



Österreichisches Institut für Familienforschung
Austrian Institute for Family Studies

Paloma Fernández de la Hoz

Familienleben und Gesundheit – aus der Perspektive der sozialen Inklusion

Heft 20 | 2004



European Observatory
on the Social Situation, Demography and Family

MATTERIALIEN



Österreichisches Institut für Familienforschung
Austrian Institute for Family Studies

Paloma Fernández de la Hoz

Familienleben und Gesundheit – aus der Perspektive der sozialen Inklusion

ÖIF Materialien Heft 20 | 2004
ISBN 3-901668-37-3



European Observatory
on the Social Situation, Demography and Family

Paloma Fernández de la Hoz
Familienleben und Gesundheit - aus der Perspektive der sozialen Inklusion
Materialiensammlung des ÖIF Nr. 20, Wien, 2004
ISBN 3-901668-37-3

Eigentümer:
Europäische Beobachtungsstelle
zur sozialen Situation, Demographie und Familie am ÖIF
Medieninhaber und Verleger:
Österreichisches Institut für Familienforschung (ÖIF)
Geschäftsführerin: Dr. Brigitte Cizek
Gonzagagasse 19/8, A-1010 Wien
Gestaltung, Layout und Grafik: Edith Vosta, 1050 Wien
Druck: Rötzerdruck, 7000 Eisenstadt

Das Österreichische Institut für Familienforschung (ÖIF) ist ein unabhängiges, gemeinnütziges Institut zur interdisziplinären wissenschaftlichen und anwendungsbezogenen Erforschung und Darstellung der Vielfalt und Veränderungen familialer Lebenswelten aus Sicht von Kindern, Frauen und Männern.

Zu beziehen bei:
Österreichisches Institut für Familienforschung (ÖIF),
Gonzagagasse 19/8, A-1010 Wien, Tel.: +43-1-535 14 54-19, Fax: +43-1-535 14 55
e-mail: edeltraud.puerk@oif.ac.at

Inhaltsverzeichnis

Einführung	5
1 Das Gesundheitsaktionsprogramm der Europäischen Union: Chancen und Risiken	5
1.1 Gesundheit als operatives Konzept	5
1.2 Soziopolitischer Kontext	6
2 Soziale Inklusion und Gesundheit	7
2.1 „Soziale Ausgrenzung“ und „soziale Inklusion“	7
2.1.1 Objektive Indikatoren: Beziehungen und sozialer Zusammenhalt	8
2.1.2 Subjektive Indikatoren: Identifikation versus Entfremdung	8
2.2 Soziale Inklusion – soziale Ausgrenzung: Vieldimensionalität der Armut und Betonung von Prozessen	8
2.3 Tendenz zur Polarisierung der Gesundheitschancen	8
2.3.1 Defizitansatz	9
2.3.2 Aktuelles Wissen und Wissenslücken	9
3 Familienleben, soziale Inklusion und Gesundheit: einige Schwerpunkte	12
3.1 Gesundheit und soziale Schicht (Bildung – Einkommen – Beruf)	12
3.2 Die Genderdimension der Gesundheit im Kontext von Armut und sozialer Ausgrenzung	12
3.2.1 Geschlechterunterschiede, genderbezogene Faktoren und „Gendergap“	12
3.2.2 Frauen: Das „scheinbare Paradoxon“	13
3.2.3 Familienleben, Gesundheit und Gendergap	14
3.3 Armut und soziale Ausgrenzung als Stressfaktoren im Familienleben	16
3.3.1 Risikofamilien	16
3.3.2 Spezifische Probleme von Migrantenfamilien	17
3.3.3 Familien in einer niedrigen Sozillage	18
3.3.4 Die doppelte Dimension der Erwerbslosigkeit	18
3.3.5 AlleinerzieherInnen – Konvergenz unterschiedlicher Probleme	19
3.4 Der Faktor Zeit	21
3.4.1 Zeit im Leben der Betroffenen	22
3.4.2 Zeit in der Entwicklung eines Landes	22
3.4.3 Zeit in der sozialen Wahrnehmung von Armut und Ausgrenzung	22
4 Gesundheitsimplementierung durch soziale Projekte	22
4.1 Chancen im Familienleben	22
4.1.1 Potenzial der Familien	22
4.1.2 Unterstützung von Familien versus ‚Familismus‘	23
4.2 Verschiedene Gesundheitsfaktoren erkennen	24
4.3 Soziale Leitbilder starten bzw. weiterführen	25
Referenzen	28

Einführung

Die vorliegende Arbeit zielt im Wesentlichen darauf ab, die Zusammenhänge zwischen drei Elementen, nämlich Familienleben, Gesundheit und Armut sowie sozialer Ausgrenzung – wie sie heute in den EU-Ländern analysiert werden – zu erörtern. Darüber hinaus werden einige Schwerpunkte identifiziert, welche bei der Definition von sozialen Projekten unentbehrlich sind, um Familien bei ihrer Funktion als gesundheitsfördernde Instanzen zu bestärken.

Hinter dieser Zielsetzung lassen sich einige Anliegen erkennen, die heute in Europa immer stärker werden und die auf aktuelle soziale Vorgänge verweisen: Unleugbare – wenn auch nicht gänzlich erklärte – Zusammenhänge zwischen ökonomisch-sozialer Prekarität und Gesundheitsdefiziten, demographische Alterungsprozesse, soziale Entwicklungen, welche Familien als primäre Unterstützungsgruppen schwächen, Anpassungsprozesse des Sozialstaates, in deren Rahmen Einsparungsstrategien in sozialen Diensten (darunter auch im Gesundheitswesen) entwickelt werden, werfen heute die dreifache Frage nach der Anfälligkeit von Familien für Armut und soziale Ausgrenzung und dabei auch für die Beeinträchtigung der Gesundheit ihrer Mitglieder, nach dem Potenzial von Familien als Faktoren zur Implementierung der Gesundheit sowie nach den angebrachten sozialpolitischen Richtlinien, welche Familien bei dieser Funktion unterstützen können, auf. So ist im September 2003 von der damaligen italienischen Präsidentschaft der EU der zweite Europäische Runde Tisch organisiert worden, deren TeilnehmerInnen sich mit dem Arbeitsthema „Die innere Kohäsion von Familien bestärken“ auseinandergesetzt haben.

In diesem Bericht wird daher aus der Perspektive der Sozialwissenschaft versucht, der komplexen Frage nach den Verbindungen zwischen Armut und sozialer Ausgrenzung einerseits und Gesundheit andererseits näher zu kommen und ganz konkret diese Wechselwirkungen im Familienleben zu beobachten. Somit können einige Schwerpunkte identifiziert werden, welche bei der Definition von sozialen Projekten unentbehrlich werden, um Familien bei ihrer Funktion als gesundheitsfördernde Instanzen zu bestärken.

Die Komplexität des Begriffs ‚Gesundheit‘ erfordert einige Klarstellungen. Daher wird zunächst auf dieses Konzept sowie auf das Gesundheitsaktionsprogramm der EU eingegangen.

1 Das Gesundheitsaktionsprogramm der Europäischen Union: Chancen und Risiken

1.1 Gesundheit als operatives Konzept

Gesundheit wird objektiv besser und auch subjektiv immer höher bewertet. Sie ist somit zu einem wesentlichen Indikator für Lebensqualität geworden. Die politischen Institutionen der Europäischen Union sowie der Mitgliedsländer richten ihre Gesundheitspolitik deshalb nicht nur auf die direkte Bekämpfung von Krankheit und Morbidität aus, sondern auch auf eine rasche Reaktion auf Gesundheitsgefahren sowie auf Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und zur Prävention von Krankheitsursachen.

So basiert das „Aktionsprogramm der Europäischen Union im Bereich der öffentlichen Gesundheit 2003–2008“ auf drei Schwerpunkten (Europäische Kommission 2001: 2-3):

1. Verbesserung der Information (insbesondere Ausbau einer europäischen Gesundheitsberichterstattung),
2. schnelle Reaktion auf Gesundheitsgefahren (insbesondere Früherkennung und -reaktion bei ansteckenden Krankheiten),
3. Gesundheitsförderung und Prävention.

Mit dieser neuen Richtung der Gesundheitspolitik in der Europäischen Union wird einigen wesentlichen Faktoren Rechnung getragen. In der Substanz geht es um die Sorge um epidemiologische Probleme, die im Zeitalter der Globalisierung aufgrund der hohen sozialen Mobilität entstehen können. Diese neuen Herausforderungen verlangen nach einem raschen und koordinierten Handeln innerhalb eines hochqualifizierten medizinischen Netzwerkes (Europäische Kommission 2001: 8).

Die WHO betont in ihrer Erklärung die Komplexität von Gesundheit. Gesundheit wird nicht nur als Abwesenheit von Krankheiten erfasst, sondern auch als Phänomen, bei dem die eigene Befindlichkeit der Menschen, ihre Subjektivität, eine große Rolle spielt (Haut Comité de la santé publique 1998: 47).

Gesundheit wird dabei nicht als statischer Zustand von Individuen oder sozialen Gruppen aufgefasst, sondern vielmehr als Prozess zur Implementierung der Lebensqualität derselben, der – wie jeder Prozess – wachsen (d. h. sich verbessern), stagnieren oder sich verschlechtern kann. Daher ist eine offensive Gesundheitspolitik von Bedeutung, bei der durch Prävention und Förderung der Akzent nicht auf die Überwindung von Krankheiten gelegt wird, sondern vielmehr auf deren Vorbeugung.

Folglich liegen die Antworten auf eine erfolgreiche Gesundheitspolitik nicht nur im konventionellen Medizinsystem – so bedeutsam dieses auch immer ist – sondern auch in Maßnahmen, die im Alltag der BürgerInnen mit deren eigener Teilhabe gesetzt werden. Somit werden aus Patienten handelnde Subjekte, an deren Initiative und Partizipation in ihrem eigenen Interesse appelliert wird.

Die Bedeutung, die der Sozialberichterstattung beigemessen wird, erklärt sich aus der Notwendigkeit, richtige gesundheitspolitische Maßnahmen zu treffen, deren Voraussetzung eine solide Informationsbasis ist.

Mit einer solchen Gesundheitspolitik

- wird dem Interesse der EU-BürgerInnen an ihrer Lebensqualität, zu deren unverzichtbarem Bestandteil die Gesundheit geworden ist, Rechnung getragen,
- und können auch öffentliche Ausgaben im Medizinwesen eingespart bzw. zu Gunsten neuer Prioritäten (wie etwa der Bekämpfung von bislang tödlichen Krankheiten oder von möglichen Epidemien) umgeleitet werden.

1.2 Soziopolitischer Kontext

Allerdings findet diese Ausrichtung der EU-Gesundheitspolitik in einem bestimmten soziopolitischen Kontext statt, der im Hinblick auf die Umsetzung dieser Ausrichtung von entscheidender Bedeutung ist:

- Die aktuellen demografischen Studien in der EU verweisen auf Prozesse, die einen gravierenden Einfluss auf das Familienleben haben werden. Zu diesen zählt eine ausgeprägte Überalterung der Bevölkerung in den kommenden Jahrzehnten (Eurostat 2003: 11). Dies wird für viele EU-BürgerInnen wohl eine Verbesserung ihrer Lebensqualität mit sich bringen; diese Tendenz bedeutet aber gleichzeitig, dass voraussichtlich viele andere ältere Menschen auf Pflegedienste angewiesen sein werden, woraus sich ein zunehmender Altersabhängigkeitsquotient ergibt (Europäische Kommission 2001: 19).
- Parallel dazu kommt es zu einer Vielfalt familiärer Lebensformen und die Menschen gewinnen bei der Gestaltung ihres Privatlebens an Freiheit (Commission des Communautés Européennes 2002: 70). Die europäischen Haushalte werden kleiner und das Familienleben wird für viele EuropäerInnen fragiler, selbst wenn dessen Bedeutung nach wie vor groß ist und die Familie als wichtigster Lebensbereich erhalten bleibt (Goldberg u. a. 2002: 122). Die Pluralität von Familienformen wird auch durch die Migration bestärkt. Diese gewinnt als Faktor für das Bevölkerungswachstum rasch an Bedeutung.
- Eine Fragmentation des Arbeitsmarktes scheint sich zu konsolidieren. Diese fällt sehr stark ins Gewicht, weil die Erwerbsarbeit nach wie vor den wichtigsten Integrationsmechanismus in den EU-Ländern darstellt. Andererseits setzt der aktuelle Arbeitsmarkt auf Individuen. Dies führt zu krassen Unterschieden zwischen den Interessen des Marktes und jenen der Familien, was im Falle der Kinderbetreuung sowie der Betreuung von älteren und kranken Menschen besonders deutlich wird.

Unterschiede und Ungleichheiten im Gesundheitszustand bleiben nicht nur bestehen, sie scheinen sich auch weiterzuentwickeln, wobei es heute deutliche Indizien dafür gibt, dass Mortalität und Gesundheitsrisiken bei ärmeren Menschen, sozial Benachteiligten und Randgruppen höher sind. Dies wirft die Frage nach den Verbindungen zwischen Krankheit und sozialer Ausgrenzung bzw. zwischen Gesundheit und sozialer Inklusion auf (Eurostat 2002: 8, 30, 42).

Eine (an sich alte) Debatte über die Entwicklung – konkret über Anpassung und Finanzierbarkeit – des Sozialstaates bleibt noch offen, wobei die Frage nach den Kosten und der Wirksamkeit von gesundheitspolitischen Maßnahmen an Brisanz gewinnt.

Werden das Familienleben und die Fragen nach der sozialen Inklusion vor dem Hintergrund dieser Debatte betrachtet, dann wird die Relevanz derselben ganz deutlich: Eine aktive, dynamische und zukunftsorientierte gemeinsame Gesundheitspolitik kann nicht auf dem Handeln von spezialisierten Institutionen und deren Fachpersonal basieren. Sie ist vielmehr auf die Massenmedien, auf Multiplikatoren sowie auf die EU-BürgerInnen selbst angewiesen. Diese müssen als handelnde Subjekte mitwirken.¹

In dem Maße aber, wie sich Prozesse wie die Folgenden bestärken:

- das Herauskristallisieren einer Pluralität von Formen des sozialen Schutzes, d. h. De-facto-Ungleichheiten beim Zugang zu den Diensten und Leistungen des Sozialstaates;
- eine größere Präsenz des Marktes in den sozialen Leistungen;
- die Betonung der individuellen Inanspruchnahme von Sozialleistungen;

kann es zu einer Akzentverlagerung in der Gesundheitspolitik kommen, sodass die sozialen Verhältnisse, die große Unterschiede in den Gesundheitschancen verursachen, ausgeblendet werden, während die Verantwortung für eine gelungene Gesundheitspolitik auf das individuelle bzw. familiäre Verhalten der BürgerInnen verlagert würde.

Daher ist es von großer Bedeutung, die Richtlinien der EU-Gesundheitspolitik vor dem Hintergrund der Frage nach den Verbindungen zwischen sozialer Inklusion und Gesundheit zu erstellen. Dies gilt insbesondere, wenn es darum geht, Familienleben zu fördern.

2 Soziale Inklusion und Gesundheit

2.1 „Soziale Ausgrenzung“ und „soziale Inklusion“

Der Begriff ‚soziale Inklusion‘ sowie sein Pendant ‚soziale Ausgrenzung‘ sind in der Tradition der französisch-durkheimischen Soziologie und später auch in jener des europäischen Sozialstaates verankert. Es handelt sich somit um soziologische Konzepte, die seit Ende der 1970-er Jahre allmählich in das politische Vokabular Eingang gefunden haben (Fernández de la Hoz 2002: 7-8). Als politische Termini haben sie eindeutig normativen Charakter. In Westeuropa und in den EU-Institutionen – insbesondere in der Europäischen Kommission – stehen ‚Inklusion‘ bzw. ‚Integration‘ und ‚Kohäsion‘ für wesentliche positive, politische Ziele. Inklusion wird mit Lebensqualität verbunden, die – vielen AutorInnen zufolge – in dem Maße erreicht ist, in welchem alle BürgerInnen eines Landes Zugang zu ihren bürgerlichen, sozialen und politischen Rechten haben. Inklusion impliziert Teilhabe und Teilnahme am Leben in der Gesellschaft, in der Individuen und Familien leben, während soziale Exklusion mit Vereinsamung und dem Verlust familiärer und sozialer Netzwerke, sowie mit sozialer Entwertung, Aushöhlung gewisser sozialer Rechte und manchmal auch mit dem Fehlen politischer Rechte einher geht.² Jedenfalls wird soziale Inklusion immer mit Eingliederung in die Gesellschaft gleichgesetzt, was meistens ein Leben gemäß der als solche definierten materiellen Durchschnittsstandards (Wohnen, Arbeitsmarkt, Bildung, Gesundheit usw.) voraussetzt. Auf diese Art rücken Konzepte wie Gleichheit und Inklusion einerseits, und Ungleichheit und Exklusion bzw. Ausgrenzung andererseits näher zusammen.

