



Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences

„Alice Salomon“- Hochschule
für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Berlin
Soziale Arbeit, Gesundheit, Erziehung und Bildung

Bericht

Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Alleinerziehenden und Auswertung der vorliegenden Evidenz

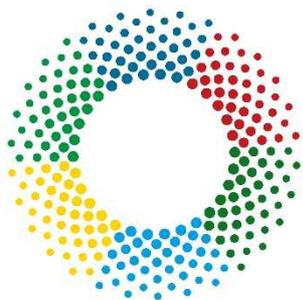
Hrsg.: GKV-Spitzenverband

Autor_innen:

Raimund Geene, Katharina Töpitz

Unter Mitarbeit von: Britta Bacchetta,
Miriam Boger, Susanne Borkowski,
Christoph Götz, Katharina Pucher

Veröffentlicht auf dem Publikationsserver der ASH Berlin
Datum der Freischaltung: 25.11.2019



GKV-Bündnis für
GESUNDHEIT



Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Alleinerziehenden und Auswertung der vorliegenden Evidenz

ERGEBNISBERICHT



Impressum

Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Alleinerziehenden und Auswertung der vorliegenden Evidenz

Ergebnisbericht

Bearbeitungszeitraum: 04.10.2016 - 24.07.2017

Autoren: Prof. Dr. Raimund Geene, Katharina Töpritz
Hochschule Magdeburg-Stendal, Breitscheidstraße 2, 39114 Magdeburg

Unter Mitarbeit von: Britta Bacchetta, Miriam Boger, Susanne Borkowski,
Christoph Götz, Katharina Pucher

Auftraggeberin: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im
Auftrag und mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach §20a SGB V
Abs. 3 und 4

Herausgeber: GKV-Spitzenverband, Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin

Gestaltung: KLINKEBIEL GmbH Kommunikationsdesign
Fotonachweis: Tobias Vollmer, Köln

Berlin, 2017

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a des Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V). Er ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI. Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Name, Logo und Reflexstreifen sind geschützte Markenzeichen des GKV-Spitzenverbandes.



Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Alleinerziehenden und Auswertung der vorliegenden Evidenz

Über das GKV-Bündnis für GESUNDHEIT:

Das GKV-Bündnis für GESUNDHEIT ist eine gemeinsame Initiative der gesetzlichen Krankenkassen zur Weiterentwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Das Bündnis fördert dabei u. a. Strukturaufbau und Vernetzungsprozesse, die Entwicklung und Erprobung gesundheitsfördernder Konzepte, insbesondere für sozial und gesundheitlich benachteiligte Zielgruppen, sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Evaluation. Der GKV-Spitzenverband hat gemäß § 20a Abs. 3 und 4 SGB V die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung damit beauftragt, die Aufgaben des GKV-Bündnisses für GESUNDHEIT mit Mitteln der Krankenkassen umzusetzen.

Weitere Informationen: www.gkv-buendnis.de

Inhalt

0 Abstract	6
1 Hintergrund und Zielsetzung des Projekts	7
2 Exploration des Forschungsfeldes	9
2.1 Grundbegrifflichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention	9
2.2 Neuregelungen durch das Präventionsgesetz	10
2.3 Definitive Eingrenzung „Familiäre Gesundheitsförderung“	18
2.4 Definitive Eingrenzung des Begriffs „Alleinerziehende“	19
2.5 Soziale Lage von Alleinerziehenden	22
2.6 Gesundheitliche Lage von Alleinerziehenden.....	23
3 Evidenzen zu Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden	27
3.1 Evidenzen bei komplexen Interventionen	27
3.2 Leistungsbereich Eltern-Kind-Kuren	28
3.3 Leistungsbereiche der Jugendhilfe	29
3.4 Leistungsbereiche der Jobcenter und der Agenturen für Arbeit	30
4 Literaturrecherche	32
4.1 Suchstrategie	32
4.2 Beschreibung der Methodik der Literaturrecherche	32
4.3 Überblick zur Literaturrecherche	36
4.4 Zusammenfassung und Bewertung der einzelnen Publikationen.....	41
4.5 Überblick zu den Ergebnissen der identifizierten Studien.....	64
5 Auswertung und Empfehlungen	75
5.1 Auswertung der Studienergebnisse	75
5.2 Mögliche Wirkmechanismen von Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden.....	76
5.3 Gender Mainstreaming-Aspekte	78
5.4 Schlussfolgerungen und Empfehlungen	79
6 Anlagen	86
6.1 Anlage: Suchstrings und Treffer in den Datenbanken	86
6.2 Anlage: Zusammenfassung zentraler Studien und Publikationen (Datenblätter).....	91
6.3 Recherche zur Nutzbarkeit möglicher Appraisal-Tools	133

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Setting-Ansatz im Leitfaden Prävention	16
Abbildung 2: Flowchart zur Veranschaulichung der Ergebnisauswahl	37
Abbildung 3: Evidenzklassen	42
Abbildung 4: Flussdiagramm / Einordnung Programme	138

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Entwicklung des Alleinerziehendenanteils seit 1996	20
Tabelle 2: Anteile und Einkommen alleinerziehender Mütter und Väter	23
Tabelle 3: Auflistung aller eingeschlossenen Publikationen nach Erscheinungsjahr	38
Tabelle 4: Inhalte der eingeschlossenen Publikationen	65
Tabelle 5: Untersuchte Ansätze/Prinzipien sowie verwendete Methoden/Strategien.....	71

0 Abstract

Hintergrund

§ 20 Abs. 1 SGB V verpflichtet zu Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten mit dem Ziel der Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen. Dies trifft auf viele Alleinerziehende, insbesondere allein erziehende Mütter, in beiderlei Hinsicht zu. Insofern gelten Alleinerziehende als vulnerable Gruppe, die im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V adressiert werden sollte.

Fragestellung

Welche nationalen und internationalen Forschungsergebnisse liegen vor zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Alleinerziehenden? Wie ist die Evidenz der Studienlage und die Wirksamkeit bestehender sowie zukünftig zu entwickelnder Ansätze einzuschätzen?

Methoden

Darstellung der Rahmenbedingungen, Analogiebildung zu feldspezifischen Herausforderungen, nationale und internationale Literaturrecherche, Analyse von Handlungsmöglichkeiten und Entwicklung von Handlungsempfehlungen.

Ergebnisse

Es konnten nur wenige Studien identifiziert werden, die sich explizit Ansätzen der Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden widmen. Das Handlungsfeld wird forschend und in der Praxis stärker entlang übergreifender Fragen familiärer Gesundheitsförderung erschlossen, in dessen Kontext Alleinerziehende als eine besonders von Problemlagen betroffene Teilgruppe ausgewiesen werden. Die Studienlage verweist auf Empowerment (u.a. durch Förderung von Selbstwirksamkeitserfahrungen, Selbstorganisation und Zeitmanagement), strukturelle Aspekte (u.a. Kinderbetreuung, niedrigschwellige Hilfen), Prävention von Vorurteilen sowie Vernetzung.

Diskussion

Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden ist eine hochkomplexe Aufgabe. Sie bedarf abgestimmter Aktivitäten auf der Ebene individueller Unterstützung, lebensweltlicher Ausrichtung (Settings) und gesamtgesellschaftlicher Rahmung und sollte zur Vermeidung von Stigmatisierung und Verstärkung der Nutzerorientierung insbesondere als Querschnittsanforderung eingebettet sein in Fragen familiärer Gesundheitsförderung. Der Kommune kommt besonderes Steuerungspotenzial zu, das durch Krankenkassen, Gesundheitsämter, Kinder- und Jugendhilfe sowie weitere Akteure im Rahmen von Präventionsketten erschlossen werden kann, etwa im Sinne von Vernetzung und Angebotstransparenz, sozialer Mobilisierung für Familien sowie über Modellprojekte oder –programme, die sich u.a. in Kooperation mit Mutter-Vater-Kind-Heimen und Familienzentren sowie Jobcentern und Arbeitsagenturen empfehlen.

1 Hintergrund und Zielsetzung des Projekts

Zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer dem Präventionsgesetz (PrävG) (2015) nach zu erfüllenden Aufgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, insbesondere in Kindertageseinrichtungen, in sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, in Schulen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen und zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen hat der GKV-Spitzenverband die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit der Entwicklung der Art und der Qualität krankenkassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und deren wissenschaftlicher Evaluation beauftragt.

Übergeordnetes Ziel des Auftrages ist entsprechend § 20 Abs. 1 SGB V und der Leitziele des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen sowie eine gezielte Stärkung der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten.

In diesem Kontext wurde eine systematische nationale und internationale Literaturrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Alleinerziehenden¹ durchgeführt, die auch die Auswertung der vorliegenden Evidenz² der Ansätze umfasst. Die Recherche und Evidenzbewertung dient der Orientierung im Handlungsfeld und eröffnet Perspektiven künftiger Gesundheitsförderungsansätze bei Alleinerziehenden mit Schwerpunkt auf Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen und unter Berücksichtigung partizipativer sowie verhaltens- und verhältnisbezogener Ansätze.

Die Ausarbeitung zur Evidenzen der Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden erfolgte in einem mehrschrittigen Verfahren, das in diesem Bericht weitgehend chronologisch abgebildet wird. Zunächst wird ein Überblick gegeben zur Datenlage der gesundheitlichen und sozialen Situation von Alleinerziehenden. Es schließt sich ein Folgekapitel an zur Frage nach Evidenzen von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden. Dies erfolgt zunächst entlang der entsprechenden Fachdiskurse in der Gesundheitsförderung und nachfolgend als Analogiebildung aus gesundheitsbezogenen Maßnahmen anderer Leistungsarten und –träger auf Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden. Auf dieser Grundlage wird die Recherche in nationalen und internationalen Literaturdatenbanken zunächst

¹ Im Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes (2016, S. 14) werden Alleinerziehende wie folgt definiert: „Alleinerziehende sind Mütter und Väter, die ohne Ehe- oder Lebenspartner/-in mit minder- oder volljährigen Kindern in einem Haushalt zusammenleben.“ Davon ausgeschlossen sind Elternteile mit Lebenspartner/-in im Haushalt, sie zählen zu den Lebensgemeinschaften mit Kindern.

² „Evidenzbasierte Gesundheitsförderung und Prävention entspricht der gewissenhaften, vernünftigen und systematischen Nutzung der gegenwärtig bestmöglichen theoretisch und empirisch ermittelten wissenschaftlichen Erkenntnisse als auch des Praxiswissens sowie des Wissens der Zielgruppen für die Planung, Implementierung, Evaluation, Verbreitung und Weiterentwicklung von verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen“ definiert die Experten- und Expertinnengruppe „Kölner Klausurwoche“ (2014, S. 8)

hinsichtlich ihrer methodischen Systematik und nachfolgend in ihren Ergebnissen dargestellt. Zum besseren Überblick sind identifizierte Studien zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden tabelliert in Datenblätter übertragen. In Ermangelung standardisierter Verfahren werden die Studien induktiv ausgewertet und jeweils einzeln erläutert.

Dadurch kann hiermit ein systematischer Überblick zum Forschungsstand über Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden vorgelegt werden. Dieser speist sich einerseits aus der Forschungsliteratur, berücksichtigt auf Grund der offensichtlichen Forschungslücke und des bestehenden Desiderats aber auch auf praktisches und theoretisches Expertenwissen und berücksichtigt per Adaption Erkenntnisse aus verwandten Handlungsfeldern, die hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit analysiert werden.

Abschließend werden Empfehlungen für eine lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden formuliert.

2 Exploration des Forschungsfeldes

Der Bericht beginnt mit einem explorativen Zugang in der ersten Phase der Datenerhebung und -analyse. Hier werden zunächst die Begriffe **Gesundheitsförderung** und **Prävention**, sowie **Familiäre Gesundheitsförderung** und **Alleinerziehende** definitorisch eingegrenzt. Die Gruppe der Alleinerziehenden und ihrer Kinder wird bezüglich **sozialer und gesundheitlicher** Besonderheiten beschrieben. Aus ihren Bedarfen leiten sich schließlich **Interventionsmöglichkeiten** und mögliche **Wirkmechanismen** (vgl. Kap. 5.2) ab. Sie werden ergänzt durch partizipative sowie verhaltens- und verhältnisbezogene Ansätze.

2.1 Grundbegrifflichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention

Die gesetzlichen **Normen** finden sich in den §§ 20ff. des SGB V, in dem die Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention zunächst wie folgt umrissen werden:

„Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen.“ (§ 20 (1) SGB V).

Dabei sollen diese Leistungen als individuelle **Verhaltensprävention**, als **Betriebliche Gesundheitsförderung** oder als Gesundheitsförderung und Prävention **in Lebenswelten** erfolgen. Letztere sind wie folgt definiert: „Lebenswelten im Sinne des § 20 Absatz 4 Nummer 2 sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports.“ (Legaldefinition nach § 20a (1) SGB V). Zieht man den **Leitfaden Prävention** des GKV-Spitzenverbandes (GKV-Spitzenverband, 2014) hinzu, ergibt sich eine erweiterte Definition von Gesundheitsförderung und Prävention. Entsprechend sind die Ziele der Prävention zunächst **pathogen** ausgerichtet: Verhütung von Krankheiten des Kreislaufsystems bei Kindern und Jugendlichen (lebensweltbezogen); Verhütung von Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie psychischen und Verhaltensstörungen bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern (arbeitsweltbezogen). Die Ziele der Gesundheitsförderung hingegen sind **salutogen** ausgerichtet: Ausschöpfung der gesundheitsfördernden Potenziale in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen; Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale der Arbeitswelt mit bedarfsgerechter, nachhaltiger und partizipativer Betrieblicher Gesundheitsförderung (GKV-Spitzenverband, 2014). Während die individuelle Prävention überwiegend auf Verhalten abzielt, steht bei der Gesundheitsförderung in Lebenswelten die Verhältnisprävention im Vordergrund, die sich dann eher indirekt auf das Gesundheitsverhalten auswirkt im Sinne des WHO-Motto „Make the healthier way the easier choice“, also einen gesunden Weg als einfache Wahl gestalten (Bittlingmayer & Hurrelmann, 2006, S. 189). Eine strikte Trennung von Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung ist dabei jedoch nicht möglich, da primärpräventive Maßnahmen neben der

Vermeidung von Risikofaktoren auch gesundheitsförderliche und damit Ressourcen stärkende Anteile enthalten sollen (GKV-Spitzenverband, 2014). In diesem Sinne wurden auch in dieser Forschungsstandrecherche nicht nur nach Verhältnis-, sondern ergänzend auch nach Verhaltensprävention recherchiert, wobei Ansätze der Verhaltensprävention – für Expertinnen und Experten im Feld wenig überraschend – leichter zu identifizieren und insgesamt im Feld deutlich stärker vertreten sind als Ansätze der Verhältnisprävention.

Besondere Bedeutung für die Gesundheit haben **Settings** des Lernens, Arbeitens und Wohnens. Daher stellen Kitas, Schulen, Ausbildungseinrichtungen, Betriebe und Kommunen, Stadtteile, ländlicher Raum sowie Einrichtungen der (pflegerischen) Langzeitversorgung maßgebliche Settings für die Gesundheitsförderung und Prävention dar (GKV-Spitzenverband, 2014). „Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz zielt darauf ab, unter möglichst direkter und kontinuierlicher Beteiligung der Betroffenen (**Partizipation**) die jeweiligen Gesundheitspotenziale/-risiken im Setting zu ermitteln und einen Prozess geplanter organisatorischer Veränderungen anzuregen und zu unterstützen. Gesundheit soll als Leitbild in Settings etabliert werden. Das schließt die Integration von Gesundheitsförderung, -bildung und -erziehung in die Prozesse des Alltags ein. Verknüpft mit dem Bemühen, Gesundheit als Organisationsprinzip in Settings zu integrieren, sollte die persönliche Handlungsfähigkeit Einzelner für die Gestaltung der eigenen gesundheitlichen Lebensbedingungen gestärkt werden, um zu gesundheitsgerechtem Verhalten zu motivieren und zu befähigen (Autonomie und Empowerment)“ definiert dazu der Leitfaden Prävention (GKV-Spitzenverband, 2014).

2.2 Neuregelungen durch das Präventionsgesetz³

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz, kurz PräVG) ist zum 25. Juli 2015 (finanzwirksam seit 1.1.16) ein umfassendes Regelwerk in Kraft getreten. Das Handlungsfeld der **Primärprävention** ist damit erstmals umfassend geregelt. Es wird, anknüpfend an vorherige Regelungen des SGB V, als **Gestaltungsauftrag an die Gesetzliche Krankenkasse** formuliert. Anknüpfend an den schon im Jahr 2000 gesetzlich explizierten Auftrag der primären Prävention, „insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ (alter § 20, SGB V) zu erbringen, wird die soziale Bedingtheit von Gesundheit auch im neuen Gesetz berücksichtigt und um den Aspekt der geschlechtsbezogenen Ungleichheit erweitert. Die Sozillagenorientierung wird durch das PräVG somit untermauert.

Im PräVG werden die zentralen Begriffe von Gesundheitsförderung und Prävention definiert. In der Gesetzesbegründung werden diese als **Legaldefinition**, als Bedeutungsfestlegung für das Gesetz, bezeichnet. Zunächst wird **primäre Prävention** als „Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken“ normiert. **Gesundheitsförderung** wird davon abgegrenzt als „Förderung des

³ Ausführlich dargestellt werden alle Neuregelungen im Handbuch Präventionsgesetz von Raimund Geene und Michael Reese (Frankfurt: Mabuse 2016).

selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten“ definiert. Die Schaffung gesundheitsförderlicher Strukturen als Auftrag der Gesundheitsförderung wird in § 20a bei der Gesundheitsförderung in Lebenswelten ergänzt.

Als weitere Legaldefinition schließt sich die Normierung von nicht-betrieblichen **Lebenswelten** an, wobei die Bereiche des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports genannt werden (vgl. 2.1.). In der Gesetzesbegründung wird hervorgehoben, dass es sich um keine abschließende Aufzählung der Lebenswelten handelt. Zudem werden eher Bereiche benannt, in denen sich Lebenswelten finden lassen. Zum Bereich Wohnen zählt auch die Lebenswelt Kommune/Stadtteil, wobei in der Gesetzesbegründung sozial benachteiligte Stadtteile im Sinne des Programms „Soziale Stadt“ hervorgehoben werden. „Lernen“ wird als Überbegriff für Kita, Schulen und weitere Bildungseinrichtungen genutzt.

Für eine Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden muss geprüft werden, inwieweit für Alleinerziehende wichtige institutionelle Bezugsbereiche wie **Jobcenter** gemäß SGB II, **Arbeitsagenturen** gemäß SGB III, **Sozialämter** gemäß SGB XII, **Familienzentren/ Familienberatungsstellen** gemäß SGB VIII, § 16 sowie **Mutter- oder Vater-Kind-Einrichtungen** gemäß SGB VIII, § 19 Lebenswelten im Sinne des SGB V, § 20a darstellen. Die entsprechende Diskussion kann an dieser Stelle nur angerissen werden. Sozialämter, Jobcenter und Arbeitsagenturen stellen im engeren Sinne eher keine Lebenswelten dar, insofern sie nur punktuell genutzt werden, aber den Alltag der Nutzerinnen und Nutzer kaum bestimmen. Mutter- oder Vater-Kind-Einrichtungen hingegen sind als (vorübergehende) Wohnorte der Alleinerziehenden und ihrer Kinder unmittelbare, durch die Betreuung institutionell geprägte Lebenswelten. Besonders schwierig zu beantworten ist die Frage nach Familienzentren und Familienberatung als Lebenswelten, insbesondere da hier eine erhebliche Bandbreite von Angeboten vorliegt, die von der einzelfallbezogenen Beratungsstelle über Familienzentren mit regelmäßigen Freizeit- und Bildungsangeboten bis hin zu Angeboten mit täglichen Kinderbetreuungseinrichtungen reicht. Auch wenn eingewendet werden kann, dass Familienzentren und Familienberatung nicht explizit als Lebenswelten im § 20a Abs. 1 Satz 1 benannt werden, kann argumentiert werden, dass Familienberatung grundsätzlich sowohl unter den Bereich der Freizeit als auch des Wohnumfelds subsumiert werden kann, dass die Vorschrift ausweislich der Gesetzesbegründung „in einer nicht abschließenden Aufzählung einzelne Lebenswelten hervor[hebt]“ (Deutscher Bundestag, 2015), und dass schließlich Familienberatung einen zentralen Ort des Präventionsauftrags der „Steigerung gesundheitlicher Elternkompetenz“ (ebd.) darstellt, verstärkt noch durch die durch das PräVG vorgeschriebene Ausrichtung auf Gesundheitsförderung gemäß SGB VIII, § 16.

Gesundheitsförderung in Lebenswelten richtet sich laut Gesetzesbegründung weniger an Individuen, sondern zielt auf die „Lebensräume der Menschen, in denen insbesondere Einfluss auf die Bedingungen von Gesundheit genommen werden kann“ (PrävG, 10.07.2015, S. 35).

Das Präventionsgesetz unterteilt die Leistungen der GKV für Prävention und Gesundheitsförderung insgesamt in drei Bereiche, die nachfolgend kurz dargestellt werden:

1. Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention
2. Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten
3. Leistungen der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Leistungen zur **verhaltensbezogenen** Prävention im Sinne des Gesetzes sind v. a. Kurs- und Bildungsangebote, die das Gesundheitsverhalten der Versicherten verbessern sollen. Die verhaltensbezogene Prävention war im Gesetz bislang keine namentlich genannte, aber in der Praxis umfangreich geförderte Leistung der Krankenkassen (MDS & GKV-Spitzenverband 2015, S. 43). Als Neuerung durch das Präventionsgesetz wurden sog. „Ärztliche Präventionsempfehlungen“ aufgenommen als weiterer Zugangsweg zu Kursen; die bisherige Praxis der direkten Inanspruchnahme nach Absprache mit der Krankenkasse bleibt davon unberührt. Im Rahmen der Ergänzung der Gesundheitsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen wurde in SGB V, § 26 Absatz 1 Satz 3 auch die Möglichkeit von Präventionsempfehlungen zu Kursen für Kinder aufgenommen, die sich altersentsprechend auch an Eltern bzw. Erziehungsberechtigte richten können mit dem Ziel einer „Steigerung gesundheitlicher Elternkompetenz“, wie es in der Gesetzesbegründung (Deutscher Bundestag, 2015b, S. 73; vgl. auch Geene & Reese, 2016) heißt.

Die Leistungen sollen gemäß SGB V § 20 Absatz 2 Satz 2 nach einheitlichen Kriterien zertifiziert werden. Eine entsprechende Fortschreibung des Kapitels 5 „Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention“ des Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbandes liegt seit 9. Januar 2017 vor (GKV-Spitzenverband, 2017). Verhaltensbezogene Prävention kann auch im Rahmen von Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erbracht werden (vgl. hierzu insb. die Regelung zur Verhaltensprävention in Betrieben gemäß SGB V, § 20b).

Eine zentrale Neuregelung durch das Präventionsgesetz („Paradigmenwechsel in der Prävention“) stellt die Einführung der **Gesundheitsförderung in nicht-betrieblichen Lebenswelten** in das SGB V dar. Normiert werden die Leistungen der Krankenkassen in Lebenswelten als Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen durch Entwicklung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation (Legaldefinition des § 20a SGB V). Dabei sollen die gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten gestärkt werden. Vorgesehen ist dabei eine Beteiligung der Menschen in den jeweiligen Settings (wobei allgemein von „Versicherten“ gesprochen wird) und der für die Lebenswelt Verantwortlichen sowie die Erhebung der Risiken und Potentialen in der jeweiligen Lebenswelt. In diesem Sinne soll eine Unterstützung der Umsetzung durch die Krankenkassen erfolgen und damit die Basis gelegt werden, dass die eigentliche Umsetzung und ihre nachhaltige Verstetigung als eigenständige Aufgabe der Verantwortlichen der jeweiligen Lebenswelt erfolgen.

Analog zu den nicht-betrieblichen Lebenswelten wird auch die **Betriebliche Gesundheitsförderung** im Sinne von Strukturstärkung skizziert, wobei hier auch die Gründung regionaler Koordinierungsstellen für BGF im Gesetzestext aufgenommen ist.

Grundsätzlich haben auch die Handlungsfelder der Individualprävention (z. B. hinsichtlich der Schnittmengen von Kursangeboten im Rahmen oder als „Tools“ von Settingangeboten, vgl. Geene & Rosenbrock, 2012) und der BGF (z.B. im Rahmen der regionalen Vernetzung von BGF-Maßnahmen oder bei BGF- Maßnahmen zur Familienfreundlichkeit) gewisse Bedeutung für die Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden. Zentral für die Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden sind jedoch die nicht-betrieblichen Lebenswelten, die daher an dieser Stelle vertieft behandelt werden. Mit der Normierung der Gesundheitsförderung in Lebenswelten greift das PrävG die bereits erprobte Praxis aus den Umsetzungsempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes aus dem „Leitfaden Prävention“ auf und stärkt den Gestaltungsauftrag der Kassen. So werden sie weiterhin Handlungsfelder und Kriterien für die Erbringung von Leistungen zu Gesundheitsförderung und Prävention unter Beteiligung unabhängigen und wissenschaftlichen Sachverständigen festlegen. Die Handlungsfelder werden verbindlicher, so werden statt prioritärer nun **einheitliche Handlungsfelder und Kriterien festgelegt** (Geene & Reese, 2016). Weiterhin werden die Krankenkassen bei der Gesundheitsförderung in Lebenswelten zur **Zusammenarbeit** verpflichtet. So sollen sie **kassenübergreifende Leistungen** erbringen (SGB V, § 20a Absatz 1 Satz 4). Zudem wird eine – nicht näher definierte – „angemessene **Eigenleistung**“ der für die Lebenswelt Verantwortlichen als Voraussetzung der Leistungserbringung genannt.

Zur Umsetzung der Gesundheitsförderung in Lebenswelten sollen die Aktivitäten zukünftig eingebettet sein in eine von der Nationalen Präventionskonferenz zu entwickelnden **Präventionsstrategie**. Diese fußt auf den beiden Säulen **bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen** und eines im vierjährigen Turnus zu erstellenden **Präventionsberichts**, der jeweils dem Deutschen Bundestag vorzulegen ist.

Im PrävG wird die Einrichtung mehrerer Gremien, Strukturen und Prozesse durch das PrävG vorgegeben. Diese sind insb. die Nationale Präventionskonferenz, in der die bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen entwickelt und fortgeschrieben werden, sowie das Präventionsforum.

Die **Landesrahmenvereinbarungen** setzen an den Bundesrahmenempfehlungen an und berücksichtigen die jeweiligen Landesprogramme sowie die regionalen Erfordernisse. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, auch für die Pflegekassen, einigen sich mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und mit den in den Ländern zuständigen Stellen auf gemeinsame Ziele und Handlungsfelder, Koordinierungs- und Zuständigkeitsfragen sowie über die Zusammenarbeit mit ÖGD und Jugendhilfe sowie weiterer relevanter Einrichtungen.

Es ist vielfach kritisiert worden, dass das PräVG ein (fast) reines Sozialversicherungsrecht⁴ ist und den **gesamtgemeinschaftlichen Auftrag** damit nicht abbilden kann (u.a. Geene & Reese, 2016; Gerlinger, 2016; Meierjürgen, Becker & Warnke, 2016). Hintergrund ist dabei, dass bisherige Anläufe zu einem Präventionsgesetz 2005 und 2013 nach Beschlussfassung im Bundestag jeweils im Bundesrat gescheitert sind. Insofern sollte das PräVG 2015 Regelungen in Länderkompetenz möglichst nicht berühren. Andererseits ist Gesundheitsförderung ein lange und breit etabliertes kommunales Thema. Bevor auf Anknüpfungsmöglichkeiten eingegangen wird, nachstehend ein kurzer Überblick zu **kommunalen Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention**.

Die Kommune wird als territorial abgegrenzter Bereich verstanden, der eine politische und administrative Einheit bildet. Unter ihrem Dach werden im Rahmen der Selbstverwaltung nach Artikel 28 GG etwa Angelegenheiten wie Sozialhilfe, Bereitstellung von Kinderbetreuungsplätzen, die Kinder- und Jugendhilfe und zum Teil auch bauliche Vorgaben geregelt. Damit ist die Kommune als „**Dachsetting**“ Ort der Verwaltung, Organisation und Ort sozialer Interaktion, die Kommune ist also Lebensraum und administrative Einheit. Im sozialen Bereich ist das Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) wichtig. Die Kinder- und Jugendhilfe interveniert unter anderem im Hinblick auf die Parameter Eigenverantwortung, Entwicklung und Schutz vor Gefahren für das Wohl, womit auch ein klarer Auftrag gesundheitlicher Prävention ableitbar ist. Hierin werden auch genaue Vorgaben zu Prozess- und Strukturqualität (Planung, Vernetzung, Kommunikation) gemacht. Ähnliches gilt für das Bundeskinderschutzgesetz.

Ein für diese Studie wichtiger und insgesamt noch unterbeleuchteter Aspekt ist dabei, dass durch das PräVG **Gesundheitsförderung auch als Auftrag an die Jugendhilfe** formuliert wurde, explizit für die **Familienberatung** nach SGB VIII, § 16 Absatz 2 sowie für stationäre Einrichtungen gemäß SGB VIII, § 45 Absatz 2. In diesem Sinne können auch **Familienzentren und -beratungsstellen** sowie ggf. auch **Kinder- und Jugendheime** als Lebenswelten von Alleinerziehenden gesundheitsförderlich entwickelt werden. Für Alleinerziehende können insbesondere die gemeinsamen **Wohnformen für Mütter/ Väter und Kinder** nach SGB VIII, § 19 Absatz 1⁵ relevant sein, die als Einrichtungen unter dem Erlaubnisvorbehalt des SGB VIII, § 45 stehen (vgl. Wiesner, 2015, S. 940 im Rechtskommentar des SGB VIII (§45, Rn. 42)).

Gesundheitsförderung und Prävention ist Teil der **kommunalen Daseinsvorsorge**. Die Kommunen übernehmen in ihrem Selbstverwaltungsbereich die im SGB VIII und seinen Landesausführungsgesetzen definierte öffentliche Kinder- und Jugendhilfe.

⁴ Ausnahmen bilden hier nur die neuen Aufträge an die Jugendhilfe zur Gesundheitsförderung in der Familienberatung gemäß SGB VIII, § 16 Absatz 2 und bei Betriebsgenehmigungen für Einrichtungen gemäß SGB VIII, § 45 Absatz 2 sowie die Neuregelungen des Infektionsschutzgesetzes.

⁵ Der Wortlaut des SGB VIII, § 19 Absatz 1 Satz 1 lautet: „Mütter und Väter, die allein für ein Kind unter sechs Jahren zu sorgen haben oder tatsächlich sorgen, sollen gemeinsam mit dem Kind in einer geeigneten Wohnform betreut werden, wenn und solange sie aufgrund ihrer Persönlichkeitsentwicklung dieser Form der Unterstützung bei der Pflege und Erziehung der Kinder bedürfen.“

Hier finden sich zahlreiche Vorgaben zur kommunalen Gesundheitsförderung, vor allem in den ÖGD-Gesetzen, in Landesverfassungen, Gemeindeordnungen und Ausführungsgesetzen des SGB VIII. In allen ÖGD-Gesetzen wird die Förderung der Gesundheit als Grundaufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes definiert. Hinsichtlich des Detaillierungsgrades unterscheiden sich die Länder. Generell lässt sich sagen, dass SGB VIII sowie die Landesausführungsgesetze durchweg präventiven Charakter haben und neben Zielvorgaben auch Qualitätsvorgaben enthalten. Analoges gilt für die Umsetzung des Bundeskinderschutzgesetzes, die einzelnen Bundesländer haben dabei unterschiedliche Auslegungen des Gesetzes (eigene Kinderschutzgesetze vs. Integration in den ÖGD).

Durch das PräVG ist die **Rolle der GKV für die Kommune gestärkt** worden. Dies zeigt sich bereits in den beiden zentralen Dokumenten der GKV: Sowohl die Bundesrahmenempfehlungen als auch der Leitfadene Prävention formulieren Verknüpfungsmöglichkeiten mit Kommunen, die nachfolgend dargestellt werden. Dies stellt insofern eine besondere Herausforderung dar, als dass neue Wege und Kooperationen zwischen kommunalen Akteuren und den Krankenkassen entwickelt werden sollten.

Die Nationale Präventionskonferenz hat am 19. Februar 2016 **Bundesrahmenempfehlungen** (BRE) verabschiedet mit dem Ziel „der Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Zusammenarbeit (...) insbesondere durch Festlegung gemeinsamer Ziele, vorrangiger Handlungsfelder und Adressatengruppen, zu beteiligender Organisationen und Einrichtungen sowie zu Dokumentations- und Berichtspflichten.“ (NPK, 2016). Dabei wird der Settingansatz in den Mittelpunkt gestellt: „Die alltäglichen Lebens-, Lern- und Arbeitsbedingungen sind von erheblicher gesundheitlicher Bedeutung. Sie werden maßgeblich in den Lebenswelten der Menschen gestaltet.“ Als Settings werden Kommunen, Kindertagesstätten, sonstige Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Freizeitgestaltung, allgemeinbildende und berufsbildende Schulen, Hochschulen, Betriebe, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, Einrichtungen der ambulanten und stationären pflegerischen Versorgung benannt.

