische und körperliche Gesundheit der Mutter beeinträchtigen kann.

“Also weil quasi die Trennung von dem Vater, die - Also da weiß ich gar nicht, wo ich anfangen soll eigentlich bei dem Thema. Aber das war so ganz kurz vor der Geburt, also so zwei Wochen vor der Geburt oder so würde ich sagen. Und dann halt so kurz vor der Geburt irgendwie umzustellen auf: ‚Okay ich werde alleinerziehend sein‘ war halt so krass. Weil ich habe mich 10 Monate darauf vorbereitet, dass wir das zusammen machen so. Also das war halt echt - und ja der Anfang war auch krass. Wenn man - Keine Ahnung ich konnte mich kaum bewegen, ich hatte so ganz dollen Blutverlust und Eisenmangel halt danach und konnte kaum irgendwie aufstehen, mir was zu essen machen und sich um das Baby kümmern” (AE-19, Pos. 57)

Da im Mittelpunkt die Versorgung des Säuglings steht, wird die Selbstsorge dabei vernachlässigt:

„in dem ersten Jahr habe ich um meine Gesundheit mich gar nicht gekümmert“ (AE-17, Pos. 42)

Zusätzlich in den Blick genommen werden müssen weitere besondere Lebenslagen, wie zum Beispiel Kinder mit chronischen Erkrankungen.

„Wenn ich keine Nacht durchschlafen kann, dann durch seine Krankheit und dann zwei Stunden Schlaf die Nacht, das dann eine Woche lang, dann ist so - weiß ich nicht mehr, wie ich heiße, das ist dann zu viel des Guten.“ (AE-39, Pos. 140)

Potenziale der Lebenslage Alleinerziehend

Die Lebenslage Alleinerziehend kann auch nicht unerheblich zu Prozessen beitragen, die die Selbstwirksamkeit deutlich spürbar macht, die eigenen Potenziale verdeutlicht und auf diese Weise auch langfristig ein positives Lebensgefühl vermitteln kann. Dann kann auch die Tatsache, dass man die alleinige Verantwortung trägt, als bereichernd wahrgenommen werden.

„Also tatsächlich ist es halt, wenn ich Sachen geschafft habe, und auch weiß, ich habe es alleine geschafft, das ist halt für mich eine gewisse Stärkung, wo ich sage "Ok, wenn du das geschafft hast, egal, wie schwer das ist, dann schaffst du auch den Rest.“ (AE-32, Pos. 74)

„Was ich genieße ist, dass ich alle Entscheidungen allein treffen kann. Das finde ich super. Dann muss ich, dass ich mit niemanden diskutieren muss, sondern dass ich das so machen kann, wie ich es für richtig halte.“ (AE-18, Pos. 97)

Ressourcen

Netzwerke werden als wesentliche Ressourcen insbesondere für Alleinerziehende beschrieben. Diese Netzwerkstrukturen können unterschiedliche Ebenen abdecken.

Als wesentliche Unterstützung wird von einem Großteil der Befragten die eigene Herkunftsfamilie beschrieben.

„Also ich habe das alles eigentlich ganz gut alleine gewuppt und meine Eltern waren halt immer da, das ist eigentlich so die primäre Säule“ (AE-38, Pos. 16)

Diese Unterstützung kann aber auch eingeschränkt sein (Altersgründe, räumliche Entfernung). Ein ambivalentes Verhältnis zur Herkunftsfamilie kann sich bei der Unterstützung auch als problematisch erweisen:

„Was sehr wichtig für mich wäre, dass es da irgendwie mehr Möglichkeiten gibt, also dass man nicht so eine Abhängigkeit von einem Menschen hat...also ich liebe natürlich meinen Vater, es ist mein Vater, aber wir haben halt, ja schon jahrelang starke Probleme und auch meine psychische Lage...da ist er auch ein bisschen mit schuld quasi, also...(hörbares

Einatmen) ja es ist halt (hörbares Ausatmen) es ist so ein bisschen schwierig, wenn man da nur den Menschen hat, mit dem man sich am schlechtesten aus der Familie verstanden hat und er soll dann auf das Kind aufpassen.“ (AE-12, Pos. 31)

Auch Freund_innenschaften werden als wichtige Netzwerkebene beschrieben. Für einen Großteil der Befragten dienen sie vor allem der emotionalen Unterstützung, die gerade auch in Belastungssituationen eine nicht zu unterschätzende Hilfe leisten kann.

Als weitere wichtige Ebene sind die institutionellen Netzwerke zu nennen, die Rahmenbedingungen für Erfahrungsaustausch mit anderen Eltern schaffen, gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen und zum Wohlbefinden beitragen.