Dies führt unmittelbar zur Frage nach den Indikatoren für soziale Inklusion und sozialen Zusammenhalt. 1998 hat deshalb der Europarat die *Social Cohesion Development Division* gegründet, deren Hauptziel es ist, für alle Mitgliedstaaten ein gemeinsames Verfahren zur Analyse des sozialen Zusammenhalts zu entwickeln und so zu einer einheitlicheren Sozialpolitik – insbesondere bei der Bekämpfung von sozialer Ausgrenzung – beizutragen.

¹ Vgl. auch Nickless 2002: 32|39.

² Eine genauere Analyse der beiden Begriffe findet sich in Fernández de la Hoz 2002: 14-17 und 27-40.

2.1.1 Objektive Indikatoren: Beziehungen und sozialer Zusammenhalt

Sozial integriert ist, wer in ein Netz von Beziehungen eingegliedert ist, das die folgenden drei Bereiche umfasst (vgl. Duffy 1998, Kap. 1: o. S.)

- Staat (politische Rechte)
- Wirtschaft, insbesondere Arbeitsmarkt (Inklusion durch Erwerbs-/Arbeit)
- Zivilgesellschaft (Privatbereich, Familie, Nachbarn, Privatinitiativen)

Menschen bzw. Familien, die Gefahr laufen, sozial ausgegrenzt zu werden, (Migrantenfamilien, erwerbslose Familien oder isoliert lebende Menschen) sind in zumindest einen dieser drei Bereiche nur schwach eingebunden. Durch soziale Inklusion wird der Zusammenhalt einer Gesellschaft und letztlich der gesamten Europäischen Union gewährleistet. In einer kohärenten Gesellschaft bewegen sich die sozialen Unterschiede – etwa beim Pro-Kopf-Einkommen oder zwischen Regionen, unterschiedlichen sozialen Gruppen, usw. – in einem erträglichen Rahmen.

2.1.2 Subjektive Indikatoren: Identifikation versus Entfremdung

Soziale Inklusion fördert das Zugehörigkeitsgefühl, d. h. sozial integrierte Menschen identifizieren sich mit dem Staat, in dem sie leben, und mit seinen politischen Prioritäten. Dem Risiko der sozialen Ausgrenzung ausgesetzte Menschen neigen zu einer skeptischen inneren Haltung gegenüber der Gesellschaft, der sie angehören, sowie deren politischen Einrichtungen. Deshalb ist Prekarität der Lebens- und Arbeitsbedingungen ein tiefgreifendes Problem für den sozialen Zusammenhalt der Gesellschaft (Gallie & Paugam 2002: 128).

2.2 Soziale Inklusion – soziale Ausgrenzung: Vieldimensionalität der Armut und Betonung von Prozessen

Als soziologische Begriffe sind soziale Inklusion und soziale Ausgrenzung nicht unumstritten, was vorwiegend auf zwei Gründe zurückzuführen ist. Zum einen berufen sich die Mitgliedstaaten der Europäischen Union auch in ihrer Sozialanalyse auf unterschiedliche kulturelle Traditionen. Dies erklärt, warum in Studien über sozial schwächere Gruppen nach wie vor unterschiedliche Begriffe wie z. B. Armut, Ungleichheit, soziale Ausgrenzung, Marginalisierung, Prekarität bzw. deren Gegenteile oft ohne expliziten Hinweis auf ihren Inhalt verwendet werden. Trotz theoretischer Untersuchungen und solider Reflexionen über Unterschiede zwischen diesen Konzepten sind wir in der Praxis noch weit von einem Konsens entfernt. Allerdings sind soziale Ausgrenzung und soziale Inklusion Begriffe, die auf der Einsicht beruhen, dass Armut nicht nur materielle und ökonomische Dimensionen aufweist. Man versucht, Verarmungs- und Deprivationsprozesse – zu denen auch die Beeinträchtigung der Gesundheit zählt – als solche zu erfassen, um ihre Dynamik zu ergründen. Dies erklärt die Bedeutung von Längsschnittstudien sowie von biografischen Zugangsweisen.

Aus methodischer Sicht kommt es heute in den EU-Mitgliedstaaten zu einem interessanten Konvergenzversuch rund um den Begriff ‚soziale Ausgrenzung‘. Interessanterweise gibt es in vielen EU-Mitgliedstaaten WissenschaftlerInnen³ sowie Institutionen (z. B. die Exclusion Unit in Großbritannien), die sich darum bemühen, den Begriff der sozialen Ausgrenzung genauer zu bestimmen und operativ zu machen (GESEIS 2002: 352).

2.3 Tendenz zur Polarisierung der Gesundheitschancen

Die Existenz sozialer Ungleichheiten im Bereich der Gesundheit ist evident. Die Erklärungen für diese Ungleichheiten sind jedoch aufgrund der vielfältigen Faktoren biologischer und sozialer Art, die dabei mitspielen, nach wie vor umstritten. Außerdem ist die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialen

³ Vgl. die Arbeiten von Schnapper (1996), Castells (1998a), Kronauer (1998), Scottish Council Foundation (1998), Castel (2000), Tezanos (2001).

Bedingungen relativ neu, weshalb unser Wissen in diesem Bereich bislang als fragmentarisch bezeichnet werden muss.

2.3.1 Defizitansatz

So wichtig sie auch sein mögen, lassen sich biologische und psychologische Erklärungsansätze nicht unmittelbar in den Sozialwissenschaften anwenden. Selbst wenn Erkenntnisse aus anderen Disziplinen unverzichtbar sind und mitberücksichtigt werden müssen, konzentriert sich die soziologische Reflexion auf die Frage nach den gesellschaftsbezogenen Faktoren, die Krankheit verursachen und Gesundheit ermöglichen. In diesem Zusammenhang hat man spätestens seit dem Ende des 19. Jahrhunderts im Rahmen der gesellschaftskritisch-interventionistischen Tradition Daten gesammelt und ist sich der Korrelation von Elend, chronischer Armut und Beeinträchtigung des Familienlebens sowie der Gesundheitsstandards bewusst. Dies hat zum sogenannten Defizitansatz geführt. Heute ist klar, dass ein Zusammenhang zwischen Armut und sozialer Ausgrenzung einerseits und Beeinträchtigung der Gesundheit andererseits besteht, der in zahlreichen Monografien über Familien aus Risikogruppen (z. B. Erwerbslose, Migrantenfamilien oder AlleinerzieherInnen) dokumentiert ist. So spiegelt der Gesundheitszustand zum Teil die Lebensbedingungen wider⁴ (Siehe auch: Avalosse & Feltesse 1997: 61).

2.3.2 Aktuelles Wissen und Wissenslücken

Polarisierung der Gesundheitschancen

Es wäre aber falsch, die oben erwähnten Zusammenhänge als eine Art Überbleibsel chronischer Armutserscheinungen zu sehen. Vielmehr zeigt sich heute überall in Europa eine Tendenz zur Polarisierung der Gesundheitschancen. Unterschiede gibt es nicht nur zwischen den einzelnen Ländern, sondern vor allem auch innerhalb derselben (Eurostat 2000: 11), was deutlich auf Prozesse der regionalen Ausgrenzung hinweist (vgl. Castells 1998b: 407-428).

Bedeutung sozialer Verhältnisse

Auf der Suche nach Erklärungen für Zusammenhänge zwischen sozialer Inklusion/Exklusion, Gesundheit und Familienleben muss zunächst zwischen vier Gruppen von Faktoren unterschieden werden:

- ▶ Verhältnisse, d. h. strukturelle Rahmenbedingungen, unter denen Menschen leben, wie etwa ihr Zugang zu öffentlichen oder privaten medizinischen Einrichtungen oder ihre Situation am Wohnungs- oder Arbeitsmarkt. Aus der Perspektive der Familiensoziologie ist in diesem Zusammenhang die Frage nach der Vererbung der Armut besonders wichtig.
- ▶ Verhaltensweisen, d. h. die Art und Weise, wie Menschen handeln. Dazu zählen Lebensstil, Ess- und Hygienegewohnheiten, Körperpflege und Sport, Konsum von Substanzen wie Alkohol, Tabak usw. In diesem Bereich ist die Rolle der Familie ausschlaggebend, da sie gewisse Kompetenzen und Gewohnheiten an ihre Mitglieder weitergibt.
- ▶ Subjektive Befindlichkeit, d. h. wie sich Menschen selbst erleben, ihr Grad an Zufriedenheit oder Frustration, ihr Grad an Sicherheit oder Unsicherheit, ob sie sich von ihren Beziehungen und ihrem Alltagsleben herausgefordert oder überfordert fühlen. All diese Fragen sind im Hinblick auf die Gesundheit sowie in Bezug auf die Reaktion der Menschen auf soziale Deprivation enorm wichtig. In diesem Kontext wird sozialpsychologisches Wissen unentbehrlich.

Kultur, d. h. die Vorstellungen und Mentalitäten, die auch die weitere Entwicklung von sozialen Strukturen, die Verhaltensweisen in den Familien sowie die eigene Bewertung der persönlichen und familiären Situation

⁴ „La pauvreté rend malade et la maladie rend pauvre. Le constat est double: la pauvreté augmente le risque de problèmes de santé et les problèmes de santé – sûrement lorsqu'ils se présentent de manière chronique ou chez les groupes à bas revenus – accroissent considérablement le risque de pauvreté. Malgré les nombreuses mesures déjà adoptées, certains groupes sont encore et toujours confrontés à un coût de santé trop élevé, à la suite de quoi ils remettent parfois à plus tard – pour des raisons financières – le recours à des soins (Vandenbussche, 2001: 593).

beeinflussen. Sie wurzeln nicht nur in nationalen Traditionen, sondern auch in kollektiven sozialen Erfahrungen. So wurde etwa unter von Ausgrenzung bedrohten Familien empirisch eine ‚Kultur des Wesentlichen‘ (cultura dell' essenzialità) nachgewiesen, die andere Merkmale aufweist als jene von anderen Familien in der gleichen geografischen Region (Pieretti 1996: 53-56).

Tabelle 1: Familienleben, Inklusion und Gesundheit: Kategorien von Faktoren

Begebenheiten	Verhältnisse	Verhaltensweisen
Vorstellungen	Kultur	Subjektive Befindlichkeit

Tendenziell bestärken einander alle vier Kategorien von Faktoren. Menschen etwa, die wenig gebildet sind, achten weniger auf vorbeugende Gesundheitsmaßnahmen wie z. B. eine Antiraucherkampagne. Ein dauerhafter Ausschluss aus dem Arbeitsmarkt führt häufig zu Verunsicherung der betroffenen Person und damit u. U. auch zu familiären Konflikten. Auch Beziehungskonflikte können die Gesundheit der Betroffenen beeinträchtigen oder ihr Leistungsvermögen verringern. So gesehen ist der Faktor Gesundheit im Familienleben nicht nur die Folge sozialer Verhältnisse, sondern auch ein Reproduktionsfaktor derselben (Avalosse & Feltesse 1997: 78-79).

Nicht alle der beteiligten Faktoren besitzen jedoch den gleichen Stellenwert. Mittlerweile gibt es ausreichende Beweise dafür, dass die Gesundheit von sozialen Verhältnissen determiniert wird und nicht prinzipiell aus unterschiedlichen individuellen Verhaltensformen resultiert, selbst wenn diese eine wichtige Rolle spielen. Dies wurde bereits 1986 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in der Ottawa-Charta betont und zeigt sich auch in nationalen Studien wie der britischen von Arber, Phillips & Ginn (Arber 2001: 141). So erweist sich die individuelle Situation der Menschen im soziopolitischen System als Ausschlag gebender sozialer Faktor für ihre Gesundheitsentwicklung, wengleich die Bedeutung von Alltagsinterrelationen – insbesondere des Familienlebens – ebenfalls wichtig ist (Facchini & Ruspini 2001: 9). Allerdings hängen Alltagsinterrelationen und individuelle Situation voneinander ab. Diese Interrelation verdeutlicht die besondere Bedeutung des Familienlebens als Ort, wo strukturelle, genderbezogene Rahmenbedingungen sichtbar werden, wo die Interaktion zwischen Geschlechtern aufgrund der Intensität der Partnerschafts- und Verwandtschaftsbeziehungen besonders stark wird und wo zentrale kulturelle Vorstellungen (wie etwa die Geschlechterrollen) reproduziert oder modifiziert werden. So wirkt das Familienleben als eine wichtige Schnittstelle zwischen Öffentlichem und Privatem, als Ort, wo Objektives und Subjektives, strukturelle Rahmenbedingungen und persönliche Projekte, Interessen, Erfahrungen und Handlungsmöglichkeiten konvergieren, was hinsichtlich der Gesundheitsentwicklung von Menschen sowie ihrer Konfrontation mit Krankheit von besonderer Bedeutung ist.

Dass es Zusammenhänge zwischen sozialen Verhältnissen und subjektiver Befindlichkeit gibt, zeigt sich ganz deutlich bei Untersuchungen von Risikofamilien, wie etwa Erwerbslosen oder AlleinerzieherInnen. So wurde z. B. 2001 am 7. Deutschen Kongress über Armut und Gesundheit erneut der Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialem Zusammenhalt betont:

„Um aber präventiv die Gesundheit der Menschen zu fördern, muss auch ihre soziale Lage in den Blick genommen werden. Denn wir wissen, dass es Zusammenhänge zwischen sozialer Situation und Einkommenslage einerseits und Gesundheit und Gesundheitsverhalten andererseits gibt. Ein erschwerter Zugang zu Bildung, eine ungünstige Wohnsituation, eine prekäre Erwerbstätigkeit oder Arbeitslosigkeit können sich sehr belastend auf die gesundheitsbezogenen Lebensbedingungen auswirken. Daraus ergibt sich: wenn wir uns der belastenden Lebenslagen annehmen, diese verbessern und damit Armutsrisiken reduzieren, stärken wir auch die Rahmenbedingungen für eine positive gesundheitliche Entwicklung.“ (Mascher 2002)

Die Bedeutung von kulturellen Faktoren im Kontext von Armut und sozialer Ausgrenzung führt zu einer komplexen Problematik, die viel Aufmerksamkeit verdient, zumal sich heute in den Mitgliedsländern eine **„wachsende Tendenz hin zu ethnischer, kultureller und religiöser Vielfalt“** feststellen lässt, **„die durch internationale Migration und erhöhte Mobilität in der Union verstärkt wird“** (Europäische Kommission 2001: 7): Zum einen liegt es auf der Hand, dass Menschen, die dauerhaft mit harten sozioökonomischen Rahmenbedingungen konfrontiert werden,

eigene Reaktionen entwickeln, wobei auch ihre Vorstellungen modifiziert werden und sogar von den in ihrem sozialen Umfeld allgemein verbreiteten abweichen können. Dies ist umso deutlicher im Fall von historischen ethnischen Minderheiten – wie Roma und Travellers – oder von Migrantenfamilien feststellbar.

Allerdings warnen zahlreiche Studien, die insbesondere im Rahmen der Migrationsforschung entstanden sind, vor dem Kulturalismus als doppeltem Irrweg, der u. U. zu linearen sowie statischen Interpretationen von kulturellen Unterschieden führen kann: Die Kultur darf nicht linear – d. h. bloß als Ursache für Armut bzw. Verschlechterung von Gesundheitsstandards – interpretiert werden, da strukturelle Rahmenbedingungen nicht außer Acht gelassen werden können, welche das Leben von Familien prägen, die mit Armut, Gesundheitsprekarität und sozialer Ausgrenzung konfrontiert werden. Diese sind nicht nur von Bedeutung, um deren Lebenssituation, sondern auch um deren Verhaltensweisen und Strategien besser zu erfassen.

Die Kultur darf auch nicht als statischer Faktor gesehen werden (vgl. Filsinger 2000: 95, 98), da sie unterschiedliche Wirkungstempi aufweist: Neben dem dauerhaften, langfristigen Einfluss von kollektiven Vorstellungen (z. B. hinsichtlich der Geschlechterrollen) zeigt sich oft auch eine Elastizität von Werten und Vorstellungen. Familien etwa, die mit Migration, der Trennung von Partnern, Erwerbslosigkeit und Erkrankung konfrontiert werden, sind häufig in der Lage, familiäre Dimensionen wie Geschlechterrollen, Altersstatus, Aufgaben und Verantwortungsbereiche ihrer Mitglieder neu zu definieren.