Kommune wird als besonders geeignetes Setting hervorgehoben: „Die Kommune (auch Stadtteil/Quartier) ist eine Lebenswelt von besonderer Bedeutung, weil sie die anderen in der Aufzählung genannten Lebenswelten umgreift. In der Lebenswelt Kommune werden auch Adressaten erreicht, die nicht über eine der anderen genannten Lebenswelten erreicht werden können (z.B. allein lebende Ältere, Arbeitslose, Selbständige, Freiberufler, Hausfrauen/-männer, Erwerbsgeminderte). Darüber hinaus besitzen Kommunen – zusätzlich zu und auch unabhängig von ihrer Trägerverantwortung für einzelne weitere Lebenswelten wie Kindertagesstätten und Schulen – politische Gestaltungskompetenz für ihr Gebiet.“ (NPK, 2016)

Die Bundesrahmenempfehlungen orientieren sich am Lebenslauf und definieren gemeinsame am Lebenslauf orientierte Ziele für die drei übergeordneten Themenfelder. Sie befürworten den Aufbau von **Präventionsketten**: „Die NPK unterstützt zielbezogene ressortübergreifende kommunale Strategien der Gesundheitsförderung. Über die kommunalen Zuständigkeiten und Hand-

lungsfelder hinweg sollen gesundheits- und sicherheitsförderliche Angebote an den Übergängen der kindlichen Entwicklung bis zum Einstieg ins Erwachsenenalter miteinander verzahnt und bedarfsgerecht gestaltet werden („Präventionsketten“).“ (NPK, 2016)

Der Leitfaden Prävention der GKV befindet sich in Überarbeitung. Mehrere Kapitel wurden am 9. Januar 2017 in überarbeiteter Fassung vorgelegt (GKV-Spitzenverband, 2017), bislang jedoch noch nicht die im Zusammenhang mit dieser Ausarbeitung relevante Frage der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Bis zur Vorlage eines neuen ist der letztveröffentlichte vom Dezember 2014 verbindliche Grundlage, regelt doch der Leitfaden alle Fragen von Förderung bzw. Bezuschussung von Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung. Er stellt gleichzeitig auch eine Grenze dar, denn Maßnahmen, die nicht den in diesem Leitfaden dargestellten Handlungsfeldern entsprechen, dürfen von den Krankenkassen nicht im Rahmen von §§ 20ff. SGB V durchgeführt oder gefördert werden (GKV-Spitzenverband, 2014, S. 6).

Bereits 2010 haben die Gesetzlichen Krankenkassen Kommunen als drittes außerbetriebliches Setting (nach Schule und Kita) in den Leitfaden zur Umsetzung der Primärprävention aufgenommen (GKV-Spitzenverband, 2010). Das Setting Kommune wird den übrigen Lebenswelten voran und gewissermaßen in das **Zentrum aller koordinierenden Aktivitäten** gestellt. Hierzu wird zur Veranschaulichung eine Grafik eingefügt.

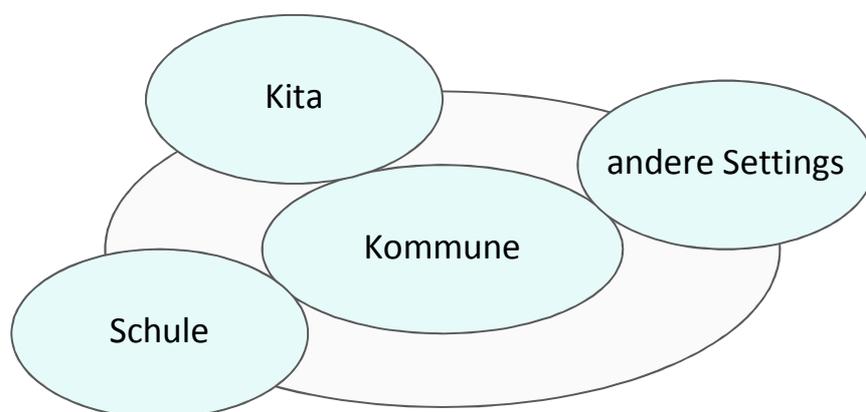


Abbildung 1: Setting-Ansatz im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes (GKV-Spitzenverband, 2014, S. 21)

Es wird auch Bezug genommen auf den seit 2011 initiierten **kommunalen Partnerprozess** „Gesund aufwachsen für alle!“ (seit 2015 „Gesundheit für alle!“), der darauf abzielt, für jedes Kind optimale Bedingungen für ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen (s.u.). Hier wird vor allem die Entwicklung von Präventionsketten herausgestellt, mittels derer die gesundheitsförderlichen Angebote an den Übergängen der kindlichen Entwicklung bis zum Einstieg ins Erwachsenenalter koordiniert werden (GKV-Spitzenverband, 2014, 27f). Für solche Maßnahmen, die **stadtteilbezogene Bedarfsanalysen, Konzept-, Struktur- und partizipative Projektentwicklung** umfassen, werden Mittel der GKV in Aussicht gestellt, sofern sie mit weiteren Mitteln des Soziale-Stadt-Programms und von Stiftungen oder auch mit kommunalen Mitteln zusammengeführt werden (GKV-Spitzenverband, 2014, S. 30). Als besondere Adressaten werden dabei neben älteren und arbeitslosen Menschen „werdende, junge Familien und Alleinerziehende **im Setting Kommune**“

herausgestellt. Dabei wird eine anteilige Finanzierung von niedrigschwelligen Angeboten für Familien in Aussicht gestellt, z. B. über Multiplikatoren Ausbildung von Stadtteilmüttern und Gesundheitslotsen oder Partnerschaften mit freien Trägern. Ergänzend heißt es:

„Im Setting Kommune können sich Krankenkassen an evaluierten verhaltensorientierten Programmen, die nicht explizit in den Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenkasse fallen, aber gesundheitsförderliche Aspekte berücksichtigen und entsprechende Effekte versprechen, ausschließlich an den gesundheitsförderlichen Inhalten beteiligen. Diese Programme müssen in eine Gesamtkonzeption eingebunden sein, um ggf. aus dem gemeinsamen Projektbudget anteilig finanziert werden zu können.“
(GKV-Spitzenverband, 2014, S. 32)

Aber schon mit dieser „Alt-Regelung“ im GKV-Leitfaden Prävention von 2014 öffnen sich die Krankenkassen der wichtigen Funktion der Kommunen, die insgesamt für die Gesundheitsförderung in ihrem Wohngebiet zuständig sind und damit auch für die einzelnen Lebenswelten inkl. ihrer Übergänge. Es kommt ihnen dabei eine Schlüsselrolle zu, die als „Rahmen-“ oder „Dachsetting“ bezeichnet werden kann (Geene, Lehmann, Höppner & Rosenbrock, 2013).

Das Präventionsgesetz hat dabei den **Gestaltungsauftrag der GKV für Primärprävention** in Deutschland insgesamt bestätigt und gefestigt. Dieses universelle Mandat wurde nun auch für das kommunale Rahmen-Setting expliziert. Künftig ist hier ein deutlich umfassenderes Engagement vorgesehen, denn die Kommune bildet ein besonders geeignetes Setting der Gesundheitsförderung, weil die kommunale Lebenswelt von hoher gesundheitlicher Relevanz für die dort lebenden Menschen ist und sozial benachteiligte und gesundheitlich belastete Menschen hier in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen erreicht und damit Stigmatisierungseffekte so weit wie irgend möglich reduziert werden können.

2.3 Definitive Eingrenzung „Familiäre Gesundheitsförderung“

Familie als zentraler Sozialisationsort

Die Familie ist der erste Sozialisationsort für das Gesundheitsverhalten (Hurrelmann, 2006). Ihm wird insofern besondere Bedeutung für gesundes Aufwachsen des Kindes (Brisch, 2008), aber auch für eine gesundheitsförderliche Lebensstrategie der Eltern (Kolip & Lademann, 2012) beigemessen.

Familie ist kein Setting

Eine Verpflichtung von Familien zur Gesundheitsförderung ist jedoch nicht möglich, da sie unter besonderem Schutz des Grundgesetzes (Art. 6 GG) steht. Aber auch die Weltgesundheitsorganisation sieht Familie explizit nicht als „Setting“ (WHO, 2015).

Dieser Einschätzung folgt auch das Präventionsgesetz (SGB V) sowie der Leitfaden der GKV. So werden in Gesetzestext und Begründung Familien nicht als Lebenswelt i.S.d. §20 SGB V bezeichnet.

Die Kernstrategien der Ottawa-Charta als Handlungsmaxime familiärer Gesundheitsförderung

Eine familiäre Gesundheitsförderung bedarf daher einer eigenen Interventionslogik, welche dem Gebot der Freiwilligkeit folgt und damit der Autonomie der Familie gerecht wird, da eine Übertragung des Setting-Ansatzes als teilweise ungeeignet gilt (Geene & Bacchetta, 2017). Eine geeignete Handlungsmaxime für eine familiäre Gesundheitsförderung stellen die drei Kernstrategien der Ottawa-Charta dar: Advocate (anwaltschaftliche Interessenvertretung), Mediate (Vermitteln und Vernetzen) und Enable (Befähigen und Ermöglichen).

Familiäre Gesundheitsförderung als Vernetzungsaufgabe kommunaler Akteure

Familiäre Gesundheitsförderung ist eine komplexe Herausforderung für das Gesundheitswesen, die Kinder- und Jugendhilfe sowie weitere lokale Akteure und sollte als eigenes Handlungsfeld theoretisch fundiert und praktisch entwickelt werden. Wichtige Bezugspunkte liegen dabei einerseits im Bereich Früher Hilfen mit den regionalen Netzwerken Früher Hilfen und den Landeskoordinierungsstellen Frühe Hilfen (LKS), andererseits im Handlungsfeld Kommunaler Gesundheitsförderung (Geene, 2017). Hier ist das „Setting Kommune“ seit 2010 im Leitfaden der GKV aufgenommen und durch die Neuregelungen im PräVG und die entsprechenden Bundesrahmempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz vom 19. Februar 2016 gestärkt. Anknüpfungspunkt dabei ist u.a. der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit mit den Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) in den Bundesländern. Vom Kooperationsverbund wurde 2012 der Kommunale Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle“ initiiert, der 2016 zum Kommunalen Partnerprozess „Gesundheit für alle“ weiterentwickelt wurde.

Präventionsketten als zentrale Strategie

Eine mögliche Grundlage, um Unterstützungen für Familien bedarfsgerecht zu planen, könnte der Transitionsansatz mit seiner differenzierten Betrachtung der Familienwerdung und -ausgestaltung sein (Geene & Bacchetta, 2017).

2.4 Definitive Eingrenzung des Begriffs „Alleinerziehende“

Im Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes (2016, S. 14) werden Alleinerziehende wie folgt definiert: „Alleinerziehende sind Mütter und Väter, die ohne Ehe- oder Lebenspartner/-in mit minder- oder volljährigen Kindern in einem Haushalt zusammenleben.“ Davon abgegrenzt sind Elternteile mit Lebenspartner/-in im Haushalt, sie zählen zu den Lebensgemeinschaften mit Kindern. Alleinerziehend zu sein, wird dabei i.d.R. als zeitlich begrenzte Phase (Statuspassage) durchlebt, die durch neue Partnerschaft oder spätestens durch Verselbstständigung der vormals zu betreuenden Kinder endet.

Dem Begriff „**Alleinerziehende**“ liegt für Betroffene eine Schambesetzung und damit zusammenhängend eine erhebliche **Stigmatisierungsgefahr** inne. Der Begriff wird häufig in Bezug auf die Armutsgefährdung dieser Gruppe verwendet und geht teilweise mit einer Schuldzuweisung einher. Die Familienform „Alleinerziehend“ ist dabei insbesondere im Kontext des jeweiligen historischen und sozialen Wandels zu betrachten. So galt die Rolle der alleinerziehenden Mutter nach dem Zweiten Weltkrieg in Anbetracht der Millionen im Krieg verstorbenen Väter sowie insgesamt des „Männermangels“ als gewöhnlich. Entsprechende Begleiterscheinungen blieben weitgehend dethematisiert, was zur Folge hatte, dass es zwar nur wenig Unterstützung für die schweren Aufgaben vieler sog. „Trümmerfrauen“ gab, insofern sie auch Kinder zu versorgen hatten. Andererseits galt es als Schicksal, alleinerziehend zu sein, und verursachte keine Schamgefühle.

Ab den 1950er und 60er Jahren wurde Alleinerziehen verstärkt mit moralisch diskreditiertem vor- oder außerehelichem Geschlechtsverkehr sowie familiärem Scheitern assoziiert (Dienel, 2002). Diese Entwicklung war (und ist immer noch) im Westen deutlich stärker ausgeprägt als im Osten Deutschlands (Klenner, 2009). Im Zuge des zunehmenden Funktionsverlusts von Männern als Familienernährer („male breadwinner“-Funktion, vgl. Dienel 2002) erfahren alleinerziehende Frauen inzwischen z.T. höhere Akzeptanz. In der AIDA-Studie des Deutschen Jugendinstituts (2012) ist gar von einem Wechselverhältnis zwischen „Stigmatisierung und Heroisierung“ die Rede. Insgesamt erleben Alleinerziehende zunehmende Beachtung, was beide Pole verstärkte.

Die Entwicklung des Anteils der Alleinerziehenden an allen Familienformen ist in der untenstehenden Tabelle überblicksartig skizziert.

JAHR	ANZAHL DER FAMILIEN MIT KINDERN UNTER 18 JAHREN	ANZAHL/ANTEIL DER EINELTERNFAMILIEN
1996	9,4 Mio	1,3 Mio / 13,8 %
2013	8,1 Mio	1,6 Mio / 19,8 %
2015	8,0 Mio	1,64 Mio / 20,5 %

Tabelle 1: Entwicklung des Alleinerziehendenanteils seit 1996 (BMFSFJ, 2015)

Vor dem Hintergrund der Stigmatisierung durch den Begriff Alleinerziehende geht die Fachliteratur vereinzelt zum Begriff **Einelternfamilien** über. Sie beziehen sich dabei nicht nur auf die alleinerziehenden Mütter oder Väter, sondern auch explizit auf die Kinder. Hier wird von der Definition ausgegangen, dass in Einelternfamilien Kinder in Haushalten mit nur einem Elternteil (Mutter oder Vater) auswachsen (Rattay, Lippe & Lampert, 2014). Nicht eingeschlossen sind nach der Definition von Rattay et al. Stieffamilien, in denen neben dem leiblichen Elternteil auch ein soziales Elternteil der Familie angehört. Sie bezieht sich in Anlehnung an die Studie zur Gesundheit von Kinder und Jugendlichen (KiGGS) auf Einelternfamilien mit Heranwachsenden im Alter von unter 18 Jahren. Kritisch wird zum Begriff der Einelternfamilien angemerkt, dass dieser nur aus Elternperspektive formuliert ist. Aus Kindperspektive handelt es sich in den verbreiteten Fällen der getrennten bzw. geteilten Elternschaft eher um Zweifamilieneltern bzw. um **Zweifamilienmodelle**. Diese sind jedoch statistisch kaum zu erfassen, weil die Kinder im Regelfall im Einwohnermelderegister nur bei einem Elternteil verzeichnet sind. Dies kann sich im Zuge der gesetzlichen Änderung seit 2015, mit der ein gemeinsames Sorgerecht nicht-verheirateter Eltern substanziell erleichtert wurde, zukünftig möglicherweise ändern.

In der Erhebung „Mikrozensus“ des Statistisches Bundesamts (2016) bezieht sich der Begriff der Alleinerziehenden auf Mütter und Väter, die ohne Ehe- oder Lebenspartner oder -partnerin mit minder- oder volljährigen Kindern in einem Haushalt zusammenleben. Einbezogen sind in diesen Familienbegriff – neben leiblichen Kindern – auch Stief-, Pflege- und Adoptivkinder. Die Daten werden für Einelternfamilien mit minder- oder volljährigen Kindern getrennt ausgewertet und dargestellt. In anderen Studien (z.B. Evans et al., 2012) werden auch Alleinerziehende mit Kind einbezogen, die bereits mit einem neuen Partner oder einer neuen Partnerin zusammenwohnen.

Zum Teil werden also Mütter und Väter in neuen Lebensgemeinschaften mitgerechnet, zum Teil werden sie ausgeschlossen. Dies führt dazu, dass in den Untersuchungen keine **einheitliche Definition** des „Alleinerziehens“ verwendet wird.

Ergänzend muss an dieser Stelle auch auf die Grenzen der Statistiken verwiesen werden. Tatsächlich sind durch diverse **kulturelle** (auch stigmatisierungsbezogenen) **Abgrenzungen** und **allokative Konstruktionen** im Rahmen von Sozialleistungen die Selbstbezeichnungen nicht immer

identisch mit der tatsächlichen Lebensrealität, so dass eine genaue Abgrenzung von Ein- und Mehrelternfamilien weder lebensweltlich⁶ und schon gar nicht statistisch erfassbar ist. So bezieht sich die sozialgesetzliche Regelung zu Mutter-Kind-Heimen, die nach SGB VIII, § 19 für Mütter oder Väter vorzuhalten sind, „die allein für ein Kind unter sechs Jahren zu sorgen haben oder tatsächlich sorgen“, explizit auf „**Alleinsorge**“. Dabei ist durch das Kinder- und Jugendhilfe- weiterentwicklungsgesetz vom 8. September 2005 die vorherige formale Sorgeberechtigung um die Frage einer tatsächlichen elterlichen Sorge erweitert (Wiesner, 2015, S. 352).

Um eine Vergleichbarkeit zu schaffen und unter Berücksichtigung der großen Erhebungen wie der Kindergesundheitsuntersuchung KiGGS und dem Mikrozensus, die für die Datenlage im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention wegweisend sind, soll hier die Definition von Alleinerziehenden verwendet werden, in denen nur ein Erwachsener in elterlicher Sorge mit mindestens einem minderjährigen Kind gemeinsam im Haushalt lebt.

Im Jahr 2014 betrug der Anteil der Alleinerziehenden an der Gesamtzahl aller Familienformen **20,3 %** (Statistisches Bundesamt, 2016). Bei ca. **neun von zehn** Alleinerziehenden handelt es sich um alleinerziehende **Mütter** (BMFSFJ, 2012b). Alleinerziehende Väter betreuen häufiger nur ein Kind und dies ist in der Regel schon älter (Statistisches Bundesamt, 2010). Der Anteil der Alleinerziehenden an allen Familien hat in **Ostdeutschland** seit Mitte der 1990er Jahre deutlich **stärker zugenommen als in Westdeutschland** (BMFSFJ, 2008). Fast die Hälfte der Frauen in Ostdeutschland, die zwischen 1953 und 1972 geboren wurden, ist oder war einmal in ihrem Leben alleinerziehend. In Westdeutschland sind oder waren es rund 20 %. Der häufigste Grund für die Lebensform der Alleinerziehenden sind **Ehescheidungen** (59 %), etwas mehr als ein Drittel der Alleinerziehenden ist **ledig** und 6 % **verwitwet** (Statistisches Bundesamt, 2010).

Alleinerziehend zu sein, ist keine statische Familienform, sondern eine Statuspassage, häufig auch nur auf eine kurze Zeitspanne begrenzt. So lebt ein Drittel der Alleinerziehenden nach drei Jahren wieder mit einem neuen Partner oder einer neuen Partnerin zusammen (BMFSFJ, 2008).

Die aktuellen Zahlen des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt, 2016) unterstreichen und ergänzen das oben gezeichnete Bild. Die Daten der Erhebung beziehen sich auf das Jahr 2014.

In 11.435 befragten Familien wurden die Lebensformen erhoben. Darunter waren 7.785 Ehepaare, 938 Lebensgemeinschaften und 2.712 Alleinerziehende mit Kindern ohne Altersbegrenzung. Dies entspricht einem Anteil von **23,7 % Familien mit alleinerziehenden Eltern an der Gesamtzahl der Familien**. Darunter waren 404 alleinerziehende Väter (14,9 %) und 2.307 alleinerziehende Mütter (85,1 %).

⁶ Zur Illustration der Bericht einer Erzieherin in einer Kita im sozialen Brennpunkt über ein Gespräch zwischen zwei Kita-Kindern: „Bätsch, der Holger ist jetzt mein Papa!“

8.061 der befragten Familien bestehen aus Eltern **mit Kindern unter 18 Jahren**. Davon sind 1.639 Alleinerziehende, 180 Väter (10,1 %) und 1.459 Mütter (89,1 %). Dies entspricht einem Anteil von 20,3 % Alleinerziehenden an der Gesamtzahl aller befragten Familien. **Eltern ohne Migrationshintergrund** sind häufiger alleinerziehend (26,0 %) als Eltern mit Migrationshintergrund (17,9 %).

Von insgesamt 18.578 „ledigen Kindern“ lebten 3.771 (20,3 %) bei Alleinerziehenden. Das ist ein Anteil von 20,3 % aller erfassten ledigen Kinder. Darunter waren 12.955 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, von denen 2.302 (17,8 %) bei Alleinerziehenden lebten.

2.5 Soziale Lage von Alleinerziehenden

Die Gruppe der Familien mit Alleinerziehenden soll nun hinsichtlich der Merkmale Einkommen, Erwerbstätigkeit und Schulabschluss genauer beschrieben werden, bevor auf die gesundheitliche Lage eingegangen wird. Es zeigen sich anschließend auch immer wieder die Zusammenhänge zwischen sozialer Lage und Gesundheit, weshalb beide Faktoren nicht getrennt voneinander betrachtet werden können.

Alleinerziehende haben mit rund 40 % eine besonders hohe **Armutsgefährdungsquote** trotz einer relativ hohen Erwerbstätigenquote von zwei Dritteln (BMFSFJ, 2015). Das führt dazu, dass Einelternfamilien im Vergleich zu Paarfamilien im Bundesdurchschnitt fünf Mal häufiger Leistungen nach dem SGB II (Hartz IV) beziehen (Lenze 2014 zitiert nach Rattay et al., 2014). Alleinerziehende Mütter sind jedoch nicht häufiger arbeitslos als Mütter in Paarbeziehungen, sondern sie haben aufgrund des geringen Haushaltseinkommens häufiger Anspruch auf zusätzliche Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch II. Auch die Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ) verweist in ihrem Diskussionspapier „Kinderarmut und Familienpolitik in Deutschland“ darauf, dass die Armutsgefährdungsquote bei Alleinerziehenden seit 2008 konstant bei etwa 40 % liegt (AGJ, 2015; vgl. auch Buschhorn, 2015).

Von 4.632 Alleinerziehenden, die im Mikrozensus (Statistisches Bundesamt, 2016) Angaben zu ihrem **Einkommen** gemacht hatten, haben 1.220 (26,3 %) ein monatliches Nettoeinkommen von unter 500 Euro. Von 3 959 Alleinerziehenden Müttern, die Angaben zu ihrem Einkommen gemacht haben, trifft dies auf 1.100 Mütter (27,8 %) zu. Bezogen auf alle Familienformen betrifft dies 19,6 % aller Elternteile, womit alleinerziehende Mütter deutlich häufiger ein sehr geringes Einkommen haben als andere Eltern (Mütter und Väter gesamt).

120 von 673 alleinerziehenden **Vätern** hatten ein monatliches Nettoeinkommen von unter 500 Euro. Das entspricht 17,8 % aller alleinerziehenden Väter. Im Vergleich zu allen Elternteilen aller Familienformen (Mütter und Väter gesamt) verdienen sie somit etwas besser.

Es lässt sich anhand der Daten jedoch kein Vergleich zwischen dem Einkommen alleinerziehender Mütter und Müttern in Partnerschaften ziehen. Das gleiche trifft auf die Väter zu. Erkennbar ist nur der Gehaltsunterschied zwischen Müttern und Vätern (Frauen und Männern).

12,7 % der Alleinerziehenden bezogen ihren überwiegenden Lebensunterhalt als Arbeitslosengeld 1 oder aus Leistungen nach dem SGB II (Hartz IV). Im Durchschnitt aller Eltern waren es hingegen nur 5,1 %.

Von 2.704 befragten Alleinerziehenden hatten 2.007 (74,2 %) einen **beruflichen Bildungsabschluss**, 697 (25,8 %) hatten keinen Abschluss. Unter den alleinerziehenden Vätern waren 14,8 % ohne beruflichen Bildungsabschluss. Unter den alleinerziehenden Müttern lag diese Zahl weit höher bei 38,3 %. Dadurch ist auch die Gesamtzahl der Alleinerziehenden ohne beruflichen Bildungsabschluss zu erklären, da 90 % der Alleinerziehenden Mütter sind.

Unter allen Familienformen (Mütter und Väter) waren 19,5 % ohne beruflichen Bildungsabschluss.

	ALLEINERZIEHENDE MÜTTER	ALLEINERZIEHENDE VÄTER	ALLE ELTERN GESAMT
monatliches Nettoeinkommen von unter 500 Euro	27,8 %	17,8%	19,6%
ohne beruflichen Bildungsabschluss	38,3%	14,8%	19,5%

Tabelle 2: Anteile alleinerziehender Mütter, alleinerziehender Väter und aller Eltern mit einem Nettoeinkommen unter 500 € und ohne beruflichen Abschluss (Statistisches Bundesamt, 2016)

Das Problem der schwierigen Vereinbarkeit von Familie und Beruf stellt sich für Alleinerziehende besonders deutlich dar, wenn eine naheliegende alltägliche Kinderbetreuungsmöglichkeit durch Partnerin oder Partner fehlt. Die Vereinbarkeitsfrage ist verknüpft mit dem **Problem beruflicher Dequalifizierung**, d.h. dass durch langfristigen Ausstieg aus dem Erwerbsleben die zuvor erworbene berufliche Qualifizierung verloren zu gehen droht (Dienel, 2002). Ein beruflicher Wiedereinstieg ist dann in der Folge häufig nur in gering oder unqualifizierten Arbeitsbereichen mit entsprechend niedrigen Lohngruppen/ Minijobs u.ä. möglich, was zu einer Verstärkung sozialer Benachteiligung auch nach Ende der Statuspassage des Alleinerziehens führen kann.

2.6 Gesundheitliche Lage von Alleinerziehenden

Aus der vielfach schwierigen finanziellen Situation von Alleinerziehenden ergeben sich neben sozialen Problemlagen auch gesundheitliche Belastungen. Dabei können Alleinerziehende, insb. in Westdeutschland, in (gesundheitlichen) Problemlagen seltener auf familiäre Unterstützung zurückgreifen (DJI, 2012).

Gesundheitliche Lage von alleinerziehenden Müttern

Alleinerziehende Mütter sind mit ihrem Leben insgesamt **weniger zufrieden** (48 %) als Mütter in Paarhaushalten (75 %) (BMFSFJ, 2012b). Zudem finden sich bei alleinerziehenden Müttern häufiger **körperliche und psychische Beeinträchtigungen** der Gesundheit und **gesundheitsriskante Verhaltensweisen** (Robert Koch-Institut, 2015). Außerdem bestehen gesundheitsbezogene Ungleichheiten zu Ungunsten der alleinerziehenden Mütter in den Bereichen **chronische Erkrankungen, Schmerzen, allg. Gesundheitszustand, Rauchen und Ernährung** (Robert Koch-Institut, 2003).

Die Erkenntnisse von Sperlich et al. (2011) verweisen auf gesundheitliche Benachteiligungen alleinerziehender Mütter gegenüber Müttern in partnerschaftlichen Lebensformen in Form von erhöhten körperlichen und **Allgemeinbeschwerden**, erhöhter **Angst**, erhöhter **Depressivität** und (sehr) schlechter **subjektiver Gesundheit**.

Je nach **Ursache des Alleinerziehens** variieren die gesundheitlichen Belastungen jedoch (Robert Koch-Institut, 2003). Die **verheiratet getrenntlebenden Mütter** weisen mit 44,8 % den geringsten Anteil mit gutem Gesundheitszustand auf. Es folgen die **ledigen Mütter** mit 57,0 % und die **geschiedenen** mit 58,9 %. Mit 65,0 % am häufigsten beurteilen die **verwitweten, alleinerziehenden Mütter** ihren Gesundheitszustand (sehr) positiv. Hier wird ein Zusammenhang zwischen **Einkommenssituation** der verschiedenen Untergruppen (z.B. Unterhalt bei geschiedenen Frauen, Witwenrente) und Gesundheitszustand vermutet. Es verweist auch auf die hohe Bedeutung der **Art der Trennung**, die sich belastend auswirken kann. Korrelierend konnten Arbeitslosigkeit, die alleinige Verantwortung für die Haus- und Familienarbeit sowie ein geringes Einkommen und geringe Schulbildung als Risikofaktoren für die psychische und körperliche Gesundheit identifiziert werden (Sperlich et al., 2011).

Gesundheitliche Lage von alleinerziehenden Vätern

Im Hinblick auf die Gesundheitsindikatoren unterscheiden sich alleinerziehende und verheiratete Väter nicht wesentlich (SOEP 2000, zitiert nach Robert Koch-Institut, 2003). In vielen Studien liegen jedoch aufgrund der kleinen Fallzahlen zu wenige Daten zu alleinerziehenden Vätern vor. Hier besteht Forschungsbedarf. Alleinerziehende Väter haben ein größeres Risiko zu **Depressionen** und eine als nicht gut eingeschätzte **allgemeine Gesundheit**. Ein Teil dieser gesundheitlichen Ungleichheit lässt sich sowohl bei den Alleinerziehenden als auch bei ihren Kindern auf die sozio-ökonomische Lage zurückführen (Robert Koch-Institut, 2015).

Gesundheitliche Lage von Kindern alleinerziehender Eltern

Rattay et al. (2014, 2015) werteten die Daten aus der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie (KiGGS) nach verschiedenen Familienformen u.a. für Kinder von Alleinerziehenden aus, wobei sie hier von „Eielfernfamilien“ sprechen. In der multivariaten Analyse lassen sich **emotionale und Verhaltensprobleme** bei Heranwachsenden Alleinerziehender häufiger feststellen, als bei Heranwachsenden aus Kernfamilien. Dies gilt auch, wenn für Alter, Geschlecht, Wohnregion, elterlichen Sozialstatus sowie das familiäre Miteinander stratifiziert wird. Kinder und Jugendliche aus Eielfernfamilien sind zudem **häufiger chronisch krank** als Gleichaltrige, die mit beiden leibli-

chen Elternteilen zusammenleben. Interessant ist, dass die Unterschiede zwischen in den Studien sog. „Kern- und Einelternfamilien“ deutlicher ausfallen, wenn nicht für den sozial-ökonomischen Status (SES) adjustiert wird. Ohne Adjustierung für Alter, Geschlecht, Wohnregion und Sozialstatus zeigen sich Unterschiede zu Ungunsten der Einelternfamilien bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Heranwachsenden sowie ein geringerer Obst- und Gemüseverzehr. Das legt die Vermutung nahe, dass diese Kriterien mit dem SES in Zusammenhang stehen. Auch das Odds Ratio für emotionale und Verhaltensprobleme ist nach Kontrolle für den SES deutlich kleiner, aber weiterhin signifikant. Bei den chronischen Krankheiten zeigt sich hingegen keine Veränderung.

Psychische Beeinträchtigungen und in Teilen auch eine schlechtere körperliche Gesundheit werden auch im Bundesgesundheitsbericht des Robert Koch-Instituts (2015) beschrieben. Die **psychosozialen Belastungen** können demnach insbesondere hervorgerufen werden durch das Erleben von großen **Konflikten in der Ursprungsfamilie**, durch einen mit der Trennung einhergehenden **Umzug** und gegebenenfalls **Schul- oder Kitawechsel** sowie die schlechteren zeitlichen und ökonomischen Ressourcen der Alleinerziehenden. Auf der anderen Seite kann durch eine Trennung auch eine **Entschärfung** der Konflikte in der Ursprungsfamilie einen positiven Einfluss auf die Kindesentwicklung haben. Eine **neue Partnerschaft** wiederum kann zu günstigeren sozialen und finanziellen Ressourcen führen, erfordert jedoch eine neuerliche Anpassung an veränderte Lebensverhältnisse.

Kolip und Lademann (2012) beschrieben die Reaktionen von Kindern auf eine **Scheidung**. Psychische und physische Folgen sind demnach weniger auf die Scheidung selbst als auf die Situation **vor** der Scheidung zurückzuführen. Die Mehrzahl der Kinder hat die Scheidung innerhalb von zwei Jahren bewältigt.

Zusammenfassend ist die Trennung einer Familie für alle Beteiligten ein **kritisches Lebensereignis**, das zu gesundheitlicher Beeinträchtigung führen kann, aber nicht muss. **Aus Sicht der Kinder** sind die Rahmenbedingungen benannt, die die Verarbeitung der Belastungssituation erleichtern. Dies sind z.B. der Kontakt zum getrenntlebenden Elternteil, materielle Versorgung, Sicherung des sozialen Netzes bzw. Aufbau eines neuen (z.B. bei Umzug), niedrighschwellige finanzielle und organisatorische Hilfen.

Zu beachten ist, dass nicht alle Kinder Alleinerziehender den Scheidungs- oder Trennungsprozess ihrer Eltern (bewusst) miterleben⁷, da es auch vor der Geburt des Kindes oder in den ersten Monaten danach schon oft zu einer Trennung kommt bzw. das Alleinerziehen eine bewusste Entscheidung sein kann. Entsprechend sollten die Ursachen des Alleinerziehens mit berücksichtigt werden, wengleich sie kaum systematisch zu kategorisieren sind.

⁷ Es liegen jedoch auch umfangreiche Forschungsergebnisse dazu vor, dass spätere Mutter-Kind-Interaktionen und Kindergesundheit bereits intrauterin maßgeblich geprägt werden, wobei insb. hoher psychischer Stress in der Schwangerschaft als negativer Prädiktor ausgewiesen wird (u.a. Brisch 2005; Bergmann et al., 2007; Schwab 2009)

Beim **Familienklima**⁸ unterscheiden sich Kinder Alleinerziehender, Kinder verheirateter Eltern und Kinder nichtehelicher Lebensgemeinschaften kaum: 90 % der Kinder geben unabhängig von der Familienform an, „immer“ bzw. „oft“ gerne mit ihrer Familie zusammen zu sein (DJI, 2012).