“Wie gesagt, ich hatte ja die Freundschaften, die ich vor der Schwangerschaft hatte oder während noch der Schwangerschaft hatte, die waren - die haben sich dann so aufgelöst, dass ich nur noch mit zwei Kontakt habe und das sehr unregelmäßig. Und was mir geholfen hat, mich gut zu fühlen und immer wieder mich so zu fühlen, als wäre ich Teil der Gesellschaft, waren die Kurse im Familienzentrum.“ (AE-17, Pos. 42)

Wo ein Wechselmodell mit der Teilung der Sorgemöglichkeit besteht, gaben die befragten Familien an, davon zu profitieren.

Pandemiebedingte Auswirkungen

Angst vor Erkrankung

Bei den pandemiebedingten Auswirkungen steht die Angst vor der eigenen Erkrankung oder der Erkrankung des Kindes im Vordergrund und kann zu einer stärkeren Isolation führen.

„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)

Die lange Dauer der Pandemielage mit den damit verbundenen Einschränkungen und wechselnden Maßnahmen, führten insbesondere für Alleinerziehende zu mentalen Belastungen.

„Auf jeden Fall, wo es - 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=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 pandemiebedingt 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)

„Also weil vor Corona haben wir halt so Kurse gemacht. Baby-Schwimmen, Yoga mit Baby. Krabbelgruppe. (I: Ja.) 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 (I: Ja.). Oder wir waren auch oft im Familienzentrum (I: Ja.) so und genau. Das ging dann halt nicht mehr. Das war schon krass." (AE-19, Pos. 27)

Gerade Quarantäne-Situationen stellen für 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.

„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)

„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, be le feeding there, changing clothes, and they are making noise and mmh.., 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 durch die Pandemiesituation beschrieben:

„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)

„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 mit der Dauer der Pandemie und den Lockerungen der Einschränkungen anfängliche Ängste geringer wurden und sich eine größere Sicherheit im Umgang mit der Pandemie die Folge war.

„Es ist immer noch einschränkend, aber gar kein Vergleich zu vorher. Man, ja, lernt irgendwie damit besser umzugehen, unabhängig davon sind die Spielplätze, wie Sie wissen, alle offen, da hat man jede - auf jeden Fall da auch die Möglichkeit, mit dem Kind halt rauszugehen. Ganz schlimm war es als die wirklich die Spielplätze hier zugemacht haben, mit Bädern und so und man durfte da wirklich nicht die Füße - die - den Spiel- 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)

Allein- und getrennterziehende Väter

An dieser Stelle wird zusätzlich die Position eines getrennt- bzw. wechseleziehenden Vaters Eingang in diese Untersuchung finden. In diesem Fall fühlt sich der Vater durch das klassische Rollenverhalten der Mutter in seiner Vaterrolle eingeschränkt.

„Ja, und die Beziehung mit der Mutter war auch so ein bisschen geprägt, dass sie immer mir so einen Schritt voraus war, bevor ich überhaupt auf seine Bedürfnisse eingehen konnte und überlegen konnte, wie gehe ich jetzt an eine Situation ran, war sie immer schon da. Was mich unheimlich gestresst hat so, weil ich dachte 'Ey, so=so kann ich ja nichts machen, du wirfst mir vor, ich mache zu wenig, aber im Endeffekt machst du ja alles, bevor ich irgendwie drüber nachdenke, wie gehe ich in die Situation rein, bist du schon am Start und machst und

versuchst das Problem zu lösen, was ich auch hätte lösen können.' Das war dann als ich ihn dann alleine hatte, halt total cool für mich, weil ich dann in meinem Tempo quasi mich damit auseinandersetzen konnte, (I: Ja.) ja. Ja, das war super positiv dann für mich. Natürlich auch sehr belastend manchmal, wenn ich gemerkt habe, ok, ich komme jetzt nicht weiter, ich weiß gar nicht, was ich jetzt machen soll. (AE-37, Pos. 54)

Wünsche, Bedarfe und Bedürfnisse

Die Interviews zeigen verschiedene Wünsche, Bedarfe und Bedürfnisse auf. Im Vordergrund steht dabei der Wunsch nach niedrigschwelligen und kostenlosen Angeboten der flexiblen Kinderbetreuung. Es besteht ein Bedarf von Angeboten für Alleinerziehende im Kiez zu vielfältigen Themenschwerpunkten, z.B. Kommunikation mit Behörden, Freizeit- und Entspannungsmöglichkeiten, Trennungsberatung, psychologische Unterstützung, Hilfe nach Gewalterfahrung, familienbildenden Angebote und Austausch mit anderen (z.B. Alleinerziehenden-Treffs in Familienzentren). Besonders dringend sind Unterstützungsangebote rund um die Geburt, vom Hebammenbetreuung bis Haushaltshilfe. Alle Angebote sollten online einsehbar sein.

Viele Alleinerziehende wünschen sich eine bessere finanzielle Absicherung.

„ich meine, es ist nicht so, dass wir hungern müssen, aber am Ende des Monats ist auch nicht mehr viel übrig. (I: Ja.) 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)

Die Förderung von Vereinbarkeit von Familie und Erwerbsarbeit verbunden mit den o.g. Angeboten tragen dann auch zur finanziellen Absicherung der Alleinerziehenden bei, welche teilweise als belastend beschrieben wird.