Fragmentarisches Wissen

Bislang wissen wir auch noch relativ wenig darüber, „warum der Gesundheitszustand mit abnehmendem sozioökonomischem Status in der Regel schlechter wird“ (Pochobradsky u. a. 2001: 65), warum gewisse Lebensbedingungen bei einigen (wenigen) Familien gravierende Gesundheits- und Beziehungsprobleme verursachen und bei anderen nicht (Schnabel 2001: 91, 100). Ähnliches gilt für Zusammenhänge zwischen Lebensstilen und Gesundheit. Das ist nach wie vor eine „explorative Fragestellung“, bei der „noch keine empirischen Ergebnisse“ vorliegen und bei der Dimensionen wie Geschlecht und Alter ganz besonders hinsichtlich des Familienlebens von großer Bedeutung sind (Jungbauer-Gans 2002: 43). Die Rolle der kulturellen Faktoren wurde vorwiegend in Monografien über Migrantenfamilien und deren Gesundheit vertieft.

Bezüglich all dieser Fragen ist unser Wissen noch fragmentarisch. Wir verfügen in den Mitgliedstaaten zwar über fundierte Berichte und Monografien, aus denen sich aber noch keine Theorie ableiten lässt, mit welcher wir die unterschiedlichen Verbindungen zwischen Inklusion, Familienleben und Gesundheit systematisieren und erklären könnten.

Die Wechselwirkung von Faktoren, welche im Zusammenhang mit Gesundheit und Ausgrenzung/Inklusion stehen, lässt sich heute weder anhand quantitativer Indikatoren und schon gar nicht ausschließlich anhand ökonomischer Indikatoren ausreichend erfassen. Obwohl die bereits vorhandenen Studien wertvolle Informationen liefern, ist Vorsicht bei der Übertragung ihrer Ergebnisse auf andere soziale Kontexte geboten. Insbesondere die Vielfalt familiärer Lebensformen und Vorstellungen erfordert Untersuchungen, bei denen der Einfluss wichtiger Faktoren (wie etwa der Auffassung von Geschlechterrollen, den Beziehungen zwischen Eltern und Kindern, der Rolle von Verwandten und Nachbarn) in Abhängigkeit von der jeweiligen sozialen Gruppe und dem jeweiligen sozialen Kontext genauer und womöglich langfristig erforscht wird. Für die genauere Analyse dieser Faktoren und deren Wechselwirkungen scheinen einige methodische Anmerkungen angezeigt:

- Die quantitative Sozialforschung muss an einer Vertiefung, Bereicherung und Systematisierung der Indikatoren für soziale Inklusion und deren Korrelation mit physischen und psychischen Gesundheitsindikatoren arbeiten.
- Die qualitative Sozialforschung eignet sich vor allem dazu, Wechselwirkungen unterschiedlicher Faktoren auf der Mikroebene, d. h. in Familienbiografien, zu verfolgen. Derartige tief gehende Analysen können dazu beitragen, bislang unbeachtete Einflüsse zu identifizieren. (vgl. Popay & Groves 2001: 201)

Im Folgenden werde ich einige soziologische Forschungsrichtungen skizzieren und gewisse Faktoren des Familienlebens herausgreifen, die ich im Hinblick auf die Überwindung von Gesundheits- und Ausgrenzungsproblemen für besonders relevant halte.

3 Familienleben, soziale Inklusion und Gesundheit: einige Schwerpunkte

Die Hauptfragen, die sich die Familienpsychologie und -soziologie hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen Inklusion und Gesundheit bis heute gestellt haben, lauten:

- Welche internen und externen Faktoren können die Gesundheit der Mitglieder einer Familie beeinträchtigen?
- Gibt es Wechselwirkungen zwischen Eltern und Kindern und deren Erkrankungs-/Genesungsprozessen?
- Welche Prozesse führen zu psychischen Belastungen?

Im Folgenden werden nur einige Schwerpunkte bezüglich der ersten Frage skizziert.

3.1 Gesundheit und soziale Schicht (Bildung – Einkommen – Beruf)

Die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und sozialer Inklusion sind in demografischen und epidemiologischen Studien untersucht worden (vgl. Geyer 2002: 53-72). So zeigt eine Analyse von Mortalitätsraten und deren Ursachen den engen Zusammenhang zwischen ökonomischen Faktoren und Gesundheit. Dabei gibt es eine eindeutig positive Korrelation zwischen durchschnittlicher Lebenserwartung und Pro-Kopf-Einkommen, die auch in anderen Untersuchungen bestätigt wird (Berthoud 2000: 187). Diesbezüglich wurde ein gewisses Nord-Süd-Gefälle innerhalb der EU-Mitgliedstaaten festgestellt. Bildung trägt tendenziell ebenfalls zur Verbesserung der Gesundheit bei, kann allerdings nicht immer schlechten ökonomischen Lebensbedingungen entgegenwirken, wie sich heute in den osteuropäischen Ländern zeigt (Riedl 2000: 131, 133). Bildung, Einkommen und eine gute berufliche Stellung erhöhen die Chancen auf ein langes, gesundes Leben. Das Gegenteil gilt für Menschen, die in diesen drei Bereichen eine schwache Position haben (Pochobradsky u. a. 2001: 13, 19).

Auch Zusammenhänge zwischen Familienstand und Gesundheit wurden untersucht. Dabei zeigt sich, dass verheiratet zu sein und in einer Familie zu leben, die Gesundheit und die Lebenserwartungen sowohl von Frauen als auch von Männern fördert (Schnabel 2001: 77). Der Gesundheitszustand geschiedener Frauen scheint durchschnittlich schlechter zu sein als jener von anderen Frauen, da erstere oft mit psychischen Problemen konfrontiert sind. Allerdings sind diese Fakten stark von den jeweiligen Ressourcen der Betroffenen abhängig (Cardelli 1999: 67).

3.2 Die Genderdimension der Gesundheit im Kontext von Armut und sozialer Ausgrenzung

3.2.1 Geschlechterunterschiede, genderbezogene Faktoren und „Gendergap“

Die Frage nach den Faktoren für Gesundheit/Krankheit von Frauen und Männern ist im Hinblick auf die Wirksamkeit gesundheitspolitischer Maßnahmen von großer Bedeutung. Aufgrund der Bevölkerungsalterung sowie der tendenziellen Schwächung von familienbezogenen Solidaritätsnetzwerken (Europäische Kommission 2003: 7, 21) wird es in den EU-Ländern immer notwendiger, diese Faktoren so deutlich wie möglich zu identifizieren.

Wie Popay & Groves gezeigt haben, hat sich die Forschung bis dato vorwiegend auf bestimmte soziale Kreise eingeschränkt, und dies meist ohne historische Faktoren und aktuelle Entwicklungen der Sozialtheorie mit zu berücksichtigen (Popay & Groves 2001: 149). Letztere sind insofern von Bedeutung, als sie das kreative Potenzial des Handelns von Menschen betonen. Diese sind keine Mitglieder homogener Gruppen, sie haben vielmehr – und dies vielleicht insbesondere in pluralen, mobilen Gesellschaften – eine Reihe sozialer Positionen inne und handeln gemäß der Bewertung und Interpretation dieser Positionen. Daher ergibt sich die Notwendigkeit, die Rolle von spezifischen Faktoren so deutlich wie möglich zu identifizieren. Im Lichte der neueren Genderstudien über Gesundheitsentwicklung wird gleichzeitig immer deutlicher, dass diese spezifischen Faktoren nicht individuell betrachtet werden dürfen, da sie zusammenhängen. (Popay & Groves 2001: 154-155)

Wie bereits bekannt, lassen sich die Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern bei einigen Erkrankungsprozessen direkt durch biologische Faktoren, bei anderen aber vielmehr durch das Gewicht verschiedener Lebensbedingungen und -verläufe erklären. Darüber hinaus muss die Gesundheit/Krankheit von Männern und Frauen immer wieder aus einer doppelten – passiven/objektiven und aktiven/subjektiven – Perspektive betrachtet werden: Zum einen hängt die Gesundheitssituation eines Menschen von gewissen Faktoren ab, welche diese implementieren oder gefährden (genetische Veranlagungen, Lebensbedingungen usw.); zum anderen reagieren Menschen auf diese Gesundheitssituation gemäß ihren persönlichen und sozialen Ressourcen (u. a. subjektive Befindlichkeit, Wahrnehmung der eigenen Leiblichkeit, kulturelle Werte und Wissen, Zugang zu Gesundheitsressourcen).

Aus beiden Perspektiven lassen sich bedeutsame Geschlechtsunterschiede erkennen, wenn Männer und Frauen aus ein und demselben sozialen Milieu verglichen werden. Werden diese Unterschiede soziologisch vertieft, dann zeigen sich noch immer insgesamt bedeutsame Ungleichheiten hinsichtlich Gesundheit/Krankheit von Männern und Frauen, was einen weiteren Aspekt des noch immer bestehenden „Gendergap“ in der EU bildet (vgl. Doyal 2001: 39).

3.2.2 Frauen: Das „scheinbare Paradoxon“

Manche Errungenschaften der Neuzeit in Europa sind in erster Linie Frauen zu Gute gekommen bzw. haben ihre Lebensumstände geprägt wie medizinische Fortschritte, welche u. a. die Risiken bei einer Entbindung gering werden ließen, bessere Ernährung, verbesserte und leichter verfügbare Verhütungsmaßnahmen, Anstieg des Ausbildungsniveaus usw.

Somit ist die gesundheitliche Situation von Frauen in Europa erstaunlich: Zum einen haben sich ihre Lebensbedingungen in den letzten 200 Jahren gewaltig gebessert; zum anderen kann ihre aktuelle Situation hinsichtlich Gesundheit/Krankheit als „scheinbar paradoxal“ (Doyal 2001: 28, Payne 2001: 179) bezeichnet werden. Auf den ersten Blick erscheinen Frauen biologisch stärker als Männer und dafür tendenziell gesundheitlich schwächer als diese. Dieses pauschal zum Ausdruck gebrachte Erkenntnis, dass „Männer sterben und Frauen erkranken“ wird heute jedoch in Frage gestellt (vgl. Payne 2001: 180).

Anhand von Indikatoren wie der perinatalen Mortalität oder der Lebenserwartung erweisen sich Frauen heute in Großbritannien und auch in der Europäischen Union, so Doyals Analyse, insgesamt als biologisch robuster als Männer, wenngleich sie anfälliger als Männer für bestimmte Krankheiten sind, wie etwa Osteoporose, Zuckerkrankheit, hohen Blutdruck oder Arthrose. Insgesamt ist ihre Lebenserwartung zwar höher als jene der Männer: Diese sind krankheitsanfälliger als Frauen, was sowohl auf biologische (z.B. höhere Anfälligkeit für frühe Herzstörungen) als auch auf soziale Faktoren zurückzuführen ist. Männer haben etwa aufgrund ihrer Rolle als „Breadwinner“ mehr gesundheitsgefährdende Tätigkeiten in der Arbeit übernommen als Frauen. Darüber hinaus drückt sich die erlebte Männlichkeit heute in bestimmten Lebensgewohnheiten – wie etwa Rauchen und Trinken, Risikosportarten – aus, oft ohne das Wirken traditioneller Kontrollinstanzen wie der Religion. Dennoch weisen Männer einen besseren Gesundheitszustand als Frauen auf.

Die Erklärung für dieses „scheinbare Paradoxon“ liegt laut Doyal in den komplexen Wechselwirkungen zwischen biologischen und sozialen Faktoren für Gesundheit/Krankheit (Doyal 2001: 28-31). Konkreter betonen andere AutorInnen die Bedeutung von Zusammenhängen zwischen Bedingungen für Gesundheit/Krankheit, Frauen- und Männerlebensläufen – insbesondere die „doppelte Anwesenheit von Frauen“ im Sozialleben als Berufstätige und Hauptverantwortliche für den Haushalt –, sozialen Erwartungen und dem Machtgefälle beim Zugang von Männern und Frauen zu materiellen und symbolischen Ressourcen. (Faccini & Ruspini 2001: 9-10)

Arber, Phillips und Ginn haben eine Multivariationalanalyse unter verschiedenen Alterskohorten von Frauen und Männern in Großbritannien durchgeführt, um Ungleichheitsmechanismen hinsichtlich der Gesundheit zu analysieren und dabei der Bedeutung einiger sozialen Faktoren zur Gesundheit/Krankheit näher zu kommen. Dabei halten sie die chronologische Variable für ganz wichtig, und zwar nicht nur hinsichtlich des Alters, sondern auch hinsichtlich der Generation als soziale Gruppe von Frauen und Männern mit einer gemeinsamen kollektiven Identität, die ihre Auffassung von Geschlechterrollen und auch ihre Einstellungen zu Krank- bzw. Gesundsein prägt. Ferner halten sie die Position am Arbeitsmarkt allein für einen mangelhaften sozioökonomischen Indikator,

da die beruflichen Lebensläufe von Frauen und Männern unterschiedlich sind, denn Frauen unterbrechen öfter ihre Berufstätigkeit nach Gründung einer Familie. Sie identifizieren die Teilnahme am Arbeitsmarkt und die berufliche Position als ausschlaggebende Faktoren, welche die Gesundheit von Individuen auf Dauer beeinflussen; beide Faktoren stehen in engem Zusammenhang – insbesondere bei jüngeren Altersgruppen – mit dem Bildungsniveau. Deshalb wundert es kaum, dass diese AutorInnen genderbezogene Ungleichheiten hinsichtlich der Gesundheit in allen untersuchten Altersgruppen festgestellt haben (Arber u. a. 2001: 114-120, 141).

3.2.3 Familienleben, Gesundheit und Gendergap

Wie bereits gesehen, ist die Verbindung zwischen der aktuellen Organisation am Arbeitsmarkt und dem Familienleben heute zu einer Evidenz geworden.

Trotz Fortschritten bei der Eingliederung von Frauen am Arbeitsmarkt bleibt ihre Situation insgesamt schwach: Frauen sind besonders von Erwerbslosigkeit betroffen,⁵ sie übernehmen häufiger Teilzeitjobs als Männer und ihre Erwerbseinkünfte und ihre Verantwortungen sind – verglichen mit diesen – geringer. Die neueren Entwicklungstendenzen unter dem Druck einer internationalen Konkurrenz im Zeitalter der Globalisierung scheinen diese Situation – zumindest bis jetzt – nicht verbessert zu haben (Europäische Kommission 2003: 31-32).

Diese Situation von Frauen am Arbeitsmarkt entspricht auch ihrer Situation im Familienleben: Ihre diskontinuierlichen Erwerbsverläufe am Arbeitsmarkt gehen mit einer doppelten Belastung zu Hause einher, da sie nach wie vor den Haushalt und die Kinderpflege übernehmen.⁶ Dabei werden sie meist zu primären Pflegerinnen von kranken und älteren Familienmitgliedern. Die Auswirkungen der Hausarbeit auf die Gesundheit von Frauen sind bis dato sehr mangelhaft untersucht worden. Die Hausarbeit schützt Frauen vor riskanten Tätigkeiten, die nach wie vor vorwiegend Männer übernehmen. Hausarbeit ist aber ermüdend und kann u. U. Stress und Frustrationen verursachen, insbesondere insofern, als diese Arbeit gering bewertet wird und soziale Teilhabe verhindert (vgl. Payne 2001: 183).

Hausarbeit und diskontinuierliche Erwerbsverläufe erklären die größere Anfälligkeit für Armut bei älteren Frauen, da viele von ihnen ihre Pensionsansprüche über den Ehemann erreichen, oder aufgrund ihrer Arbeitsbiographie (Erwerbsunterbrechungen, Übernahme von Teilzeitarbeit) niedrige Pensionsansprüche erheben können.

Bei der Vertiefung der Genderfrage werden die verschiedenen sozioökonomischen und kulturellen Zusammenhänge besonders sichtbar, welche die Gesundheitsentwicklung prägen. Der – verglichen mit Männern – schwächere Zugang von Frauen zu materiellen Ressourcen geht auch mit anderen Mechanismen einher, wie etwa den genderbezogenen sozialen Erwartungen sowie der Übertragung und Verinnerlichung moralischer Verpflichtungen. So behaupten AutorInnen wie Payne, dass Rollenerwartungen die Gesundheit von Frauen, die Pflegeverantwortungen übernehmen ('care women'), lebenslang prägen (Payne 2001: 179).