Aus der sozialen und gesundheitlichen Lage lassen sich Bedarfe ableiten, die teilweise schon in der Literatur der Exploration genannt sind. Als allgemeine Bedarfe werden im Monitor Familienforschung (2012b) **flexible Kinderbetreuung, Notfallbetreuung, soziale Netzwerke, ein Ansprechpartner** mit Bündelung aller relevanten Angebote sowie **verlässliche Kontakte** genannt. All das sind Faktoren, die Auswirkung auf die Gesundheit haben können. Außerdem stehen die **finanzielle Unterstützung**, passende **Arbeitsstellen** mit ca. 30 bis 35 Wochenstunden sowie die **berufliche Qualifikation** in Teilzeit im Vordergrund.

Die Bedarfe aus Sicht der Kinder wurden bei Kolip und Lademann (2012) fokussiert. Diese sind z.B. der **Kontakt zum getrenntlebenden Elternteil, materielle Versorgung**, Bestehenbleiben des **sozialen Netzes** bzw. Aufbau eines neuen (z.B. bei Umzug, Kita- und Schulwechsel) sowie **niedrigschwellige Hilfen** (wie Beratung, finanzielle, organisatorische Hilfen).

⁸ „Familienklima“ ist ein zentraler Begriff in den Untersuchungen des Deutschen Jugendinstituts, der in repräsentativen Studien wie etwa den AID:A-Studien regelmäßig erhoben wird (u.a. Nauck (1995); Rauschenbach und Walter (2012); Walper, Walter und Rauschenbach (2015)). Der Begriff ist hinterlegt mit Items zu familiärem Wohlbefinden, die durch Fragen zu familiärer Harmonie, zu gemeinsamen Aktivitäten sowie Konflikten und Lebensstilen innerhalb von Familien erhoben werden.

3 Evidenzen zu Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden

Nach der in Kapitel 2 dargestellten Datenlage zur gesundheitlichen und sozialen Situation von Alleinerziehenden und den abschließend dargestellten besonderen Bedarfslagen widmet sich das Folgekapitel der Frage nach Evidenzen von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden. Die zentrale Erkenntnisfrage lautet dabei: Was wissen wir, was Alleinerziehenden in der Bewältigung ihrer hohen Belastungen hilft? Welche Strategien der Gesundheitsförderung können dazu entwickelt werden? Was gilt in Fachkreisen als anerkanntes Wissen zu gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen bei Alleinerziehenden?

Dies erfolgt zunächst durch Abbildung der entsprechenden Fachdiskurse in der Gesundheitsförderung und nachfolgend als Analogiebildung aus gesundheitsbezogenen Maßnahmen anderer Leistungsarten und –träger, bevor im Folgekapitel auf dieser Grundlage die Recherche in nationalen und internationalen Literaturdatenbanken dargestellt wird.

3.1 Evidenzen bei komplexen Interventionen

Für komplexe (Setting-) Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention sollten auf Grund der vielfältigen und differenzierten Bedingungs- und Einflussfaktoren andere Evidenzen gesucht werden als etwa im klinischen Bereich, denn Evidenz-Kriterien aus der Medizin können nur schwer übertragen werden (vgl. Kuhn, Lampert & Ziese, 2012). Andererseits sind sie insgesamt nur schwer zu ersetzen (vgl. 4.4.).

Eine dem komplexen Charakter der Gesundheitsförderung eher Rechnung tragende Möglichkeit der Evidenzbewertung besteht darin, Maßnahmen der Gesundheitsförderung auf ihre Plausibilität („promised“ statt „proven interventions“) sowie auf ihre Struktur- und Prozessqualität hin zu überprüfen (Rosenbrock & Gerlinger, 2013). Als bewährtes Verfahren hat sich dabei insbesondere die partizipative Qualitätsentwicklung etabliert, die sich im Sinne des Public Health Action Cycles als lernendes Qualitätsentwicklungssystem in einem gemeinsamen Prozess von Akteurinnen und Akteuren sowie Nutzerinnen und Nutzern anbietet (Wright, 2010).

In diesem Sinne heißt es bei der (Experten- und Expertinnengruppe "Kölner Klausurwoche", 2014, S. 8): „Evidenzbasierte Gesundheitsförderung und Prävention entspricht der gewissenhaften, vernünftigen und systematischen Nutzung der gegenwärtig bestmöglichen theoretisch und empirisch ermittelten wissenschaftlichen Erkenntnisse als auch des Praxiswissens sowie des Wissens der Zielgruppen für die Planung, Implementierung, Evaluation, Verbreitung und Weiterentwicklung von verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen.“

An dieser Stelle muss auf das parallel von Kinder Stärken e.V., einem Institut an der Hochschule Magdeburg-Stendal, durchgeführte Projekt einer Bestandsaufnahme von Good Practice in der Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden verwiesen werden. In dieser Studie

wurden, der Anforderung nach Praxisevidenz Rechnung tragend, Fachgespräche in Form von Gruppen- und Einzelgesprächen sowie mündliche und schriftliche Einzelbefragungen geführt. Diese bedienen insbesondere die Frage des in Fachkreisen etablierten Wissens zu gesundheitlichen Belastungen und gesundheitlichen Ressourcen bei Alleinerziehenden, auf die in diesem Bericht nicht eingegangen wird. Der Projektbericht empfiehlt sich insofern zum ergänzenden Studium der Ausgangslage einer Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden.

3.2 Leistungsbereich Eltern-Kind-Kuren

Bezogen auf die **Evidenz** von Interventionen zur Gesundheit bei Alleinerziehenden werden in der Fokusauswertung des Robert Koch-Instituts zur gesundheitlichen Situation Alleinerziehender (Robert Koch-Institut, 2003) lediglich **Eltern-Kind-Kuren** genannt, deren Wirksamkeit bezogen auf Befindlichkeitsstörungen, Beschwerden, Krankheiten und langfristig positive Veränderungen des Gesundheitsverhaltens belegt sind. Da es sich um ein gemeinsames Angebot für Eltern und Kinder handelt, entfällt eine zusätzliche Organisation der **Kinderbetreuung**. Im Rahmen des „Gesetzes zur Verbesserung der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter“, das 2002 in Kraft getreten ist, wurde der Aspekt der „**Vorsorge**“ herausgestellt. Es gewährleistet, dass die Krankenkassen die Mutter-Vater-Kind-Kuren nach SGB V, § 24 i.V. mit § 23 finanzieren. Indikationen zur Kur können der schlechte gesundheitliche Zustand der Mutter bzw. Vater, aber auch eine Kurbedürftigkeit der Kinder⁹ sein. Durch das PräVG 2015 wurde es hinsichtlich beruflicher und **familiärer Umstände** (§ 23 Absatz 2 Satz 1) sowie des sog. „Wunsch- und Wahlrechts“ (§ 23 Absatz 5 Satz 1) erweitert.

Die Eltern-Kind-Kuren sind jedoch geregelt nach SGB V, § 24 i.V. mit § 23 und gehören originär nicht in den Bereich der Prävention nach SGB V, §§20ff. Jedoch hat das PräVG durch die zusätzliche Ergänzung des SGB V, § 20 Absatz 5 Satz 6 normiert, dass auch Leistungen der verhaltensbezogenen Prävention **wohnortfern** erbracht werden können, wobei neben beruflichen auch familiäre Umstände begründungsgebend sein können. Da sich die Regelung durch Verknüpfung mit § 23 Absatz 2 Satz 2 darauf beschränkt, einen täglichen Zuschuss zu den übrigen Kosten um 16 Euro zu bewilligen, dürften die Kosten einer zusätzlichen Unterbringung eines Kindes oder mehrerer Kinder nicht abgedeckt sein. Eine über die 16 Euro hinausgehende, zusätzliche Kostenübernahme kommt nur insofern in Betracht, als dass es sich um eine Präventionsmaßnahme handelt, die sich nicht nur an den Erwachsenen, sondern zusätzlich gemäß SGB V, § 26 auch an das Kind oder die Kinder richtet. Die analoge Anwendung einer wohnortfernen Leistungserbringung für Maßnahmen der primären Prävention gibt Hinweise darauf, dass die vom Robert Koch-Institut erhobenen evidenten Wirkungen von Mutter-Kind-Kuren bei Alleinerziehenden möglich-

⁹ Als Anspruchsvoraussetzung der medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter gemäß SGB V, § 24 wird auf die in § 23 Abs. 1 genannten Kriterien verwiesen. Dabei handelt es sich um „1. eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen; 2. einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken, 3. Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder 4. Pflegebedürftigkeit zu vermeiden“ (SGB V, § 23 Abs. 1).

erweise auch bei wohnortfernen Maßnahmen der Individualprävention bei Alleinerziehenden erzielt werden können.

In diesem Sinne zeigen **wohnortferne Leistungen der verhaltensbezogenen Prävention für Alleinerziehende** ein mögliches zukünftiges **präventives Potenzial**. Bislang liegen hinsichtlich einer adressatenspezifischen Wirkung bei Alleinerziehenden noch keine Daten vor. Nach den in 2.4. und 2.5. dargestellten Erkenntnissen der weit überproportionalen Betroffenheit von Frauen/Müttern, zur sozialen Bedingtheit der Statuspassage und ihrer hohen Korrelation zu Familienarmut kann abgeleitet werden, dass eine Adressierung von Alleinerziehenden das Kriterium einer **Verminderung sozial und geschlechtsspezifisch bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen** gemäß SGB V, § 20 Absatz 1 Satz 2 in hohem Maße erfüllt.

3.3 Leistungsbereiche der Jugendhilfe

Verschiedene Anknüpfungspunkte einer Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden ergeben sich an der Schnittmenge zur Kinder- und Jugendhilfe, die im SGB VIII geregelt ist. So sind Hebammen, Frauen- und Kinderärztinnen und -ärzte gemäß SGB V, §§ 24d Satz 4 und 26 Absatz 1 Satz 2 gehalten, Eltern auf regionale Unterstützungsangebote für Eltern und Kind hinzuweisen, die in der Gesetzesbegründung des PrävG als Frühe Hilfen erläutert werden. Zudem wird in der Gesetzesbegründung erläutert, dass sich ärztliche Präventionsempfehlungen nicht nur Kinder oder Jugendliche, sondern „auch an die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten können mit dem Ziel der Steigerung der gesundheitlichen Elternkompetenz“ (Deutscher Bundestag, 2015).

Ein für diese Studie wichtiger und insgesamt noch unterbeleuchteter Aspekt ist dabei, dass durch das PrävG **Gesundheitsförderung auch als Auftrag an die Jugendhilfe** formuliert wurde, explizit für die Familienberatung nach SGB VIII, § 16 Absatz 2 sowie für stationäre Einrichtungen gemäß SGB VIII, § 45 Absatz 2. In diesem Sinne sollen auch Familienzentren und -beratungsstellen sowie stationäre Einrichtungen wie Kinder- und Jugendheime als Lebenswelten von Alleinerziehenden gesundheitsförderlich entwickelt werden. Für Alleinerziehende können insbesondere die gemeinsamen **Wohnformen für Mütter/ Väter und Kinder** nach SGB VIII, § 19 Absatz 1¹⁰ relevant sein, die als Einrichtungen unter dem Erlaubnisvorbehalt des SGB VIII, § 45 stehen (vgl. Wiesner, 2015, S. 940 im Rechtskommentar des SGB VIII (§45, Rn. 42)) und damit durch das PrävG seit 2015 auf Gesundheitsförderung verpflichtet sind.

Auch die **Familienberatung** nach SGB VIII, § 16 hat für Alleinerziehende hohe Bedeutung, insbesondere hinsichtlich elterlicher Trennungskonflikte, z.B. bei Scheidungen, sowie in Fragen der Kinderbetreuung sowie des sozialen Netzwerks im Wohnumfeld. Spezifische Präventionsprogramme können sich hier an Kinder oder auch Eltern wenden zur besseren Konfliktbearbeitung

¹⁰ Der Wortlaut des SGB VIII, § 19 Absatz 1 Satz 1 lautet: „Mütter und Väter, die allein für ein Kind unter sechs Jahren zu sorgen haben oder tatsächlich sorgen, sollen gemeinsam mit dem Kind in einer geeigneten Wohnform betreut werden, wenn und solange sie aufgrund ihrer Persönlichkeitsentwicklung dieser Form der Unterstützung bei der Pflege und Erziehung der Kinder bedürfen.“

oder zur Vernetzung und Selbstorganisation von Eltern bzw. Alleinerziehenden. Maßnahmen der Krankenkassen können ausgerichtet sein auf **gesundheitsförderliche Entwicklung der Familienzentren und Familienberatungsstellen**¹¹ als Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten im Sinne des SGB V, § 20a. Zudem können Familienberatungsstellen auch als Zugangs- oder Veranstaltungsort für individualpräventive Maßnahmen zur Förderung gesundheitlicher Elternkompetenz gemäß SGB V, § 20 Abs. 5 i.V.m. § 26 in Kooperation mit Krankenkassen genutzt bzw. weiterentwickelt werden.

Für Alleinerziehende mit Kleinkindern ist das seit 2005 entstandene und durch das Bundeskin- derschutzgesetz seit 2012 normierte Handlungsfeld der **Frühen Hilfen** von hoher Relevanz, denn sie gelten als Risikogruppe zur Entstehung von Bindungs- und Interaktionsstörungen (Brisch, 2005) und nehmen Frühe Hilfen häufiger in Anspruch (Scharmanski & Renner, 2016). Im Rahmen ihrer Studie zu bürgerschaftlichem Engagement im Bereich der Frühen Hilfen weisen Keupp und Behringer (2015) darauf hin, dass sich für Alleinerziehende das Projekt „**Eltern-AG**“ (Armbruster & Schlabs, 2009) bewährt habe. Eltern-AGs werden insbesondere im Rahmen sog. Präventionsketten als Kursprogramme zur Alltagsbewältigung, Ressourcenstärkung und **Selbstorganisation sozial benachteiligter, junger Eltern**¹² angeboten. Ihre Finanzierung erfolgt bislang überwiegend über Stiftungsgelder sowie aus Mitteln der Kinder- und Jugendhilfe durch die örtlichen Jugendämter gemäß SGB VIII, § 16.

3.4 Leistungsbereiche der Jobcenter und der Agenturen für Arbeit

Durch die Bundesagentur für Arbeit und über die Jobcenter gibt es den Ansatz, **Beratungsleistungen und Gesundheitsförderungskurse** der Krankenkassen miteinander zu **verknüpfen** (MDS & GKV-Spitzenverband, 2016). An zwei Modellstandorten wurden die Beratungen bzgl. der Gesundheitskurse verstärkt bei Alleinerziehenden durchgeführt. Hier ist nicht nur das Merkmal „alleinerziehend“, sondern ggf. die Arbeitslosigkeit Ausgangspunkt der Beratung und weiterführender Maßnahmen. Eine Evaluation des Modellprojektes „Krankenkassen und Jobcenter verzahnen Arbeits- und Gesundheitsförderung – eine modellhafte Erprobung“ über alle Modellstandorte läuft derzeit. Spezielle Bedarfe von Alleinerziehenden wurden nicht erläutert. Eine gesonderte Auswertung bezüglich der Adressatengruppe der Alleinerziehenden gibt es nicht

¹¹ Die Frage, ob Familienberatungsstellen eine Lebenswelt im Sinne des § 20a darstellen können, wird in Kap. 2.2. diskutiert. Auch wenn eingewendet werden kann, dass Familienberatung nicht explizit als Lebenswelt im § 20a Abs. 1 Satz 1 genannt wird, muss angeführt werden, dass Familienberatung grundsätzlich sowohl unter den Bereich der Freizeit als auch der Wohnumgebung subsumiert werden kann, dass die Vorschrift ausweislich der Gesetzesbegründung „in einer nicht abschließenden Aufzählung einzelne Lebenswelten hervor[hebt]“ Deutscher Bundestag (2015), und dass schließlich Familienberatung einen zentralen Ort des Präventionsauftrags der „Steigerung gesundheitlicher Elternkompetenz“ (ebd.) darstellt, verstärkt noch durch die durch das PräVG vorgeschriebene Ausrichtung auf Gesundheitsförderung auch auf die kommunalen Träger der Jugendhilfe und insbesondere auf die Familienberatung gemäß SGB VIII, § 16.

¹² Die Begriffe „junge Mütter“ bzw. „junge Eltern“ werden hier nicht auf das Alter der Eltern, sondern auf das der Kinder bezogen. Sie beziehen sich also darauf, dass die Elternschaft erst jüngst eingetreten ist. Für altersmäßig besonders junge Eltern, z.B. Teenager-Eltern, wird der Begriff der „frühen Elternschaft“ verwandt.

(MDS & GKV-Spitzenverband, 2015, S. 16ff). Die weitere Umsetzung des Modellvorhabens, das ausgeweitet werden soll, und dessen Evaluation wird nach Darstellung im Präventionsbericht 2016 im Rahmen der Beauftragung der BZgA erfolgen (MDS & GKV-Spitzenverband, 2016, S. 26).

Alleinerziehende profitieren außerdem besonders von der **Förderung durch berufliche Weiterbildung**. Im vierten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (BMAS, 2013) wird darauf verwiesen, dass der Effekt auf die Wahrscheinlichkeit, eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufzunehmen, für alleinerziehende Frauen stärker ist als für Mütter mit Partnerin oder Partner und für alleinstehende Frauen. Alleinerziehende scheinen dabei nach einer längeren Erwerbsunterbrechung besonders von der **Erneuerung ihrer beruflichen Kenntnisse** zu profitieren und damit dem **Problem der beruflichen Dequalifizierung zu begegnen**.

Allerdings können, dem Bericht folgend, auch gegenteilige Effekte entstehen. So kann der höhere finanzielle Druck, unter dem Alleinerziehende stehen, die Intensität der Nutzung von Weiterbildung und die nachfolgende Suche nach Arbeit verstärken bei gleichzeitiger Senkung der Annahmeschwelle für Weiterbildung und das jeweilig nächste Jobangebot. Dies könnte bei beruflichem Wiedereinstieg über gering- oder unqualifizierte Tätigkeiten das **Problem der Dequalifizierung** für Mütter bei Rückkehr ins Berufsleben (vgl. Dienel, 2002; vgl. 2.5.) für Alleinerziehende sogar noch weiter verstärken, insofern z.B. die kurzfristige Arbeitsaufnahme im Niedriglohntor zukünftige qualifizierte Tätigkeiten verhindert (sog. „Klebeeffekte des Minijobs“, (BMFSFJ 2012a, S. 11).

Bezüglich der Interventionen zur finanziellen Unterstützung werden die bestehenden Gesetze zitiert: "Der Anteil der armutsgefährdeten Kinder wird durch Sozialleistungen und Transfers insgesamt etwa halbiert. Besonders effizient reduzieren der Kinderzuschlag, die Kinderbetreuung und der Unterhaltsvorschuss das Armutsrisiko von Familien. Durch den Kinderzuschlag wird das Armutsrisiko der Empfängerhaushalte um gut 15 Prozent reduziert. Die Subventionierung der Kinderbetreuung senkt das Armutsrisiko bei Paarfamilien um 12 Prozentpunkte und bei Alleinerziehenden um 19 Prozentpunkte." (BMFSFJ, 2015, S. 66) Dabei gibt es in diesem Bericht keine Angaben dazu, welchen Einfluss die Gesetze insgesamt auf das Armutsrisiko der Kinder von Alleinerziehenden haben.

4 Literaturrecherche

4.1 Suchstrategie

Um einen umfassenden Überblick zu Interventionen und weiteren Handlungsansätzen einer Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden zu erhalten, wurde die Methode der Literaturrecherche gewählt. Diese erfolgte zunächst in deutschsprachigen, nachfolgend in internationalen Datenbanken. Die nationale Suche nach aussagekräftigen Studien zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden brachte zunächst keine Treffer, so dass das Suchraster im Sinne einer breiten Suchbewegung zunächst grob gesetzt wurde. So konnten initial auch zahlreiche Treffer ermittelt werden, die sich aber bei Volltextlektüre als weitgehend obsolet zeigten.

Einschlusskriterien für die zu ermittelnden Studien bestanden darin, dass eindeutig Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention untersucht wurden, und dass die Adressatengruppe der Alleinerziehenden darin konkret angesprochen und in die praktische Durchführung mit einbezogen wurden.

Als Ausschlussgründe wurden die folgenden sieben Kriterien festgelegt:

1. Die Studie ist bereits vorhanden, es handelt sich also um eine Doublette
2. Als Outcome werden Kinder betrachtet, keine Alleinerziehenden
3. Ansätze der verhaltens- oder verhältnisbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention sind nicht eindeutig zu erkennen.
4. Es handelt sich um eine rein deskriptive Beschreibung der Lage von Alleinerziehenden
5. Es handelt sich um Informationen und Tipps für Alleinerziehende, ohne Evaluation einer Intervention
6. ein Volltext war nicht verfügbar
7. Die Gruppe der Alleinerziehenden wird nicht explizit in Daten zusammengefasst und ausgewertet.

Der Auswahlprozess ist im Flowchart (Abbildung 2) dargestellt.

4.2 Beschreibung der Methodik der Literaturrecherche

Ziel der Recherche war die Identifikation von evidenzbasierten Ansätzen der Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden. Dabei galt das besondere Interesse konkreten Interventionen sowie ergänzend weiteren Handlungsansätzen der Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden.

4.2.1 Nationale Literaturrecherche

Im Vorlauf der prioritär intendierten internationalen Literaturrecherche wurde in ersten Arbeitsschritten eine orientierende nationale Literaturrecherche vorgenommen.

Diese erfolgte in den Datenbanken:

- SOFIS [letzter Zugriff: 27.10.16]
- GESIS [letzter Zugriff: 27.10.16]
- PubPsych [letzter Zugriff: 27.10.16]
- Deutscher Hochschulserver HIS Datenbank [letzter Zugriff: 01.12.16]

Die genannten nationalen Datenbanken wurden mit den Suchbegriffen „Alleinerzieh*“ AND „Gesundheitsförderung“ OR „Prävention“ („Kernbegriffe“) durchsucht.

Die Recherche in der Datenbank SOFIS – Sozialwissenschaftliches Forschungsinformationssystem – erzielte neun Treffer. Davon konnte keiner als relevant identifiziert werden. Die in GESIS erzielten sieben Treffer stimmten mit den in SOFIS erzielten Treffern vollständig überein, demnach gab es auch hier keine relevanten Publikationen.

Die Recherche in der psychologischen Datenbank PubPsych generierte 71 Treffer. Davon wurden drei als relevant identifiziert. Sie befinden sich in der Ergebnisliste in Tabelle 3.

Die Recherche in der Datenbank HIS des Deutschen Hochschulservers generierte 13 Treffer, wovon sich jedoch keiner als relevant erwies.

Die ausgeschlossenen Publikationen beschreiben die Lebenssituation von Alleinerziehenden und deren Kindern, jedoch keine Interventionen. Einige Publikationen beschäftigen sich nur mit den Auswirkungen des Alleinerziehens auf die Kinder und ihre Gesundheit bzw. ihr Verhalten, andere stellen Informationen und Tipps für Alleinerziehende zur Verfügung.

4.2.2 Internationale Literaturrecherche

Der zentrale Baustein zur Ermittlung der Evidenz für Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden bestand in der internationalen Recherche, welche im Folgenden beschrieben wird.

Einschlusskriterien

Anders als bei der orientierenden Suche in deutschsprachigen Datenbanken, wurde die internationale Literatursuche präziser fokussiert. Eingeschlossen wurden dabei Publikationen, insbesondere Studien, systematische Reviews und Metaanalysen, die

- Gesundheitsförderungs- und/oder Präventionsansätze für Alleinerziehende – zumindest als Teiladressatengruppe – untersuchen und auch für diese ausgewertet haben.
- die den Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung, Stress und Sucht zuzuordnen waren.
- im Zeitraum ab 1995 publiziert wurden.
- in englischer oder deutscher Sprache verfasst wurden.

Recherchestrategie

Die internationale Recherche erfolgte in den folgenden Datenbanken:

- Cochrane [letzter Zugriff: 30.03.17]
- DIMDI [letzter Zugriff: 03.02.17]
- GoogleScholar [letzter Zugriff: 21.01.17]
- Guideline International Network [letzter Zugriff: 20.03.17]
- Hogrefe [letzter Zugriff: 03.02.17]
- IJAB [letzter Zugriff: 14.03.17]
- LIVIVO [letzter Zugriff: 30.03.17]
- PsycARTICLES [letzter Zugriff: 03.02.17]
- Pubmed [letzter Zugriff: 30.03.17]
- PubPsych [letzter Zugriff: 01.04.17]
- SpringerLink [letzter Zugriff: 21.01.17]
- WHO International Clinical Trials Registry Platform [letzter Zugriff: 14.03.17]

Die genannten internationalen Datenbanken wurden mit den nachfolgenden Begriffen durchsucht:

„single parents“, „single-parent*“, „one-parent*“, „lone-parent*“, „single mother*“, „lone-mother*“, „single father*“, „lone-father*“

und

„health promotion“, „prevention“, „parent-training“, „parenting program*“

Angelehnt an die vier Handlungsfelder des GKV-Leitfadens Prävention (GKV, 2014) für Verhaltensprävention wurden ergänzend die Begriffe „nutrition“, „diet“, „physical activity“, „exercise“, „motion“, „addiction*“, „dependenc*“, „stress*“ und „mental pressure“ und für den Bereich des Settingansatzes die Begriffe „setting“ und „communit*“ mit in den Suchstring aufgenommen.

Beispielhaft hier eine Recherchestrategie in der Datenbank Cochrane:

```
((("single parent*" OR single-parent* OR one-parent OR "single mother*" OR lone-mother* OR „single father*" OR lone-father*) AND (("health promotion" OR prevention) OR (setting OR communit*) OR (parent-training OR "parenting program*")) OR ((nutrition OR diet) OR ("physical activity" OR exercise OR motion) OR (addiction* OR dependenc*) OR (stress* OR "mental pressure")))) in Title, Abstract, Keywords
```

Komplexe Suchstrategien waren in den Datenbanken PubPsych, LIVIO, Hogrefe und WHO International Clinical Trials Registry Platform nicht möglich, sodass diese angepasst werden mussten. Die Vereinfachung erfolgte anhand der drei „AND“-Verknüpfungen.

```
((("single parent*" OR single-parent* OR one-parent OR "single mother*" OR lone-mother* OR „single father*" OR lone-father*) AND (("health promotion" OR prevention) OR (setting OR communit*) OR (parent-training OR "parenting program*"))
```

```
((("single parent*" OR single-parent* OR one-parent OR "single mother*" OR lone-mother* OR „single father*" OR lone-father*) AND ((nutrition OR diet) OR ("physical activity" OR exercise OR motion) OR (addiction* OR dependenc*) OR (stress* OR "mental pressure"))
```

Zur besseren Nachvollziehbarkeit befinden sich sämtliche Suchen mit den dazugehörigen Suchstrings und Treffern in der Anlage 7.1 und 7.2.

Die Auswertung der Ergebnisse aus der Metadatenbank „GoogleScholar“ sowie der Datenbank „SpringerLink“ wurde aufgrund nicht funktionierender Bool’scher Operatoren und in der Folge nicht bearbeitbarer Trefferanzahlen nicht vorgenommen (s.u.). So wurden „UND-Verknüpfungen“ nicht als solche behandelt, sodass es zu einer nicht bearbeitbar hohen Anzahl an Treffern kommt. Mögliche Ursache könnte sein, dass die Datenbanken nicht für derart komplexe Suchstrings (mehrere ODER-Optionen in Verbindung mit UND-Verknüpfungen) konzipiert sind.

Als ergiebig stellten sich die Datenbanken Cochrane, LIVIVO, pubmed und PubPsych heraus. Damit konnten vier in Public Health besonders ausgewiesene Datenbanken für Literaturrecherche (Guba, 2008) erschlossen werden. Die Recherchen in den Datenbanken „DIMDI“, „Guideline International Network“, „Hogrefe“, „IJAB“, „PsycARTICLES“, „WHO International Clinical Trials Registry Platform“ führten zu keinen (relevanten) Treffern.

Ergebnisauswahl

Die Auswahl der Rechercheergebnisse erfolgte in vier Schritten.

1. Erzielte Treffer wurden anhand der Titel gesichtet
2. Trefferauswahl der Titel wurde anhand der Abstracts gesichtet
3. Doubletten wurden aussortiert
4. Um Doubletten bereinigte Trefferauswahl der Abstracts wurde anhand der Volltexte gesichtet

Es wurden 29 von 54 anhand der Abstracts identifizierten Publikationen ausgeschlossen, weil es sich entweder um reine deskriptive Korrelationsstudien (hinsichtlich Gesundheit und dem Status alleinerziehend) ohne Intervention bzw. konkrete Ansätze zur Gesundheitsförderung oder Prävention handelte oder die gesundheitlichen bzw. verhaltensbezogenen Outcomes von Kindern Alleinerziehender und nicht die der Alleinerziehenden selbst untersucht wurden. Ein weiterer Ausschlussgrund war die fehlende Auswertung für die Gruppe von Alleinerziehenden bei Interventionen mit einer umfassenderen Adressatengruppe.

Insgesamt erfüllten 20 Publikationen die Einschlusskriterien. Zusätzlich erfolgte eine Schneeballrecherche anhand der Literaturverzeichnisse der relevanten Treffer, sodass weitere drei Publikationen eingeschlossen werden konnten und es zu einer Gesamtanzahl von 23 Publikationen kam. Für alle eingeschlossenen Publikationen wurde eine tabellarische Zusammenfassung erstellt (Datenblätter). Die Datenblätter der einzelnen Publikationen befinden sich im Anhang 7.2.

Der gesamte Prozess der Ergebnisauswahl ist nachfolgend grafisch in Form eines Flowcharts dargestellt (Abbildung 2).

4.3 Überblick zur Literaturrecherche

Die nachstehende Tabelle 3 (in chronologische Reihenfolge nach Erscheinungsjahr) zeigt die Studien, die die Einschlusskriterien erfüllen. Aus einigen Studiengruppen gibt es mehrere Publikationen. Insofern diese die jeweilige Studie unter verschiedenen Gesichtspunkten analysieren, wurden auch mehrere Publikationen zu einer Studie aufgenommen. Knapp die Hälfte der Studien sind RCTs (Randomisierte Kontrollierte Studien, n=10). Die Stichprobengrößen variiert zwischen 5 und 136 Teilnehmenden.