Viele Alleinerziehende sehen ihre Sorgearbeit von der Gesellschaft nicht wahrgenommen und erhoffen sich eine stärkere Wertschätzung ihrer Leistungen. Diese bestehende Gratifikationskrise beschreibt eine Interviewpartnerin treffend:

„Ich weiß nur, dass ich das irgendwie oft denke so dass (...) also 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)

Zum Abschluss eine mutmachende Anerkennung einer Alleinerziehenden:

„An alle alleinerziehenden Mütter oder Väter, ganz ehrlich, Hut ab, ich selber weiß, wie schwer das ist und niemals dran glaube, dass ihr es nicht könnt, sondern ihr könnt alles, gerade, weil ihr es alleine schafft.“ (AE-32, Pos. 108)

6. Ergebnisse der Fokusgruppen und Zukunftswerkstätte

Das KiFa-Projektteam hat am 03.09.2021 beim AK Kind und Familie anhand der Projektergebnisse jeweils drei Thesen zur Lebenssituation von Alleinerziehenden abgeleitet, die im Rahmen des Arbeitskreises von einer Expert_innenrunde aus Wissenschaft und Praxis kommentiert und mit allen Teilnehmenden diskutiert wurden. Für eine Stellungnahme zu den Thesen aus dem KiFa-Projekt konnten Prof.in Dr.in Uta Meier-Gräwe (Justus-Liebig Universität Gießen von 1994 bis 2018), Judith Reißner (FABIZ-Familienbildungszentrum, Nachbarschaftsheim Neukölln e.V.) und Birgit Uhlworm (Selbsthilfeinitiative Alleinerziehender/SHIA e.V.) gewonnen werden und werden im Folgenden vorgestellt:

These 1: Der Hauptbezug Alleinerziehender auf die eigene Herkunftsfamilie behindert die Inanspruchnahme von Angeboten der Familienbildung und schränkt dadurch den Aufbau eigener sozialer Netzwerke ein.

Alleinerziehende stellen eine heterogene Gruppe dar, von der ein Teil keinen oder kaum Kontakt zur Herkunftsfamilie und auch wenig Unterstützung hat, gerade bei großer räumlicher Distanz. Fachkräfte nehmen den Anspruch der Alleinerziehenden wahr, „es selbst zu schaffen“. Daher sollten sie durch diese ermutigt und unterstützt werden, Angebote anzunehmen und eigene Netzwerke aufzubauen. Eine besondere Hürde im Netzwerkaufbau ist für viele Alleinerziehende der Mangel an Zeit. Angebote der Familienbildung sollten diese zeitliche Hürde berücksichtigen, als alleinerziehendenspezifisch kenntlich gemacht und auf die Bedarfslage der Alleinerziehenden zugeschnitten werden. Die formulierte These vernachlässigt die strukturelle Benachteiligung Alleinerziehender, was zu einer Individualisierung des Problems führt. Die eigene Herkunftsfamilie stellt für einen Teil der Alleinerziehenden aufgrund fehlender Angebote bisweilen die einzige Möglichkeit dar, ihre Situation zu meistern. Aus familiensoziologischer Sicht ist die Konzentration auf die Herkunftsfamilie bekannt, da diese die primäre Sozialisationsinstanz darstellt. Die Forschung zeigt, dass Alleinerziehenden (besonders in prekären Lebenslagen) sich stark auf die eigene Herkunftsfamilie beziehen. Netzwerke von Expert_innen können aber zusätzliche Ressourcen und Potenziale zur Verfügung stellen. Anzustreben wäre deshalb der Miteinbezug der Herkunftsfamilie. Ein niedrigschwelliger Zugang sowie ortsnahe Angebote sind dabei von großer Bedeutung, um

Alleinerziehende zu erreichen und sie als potenzielle Multiplikator_innen gewinnen zu können. Einige Familienzentren berichten von überwiegendem Kontakt zu engagierten alleinerziehenden Familien, welche den Nutzen der Angebote für sich erkennen. Der Bedarf an Angeboten ist bei Alleinerziehenden am Wochenende deutlich höher als bei 2-Eltern-Familien. Diskutiert wurden zudem verschiedene Faktoren, die die Sichtbarmachung von Alleinerziehenden in den Familienzentren erschweren. Dazu zählt zum Beispiel die Stigmatisierung in verschiedenen Gruppen, in denen Trennung und Scheidung noch ein Tabu darstellen, weshalb alleinerziehendenspezifische Angebote von Betroffenen nicht in Anspruch genommen werden. Hier ist der niedrighschwellige Zugang über Multiplikator_innen als Türöffner von hoher Bedeutung. Anderen Berichten zufolge nehmen insbesondere Frauen in multiplen Problemlagen und Existenznöten die Angebote der Familienzentren in Anspruch. Dies sind zum Beispiel Frauen ohne Obdach, die keinen Anspruch auf Sozialleistung haben. Das Alleinerziehendsein tritt bei diesen Frauen gegenüber den ausgeprägten Problemen jedoch in den Hintergrund. Nutzer_innen der Angebote sind auch Personen, die sich als alleinerziehend definieren, obwohl sie in einem 2-Eltern-Haushalt leben, deren Partner_innen jedoch nicht in die Betreuung des Kindes mit eingebunden sind.