Alles in allem verfügen wir noch nicht über eine solide Gesamtheorie, um der Komplexität von Faktoren näher zu kommen, welche die Gesundheit von Männern und Frauen prägen. Aber immer mehr werden einige Erkenntnisse unverzichtbar. Zu diesen zählen:

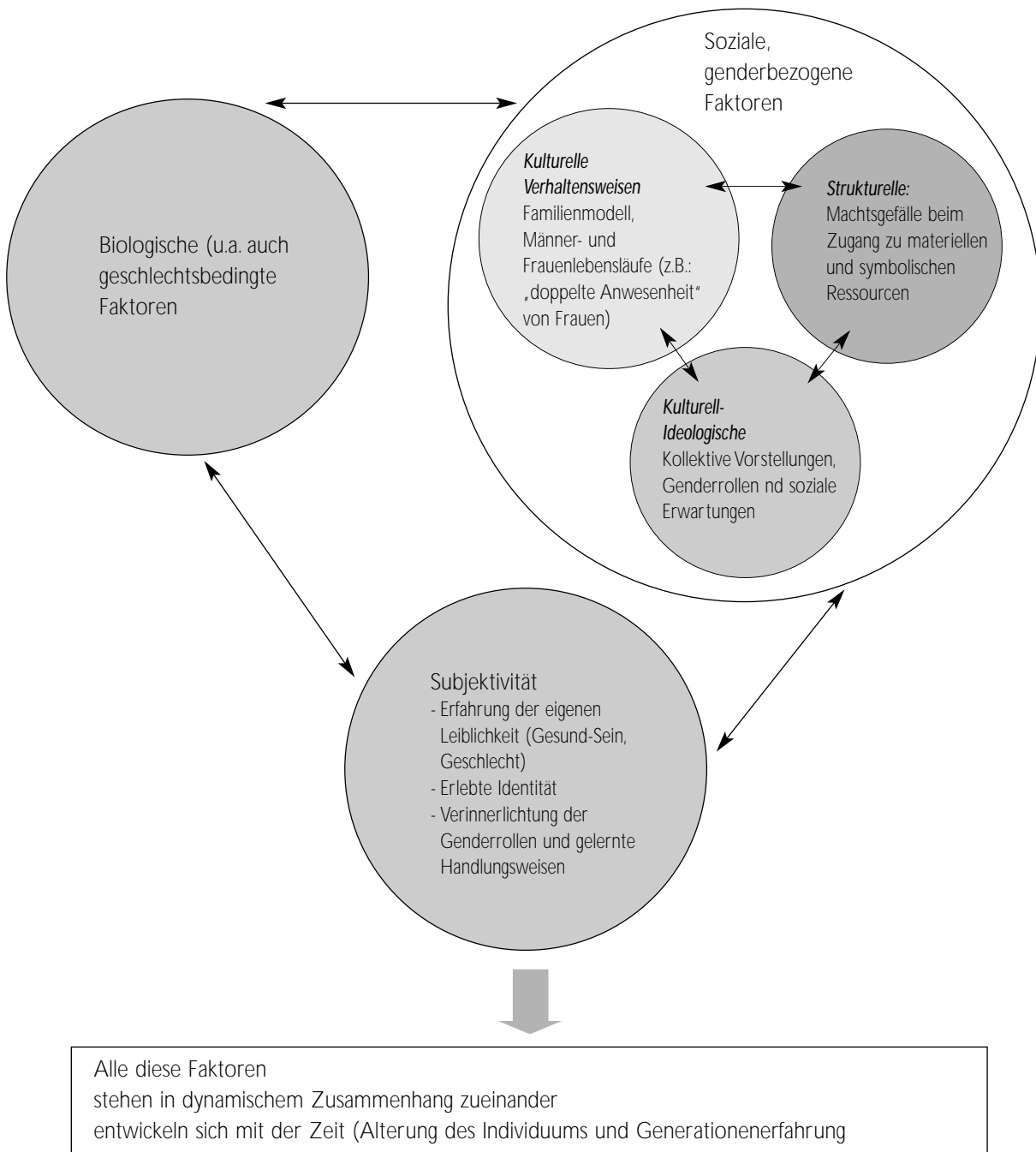
- die Bedeutung struktureller Rahmenbedingungen, wie etwa die Organisationsverflechtung zwischen Arbeitsmarkt und aktuellen Formen des Familienlebens;

⁵ In zwölf EU-Mitgliedsländern sind Frauen stärker als Männer von Erwerbslosigkeit betroffen. Durchschnittlich bleibt die weibliche Erwerbslosigkeitsrate noch drei Prozentpunkte oberhalb der männlichen (10,8 % gegenüber 7,9 %). Insbesondere in Griechenland, Spanien und Italien ist diese Rate doppelt so hoch wie die männliche. Ausnahmen: Irland, Schweden und Großbritannien. (Commission des Communautés Européennes, 2002: 84)

⁶ „Das Familienmodell mit vollberuflicher Hausfrau und Mutter ist in den meisten europäischen Ländern seltener geworden. Gleichzeitig hat sich aber auch das Modell einer kontinuierlichen vollberuflichen Erwerbsarbeit von Müttern nur in Teilgruppen durchgesetzt. Sehr häufig sind heute diskontinuierliche Erwerbsverläufe, bei denen Frauen ihre Erwerbsarbeit zugunsten der Haus- und Familienarbeit unterbrechen oder zumindest stark einschränken. Die gegenwärtige Situation ist in allen EU-Ländern durch ein komplexes Nebeneinander verschiedener familial-beruflicher Frauenbiographien gekennzeichnet“, stellte Höpflinger bereits 1997 fest. (Höpflinger 1997: 144)

- das Gewicht kultureller Faktoren, aus denen genderspezifische Lebenslaufmuster, Rollenerwartungen und Normen resultieren;
- die Notwendigkeit, das Augenmerk der Forschung nicht nur auf soziostrukturelle Prozesse, sondern auch auf subjektive Vorgänge zu lenken, wie etwa die Selbstwahrnehmung von Gesund-/Kranksein, die erlebte Frau- bzw. Mann-Identität, die psychische Verinnerlichung von Normen und Genderrollen;
- die doppelte Bedeutung der zeitlichen Dimension: genderbezogene Gesundheitsuntersuchungen müssen nicht nur das Alter der Menschen mit berücksichtigen, sondern auch biografische Verläufe und dabei auch die Erlebnisse und Erfahrungen im Zusammenhang mit einer Generation;
- die enge Wechselwirkung zwischen biologischen Faktoren, sozialen Begebenheiten und Subjektivität des Einzelnen.

Abbildung 2: Faktoren zur Gesundheit von Männern und Frauen



Bourdieu betonte diese Zusammenhänge bei seiner Erklärung der 'domination masculine', wobei er nicht nur auf die unterschiedlichen sozialen Lebensbereiche hingewiesen hat, welche das Leben von Frauen und Männern prägen und den 'Gendergap' bestimmen, d. h. auf die Bedeutung ideologischer und kultureller Mechanismen, sondern auch auf die 'lieux d'élaboration' bzw. soziale Orte, wo Herrschaftsprinzipien entstehen:

"S'il est vrai que le principe de la perpétuation de ce rapport de domination ne réside pas véritablement – ou, en tout cas, principalement – dans un des lieux les plus visibles de son exercice, c'est-à-dire au sein de l'unité domestique, sur laquelle un certain discours féministe a concentré tous ses regards, mais dans des instances telles que l'École ou l'État, lieux d'élaboration et d'imposition de principes de domination qui s'exercent au sein même de l'univers le plus privé ..." (Bourdieu 1998: 24)

3.3 Armut und soziale Ausgrenzung als Stressfaktoren im Familienleben

3.3.1 Risikofamilien

Die Zusammenhänge zwischen Armutskarrieren und Familienleben werden immer deutlicher. 1998 wurde im Endbericht des HDSE-Projekts⁷ „Menschenwürde und soziale Ausgrenzung“ auf strategische Bereiche hingewiesen, in denen sich soziale Ausgrenzungsprozesse besonders deutlich zeigen. Es handelt sich dabei um Gesundheit, Arbeit, sozialen Schutz, Bildung und Wohnen. In all diesen Bereichen lässt sich eine enge Wechselbeziehung zwischen den Faktoren beobachten, die soziale Ausgrenzung ermöglichen. So spielen Arbeit, Bildung, Wohnen und sozialer Schutz eine entscheidende Rolle bei der Verbesserung der Gesundheit. Eine fehlende feste Unterkunft etwa kann den Zugang zu medizinischer Versorgung verhindern. Darüber hinaus besteht, wie in dem Dokument unterstrichen wird, ein überaus enger Zusammenhang zwischen diesen Sektoren und dem Leben der Familien. In den Schlussfolgerungen wird festgehalten:

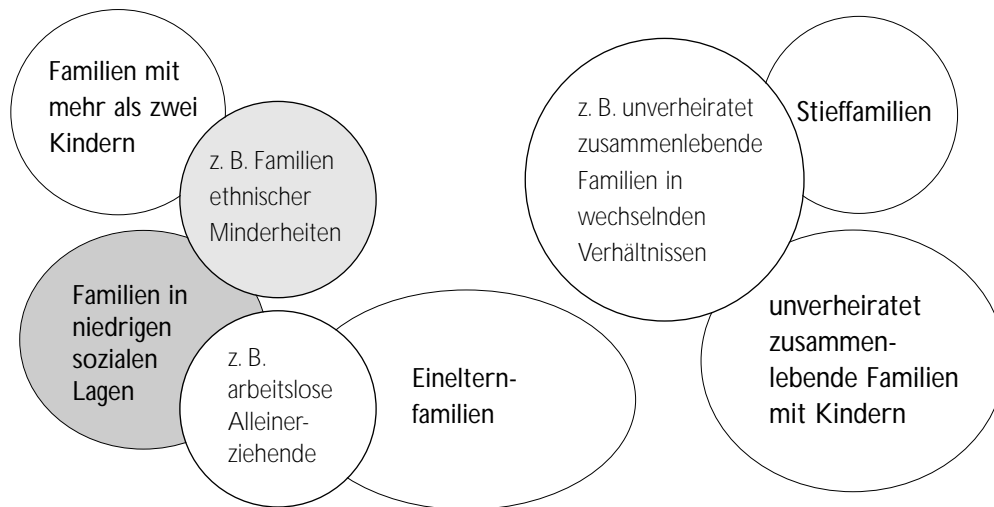
„Man kann sagen, dass potenziell jeder Mensch in eine rechtliche, familiäre oder soziale, berufliche und gesundheitliche Struktur eingebunden ist. Ein Mensch, der eine Verbindung zu all diesen Strukturen unterhält, läuft kaum Gefahr, ohne Unterkunft dazustehen. Das Risiko steigt, wenn ein Glied dieser Kette, die ihn mit der Gesellschaft verbindet, fehlt, und wenn mehrere dieser Glieder brechen, wird der oder die Betroffene extrem anfällig.“ (Duffy 1998, Kap. 6, Teil 3, Schlussfolgerungen: o. S.)

Was Armut betrifft, werden Familien aus sogenannten Risikogruppen häufiger durch eine Verschlechterung ihrer ökonomischen Situation – wie etwa Erwerbslosigkeit – überfordert, was zu gesundheitlichen Problemen sowie zu Konflikten im Familienleben führen kann. Aber auch ein innerfamiliärer Konflikt oder ein gesundheitliches Problem kann zu einer Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation führen. Familien aus Risikogruppen scheinen in einem prekären Gleichgewicht zu leben, welches durch das Auftreten neuer, schwieriger Umstände gestört wird. Wenn das tragende Gefüge des Familienlebens überbelastet wird, können die instabilen Pfeiler nacheinander umfallen (Avalosse & Feltesse 1997: 76).

Anhand einer Reihe von Indikatoren (u. a. Familientyp, Einkommen, Frauen- und Männererwerbsarbeit, Vorhandensein unterstützender Infrastrukturen) unterscheidet Schnabel für Deutschland fünf Familienkonstellationen, die besonderen wirtschaftlichen und psychosozialen Grundrisiken ausgesetzt sind („Risikofamilien“).

⁷ Das Projekt Dignité humaine et exclusion sociale / Human dignity and social exclusion (HDSE) geht auf eine vom Europarat 1994 lancierte pan-europäische Initiative zurück. Basierend auf Forschungsarbeiten in mehreren europäischen Ländern wurde ein zusammenfassender Endbericht erarbeitet, der im Mai 1998 anlässlich einer internationalen Konferenz in Helsinki vorgestellt wurde.

Abbildung 3: Fünf Typen von Risikofamilien und ihre besonders gefährdeten Mischformen gemäß Schnabel (2002: 80)



Von diesen fünf Familientypen zählen zwei (AlleinerzieherInnenfamilien sowie Familien mit mehr als zwei Kindern) zu den sogenannten Risikogruppen, d. h. zu den Familientypen, die in Europa von Verarmung und Ausgrenzung bedroht sind, selbst wenn es – je nach Land – einige Unterschiede gibt (Mejer 2000: 5, Caritas Europa 2002: 9). Familien, deren soziale Lage schwierig ist, sind allgemein an der Armutsschwelle. Nur die beiden restlichen Typen (Stieffamilien sowie unverheiratet zusammenlebende Paare mit Kindern) scheinen im Prinzip nicht unbedingt mit Armutproblemen konfrontiert zu sein. Doch auch bei ihnen kann es zu einer Kumulation ungünstiger Lebensbedingungen kommen, wobei ihre Achillesferse der Mangel an innerem Zusammenhalt ist. Ausschlaggebend ist, dass die Situation dieser Familien fragiler wird, wenn weitere Faktoren ins Spiel kommen. Diese sind unterschiedlicher Natur und stehen in Verbindung mit ihren materiellen Lebensbedingungen (Erwerbslosigkeit), ihrer sozialen Position (Migranten) oder dem eigenen Familienleben (wechselnde Verhältnisse). Das Auftreten eines dieser Faktoren kann eine Dynamik in Gang setzen, durch die sich Familien überfordert fühlen, was sich in der Folge auf den Gesundheitszustand ihrer Mitglieder auswirkt.

3.3.2 Spezifische Probleme von Migrantenfamilien

Migration lässt sich nicht von einem strukturellen Machtverhältnis entkoppeln (Sayad 1991: 66). Dies wiederum erklärt, dass nicht nur Auswanderung einen erzwungenen Charakter hat, sondern auch Einwanderung zu jenen Faktoren zählt, die in den EU-Mitgliedstaaten heute „deutlich das Risiko von Armut und sozialer Ausgrenzung erhöhen“ (Europäische Kommission 2001: 7). Dies erzeugt Lebensbedingungen, in deren Rahmen oft unterdurchschnittliche Lebens- und Gesundheitsstandards festgestellt werden, sowie Lebensbiografien, die sich unter Belastungs- und Stressfaktoren auf verschiedensten Ebenen weiterentwickeln (Commissione per le politiche d'integrazione degli immigrati 2000: Kap. 2.3.).

Zu unterdurchschnittlichen Lebensstandards, welche die Gesundheit direkt prägen, zählen in erster Linie das Wohnen und das Wohnumfeld sowie die Ernährung. Bei negativen Bedingungen erscheinen Kinder öfter als primär Betroffene. Auch die berufliche Tätigkeit spielt eine große Rolle bei der Gesundheit von MigrantInnen, insbesondere von Männern, da diese nach wie vor überwiegend in Branchen beschäftigt werden, in denen sie nicht nur hohen körperlichen Belastungen, sondern auch einem hohen Arbeitsunfallsrisiko ausgesetzt sind. Darüber hinaus sind MigrantInnen in der Schattenwirtschaft oder mit atypischen Beschäftigungsformen im Falle von Krankheit nicht gut geschützt (Chimienti & Cattacin 2001: 37-38).

Bei Migrantenfamilien spielen auch Faktoren wie Sprache und Kultur im Zusammenhang mit Gesundheit sehr oft eine wesentliche Rolle (Pochobradsky u. a. 2001: 28-29). In pluralen Gesellschaften divergieren die Auffassungen von Krankheit und Gesundheit manchmal. Auch werden identische Situationen nicht immer gleich bewertet. Die Sprache ist nicht nur als Verständigungsmittel von Bedeutung, sie schafft auch Vertrauen. Dies

macht die Unsicherheit vieler MigrantInnen gegenüber Menschen verständlich, die ein Gesundheitswesen verkörpern, das ihnen fremd ist.

Im Zuge der Migration kann es auch zu spezifischen Erkrankungen kommen, die sich durch die besondere Konvergenz einer Fülle von Faktoren erklären lassen. Einige dieser Störungen manifestieren sich gleich in der ersten Zeit nach dem Wechsel des Landes. Dies scheint insbesondere bei Flüchtlingen der Fall zu sein, die ihre Heimat unter traumatischen Umständen verlassen haben und plötzlich – d. h. ohne ein eigenes Migrationsprojekt entwickelt zu haben – mit einem völlig anderen sozialen Umfeld konfrontiert werden.