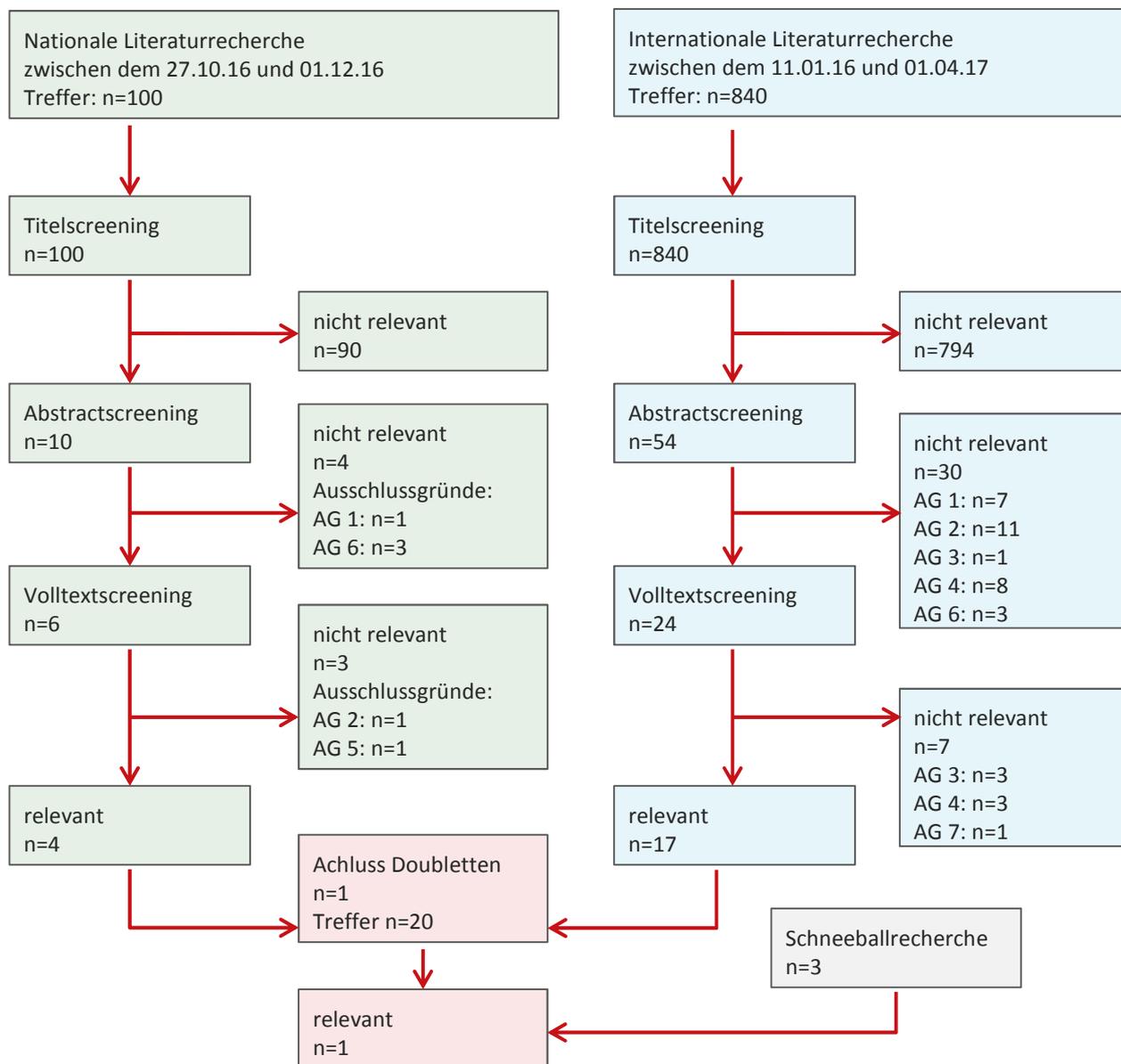


Abbildung 2: Flowchart zur Veranschaulichung der Ergebnisauswahl

Legende Ausschlussgründe:

AG 1 = Doublette

AG 2 = Als Outcome werden Kinder betrachtet, keine Alleinerziehenden

AG 3 = Keine Gesundheitsförderungs-/Präventionsansätze

AG 4 = rein deskriptive Beschreibung der Lage von Alleinerziehenden

AG 5 = Informationen und Tipps für Alleinerziehende, ohne Evaluation einer Intervention

AG 6 = Volltext nicht verfügbar

AG 7 = keine Auswertung für Alleinerziehende

Tabelle 3: Auflistung aller eingeschlossenen Publikationen nach Erscheinungsjahr (absteigend)

NR.	AUTOR / AUTORIN	TITEL	PUBLIKATIONS- LAND	STUDIENDESIGN	STICHPROBENGRÖSSE
1.	Wansink et al., 2015	Effects of Preventive Family Service Coordination for Parents With Mental Illnesses and Their Children, a RCT	Niederlande	Randomisierte kontrollierte Studie	N=99 (IG n=49 und KG n=50)
2.	Ziesche, 2015	Gesundheitsförderung arbeitsloser alleinerziehender Frauen durch Maßnahmen der Arbeitsmarktpolitik	Finnland/ Deutschland	Review mit ergänzenden qualitativen Fallstudien (Dissertation)	N=11, keine KG
3.	Rajwan et al., 2014	Evaluating Clinically Significant Change in Mother and Child Functioning: Comparison of Traditional and Enhanced Behavioral Parent Training	USA	Teil einer randomisierten kontrollierten Studie	N=80 (IG STEPP n=40 und IG BPT n=40)
4.	Weihrauch et al., 2014a	Die Wirksamkeit von wir2	Deutschland	Randomisierte kontrollierte Studie	N=88 (IG n=47 und KG n=41)
5.	Weihrauch et al., 2014b	Long-term efficacy of an attachment-based parental training program for single mothers and their children: a randomized controlled trial	Deutschland	Randomisierte kontrollierte Studie	N=88 (IG n=47 und KG n=41)
6.	Leerlooijer et al., 2013	Qualitative evaluation of the Teenage Mothers Project in Uganda: a community-based empowerment intervention for unmarried teenage mothers	Uganda	Qualitative Evaluationsstudie	N=23, keine KG
7.	Böhm & Schneider, 2013	Evaluation Eltern-AG, Endergebnisse der Evaluation	Deutschland	Qualitative Evaluationsstudie, Schwerpunkt: Teilnehmerbefragung	N=115
8.	Lipman et al., 2010	Understanding how education/support groups help lone mothers	Kanada	explorativer qualitativer Studienarm einer größer angelegten randomisierten kontrollierten Studie	N=8

NR.	AUTOR / AUTORIN	TITEL	PUBLIKATIONS- LAND	STUDIENDESIGN	STICHPROBENGRÖSSE
1.	Wansink et al., 2015	Effects of Preventive Family Service Coordination for Parents With Mental Illnesses and Their Children, a RCT	Niederlande	Randomisierte kontrollierte Studie	N=99 (IG n=49 und KG n=50)
9.	Franz et al., 2010	PALME – ein Präventives Elterntaining für alleinerziehende Mütter geleitet von ErzieherInnen	Deutschland	Randomisierte kontrollierte Studie	N=88 (IG n=47 und KG n=41)
10.	Chacko et al., 2009	Enhancing Traditional Behavioral Parent Training for Single Mothers of Children with ADHD	USA	Randomisierte kontrollierte Studie	N=120 (zwei IG und eine KG je n=40)
11.	Franz et al. 2008	PALME –Wirksamkeit eines bindungsorientierten Elterntainings für alleinerziehende Mütter und ihre Kinder	Deutschland	Randomisierte kontrollierte Studie	N=88 (IG n=47 und KG n=41)
12.	Chacko et al., 2008	A Pilot Study of the Feasibility and Efficacy of the Strategies to Enhance Positive Parenting (STEPP) Program for Single Mothers of Children with ADHD	USA	Pilotinterventionsstudie	N=12
13.	Peden et al., 2005	Testing an Intervention to Reduce Negative Thinking, Depressive Symptoms, and Chronic Stressors in Low-Income Single Mothers	USA	Randomisierte kontrollierte Studie	N=136 (IG n=62 und KG n=74)
14.	Peden et al., 2005	A Community-Based Depression Prevention Intervention With Low-Income Single Mothers	USA	Randomisierte kontrollierte Studie	N=136 (IG n=62 und KG n=74)
15.	Lipman et al., 2005	Social support and education groups for single mothers: a randomized controlled trial of a community-based program	Kanada	Randomisierte kontrollierte Studie	N=116 (IG n=59 KG n=57)
16.	Yanicki, 2005	Social support and family assets: the perceptions of low-income lone-mother families about support from home visitation	Kanada	Qualitative explorative deskriptive Studie	N=13 (keine KG)

NR.	AUTOR / AUTORIN	TITEL	PUBLIKATIONS- LAND	STUDIENDESIGN	STICHPROBENGRÖSSE
1.	Wansink et al., 2015	Effects of Preventive Family Service Coordination for Parents With Mental Illnesses and Their Children, a RCT	Niederlande	Randomisierte kontrollierte Studie	N=99 (IG n=49 und KG n=50)
17.	Markle-Reid et al., 2002	The 2-year costs and effects of a public health nursing case management intervention on mood-disordered single parents on social assistance	Kanada	Studienarm einer größeren angelegten randomisierten kontrollierten Studie	N=129 (IG n=69 und KG n=20)
18.	Nardi, 1997	Risk Factors, Attendance, and Abstinence Patterns of Low-Income Women in Perinatal Addiction Treatment Lessons from a 5-Year Program	USA	Deskriptive Feldstudie	N=40, keine KG
19.	Butcher & Gaffney, 1995	Building Healthy Families: A Program for Single Mothers	USA	Interventionsstudie	N=5, keine KG
20.	Hancioglu, 2014	Alleinerziehende und Gesundheit. Die Lebensphase "alleinerziehend" und ihr Einfluss auf die Gesundheit	Deutschland	Sekundärdatenanalyse (Dissertation)	
21.	Leerlooijer et al., 2014	Applying Intervention Mapping to develop a community-based intervention aimed at improved psychological and social well-being of unmarried teenage mothers in Uganda	Uganda	Deskriptive Feldstudie	
22.	Black & Ford-Gilboe, 2004	Adolescent mothers: resilience, family health work and health-promoting practices	Kanada	Deskriptive Korrelationsstudie	N=41, keine KG
23.	Avison, 1997	Single motherhood and mental health: implications for primary prevention	Kanada	Herausgeberkommentar (Expertenevidenz)	

ergänzende Publikationen nach Erscheinungsjahr (absteigend)

4.4 Zusammenfassung und Bewertung der einzelnen Publikationen

Die systematische Literaturrecherche zeigt, dass es insgesamt nur wenig Forschung gibt, die ausschließlich, vorrangig oder zumindest explizit die Gruppe der Alleinerziehenden adressiert. Dies scheint insbesondere dadurch begründet, dass es sich bei Alleinerziehenden nicht um eine homogene Gruppe handelt. Hier zeigen die Adressierungen der identifizierten Publikationen, dass es sich überwiegend um **spezifische Teilgruppen** handelt. So adressieren einige Studien **geringverdienende alleinerziehende Mütter** (Butcher & Gaffney, 1995; Peden, Rayens & Hall, 2005; Peden, Rayens, Hall & Grant, 2005; Yanicki, 2005) oder solche, die auf Sozialhilfe angewiesen sind (Markle-Reid, Browne, Roberts, Gafni & Byrne, 2002). Andere adressieren Eltern bzw. Mütter mit **psychischen Beeinträchtigungen** oder einer **Suchtabhängigkeit** (Franz, Weihrauch, Budenberg & Schäfer, 2009; Franz, Weihrauch & Schäfer, 2010; Franz, 2014; Franz, Weihrauch & Schafer, 2015; Wansink, Janssens, Hoencamp, Middelkoop & Hosman, 2015; Weihrauch, Haubold & Franz, 2014; Weihrauch, Schäfer & Franz, 2014). Sofern Alleinerziehende adressiert werden, handelt es sich dabei weit überwiegend um alleinerziehende Mütter, was auf die eingangs dargestellte Verteilung von alleinerziehenden Müttern und Vätern (90% sind Frauen) zurückzuführen sein könnte. Eine weitere Adressatengruppe stellen **junge unverheiratete** alleinerziehende Mütter dar (Black & Ford-Gilboe, 2004) und **alleinerziehende Mütter von Kindern mit ADHS** (Chacko et al., 2008; Chacko et al., 2009; Rajwan, Chacko, Wymbs & Wymbs, 2014). Nur eine Studiengruppe differenziert Alleinerziehende nur über das **Alter der Kinder** (Lipman & Boyle, 2005; Lipman et al., 2010). Hier werden nur alleinerziehende Mütter mit Kindern zwischen drei und neun Jahren betrachtet.

Die meisten Interventionen zielen auf eine **Verbesserung der psychischen Gesundheit** (Franz et al., 2009; Franz et al., 2010; Franz, 2014; Franz et al., 2015; Lipman & Boyle, 2005; Lipman et al., 2010; Markle-Reid et al., 2002; Peden, Rayens & Hall, 2005; Peden, Rayens, Hall et al., 2005; Rajwan et al., 2014; Wansink et al., 2015; Weihrauch, Haubold et al., 2014; Weihrauch, Schäfer et al., 2014) beziehungsweise eine **Reduzierung von chronischem Stress** und eine Förderung eines **gesundheitsförderlichen Verhaltens** (Black & Ford-Gilboe, 2004; Butcher & Gaffney, 1995) ab. Ein weiteres wichtiges Thema ist das **Elterntraining** und damit einhergehend eine Förderung der **positiven Kindererziehung** und Verbesserung der **Eltern-Kind-Beziehung** (Chacko et al., 2008; Chacko et al., 2009; Franz et al., 2009; Franz et al., 2010; Franz et al., 2015; Lipman & Boyle, 2005; Lipman et al., 2010; Rajwan et al., 2014; Weihrauch, Haubold et al., 2014; Weihrauch, Schäfer et al., 2014). Des Weiteren konnte eine Intervention zur **Unterstützung von Sozialhilfebedürftigen** (Markle-Reid et al., 2002), eine zur **sozialen Unterstützung** (Yanicki, 2005) und eine zur **Abstinenz von Alkohol und Drogen** (Nardi, 1997) identifiziert werden.

Diese Ergebnisse sowie die wesentlichen Inhalte der einzelnen Studien werden nachfolgend zunächst einzeln und anschließend in Form von Überblickstabellen dargestellt (vgl. 4.5.). In Anhang 6.2. findet sich zudem eine systematische Darstellung zu Rahmendaten der einzelnen Studien wie Fallgrößen, Methodik und Evidenzniveaus in Form von Datenblättern.

Die Bewertung der Evidenz der Studien erfolgte an Hand der **Klassifizierung evidenzbasierter Medizin** (Abbildung 3). Auch wenn die Anwendung solcher aus der Medizin entstammenden Kategorien für die Gesundheitsförderung und Prävention strittig und hinsichtlich ihres Erkennt-

niswertes stark limitiert ist (Kuhn et al., 2012), wurde sie an dieser Stelle in Ermangelung alternativer Klassifizierungen verwandt.

KLASSE		ANFORDERUNGEN AN DIE STUDIEN
I	I a	Evidenz aufgrund einer systematischen Übersichtsarbeit randomisierter, kontrollierter Studien (eventuell mit Metaanalyse)
	I b	Evidenz aufgrund mindestens einer hoch qualitativen randomisierten, kontrollierten Studie
II	II a	Evidenz aufgrund einer gut angelegten, kontrollierten Studie ohne Randomisierung
	II b	Evidenz aufgrund einer gut angelegten, quasi-experimentellen Studie
III		Evidenz aufgrund gut angelegter, nicht-experimenteller deskriptiver Studien
IV		Evidenz aufgrund von Berichten/Meinungen von Expertenkreisen, Konsensuskonferenzen und/oder klinischer Erfahrungen anerkannter Autoritäten

Abbildung 3: Evidenzklassen (EbM Netzwerk, 2007)

Die Suche nach **alternativen Appraisal-Tools**, d.h. nach standardisierten oder standardisierbaren Instrumenten zur Bewertung von Wirksamkeiten auch im Kontext hochkomplexer Interventionen wie Gesundheitsförderung in Lebenswelten, konnte keinen substanziellen Erkenntnisgewinn generieren. Zusammenfassend lässt sich ableiten, dass die Appraisal-Tools bislang keine schlüssige Evidenzableitung für die Bewertung von Ansätzen der Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden ergeben. Perspektivisch sollte die Ableitung eines pragmatisch handhabbaren Einstufungsmodells angestrebt werden, das sich an den Kriterien von Health Evidence sowie an den Fragen der theoretischen und deskriptiven Beweiskraft von Publikationen, etwa entlang der Kriterien guter Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten oder der Grünen Liste Prävention, orientiert. Doch dies kann nicht im Rahmen einer Studie erfolgen, sondern bedarf entsprechend gebahnter Wege eigenständiger Forschungsprojekte, die ihrerseits wiederum eines Konsentierungsprozesses im Sinne eines Peer Review-Verfahrens bedürfen.

Insofern war eine Berücksichtigung alternativer Appraisal-Tools im Rahmen der vorliegenden Literaturrecherche nicht möglich. Die Suchbeschreibung wurde daher aus dem Fließtext dieses Abschlussberichts entfernt. Gleichwohl ist die Recherche nach Appraisal-Tools incl. einer Beschreibung und Bewertung ihrer Potenziale in der Anlage 7.3. dokumentiert.

Im Folgenden werden die einzelnen Studien dargestellt, wobei es von einigen Forschungsgruppen mehrere Publikationen gibt, die z.T. auf den gleichen Erhebungsdaten zu beruhen scheinen. Sie werden daher zusammenfassend dargestellt und jeweils in Form einer **inhaltsgebenden Überschrift gebündelt**. Eine ergänzende ausführliche Beschreibung der Publikationen in tabellarischer Form (die beschriebenen Datenblätter) liegt dem Bericht im Anhang in Form der Datenblätter bei (7.2.).

4.4.1 Koordination von Familiendienstleistungen (Niederlande)

1. Wansink et al., 2015: Effects of Preventive Family Service Coordination for Parents With Mental Illnesses and Their Children, a RCT

Fragestellung/Ziel

Ziel war eine Verbesserung der Kindererziehung und des sozialen Netzwerks durch auf die Bedürfnisse zugeschnittene Organisation und Koordination von psychiatrischen und präventiven Familiendienstleistungen. Der Fokus lag dabei auf der Stärkung von positiver Erziehung und des Netzwerks bzw. der Community.

Methodische Vorgehensweise

Adressiert waren Eltern mit psychiatrischen Erkrankungen, die in ambulanter Behandlung waren, mindestens ein Kind zwischen drei und zehn Jahren hatten und mindestens drei von definierten 16 Risikofaktoren für schlechte Kindererziehung erfüllt haben. Alleinerziehend galt dabei als einer der 16 Risikofaktoren und wurde von 46% erfüllt. Es wurden 99 Probandinnen und Probanden randomisiert in eine Interventions- (n=49) und eine Kontrollgruppe (n=50) aufgeteilt. Die Befragungen in Form von Interviews (90 Min.) fanden zur Baseline sowie nach neun und 18 Monaten bei den Probandinnen und Probanden zu Hause statt.

Intervention

Die fünf Kernelemente der Intervention „Preventive Basic Care Management“ waren Einschreibung, Beurteilung, Gestaltung eines integrierten Präventionsplans für eine maßgeschneiderte Betreuung, Zusammenbringen von Familien mit Dienstleistungen und Evaluation. Jede Familie bekam dafür einen persönlichen Koordinator, der Ziele koordiniert und evaluiert, Treffen mit den Familien und jeweiligen Dienstleistern arrangiert und den Prozess verfolgt. Die Intervention dauerte im Mittel 18 Monate. Die Kontrollgruppe erhielt eine Broschüre über den Einfluss von Erziehungsproblemen auf die Kinder und Informationen über verfügbare Dienstleistungen wie Selbsthilfegruppen.

Ergebnisse

Die Analysen zeigen signifikante Verbesserungen der Erziehungsfähigkeit in der Interventionsgruppe. Des Weiteren berichten die Autorinnen und Autoren von einem „nicht signifikanten Trend“ hinsichtlich einer Verbesserung der Erziehungsqualität und als gesundheitlich relevantes Outcome einer Verringerung des Erziehungsstresses. Veränderungen in der Kontrollgruppe werden nicht beschrieben.

Schlussfolgerung und Evidenzbewertung

Die Interpretation der Autorinnen und Autoren, dass die Ergebnisse darauf hindeuten, dass die Intervention sinnvoll ist und sich positiv auf die Erziehungsfähigkeit auswirkt und auch die Qualität der Erziehung und den Erziehungsstress beeinflussen kann, ist empirisch nicht belegt, weil keine Aussage über Veränderungen in der Kontrollgruppe getroffen wird, sodass die Evidenz trotz des hochwertigen Studiendesigns in Frage gestellt werden muss. Zudem waren die Veränderungen hinsichtlich der Qualität der Erziehung und des Erziehungsstresses nicht signifikant, es kann sich demnach auch um Zufallsschwankungen handeln. Bei der Beschreibung der Ergebnisse

wird des Weiteren nicht darauf hingewiesen, mit welchen Daten gerechnet wurde. Zwar ist das Evidenzniveau laut den oben beschriebenen Kriterien aufgrund des Studiendesigns mit Ib zu bewerten, jedoch wird hier keine Evidenz für den Zusammenhang der Intervention mit der Gesundheit (hier Stress) hergestellt. Auch die beschriebenen methodischen Schwächen verunsichern hinsichtlich einer Evidenzbewertung.

4.4.2 Maßnahmen der Arbeitsmarktpolitik (Deutschland)

2. Ziesche, 2015: Gesundheitsförderung arbeitsloser alleinerziehender Frauen durch Maßnahmen der Arbeitsmarktpolitik

Fragestellung/Ziel

Bei dieser an der University of Eastern Finland 2015 eingereichten Dissertation (2016 als Monographie im Lit-Verlag Münster erschienen) handelt es sich um eine Überblicksstudie zu Gesundheitsförderung durch Maßnahmen der Arbeitsmarktpolitik. Ziel war es, Inhalte und Potenziale von Gesundheitsförderung bei alleinerziehenden Frauen in Kursen der Arbeitsmarktpolitik zu identifizieren.

Methodische Vorgehensweise

Die Autorin hat neben einer eher kursorischen Analyse des nationalen internationalen Forschungsstands elf als Fallstudien ausgewertete Interviews mit arbeitslosen alleinerziehenden Frauen durchgeführt.

Intervention

Die Probandinnen nahmen an einem nicht näher erläuterten Projekt „AQuA – Arbeit und Qualifizierung für Alleinerziehende“ teil. Dieses orientiert nicht explizit auf Gesundheitsförderung, wirkt aber nach Einschätzung der Verfasserin ressourcenstärkend.

Ergebnisse

Folgende Erfolgsfaktoren werden identifiziert:

- stigmatisierungs- und beitragsfreie Zugänge
- die Methode des Gesundheitscoachings,
- eine langfristige Teilnahme von sechs Monaten,
- eine Nähe zu einem möglichen beruflichen Handlungsfeld,
- ein Informationsaustausch der Kursteilnehmerinnen im Sinne von Selbstorganisation
- die Einbettung in übergreifende Gesundheitsstrategien durch Bundesagentur für Arbeit, Jobcenter, Krankenkassen und Kommunen im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik.

Über das Ausmaß der Erfolgsfaktoren wird keine Auskunft gegeben, es finden sich auch keine Indikatoren oder Ableitungen hinsichtlich individueller Wirksamkeit einzelner Maßnahmen.

Schlussfolgerung und Evidenzbewertung

Die Studie zeigt argumentativ durch Ableitungen die grundsätzliche gesundheitsförderliche Relevanz einer Arbeitsmarktintegration für alleinerziehende Mütter auf. Eine Dimensionierung dieses Befundes ist jedoch mangels Indikatoren nicht möglich. Auch eine Evidenzbewertung ist vor dem Hintergrund der kleinen Fallzahl und der unspezifischen Fragestellung nicht möglich.

4.4.3 Elterntrainings (STEPP – Strategies to Enhance Positive Parenting) (USA)

3. Rajwan et al., 2014: Evaluating Clinically Significant Change in Mother and Child Functioning: Comparison of Traditional and Enhanced Behavioral Parent Training

10. Chacko et al., 2009: Enhancing Traditional Behavioral Parent Training for Single Mothers of Children with ADHD

12. Chacko et al., 2008: A Pilot Study of the Feasibility and Efficacy of the Strategies to Enhance Positive Parenting (STEPP) Program for Single Mothers of Children with ADHD

Diese drei Publikationen werden zusammenfassend dargestellt, da sie das gleiche Thema adressieren und aus einer Forschergruppe stammen. Chacko et al. (2008) stellen dabei die Pilotstudie dar für die Forschungsfragen, die in den Publikationen von Chacko et al (2009) und Rajwan et al. (2014) vertieft werden.

Fragestellung/Ziel

Ziel war die Wirksamkeitsüberprüfung des STEPP-Programms im Vergleich zu einem traditionellen Eltern-Verhaltenstraining und einer Kontrollgruppe. Im Vorlauf erfolgte eine erste Evaluation des STEPP-Programms in einer Pilotstudie.

Methodische Vorgehensweise

Chacko, Rajwan und Kolleginnen und Kollegen (Chacko et al., 2008; Chacko et al., 2009; Rajwan et al., 2014) untersuchten zwei Elternprogramme für alleinerziehende Mütter von Kindern mit einer diagnostizierten Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung. 120 Frauen wurden randomisiert aufgeteilt in ein traditionelles Eltern-Verhaltenstraining (BPT – Behavioral Parenting Training) (n=40), eine Weiterentwicklung dessen (STEPP – Strategies to Enhance Positive Parenting) (n=40) und eine Kontrollgruppe (n=40). Befragungen fanden statt zur Baseline, nach dem Programm und drei Monate danach (Follow-up).

An der im Voraus durchgeführten Pilotstudie nahmen zwölf alleinerziehende Mütter mit Kindern mit einer diagnostizierten ADHS teil.

Intervention

Das traditionelle Eltern-Verhaltenstraining umfasste ein neunwöchiges Programm mit 2,5 Stunden pro Woche und hatte das Erlernen effektiver Erziehungsmethoden zum Ziel. Therapeuten haben abhängig vom Kindesalter spezifische Inhalte für jedes Mutter-Kind-Paar angepasst (z.B. Diskussionen zur positiven Teilnahme werden für Eltern jüngerer Kinder im Kontext vom Spielen

diskutiert, für Eltern älterer Kinder im Kontext von Fernsehen, Lesen von Zeitschriften oder während einer Diskussion zwischen Eltern und Kindern). Zusätzlich wurden Filmaufnahmen von Erziehungsfehlern gezeigt und anschließend diskutiert. Es gab Rollenspiele und Hausaufgaben auf Basis der letzten Sitzung. Die Kinder nahmen parallel an einem gruppenbasierten Programm zur Stärkung ihrer sozialen Kompetenzen teil. Die STEPP-Gruppe erhielt das gleiche Programm, jedoch mit einem verbesserten Aufnahmeverfahren, das die Teilnahmemotivation verbessert, mögliche Teilnahmebarrieren reduziert und die Erwartungen der Mütter hinsichtlich der Teilnahme und die Auswirkung auf das Verhalten ihres Kindes berücksichtigt. Die soziale Unterstützung unter den Eltern wurde durch die Bildung von Subgruppen zu Problemlösungs- und Bewältigungsstrategien verbessert und sie haben systematische Problemlösungsmethoden für Zeitmanagement oder Probleme mit Angehörigen erlernt. Zusätzlich wurden Eltern-Kind-Interaktionen zur Verbesserung der Erziehungsfähigkeiten und der Motivationssteigerung hinsichtlich von Verhaltenszielen in der Gruppe und zu Hause durch die Schaffung von Anreizen integriert.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Pilotstudie deuten auf eine Verringerung des erziehungsbedingten Stresses sowie von depressiven Symptomen hin (Chacko et al., 2008).

Die Entwicklung der Depressionswerte wird im Ergebnisteil von Chacko et al. (2009) nicht explizit beschrieben, kann jedoch anhand einer Tabelle beurteilt werden. Daraus geht hervor, dass die Depressionswerte nur prä und post, nicht aber zum follow-up erhoben wurden. Zudem unterscheiden sich die Werte in keiner Gruppe signifikant von der Kontrollgruppe.

Die Analysen von Rajwan et al. (2014) sind etwas ausführlicher. Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen der STEPP- und der BPT-Gruppe hinsichtlich der Erziehungskompetenz. Der Anteil der Eltern mit einer Veränderung und Wiederherstellung hinsichtlich des Stresses war in der STEPP-Gruppe signifikant größer als in der BPT-Gruppe. Eine signifikant größere Anzahl an Eltern der STEPP-Gruppe erreichte eine zuverlässige Veränderung der Erziehungskompetenz. Die Anzahl derjenigen, die eine zuverlässige Veränderung und Wiederherstellung erreichten, unterschied sich jedoch nicht signifikant zwischen den Gruppen. Auch bezüglich der Depressivität zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Die Autorinnen und Autoren kommen zu dem Fazit, dass ein minimaler Vorteil der STEPP-Gruppe gegenüber der BPT-Gruppe besteht.

Schlussfolgerung und Evidenzbewertung

Im Fokus der Publikation von Chacko et al. (2009) standen Erziehungsfähigkeiten, Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung wurde nur am Rande am Beispiel von Depressivität thematisiert. Etwas genauer wurden die Themen Stress, Depressivität und Erziehungsverhalten sowie -kompetenz in der Publikation von Rajwan et al. (2014) beleuchtet. Im Vergleich der beiden Interventionsgruppen zeigten sich nur marginale Unterschiede.

Das Studiendesign der Hauptstudie ist – zwar mit einer kleinen Stichprobe – als hochwertig zu beurteilen (Ib). Da sich die Ergebnisse der Interventionsgruppe jedoch nicht signifikant von denen der Kontrollgruppe unterscheiden, liegt für diese Interventionen keine Evidenz einer Wirksamkeit vor.

4.4.4 Präventives Elterntaining (PALME/ Wir2) (Deutschland)

4. **Wehrauch, Haubold et al., 2014: Die Wirksamkeit von wir2**
5. **Wehrauch, Schäfer et al., 2014: Long-term efficacy of an attachment-based parental training program for single mothers and their children: a randomized controlled trail**
9. **Franz et al., 2010: PALME – ein Präventives Elterntaining für alleinerziehende Mütter geleitet von ErzieherInnen**
11. **Franz et al., 2009: PALME – Wirksamkeit eines bindungsorientierten Elterntainings für alleinerziehende Mütter und ihre Kinder**

Diese vier Publikationen berichten mit unterschiedlichen Schwerpunkten die Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie und werden daher im Folgenden zusammenfassend dargestellt.

Fragestellung/Ziel

Die Ziele bestanden in der Stabilisierung der Mutter-Kind-Beziehung, der Stärkung der intuitiven Elternfunktionen, der Verbesserung und Differenzierung der mütterlichen Affektwahrnehmung, der Bearbeitung unbewusster Delegationen (z.B. Parentifizierung des Kindes), der Bearbeitung evtl. bestehender Selbstwertprobleme und Schuldgefühle, der Trennung der Elternverantwortung von der Ebene des Paarkonfliktes und der Einübung sozialer und elterlicher Kompetenzen.

Methodische Grundlage

PALME – „Präventives Elterntaining für alleinerziehende Mütter geleitet von ErzieherInnen“ ist ein Programm, das von Franz und Kolleginnen und Kollegen entwickelt wurde und gezielt psychisch beeinträchtigte alleinerziehende Mütter adressiert. In der randomisierten kontrollierten Studie wurden zunächst 127 Mütter gescreent und davon 88, die die Einschlusskriterien erfüllten, in eine Interventions- (n=47) und eine Wartekontrollgruppe (n=41) aufgeteilt. Als leicht bis mittelgradig belastet galten Mütter, deren Werte zwar auf mindestens einer Depressivitätsskala (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS-D) im grenzwertigen Bereich lagen (>7), die aber nicht aufgrund der Diagnose einer Suchterkrankung, gravierenden Persönlichkeitsstörung oder einer anderen schweren psychischen Erkrankung (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, SKID) für eine Gruppenteilnahme ungeeignet waren. Die Datenerhebung erfolgte in halbstrukturierten Interviews zur Baseline, unmittelbar nach der Intervention (posttreatment) und sechs Monate danach (Follow-up).

Intervention

Das Kursprogramm PALME beinhaltet 20 Gruppensitzungen (wöchentlich über sechs Monate) mit maximal je zwölf Müttern und einem geschulten Leitungspaar (Erzieherin/ Erzieher). Das Programm besteht aus den vier inhaltlich aufeinander aufbauenden Modulen 1. emotionszentrierte Selbstwahrnehmung der Mutter, 2. Einfühlung in das emotionale Erleben und die Entwicklungsbedürfnisse des Kindes, 3. Situation der Gesamtfamilie, der Trennungskonflikt, Bedeutung des Vaters und 4. lösungsorientierte Entwicklung sozialer Kompetenzen im Alltag.

Ergebnisse

Es zeigte sich eine signifikante Abnahme der Depressivität und der psychogenen Gesamtbeeinträchtigung in der Interventionsgruppe, während nur eine geringe Veränderung bei der Kontrollgruppe zu beobachten war. Die psychosomatische Symptombelastung hat in der Interventionsgruppe nach Teilnahme an der Intervention signifikant abgenommen und ist zum 6-Monats-Follow-up stabil geblieben. In der Kontrollgruppe gab es eine von prä Intervention zum 6-Monats-Follow-up geringe, aber signifikante Abnahme. Vor dem Programm waren in der Interventionsgruppe 57,7% der Mütter stark psychisch beeinträchtigt, während es nach dem Kursbesuch nur noch 15,4% waren. Zum Follow-up hat sich dieser Anteil wieder geringfügig erhöht (19,2%). In der Kontrollgruppe nahm der Anteil der stark gestressten Mütter zwar ebenfalls ab (prä: 40%, post: 31,4% follow-up: 21,9%), jedoch ohne statistische Signifikanz von prä – post und prä – follow-up. Hinsichtlich der Depressivität zeigten die Mütter der Interventionsgruppe vor der Intervention einen mehr als doppelt so hohen Wert gegenüber dem Durchschnittswert der altersgleichen weiblichen Bevölkerung. Nach der Intervention hat sich der Mittelwert etwa halbiert und ist nachfolgend konstant geblieben. In der Kontrollgruppe gab es eine geringe, aber signifikante Abnahme der depressiven Symptome von prä Intervention zum 6-Monats-Follow-up.

Die emotionalen Kompetenzen der Interventionsgruppe und Kontrollgruppe unterschieden sich zu Beginn, sodass die Berechnung für t1 (prä) kontrolliert wurde. Es zeigte sich nur nach der Intervention ein signifikanter Unterschied. So nahm das Gefühl der Emotionsüberflutung in der Interventionsgruppe signifikant ab, während sich in der Kontrollgruppe keine Veränderung zeigte. Auch die Akzeptanz der eigenen Emotionen verbesserte sich in der Interventionsgruppe signifikant, während sie in der Kontrollgruppe auf etwa gleichem Niveau blieb. Der Anteil der Mütter, die ihre Emotionen unterdurchschnittlich schlecht akzeptieren konnten, reduzierte sich in der Interventionsgruppe von 42,3% zum Zeitpunkt t1 auf 7,7% zum Zeitpunkt t2. In der Kontrollgruppe gab es keine signifikanten Veränderungen. Zum Sechs-Monats-Follow-up unterschieden sich die Gruppen nicht voneinander.

Subgruppenanalysen zeigten keinen Unterschied in der Wirksamkeit von Müttern unterschiedlicher Bildungsschichten, besonders profitierten jedoch ältere Mütter und zu Beginn stärker belastete Mütter. Die Verbesserungen in der Kontrollgruppe könnten laut Autorinnen und Autoren darauf zurückzuführen sein, dass diese zwei Treffen hatten, mehrfach telefonisch kontaktiert wurden, Grußkarten zu Geburtstagen und Feiertagen erhielten, um sie motiviert zu halten an der Studie teilzunehmen und die Wartezeit bis zu ihrem PALME-Programm zu verkürzen.

Die Autorinnen und Autoren kommen zu dem Fazit, dass PALME geeignet ist, depressiven Erkrankungen alleinerziehender Mütter vorzubeugen, deren emotionale Kompetenz zu verbessern,

die Eltern-Kind-Beziehung zu stabilisieren und hierdurch das Risiko für kindliche Verhaltensprobleme zu reduzieren. Das von Müttern gut angenommene Programm sei niedrigschwellig und ökonomisch (gute Kosten-Nutzen-Relation). Sie schlagen die Aufnahme im Regelangebot der kommunalen psychosozialen Versorgung, in Beratungsstellen oder psychotherapeutischen Praxen vor.