These 2: Die Coronapandemie hat wie durch ein Brennglas die prekäre Situation Alleinerziehender verstärkt und ins gesellschaftliche Bewusstsein gerückt.

Zwar ist die Situation der Alleinerziehenden kurzfristig in den Fokus gerückt, strukturelle Veränderungsprozesse bleiben aber aus. Viele der auferlegten Regelungen wurden primär aus Sicht von 2-Eltern-Familien getroffen, sodass erst nach kritischer Auseinandersetzung die spezifischen Bedarfe Alleinerziehender über Sonderregelungen und Ausnahmen berücksichtigt wurden. Die gesammelten Erfahrungen sollten langfristig in berufspolitischen Aktivitäten eingebunden werden. Auch hier ist ein differenzierter Blick auf die berufliche und finanzielle Lage von Alleinerziehenden notwendig (Meier et al. 2003). Die Teilnehmenden diskutierten verschiedene Herausforderungen für Alleinerziehende während der Pandemie. Thematisiert wurden unter anderem beengte Wohnverhältnisse, die Nichterreichbarkeit von Verwaltungen, Schließungen institutioneller Angebote sowie fehlende oder eingeschränkte digitale Infrastruktur.

These 3: Ökonomische und gesellschaftliche Bedingungen benachteiligen alleinerziehende Mütter in der Betreuungssituation. Das entsprechende Problembewusstsein muss bei den beteiligten Vätern, die bisher ein blinder Fleck waren, in die Diskussion mit eingebunden werden, um damit im Sinne des Kindeswohls zu handeln.

Diese These wurde zwischen den Teilnehmenden kontrovers diskutiert. Berichten der Teilnehmenden zufolge fehlen v.a. bei alleinerziehenden Müttern in prekären Lebenslagen die persönliche und finanzielle Unterstützung des Vaters. In der praktischen Arbeit wird deshalb die Situation alleinerziehender Mütter fokussiert. Dennoch sollten auch Väter in den Blick genommen werden, die sich nach einer Trennung oder Scheidung an einem gelingenden Aufwachsen des Kindes beteiligen (wollen). Handlungsleitend für die Mitarbeitenden der Familienzentren ist es, im Sinne des Kindes zu denken und zu handeln. Dabei gilt es, die Perspektiven aller Beteiligten im Sinne des ‚Doing Family‘ Ansatzes zu berücksichtigen und für strukturelle Benachteiligungen zu sensibilisieren (vgl. Gender Care Gap).

Um niedrigschwellige Zugänge zu bestehenden Angeboten in der Familienbildung zu schaffen, müssen diese inhaltlich, zeitlich und örtlich an den Lebenswelten der Familien orientiert sein. Gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen werden auf diese Weise gestärkt und sollten langfristig als gesamtgesellschaftliche Aufgabe betrachtet werden (Health in All Policies).

In einer Fokusgruppen mit Alleinerziehenden am 30.10.21 in den Räumlichkeiten des FABIZ e.V. diskutierten die Teilnehmenden über die Angebote der Familienbildung im Kontext der Lebenslage alleinerziehend. Zunächst thematisierten die Teilnehmenden, dass in dem Begriff alleinerziehend häufig ein Defizit impliziert wird. Stattdessen sollten von Anfang die besonderen Potenziale und Stärken dieser Gruppe einbezogen werden. Außerdem regten sie an, dass Angebote für Alleinerziehende immer eine Kinderbetreuung beinhalten sollten. In diesem Zusammenhang können außerdem Peer-Kontakte die Nutzung von Angeboten stärken. Zudem bedarf es niedrigschwellige Angebote an Unterstützungsleistungen, z.B. im Krankheitsfall. Für eine verbesserte Vereinbarkeit von Erwerbs- und Care-Arbeit gilt es, familienfreundliche Arbeitgeber_innen zu fördern und für die Lebenslage alleinerziehend zu sensibilisieren. Die Familienform alleinerziehend gilt es in allen Bereichen sichtbar zu machen und so Barrieren für Alleinerziehende abzubauen. Es wäre auch eine Aufgabe der Politik durchzusetzen, dass Kinder in allen Bereichen der Gesellschaft ihren Platz haben müssen – auch in der ganz konkreten Bedeutung. Eine Teilnehmerin fasst dies eindrücklich zusammen:

“Politisch sichtbar machen, dass alle Menschen mal Kinder gewesen sind, und dass Kinder überall mitgehören. In den Supermarkt, in die Zentren, in die Institution, zum Zahnarzt, zur Frauenärztin” (Fokusgruppe AE, Pos. 362)

Zukunftswerkstätten

In den Zukunftswerkstätten mit den kooperierenden Familienzentren wurde in dem 3-phasigen Ablaufmodell angelehnt an Robert Jungk (Müllert 2009) *Kritik, Utopie und Handlungsoptionen* folgende Fragestellung diskutiert:

Wie erreichen wir Familien, insb. Alleinerziehende in den Familienzentren unter Berücksichtigung der pandemischen Situation?