Manchmal kommt es aber auch zu psychischen Erkrankungsprozessen, die sich im Laufe der Jahre herauskristallisieren. Anhand qualitativer Untersuchungen sind etwa psychosomatische Störungen im Zusammenhang mit Schwierigkeiten am Arbeitsmarkt sowie das Auftreten von Hysterie bei Migrantinnen festgestellt worden. Letztere Krankheit erscheint bei den betroffenen Frauen in unmittelbarem Zusammenhang mit ihrer familiären Situation, und zwar als Folge von Überforderung und gleichzeitig fehlender Unterstützung, diese Probleme bewusst zu verarbeiten (Fernández de la Hoz & Pfliegerl 2001: 20).

Selbstverständlich sind psychische bzw. psychosomatische Störungen keine Besonderheit von MigrantInnen. Das Besondere liegt vielmehr in den sozialen Umständen, die zur Überforderung, Enttäuschung und Entstehung von Ängsten führen können. Aus dieser Perspektive wirken einige dieser Störungen auch als Indikatoren für misslungene Integrationsprozesse.

Der Blick auf diese Art von Gesundheitsstörungen hilft auch, genderbezogene Aspekte von Gesundheit/Krankheit von MigrantInnen zu entdecken. Auch unter diesem Gesichtspunkt verlaufen Migrationsprozesse genderspezifisch. Insgesamt sind die Ursachen und Konsequenzen von Migration für Männer und Frauen verschieden. Frauen erweisen sich dabei als aktive Gestalterinnen von Wandel und Anpassung und weniger als passive Opfer ihrer Umstände. Sie spielen eine wichtige Rolle in der Verbesserung sowohl ihrer eigenen Verhältnisse als auch jener ihrer Familien (Zlotnik 1995: 381). Manchmal wird ihre Position innerhalb der Familie im Zuge der Migration bestärkt (vgl. Zehraoui 1999: 300-302).

Auch eingewanderte Männer erfahren Veränderungen. Sehr oft wird im Zuge der Migration eine hegemoniale Männlichkeit zu einer marginalisierten Männlichkeit, d. h. ohne oder mit lediglich geringer sozialer Autorität, was Konflikte und Spannungen zwischen den Ehepartnern verursachen kann, insbesondere, wenn Frauen im Zuge der Migration an Kompetenzen gewonnen haben.

3.3.3 Familien in einer niedrigen Soziallage

Nicht außer Acht gelassen werden dürfen auch andere objektive und subjektive Faktoren im Leben von Migrantenfamilien, die allerdings nicht typisch für sie sind, sondern auch im Leben anderer von Armut und Ausgrenzung bedrohten Familien eine Rolle spielen. Zu den objektiven Faktoren zählen die Wohnverhältnisse. Die Mechanismen, die dazu führen, dass Migrantenfamilien und andere von Armut bedrohte Familien (Erwerbslose, von *poor jobs* lebende Familien) unterdurchschnittliche Wohnverhältnisse in Kauf nehmen müssen, sind verschieden. Ungeachtet dessen können schlechte Wohnverhältnisse die Gesundheit dieser Familien aus zwei Gründen beeinträchtigen:

- weil sie einfach und direkt ungesund sind,
- weil das Phänomen der regionalen Ausgrenzung indirekt ein Gesundheitsrisiko in sich birgt (Gegenden und Regionen mit mangelnden Dienstleistungen und schlechter Infrastruktur).

Zu den subjektiven Faktoren zählt etwa die Angst unqualifizierter Personen in prekären Beschäftigungsverhältnissen, ihren Arbeitsplatz zu verlieren.

3.3.4 Die doppelte Dimension der Erwerbslosigkeit

In Verbindung mit diesen Familien wurde wiederholt auf die doppelte Dimension der Arbeitslosigkeit als wirtschaftliche und psychische Bedrohung hingewiesen. Dies ergibt sich aufgrund der materiellen und symbolischen

Bedeutung von Arbeit sowie deren Bedeutung für soziale Inklusion (Rodríguez Cabrero 2000: 11-15), die im Kontext der Wissensgesellschaft zunimmt. Arbeitslosigkeit geht in vielen Fällen mit folgenden Prozessen einher:

- Minderung des sozialen Status,
- gestörte Rollenverhältnisse in der Familie,
- Gefühl des persönlichen Versagens,
- wirtschaftliche und psychische Unsicherheit,
- gesundheitliche Beeinträchtigungen, die umso deutlicher werden, je länger die Arbeitslosigkeit dauert (Brinkmann 1987, Fineman 1987). Auch
- Familienkonflikte und Selbstzerstörungsprobleme treten dann überproportional häufig auf.

Heute herrscht Konsens darüber, dass dauerhafte Erwerbslosigkeit negative psychosoziale und gesundheitliche Konsequenzen hat.⁸ Umstritten ist hingegen, ob und inwieweit bestimmte Gruppen – wie etwa ältere Arbeitnehmer oder Frauen – spezifische Beeinträchtigungen erleiden. Gerade diese Gruppen zeigen sich in einigen Längsschnittstudien als besonders betroffen (vgl. Wiederschwinger 1992: o. S.). Auch ist nach wie vor wenig über die unterschiedliche Auswirkung der elterlichen Erwerbslosigkeit auf Mädchen und Jungen bekannt. Interessanterweise finden sich in deutschen Untersuchungen Hinweise auf eine stärkere Betroffenheit bei den Mädchen (vgl. Diezinger 1983, Reinbold 1985: 36-46, Schindler/Wetzels 1985: 70-80), während laut einer dänischen Studie die Buben stärker psychisch belastet sind (vgl. Christoffersen 2000: 42). Dies verdeutlicht, dass bei unterschiedlichen Ergebnissen von Studien über Familien aus Risikogruppen in den EU-Mitgliedstaaten einige soziokulturelle Faktoren mitwirken, die wir noch nicht genau kennen und systematisieren können.

3.3.5 AlleinerzieherInnen – Konvergenz unterschiedlicher Probleme

Selbst wenn heute in der EU nur 4 % der Bevölkerung in AlleinerzieherInnenfamilien leben, steigt die Zahl dieser Familienform seit zwanzig Jahren kontinuierlich (Commission des Communautés Européennes 2002: 49): AlleinerzieherInnenfamilien bilden ca. 5 % der Familien und 14 % der Familien mit unselbstständigen Kindern, gegenüber nur 9 % im Jahre 1983. Meist entstehen diese Familien nach der Trennung einer Partnerschaft und der Geburt eines unehelichen Kindes.

Manchmal wird auf die Heterogenität dieser Familiengruppe oder auf den zeitlich begrenzten Charakter der Monoparentalität (FRB 2001: 1) hingewiesen. AlleinerzieherInnenfamilien lassen sich jedoch an eindeutigen sozioökonomischen Charakteristika erkennen (Whitten 1998: o. S.). 84 % der Alleinerziehenden sind Frauen. Die meisten von ihnen haben eine Scheidung oder eine Trennung von ihrem Partner erlebt. Diese Zahl ist praktisch in allen EU-Mitgliedstaaten identisch.

Die auffälligste Verbindung zwischen Gesundheit/Krankheit und monoparentalen Familien resultiert aus ihren materiellen Lebensbedingungen. Durchschnittlich zählen diese (36 %) – zusammen mit den allein stehenden Personen (23 %) und den Familien mit vielen Kindern (27 %) – zu den armen Haushaltstypen unter der europäischen Bevölkerung. Mehr als ein Drittel hat ein niedriges Einkommen (Europäische Kommission 2002: 92). Alleinerzieherinnen und deren Kinder erhalten häufiger als andere Familien Sozialhilfe. Ihr Lebensstandard ist jedoch im Durchschnitt niedriger als jener der übrigen Familien (weniger als 40 % in Großbritannien) (Chambaz 2000: 2-7). Die Kinder werden überdurchschnittlich mit Armut und Ausgrenzungsprozessen konfrontiert, und diese zeigen einen dauerhaften Charakter (Bradbury 2000).

Dies erklärt sich aus der im Vergleich zum Durchschnitt der Frauen schwächeren Position von Alleinerzieherinnen am Arbeitsmarkt. Sie sind stärker von Erwerbslosigkeit bedroht, weniger gebildet und übernehmen häufiger Teilzeitbeschäftigungen (Bradbury 2000). Darüber hinaus sind die meisten Alleinerzieherinnen isoliert, d. h. sie können auf keine andere unmittelbare familiäre Unterstützung zu Hause zählen.

Der häufig in diesen Familien festgestellte Stress (vgl. COE 1994) resultiert aus diesen Lebensbedingungen sowie aus dem Bedürfnis, eine Erwerbsarbeit zu garantieren, die für den Erhalt der Familie ausreicht, und gleichzeitig die Betreuung der Kinder zu gewährleisten (FRB 2001: 2). Die Überforderung ist nicht nur quantitativ

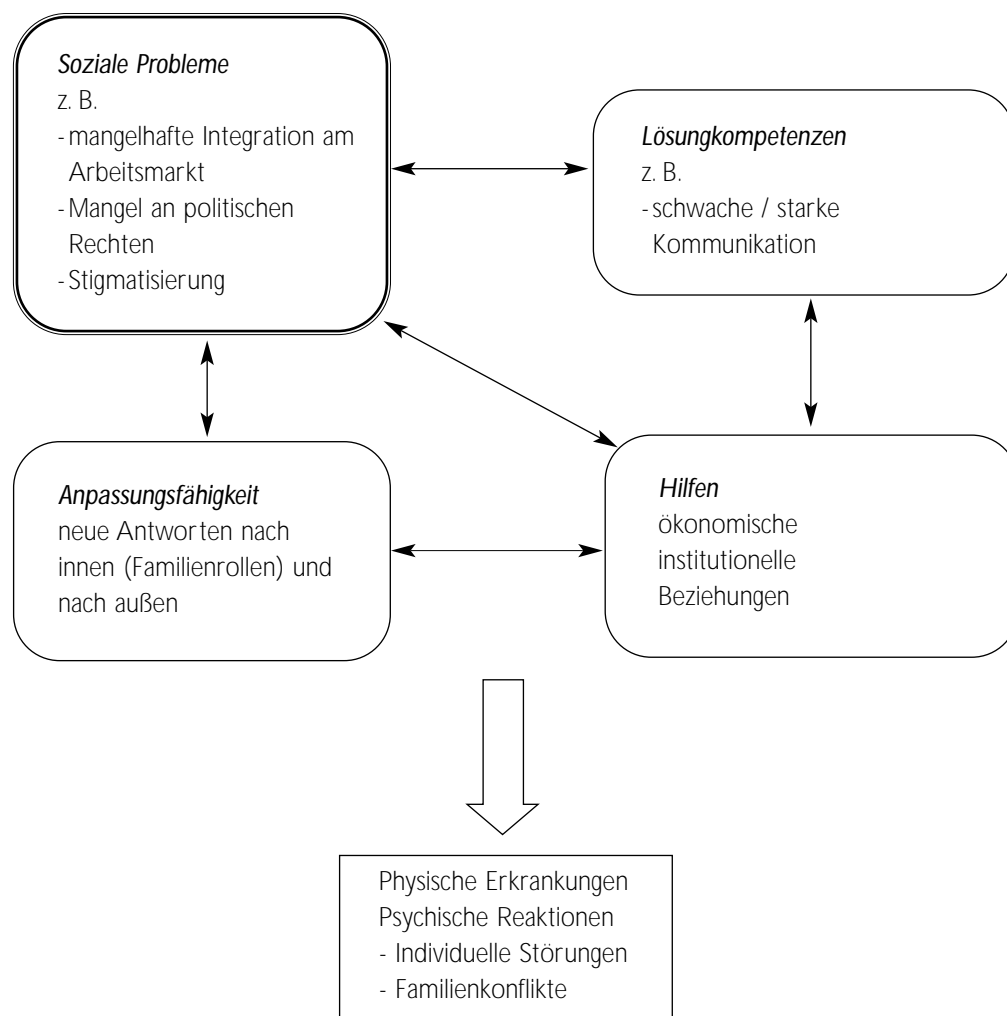
⁸ Ein ausführlicher Bericht über einschlägige Forschungsarbeiten findet sich in Neuberger 1997: 79-122.

(d. h. in Bezug auf die zu erledigenden Aufgaben), sondern auch qualitativ, denn sehr oft müssen Alleinerzieherinnen in Familienrollen schlüpfen, die für sie neu sind (Andreß 1999: 9). So kommt es zu einer Konvergenz unterschiedlicher Faktoren.

Wie Alleinerzieherinnen diese Hürden überwinden, scheint stark von ihren eigenen persönlichen Ressourcen, der sozialen Unterstützung, die sie bekommen, sowie von weiteren kulturellen und strukturellen Rahmenbedingungen in ihrem Land abzuhängen (vgl. Ruspini 1998: 29, Strell 1999: 27). Jedenfalls scheint das Bemühen um die eigene Familie ein wichtiger Mobilisierungsfaktor bei den Müttern zu sein (Tobio & Fernández Cordón 1997: 67-97). Über die spezifische Situation ihrer Kinder in Bezug auf deren gesundheitliche Entwicklung wissen wir noch wenig. Insgesamt scheint es bei all diesen Familien zu einem Zusammenspiel von unterschiedlichen Faktoren zu kommen, deren Kombination je nach Einzelfall anders aussieht.

Beeinträchtigungen der Gesundheit stehen in deutlichem Zusammenhang mit sozialen Verhältnissen. Je größer die sozialen Probleme sind, mit denen Familien konfrontiert werden, je schwächer die Lösungskompetenzen ihrer Mitglieder sowie die Hilfen, die sie von außen (von Verwandten, Nachbarn, der Zivilgesellschaft, den Behörden) bekommen und je weniger anpassungsfähig sie sind, desto höher wird die Wahrscheinlichkeit, dass ihre sozialen Probleme wachsen und es zu einer Beeinträchtigung ihrer Gesundheit sowie zu psychischen Störungen kommt. Letztere umfassen eine weite Palette; sie reichen von auffälligem Verhalten bei Kindern über psychosomatische Krankheiten und Depressionen bis hin zu Gewalt bei Erwachsenen.

Abbildung 4: Familien, soziale Ausgrenzung und Gesundheitsrisiken



Hinweise auf die Bedeutung der eigenen Lösungskompetenzen sowie der Unterstützung durch Beziehungsnetzwerke (Verwandte, Nachbarn, Vereine) finden sich immer wieder in Monografien über Familien aus Risikogruppen. Dabei scheinen sich beide Faktoren – positive oder negative – tendenziell zu verstärken: je fähiger Familienmitglieder sind, Lösungskompetenzen zu entwickeln, desto wahrscheinlicher wird die äußere Unterstützung. Diese hilft den Betroffenen auch dabei, Lösungskompetenzen zu entwickeln. Hingegen kommt es oft zu einem Teufelskreis zwischen dem Unvermögen, Probleme innerhalb und außerhalb der eigenen Familie zu überwinden einerseits und sozialer Isolation andererseits. Dies zeigt sich besonders deutlich bei alleinstehenden Männern: kombiniert mit Armut führen Einsamkeit und der Mangel an Familienleben zu Vereinsamung und – mit fortschreitender Dauer – auch zu einem Verlust sozialer Kompetenzen und zu zunehmender Verwahrlosung (Wallner-Ewald 1999: 89).

Bei von dauerhafter Erwerbslosigkeit betroffenen Familien zeigen sich diese Zusammenhänge besonders deutlich. Vermutlich ist dies auf die besondere soziale und kulturelle Bedeutung von Arbeit zurückzuführen. Der dauerhafte Verlust von Erwerbsarbeit führt häufig zu Minderwertigkeitskomplexen bei den Betroffenen und zu Verunsicherungen bei ihren Kindern. Diese verstärken sich noch, wenn die Ehepartner untereinander und mit den eigenen Kindern wenig kommunizieren.

Das bei Erwerbslosen und auch anderen armen Familien oft beobachtete Phänomen des Rückzugs aus der Öffentlichkeit steht in engem Zusammenhang mit diesen Verunsicherungen sowie mit der Angst, am sozialen Leben nicht teilhaben zu können. Diese Vereinsamung lässt sich nicht so sehr auf geografische Umstände als vielmehr auf eine geringere Intensität an Kommunikation der betroffenen Familien mit Außenstehenden zurückführen: in der anonymen Großstadt fühlen sich manche Familien isolierter, andere wiederum freier als in ländlichen Regionen. Die dort oftmals gegebene soziale Nähe zu Nachbarn wird von manchen als Unterstützung, von anderen hingegen als Kontrolle oder Einmischung erlebt (Jansche-Isenberger & Rieden 1991: 90-96). Der Rückzug aus der Öffentlichkeit hängt somit sehr stark mit den Charakteristika des sozialen Umfeldes zusammen, in dem Erwerbslose leben.