Schlussfolgerung und Evidenzbewertung

Die randomisierte kontrollierte Studie weist aufgrund des Studiendesigns und den anerkannten validen Messinstrumenten eine hohe methodische Qualität auf (Ib). Die Ergebnisse belegen eine gute Wirksamkeit bei psychisch beeinträchtigten alleinerziehenden Müttern und damit eine evidenzbasierte Grundlage für die Verbesserung der psychischen Gesundheit bereits psychisch beeinträchtigter alleinerziehender Mütter.

Inwieweit es sich dabei um eine primär- oder sekundärpräventive Maßnahme handelt und ob eine Übertragung auf andere Adressaten – zum Beispiel gering belastete Mütter oder alleinerziehende Väter – möglich ist, kann aus den Studien nicht unmittelbar abgeleitet werden.

4.4.5 Teenage-Mütter in Uganda

6. Leerlooijer et al., 2013: Qualitative evaluation of the Teenage Mothers Project in Uganda: a community-based empowerment intervention for unmarried teenage mothers

21. Leerlooijer et al., 2014: Applying Intervention Mapping to develop a community-based intervention aimed at improved psychological and social well-being of unmarried teenage mothers in Uganda

Da es sich bei den beiden Publikationen um die Ergebnisse einer Studie handelt, werden sie im Folgenden gemeinsam dargestellt.

Fragestellung/Ziel

Evaluation eines kommunenbasierten Empowerment-Programms für unverheiratete Teenagemütter aus Uganda.

Methodische Grundlage

Für eine systematische Entwicklung eines evidenzbasierten umfassenden Gesundheitsförderungsprogramms wurde die Methode des Intervention Mapping verwendet. Ergänzend wurden halbstrukturierte Interviews mit Beteiligten (früheren Teenagemüttern, Gemeindeleitungen und Projektumsetzerinnen und -setzern) durchgeführt.

Intervention

Eine Planungsgruppe bestehend aus Gemeindeführungen, Teenagemüttern, Personal einer kommunalen Organisation und Expertinnen und Experten für Gesundheitsförderung war involviert in die sechs Schritte des Intervention Mapping: Bedarfsanalyse, Programmziele, Methoden und Anwendungen, Interventionsdesign, Planung zur Annahme und Umsetzung sowie Evaluati-

onsplanung. Die Intervention umfasste fünf Komponenten: Bewusstseinsbildung in der Kommune, Unterstützungsgruppen für Teenage-Mütter, Bildung und Einkommensgenerierung, Beratung und Fürsprache/Anwaltschaft (Advocacy).

Ergebnisse

Das „Teenage Mother Project“ hat zu einem Wandel der sozialen Normen, insbesondere hinsichtlich der Stigmatisierung von unverheirateten Teenagemüttern, beigetragen und damit zu einer Verbesserung ihrer Möglichkeiten. Es führte zu verbessertem Selbstvertrauen und größerer Autonomie, zum Weiterführen der Schule und zur Einkommensgenerierung und einer besseren Bewältigung von Herausforderungen. Insbesondere die Beratung der Teenagemütter, ihrer Eltern und der Gemeindeführer scheinen laut Autorinnen und Autoren zu diesen Ergebnissen beigetragen zu haben.

Schlussfolgerung und Evidenzbewertung

Die Autorinnen und Autoren kommen zu dem Fazit, dass die Stärken des „Teenage Mother Project“ in dem sozio-ökologischen Ansatz, in der partizipativen Planung mit den Leitern der Kommune und anderen Stakeholdern, der Beratung von Teenagemüttern und ihren Eltern sowie dem Fokus auf der Bildung und Einkommensgenerierung liegen.

Die Methode des Intervention Mapping kann als ein quasi-experimentelles Design (ohne Kontrollgruppe) gewertet werden. Aufgrund von methodischen Schwächen, insbesondere hinsichtlich einer transparenten Darstellung des Studienverlaufs sowie Ergebnisdokumentation kann es nur zu einer Bewertung von IIb-III kommen. Die Studie zeigt jedoch auf, welche Bedeutung Settingansatz und Partizipation für Selbstachtung der Betroffenen, eine Akzeptanz in ihrem sozialen und regionalen Umfeld und im Ergebnis Verringerung von Schamgefühl und Stigmatisierung haben kann.

4.4.6 Eltern-AG (Deutschland)

7. Böhm & Schneider, 2013: Zusammenfassung der Zwischenergebnisse der Begleitforschung der Eltern-AG

Fragestellung/Ziel

Überprüfung der Wirksamkeit des präventiven Elternprogramms Eltern-AG.

Methodische Grundlage

In einer quasi-experimentellen Panelstudie wurden 122 benachteiligte Eltern aus 15 Eltern-AGs befragt. Vollständige Datensätze zu allen Messzeitpunkten der Interventionsgruppe lagen von 45 Eltern vor. Die Kontrollgruppe umfasste 46 Eltern.

Zur Datenerhebung wurde ein Mixed-Methods-Design gewählt, das heißt es kamen etablierte validierte Messinstrumente in quantitativen Fragebögen ebenso wie problemzentrierte Interviews zum Einsatz.

Intervention

Die Eltern-AG wird von je zwei sozialpädagogischen Fachkräften durchgeführt, die in einer entsprechenden Ausbildung dafür qualifiziert wurden („Mentor/in für Empowerment in der frühen Bildung und Erziehung“) und hat eine Dauer von 20 Wochen. Sie setzt sich zusammen aus einer Vorlauf-, Einführungs- und Vertiefungsphase. In der sechs- bis zehnwöchigen Vorlaufphase werden die Eltern akquiriert. Eltern werden direkt in ihrem vertrauten Sozialraum, in dem auch die Eltern-AG stattfinden soll, von den Mentorinnen und Mentoren oder von mit dem Programm vertraut gemachten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren angesprochen und zur Teilnahme eingeladen. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren können dabei z. B. Kitaleiterinnen und Kitaleiter, Erzieherinnen und Erzieher, Hebammen, Kinderärztinnen und Kinderärzte, Familienhelferinnen und Familienhelfer oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Familienberatungsstellen oder im Jugendamt sein. Das erste Treffen kann stattfinden, wenn mindestens zwölf benachteiligte Eltern für die Teilnahme gewonnen werden konnten und passende Räumlichkeiten gefunden wurden. In der Einführungsphase (zehn Wochen) werden die Eltern durch die Mentorinnen mit dem Konzept vertraut gemacht, in den folgenden zehn Wochen der Vertiefungsphase werden die konzeptionellen Abläufe und bisher vermittelten Inhalte gefestigt, sodass die Eltern zunehmend in die eigenständige Durchführung der Treffen hineinwachsen können. Insgesamt umfasst die Eltern-AG 20 zweistündige Treffen (inklusive 30 Minuten Pause). Jedes Eltern-AG Treffen ist äquivalent dreigliedrig aufgebaut, wobei jedes der drei didaktischen Kernelemente etwa 30 Minuten umfasst: 1. Erfahrungsaustausch/Soziales Lernen („Mein aufregender Elternalltag“), 2. Stressmanagement/Emotion („Relax“), 3. Wissen/Kognition („Schlaue Eltern“). Zumindest einmal sollen dabei in jedem Eltern-AG Treffen die sechs Erziehungsregeln der Eltern-AG thematisiert werden. Diese sind:

1. Respekt vor dem Kind,
2. Verzicht auf alle Formen von Gewalt in der Erziehung,
3. Angemessen fordern, fördern und ansprechbar sein,
4. Grenzen setzen und konsequent sein,
5. Verstärken des erwünschten Verhaltens und Ignorieren des unerwünschten Verhaltens,
6. konstruktives Austragen von Konflikten. (Böhm & Schneider, 2013, S. 27)

Im Anschluss an die begleiteten Treffen, treffen sich die Eltern als selbstorganisierte und sozialräumlich vernetzte Gruppe und werden bei Bedarf von Paten unterstützt.

Ergebnisse

Alleinerziehende sind in der Probandengruppe mit insgesamt 65% aller Teilnehmenden vertreten. Die wahrgenommene soziale Unterstützung erhöhte sich in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe mit einem statistisch kleinen Effekt signifikant, sowohl im Vorher-Nachher-Vergleich als auch zum Follow-up. Aufgrund von signifikant unterschiedlichen Ausgangswerten in der Interventions- und Kontrollgruppe und einer nicht signifikanten Wechselwirkung zwischen den Faktoren Zeit und Gruppenzugehörigkeit können weitere Einflussfaktoren bestehen. Insofern kann von hoher Plausibilität gesprochen werden, aber nur eingeschränkt von wissenschaftlicher Empirie dahingehend, dass dieser Effekt eindeutig auf die Teilnahme an der Eltern-AG zurückzuführen ist.

Weiterhin kam es zu einer Verbesserung des elterlichen Erziehungskompetenzgefühls in der Interventionsgruppe nach sechs Monaten, während es in der Kontrollgruppe keine Veränderung gab. Über die Messzeitpunkte hinweg stieg die Erziehungskompetenz der Interventionsgruppeneltern konstant leicht an und lag somit nach Programmabschluss sowie ein halbes Jahr nach Programmabschluss etwas höher als bei in Deutschland lebenden Müttern im Durchschnitt. Aufgrund signifikanter unterschiedlicher Ausgangswerte in der Interventions- und Kontrollgruppe, kann auch hier der Effekt nicht mit Sicherheit auf die Teilnahme an der Eltern-AG zurückgeführt werden. Die Autorinnen sehen einen Hinweis dafür in dem Ausbleiben einer weiteren Verschlechterung der Selbstwirksamkeit der Interventionsgruppen, während die Kontrollgruppe eine weitere Verschlechterung erfuhr.

Hinsichtlich der Veränderung der Effektivität des Erziehungsverhaltens zeigte sich in der Interventionsgruppe keine signifikante Veränderung, die Mittelwerte waren weitgehend konstant und mit dem Durchschnittswert von in Deutschland lebenden Müttern mit Kita-Kindern vergleichbar. Auch in der Kontrollgruppe blieben die Werte weitgehend stabil. Bei der Auswertung von einzelnen Items für das Erziehungsverhalten finden sich in der Interventionsgruppe marginal signifikante Veränderungen in Bezug auf die Selbstkontrolle bei Problemen mit dem Kind und der Einhaltung von Verboten. Für die Kontrollgruppe werden nur zur Einhaltung von Verboten Werte berichtet. Hier zeigte sich, dass Kontrollgruppeneltern Verbote seltener zurücknahmen.

Die Absicht und Realisierung weiterer Treffen ohne Mentorinnen und Mentoren wurde als Indikator für Verstetigung/ Nachhaltigkeit und Empowerment verstanden, da die Eltern selbstbestimmt und selbstverantwortlich aktiv wurden. Sechs Monate nach der Begleitung trafen sich noch 59% der Teilnehmenden mit Eltern der Eltern-AG, am häufigsten mit einzelnen Eltern, aber auch mit Teilgruppen oder der gesamten Eltern-AG Gruppe. 69% gaben an, sich auch weiterhin treffen zu wollen.

Die Eltern berichten durchschnittlich sehr zufrieden mit dem Programm zu sein. Besonders gut wurde die Vermittlung von Erziehungsregeln bewertet. Auch sechs Monate nach Abschluss des Programms wird dieses als „ziemlich nützlich“ bis „sehr nützlich“ bewertet. Die interviewten Eltern betonten weiterhin, wie wichtig es für sie ist, dass die anderen Eltern aus ihrer Eltern-AG in einer ähnlichen Lebenssituation sind und damit einen ähnlichen Erfahrungshintergrund haben. Die wahrgenommene Gemeinsamkeit erleichtert es den Eltern, Vertrauen zueinander zu fassen, sich offen auszutauschen und Lösungsvorschläge von anderen Eltern anzunehmen. Die Autorinnen kommen daher zu dem Schluss, dass Homogenität der Gruppe ein entscheidender Erfolgsfaktor des Programms ist.

Schlussfolgerung und Evidenzbewertung

Die interviewten Eltern betonen, wie wichtig es für sie ist, dass die anderen Eltern aus ihrer Eltern-AG in einer ähnlichen Lebenssituation sind und damit einen ähnlichen Erfahrungshintergrund haben. Die wahrgenommene Gemeinsamkeit erleichtert es den Eltern, Vertrauen zueinander zu fassen, sich offen auszutauschen und Lösungsvorschläge von anderen Eltern anzunehmen. Die Autorinnen kommen daher zu dem Schluss, dass Homogenität der Gruppe ein entscheidender Erfolgsfaktor des Programms ist.

Des Weiteren wünschten sich die Eltern eine über die 20 Treffen hinausgehende Begleitung. Die Autorinnen schlagen daher vor, dass sich dieser Wunsch in Form von Auffrischungstreffen, Eltern-AGs für Eltern mit Schulkindern bzw. Kindern in der Pubertät oder ein Onlineangebot realisieren ließe.

Als begleitendes Angebot bei Qualifizierungsmaßnahmen für junge, alleinerziehende Mütter wird die Eltern-AG als Hilfe für eine bessere Strukturierung des Erziehungsalltags beschrieben, die es den Müttern erleichtert, kontinuierlich an der Qualifizierung teilzunehmen, was wiederum die Chancen auf Vermittlung in Praktika und Ausbildung erhöhen kann.

Wichtige Aspekte für den Erfolg sind laut Autorinnen Freiwilligkeit, Vertraulichkeit, Mitbestimmung, Austausch, Reflexion, Information und Ressourcenorientierung.

Die Mentorinnen und Mentoren heben als Stärken des Programms hervor, dass es niedrigschwellig, kostenlos und aufsuchend arbeitet, in der Lebenswelt der Eltern stattfindet und lebensnah und praxisorientiert konzipiert ist.

Die Leitungen der Träger sehen die Stärken in einem praxistauglichen und inhaltlich überzeugenden Gruppenkonzept, einer Möglichkeit der Erweiterung des Trägerangebots, der Erreichung von sozial benachteiligten Eltern, der Verbesserung der Erziehungskompetenz der Eltern. Als besondere Herausforderung sehen sie eine Sicherstellung der dauerhaften Finanzierung des Angebots.

Die Autorinnen regen an, in weiterer Forschung wirkungsrelevante Aspekte, wie die Wirkung der Eltern-AG auf die Stressbewältigung der Eltern, auf einer breiteren Datenbasis zu untersuchen. Des Weiteren schlagen sie eine Erweiterung des Angebots anhand spezifischer Bedarfe vor. So halten sie folgende Weiterentwicklungen für empfehlenswert: Online-Angebot zur Unterstützung der Nachhaltigkeit der Wirkung bei den Eltern, Kinderangebot als parallel zur Elterngruppe stattfindendes präventives Angebot zur Verstärkung der Wirkung bei den Kindern der teilnehmenden Eltern, Gruppenangebot zur Unterstützung der Risikoverminderung bei Kindeswohlgefährdung, Nachsorgeangebot für sozial benachteiligte Eltern mit frühgeborenen Kindern und Kombinationsangebot zur Erhöhung der Wirksamkeit Sozialpädagogischer Familienhilfe (SPFH).

In der Studie kamen anerkannte, validierte Messinstrumente zum Einsatz und der gesamte Forschungsprozess wurde transparent dargestellt. Zu problematisieren ist, das in Teilen niedrig angelegte Signifikanzniveau von $p < .10$ und die Auswertung auf Einzelitemebene. Insgesamt kann die Evidenz jedoch aufgrund der gut angelegten quasi-experimentellen Studie mit Kontrollgruppe mit einer guten methodischen Qualität mit dem Evidenzniveau IIb bewertet werden. Die systematische Einbeziehung von Eltern-AGs in Präventionsketten sowie Familienzentren scheint insbesondere aufgrund der Verstetigung in Selbsthilfegruppen ein tragfähiger Ansatz der Gesundheitsförderung zu sein.

4.4.7 Gruppenprogramme für Alleinerziehende (Kanada)

8. Lipman et al., 2010: Understanding how education/support groups help lone mothers

15. Lipman & Boyle, 2005: Social support and education groups for single mothers: a randomized controlled trial of a community-based program

23. Avison, William, R., 1997: Single motherhood and mental health: implications for primary prevention

Fragestellung/Ziel

Es wurde die Wirkung eines kommunalen Programms für soziale Unterstützung und Bildungsgruppen für alleinerziehende Mütter in Kanada auf das mütterliche Wohlergehen und die Erziehung untersucht.

Methodische Grundlage

Das Forscherteam um Ellen L. Lipman und Kolleginnen und Kollegen (2005; 2010) untersuchte in einer randomisierten kontrollierten Studie ein Gruppenprogramm für alleinerziehende Mütter (N=116; Interventionsgruppe n=59; Kontrollgruppe n=57) mit Kindern zwischen drei und neun Jahren. Verblindete Interviewerinnen und Interviewer (immer zu zweit, mindestens eine/r davon verblindet, das heißt der/die Interviewer oder Interviewerin wusste nicht, ob er/sie eine Teilnehmerin der Interventions- oder Kontrollgruppe befragte) sammelten die Daten im Rahmen von Hausbesuchen von allen Müttern zur Baseline, unmittelbar nach der Intervention (posttreatment) sowie drei und sechs Monate nach der Intervention (Follow-up). Zusätzlich gab es einen qualitativen Studienarm mit acht Müttern aus der Interventionsgruppe. Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und mittels konventioneller Inhaltsanalyse kodiert und interpretiert.

Intervention

Das zehnwöchige Programm mit je 1,5 Stunden pro Woche zur sozialen Unterstützung und Bildung der Mütter fand morgens (09:30-11:00) oder abends (18:00-19:30) mit Gruppenstärken von sechs bis zehn Müttern statt. Insgesamt wurden neun Gruppen von Februar 2000 bis April 2003 untersucht. Die Kinder waren währenddessen in einer aktivitätsbasierten Betreuung. Zur Teilnahmeverbesserung gab es wöchentliche telefonische Erinnerungen, Finanzierung von Bus- oder Taxifahrten sowie Essen. Bei jedem Hausbesuch (Interviews zur Datenerhebung) gab es kleine Aufmerksamkeiten als Dankeschön für die Teilnahme (z.B. Gutscheine, Kinderbücher, Bastelutensilien). Mütter der Kontrollgruppe erhielten eine Liste mit kommunalen Ressourcen und die Möglichkeit, nach dem letzten Follow-up an dem Programm teilzunehmen.

Ergebnisse

Mütter in der Interventionsgruppe hatten direkt nach der Intervention signifikant bessere Werte hinsichtlich ihrer Stimmung und ihrem Selbstwertgefühl verglichen mit der Kontrollgruppe. Dieser Effekt war allerdings zum letzten Messzeitpunkt (6-Monats-follow-up) nicht mehr nachzuweisen. Hinsichtlich der sozialen Unterstützung und der Kindererziehung zeigten sich zu keinem Zeitpunkt Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.

Die Autorinnen und Autoren kommen zu dem Schluss, dass in dieser Form fokussierte, zeitbegrenzte, gruppenbasierte Programme die Lebensqualität von alleinerziehenden Müttern nicht auf längere Sicht verbessern. Sie leiten ab, dass es intensiverer kostenfreier Programme und verbesserter finanzieller Unterstützung bedürfe. Der explorative qualitative Studienarm brachte die Erkenntnis hervor, dass Anbieter für Programme Alleinerziehender ein komplexes Gefüge aus gesundheitlichen und sozialen Problemen adressieren müssen.

Die in Kanada breit geführte Diskussion zur den Ergebnissen der Studie wurde u.a. in einem Sonderheft des Journals Canadian Medical Association aufgegriffen. Hier stellt Avison (1997) in seinem Herausgeberkommentar heraus, dass Alleinerziehende zwar häufiger von affektiven Störungen und Armut betroffen sind und häufiger psychologisch oder psychiatrische Hilfe benötigen, der höhere psychologische Distress jedoch näher damit zusammenhängt, dass sie einer größeren Anzahl an Stressoren ausgesetzt sind und weniger mit ihrer persönlichen Vulnerabilität für Stress. Des Weiteren seien die Belastungen von Alleinerziehenden größer, aber nicht grundsätzlich anders. Abgeleitet aus den Erkenntnissen der Studiengruppe um Ellen Lipmann plädiert Avison dafür, Interventionsprogramme, die die Bedürfnisse von allen benachteiligten Familien adressieren, zu präferieren gegenüber solchen, die nur auf spezifische Familientypen abzielen. Kommunale primäre Präventionsprogramme können durch die Verbesserung von sozialen und ökonomischen Bedingungen die Gesundheit und das Wohlbefinden von allen Familien verbessern.

Schlussfolgerung/Evidenzbewertung

Die Studie weist mit dem Studiendesign einer randomisierten kontrollierten Studie, dem Einsatz von anerkannten validen Messinstrumenten und der sehr transparenten Darstellung des Studienablaufs sowie der Ergebnisse eine hohe methodische Güte auf. Es erfolgt demnach eine Einstufung in die Evidenzklasse IIb. Eine evidenzbasierte Intervention zur Verbesserung des mütterlichen Selbstwertgefühls sowie ihrer Stimmung liegt aufgrund der ausbleibenden Langzeiteffekte trotz der hohen Evidenzklasse der Studie jedoch nicht vor. Mit den Aufwendungen für Teilnehmerinnerungen, Transportkostenübernahmen und Incentives scheint das Programm zudem erhebliche Kosten neben der eigentlichen Intervention zu verursachen. Ob diese in dem Maße tatsächlich notwendig sind oder es kostengünstigere Alternativen gebe, gilt es zu klären.

Auch die Autorinnen und Autoren kommen zu dem Schluss, dass einzelne, zeitlich begrenzte Projekte der Adressatengruppe nicht auf lange Sicht helfen und eher eine Regelversorgung angestrebt werden sollte. Hier schließt der Kommentar von Avison an, der mit seiner Expertenevidenz (IV) für eine kommunale familiäre Gesundheitsförderung statt einzelner Projekte für spezifische Familientypen – die in der Summe doch die gleichen Probleme haben – logisch und stringent argumentiert.

4.4.8 Prävention von Depression (USA)

13. Peden, Rayens, Hall et al., 2005: Testing an Intervention to Reduce Negative Thinking, Depressive Symptoms, and Chronic Stressors in Low-Income Single Mothers

14. Peden, Rayens & Hall, 2005: A Community-Based Depression Prevention Intervention With Low-Income Single Mothers

Die zusammenfassende Darstellung der beiden Studien ist dem gleichen zugrundeliegenden Datensatz geschuldet.

Fragestellung/Ziel

Entwicklung und Evaluation einer kommunalen Intervention zur Prävention von Depressionen bei geringverdienenden alleinerziehenden Müttern mit einem hohen Risiko für eine Depression.

Methodische Grundlage

Im Rahmen der randomisierten kontrollierten Studie haben 205 Mütter an der Erstbefragung teilgenommen. Anhand dieser konnten die weiteren Einschlusskriterien angewendet werden. So wurden im weiteren Prozess nur Mütter mit klinischer Depression (≥ 10 auf der Beck Depression Scale und/oder ≥ 16 auf der Centre for Epidemiologic Studies-Depression Scale) eingeschlossen. Sie durften jedoch nicht in psychiatrischer Behandlung sein, keine Antidepressiva nehmen oder suizidal und schwanger sein, noch ein Kind unter einem Jahr haben. Diese Einschlusskriterien erfüllten 136 Mütter die randomisiert in eine Interventions- ($n=62$) und eine Kontrollgruppe ($n=74$) aufgeteilt wurden. Nach der Erstbefragung folgten Befragungen einen, sechs und zwölf Monate nach der Intervention (Follow-up).

Intervention

Die 62 depressiven Mütter erhielten eine sechsstündige kognitive Verhaltensgruppen-Intervention, verteilt über vier bis sechs Wochen (sechs mal 60 Minuten oder vier mal 90 Minuten). Diese beinhaltete die Identifikation von negativen Gedanken und ihre Auswirkungen auf Gefühle und depressive Verhaltensweisen sowie das Erlernen von kognitiv-verhaltensbezogenen Techniken zur Reduzierung von negativen Gedanken mittels Gedankenstoppen („thought stoppings“) und positiven Selbstgesprächen („affirmations“).

Ergebnisse

Depressive Symptomatiken nahmen in beiden Gruppen über alle Messzeitpunkte ab, jedoch in der Interventionsgruppe deutlicher als in der Kontrollgruppe. Negative Gedanken nahmen in beiden Gruppen ab, mit einer größeren Abnahme in der Interventionsgruppe einen Monat nach der Intervention. Hinsichtlich des chronischen Stresses zeigte sich ebenfalls eine Abnahme in beiden Gruppen mit signifikant besseren Werten in der Interventionsgruppe einen Monat und zwölf Monate nach der Intervention.

Schlussfolgerung und Evidenzbewertung

Aus den Ergebnissen schließen die Autoren, dass Interventionen, die auf die Reduzierung von negativen Gedanken fokussieren, eine Möglichkeit darstellen, um klinisch behandlungsbedürftige Depressionen zu verhindern.

Die randomisierte kontrollierte Studie weist aufgrund des Studiendesigns, der langen Follow-ups und dem Einsatz von anerkannten validen Messinstrumenten eine hohe methodische Qualität auf und wird daher der Evidenzklasse IIb zugeordnet.

Die Ergebnisse zeigen auf dem Feld der sekundären Depressionsprävention eine gute Wirksamkeit. Die Einsatzmöglichkeiten dieser Intervention sind spezifisch. Es liegt damit eine evidenzbasierte Intervention für Mütter mit einer klinischen Depression vor. Eine Erweiterung der Adressatengruppe für Alleinerziehende mit einem hohen Risiko für eine Depression im Sinne einer Primärprävention wäre denkbar.

4.4.9 Förderung des Sozialkapitals von Familien (Kanada)

16. Yanicki, 2005: Social support and family assets: the perceptions of low-income lone-mother families about support from home visitation

Fragestellung/Ziel

Ziel der Studie war es, die Bedeutung von sozialer Unterstützung und dem Familienkapital für geringverdienende alleinerziehende Mütter zu untersuchen.

Methodische Grundlage

Das Programm „Families First“ wurde im Rahmen einer qualitativen deskriptiven Studie untersucht. Zur Datenerhebung wurden mit 13 Müttern halbstrukturierte Interviews kombiniert mit klinischen Instrumenten durchgeführt.

Intervention

Die Intervention für alleinerziehende Mütter mit geringem Einkommen wird, abgesehen davon, dass es sich um Hausbesuche handelt, nicht genauer beschrieben.

Ergebnisse

Es wurden drei Typen von alleinerziehenden Müttern identifiziert: alleinerziehende und alleinlebende Mütter mit Kindern, alleinerziehende Mütter, die mit Familienangehörigen zusammenleben (Eltern oder Geschwister) und alleinerziehende Mütter, die in einem geteilten Haushalt leben (mit anderer alleinerziehender Mutter oder anderem Erwachsenen der nicht der Partner ist).

Die am häufigsten genannten Veränderungen durch die Hausbesuche waren Bewältigen von Herausforderungen, positive Kindererziehung, das Finden von Kinderbetreuungsoptionen, Routinen und Aktivitäten etablieren, Unterstützung aussuchen sowie Bildung und Berufstätigkeit. Diese Aufzählungen werden nicht weiter konkretisiert.

Schlussfolgerung und Evidenzbewertung

Die Autorinnen und Autoren kommen zu der Schlussfolgerung, dass informelle Netzwerke mit einer wahrgenommenen Unterstützung assoziiert werden, während die Beziehung zwischen der formellen Unterstützung und der wahrgenommenen Unterstützung nicht immer klar war. Hausbesuche wurden assoziiert mit einigen positiven Veränderungen im Familienkapital.

Die geringe Stichprobengröße mit 13 Müttern, die fehlende Beschreibung der Intervention und der Messinstrumente bzw. Interviewfragen führt dazu, dass die Qualität dieser Studie nicht hoch bewertet werden kann. Aufgrund des rudimentären Berichts sukzessive der unzureichenden Studienqualität kann die Evidenzbasierung der Intervention nicht eingeschätzt werden.

4.4.10 Resilienz und Partizipation (Kanada)

22. Black & Ford-Gilboe, 2004: Adolescent mothers: resilience, family health work and health-promoting practices

Fragestellung/Ziel

Ziel war es zu klären, ob es eine positive Beziehung zwischen

- a) der Resilienz von jungen Müttern und dem gesundheitsbezogenen Verhalten;
- b) der Partizipation der Familie an gesundheitsbezogenem Verhalten und einem gesundheitsförderlichen Lebensstil von jungem Müttern;
- c) der Resilienz und der Partizipation an einem gesundheitsförderlichen Lebensstil

gibt.

Außerdem gingen sie der Frage nach, ob die Resilienz und familiäres gesundheitsbezogenes Verhalten die Partizipation an Praktiken eines gesundheitsförderlichen Lebensstils vorhersagt.

Methodische Grundlage

Es wurden strukturierte Interviews mit 41 jungen unverheirateten alleinerziehenden Müttern geführt.

Intervention

Keine Intervention. Es handelt sich um eine deskriptive Korrelationsstudie im Querschnitt.

Ergebnisse

Es zeigte sich ein moderater Zusammenhang zwischen der Resilienz und dem gesundheitsbezogenen Verhalten sowie dem gesundheitsförderlichen Lebensstil. Ebenfalls ein moderater Zusammenhang zeigte sich zwischen dem gesundheitsbezogenen Verhalten und der Ausübung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils. In einer Varianzanalyse klärte der berufliche Status im ersten Schritt 17,8% der Varianz der Ausübung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils auf. Die Resilienz klärte weitere 20,2% der Varianz auf und das gesundheitsbezogene Verhalten im dritten

Schritt 10%. Somit wurden insgesamt 48% der Varianz der Ausübung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils aufgeklärt.

Schlussfolgerung/Evidenzbewertung

Diese Publikation zeigt die Bedeutung von beruflichem Status, Resilienz und gesundheitsbezogenem Verhalten deutlich auf. Im Umkehrschluss kann man diese drei Bereiche als mögliche sinnvolle Interventionsbereiche ableiten. Als gut angelegte, nicht experimentelle deskriptive Studie ist sie der Evidenzklasse III zuzuordnen.

4.4.11 Kosten- und Nutzenbewertung von Fallmanagern für Alleinerziehende (Kanada)

17. Markle-Reid et al., 2002: The 2-year costs and effects of a public health nursing case management intervention on mood-disordered single parents on social assistance

Fragestellung/Ziel

Ziel der randomisierten kontrollierten Studie war eine Kosten- und Nutzenbewertung von proaktiven Public Health Nursing Case Managern (Fallmanager) für Alleinerziehende, die Sozialhilfe beziehen.

Methodische Grundlage

Die Kosten-Nutzen-Analyse von Public Health Nursing Case Managern (Fallmanager) für Alleinerziehende wurde über einen Zeitraum von zwei Jahren durchgeführt und war Teil einer größer angelegten Studie (siehe Browne, Byrne, Roberts, Gafni & Whittaker, 2001). In dem betreffenden Studienarm wurden 69 Alleinerziehende mit 123 Kindern der Interventionsgruppe und 60 Alleinerziehende mit 91 Kindern der Kontrollgruppe randomisiert zugeordnet. Die Befragungen fanden zur Baseline und nach zwei Jahren statt.

Intervention

Die Fallmanagerinnen und Fallmanager suchten proaktiv eine randomisiert ausgewählte Stichprobe zu Hause auf. Das Fallmanagement bewertet, plant, koordiniert, überwacht und evaluiert die Möglichkeiten und Leistungen, die für die individuelle Gesundheit der Teilnehmenden notwendig ist. Das Hauptziel dabei ist, die Ineffizienz des zerstückelten/fragmentierten Gesundheitssystems zu reduzieren, welches zu steigenden Kosten durch die unangemessene Nutzung von Dienstleistungen, unnötigen Hospitalisierungen, erhöhten Komplikationsraten und generell schlechtem Zusammenspiel zwischen Klienten/Patienten und Dienstleistungen führen kann. Die Fallmanager verwendeten einen Problemlösungs-Empowerment-Ansatz. Dieser befähigte die Alleinerziehenden a) das Zusammenspiel der verschiedenen Stressoren der eigenen Familie, b) die zugrundeliegenden Herausforderungen und c) den Nutzen und die Auswahlmöglichkeiten von verschiedenen Dienstleistungen (wie medizinische Versorgung bei psychischen Problemen, Berufsberatungen, Bildungs- und Skill-Training, Kinderbetreuung, Erholungsprogramme, Gesundheit, Wohnen und andere Leistungen der Kommune) zu bewerten. Für jede Familie wurden mit dem Fallmanager individuelle 6- und 12-Monats-Ziele hinsichtlich der drei Bereiche vereinbart.

Ergebnisse

Es zeigten sich hinsichtlich der sozialen Anpassung und des Wohlbefindens Verbesserungen in beiden Gruppen, aber kein signifikanter Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe. Coping wurde in keiner Gruppe verbessert. Ein größerer Anteil in der Interventionsgruppe musste nachfolgend keine Sozialhilfe mehr in Anspruch nehmen als in der Kontrollgruppe (22% vs. 10%), daraus resultiert eine Kostenersparnis von 240.000 Kanadischen Dollar innerhalb eines Jahres pro 100 Alleinerziehenden. Die jährlichen Kosten für Gesundheits- und Unterstützungsleistungen unterscheiden sich dabei nicht zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe (auch nicht, wenn die Kosten für den Fallmanger eingerechnet wurden).