Die Teilnehmenden der ersten Zukunftswerkstatt (21.09.21) betonen in der Kritikphase vor allem die verlorengegangene Niedrigschwelligkeit („unverbindlich reinkommen, schnuppern“). Familienzentren, die eigentlich als Orte des Austauschs und der Begegnung dienen, können unter Pandemiebedingungen nicht mehr als solche fungieren. Der Zugang zu den Familien ist somit erschwert. Die Teilnahme von Angeboten ist nur nach vorheriger Anmeldung möglich.

Durch enge Vertrauensverhältnisse seitens der Fachkräfte zu bekannten Familien kann der Kontakt teilweise gehalten werden. Neue Familien hingegen „schaffen den Weg nicht mehr“. Fehlende Feierlichkeiten (z.B. Weihnachtsfeiern) mindern das Zusammengehörigkeitsgefühl und verringern die Außensichtbarkeit. Die Teilnehmenden berichten aber auch über funktionierende Online-Angebote (z.B. Singkreise, Bastelkurse), die gut angenommen wurden. Im Besonderen wurde zudem die Situation der Fachkräfte thematisiert. Die Mitarbeitenden hatten und haben einen sehr viel höheren Arbeitsaufwand, da sich der eigentliche Auftrag verändert und erweitert hat. Durch fehlende Erreichbarkeit von Behörden (z.B. KJGD/Jugendamt), haben viele Familienzentren diese Aufgaben übernommen (z.B. Unterstützung bei Krisengesprächen). Durch das Einhalten von Hygienebestimmungen hat sich der Aufwand bei der Umsetzung von Kursen und Angeboten stark erhöht. Zudem bestand Planungsunsicherheit aufgrund der Veränderungen von Auflagen zu Hygienekonzepten und den Schwankungen von Öffnungen und Schließungen der Einrichtungen. Zusätzlich bemängeln die Teilnehmenden fehlende Ansprechpersonen vom Amtsseite, um diese Aspekte zu klären. Die Arbeitssituation wurde außerdem verschärft, da Sozialarbeitende nicht als ‚systemrelevant‘ gelten. In der Phase der Utopie wurde kontinuierliche Sprachmittlung von Angeboten gewünscht sowie adäquate, bedarfsgerechte und leicht zugängliche Räumlichkeiten. Es wurde der Wunsch nach mehr finanzieller Unterstützung für die Familienbildung geäußert, welche unbürokratisch zur Verfügung gestellt werden müsse. Dies gilt sowohl für Angebote der Familienbildung als auch für das festangestellte Personal und Honorarkräfte. Grundsätzlich besteht der Wunsch nach einer langfristigen Planungssicherheit, womit auch die häufig wiederholte Antragstellung von Projekten entfallen würde und dauerhafte Projektfinanzierungen ermöglicht werden. Die Vereinfachung organisatorischer Abläufe käme dann der Arbeit mit den Familien zugute.

Als Handlungsoptionen werden der Ausbau angemessener Räumlichkeiten und Außengelände beschrieben. Langfristige Planungssicherheit anstatt kurzfristiger Finanzierungen ermöglichen qualitativen Zusatz in der familienbildenden Arbeit und verringert organisatorische Aufwände. Für solche Tätigkeiten wäre die Einstellung von zusätzlichem Personal (z.B. durch eine Verwaltungskraft) sinnvoll. Vernetzungsprozesse zwischen den Institutionen und die Verbindung von Forschung und Praxis (wie im KiFa-Projekt) dient einem Wissenstransfer und sollte ausgebaut werden, damit die Erkenntnisse auch auf die politische Ebene weitergetragen werden.