Diese Fakten führen direkt zur Reflexion über die Bedeutung der sozialen Wahrnehmung von Armut und sozialer Ausgrenzung. Für Familien, die damit konfrontiert werden, macht es einen Unterschied, ob sie im Kontext einer weit verbreiteten ‚integrierten Armut‘ (Laparra Navarro 1998: 8 f) leben oder in einem sozialen Kontext, in dem Armut als etwas Neues und Seltenes wahrgenommen wird. Die daraus resultierenden Gesundheitsprobleme sind unterschiedlich. Im ersten Fall werden Familien eher mit struktureller Benachteiligung, im zweiten eher mit sozialer Stigmatisierung konfrontiert, was tendenziell Unsicherheitsgefühle, Entfremdung und Isolierung fördert und psychische Beeinträchtigungen mit sich bringen kann.

Dies hat dazu geführt, die Rolle der Kommunikation im Familienleben – konkret im Zusammenhang mit Inklusions-/Ausgrenzungsprozessen sowie mit Gesundheit – theoretisch zu vertiefen.⁹ Insgesamt hat die Kommunikation bei Gesundheitsproblemen einen Puffereffekt, der sich in einer Fülle von Schutzmechanismen zeigt (vgl. Vaux 1988 zitiert in Jungbauer-Gans 2002: 68-69).

3.4 Der Faktor Zeit

Das bereits erwähnte europäische Nord-Süd-Gefälle bezüglich Lebenserwartung und Einkommen stimmt überein mit der Geografie der Armut auf unserem Kontinent: Diese ist in den nördlichen Mitgliedstaaten der EU eher ein ‚vorübergehendes‘ Phänomen, während sich in den südlichen Mitgliedstaaten vorwiegend eine ‚strukturelle‘ Armut feststellen lässt (Gallie & Paugam 2002: 37). Diese Unterscheidung enthält u. a. auch einen ganz wichtigen Hinweis auf den Faktor Zeit, der eine besonders zentrale Rolle bei Verarmungs- und Ausgrenzungsprozessen im Zusammenhang mit Gesundheit und Familienleben spielt. Der Faktor Zeit scheint in dreierlei Hinsicht besonders wichtig zu sein.

⁹ Siehe die Zusammenfassung von Jungbauer-Gans 2002: 31-41 und 57-101).

3.4.1 Zeit im Leben der Betroffenen

Dauerhafte Armut und soziale Ausgrenzung tendieren dazu, sich zu festigen, was sich etwa bei Familien von Langzeiterwerbslosen besonders deutlich zeigt. So geht aus einer dänischen Längsschnittstudie hervor, dass Menschen, die über längere Zeit erwerbslos sind, häufig mit (Ehe-)Partnern leben, die ebenfalls keine Stelle haben (Christoffersen 2000: 42-43). Eine Erklärung für diese ungleiche Verteilung der Erwerbslosigkeit besteht sicherlich darin, dass langfristig Erwerbslose schlicht aufgrund der Dauer ihrer Arbeitslosigkeit größere Schwierigkeiten bei der Arbeitsplatzsuche haben. Arbeitgeber bevorzugen bei der Einstellung Personen, die erst seit kurzem erwerbslos sind, da sie davon ausgehen, dass sich diese schneller einarbeiten (Christoffersen 2000: 40). Diese Vorgänge tragen selbstverständlich dazu bei, Mechanismen der ‚Vererbung der Armut‘ über Generationen hinweg festzuschreiben (vgl. auch Avalosse & Feltesse 1997: 72, Bradbury 2000).

Diese Persistenz prekärer Lebensbedingungen über Generationen hinweg verdeutlicht den Charakter von Armut und sozialer Ausgrenzung als dynamische Prozesse, die nur überwunden werden können, wenn der Teufelskreis der Faktoren, die sie stärken, unterbrochen wird, weshalb es äußerst wichtig ist, sie genauer zu analysieren.

3.4.2 Zeit in der Entwicklung eines Landes

Das französische *Haut comité de la Santé Publique* hat 1997 eine Tendenz zur Polarisierung der Gesundheitschancen in Frankreich festgestellt und auch von einer ähnlichen Entwicklung in Großbritannien berichtet. Diese Entwicklung wird äußerst negativ beurteilt, da insbesondere die Lage der jüngeren Generationen besorgniserregend erscheint und das Risiko einer Verschlechterung der Gesundheitsstandards besteht (Haut comité de la Santé Publique 1998: 14-25). Dieses Phänomen wird somit als eine Gefahr nicht nur für die direkt Betroffenen gesehen, sondern mittelfristig auch für die Gesundheitsstandards sowie für den sozialen Zusammenhalt der gesamten französischen Gesellschaft.

3.4.3 Zeit in der sozialen Wahrnehmung von Armut und Ausgrenzung

Im Lauf der Zeit ändern sich nicht nur das Ausmaß und die Formen von Armut und sozialer Ausgrenzung, sondern auch die Art und Weise, wie diese Phänomene in einer Gesellschaft wahrgenommen und bewertet werden (Gallie & Paugam 2002: 29). Die extreme Armut scheint sich in den EU-Mitgliedstaaten zu verringern. Dadurch nimmt aber auch das Verständnis für sozial schwächere Menschen ab, und dies umso mehr, je älter diese werden. Die offene Haltung gegenüber den Bedürfnissen jüngerer Menschen verschwindet bei Erwachsenen und älteren Menschen, die deutlich dem Risiko einer Isolierung ausgesetzt sind, da sie für ihren Erfolg oder Misserfolg verantwortlich gemacht werden (Gallie & Paugam 2002: 30, 41).

4 Gesundheitsimplementierung durch soziale Projekte

Aus all den oben dargelegten Entwicklungstendenzen folgt, wie notwendig und sinnvoll es ist, Familien und deren Gesundheit zu fördern. Schließlich sei nur kurz auf drei bedeutende Punkte hingewiesen, nämlich das Potenzial der Familien, das Gefüge von Faktoren, die bei Gesundheitskonzepten mitberücksichtigt werden müssen, und einige erforderliche Richtlinien im Hinblick auf die Durchsetzung sozialer Leitbilder.

4.1 Chancen im Familienleben

4.1.1 Potenzial der Familien

Ein Blick auf die Monografien über Präventionspolitik zeigt, dass sich die Forschung überwiegend mit Individuen oder Einrichtungen (Gemeinde, Schule, Betrieb, Krankenhaus) beschäftigt. Im Vergleich dazu wird bei der Gesundheitsförderung Familien viel weniger Aufmerksamkeit geschenkt, und dies vermehrt auch erst in den letzten Jahren.

Tendenziell schützen Familien und primäre Beziehungsnetzwerke jedoch vor sozialer Ausgrenzung. Sie spielen auch eine bedeutende Rolle bei der Bekämpfung von Krankheiten sowie bei der Pflege von und der Sorge um Menschen mit beeinträchtigter Gesundheit. Familien beeinflussen die Gesundheit ihrer Mitglieder auf dreierlei Weise (Schnabel 2001: 78):

- Sie vermitteln ihnen grundlegende Dispositionen (genetische Veranlagungen und auch soziale Kompetenzen). Menschen lernen in ihren Familien.
- Sie entwickeln eigene Strategien zur Bewältigung von vorübergehenden oder dauerhaften Gesundheitsproblemen, wobei sie über eine gewisse Erfahrung beim Umgang mit Pflege und Krankheit verfügen.
- Sie leisten emotionale Unterstützung und vermitteln gleichzeitig ein Netzwerk von Beziehungen. Beides trägt zur Verringerung von Stresssituationen bei und hilft bei der Bewältigung von Situationen, in denen die Gesundheit eines Mitglieds schwach ist oder durch Krankheit bedroht wird.

Familien fungieren daher nicht nur als ‚Resonanzkasten‘ sozialer Probleme, sondern auch als ‚Labor‘, in dem neue Lebensweisen ausprobiert werden können. In vielen Fällen bieten Familien ihren Mitgliedern emotionale Unterstützung und erweisen sich bei wandelnden sozialen Rahmenbedingungen als anpassungsfähig (Luedtke 1998, Zilian 1990: 138). Ein Großteil dieser Schutzkraft wird in den kommenden Jahren aufgrund der strukturellen Änderungen im Familienleben aber voraussichtlich verloren gehen. (Europäische Kommission 2003: 30) Die Unterstützung von Familien wird daher zur sozialen Dringlichkeit.

4.1.2 Unterstützung von Familien versus ‚Familismus‘

Familien sind weder ohnmächtig noch allmächtig. Allein sind sie nicht in der Lage, ungünstige Lebensumstände wie etwa Schwierigkeiten am Arbeitsmarkt, Erkrankungen, Verarmungsprozesse und deren psychische Konsequenzen zu beseitigen. In dieser Hinsicht gilt nach wie vor die Warnung vor „der romantischen Idee, dass die Zuneigung und die Loyalität der unmittelbaren Bezugspersonen die psychologischen Kosten der Arbeitslosigkeit [oder sonstiger anderer Ausgrenzungsprozesse] irgendwie kompensieren könnten“ (Zilian 1990: 122). Eine solches Bild des Familienlebens käme nicht nur einer Idealisierung gleich, es würde auch eine scharfe Trennung zwischen dem ‚angeblich problemlosen‘ Privatbereich und dem ‚konfliktbeladenen‘ öffentlichen Leben setzen, die es nicht gibt. Tatsächlich zeigen sich immer wieder komplexe Wechselwirkungen zwischen beiden Lebensbereichen.

Selbst wenn es Familien gelingt, zusammenzuhalten und gemeinsam Strategien gegen eine mangelhafte soziale Inklusion zu entwickeln, bedeutet dies nicht, dass sie bestehende Lücken im öffentlichen Bereich oder im Sozialversicherungssystem ausfüllen können. Antworten auf strukturelle Benachteiligungen können nicht bloß im Privatbereich gefunden werden. Dies führt häufig zu einer Überforderung von Familien und ist keinesfalls eine zulässige Antwort auf sozialpolitische Probleme. Der sogenannte ‚Familismus‘ (vgl. Parella 2000: 418-419) bestärkt bloß soziale Ungleichheiten zwischen sozialen Gruppen und auch innerhalb von Familien. Der private Bereich kann den öffentlichen nicht ersetzen. Öffentliche Unterstützungsleistungen für familiäre Lebensformen sind daher notwendig, zumal Familien in den EU-Ländern nach wie vor einen hohen Stellenwert haben. (Goldberg u. a. 2002: 122)

Aus all diesen Gründen erscheint es sinnvoll, soziale Projekte zur Erhaltung der Gesundheit bzw. zur Vorbeugung von Erkrankungsprozessen von Familien zu starten, in denen versucht wird, zum einen das Familienleben zu unterstützen, zum anderen das Wissen und Können sowie das Energiepotenzial der betroffenen Familien in die Planung mit einzubeziehen.

4.2 Verschiedene Gesundheitsfaktoren erkennen

Öffentliche Interventionen zur Förderung der Gesundheit von Familien dürfen nicht als einzelne Maßnahmen entstehen, sondern vielmehr als Konkretisierung gut durchdachter Leitkonzepte, bei denen verschiedene Faktoren mit berücksichtigt werden, die soziale Ausgrenzung den Weg bahnen und Gesundheit beeinträchtigen. Auf die Bedeutung dieser Faktoren wird heute immer wieder hingewiesen, wie etwa im auf der Systemtheorie beruhenden Settingansatz,¹⁰ wobei unter „Setting“ das Feld verstanden wird, das alle bedeutsamen Faktoren, welche die Gesundheit in einer sozialen Gruppe beeinflussen, umfasst.

Im wesentlichen können folgenden Faktoren unterschieden werden:

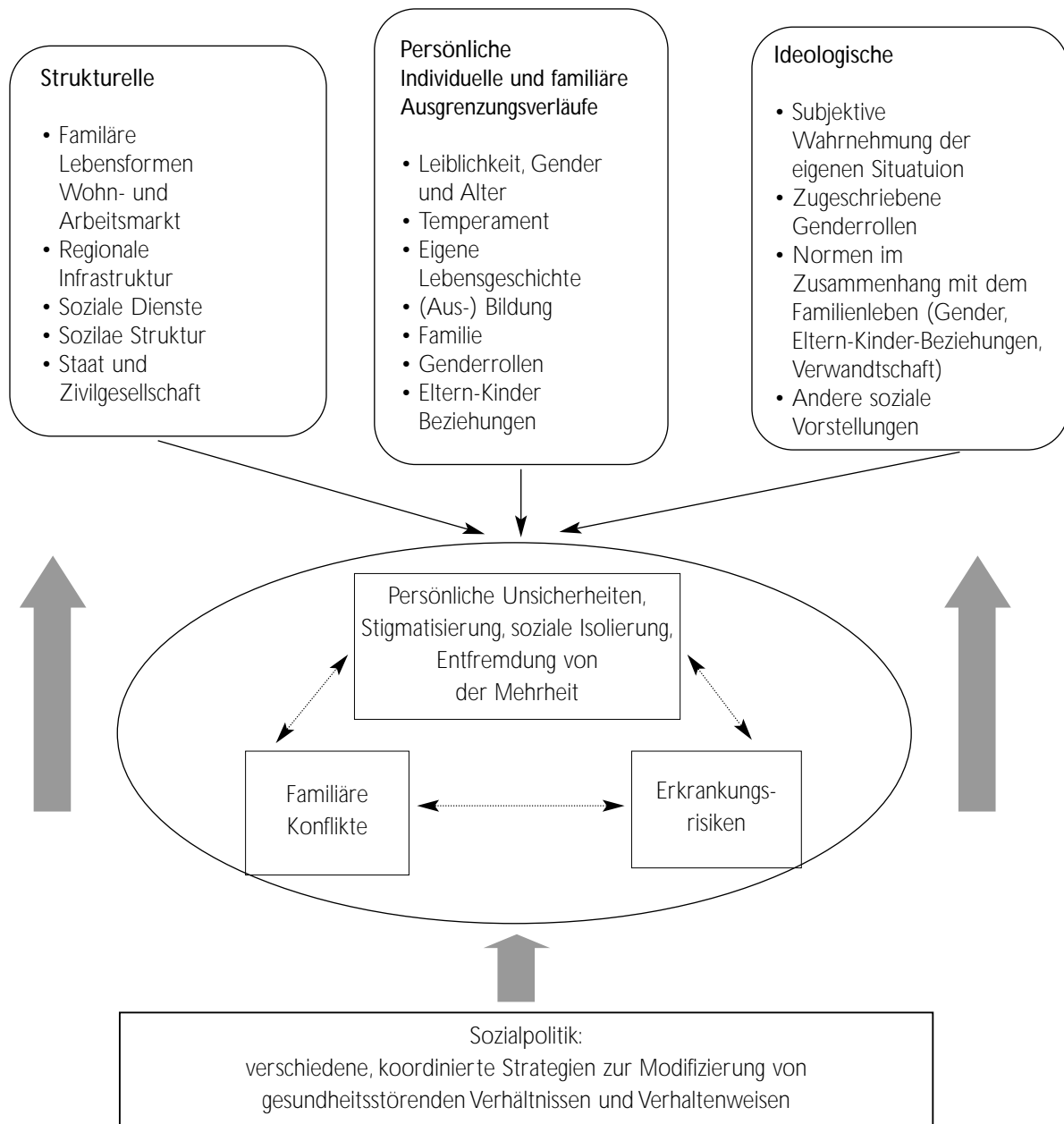
- *Strukturelle Faktoren:* Wohn- und Arbeitsmarkt, familiäre Lebensformen, regionale Infrastruktur, Arbeitsmarkt, Staat und Sozialpolitik, Charakteristika der Zivilgesellschaft, soziale und politische Rechte, soziale Dienste und soziale Struktur, Geschichte, historische Faktoren (z.B. Wohlfahrtsstaat-Muster)
- *Persönliche Faktoren:* Zu diesen zählen:
 - die individuellen Merkmale (Leiblichkeit, Gender und Alter), die eigenen Ressourcen (Temperament und Fähigkeiten) und Erfahrungen (Lebensgeschichte);
 - die Familiensituation, Alter, Ausbildung, Wohnumfeld. Insbesondere der Verlust oder das Vorhandensein von sozialen Kontakten scheint eine wesentliche Rolle sowohl bei Integrations-/Ausgrenzungsprozessen als auch bei der Entwicklung der Gesundheit zu spielen.
- *Ideologische Faktoren:* Durch das sozialen Umfeld geprägte Selbstwahrnehmung der eigenen Situation, implizite oder explizite Geschlechterrollen in der eigenen Familie und im eigenen sozialen Kontext; familiäre und soziale Normen.