Schlussfolgerung/Evidenzbewertung

Die Autorinnen und Autoren kommen zu dem Schluss, dass proaktive Interventionen zur Unterstützung von Alleinerziehenden, die Sozialhilfe beziehen, effektiver ist, um die ökonomische Situation zu verbessern und dabei nicht kostspieliger.

Der Fokus dieser randomisierten kontrollierten Studie (Evidenzklasse IIb) lag auf der Kostenanalyse und weniger auf den gesundheitlichen Outcomes. Interessant wäre eine weitere Verfolgung der Studienteilnehmenden, um zu evaluieren, ob die schnellere finanzielle Unabhängigkeit und das Wissen über die mögliche Unterstützung durch das Gesundheitssystem auch zu einem gesünderen Lebensstil und einer Verbesserung der Gesundheit führt.

4.4.12 Suchtprävention (USA)

18. Nardi, 1997: Risk Factors, Attendance, and Abstinence Patterns of Low-Income Women in Perinatal Addiction Treatment Lessons from a 5-Year Program

Fragestellung/Ziel

Das übergeordnete Ziel war die Verbesserung der Kindergesundheit (insbesondere der ungeborenen) und die dauerhafte Abstinenz der Mütter von Alkohol und Drogen. Die weit überwiegende Mehrzahl (90%) der Teilnehmenden waren alleinerziehend.

Methodische Grundlage

Der Autor hat ein ambulantes Programm für alkohol- und/oder drogenabhängige Schwangere und Mütter mit Kindern unter drei Jahren mit einer deskriptiven Feldstudie begleitet. Es wurden halbstrukturierte Interviews vor Programmstart und unmittelbar nach Programmende durchgeführt. Es gab weder eine Kontrollgruppe noch ein Follow-up.

Intervention

Das Programm Project Hope bestand aus Individual- und Gruppensitzungen, Erziehungsunterstützung und Bildungsgruppen, Gesundheitsinformationssitzungen, Hausbesuchen, Gesundheitsdiensten für Mütter und Kinder, Entwicklungsbeurteilungen der Kinder unter drei Jahren und ggf. Organisation von Physio- und Ergotherapie. Ein multidisziplinäres Team aus Psychologie, Krankenpflege, Seelsorge (Pastorin/ Pastor), Pädagogik, Sozialarbeit, Psychotherapie sowie

weitere Expertinnen und Experten für Kindesentwicklung und Kinderkrankenschwestern hat die Frauen betreut.

Eine genauere Beschreibung der Intervention liegt nicht vor.

Ergebnisse

Es zeigte sich, dass Abstinenz signifikant positiv assoziiert ist mit der Länge der Teilnahme am Programm. Eine konstante Teilnahme an dem Programm ist signifikant positiv assoziiert mit der Länge der Teilnahme und mit dem Abstinenzverhalten, das heißt Frauen die regelmäßig an den Sitzungen teilnahmen, blieben über einen längeren Zeitraum in dem Programm und hatten eine größere Wahrscheinlichkeit abstinent zu bleiben. Hinsichtlich der Kindergesundheit wurde ein geringes Geburtsgewicht als Indikator für Gesundheit verwendet. Im Vergleich zu der in der Literatur beschriebenen Inzidenz von einem geringen Geburtsgewicht bei Abhängigen kam es zu einem Rückgang (Interventionsgruppe 15% vs. Literatur 18%). Mit 46% erfolgreichen Programmabschlüssen berichtet der Autor von einer hohen Rate im Abgleich mit in der Literatur berichteten erfolgreichen Abschlüssen (13%).

Schlussfolgerung/Evidenzbewertung

Die Autorinnen und Autoren kommen zu dem Fazit, dass Programme, die alkohol- und/oder drogenabhängige Mütter adressieren, diese dabei unterstützen sollten, konstant teilzunehmen. Mögliche Maßnahmen sind Anrufe, Transportorganisation, Karten zum Geburtstag oder Behandlungserfolg/ Durchhaltevermögen, Hausbesuche, Angebot von Lese- oder Tanzgruppen. Je konstanter die Betroffenen teilnehmen, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie mit dem Programm fortfahren und abstinent bleiben.

Die Studie weist mit dem Fehlen einer Kontrollgruppe, der Beschreibung der konkreten Intervention sowie eines Follow-ups methodische Mängel auf, weshalb die Evidenz der Studien nur zwischen III und IV bewertet werden kann. Des Weiteren gilt zu beachten, dass es sich um eine sehr kleine Adressatengruppe handelt und eine Intervention nur für alleinerziehende Frauen eventuell nicht gewinnbringender ist. Des Weiteren handelt es sich bezogen auf die Mütter um kein primärpräventives Programm (ein primärpräventiver Ansatz liegt jedoch hinsichtlich der (ungeborenen) Kinder vor) und scheint aufgrund des Aufbaus und der Verortung in einer psychiatrischen ambulanten Klinik nur eingeschränkt übertragbar zu sein.

4.4.13 Verbesserung der gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen (USA)

19. Butcher & Gaffney, 1995: Building Healthy Families: A Program for Single Mothers

Fragestellung/Ziel

In der Interventionsstudie wird ein Programm zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen evaluiert.

Methodische Grundlage

Interventionsstudie ohne Kontrollgruppe mit fünf alleinerziehenden Müttern zwischen 17 und 26 Jahren mit Kindern zwischen zwei Monaten und sechs Jahren und einem Jahreseinkommen von unter 10.000 US Dollar.

Intervention

Das Programm umfasst sechs zweistündige Sessions mit je einer Stunde Unterricht und einer Stunde zur Gruppendiskussion verteilt auf sieben Wochen. Zur Senkung von Teilnahmebarrieren wurde parallel eine Kinderbetreuung angeboten. Themenkomplexe waren positive Aspekte von Einelternfamilien, Stärken und Herausforderungen von Alleinerziehenden, Kommunikationsfähigkeiten und Problemlösungsstrategien. Im Konkreten waren die Sitzungen folgendermaßen aufgebaut: Die erste Session diente der Einführung, Definition von „gesunder Familie“ und der Zielsetzung jeder Teilnehmerin (Kurzzeit- und Langzeitziel). Die zweite Sitzung fokussierte das Selbstwertgefühl. In der dritten Session wurde die kindliche Entwicklung und Notfallversorgung (Reanimation) behandelt. Auswahlkriterien von Kinderbetreuungsservices, Kindererziehung und elterliche Reaktionen und Problemlösefähigkeiten waren Themen der vierten Session. Während der fünften Session wurde der Umgang mit Geld, Versicherungen, Krediten und Wünschen sowie die Förderung von beruflichen Talenten thematisiert. Die sechste und letzte Session wurde experimentell gestaltet. So wurde diese in einem Restaurant abgehalten und ein gesunder Lebensstil diskutiert.

Ergebnisse

Die Autorinnen und Autoren beschreiben ein verbessertes Wissen über gesunde Familien und Kindererziehung, ein gesteigertes Selbstwertgefühl und ein größeres Bewusstsein für einen gesunden Lebensstil der Teilnehmerinnen. Einige Mütter berichten zusätzlich von Anregungen für Problem- und Finanzmanagement.

Schlussfolgerung/Evidenzbewertung

Die Autorinnen und Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Kombination aus Unterricht und Gruppendiskussion in kleinen Gruppen eine effektive therapeutische Intervention für alleinerziehende Mütter zu sein scheint, um gesunde Familien hervorzubringen.

Die Evidenz der vorliegenden Studie kann jedoch auf Grund methodischer Schwächen nicht hoch bewertet werden (IV). So werden weder Einschlusskriterien, der Zugang zur Stichprobe noch Messinstrumente oder statistisch untermauerte Ergebnisse beschrieben. Des Weiteren gab es keine Kontrollgruppe.

4.4.14 Zusammenhang des Alleinerziehens und der Gesundheit (Deutschland)

20. Hancioglu, 2014: Alleinerziehende und Gesundheit. Die Lebensphase „alleinerziehend“ und ihr Einfluss auf die Gesundheit.

Fragestellung/Ziel

Einfluss der Lebensphase „alleinerziehend“ auf die Gesundheit.

Methodische Grundlage

Als Datengrundlage für die empirischen Analysen dienten das Sozio-ökonomische-Panel (SOEP) und die Zusatzerhebung Familien in Deutschland (FiD). Es wurden inferenzstatistische Verfahren angewendet, um Unterschiede zwischen den Alleinerziehenden-Typen und ihren Gesundheit-soutcomes zu identifizieren.

Intervention

Metaanalyse in Form einer Sekundärdatenanalyse der SOEP-Daten, keine Intervention.

Ergebnisse

Die Analysen zeigen, dass es sich bei Alleinerziehenden nicht um eine homogene Gruppe handelt. Es wurden vier Alleinerziehenden-Typen identifiziert.

Die Dauer der Alleinerziehendenphase wirkt sich langfristig protektiv auf die subjektive Gesundheit aus, wohingegen sich das Wohlbefinden durch die Trennung kurzfristig stark verschlechtert, sich danach aber wieder erholt. Weiterhin wird der Gesundheitszustand vor allem durch sozio-ökonomische Faktoren beeinflusst. Starke Einkommenseinbußen gehen demnach mit einer Verschlechterung der Gesundheit einher. Voll- und Teilzeittätigkeit ist mit positiven gesundheitlichen Effekten verbunden, was sich in unmittelbarem Zusammenhang mit dem letzten Befund (Wohlstandsverlust) bringen lässt.

Öffentliche Kinderbetreuung hat erst dann eine entlastende Funktion, wenn sie umfassend ausgestaltet ist, eine Betreuung von nur wenigen Stunden ist nicht zielführend.

Der Ausstieg aus der Alleinerziehendenphase hat lediglich einen Einfluss auf das Wohlbefinden, nicht aber auf die subjektive Gesundheit. Letztere verbesserte sich mit einer Verbesserung des Einkommens.

Schlussfolgerung/ Evidenzbewertung

Die Autorin kommt zu dem Schluss, dass mögliche Maßnahmen zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit bei Alleinerziehenden je nach Lebenssituation adressatenspezifisch entwickelt werden müssen. Dabei sei zu beachten, dass mehrere sozialpolitische Ziele im Sinne von arbeitsmarktpolitischen, steuer- bzw. familienpolitischen sowie gesundheitspolitischen Maßnahmen gleichzeitig verfolgt werden sollten, um die Lebenslagen von Alleinerziehenden zu verbessern.

Die Studie zeigt den engen Zusammenhang von Gesundheit und dem sozioökonomischen Status bei Alleinerziehenden auf. Es wird deutlich, dass eine Verbesserung des sozioökonomischen Status

zu einer Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit führen kann. Insofern ist sie auch als Appell zur gesundheitlichen Chancengleichheit zu verstehen.

Die Evidenz der Studie ist aufgrund der gut angelegten deskriptiven Methodik der Evidenzklasse III zuzuordnen.

4.5 Überblick zu den Ergebnissen der identifizierten Studien

Die nachstehende Tabelle 4 (in chronologische Reihenfolge nach Erscheinungsjahr) zeigt die Inhalte und Ergebnisse der identifizierten Studien im Überblick (vgl. dazu auch die Erläuterung in 4.4.).

Ergänzend folgt in Tabelle 5, ebenfalls der chronologische Reihenfolge nach Erscheinungsjahr folgend, eine Auswertung der in den einzelnen Studien beobachteten Ansätze/ Prinzipien sowie der verwendeten Methoden/ Strategien.

Tabelle 4: Inhalte der eingeschlossenen Publikationen (Nummerierung gemäß Tabelle 3)

NR.	AUTOR/ AUTORIN	ADRESSIERTE (TEIL-) GRUPPEN	ZENTRALE INHALTE DER INTERVENTION(EN)	IDENTIFIZIERTE(R) WIRKUNGS- BZW. ERFOLGSFAKTOR(EN)
1.	Wansink et al., 2015	Eltern mit psychiatrischen Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der psychischen Gesundheit • Stressreduktion 	<ul style="list-style-type: none"> • Bereitstellung eines/r pers. Koordinator/in
2.	Ziesche, 2015	Alleinerziehende arbeitslose Mütter (im Programm 'AQuA')	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der gesundheitlichen Lage • Arbeitsmarktintegration 	<ul style="list-style-type: none"> • stigmatisierungs- und beitragsfreie Zugänge • Gesundheitscoaching, • langfristige Teilnahme von sechs Monaten, • Nähe zu einem möglichen beruflichen Handlungsfeld, • Selbstorganisation • Einbettung in übergreifende Gesundheitsstrategien
3.	Rajwan et al., 2014	Alleinerziehende Mütter von Kindern mit ADHS (im Programm 'STEPP')	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der psychischen Gesundheit • Elternkompetenzförderung • Stressreduktion • Prävention mütterlicher Depressionen 	<ul style="list-style-type: none"> • spezifische, individuell zugeschnittene Teilnahmemotivationen • spezifische Inhalte gemäß Alter der Kinder • paralleles Kinderkompetenztraining • Zeitmanagementförderung • Vermittlung von Konfliktlösungskompetenzen
4.	Weihrauch et al., 2014a	Alleinerziehende Mütter mit psychischen Beeinträchtigungen (im Programm 'Wir2')	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung der psychischen Gesundheit • Förderung emotionaler Kompetenz • Bindungsförderung • Elternkompetenzförderung 	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppenangebote • Dauer und Intensität des Angebots • Stärkung mütterlicher Selbstwahrnehmung • Orientierung auf Probleme (Trennungskonflikte) und Lösungspotenziale
5.	Weihrauch et al., 2014b	Alleinerziehende Mütter mit psychischen Beeinträchtigungen (im Programm 'Wir2')	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung der psychischen Gesundheit • Förderung emotionaler Kompetenz • Bindungsförderung • Elternkompetenzförderung 	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppenangebote • Dauer und Intensität des Angebots • Stärkung mütterlicher Selbstwahrnehmung • Orientierung auf Probleme (Trennungskonflikte) und Lösungspotenziale

NR.	AUTOR/ AUTORIN	ADRESSIERTE (TEIL-) GRUPPEN	ZENTRALE INHALTE DER INTERVENTION(EN)	IDENTIFIZIERTE(R) WIRKUNGS- BZW. ERFOLGSFAKTOR(EN)
6.	Leerlooijer et al., 2013	Junge alleinerziehende Mütter (Teenage-Mütter)	<ul style="list-style-type: none"> • Steigerung soziale Akzeptanz • Förderung von Selbstwirksamkeitsgefühlen 	<ul style="list-style-type: none"> • Offene Arbeitsmethode/ Intervention Mapping • Partizipation • Bewusstseinsbildung in der Kommune • Unterstützungsgruppen für Teenage-Mütter • Anwaltschaftliche Fürsprache/ Advocacy • Stärkung von Selbstwirksamkeitsgefühlen • Reduktion von Stigmatisierung
7.	Böhm & Schneider, 2013	Eltern mit sozialen Benachteiligungen, insb. Alleinerziehende (im Programm 'Eltern-AG')	<ul style="list-style-type: none"> • Erziehungskompetenz • Fähigkeit zur Selbstorganisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Empowerment • Wertschätzung der Eltern als Expert/innen ihrer Familien • Soziale und altersbezogene Homogenität der Gruppen • Freiwilligkeit und Vertraulichkeit • Mitbestimmung/ Partizipation • Einbindung in Familienzentren sowie Präventionsketten • Verstetigung in Selbsthilfegruppen
8.	Lipman et al., 2010	Alleinerziehende Mütter von Kindern zwischen 3 und 9 Jahren	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Unterstützung • Gesundheitsbildung • Elternkompetenzförderung • Verbesserung der psychischen Gesundheit • Unterstützung der Mutter-Kind-Interaktion 	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung von Selbstwirksamkeitsfühlen • Parallele aktivitätsbasierte Kinderbetreuung • Einbindung in kommunale Unterstützungsstrukturen • Verstetigung in Selbsthilfegruppen
9.	Franz et al., 2010	Alleinerziehende Mütter mit psychischen Beeinträchtigungen (im Programm 'PALME')	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung der psychischen Gesundheit • Förderung emotionaler Kompetenz • Bindungsförderung • Elternkompetenzförderung 	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppenangebote • Dauer und Intensität des Angebots • Stärkung mütterlicher Selbstwahrnehmung • Orientierung auf Probleme (Trennungskonflikte) und Lösungspotenziale

NR.	AUTOR/ AUTORIN	ADRESSIERTE (TEIL-) GRUPPEN	ZENTRALE INHALTE DER INTERVENTION(EN)	IDENTIFIZIERTE(R) WIRKUNGS- BZW. ERFOLGSFAKTOR(EN)
10.	Chacko et al., 2009	Alleinerziehende Mütter von Kindern mit ADHS (im Programm 'STEPP')	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der psychischen Gesundheit • Elternkompetenzförderung 	<ul style="list-style-type: none"> • spezifische, individuell zugeschnittene Teilnahmemotivationen • spezifische Inhalte gemäß Alter der Kinder • paralleles Kinderkompetenztraining • Zeitmanagementförderung • Vermittlung von Konfliktlösungskompetenzen
11.	Franz et al. 2008	Alleinerziehende Mütter mit psychischen Beeinträchtigungen (im Programm 'PALME')	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung der psychischen Gesundheit • Förderung emotionaler Kompetenz • Bindungsförderung • Elternkompetenzförderung 	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppenangebote • Dauer und Intensität des Angebots • Stärkung mütterlicher Selbstwahrnehmung • Orientierung auf Probleme (Trennungskonflikte) und Lösungspotenziale
12.	Chacko et al., 2008	Alleinerziehende Mütter von Kindern mit ADHS (im Programm 'STEPP')	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der psychischen Gesundheit • Elternkompetenzförderung 	<ul style="list-style-type: none"> • spezifische, individuell zugeschnittene Teilnahmemotivationen • spezifische Inhalte gemäß Alter der Kinder • paralleles Kinderkompetenztraining • Zeitmanagementförderung • Vermittlung von Konfliktlösungskompetenzen
13.	Peden et al., 2005	Geringverdienende alleinerziehende Mütter mit Depressionsrisiken	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der psychischen Gesundheit • Prävention klinisch manifester/ behandlungsbedürftiger Depressionen 	<ul style="list-style-type: none"> • kognitive Verhaltenspsychologie • Verhaltenspsychologische Techniken wie „thoughts stopping“ und „affirmations“ • Gruppenintervention • Stressreduktion und -bewältigung
14.	Peden et al., 2005	Geringverdienende alleinerziehende Mütter mit Depressionsrisiken	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der psychischen Gesundheit • Prävention klinisch manifester/ behandlungsbedürftiger Depressionen 	<ul style="list-style-type: none"> • kognitive Verhaltenspsychologie • Verhaltenspsychologische Techniken wie „thoughts stopping“ und „affirmations“ • Gruppenintervention • Stressreduktion und -bewältigung

NR.	AUTOR/ AUTORIN	ADRESSIERTE (TEIL-) GRUPPEN	ZENTRALE INHALTE DER INTERVENTION(EN)	IDENTIFIZIERTE(R) WIRKUNGS- BZW. ERFOLGSFAKTOR(EN)
15.	Lipman et al., 2005	Alleinerziehende Mütter von Kindern zwischen 3 und 9 Jahren	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Unterstützung • Gesundheitsbildung • Elternkompetenzförderung • Verbesserung der psychischen Gesundheit • Unterstützung der Mutter-Kind-Interaktion 	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung von Selbstwirksamkeitsfühlen • Parallele aktivitätsbasierte Kinderbetreuung • Einbindung in kommunale Unterstützungsstrukturen • Verstetigung in Selbsthilfegruppen
16.	Yanicki, 2005	Geringverdienende alleinerziehende Mütter (im Programm 'Family first')	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung der sozialen Unterstützung • Förderung des "Familienskapitals" 	<ul style="list-style-type: none"> • Hausbesuche • Unterstützung bei Alltagsbewältigung • Bildungsförderung • Förderung beruflicher (Re-) Integration
17.	Markle-Reid et al., 2002	Alleinerziehende Mütter im Sozialhilfebezug	<ul style="list-style-type: none"> • Fallmanagement • Kostenkontrolle, Prävention von Sozialhilfebezug • Soziale Unterstützung • Lebenskompetenzförderung 	<ul style="list-style-type: none"> • Proaktive Interventionen durch aufsuchendes Fallmanagement • Spezifische Analyse von indiv. Und gesellschaftlichen Potenzialen • "Problemlösungs-Empowerment-Ansatz" • Gesellschaftliche Kostenersparnis („Return on Investment“)
18.	Nardi, 1997	Suchtabhängige Schwangere und alleinerziehende Mütter mit Kindern bis 3 Jahren (im Programm 'Project Hope')	<ul style="list-style-type: none"> • Reduktion des Alkohol- und Drogenkonsums • Individual- und Gruppensitzungen • Unterstützenden Maßnahmen wie Hausbesuche, Kinderuntersuchungen, Vernetzung unterschiedlicher Professionen 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der embryonalen Entwicklung, Reduktion von Frühgeburtlichkeit und geringem Geburtsgewicht • Verbesserung der Kindergesundheit • Reduktion des Alkohol- und Drogenkonsums, z.T. Abstinenz • Kontinuierliche Teilnahmemotivation

NR.	AUTOR/ AUTORIN	ADRESSIERTE (TEIL-) GRUPPEN	ZENTRALE INHALTE DER INTERVENTION(EN)	IDENTIFIZIERTE(R) WIRKUNGS- BZW. ERFOLGSFAKTOR(EN)
19.	Butcher & Gaffney, 1995	Geringverdienende alleinerziehende Mütter (im Programm 'Building Healthy Families')	<ul style="list-style-type: none"> • Stressreduktion • Gesundheitserziehung • Lebenskompetenzförderung 	<ul style="list-style-type: none"> • Kombination aus Unterricht und Gruppendiskussion • Steigerung mütterlichen Selbstwertgefühls • Erziehungskompetenz • Gesundheitskompetenz
20.	Hancioglu, 2014	Alleinerziehende Eltern	<ul style="list-style-type: none"> • Metaanalyse mit Verweis auf notwendige Triangulation von arbeits-, familien- und gesundheitspolitischen Maßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Unterstützung und Bewältigung bei Trennungskonflikten • Sozioökonomische Determinanten • Öfftl. Kinderbetreuung (sofern Vollzeitbetreuung) • Adressatenspezifische Unterstützungsangebote • Ressortübergreifende Strategien
21.	Leerlooijer et al., 2014	Junge alleinerziehende Mütter (Teenage-Mütter)	<ul style="list-style-type: none"> • Steigerung soziale Akzeptanz • Förderung von Selbstwirksamkeitsgefühlen 	<ul style="list-style-type: none"> • Offene Arbeitsmethode/ Intervention Mapping • Partizipation • Bewusstseinsbildung in der Kommune • Unterstützungsgruppen für Teenage-Mütter • Anwaltschaftliche Fürsprache/ Advocacy • Stärkung von Selbstwirksamkeitsgefühlen • Reduktion von Stigmatisierung
22.	Black & Ford-Gilboe, 2004	Junge alleinerziehende Mütter	<ul style="list-style-type: none"> • Resilienz • Familiäre Partizipation • Lebensstil • werden hinsichtlich ihrer Wechselwirkung analysiert 	<ul style="list-style-type: none"> • Beruflicher Status und Resilienz • werden als Bestimmungsfaktoren des Gesundheitsverhaltens identifiziert
23.	Avison, 1997	Alleinerziehende Mütter	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Intervention, sondern auf Lipman et al. anknüpfende Metaanalyse mit Verweis auf notwendige strukturbezogene familienpolitische Maßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Integrierte kommunale Unterstützungsstrukturen • Ansätze familiärer Gesundheitsförderung • Regelfinanzierung • Nachhaltigkeit

Die identifizierten Studien sind überwiegend im Bereich der individuellen Verhaltensprävention (Kursangebote) verortet, wenngleich die Abgrenzung zwischen Verhaltensprävention gemäß SGB V, § 20 Abs. 4 und 5 und Verhältnisprävention/ Gesundheitsförderung in Lebenswelten gemäß SGB V, § 20a im Handlungsfeld der Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden schwierig ist (s.o.). Die Mehrzahl der Studien zu verhaltenspräventiven Interventionen verweist in diesem Sinne auch auf die **Grenzen dieses Ansatzes**, da die Verhaltensweisen/Lebensstile abhängig von den jeweiligen Lebensverhältnissen sind, die bei den Proband/innen durch **sozioökonomische Benachteiligung** sowie **Trennungskonflikte** und damit verbundene soziale Desintegrationserscheinungen/ Isolation geprägt sind. Entsprechend nutzen die Angebote der individuellen Verhaltensprävention überwiegend Möglichkeiten zum Verweis auf verhältnispräventive Optionen (z.B. **Netzwerk-** sowie **Selbsthilfeförderung/Selbstorganisation**).

Die Tabelle weist aus, dass die identifizierten Studien überwiegend Schwerpunkte setzen im Bereich der **psychischen Gesundheitsförderung/ Mental Health**, insbesondere bei psychisch bereits belasteten Müttern. Darüber hinaus stehen Fragen der **sozialen Unterstützung, Arbeitsmarkintegration** sowie **Lebens- und Elternkompetenz- bzw. Bindungsförderung** im Mittelpunkt.

Einige der Studien sind unmittelbar verhältnispräventiv ausgerichtet und verweisen dabei neben allgemeinen sozioökonomischen Einflussfaktoren auf **koordinierte Leistungserbringung, integrierte kommunale Strukturen** sowie Case-Management/Gesundheitscoaching/persönliche Koordination im Sinne einer **Advocacy**-Funktion, die u.a. bei zentralen Alltagsproblemen wie Arbeitsmarktintegration, Erschließung soziale Ressourcen oder Kinderbetreuungsfragen unterstützend tätig sein soll.

Tabelle 5: Untersuchte Ansätze/Prinzipien sowie verwendete Methoden/Strategien

	1 Wansink et al., 2015	2 Ziesche 2015	3 Rajwan et al., 2014	4 Wehrauch, Haulbold et al., 2014	5 Wehrauch, Schäfer et al., 2014	6 Leerlooijer et al., 2013	7 Böhm & Schneider, 2013	8 Lipman et al., 2010
Ansätze/Prinzipien								
Verminderung Armutsrisiko	nein	ja	nein	nein	nein	ja	ja	ja
Förderung beruflicher Integration	nein	ja	nein	nein	nein	ja	ja	k.A.
Fam. Kontextverbesserung	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Soziale Unterstützung	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Stressreduktion	ja	ja	ja	ja	ja	k.A.	ja	k.A.
Verminderung von Depression	nein	nein	ja	ja	ja	k.A.	k.A.	k.A.
Selbsthilfe-förderung	nein	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja
Elternkompetenzförderung	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Methoden/ Strategien								
Ressourcenorientierung/ Empowerment	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Advocacy	ja	ja	nein	nein	nein	ja	ja	k.A.
Vernetzung/ integrierte Strategie	ja	ja	nein	nein	nein	ja	ja	ja
Parallele Kinderbetreuung	nein	ja	ja	k.A.	k.A.	k.A.	nein	ja
Planungsmethodik	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	Intervention-Mapping	k.A.	k.A.
Gesundheitscoach	ja	ja	ja	nein	nein	k.A.	nein	k.A.
Zeitmanagement	nein	nein	ja	ja	ja	nein	k.A.	k.A.
Konfliktmanagement	ja	nein	ja	ja	ja	ja	k.A.	k.A.

Untersuchte Ansätze/Prinzipien sowie verwendete Methoden/Strategien (Fortsetzung)

	9 Franz et al., 2010	10 Chacko et al. 2009	11 Franz et al., 2008	12. Chacko et al. 2008	13. Peden, Rayens, Hall et al., 2005	14. Peden, Rayens, Hall 2005	15. Lipman & Boyle, 2010	16. Yanicki, 2005
Ansätze/Prinzipien								
Verminderung Armutrisiko	nein	nein	nein	nein	nein	nein	ja	ja
Förderung beruflicher Integration	nein	nein	nein	nein	k.A.	k.A.	k.A.	ja
Fam. Kontextverbesserung	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Soziale Unterstützung	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Stressreduktion	ja	ja	ja	ja	ja	ja	k.A.	ja
Verminderung von Depression	ja	ja	ja	ja	ja	ja	k.A.	k.A.
Selbsthilfe-förderung	ja	nein	ja	nein	k.A.	k.A.	ja	ja
Elternkompe-tenzförderung	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Methoden/Strategien								
Ressourcenorientierung/ Empowerment	ja	ja	ja	ja	Ja	ja	ja	ja
Advocacy	nein	nein	nein	nein	k.A.	k.A.	k.A.	ja
Vernetzung/ integrierte Strategie	nein	nein	nein	nein	k.A.	ja	ja	ja
Parallele Kinderbetreuung	k.A.	ja	k.A.	ja	k.A.	k.A.	ja	k.A.
Planungsmethodik	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	Nein	k.A.	k.A.	k.A.
Gesundheitscoach	nein	ja	nein	ja	k.A.	k.A.	k.A.	ja
Zeitmanagement	ja	ja	ja	ja	ja	ja	k.A.	ja
Konfliktmanagement	ja	ja	ja	ja	ja	ja	k.A.	ja

Untersuchte Ansätze/Prinzipien sowie verwendete Methoden/Strategien (Fortsetzung)

	17. Markle-Reid et al., 2002	18. Nardi, 1997	19. Butcher & Gaffney, 1995	20. Hancioglu, 2014	21. Leerlooijer et al., 2013	22. Black & Ford-Gilboe, 2004	23. Avison, 1997
Ansätze/Prinzipien							
Verminderung Armutsrisiko	Ja	k.A.	ja	ja	ja	ja	Ja
Förderung beruflicher Integration	ja	k.A.	k.A.	ja	ja	ja	k.A.
Fam. Kontextverbesserung	ja	ja	ja	ja	ja	ja	Ja
Soziale Unterstützung	ja	ja	ja	ja	ja	k.A.	Ja
Stressreduktion	ja	ja	ja	k.A.	k.A.	ja	k.A.
Verminderung von Depression	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Selbsthilfe-förderung	ja	ja	ja	k.A.	ja	k.A.	Ja
Elternkompetenzförderung	ja	ja	ja	ja	ja	ja	Ja
Methoden/Strategien							
Ressourcenorientierung/ Empowerment	ja	k.A.	ja	k.A.	ja	ja	Ja
Advocacy	ja	k.A.	k.A.	ja	ja	k.A.	k.A.
Vernetzung/ integrierte Strategie	ja	ja	ja	ja	ja	ja	Ja
Parallele Kinderbetreuung	k.A.	k.A.	ja	ja	k.A.	nein	Ja
Planungsmethodik	PH Action Cycle	k.A.	nein	nein	Intervention-Mapping	nein	k.A.
Gesundheitscoach	ja	ja	ja	k.A.	k.A.	nein	k.A.
Zeitmanagement	ja	k.A.	k.A.	ja	nein	k.A.	k.A.
Konfliktmanagement	Ja	k.A.	ja	ja	ja	k.A.	k.A.

In Auswertung der Tabelle 5 kann herausgestellt werden, dass sich aus den identifizierten Studien, ungeachtet der vielfältig unterschiedlichen Ansätze, Gemeinsamkeiten in der Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden ergeben. So erscheint der **Ansatz der Elternkompetenzförderung** fast durchgängig verfolgt zu werden. Auch **familiäre Kontextbeeinflussung/** familiäre Gesundheitsförderung, **soziale Unterstützung** sowie **Selbsthilfeförderung** können als breit konsentrierte Ansätze und Prinzipien der Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden herausgestellt werden. Fragen der Armutsprävention, der beruflichen Integration sowie der Prävention von Depression werden nicht durchgängig verfolgt.

Hinsichtlich **Methodik und Strategie** der in den Studien identifizierten Interventionen können Ressourcenorientierung/ **Empowerment** sowie **Konfliktmanagement** als zentrale und breit getragene Methoden der Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden herausgestellt werden. Auch weitere Methoden wie **integrierte vernetzte Strategien**, anwaltschaftliche Fürsprache/**Advocacy**, **Coaching** sowie **Zeitmanagement** können als relevant herausgestellt werden. Die Methode einer **parallelen Kinderbetreuung** stellt möglicherweise einen zukünftigen Standard in der Arbeit mit Alleinerziehenden dar. Überraschend ist die geringe Verbreitung von Planungsmethodiken, was auf eine insgesamt geringe Ausreifung des Handlungsfeldes der Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden schließen lässt.

5 Auswertung und Empfehlungen für die Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden

5.1 Auswertung der Studienergebnisse

Sowohl die im Rahmen dieser Recherche identifizierten Studien als auch die allgemeine Studienlage zu Alleinerziehenden (z.B. BMFSFJ, 2012b; Robert Koch-Institut, 2015; Sperlich et al., 2011) zeigt, dass der Status ‚Alleinerziehend‘ negativ mit **körperlicher und psychischer Gesundheit** und empfundenen **Wohlbefinden** korreliert. Wenig Evidenz liegt jedoch vor zu den konkreten Wirkungsmechanismen.

Deutlich wird in den im Rahmen dieser Recherche identifizierten Studien, dass erfolgreiche Adressierung von Alleinerziehenden eines **empathischen Ansatzes** bedarf, der insbesondere auch eine öffentliche Parteinahme im Sinne der **Advocacy**-Maxime umfasst. Zudem zeigt sich ein starker Bezug zu individueller und gruppenbezogener psychosozialer **Ressourcenstärkung** (Empowerment) sowie zur **Vernetzung** bestehender Angebote, wobei übergreifende Konzepte (**integrierte Strategien**) familiärer Gesundheitsförderung berücksichtigt sein sollten (vgl. 4.5.).