In der zweiten Zukunftswerkstatt (02.11.21) wird in der Kritikphase die starke Zunahme bürokratischer Tätigkeiten in den Familienzentren thematisiert („Bürokratie ohne Ende“), sodass weniger Zeit für die eigentliche familienbildende Arbeit blieb. Offene Angebote mussten

zunächst pausieren. Neue Kontakte zu Familien konnten nur schwer geknüpft werden, bestehende Kontakte zu halten war aufgrund datenschutzrechtlicher Bestimmungen erschwert. Erschwerend kamen unterschiedliche Regelungen der Hygienebestimmungen der einzelnen Institutionen hinzu, welche viel Aufklärungsarbeit bei den Besuchenden verursachten. Finanzierungen für Angebote und Projekte waren aufwendig und kleinteilig und unter der pandemiebedingten Situation unklar umzusetzen. Auch hier werden kurze Projektlaufzeiten als erschwerend beschrieben, da so Planungsunsicherheiten entstehen. Die Teilnehmenden betonen, dass verschiedene Personengruppen, insbesondere alleinerziehende Eltern, in der Pandemieplanung nicht berücksichtigt wurden (z.B. bei den Kontaktbeschränkungen; Blick nur auf das „klassische Familienbild“). Auch im Homeschooling zeigt sich dies, weshalb sich Bildungsgerechtigkeiten verstärken können. Zudem wird bemängelt, dass es keine Aufarbeitung darüber gebe, welche Aspekte im Pandemie-Management problematisch erfolgten.

In der Phase der Utopie besteht der Wunsch nach mehr Solidarität. Insbesondere sollen allen Familien die gleichen Mittel zur Verfügung stehen (z.B. digitale Ausstattung). Eine Bring-Struktur (z.B. kostenlose Fahrradkuriere, um Lern-, und Kreativpakete zu überbringen) kann niedrigschwellige Zugänge fördern und Kontakte zu Familien ermöglichen und halten. Zur Vermeidung von Bildungsgerechtigkeiten sollten verschiedene Maßnahmen für Schüler_innen erfolgen (z.B. individuelle Lernangebote, engmaschigere Betreuung im Homeschooling). Auch die Förderung von Fürsprecher_innen für Alleinerziehende wird betont. Solche Positionen sollten von Menschen in besonderen Lebenslagen besetzt werden, um Entscheidungen aus Betroffenenperspektive zu treffen.

Als Handlungsoptionen werden institutionsübergreifende einheitliche Regelungen der Hygienebestimmungen besprochen. Zudem sollte Transparenz der geleisteten Arbeit der Fachkräfte (Lohn- und gleichzeitige Care-Arbeit) gestärkt werden. Zur Identifizierung individueller Bedarfe für Menschen in besonderen Lebenslagen bedarf es Sensibilisierung der Fachkräfte durch Fort- und Weiterbildung. Zudem sollte die Vernetzung zwischen den Institutionen gefördert werden. Das Nutzen bestehender Strukturen (z.B. ESU, KJGD) sollte für die Angebotsverbreitung der Familienbildung ausgebaut werden, sodass Synergieeffekte entstehen. Neben spezifischen Angebote für Familien in besonderen Lebenslagen (z.B. alleinerziehend) bedarf es übergreifende Familienangebote. Diese sollten sowohl in Präsenz (auch draußen) und digital stattfinden und Erfahrungen evaluiert werden. Um behördliche Angelegenheiten zu vereinfachen, wäre „ein Amt für alles“ eine sinnvolle Lösung, um Wege-, Warte- und Prozesszeiten zu verkürzen.

8. Diskussion und Ausblick

Ein Hauptinteresse ist das Angebot von niedrigschwelligen Unterstützungsmöglichkeiten. Dies gilt insbesondere für die Kinderbetreuung gerade auch außerhalb der regulären Kitazeiten. Gerade stabile Netzwerke spielen für Alleinerziehenden eine wesentliche Rolle. Deshalb müssen Alleinerziehende die Möglichkeit haben, solche Netzwerke zu bilden, die über die herkömmlichen Netzwerke von Herkunftsfamilie und Freund_innenschaften hinausgehen. Dafür eignen sich im Besonderen Angebote der Familienbildung auf kommunaler Ebene.

Aus den Projekterkenntnissen hat sich ergeben, dass Institutionen, welche sich Anliegen für Alleinerziehenden widmen, ausgebaut werden müssen. Darüber hinaus muss die Zusammenarbeit dieser Institutionen auf überregionaler Ebene deutlich intensiviert werden.

In diesem Zusammenhang ist der berlinweite Ausbau der Koordinierungsstellen für Alleinerziehende ein wichtiger Anknüpfungspunkt. Diese haben insbesondere das Ziel, Angebote für Alleinerziehende zu bündeln und auf fachlicher Ebene zu vernetzen. Die einzelnen Bezirkstellen werden durch die Landeskoordinierungsstelle für Alleinerziehende vernetzt. Neben der Wichtigkeit von fachlicher Vernetzung hat das KiFa-Projekt die Bedeutung von direkten Beratungsangeboten für Anliegen von Alleinerziehenden herausgearbeitet. Aus den Erfahrungen der Koordinierungsstelle für Alleinerziehende und den Ergebnissen aus diesem Projekt soll für April 2022 eine Beratungsstelle Alleinerziehende in Trägerschaft des SkF umgesetzt werden.