So wird es möglich, im Hinblick auf die Gestaltung von familienbezogenen Gesundheitsprojekten

- Faktoren auf der Makro- und Mikroebene zu erkennen, welche der Gesundheit von Menschen schaden oder sie schwächen;
- Phänomene wie persönliche Desorientierung, Unsicherheits- und Isolationsgefühle, Verinnerlichung von Stigmatisierungsprozessen, Entfremdung gegenüber der Mehrheitsbevölkerung usw. zu erfassen, welche das psychische Gleichgewicht beeinflussen;
- individuelle und familiäre Ressourcen zu erkennen und zu fördern, welche die gesundheitliche Entwicklung von Menschen bestärken, und somit Familien selbst in Gesundheitsprojekten nicht nur als Objekte einer bestimmten Behandlung, sondern auch als mittragende Subjekte einbeziehen.

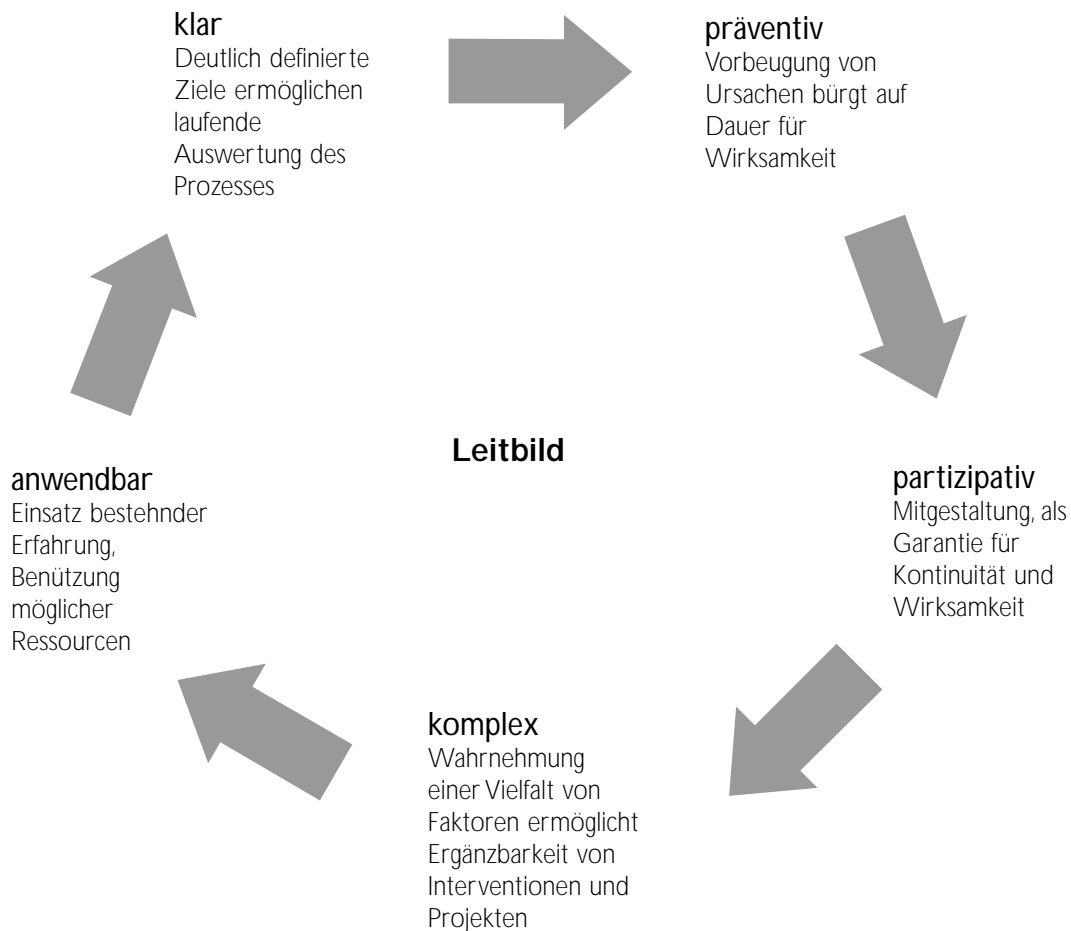
¹⁰ „Dieser Ansatz beruht auf der Erkenntnis, dass Gesundheitsprobleme einer Bevölkerungsgruppe das Resultat einer wechselseitigen Beziehung zwischen ökonomischer, sozialer und institutioneller Umwelt und persönlichem Verhalten sind.“ (Grossmann & Scala 1996: 66)

Abbildung 5: Faktoren für soziale Inklusion/Ausgrenzung im Zusammenhang mit Gesundheit



4.3 Soziale Leitbilder starten bzw. weiterführen

Soziale Leitbilder sind Handlungskonzepte, die aus der eingehenden Beobachtung einer bestimmten sozialen Problematik entstehen, sich nach deutlich definierten – und daher evaluierbaren – Zielen richten und sich in verschiedenen Interventionsmaßnahmen (darunter auch in Projekten) konkretisieren.

Abbildung 6: Merkmale sozialer Leitbilder

Gute Leitbilder sind klar definiert, präventiv, anwendbar, partizipativ und komplex.

- Sie sind **klar definiert**. Eine deutliche Zielsetzung ermöglicht Auswertungsprozesse und dabei die notwendige Steuerung der angewandten Maßnahmen
- Sie sind **präventiv**, da sie versuchen, der Problematik von sozialer Ausgrenzung und Gesundheitsbeeinträchtigung auf den Grund zu gehen und nicht bloß einige Linderungsmaßnahmen zu setzen.
- Ein gutes Gesundheitsprojekt kann sehr einfach erscheinen. Etwa Gesundheitskurse für zugewanderte Mütter anbieten oder öffentliche Grillplätze für ausgegrenzte Familien zur Verfügung stellen, um das Phänomen des „Rückzugs aus der Öffentlichkeit“ zu bekämpfen, sind relativ bescheidene Maßnahmen, die aber eine große Wirksamkeit erreichen können, wenn sie Teil eines gesamten Gefüges von strategisch gewählten, zukunftsorientierten Interventionsmaßnahmen sind.
- Sie sind insofern **anwendbar**, als sie machbar sind; bei ihrer Durchführung werden vorhandene humane und materielle Ressourcen erkannt und angewandt.
- Auf vorhandene und laufende Aktivitäten zu bauen, ermöglicht bessere Diagnosen und erspart Kosten. In jedem Ort gibt es Vereine, NGOs oder Institutionen mit gewisser Erfahrung und Kompetenzen in Bereichen, die das Familienleben, die Gesundheit und Prozesse der sozialen Ausgrenzung betreffen.
- Sie sind **partizipativ**, da sie auf einer breiten Basis von MitgestalterInnen bauen; dadurch wird ihr Entstehungsprozess zwar langsamer und komplexer, mittelfristig aber sind Partnerschaft sowie institutionelle Vernetzungsarbeit und politischer Konsens Faktoren, die eine solide Übereinstimmungsbasis ermöglichen, den Motivationsgrad der Betroffenen erhöhen und zu differenzierten Interventionsmaßnahmen führen.

- Familien und deren Mitglieder sind die ersten Interessierten an der eigenen Gesundheit und verfügen über eigene Erfahrungen und Kompetenzen. Daher gilt es, diese Kompetenzen so gut wie möglich in Projekte mit einzubeziehen.
- Sie sind **komplex**, da sie aus der Wahrnehmung eines vielschichtigen Gefüges von Faktoren resultieren, welche die Gesundheit und die Inklusion von Familien an einem bestimmten geografischen und sozialen Ort beeinträchtigen. Und daher konkretisieren sie sich dann in einem Bündel verschiedener Interventionsmaßnahmen.
- Die Erfahrung zeigt, dass gute, solide Leitbilder nach einer Entstehungsphase verlangen, in der das soziale Umfeld von Familien eingehend untersucht wird (Bedürfnisse, Ressourcen, Wahrnehmung von Handlungsgrenzen). Dies impliziert Explorationsarbeit (Untersuchungen) sowie Kommunikations- und Austauschprozesse mit Familien und Einrichtungen, die diese vertreten oder mit ihnen arbeiten.

Soziale Projekte werden umso wirksamer sein, je besser die Bedingungen und Humanressourcen erkannt werden, unter denen in einem bestimmten sozialen Kontext Inklusion und Gesundheit gefördert werden, und je mehr die Personen, an die sich ein Projekt wendet, bei dessen Gestaltung und Umsetzung mit einbezogen werden. Dies mobilisiert ihre Verantwortlichkeit und trägt gleichzeitig zum Gelingen von Projekten bei, wie in der Ottawa-Charta betont wird (vgl. Chimienti & Cattacin 2001: 15).

Ungeachtet der Bedeutung anderer Interventionsebenen zeigt sich die Gemeinde als ein strategischer Ort, wo Leitbilder und soziale Projekte – darunter auch ganz konkret Projekte zur Förderung der Gesundheit von Familien – in die Tat umgesetzt werden können: Der soziale Raum ist meist überschaubarer als eine Region oder eine Nation.

Heute liegen die Anforderungen an eine erfolgreiche Gesundheitspolitik nicht nur im konventionellen Medizinsystem – so unentbehrlich dieses auch immer ist –, sondern auch in Maßnahmen, die im Alltag der BürgerInnen mit deren eigener Teilhabe gesetzt werden. So werden aus Patienten handelnde Subjekte, deren Initiative und Partizipation bei der Durchsetzung präventiver und gesundheitsfördernder politischer Maßnahmen große Bedeutung zukommt.

Referenzen:

- Andreß, Hans-Jürgen (1999). *Leben in Armut. Analyse der Verhaltensweisen armer Haushalte mit Umfragedaten*. Wiesbaden, Westdeutscher Verlag.
- Arber, Sara u. a. (2001): Disuguaglianze nella salute: classe sociale, età e genere. In: Faccini, Carla & Ruspini, Elisabetta (Hrsg.): *Salute e disuguaglianze – Genere, condizioni sociali e corso di vita*. Milano: Franco Angeli. S. 114-144.
- Avalosse, Hervé & Feltesse, Patrick (1997): Inégalités sociales dans le domaine de la santé. In: de Keersmaecker, M. L. (Hrsg.): *Les inégalités sociales en Belgique*. Brüssel: Vie Ouvrière. S. 61-79.
- Berthoud, Richard (2000): A measure of changing health. In: Berthoud, R. & Gershuny, J. (Hrsg.): *Seven years in the lives of British families. Evidence of the dynamics of social change from the British Household Panel Survey*. Bristol: The Policy Press. S. 161-192.
- Bleyer-Rex, Iris u. a. (1985): *Die Familie in der Arbeitslosigkeit*. Bremen: Angestelltenkammer Bremen.
- Bourdieu, Pierre (1998): De la domination masculine. In: *Le Monde Diplomatique*, August/98. S. 24.
- Bradbury, Bruce u. a. (2000): *Child poverty dynamics in seven nations*. Essex: ISER. Working Paper 2000-39. (<http://www.iser.essex.ac.uk/pubs/workpaps/pdf/2000-39.pdf>: 1.1.2003)
- Brinkmann, Christian (1987). *Familiäre Probleme durch Langzeitarbeitslosigkeit*. In: *Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge (Hrsg.): Familie und soziale Arbeit. Familienideal, Familienalltag*. Stuttgart, Kohlhammer.
- Cardelli, Rebecca (1999): Vers une approche pluridimensionnelle de la monoparentalité. In: Bawin-Legros, Bernadette (Hrsg.): *Familles, modes d'emploi. Étude sociologique des menages belges*. Louvain: De Boeck + Larcier. S. 49-72.
- Caritas Europa (2002): *Bericht über die Armut in Europa*. Brüssel: Caritas Europa.
- Castel, Robert (2000): *Cadrer l'exclusion*. In: Karsz, Saul (Hrsg.): *L'exclusion, définir pour en finir*. Paris: Dunod. S. 35-45.
- Castells, Manuel (1998a): *The information age: economy, society, and culture. Volume I: The rise of the network society*. Oxford: Blackwell.
- Castells, Manuel (1998b): *The information age: economy, society, and culture. Volume III: End of millenium*. Oxford: Blackwell.
- Chambaz, Christine (2000): *Les familles monoparentales en Europe: des réalités multiples*. In: *Études et résultats, juin 2000*. (<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er066.pdf>: 1.10.2002)
- Chimienti, Milena & Cattacin, Sandro (2001): *Migration et santé: priorités d'une stratégie d'intervention. Rapport de base d'une étude Delphi*. Neuchâtel: SFM – Schweizerisches Forum für Migrationsstudien.
- Christoffersen, Morgens N. (2000): *Aufwachsen mit Arbeitslosigkeit: Eine dänische Studie untersucht Auswirkungen elterlicher Arbeitslosigkeit auf die Lebensbedingungen der Kinder*. Luxemburg, 24.-26. März 2000. In: *Europäisches Regionalkomitee der Weltfamilienorganisation (Hrsg.): Familien in Europa. Initialkonferenz zum Thema: Soziale Ausgrenzung von Familien als Gegenstand eines Dialoges zwischen Institutionen der Europäischen Union und den Betroffenen*. Bonn: Europäisches Regionalkomitee der Weltfamilienorganisation. S. 38-45.
- Commission des Communautés Européennes (2002): *La situation sociale de l'Union Européenne*. Luxembourg: Communautés européennes.
- Commissione per le politiche d'integrazione degli immigrati (2000): *Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*. Roma 13 dicembre 2000. (http://www.cestim.org/integra2/integra2_index.htm: 1.1.2003)
- COE – Conseil de l'Europe (1994). *Rapport sur les aspects psycho-sociaux des familles monoparentales*, COE. 2001. o. S. (http://www.coe.int/T/F/Cohésion_sociale/Santé/Documentation/: 1.1.2000)
- Diezinger, Angelika u. a. (1983): *Zukunft mit beschränkten Möglichkeiten Entwicklungsprozesse arbeitsloser Mädchen*. Band 1: Aktuelle Belastungen und berufliche Konsequenzen. München: DJI. DJI-Forschungsbericht.
- Doyal, Lesley (2001): Sesso, genere e salute: un nuovo approccio. In: Faccini, Carla & Ruspini, Elisabetta (Hrsg.): *Salute e disuguaglianze – Genere, condizioni sociali e corso di vita*. Milano: Franco Angeli. S. 27-53.

- Duffy, Katherine (1998). *Projet Dignité humaine et exclusion sociale - Opportunité et risques : les tendances de l'exclusion sociale en Europe . Rapport final (Avril 1998) COE. o.S.* (<http://social.coe.int/fr/cohesion/strategie/debats/HDSE/rfsomm.htm>: 1.1.2001)
- Europäische Kommission (2001): Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen. Entwurf zum Bericht über die soziale Eingliederung: Teil I – Die Europäische Union. COM(2001) 565 final. Brüssel: Europäische Kommission.
- Europäische Kommission (2002): Die soziale Lage in der Europäischen Union 2002. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.
- Europäische Kommission (2003): Die soziale Lage in der Europäischen Union 2003 – Kurzfassung. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.
- EUROSTAT (2000). *La situation sociale dans l'Union Européenne 2000*. Luxemburg: Communautés européennes.
- Facchini, Carla & Ruspini, Elisabetta (2001): *In salute e in malattia: un percorso di ricerca*. In: Id (Hrsg.): *Salute e disuguaglianze – Genere, condizioni sociali e corso di vita*. Milano: Franco Angeli. S.9-22.
- Fernández de la Hoz, Paloma (2002): *Familles et exclusion sociale dans l'Union Européenne. Sujets de débats, voies de convergence, questions pendantes*. Wien: ÖIF, Materialiensammlung.
- Fernández de la Hoz, Paloma & Pflegerl, Johannes (2001): *MigrantInnen im Spital. Workshop für MitarbeiterInnen in Gesundheitseinrichtungen der Stadt Wien*. Wien: Österreichisches Institut für Familienforschung (ÖIF). Working Paper Nr. 10.
- Filsinger, Dieter (2000): *Der Stellenwert von Praxisforschung im Bereich von Migration und Integration*. In: Landeszentrum für Zuwanderung Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): *Dokumentation des Forums Migrations- und Integrationsforschung 2000. Praxisforschung im sozialräumlichen Kontext am 8. November 2000 in Solingen* (Ohlig): Landeszentrum für Zuwanderung Nordrhein-Westfalen: S. 7-29.
- Fineman, Stephen (1987). *Unemployment personal and social consequences*. London. London: Tavistock.
- FRB – Fondation Roi Baudouin (Hg.) (2001). *Familles monoparentales. Quelles solutions? Synthèse du colloque qui s'est tenu à Bruxelles le 24 octobre 2000*. Bruxelles.
- Gallie, Duncan & Paugam, Serge (2002). *Soziale Prekarität und soziale Integration. Bericht für die Europäische Kommission Generaldirektion Beschäftigung. Eurobarometer 56.1*. Brüssel, Generaldirektion Presse und Kommunikation.
- GESEIS (Grupo de Investigación Estudios Sociales e Inserción Social) (2002): *Estudio sobre la exclusión social en la provincia de Huelva*. Huelva: Universidad de Huelva, Observatorio social de empleo y estudios sociales e intervención.
- Geyer, Siegfried (2002). *Sozialwissenschaftliche Grundlagen*. In: Kolip, Petra (Hrsg.) *Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung*. München: Juventa. S. 53-77.
- Goldberg, Christine u. a. (2002): *Familie als Beziehung zwischen den Geschlechtern und Generationen*. In: Denz, H. (Hrsg.): *Die Europäische Seele. Leben und Glauben in Europa*. Wien: Czernin. S. 119-147.
- Grossmann, Ralph & Scala, Klaus (1996): *Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement*. München: Juventa.
- Haut Comité de la Santé Publique (1998): *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Rennes: ENSP.
- Höplinger, Francois (1997): *Haushalts- und Familienstrukturen im intereuropäischen Vergleich*. In: Hradil, S. & Immerfall, S.: *Die westeuropäischen Gesellschaften im Vergleich*. Opladen.
- Jansche-Isenberger, Sigrid & Rieden, Elisabeth (1991): *Frauen erforschen Frauenarbeitslosigkeit in Kärnten*. In: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): *Leben ohne Arbeit*. Wien: BM für Arbeit und Soziales. S. 1-122.
- Jungbauer-Gans, Monika (2002): *Ungleichheit, soziale Beziehungen und Gesundheit*. Darmstadt: Westdeutscher Verlag.
- Kronauer, Martin (1998): *'Exklusion' in der Armutsforschung und der Systemtheorie. Anmerkungen zu einer problematischen Beziehung*. In: SOFI-Mitteilungen Soziologisches Forschungsinstitut Göttingen, 26. S. 117-125.