Metaanalysen verweisen darauf, dass die Probleme, denen alleinerziehende Eltern begegnen, sich nicht substantiell von denen anderer Familien **unterscheiden**, sie sind nur im Durchschnitt **größer in Anzahl und Ausmaß** (McLanahan & Sandefur, 1994 zitiert nach Avison, 1997). Daraus wird abgeleitet, dass Interventionsprogramme, die den gesamten sozialen Kontext adressieren, in dem Familien leben (**familiäre Gesundheitsförderung**), solchen vorzuziehen sind, die nur den Bedürfnissen bestimmter Familienarten entsprechen. Solche Programme können die Exposition gegenüber Stressoren reduzieren und das Wohlbefinden verbessern, indem sie eine Veränderung der sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen bewirken. Sie tragen dem Umstand Rechnung, dass das körperliche, soziale und emotionale Wohlbefinden zu einem bedeutenden Ausmaß durch die Erfahrungen zu Hause, in der Schule und in der Kommune beeinflusst wird (Avison, 1997).

Der Befund, dass bezüglich der Handlungsfelder Ernährung, Bewegung und Sucht für die Adressatengruppe der Alleinerziehenden bis auf eine Ausnahme (Nardi, 1997) keine spezifischen Studien gefunden wurden, spricht ebenfalls dafür, dass **weniger spezifische Bedürfnisse** vorliegen. Es verweist darauf, dass die Problemlagen von Alleinerziehenden insgesamt zu übermächtig sind, um einzelne Determinanten wie Ernährungs- oder Bewegungsverhalten zu adressieren. Dies deckt sich mit Erkenntnissen zum sog. „Präventionsdilemma“ (Bauer, 2005), nach denen gerade sozial Belasteten häufig die notwendigen Ressourcen fehlen, um Präventionsmaßnahmen wahrzunehmen, und zunächst Ansätze der unspezifischen Ressourcenstärkung notwendig sind, um überhaupt eine spätere Inanspruchnahme präventiver Leistungen möglich zu machen. Insofern erscheinen Programme, die alle Familientypen im Sinne einer familiären Gesundheitsförderung adressieren, die Bedarfslagen von Alleinerziehenden stärker bedienen zu können, insofern sie der besonderen Belastungslage von Alleinerziehenden berücksichtigen, ohne sie als solche zu stigmatisieren.

5.2 Mögliche Wirkmechanismen von Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden

Anhand der im Rahmen dieser Recherche identifizierten Studien können aufgrund fehlender kausalanalytischer Untersuchungen kaum direkte Wirkmechanismen von gesundheitsförderlichen Interventionen für Alleinerziehende abgeleitet werden. Insofern ist von einer unvollständigen Forschungslage auszugehen, die insgesamt zu geringer Evidenz von Einzelbefunden führt.

Berücksichtigt wird jedoch in den Studien, d.h. auch den Studien aus dem nicht-deutschen Sprachraum, dass Alleinerziehende ein deutlich erhöhtes **Armutsrisiko** tragen. Armut wiederum ist ein wichtiger Prädiktor für die Gesundheit. Ein möglicher (indirekter) Wirkmechanismus stellt daher die Verminderung des Armutsrisikos dar.

In Deutschland gibt es speziell für Alleinerziehende diesbezüglich einige monetäre Ansätze zur Armutsprävention wie Steuerentlastungsbetrag, Elterngeld für 14 Monate (für Alleinerziehende um zwei Monate verlängert), Unterhaltsvorschuss, Mehrbedarfzuschlag bei Grundsicherungsbezug, Einkommensfreibetrag bei Wohngeldbezug, bevorzugte Vermittlung von Betreuungsplätzen, Finanzierung von Kinderbetreuungsleistungen, Zuschuss für Betreuungskosten beim Meister-BAföG und für Auszubildende (BMFSFJ, 2015). Diese Leistungen werden jedoch z.T. nicht flächendeckend angeboten, z.T. sind sie den Leistungsberechtigten nicht bekannt oder werden auch aus Schamgründen oder zur Vermeidung von Stigmatisierung nicht wahrgenommen. Herstellung von Vernetzung sowohl anbieter- (im Sinne integrierter Handlungskonzepte) als auch nachfrageseitig (im Sinne von Selbstorganisation/ Heranführung an Selbsthilfe), Transparenz und Niedrigschwelligkeit können in diesem Sinne wichtige gesundheitsförderliche Leistungen bei Alleinerziehenden darstellen, worauf die entsprechende Anwendung im Rahmen der Studien verweist (vgl. Tab. 5).

Einige Studien folgen der Prämisse, den (Wieder-) Einstieg in eine **Erwerbstätigkeit** zu erleichtern. Die Förderung von beruflicher Weiterbildung scheint hier besonders vielversprechend, denn der Effekt auf die Wahrscheinlichkeit, eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufzunehmen, ist für Alleinerziehende stärker als für Mütter mit Partner und alleinstehende Frauen. Alleinerziehende scheinen nach einer längeren Erwerbsunterbrechung besonders von der Erneuerung ihrer beruflichen Kenntnisse zu profitieren (BMAS, 2013). Der Einstieg in eine Erwerbstätigkeit kann sich nicht nur positiv auf ihre finanzielle Lage auswirken, sondern auch Isolation entgegenwirken und somit eine positive Wirkung auf die psychische Gesundheit entfalten. Allerdings wird in Auswertung der Datenlage bei Alleinerziehenden (u.a. Sperlich et al., 2011) darauf verwiesen, dass eine zu umfangreiche berufliche Tätigkeit auch zu einer Verschärfung der Zeitproblematik von Alleinerziehenden führen kann und insofern berufliche (Re-)Integration nicht pauschal mit Gesundheitsförderung gleichgesetzt werden dürfe. Zudem wird vor Dequalifizierung und Verstetigung von Armut bei kurzfristiger, unüberlegter Aufnahme von Niedriglohnbeschäftigung mit entsprechenden Klebeeffekten gewarnt (BMFSFJ, 2012a).

Neben der direkten finanziellen Unterstützung ist die **Kinderbetreuung** ein wesentlicher Aspekt für die Gesundheit der Kinder, aber auch der alleinerziehenden Eltern. Die Auswertungen zum 14. Kinder- und Jugendbericht 2013 haben aufgezeigt, dass die Inanspruchnahme von Kita-Plätzen durch sozial Benachteiligte nur dort in hohem Maße erfolgt, wo diese kostenfrei sind, ansonsten

wirkt auch bereits eine geringe Gebühr sozial selektiv (Olk, 2013). Durch eine passgenaue Betreuung wird es Alleinerziehenden ermöglicht, einer Berufstätigkeit nachzugehen und damit ihren sozioökonomischen Status zu verbessern und das Armutsrisiko selbst aktiv zu senken. Die Kinder Alleinerziehender profitieren davon auf zwei Ebenen. Zum einen sind die Folgen für die Lebenssituation aktuell und die Zukunftschancen umso gravierender, je früher und länger ein Kind Armutserfahrungen macht (BMAS, 2013). Die Armutsgefährdungsquote von Alleinerziehenden in Vollzeitbeschäftigung beträgt 5,2 %, bei Erwerbslosen ist sie etwa zehnmal so hoch (BMFSFJ, 2008). Zum anderen profitieren insbesondere Kinder von sozial Benachteiligten in der Betreuung hinsichtlich ihres Wohlergehens und ihrer Entwicklung. So haben Kinder, die im Alter von zwei bis drei Jahren eine Kinderbetreuungseinrichtung besuchen, bessere sprachliche, motorische und soziale Fähigkeiten (Geene, Kliche & Borkowski, 2015). Insbesondere durch die **bildungs- und gesundheitsfördernde Wirkung**, wenn das Elternhaus nur geringe Entwicklungsmöglichkeiten bieten kann, ist der Zugang zu Betreuungsmöglichkeiten besonders wichtig. Werden Kindern von Alleinerziehenden die gleichen materiellen sowie Bildungsressourcen zur Verfügung gestellt, entwickeln sich ebenso gut wie Kinder aus Paarfamilien (BMFSFJ, 2015).

Schließlich ist Kinderbetreuung aber auch von hoher Bedeutung im Rahmen von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden, insofern sie deren Nutzung stark vereinfachen. Dieses für alle Eltern dringende Problem stellt sich bei Alleinerziehenden in Ermangelung einer alltäglichen Betreuungsalternative durch einen Lebenspartner oder Lebenspartnerin besonders dramatisch. Einige der identifizierten Studien verweisen darauf, dass **einer parallelen Kinderbetreuung eine Schlüsselfunktion zukommt in der Selbstorganisation** von Alleinerziehenden und/oder anderen isolierten Eltern (Butcher & Gaffney, 1995; Chacko et al., 2009; Lipman & Boyle, 2005; Lipman et al., 2010; Rajwan et al., 2014).

Zu spezifischen Potenzialen einer frühen Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden liegen bislang nur wenige Studien vor. Insbesondere die (gesundheitsförderliche) Wirkung von Mutter- oder Vater-Kind-Wohneinrichtungen, die gemäß SGB VIII, § 19 speziell für Alleinerziehende vorgehalten werden, ist bislang unerforscht. Von den identifizierten Studien kann lediglich das Intervention Mapping mit Teenage-Müttern in Uganda (Leerlooijer et al., 2014) als Hinweis auf entsprechende präventive Potenziale geben, die im Rahmen einer gesundheitsförderlichen Gestaltung von solchen Wohneinrichtungen sowie insgesamt familiärer Gesundheitsförderung im Rahmen von kommunalen Präventionsketten gehoben werden sollten.

Nicht spezifisch auf Alleinerziehende zugeschnitten, erreichen die Eltern-AGs diese jedoch zu einem großen Anteil (Böhm & Schneider, 2013). Die Studie gibt Hinweise darauf, dass dieser Ansatz zur Verbesserung der sozialen Unterstützung sowie zum Empowerment geeignet ist. Dabei scheinen die Homogenität einer Gruppe und der Austausch untereinander entscheidende Erfolgsfaktoren zu sein. Rajwan und Chacko (2009; 2014) berichten durch Bildung von Subgruppen ebenfalls von einer verbesserten sozialen Unterstützung unter den Eltern. Auch die Teilnehmenden der Studien von Lipman und Kollegen (2005) berichten von einer besseren sozialen Unterstützung durch das Gruppenprogramm. Die Studie von Yanicki (2005) unterstützt diesen Befund, in dem sie aufzeigt, dass informelle Netzwerke mit wahrgenommener Unterstützung assoziiert werden. Die Vermittlung von Erziehungsregeln und positiven effektiven Erziehungsmethoden sowie Eltern-Verhaltenstrainings stellen eine Möglichkeit dar, (Erziehungs-)Stress zu reduzieren (Böhm &

Schneider, 2013; Chacko et al., 2009; Rajwan et al., 2014; Wansink et al., 2015). Die Evidenzlage dazu ist jedoch schwach (vgl. 4.4.).

Auf sekundär- bzw. tertiärpräventiver Ebene stellen die Intervention von Peden und Kollegen (2005; 2005) sowie PALME (Franz et al., 2009; Franz et al., 2010; Weihrauch, Haubold et al., 2014; Weihrauch, Schäfer et al., 2014) evidenzbasierte Ansätze zur Verminderung von Depressionen dar. Diese verhaltenspräventiven Ansätze sind auch als primärpräventive Maßnahmen für Alleinerziehende mit einem hohen Risiko für eine Depression oder andere psychische Beeinträchtigungen denkbar, insofern die beiden Programme zur Reduktion von chronischen Stressoren beitragen können. Eine diesbezüglich breit angelegte Untersuchung zur Evidenzbasierung steht hier jedoch aus. Keine Evidenz für die Verringerung von Depressionswerten zeigte sich in der Intervention für Mütter von Kindern mit einer diagnostizierten Aufmerksamkeitsstörung (ADHS) (Chacko et al., 2009; Rajwan et al., 2014).

5.3 Gender Mainstreaming-Aspekte

Der vorliegende Abschlussbericht fasst die Ergebnisse in Form einer Dokumentenanalyse und Literaturrecherche zusammen, sodass Fragen des Gender-Mainstreaming nicht gestaltend eingebracht werden konnten, sondern lediglich als Analysematrix verwendet werden können.

Inhaltlich zeigt sich eine **starke Zuordnung der Alleinerziehenden auf Frauen/Mütter**, wenig auf Männer/Väter. Dies wird gedeckt durch die statistischen Befunde, nach denen Frauen um ein Vielfaches häufiger betroffen sind (insg. 9:1; bei Kleinkindern erhöht sich die Quote sogar noch weiter).

Auch im direkten Vergleich zeigen sich Väter weniger von sozialen Belastungen betroffen. Sie zeigen jedoch gesundheitsbezogen z.T. eine erhöhte Vulnerabilität. Die Programme für Alleinerziehende erscheinen überwiegend an Frauen orientiert.

Spezifische geschlechtsbezogene Auswirkungen von Alleinerziehenden-Familien auf Kinder waren übergreifend bislang nicht zu identifizieren. Es bestehen jedoch Analysen zu **unterschiedlichen Konfliktverarbeitungen von Jungen und Mädchen im Rahmen elterlicher Trennungskonflikte/ Scheidungen** (Rattay, Lippe & Lampert, 2014). Hier deutet sich eine Forschungslücke an, die jedoch nur indirekt die in dieser Studie fokussierte Frage der Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden betrifft.

Bei den identifizierten Studien und ihren Evidenzen wurde auf Gender-Mainstreaming-Aspekte geachtet und dies wurde entsprechend im Rahmen der Aufbereitung berücksichtigt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die identifizierten Ansätze einer Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden Anforderungen des Gender Mainstreaming **eher implizit durch ihre prioritäre Bezugnahme auf die Hauptbetroffenengruppe der alleinerziehenden Mütter** berücksichtigt. In den Studiendesigns scheinen genderspezifische Aspekte kaum expliziert.

5.4 Schlussfolgerungen und Empfehlungen für eine Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden

Die im Rahmen dieser Recherche identifizierten Studien verweisen darauf, dass Alleinerziehende als eine wesentlich von Familienarmut betroffene, vulnerable Gruppe in **Public Health und Präventionsforschung grundsätzlich identifiziert** sind. Die insgesamt geringe Anzahl wiederum ist ein Indikator dafür, dass die konkreten Lebenslagen Alleinerziehender und ihre jeweiligen Auswirkungen auf die Gesundheit der alleinerziehenden Eltern (sowie der Kinder) bislang noch wenig erforscht sind, es mangelt dem Forschungsfeld insofern an Tiefe und Ausdifferenzierung. So finden sich jedoch nur wenige Studien, die Alleinerziehende exklusiv adressieren und auf sie ausgerichtete Interventionen bereithalten. Vielmehr zeigen die Forschungsprojekte, **dass Alleinerziehende eher indirekt als eine armutsbetroffene Gruppe adressiert** werden.

Die identifizierten Unterstützungsbedarfe beziehen sich allgemein auf Fragen der **familiären Gesundheitsförderung**. Explizit erwähnt sind dabei Methoden der **psychosozialen Ressourcenstärkung** inkl. Fragen des **Zeitmanagements**, der Förderung von Selbstorganisation und **Selbsthilfe** sowie der **Kinderbetreuung** als zentrale Querschnittanforderungen an alle Angebote der familiären Gesundheitsförderung.

Die Studien verweisen weiterhin auf den Bedarf einer Einbindung in **intersektorale Bündnisse** im Rahmen **kommunaler Gesundheitsförderung** (zu den Details der Inhalte der identifizierten Studien vgl. 4.5., Tabelle 4)

In diesem Sinne sollte Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden weniger als individuelle Angebote der Verhaltensprävention konzipiert sein, sondern vielmehr als in **Präventionsketten** eingebettete Angebote zur **Strukturentwicklung** (etwa Leitbildentwicklung in Lebenswelten sowie niedrigschwellige und/ oder maßnahmenintegrierte Kinderbetreuung) und zur Gruppenbildung (etwa im Rahmen von Familienzentren, z.B. über Angebote von Eltern-AGs).

Eine in Modellregionen oder auch universell auszurollende Gesundheitsförderung unter besonderer Berücksichtigung von Alleinerziehenden kann als Maßnahmenprogramm der **familiären Gesundheitsförderung** ausgelegt sein. Dazu empfiehlt sich zunächst eine Bestandsaufnahme der entsprechenden kommunalen Rahmenbedingungen für Familien unter Beteiligung der Betroffenen (im Sinne eines „Intervention Mappings“). Dabei sollte den besonderen Bedarfen von Alleinerziehenden erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt und entsprechend Rechnung getragen werden, ohne sie jedoch als solche zu betonen. In der Folge können insbesondere **profilierte Angebote** wie die Eltern-AG, aber auch Wir2 als spezifisches Programm für depressionsgefährdete Alleinerziehende, **als Bausteine einer Präventionskette** angeboten werden. Zudem sollten **strukturgebende Komponenten** (z. B. Lebensweltgestaltung, auch begleitende Kinderbetreuung) sowie **ressourcenstärkende Inhalte** (z.B. Selbstwirksamkeitsstärkung, Selbsthilfe, Selbstorganisation) als **Querschnittanforderungen** an Maßnahmen der familiären Gesundheitsförderung etabliert werden.

Eine Ausweitung entsprechender Aktivitäten der familiären Gesundheitsförderung im Rahmen kommunaler Präventionsketten etwa auf **Kitas und Schulen** erscheint vom Grundsatz her mög-

lich, ist jedoch in keiner der identifizierten Studien aufgegriffen. Insofern dürfte dieser Ansatz erst **nachgeordnet und längerfristig** für eine Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden relevant werden.

Ein wichtiger Partner in bereits entwickelten Maßnahmen sind die **Jobcenter** sowie die Agenturen für Arbeit, einerseits hinsichtlich des **Zugangs** zu Alleinerziehenden, andererseits auch in **Verknüpfung mit dem Ziel beruflicher (Re-)Integration**. Auch an sie können Querschnittanforderungen in o.a. Sinne vermittelt werden. Einschränkend muss jedoch darauf verwiesen werden, dass Arbeitsaufnahme (Teilzeit/Vollzeit) eine prinzipielle, aber nicht universelle Möglichkeit der Gesundheitsförderung darstellt, und dass Jobcenter bzw. Agenturen keine Lebenswelten darstellen. Insofern sollten sich lebensweltbezogene Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden keinesfalls auf Delegationen an Arbeitsagenturen verkürzen.

Als zentraler Akteur einer Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden konnten **Familienzentren** nach SGB VIII, § 16 und **Mutter- (oder Vater-)Kind-Wohneinrichtungen** nach SGB VIII, § 19 i.V.m. § 45 identifiziert werden. Die in diesem Zusammenhang erhobenen Daten etwa aus der **Frühen Hilfe-Forschung** konnten mit unserer Recherche noch kaum verknüpft werden, weil sie den durch das PrävG 2015 normierten Auftrag der Gesundheitsförderung noch nicht systematisch aufgegriffen haben. Einen solchen Prozess etwa durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention **in Lebenswelten nach SGB V, § 20a**, oder im Rahmen von **Modellprojekten nach SGB V, § 20g** anzustoßen, kann neben der **im Rahmen des Dach-Settings Kommune** angestoßenen **familiären Gesundheitsförderung** ein zukünftiges Anwendungsfeld für Krankenkassen sein.

In diesem Sinne bestehen im Handlungsfeld einer Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden **große Gestaltungspotenziale für Krankenkassen**. Sie sind durch die normative Vorgabe des SGB V, § 20 Absatz 1 Satz 2, nach der primäre Prävention insbesondere zur Verringerung sozial bedingter und geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beizutragen haben, **umfassend legitimiert**. Die Handlungsansätze versprechen **hohe Präventionspotenziale** und können somit erhebliche **Gesundheitsgewinne** („Health gains“) generieren, insbesondere wo sie sich durch **Impulssetzung durch Krankenkassen in Kooperationen mit Kommunen oder Jobcentern** in den Lebenswelten der Alleinerziehenden **nachhaltig verankern** können.

Literaturverzeichnis

- Armbruster, M. & Schlabs, S. (2009). Elternarbeit – ein präventiver Ansatz gegen die Folgen von Kinderarmut. In R. Geene & C. Gold (Hrsg.), *Kinderarmut und Kindergesundheit* (S. 151–161). Bern: Huber.
- Avison, William, R. (1997). Single motherhood and mental health: implications for primary prevention. *Canadian Medical Association*, 156 (5), 661-663.
- Bauer, U. (2005). *Das Präventionsdilemma: Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung*. Dissertation, Universität Bielefeldt. Wiesbaden.
- Bittlingmayer, U. & Hurrelmann, K. (2006). Präventionsstrategien für benachteiligte Gruppen. Das Beispiel der schulischen Suchtprävention und Skillförderung. In W. Kirch & B. Badura (Hrsg.), *Prävention. Ausgewählte Beispiele des Nationalen Präventionskongresses* (S. 173–193). Berlin: Springer.
- Black, C. & Ford-Gilboe, M. (2004). Adolescent mothers: resilience, family health work and health-promoting practices. *Journal of advanced nursing*, 48 (4), 351–360.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03204>.
- BMAS Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). (2013). *Lebenslagen in Deutschland. Der vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Bonn.
- BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). (2008). *Monitor Familienforschung. Alleinerziehende in Deutschland - Potentiale, Lebenssituationen und Unterstützungsbedarfe*. Berlin.
- BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). (2012a). *Frauen im Minijob. Motive und (Fehl-)Anreize für die Aufnahme geringfügiger Beschäftigung im Lebenslauf*. Berlin. Zugriff am 26.04.2017. Verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/blob/93862/4ba520100f0bde228598d1271c32cfd4/frauen-im-minijob-data.pdf>
- BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). (2012b). *Monitor Familienforschung. Alleinerziehende in Deutschland – Lebenssituationen und Lebenswirklichkeiten von Müttern und Kindern*. Berlin.
- BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). (2015). *Familienreport 2014. Leistungen, Wirkungen, Trends*. Berlin.
- Böhm, B. & Schneider, M. (2013). *Evaluation der ELTERN-AG. Abschlussbericht September 2013*. nexus Institut für Kooperationsmanagement und interdisziplinäre Forschung e.V.
- Brisch, K. H. (2005). Bindungsstörungen als frühe Marker für emotionale Störungen. In W. V. Suchodeletz (Hrsg.), *Früherkennung von Entwicklungsstörungen* (23-43). Göttingen: Hogrefe.
- Brisch, K. H. (2008). Bindung, Gewalt gegen Kinder und Prävention. *Der Gynäkologe*, 41 (10), 833-338.
- Browne, G., Byrne, C., Roberts, J., Gafni, A. & Whittaker, S. (2001). When the bough breaks: provider-initiated comprehensive care is more effective and less expensive for sole-support parents on social assistance. *Social Science & Medicine*, 53 (12), 1697-1710.
- Buschhorn, C. (2015). Familie, Elternschaft und Frühe Hilfen. *Soziale Passagen*, 7 (2), 219-233.
<https://doi.org/10.1007/s12592-015-0209-7>
- Butcher, L. A. & Gaffney, M. (1995). Building healthy families: a program for single mothers. *Clinical Nurse Specialist*, 9 (4), 221-225.
- Chacko, A., Wymbys, B. T., Flammer-Rivera, L. M., Pelham, W. E., Walker, K. S., Arnold, F. W. et al. (2008). A pilot study of the feasibility and efficacy of the Strategies to Enhance Positive

- Parenting (STEPP) program for single mothers of children with ADHD. *Journal of attention disorders*, 12 (3), 270-280. <https://doi.org/10.1177/1087054707306119>
- Chacko, A., Wymbs, B. T., Wymbs, F. A., Pelham, W. E., Swanger-Gagne, M. S., Girio, E. et al. (2009). Enhancing traditional behavioral parent training for single mothers of children with ADHD. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 38 (2), 206-218. <https://doi.org/10.1080/15374410802698388>
- Deutscher Bundestag. (2015). Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) (11.03.2015). PräVG. BT-Drs 18/4282.
- Deutscher Bundestag. (2015). Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention – PräVG – vom 17. Juli 2015. PräVG. In *BAnz* vom 24.07.2015, G 5702 (S. 1368-1379).
- Dienel, C. (2002). Familienpolitik: Eine praxisorientierte Gesamtdarstellung der Handlungsfelder und Probleme (Grundlagentexte soziale Berufe). Weinheim: Juventa-Verl.
- DJI Deutsches Jugendinstitut. (2012). AID:A – Befunde zur Lebenssituation alleinerziehender Mütter. München. Zugriff am 04.02.2017. Verfügbar unter <http://www.dji.de/themen/dji-top-themen/dji-online-august-2012-aida-befunde-zur-lebenssituation-alleinerziehender-muetter/auf-einen-blick.html>
- EbM Netzwerk. (2007). Evidenzklassen. Zugriff am 08.04.2017. Verfügbar unter <http://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/images/evidenzklassen.jpg/view>
- Evans, M., Bräutigam, C. & Enste, P. (2012). Dienstleistungen für Alleinerziehende in der Kommune: Vom Etikett zur individuellen, flexiblen und vorsorgend-orientierten Hilfe. Ergebnisse einer Studie in der Kommune Herne im Rahmen des Projektes „NewA – Netzwerk wirksamer Hilfen für Alleinerziehende in Herne“. Gelsenkirchen.
- Experten- und Expertinnengruppe "Kölner Klausurwoche" (Hrsg.). (2014). Memorandum Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Möglichkeiten und Grenzen. Köln.
- Franz, M., Weihrauch, L. & Schäfer, R. (2015). PALME--Ankunft in der Wirklichkeit. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 77 Suppl 1, S131-2. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1330026>
- Franz, M. (Hrsg.). (2014). *wir2 – Bindungstraining für Alleinerziehende*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Franz, M., Weihrauch, L., Buddenberg, T. & Schäfer, R. (2009). PALME - Wirksamkeit eines bundesorientierten Elterntrainings für alleinerziehende Mütter und ihre Kinder. *Psychotherapeut*, 54, 357-369.
- Franz, M., Weihrauch, L. & Schäfer, R. (2010). PALME – ein Präventives Elterntraining für alleinerziehende Mütter geleitet von ErzieherInnen. *Public Health Forum*, 18 (69), 21.e1-21.e3. <https://doi.org/10.1016/j.phf.2010.09.010>
- Geene, R. (2017). *Gesundheitsförderung und Frühe Hilfen*. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH).
- Geene, R. & Bacchetta, B. (2017). Gesundheitsförderung in der Schwangerschaft. In J. Fischer & R. Geene (Hrsg.), *Netzwerke in Frühen Hilfen und Gesundheitsförderung – Neue Perspektiven kommunaler Modernisierung* (S. 228-261. Weinheim: Beltz Juventa.
- Geene, R., Kliche, T. & Borkowski, S. (2015). *Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung im Setting Kita. Erfolgsabschätzung der Gesundheitsziele im Setting Kita und Ableitung eines Evaluationskonzepts*. (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V, Hrsg.). Köln. Zugriff am 11.12.2016. Verfügbar unter http://gesundheitsziele.de/cms/medium/1239/setting-kita_online_links.pdf

- Geene, R., Lehmann, F., Höppner, C. & Rosenbrock, R. (2013). Gesundheitsförderung – Eine Strategie für Ressourcen. In R. Geene, C. Höppner & F. Lehmann (Hrsg.), *Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt* (S. 19–58). Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung.
- Geene, R. & Reese, M. (2016). *Handbuch Präventionsgesetz. Neuregelung der Gesundheitsförderung*. Frankfurt: Mabuse.
- Geene, R. & Rosenbrock, R. (2012). Der Settingansatz in der Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen. In BZgA - Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien (Gesundheitsförderung konkret, Bd. 17, S. 46-75)*. Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung.
- Gerlinger, T. (2016). *Präventionsgesetz*. In BZgA – Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der GESundheitsförderung und Prävention*. Gambach: Verlag für Gesundheitsförderung.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2010). *Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung des §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000, in der Fassung vom 27. August 2010*. Berlin.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2014). *Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung des §§ 20 und 20a SGB V*. Berlin.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2017). Kapitel 5: Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach §20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V aus dem Leitfaden Prävention Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung des §§ 20, 20a und 20b SGB V. vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 9. Januar 2017.
- Guba, B. (2008). Systematische Literatursuche. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 158 (1), 62-69.
- Hancioglu, M. (2014). *Alleinerziehende und Gesundheit. Die Lebensphase "alleinerziehend" und ihr Einfluss auf die Gesundheit*. Dissertation, Ruhr-Universität Bochum. Bochum.
- Hurrelmann, K. (2006). *Einführung in die Sozialtheorie*. Weinheim: Beltz.
- Keupp, H. & Behringer, L. (2015). *Frühe Hilfen aus zivilgesellschaftlicher Perspektive*. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH.
- Klenner, C. (2009). Wer ernährt die Familie? Erwerbs- und Einkommenskonstellationen in Ostdeutschland. *WSI-Mitteilungen* (11), 619-626.
- Kolip, P. & Lademann, J. (2012). Familie und Gesundheit. In K. Hurrelmann & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (S. 517-540). Weinheim: Beltz Juventa.
- Kuhn, J., Lampert, T. & Ziese, T. (2012). Einführung ins Thema: Komplexe Interventionen – komplexe Evaluationen? In Robert Koch-Institut (Hrsg.), *Evaluationen komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme?* (S. 9-14). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Leerlooijer, J. N., Bos, A. E. R., Ruiter, R. A. C., van Reeuwijk, M. A. J., Rijdsdijk, L. E., Nshakira, N. et al. (2013). Qualitative evaluation of the Teenage Mothers Project in Uganda: a community-based empowerment intervention for unmarried teenage mothers. *BMC public health*, 13, 816-831. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-816>
- Leerlooijer, J. N., Kok, G., Weyusya, J., Bos, A. E. R., Ruiter, R. A. C., Rijdsdijk, L. E. et al. (2014). Applying Intervention Mapping to develop a community-based intervention aimed at improved psychological and social well-being of unmarried teenage mothers in Uganda. *Health education research*, 29 (4), 598-610. <https://doi.org/10.1093/her/cyu020>
- Lipman, E. L. & Boyle, M. H. (2005). Social support and education groups for single mothers: a randomized controlled trial of a community-based program. *CMAJ : Canadian Medical*

- Association journal = journal de l'Association medicale canadienne, 173 (12), 1451-1456.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.050655>
- Lipman, E. L., Kenny, M., Jack, S., Cameron, R., Secord, M. & Byrne, C. (2010). Understanding how education/support groups help lone mothers. *BMC public health*, 10, 4-12.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-4>
- Markle-Reid, M., Browne, G., Roberts, J., Gafni, A. & Byrne, C. (2002). The 2-year costs and effects of a public health nursing case management intervention on mood-disordered single parents on social assistance. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 8 (1), 45-59.
- MDS Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen & GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2015). Präventionsbericht 2015. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2014. Essen. Zugriff am 07.04.2017. Verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praeventionsbericht/2015_GKV_MDS_Praeventionsbericht.pdf
- MDS Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen & GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2016). Präventionsbericht 2016. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2015. Essen. Zugriff am 07.04.2017. Verfügbar unter https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Praevention/2016/Praeventionsbericht_2016.pdf
- Meierjürgen, R., Becker, S. & Warnke, A. (2016). Die Entwicklung der Präventionsgesetzgebung in Deutschland. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 11 (4), 206-213.
- Nardi, D. A. (1997). Risk Factors, Attendance, and Abstinence Patterns of Low-Income Women in Perinatal Addiction Treatment Lessons from a 5-Year Program. *Issues in Mental Health Nursing*, 18 (2), 125-138. <https://doi.org/10.3109/01612849709010329>
- Nauck, B. (1995). Kinder als Gegenstand der Sozialberichterstattung – Konzepte, Methoden und Befunde im Überblick. In B. Nauck & H. Bertram (Hrsg.), *Kinder in Deutschland. Lebensverhältnisse von Kindern im Regionalvergleich (Deutsches Jugendinstitut Familien-Survey, Bd. 5, S. 11-87)*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- NPK Nationale Präventionskonferenz. (2016). Bundesrahmenempfehlungen. Zugriff am 19.11.2016. Verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2016/Praevention_NPK_BRE_verabschiedet_am_19022016.pdf
- Olk, T. (2013). Alle Kinder gezielt fördern. *DJI impulse* (1), 16-18.
- Peden, A. R., Rayens, M. K. & Hall, L. A. (2005). A Community-Based Depression Prevention Intervention With Low-Income Single Mothers. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 11 (1), 18-25. <https://doi.org/10.1177/1078390305275004>
- Peden, A. R., Rayens, M. K., Hall, L. A. & Grant, E. (2005). Testing an Intervention to Reduce Negative Thinking, Depressive Symptoms, and Chronic Stressors in Low-Income Single Mothers. *Journal of Nursing Scholarship*, 37 (3), 268-274. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00046.x>
- Rajwan, E., Chacko, A., Wymbs, B. T. & Wymbs, F. A. (2014). Evaluating clinically significant change in mother and child functioning: comparison of traditional and enhanced behavioral parent training. *Journal of abnormal child psychology*, 42, 1407-1412.
<https://doi.org/10.1007/s10802-014-9877-6>
- Rattay, P., Lippe, E. von der & Lampert, T. (2014). Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Eineltern-, Stief- und Kernfamilien. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 57 (7), 860-868.
<https://doi.org/10.1007/s00103-014-1988-2>

- Rauschenbach, T. & Walter, B. (Hrsg.). (2012). Aufwachsen in Deutschland. AID:A - Der neue DJI-Survey. München.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2003). Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Heft 14). Berlin.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2015). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin.
- Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2013). Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung (3. Aufl.). Bern: Huber.
- Scharmanski, S. & Renner, I. (2016). Familiäre Ressourcen und Hilfebedarfe erfassen: Zur Konstruktvalidität und Reliabilität des Systematischen Explorations- und Verlaufsinventars für Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen (SEVG). Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (118), 1-9.
- Sperlich, S., Arnhold-Kerri, S. & Geyer, S. (2011). Soziale Lebenssituation und Gesundheit von Müttern in Deutschland. Ergebnisse einer Bevölkerungsstudie. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 54 (6), 735-744.
<https://doi.org/10.1007/s00103-011-1283-4>
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2010). Alleinerziehende in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 2009. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2016). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Haushalte und Familien. Ergebnisse des Mikrozensus (Fachserie 1 Reihe 3). Wiesbaden.
- Walper, S., Walter, B. & Rauschenbach, T. (Hrsg.). (2015). Aufwachsen in Deutschland heute. Erste Befunde aus dem DJI-Survey AID:A 2015. München.
- Wansink, H. J., Janssens, J. M. A. M., Hoencamp, E., Middelkoop, B. J. C. & Hosman, C. M. H. (2015). Effects of preventive family service coordination for parents with mental illnesses and their children, a RCT. Families, systems & health : the journal of collaborative family healthcare, 33 (2), 110–119. <https://doi.org/10.1037/fsh0000105>
- Weihrauch, L., Haubold, S. & Franz, M. (2014). Die Wirksamkeit von wir2. In M. Franz (Hrsg.), wir2. Bindungstraining für Alleinerziehende (S. 21-46). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Weihrauch, L., Schäfer, R. & Franz, M. (2014). Long-term efficacy of an attachment-based parental training program for single mothers and their children. A randomized controlled trial. Journal of Public Health, 22 (2), 139-153. <https://doi.org/10.1007/s10389-013-0605-4>
- WHO Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.). (2015). Healthy Settings. Zugriff am 07.04.2017. Verfügbar unter http://www.who.int/healthy_settings/en/
- Wiesner, R. (Hrsg.). SGB VIII, Kinder- und Jugendhilfe. Kommentar. München: Beck.
- Wright, M. T. (2010). Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Huber.
- Yanicki, S. (2005). Social support and family assets. The perceptions of low-income lone-mother families about support from home visitation. Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique, 96 (1), 46-49.
- Ziesche, A. (2015). Gesundheitsförderung arbeitsloser alleinerziehender Frauen durch Maßnahmen der Arbeitsmarktpolitik. Dissertation.