Eine besondere Ausnahmesituation stellt die COVID19-Pandemie insbesondere für Alleinerziehende dar. Bereits bestehende Defizite in der Unterstützung von Alleinerziehenden wurden durch die Pandemiebedingungen deutlich verstärkt. Die Pandemie hat gezeigt, dass die Daseinsvorsorge auf kommunaler Ebene letztlich auch ein nicht zu unterschätzender Faktor für die gesamtgesellschaftliche Stabilität darstellt.

10. Literaturverzeichnis

- 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.
- Brinks, Sabrina; Schmolke, Rebecca (2019): Die Kinder- und Jugendhilfe und ihre Familien: zwischen Empirie, normativen Bildern und Entwicklungserfordernissen. In: *ism kompakt Kinder- und Jugendhilfe*. Online verfügbar unter https://www.ism-mz.de/fileadmin/uploads/ism_kompakt/ism_kompakt_02_2019.pdf.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006): Siebter Familienbericht. Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik.
- 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): Was der Gender Care Gap über Geld, Gerechtigkeit und die Gesellschaft aussagt. Einflussfaktoren auf den Gender Care Gap und Instrumente für seine Reduzierung.
- Buschmeyer, Anna; Jurczyk, Karin; Müller, Dagmar (2020): UnDoing Gender - Theoretische Zugänge und Lernprozesse fürs UnDoing Family. In: Karin Jurczyk (Hg.): *Doing und Undoing Family. Konzeptionelle und empirische Entwicklungen*. 1. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Geene, R.; Haldenwang, U. von; Bär, G.; Kuck, J.; Lietz, K. (2021): Nutzerorientierte familiäre Gesundheitsförderung – Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Netzwerk Gesunde Kinder. In: *Präv Gesundheitsf* 16 (2), S. 95–103. DOI: 10.1007/s11553-020-00807-8.
- Geene, Raimund (2018): Familiäre Gesundheitsförderung. In: Klaus Hurrelmann, Matthias Richter, Theodor Klotz und Stephanie Stock (Hg.): *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung*: Hogrefe, 371-189.
- Geene, Raimund; Boger, Miriam (2017): Ergebnisbericht – Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis) zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden.
- Geene, Raimund; Borkowski, Susanne (2017): Transitionsansatz und Frühe Hilfen: Wie erleben junge Mütter den Prozess der Familienwerdung. In: Jörg Fischer und Raimund Geene (Hg.): *Netzwerke in Frühen Hilfen und Gesundheitsförderung - Neue Perspektiven kommunaler Modernisierungen*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Geene, Raimund; Reese, Michael (2016): *Handbuch Präventionsgesetz. Neuregelungen der Gesundheitsförderung*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Geene, Raimund; Töpritz, Katharina (2017): *Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Alleinerziehenden und Auswertung der vorliegenden Evidenz*.

- GKV-Spitzenverband (2021): Leitfaden Prävention nach § 20 Abs. 2 SGB V und Leitfaden Prävention nach § 5 SGB XI.
- Hagen-Demsky, Alma von der (2006): *Familiale Bildungswelten. Theoretische Perspektiven und empirische Explorationsen.* München: Deutsches Jugendinstitut DJI.
- Haldenwang, Ulrike von; Bär, Gesine; Schwarz, Erika; Schaefer, Ina (2018): Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der Elternmitwirkung in den Frühen Hilfen durch partizipative Gesundheitsforschung. Ergebnisse aus dem ... In: *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft* 1 (6), S. 44–46.
- Jurczyk, Karin (2014): Familie als Herstellungsleistung. Hintergründe und Konturen einer neuen Perspektive auf Familie. In: Karin Jurczyk, Andreas Lange und Barbara Thiessen (Hg.): *Doing Family. Warum Familienleben heute nicht mehr selbstverständlich ist.* Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Veröffentlichung des Deutschen Jugendinstituts e.V. (DJI), München), S. 50–70.
- Jurczyk, Karin (Hg.) (2020a): *Doing und Undoing Family. Konzeptionelle und empirische Entwicklungen.* 1. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa. Online verfügbar unter <https://www.beltz.de/fileadmin/beltz/leseproben/978-3-7799-6291-5.pdf>.
- Jurczyk, Karin (2020b): *UnDoig Family: Zentrale konzeptuelle Annahmen, Feinjustierungen und Erweiterungen.* Unter Mitarbeit von Thomas Meysen. In: Karin Jurczyk (Hg.): *Doing und Undoing Family. Konzeptionelle und empirische Entwicklungen.* 1. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Jurczyk, Karin; Lange, Andreas (2002): Familie und die Vereinbarkeit von Arbeit und Leben. Neue Entwicklungen, alte Konzepte. In: *Diskurs* (3), S. 9–16.
- Jurczyk, Karin; Lange, Andreas; Thiessen, Barbara (Hg.) (2014): *Doing Family. Warum Familienleben heute nicht mehr selbstverständlich ist.* Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Veröffentlichung des Deutschen Jugendinstituts e.V. (DJI), München).
- Jurczyk, Karin; Thiessen, Barbara (2020): Familie als Care - die Entzauberung der 'Normalfamilie'. In: Karin Jurczyk (Hg.): *Doing und Undoing Family. Konzeptionelle und empirische Entwicklungen.* 1. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, S. 116–141.
- Keim-Klärner, Sylvia (2020): Soziale Netzwerke und die Gesundheit von Alleinerziehenden. In: Andreas Klärner, Markus Gamper, Sylvia Keim-Klärner, Irene Moor, Holger von der Lippe und Nico Vonneilich (Hg.): *Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten: Eine neue Perspektive für die Forschung.* Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 329–346.
- Kindler, Heinz; Eppinger, Sabeth (2020): 'Scheitern' von Familie? Oder: Vom Doing zum Not Doing und Undoing Family. In: Karin Jurczyk (Hg.): *Doing und Undoing Family. Konzeptionelle und empirische Entwicklungen.* 1. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Kuckartz, Udo (2016): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung.* 3., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden). Online verfügbar unter <http://www.beltz.de/fileadmin/beltz/leseproben/978-3-7799-3344-1.pdf>.
- Kuschick, Doreen; Kuck, Joachim; Rattay, Petra; Pachanov, Alexander; Geene, Raimund (2021): Familiäre Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden und ihren Kindern. Ergebnisse einer systematischen Übersichtsarbeit. In: *Prävention und Gesundheitsförderung.*
- Meier, Uta; Preuß, Heide; Sunnus, Eva Maria (2003): *Steckbriefe von Armut.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mörath, Verena (2019): Studie zur Situation von geflüchteten Familien in Berlin. In: *Berliner Beirat für Familienfragen.*
- Müllert, Norbert R. (2009): Zukunftswerkstätten. In: Reinhold Popp und Elmar Schüll (Hg.): *Zukunftsforschung und Zukunftsgestaltung. Beiträge aus Wissenschaft und Praxis ; [gewidmet Rolf Kreibich zum 70. Geburtstag. Unter Mitarbeit von Rolf Kreibich.* Berlin, Heidelberg: Springer (Wissenschaftliche Schriftenreihe "Zukunft und Forschung" des Zentrums für Zukunftsstudien Salzburg, Bd. 1), S. 269–276.