- Laparra Navarro, Miguel (1998). Una perspectiva de conjunto sobre el espacio social de la exclusión: El caso de Navarra en el contexto español de precariedad integrada. Centro Universitario de Políticas Comparadas. Madrid. Documento de Trabajo 00-05. (<http://www.iesam.csic.es/doctrab/dt-0005.pdf>: 30.4.2001)
- Luedtke, Jens (1998). Lebensführung in der Arbeitslosigkeit. Differentielle Problemlagen und Bewältigungsformen. Pfaffenweiler: Centaurus.
- Mascher, Ulrike (2002): Strategien gegen Armut. In: Greene, Raimund u. a. (Hrsg.): Armut und Gesundheit. Gesundheitsziele gegen Armut. Netzwerke für Menschen in schwierigen Lebenslagen. Berlin: Gesundheit Berlin e.V. Teil 1. S. 19-22.
- Mejer, Lene (2000): L'exclusion sociale dans les États membres de l'UE – les ménages monoparentaux et les chômeurs sont particulièrement exposés. EUROSTAT, 30. Avril 2000. (<http://europa.eu.int/comm/eurostat/datashop/print-product/FR?catalogue=Eurostat&product=3-31012000-FR-BP-FR&type=pdf>: 5.1.2001).
- Neuberger, Christa (1997): Auswirkungen elterlicher Arbeitslosigkeit und Armut auf Familien und Kinder. Ein mehrdimensionaler empirisch gestützter Zugang. In: Ulrich, O. (Hrsg.): Aufwachsen in Armut – Erfahrungswelten und soziale Lagen von Kindern armer Familien. Opladen: Leske + Budrich. S. 79-122.
- Nickless, Jason (2002): Le financement des systèmes de retraite et de santé en Europe: réformes et tendances au cours des années 1990. Conseil de l'Europe, Tendances de la cohésion sociale, N°2 (elektronische Publikation). (http://www.coe.int/T/F/cohesion_sociale/Analyse_et_Recherche/Tendances_2.pdf)
- Parella, Sonia (2000): Las políticas familiares. In: Adelantado, J. (Hrsg.): Cambios en el estado del bienestar. Políticas sociales y desigualdades en España. Barcelona: Icaria. S. 415-442.
- Payne, Sarah (2001): Malattie e ruoli femminili: Dipendenza economica, responsabilità di cura e povertà. In: Faccini, Carla & Ruspini, Elisabetta (Hrsg.): Salute e disuguaglianze – Genere, condizioni sociali e corso di vita. Milano: Franco Angeli. S.177-202.
- Pieretti, Giovanni (1996): Per una 'teoria di medio raggio' sulle povertà moderne. In: Guidicini, P. & Pieretti, G. (Hrsg.): Le radici dell'impoverimento. Tessuto sociale, famiglia e povertà a Bologna negli anni 90. Milano: Franco Angeli. S. 37-64.
- Pochobradsky, Elisabeth (2001): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen. Wien: ÖBIG.
- Popay, Jennie & Groves, Keleigh (2001): La ricerca narrativa nello studio delle disuguaglianze di genere nella salute. In: Faccini, Carla & Ruspini, Elisabetta (Hg.): Salute e disuguaglianze – Genere, condizioni sociali e corso di vita. Milano: Franco Angeli. S. 145-173.
- Reinbold, Brigitte (1985). Arbeitslosigkeit von Mädchen ein Randproblem der Jugendberufstnot? In: Psychosozial, 8. Jg. (27) S. 36-46.
- Riedl, Monika (2000). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Wirtschaft und Gesellschaft. 26. Jg. S. 119-135.
- Rodríguez Cabrero, Gregorio (2000): La reestructuración del estado del bienestar en España y la reestructuración de la desigualdad de los regímenes de bienestar europeos. In: Adelantado, J. (Hrsg.): Cambios en el estado del bienestar. Políticas sociales y desigualdades en España. Barcelona: Icaria. S. 7-19.
- Ruspini, Elisabetta (1998): Living on the poverty line. Lone mothers in Belgium, Germany, Great Britain, Italy and Sweden. Mannheim, Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung (MZES).
- Sayad, Abdelmalek (1991): L'immigration ou les paradoxes de l'altérité. Paris & Brüssel: De Boeck & Larquier.
- Schindler, Hans & Wetzels Peter (1985). Vorübergehend zu Hause. Auswirkungen elterlicher Arbeitslosigkeit bei Kindern und Jugendlichen. In: Psychosozial, 8. Jg. (27), S. 70-80.
- Schnabel, Peter-Ernst (2001): Familie und Gesundheit. Bedingungen, Möglichkeiten und Konzepte der Gesundheitsförderung. München: Juventa.
- Schnapper, Dominique (1996). Intégration et exclusion dans les sociétés modernes. In Paugam, S. (Hrsg.): L'exclusion – l'état des savoirs. Paris: La Découverte. S. 23-31.
- Scottish Council Foundation (1998): Strategies for social inclusion. Response to the social exclusion in Scotland. Consultation Paper. Edinburgh Scottish Council Foundation. (http://www.scottishpolicy.net.org.uk/scf/publications/oth3_soc_incl/frameset.shtml: 30.4.2001).

- SEU (Social Exclusion Unit) (2001): Preventing social exclusion. London: Social Exclusion Unit. March 2001 (<http://www.cabinet-office.gov.uk/seu/2001/pse/pse.pdf>: 1.6.2001).
- Strell, Monika (1999): The housing situation of lone-mother families: Austria and Finland in a cross-national perspective. Mainz: MZES, Arbeitspapier Nr. 2.
- Tezanos, José Félix (2001): La sociedad dividida. Estructuras de clases y desigualdades en las sociedades tecnológicas. Madrid: Biblioteca nueva.
- Tobío-Soler, Constanza & Fernández Cordon, Juan Antonio (1997): Monoparentalidad, trabajo y familia. In: Revista Internacional de Sociología, 22. S. 67-97.
- Vandenbussche, Johan. (2001). 'Le plan d'action belge d'inclusion sociale, le début d'un nouveau processus.' In: Revue Belge de Sécurité Sociale 3/2001. S. 586-596.
- Wallner-Ewald, Stefan (1999): Leben am Rand des Sozialsystems. Die Klientinnen und Klienten der Sozialberatungsstellen der Caritas Österreich. Wien: Julius-Raab-Stiftung.
- Whitten, Peter (1998). Les familles monoparentales dans l'Union européenne: un phénomène qui prend de l'ampleur, INSEE - Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (elektronische Publikation) 1.1.2000
- Wiederschwinger, Margit u. a. (1992): Veränderung der ökonomischen und familialen Situation von Arbeitslosen-Haushalten im Verlauf der Arbeitslosigkeit. Endbericht. Wien: fotokopierter Forschungsbericht.
- Zilian, H. G. u. a. (1990): Die verborgenen Kosten der Arbeitslosigkeit. Frankfurt am Main: Hain.
- Zehraoui, A. (1999): Familles d'origine algérienne en France. Étude sociologique des processus d'intégration. Paris: L'Harmattan.
- Zlotnik, Hania (1995): Migration and the family: The Female Perspective. In: Asian and Pacific Migration Journal, 4(2-3). S. 253-271.

Publikationen des Österreichischen Institutes für Familienforschung (ÖIF)

Im Rahmen der Materialiensammlung sind zuletzt erschienen:

- ▶ Christoph Badelt, Helmuth Schattovits (Hrsg.): 5. Interdisziplinäres Symposium Familienforschung, Strobl am Wolfgangsee 1994. Wien 1996. Heft 1. ISBN 3-901668-01-2
- ▶ Gabriele Doblhammer, Wolfgang Lutz, Christiane Pfeiffer: Familien- und Fertilitätssurvey (FFS) 1996. Tabellenband und Zusammenfassung erster Ergebnisse, Österreich (gesamtes Bundesgebiet), Männer und Frauen. Wien 1997. Heft 2. ISBN 3-901668-05-5 (vergriffen)
- ▶ Gabriele Doblhammer, Wolfgang Lutz, Christiane Pfeiffer: Familien- und Fertilitätssurvey (FFS) 1996. Tabellenband und Zusammenfassung erster Ergebnisse, Wien, Frauen und Männer. Wien 1997. Heft 2a. ISBN 3-901668-06-3
- ▶ Gabriele Doblhammer, Wolfgang Lutz, Christiane Pfeiffer: Familien- und Fertilitätssurvey (FFS) 1996. Tabellenband und Zusammenfassung erster Ergebnisse, Salzburg und Oberösterreich, Frauen und Männer. Wien 1997. Heft 2b. ISBN 3-901668-07-1
- ▶ Gabriele Doblhammer, Wolfgang Lutz, Christiane Pfeiffer: Familien- und Fertilitätssurvey (FFS) 1996. Tabellenband und Zusammenfassung erster Ergebnisse, Tirol und Vorarlberg, Frauen und Männer. Wien 1997. Heft 2c. ISBN 3-901668-08-X
- ▶ Gabriele Doblhammer, Wolfgang Lutz, Christiane Pfeiffer: Familien- und Fertilitätssurvey (FFS) 1996. Tabellenband und Zusammenfassung erster Ergebnisse, Burgenland und Niederösterreich, Frauen und Männer. Wien 1997. Heft 2d. ISBN 3-901668-09-8
- ▶ Gabriele Doblhammer, Wolfgang Lutz, Christiane Pfeiffer: Familien- und Fertilitätssurvey (FFS) 1996. Tabellenband und Zusammenfassung erster Ergebnisse, Kärnten und Steiermark, Frauen und Männer. Wien 1997. Heft 2e. ISBN 3-901668-10-1
- ▶ Martina Beham, Günther Denk, Wolfgang Lutz, Vera Nowak, Johannes Pflegerl: Statistik aus Kinderperspektive. Kinderspezifische Auswertung der Volkszählung 1991. Wien 1997. Heft 3. ISBN 3-901668-11-X
- ▶ Laszlo A. Vaskovics, Helmuth A. Schattovits (Hrsg.): Lebens- und Familienformen – Tatsachen und Normen. 2. Europäischer Fachkongreß Familienforschung 12.-14. Juni 1997, Wien. Wien 1998. Heft 4. ISBN 3-901668-15-2 (vergriffen)
- ▶ Reiner Buchegger, Helmuth A. Schattovits (Hrsg.): 6. Interdisziplinäres Symposium "Familienforschung". 20.-22. November 1996 in Strobl am Wolfgangsee – Referate und Statements. Wien 1998. Heft 5. ISBN 3-901668-14-4
- ▶ Martina Beham, Daniela Huter, Vera Nowak: Was machen Kinder, Frauen und Männer mit ihrer Zeit? Familienbezogene Auswertung der Zeitbudgeterhebung 1992. Wien 1998. Heft 6. ISBN 3-901668-16-0
- ▶ Reiner Buchegger, Helmuth Schattovits (Hrsg.): 7. Interdisziplinäres Symposium "Familienforschung". Familie, Schule und Generationen – Strobl 1998. Referate und Statements. Wien 2000. Heft 7. ISBN 3-901668-20-9
- ▶ Johannes Pflegerl, Paloma Fernández de la Hoz: Die Bedeutung des Wohnens für Migrantenfamilien in Österreich. Wien 2001. Heft 8. ISBN 3-901668-21-7
- ▶ Maria Anna Six-Hohenbalken: Migrantenfamilien aus der Türkei in Österreich. Wohnen, Verortung und Heimat – mit einem Exkurs über die Wohnsituation im Aufnahmeland. Wien 2001. Heft 9. ISBN 3-901668-22-5
- ▶ Christos Bagavos, Claude Martin: Sinkende Geburtenraten, Familienstrukturen und politische Reaktionen. Synthesebericht Jahrestagung Seville, Spain, 15-16 September 2000. Wien 2001. Heft 10. ISBN 3-901668-23-3
- ▶ Rainer Buchegger, Brigitte Cizek (Hrsg.): 8. Interdisziplinäres Symposium "Familienforschung" – Strobl 2000. Fertilität – Informationsgesellschaft. Wien 2000. Heft 11. ISBN 3-901668-21-1
- ▶ Johannes Pflegerl: Immigration und Familie. Jahrestagung 2002, Helsinki, Finnland, 8. – 10. Juni 2002 – Synthese (Kurzfassung). Wien 2002. Heft 12. ISBN 3-901668-28-4
- ▶ Paloma Fernández de la Hoz: Migrantenfamilien und Integration in den EU Mitgliedstaaten (Zusammenfassung – Deutsch, Englisch). Wien 2002. Heft 13. ISBN: 3-901668-29-2
- ▶ Paloma Fernández de la Hoz: Familles et exclusion sociale dans l'Union européenne. Sujets de débats, voies de convergence, questions pendantes. Wien 2001. Heft 14. ISBN 3-901668-26-8
- ▶ Paloma Fernández de la Hoz: Familien und soziale Ausgrenzung in der Europäischen Union. Kurzfassung in Deutsch, Englisch, Französisch). Wien 2001. ISBN 3-901668-27-6
- ▶ Brigitte Cizek, Irene Kernthaler-Moser (Hrsg.): Prostitution und Pornografie. 2. sexualpädagogische und –beraterische Fortbildung, 10. und 11. Oktober 2001, Wien. Wien 2002. Heft 15. ISBN 3-901668-25-X
- ▶ Lynne Chisholm, Antonio de Lillo, Carmen Leccardi & Rudolf Richter: Family Forms and the Young Generation in Europe. Report on the Annual Seminar 2001, Milan, Italy, 20-22 September 2001 (Report by the European Observatory on the Social Situation, Demography and Family). Wien 2003. Heft 16. ISBN 3-901668-31-4
- ▶ Olaf Kapella, Johannes Pflegerl: Partnerschaft. Eine Bibliografie deutschsprachiger Literatur 1999 – 2002. Wien 2003. Heft 17. ISBN 3-901668-32-2
- ▶ Johannes Pflegerl: Immigration und Familie. Jahrestagung 2002, Helsinki, Finnland. 8.-10. Juni 2002 – Synthese. (Deutsch, Englisch) Wien 2004. Heft 18. ISBN 3-901668-34-9

Zu beziehen bei:

Österreichisches Institut für Familienforschung (ÖIF),
Gonzagagasse 19/8, A-1010 Wien, Tel.: +43-1-535 14 54-19, Fax: +43-1-535 14 55
E-Mail: edeltraud.puerk@oif.ac.at

Dieser Bericht beleuchtet die komplexen Zusammenhänge zwischen Armut, sozialer Ausgrenzung und Gesundheit aus sozialwissenschaftlicher Perspektive und zeigt die Wechselwirkungen dieser Faktoren mit dem Familienleben auf.