- Rattay, Petra; Lippe, Elena von der; Borgmann, Lea-Sophie; Lampert, Thomas (2017): Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland. In: *Journal of Health Monitoring* 2 (4), S. 24–44. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-112.
- Schier, Michaela; Jurczyk, Karin (2007): "Familie als Herstellungsleistung" in Zeiten der Entgrenzung. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* (37), S. 10–17. Online verfügbar unter <https://www.bpb.de/system/files/pdf/PDMW2R.pdf>.
- Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie (Hg.) (2019): Was brauchen Alleinerziehende? Spezifische Bedarfe von Alleinerziehenden in prekären Lebenslagen in Berlin. Berlin: Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie.
- Sperlich, Stefanie (2014): Gesundheitliche Risiken in unterschiedlichen Lebenslagen von Müttern. Analysen auf der Basis einer Bevölkerungsstudie. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 57 (12), S. 1411–1423. DOI: 10.1007/s00103-014-2066-5.
- Statistisches Bundesamt (2018): Alleinerziehende in Deutschland 2017. Statistisches Bundesamt (Destatis). Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2022): Lange Reihe für Familien und Familienformen. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Tabellen/2-4-Ir-familien.html?nn=209096>, zuletzt aktualisiert am 23.02.2022, zuletzt geprüft am 27.02.2022.
- Thiessen, Barbara (2016): Fachliche Grundlagen. In: *Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hg.): Lebenswelt Familie verstehen. Qualifizierungsmodul für Familienhebammen und Familiengesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger*, S. 7–24. Online verfügbar unter https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Modul_8_Lebenswelt_Familie_verstehen.pdf.
- Wahl, Stefanie; Müller-Thur, Kathrin; Dragano, Nico; Weyers, Simone (2018): Wer macht mit? Zur Repräsentativität einer Elternbefragung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 80 (8-09), S. 726–731. DOI: 10.1055/s-0043-118784.
- West, Candace; Zimmerman, Don H. (1987): Doing Gender. In: *Gender and Society*, S. 125–151.
- Zagel, Hannah (2018): Alleinerziehen im Lebensverlauf. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

11. Anlagen

Anlage 1: Curriculum Gesundheitsmittler_innen

Anlage 2: Protokolle Steuerungskreis

Anlage 3: Protokolle Beirat

Anlage 4: Familiäre Typologien - Eine Überblicksdarstellung zu Sozialmodellen und familiären (Alleinerziehenden-)Typologien

Anlage 5: Die Perspektive alleinerziehender Mütter auf die Zeit ab der Geburt – Bedürfnisse, Bedarfe und Potenziale für Familiäre Gesundheitsförderung

Anlage 6: Erhebungsinstrumente und Begleitdokumente