6 Anlagen

6.1 Anlage: Suchstrings und Treffer in den Datenbanken

SUCHSTRING	DATENBANK	DATUM	TREFFER	BEMERKUNGEN
((("single parent*" OR single-parent* OR one-parent OR "single mother*" OR lone-mother* OR „single father*" OR lone-father*) AND ("health promotion" OR prevention) OR (setting OR communit*) OR (parent-training OR "parenting program*")) OR ((nutrition OR diet) OR ("physical activity" OR exercise OR motion) OR (addiction* OR dependenc*) OR (stress* OR "mental pressure")) in Title, Abstract, Keywords	Cochrane	30.03.	178	
Alleinerzieh* AND Gesundheitsförderung OR Prävention	Deutscher Hochschulserver	01.12.	13	
("single parent*" OR "single-parent*" OR "one-parent" OR "single mother*" OR "lone-mother*" OR „single father*" OR lone-father*) AND ("health promotion" OR "disease prevention" OR setting OR communit*) OR (nutrition OR "physical activity" OR addiction OR stress)	DIMDI	03.02.	0	
Alleinerzieh* AND Gesundheitsförderung OR Prävention	GESIS	27.10.	7	
((("single parent*" OR single-parent* OR one-parent OR "single mother*" OR lone-mother* OR „single father*" OR lone-father*) AND ("health promotion" OR prevention OR (setting OR communit*) OR (parent-training OR "parenting program*"))	Google scholar	21.01.	19900	nicht gesichtet - Boolesche Operatoren funktionieren offensichtlich nicht
((("single parent*" OR single-parent* OR one-parent OR "single mother*" OR lone-mother* OR „single father*" OR lone-father*) AND ((nutrition OR diet) OR ("physical activity" OR exercise OR motion) OR (addiction* OR dependenc*) OR (stress* OR "mental pressure"))	Google scholar	21.01.	17800	nicht gesichtet - Boolesche Operatoren funktionieren nicht

SUCHSTRING	DATENBANK	DATUM	TREFFER	BEMERKUNGEN
("single parent*" OR single-parent* OR one-parent OR "single mother*" OR lone-mother* OR „single father*" OR lone-father*) AND (prevention OR "health promotion" OR parent-training) AND (nutrition OR "physical activity" OR addiction* OR stress*)	Guideline International Network	20.03.	68	mit weiteren Synonymen wird der Suchstring zu lang, Boolesche Operatoren funktionieren nicht korrekt > Suche nach nur single parents OR... ergibt 0 Treffer!
("single parent*" OR "single-parent*" OR "one-parent" OR "single mother*" OR "lone-mother*" OR „single father*" OR lone-father*) AND ("health promotion" OR "disease prevention" OR setting OR communit* OR parent-training OR "parenting program*")[TI]	Hogrefe	03.02.	0	
("single parent*" OR "single-parent*" OR "one-parent" OR "single mother*" OR "lone-mother*" OR „single father*" OR lone-father*) AND ("health promotion" OR "disease prevention" OR setting OR communit* OR parent-training OR "parenting program*")[Keywords]	Hogrefe	03.02.	0	
("single parent*" OR "single-parent*" OR "one-parent" OR "single mother*" OR "lone-mother*" OR „single father*" OR lone-father*) AND (nutrition OR "physical activity" OR addiction OR stress)[TI]	Hogrefe	03.02.	0	
("single parent*" OR "single-parent*" OR "one-parent" OR "single mother*" OR "lone-mother*" OR „single father*" OR lone-father*) AND (nutrition OR "physical activity" OR addiction OR stress)[Keywords]	Hogrefe	03.02.	0	
((("single parent*" OR single-parent* OR one-parent OR "single mother*" OR lone-mother* OR „single father*" OR lone-father*) AND (("health promotion" OR prevention)OR (setting OR communit*) OR (parent-training OR "parenting program*")) AND ((nutrition OR diet) OR ("physical activity" OR exercise OR motion) OR (addiction* OR dependenc*) OR (stress* OR "mental pressure"))))	IJAB	14.03.	0	
Alleinerziehend*	IJAB	14.03.	0	
Prävention	IJAB	14.03.	1	

SUCHSTRING	DATENBANK	DATUM	TREFFER	BEMERKUNGEN
Gesundheitsförderung	IJAB	14.03.	0	
((("single parent*" OR single-parent* OR one-parent OR "single mother*" OR lone-mother* OR „single father*" OR lone-father*) AND ((nutrition OR diet) OR ("physical activity" OR exercise OR motion) OR (addiction* OR dependenc*) OR (stress* OR "mental pressure"))) AND ("health promotion" OR prevention))	LIVIVO (früher MEDPILOT)	02.03.	84649	nicht gesichtet - Boolsche Operatoren funktionieren nicht
("single parent*" OR "single-parent*" OR "one-parent" OR "single mother*" OR "lone-mother*" OR "single father*" OR lone-father*) AND ("health promotion" OR "disease prevention")	LIVIVO (früher MEDPILOT)	30.03.	61	
("single parent*" OR lone-parent OR "single mother*" OR "single father") AND (prevention OR "health promotion" OR setting OR communit* OR "parent training" OR "parenting program") AND (nutrition OR diet OR "physical activity" OR exercise OR motion OR addiction* OR dependenc* OR stress* OR "mental pressure")	LIVIVO (früher MEDPILOT)	30.03.	9958	Boolsche Operatoren funktionieren nicht > nicht gesichtet
("single parent*" OR "single-parent*" OR "one-parent" OR "single mother*" OR "lone-mother*" OR „single father*" OR lone-father*) AND ("health promotion" OR "disease prevention" OR setting OR communit* OR parent-training OR "parenting program*")	PsycARTICLES	03.02.	10	
("single parent*" OR "single-parent*" OR "one-parent" OR "single mother*" OR "lone-mother*" OR „single father*" OR lone-father*) AND (nutrition OR "physical activity" OR addiction OR stress)	PsycARTICLES	03.02.	61	
pubmed	30.03.	200		

SUCHSTRING	DATENBANK	DATUM	TREFFER	BEMERKUNGEN
((("single parent*" [Title/Abstract]) OR single-parent* [Title/Abstract]) OR one-parent [Title/Abstract] OR "single mother*" [Title/Abstract] OR lone-mother* [Title/Abstract] OR "single father*" [Title/Abstract] OR lone-father* [Title/Abstract]) AND (("health promotion" [Title/Abstract] OR prevention [Title/Abstract] OR setting* [Title/Abstract] OR community-based* [Title/Abstract] OR parent-training [Title/Abstract] OR "parenting program" [Title/Abstract]))	pubmed	30.03.	0	wenn prevention OR ... nicht in Title/Abstract gesucht wird, 824 Treffer
((("single parent*" OR single-parent* OR one-parent OR "single mother*" OR lone-mother* OR „single father*" OR lone-father*) AND ((nutrition OR diet) OR ("physical activity" OR exercise OR motion) OR (addiction* OR dependenc*) OR (stress* OR "mental pressure"))))	PubPsych	17.03.	0	
((("single parent*" OR single-parent* OR one-parent OR "single mother*" OR lone-mother* OR „single father*" OR lone-father*) AND (("health promotion" OR prevention) OR (setting OR communit*) OR (parent-training OR "parenting program*")) OR ((nutrition OR diet) OR ("physical activity" OR exercise OR motion) OR (addiction* OR dependenc*) OR (stress* OR "mental pressure"))))	PubPsych	17.03.	0	zu lange Suchstings überfordern die Suchmaschine
((("single parent*" OR single-parent* OR one-parent OR "single mother*" OR lone-mother* OR „single father*" OR lone-father*) AND ("health promotion" OR prevention OR setting OR communit* OR parent-training OR "parenting program*") AND (nutrition OR "physical activity" OR addiction* OR stress*))	PubPsych	01.04.	262	
Alleinerzieh* AND Gesundheitsförderung OR Prävention	PubPsych	27.10.	74	
Alleinerzieh* AND Gesundheitsförderung OR Prävention	SOFIS	27.10.	9	
("single parent*" OR "single-parent*" OR "one-parent" OR "single mother*" OR "lone-mother*" OR „single father*" OR lone-father*) AND ("health promotion" OR "disease prevention" OR setting OR communit* OR "physical activity" OR nutrition OR stress OR addiction) [TI]	Springer Link	21.01.	0	

SUCHSTRING	DATENBANK	DATUM	TREFFER	BEMERKUNGEN
("single parent*" OR "single-parent*" OR "one-parent" OR "single mother*" OR "lone-mother*" OR „single father*" OR lone-father*") AND ("health promotion" OR "disease prevention" OR setting OR communit* OR "physical activity" OR nutrition OR stress OR addiction)	Springer Link	21.01.	155926	Nicht gesichtet - Boolsche Operatoren funktionieren nicht (komplett irrelevante Treffer)
((("single parent*" OR single-parent* OR one-parent OR "single mother*" OR lone-mother* OR „single father*" OR lone-father*) AND ("health promotion" OR prevention OR (parent-training OR "parenting program*"))) AND ((nutrition OR diet) OR ("physical activity" OR exercise OR motion) OR (addiction* OR dependenc*) OR (stress* OR "mental pressure"))))	WHO International Clinical Trials Registry Platform	14.03.		Fehlermeldung - Service zur Zeit nicht erreichbar > kommt immer bei langen Suchstrings
("single parent*" OR lone-parent OR "single mother*" OR "single father")	WHO International Clinical Trials Registry Platform	14.03.	0	
("single parent*" OR lone-parent OR "single mother*" OR "single father") AND (prevention OR "health promotion")	WHO International Clinical Trials Registry Platform	14.03.	0	
("single parent*" OR lone-parent OR "single mother*" OR "single father") AND (nutrition OR diet OR "physical activity" OR exercise OR motion OR addiction* OR dependenc* OR stress* OR "mental pressure")	WHO International Clinical Trials Registry Platform	14.03.	0	

6.2 Anlage: Zusammenfassung zentraler Studien und Publikationen (Datenblätter)

Nachfolgend werden die ermittelten Studien über Datenblätter dargestellt.

NR.	1.
Titel	Effects of Preventive Family Service Coordination for Parents With Mental Illnesses and Their Children, a RCT
Autorin/Autor	Wansink, H. J., Janssens, J. M. A. M., Hoencamp, E., Middelkoop, B. J. C., & Hosman, C. M. H.
Publikationsjahr	2015
Adressatengruppe (ggf. Feingliederung)	Eltern mit psychiatrischen Erkrankungen, die in ambulanter Behandlung waren, mindestens ein Kind zwischen 3 und 10 Jahren hatten und aus einer Liste von 16 Risikofaktoren für schlechte Kindererziehung mindestens 3 erfüllt haben („single parenthood; little support from spouse; little network support; relational problems; partner with psychological problems; children with poor health/handicaps/difficult temperament; change in family structure/housing; two or more life events in the past 2 years; housing problems; poverty or debts; having been abused as a child; severe psychiatric symptoms; low compliance with psychiatric treatment; impulse control problems; alcohol or drugs problems; low intelligence“) > ein großer Teil waren alleinerziehende Mütter (N=46, davon 28 in der Interventionsgruppe)
Zugang	Psychiatrisches Institut
Setting	Zu Hause in der Familie
Handlungsfeld	Kein spezifisches Handlungsfeld; ggf. Stressmanagement zuzuordnen
Studiendesign	Randomisierte kontrollierte klinische Studie (N=99) Aufteilung in Interventionsgruppe (N=49) und Kontrollgruppe (N=50) nach Baseline-Befragung Befragungen zur Baseline sowie nach neun und 18 Monaten Befragung in Interviewform (90min) beim Hausbesuch
Evidenzniveau	Ib (aber kleine Stichprobe und Gesundheit nicht im Fokus der Studie, sondern nur als Erziehungsstress am Rande thematisiert)

Intervention	<p>Preventive Basic Care Management</p> <p>Ziel ist die Verbesserung der Kindererziehung durch auf die Bedürfnisse zugeschnittene Organisation und Koordination von psychiatrischen und präventiven Familiendienstleistungen</p> <p>Der Fokus liegt auf der Stärkung von positiver Erziehung und des Netzwerks bzw. der Community</p> <p>Die fünf Elemente sind: Einschreibung, Bewertung, Gestaltung eines integrierten Präventionsplans für eine maßgeschneiderte Betreuung, Zusammenbringen von Familien mit Dienstleistungen und Evaluation</p> <p>Jede Familie bekommt einen persönlichen Koordinator, der Ziele koordiniert und evaluiert, Treffen mit den Familien und jeweiligen Dienstleistern arrangiert und den Prozess verfolgt</p> <p>Die Intervention dauert im Mittel 18 Monate</p> <p>Die Kontrollgruppe erhielt eine Broschüre über den Einfluss von Erziehungsproblemen auf die Kinder und Informationen über verfügbare Dienstleistungen wie Selbsthilfegruppen</p>
Outcome-Parameter	<p>Kindererziehung (Home Observation for Measurement of the Environment inventory – HOME)</p> <p>Erziehungsfähigkeit (Parenting Skills subscale of the Family Functioning Questionnaire – FFQ)</p> <p>Erziehungsstress (Frequency and Intensity subscales of the Parenting Daily Hassles – PDH)</p> <p>Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern (Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ)</p> <p>Psychiatrische Charakteristiken/Symptome (Clinical Global Impression – CGI)</p>
Outcome	<p>Signifikante Verbesserung der Erziehungsfähigkeit in der Interventionsgruppe (F=5.45, df=1.95, 183.11; p=.005)</p> <p>„nicht signifikanter Trend“ hinsichtlich der Erziehungsqualität (F=2.52, df=1.82, 170.69; p=.089) und dem Erziehungsstress (F=2.76, df=1.81, 170.40; p=.071)</p> <p>keine Aussage über Kontrollgruppe</p>
Fazit	<p>Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Intervention sinnvoll ist und sich positiv auf die Erziehungsfähigkeit auswirkt und auch die Qualität der Erziehung und den Erziehungsstress beeinflussen kann → Autorenaussage! (Letzteres ist beides nicht signifikant)</p>

NR.	2.
Titel	Gesundheitsförderung arbeitsloser alleinerziehender Frauen durch Maßnahmen der Arbeitsmarktpolitik
Autorin	Ziesche, A.
Publikationsjahr	2015
Adressatengruppe (ggf. Feingliederung)	Arbeitslose alleinerziehende Frauen
Zugang	Über Jobcenter
Setting	Jobcenter (eigentlich kein Setting)
Handlungsfeld	Kein spezifisches Handlungsfeld; es wird allgemein auf Förderung des Wohlbefindens rekurriert
Studiendesign	Fallstudien N=11
Evidenzniveau	IV (Fallstudien)
Intervention	AQuA – Arbeit und Qualifizierung für Alleinerziehende
Outcome-Parameter	Zufriedenheit, ermittelt über persönliche Befragungen sowie Arbeitsmarktintegration / Employability
Outcome	<p>Als Ergebnis werden als Erfolgsfaktoren identifiziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • stigmatisierungs- und beitragsfreie Zugänge • die Methode des Gesundheitscoachings, • eine langfristige Teilnahme von sechs Monaten, • eine Nähe zu einem möglichen beruflichen Handlungsfeld, • ein Informationsaustausch der Kursteilnehmerinnen im Sinne von Selbstorganisation und die Einbettung in übergreifende Gesundheitsstrategien durch Bundesagentur für Arbeit, Jobcenter, Krankenkassen und Kommunen im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik.
Fazit	Es wird empfohlen, Gesundheitsförderung als Inhalt von Qualifizierungsprogrammen zu stärken. In diesem Sinne sollen Kursangebote in übergreifende Gesundheitsstrategien eingebunden sein und die Selbsthilfefähigkeit der Alleinerziehenden erhöhen.

NR.	3.
Titel	Evaluating Clinically Significant Change in Mother and Child Functioning: Comparison of Traditional and Enhanced Behavioral Parent Training
Autorin/ Autor	Rajwan, E.; Chacko, A.; Wymbs, B.T.; Wymbs, F.A.
Publ.jahr	2014
Probandengruppe	Alleinerziehende Mütter mit Kindern zwischen fünf und zwölf Jahren, die eine diagnostizierte ADHS haben (mit und ohne Medikation)
Zugang	Über Radiowerbung, Mails (woher die Mailadressen genommen wurden ist nicht beschrieben) und Hinweisen in Schulen
Setting	Nicht beschrieben
Handlungsfeld	Kein spezifisches Handlungsfeld; ggf. Stressmanagement zuzuordnen
Studiendesign	Teil einer randomisierten kontrollierten Studie (siehe Chacko et al. 2009) Vergleich von STEPP (Strategies to Enhance Positive Parenting) (N=40) und traditionellem BPT (Behavioral Parent Training) (N=40) Befragungen pre und post, drei Monate follow-up
Evidenzniveau	Ib (für RCT N=80, aber methodische Schwächen und Gesundheitsförderung der Mütter nicht im Fokus der Studie, sondern eher Nebenprodukt) keine empirische Evidenz für STEPP
Intervention	<p>Traditional BPT – Behavioral Parent Training</p> <ul style="list-style-type: none"> • 9-wöchiges Programm mit 2,5h pro Woche • Ziel ist das Erlernen effektiver Erziehungsmethoden (z.B. positive Teilnahme (positive attending), geplantes Ignorieren, Anreizsysteme) • Therapeuten haben abhängig vom Alter Inhalte für jedes Mutter-Kind-Paar angepasst (z.B. Diskussionen zur positiven Teilnahme werden für Eltern jüngerer Kinder im Kontext vom Spiel diskutiert, für Eltern älterer Kinder im Kontext von Fernsehen, Lesen von Zeitschriften oder während einer Diskussion zwischen Eltern und Kindern) • Diskussion von Erziehungsfehlern, die zuvor anhand von Videoaufnahmen gezeigt wurden • Rollenspiele • Hausaufgaben auf Basis der letzten Sitzung • Kinder nahmen parallel an gruppenbasiertem Programm zur Stärkung sozialer Kompetenzen teil

NR.	3.
Intervention	<p>STEPP – Strategies to Enhance Positive Parenting</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie traditional BPT, zusätzlich: • Verbessertes Aufnahmeverfahren, das die Teilnahmemotivation verbessert, mögliche Teilnahmebarrieren reduziert und die Erwartungen der Mütter hinsichtlich der Teilnahme und die Auswirkung auf das Verhalten ihres Kindes berücksichtigt • Verbesserung der sozialen Unterstützung unter den Eltern durch die Bildung von Subgruppen zu Problemlösungs- und Bewältigungsstrategien • Systematische Problemlösungsmethode wie Zeitmanagement oder Probleme mit Angehörigen • Eltern-Kind-Interaktionen zur Verbesserung der Erziehungsfähigkeiten und Motivationsverbesserung hinsichtlich Verhaltensziele in der Gruppe und zu Hause durch Anreize
Outcome-Parameter	<ul style="list-style-type: none"> • Depressivität (Beck Depression Inventory – BDI) • Erziehungsverhalten (Parenting Scale – PS) • Erziehungskompetenz (Parenting Sense of Competence – PSOC) • Erziehungsstress (Parenting Stress Index – PSI) • [Verhalten des Kindes (Eyberg Child Behavior Inventory – ECBI)]
Outcome	<ul style="list-style-type: none"> • Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen der STEPP- und der BPT-Gruppe hinsichtlich der Erziehungskompetenz. • Der Anteil der Eltern, mit einer reliablen Veränderung und Wiederherstellung hinsichtlich des Stresses war in der STEPP-Gruppe nicht signifikant größer als in der BPT-Gruppe ($\chi^2(1, N=80)=3.5, p=0.06$). • Eine signifikant größere Anzahl an Eltern der STEPP-Gruppe erreichte eine zuverlässige Veränderung des Erziehungsverhaltens ($\chi^2(1, N=80)=4.1, p=0.043$). Die Anzahl derjenigen die eine zuverlässige Veränderung und Wiederherstellung erreichten, unterschied sich jedoch nicht signifikant zwischen den Gruppen. • Auch bezüglich der Depressivität zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.
Fazit	<p>Nur geringer, nicht signifikanter Vorteil der STEPP-Gruppe gegenüber der BPT-Gruppe (Autorenaussage). Es liegt, mit Ausnahme von einer Subgruppe (Veränderung und Wiederherstellung von Erziehungskompetenz), keine empirische Evidenz dafür vor, dass Eltern von dem STEPP- Programm mehr profitieren als von dem BPT</p>

NR.	4.
Titel	Die Wirksamkeit von wir2
Autorin/ Autor	Weihrauch, L., Haubold, S.; Franz, M.
Publikationsjahr	2014
Adressatengruppe (ggf. Feingliederung)	Mittelgradig psychisch belastete alleinerziehende Mütter mit Kindern zwischen 3 und 6 Jahren
Zugang	Informationsveranstaltung und Aushänge in Kindertagesstätten
Setting	Kommune
Handlungsfeld	Kein spezifisches Handlungsfeld; ggf. Stressmanagement zuzuordnen
Studiendesign	randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie (RCT) <ul style="list-style-type: none"> • Screening von 127 Müttern (t0) • 88 Mütter randomisiert in Interventions- (n=47) und Wartekontrollgruppe (n=41) aufgeteilt Befragungen zu t1 (prä), t2 (post), t3 (sechs Monate follow-up)
Evidenzniveau	Ib (aber kleine Stichprobe)
Intervention	PALME - Präventives Elternttraining für alleinerziehende Mütter geleitet von ErzieherInnen <ul style="list-style-type: none"> • 20 Sitzungen (wöchentlich über sechs Monate) mit maximal zwölf Müttern und einem Leiterpaar (ErzieherInnen) je Gruppensitzung • dreitägige Schulung der Erzieherinnen und Erzieher im Vorhinein • vier inhaltlich aufeinander aufbauende Module: <ul style="list-style-type: none"> – emotionszentrierte Selbstwahrnehmung der Mutter – Einfühlung in das emotionale Erleben und die Entwicklungsbedürfnisse des Kindes – Situation der Gesamtfamilie, der Trennungskonflikt, Bedeutung des Vaters – lösungsorientierte Entwicklung sozialer Kompetenzen im Alltag.

NR.	4.
Outcome-Parameter	<ul style="list-style-type: none"> • Psychologische/psychosomatische Symptombelastung und Depressivität (Symptom-Checklist-90-revised – SCL-90-R) (mit globalem Schweregrad – GSI) • Psychische/psychosomatische Belastung (Beeinträchtigungs-Schwere-Score – BSS) • Wohlbefinden (Short-Form-12 Health Survey – SF12) • emotionale Kompetenzen (Akzeptanz eigener Emotionen, Erleben von Emotionsüberflutung) (Skalen zum Erleben von Emotionen – SEE) • (und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder (Strength and Difficulties Questionnaire – SDQ) • Mutter-Kind-Beziehung (Fragebogen zur Mutter-Kind-Beziehung – FbMKB))
Outcome	<ul style="list-style-type: none"> • Mütter der Interventionsgruppe waren weniger depressiv als Mütter der Kontrollgruppe. Die hohen Depressionswerte halbierten sich in der Interventionsgruppe im Durchschnitt, während sich die Werte in der Kontrollgruppe nicht signifikant veränderten. Nach sechs waren die Werte in der Interventionsgruppe stabil. In der Kontrollgruppe sank die Depressivität in dieser Zeit. Mögliche Ursachen könnten laut Autorin und Autoren die gesteigerte Zuwendung, die auch Müttern der Kontrollgruppe zuteil wurde oder die Vorfreude auf die Intervention sein. • Die psychische Belastung war in der Interventionsgruppe geringer als in der Kontrollgruppe. Insbesondere hinsichtlich der Somatisierung zeigte sich eine Halbierung der Beschwerden. • Mütter der Interventionsgruppe berichteten von einem besseren Wohlbefinden als Mütter der Vergleichsgruppe • Zu dem konnten Mütter der Interventionsgruppe leichter eigene Emotionen akzeptieren und fühlten sich weniger unkontrollierbar überflutet. • Sechs und auch zwölf Monate nach der Intervention blieben die Effekte der Interventionsgruppe stabil.
Fazit	<p>Die Autorinnen und Autoren kommen zu dem Schluss, dass das Konzept von wir2 wirkt: Die Mütter waren weniger depressiv, weniger psychisch belastet und kompetenter im Umgang mit den eigenen Emotionen. Des Weiteren gibt es Hinweise auch auf eine Verbesserung der sozialen Kompetenz der Kinder. Auch die Teilnehmerinnen selber berichten von großer Zufriedenheit mit dem Programm und einem verbesserten Wohlbefinden.</p>

NR.	5.
Titel	Long-term efficacy of an attachment-based parental training program for single mothers and their children: a randomized controlled trail
Autorin/ Autor	Weihrauch, L., Schäfer, R., Franz, M.
Publ.jahr	2014
Probandengruppe	psychosozial mittelgradig beeinträchtigte alleinerziehende Mütter mit Kindern zwischen 3 und 6 Jahren > Als leicht bis mittelgradig belastet galten Mütter, deren Werte zwar auf mindestens einer HADS-Skala im grenzwertigen Bereich lagen (>7), die aber nicht aufgrund der Diagnose einer Suchterkrankung, gravierenden Persönlichkeitsstörung oder einer anderen schweren psychischen Erkrankung (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, SKID) für eine Gruppenteilnahme ungeeignet waren Familienstatus alleinerziehend: vom leiblichen Vater des Kindes getrennt, geschieden oder ledig; neue Partnerschaft möglich
Zugang	über Kindertagesstätten
Setting	Kommune
Handlungsfeld	Kein spezifisches Handlungsfeld; ggf. Stressmanagement zuzuordnen
Studiendesign	randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie (RCT) <ul style="list-style-type: none"> • Screening von 127 Müttern (t0) • 88 Mütter randomisiert in Interventions- (n=47) und Kontrollgruppe (n=41) aufgeteilt • Befragungen zu t1 (prä), t2 (post), t3 (sechs Monate follow-up)
Evidenzniveau	Ib (aber kleine Stichprobe)
Intervention	PALME - Präventives Elternttraining für alleinerziehende Mütter geleitet von ErzieherInnen <ul style="list-style-type: none"> • 20 Sitzungen (wöchentlich über sechs Monate) mit maximal zwölf Müttern und einem Leiterpaar (Erzieherinnen und Erzieher) je Gruppensitzung • dreitägige Schulung der ErzieherInnen im Vorhinein • vier inhaltlich aufeinander aufbauende Module: <ul style="list-style-type: none"> – emotionszentrierte Selbstwahrnehmung der Mutter – Einfühlung in das emotionale Erleben und die Entwicklungsbedürfnisse des Kindes – Situation der Gesamtfamilie, der Trennungskonflikt, Bedeutung des Vaters – lösungsorientierte Entwicklung sozialer Kompetenzen im Alltag.

NR.	5.
Outcome-Parameter	<ul style="list-style-type: none"> • Psychische Störungen und Syndrome (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV – SKID) (nur für Screening) • Psychologische/psychosomatische Symptombelastung und Depressivität (Symptom-Checklist-90-revised – SCL-90-R) (mit globalem Schweregrad – GSI) • Wohlbefinden (Short-Form-12 Health Survey – SF12) • psychogene Gesamtbeeinträchtigung (Beeinträchtigungs-Schwere-Score – BSS) • emotionale Kompetenzen (Akzeptanz eigener Emotionen, Erleben von Emotionsüberflutung) (Skalen zum Erleben von Emotionen – SEE) • (und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder (Strength and Difficulties Questionnaire – SDQ)) • Zufriedenheit der Mütter (durch Autorinnen und Autoren erstellt)
Outcome	<p>Die psychologische/psychosomatische Symptombelastung hat in der Interventionsgruppe von t1 zu t2 signifikant abgenommen (Ft1-t2(1, 25)=25.35, p<.001, Cohen's d=1.09) und ist zu t3 stabil geblieben (Ft1-t3(1, 25)=24.39, p<.001, d=0.87).. In der Kontrollgruppe, gab es eine von t1 zu t3 eine geringe signifikante Abnahme. Vor dem Programm waren in der Interventionsgruppe 57,7% der Mütter stark beeinträchtigt, während es hinterher nur noch 15,4% waren. Zum Follow-up hat sich dieser Anteil wieder geringfügig erhöht (19,2%). In der Kontrollgruppe nahm der Anteil der stark gestressten Mütter zwar ebenfalls ab (t1: 40%, t2: 31,4% t3: 21,9%), jedoch ohne statistische Signifikanz von t1-t2 und t1-t3.</p> <p>Hinsichtlich der Depressivität zeigten die Mütter der Interventionsgruppe zu t1 einen mehr als doppelt so hohen Wert (M=1.42, SD=0.79), wie die weibliche Bevölkerung (M=0.52, SD=0.55). Nach der Intervention hat sich der Mittelwert etwa halbiert (M=0.69, SD=0.58, Ft1-t2(1, 25)=18.99, p<.001, d=1.05) und ist konstant geblieben (M=0.78, SD=0.72); Ft1-t3 (1, 25)=21.75, p<.001, d=0.85). In der Kontrollgruppe gab es eine geringe signifikante Abnahme der depressiven Symptome von t1 zu t3 (M=1.11 (SD=0.76) zu t1; M=0.71 (SD=0.56) zu t3; Ft1-t3 (1, 31)=14.38, p=.001, d=0.60).</p> <p>Das Wohlbefinden der Frauen aus der Interventionsgruppe stieg von t1 zu t2 deutlich an und blieb dann zu t3 stabil (t1=35.49 (SD=8.65) zu t2=45.82; SD=9.44, Ft1-t2(1, 25)=19.28, p<.001, d=-1.14; t3=45.80, SD=10.33, Ft1-t3(1, 25)=14.76, p=.001,. In der Kontrollgruppe gab es von t1 zu t3 einen signifikanten Anstieg (t1=40.10, SD=9.54, t2=41.51, SD=10.32; Ft1-t2(1, 31)=0.38, p=.540, d=-0.19; t3=44.56, SD=10.35, Ft1-t3 (1, 31)=4.46, p=.043, d=-0.45).</p>

NR.	5.
Outcome	<p>Die Dimension "Akzeptanz der eigenen Gefühle" der emotionalen Kompetenzen der Interventionsgruppe und Kontrollgruppe unterschieden sich zu Beginn, sodass die Berechnung für t1 kontrolliert wurden. Es zeigte sich nur zu t2 ein signifikanter Unterschied. Zu t3 unterschieden sich die Gruppen nicht voneinander (t2: $F(1, 56)=5.62$; $p=.021$, $gt2=0.81 [0.27; 1.34]$; t3: $F(1, 56)=0.64$, $p=.426$, $gt3=0.55 [0.03; 1.08]$).</p> <p>Hinsichtlich des Erlebens von Emotionsüberflutung zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe $F(2, 95)=2.75$, $p=.068$, $gt2=-0.57 [-1.09; -0.04]$ and $gt3=-0.36 [-0.88; 0.17]$.</p>
Fazit	<p>PALME ist geeignet, um Depressivität und psychologische Beeinträchtigungen von alleinerziehenden Müttern zu reduzieren und ihr Wohlbefinden zu steigern.</p> <p>Besonders hervorzuheben ist die Reduktion der hoch gestressten Mütter von 58% auf 15% in der Interventionsgruppe.</p> <p>Die Verbesserungen in der Kontrollgruppe könnten darauf zurückzuführen sein, dass diese zwei Treffen hatten, mehrfach telefonisch kontaktiert wurden, Grußkarten zu Geburtstagen und Feiertagen erhielten, um sie motiviert zu halten an der Studie teilzunehmen und die Wartezeit bis zu ihrem PALME-Programm zu verkürzen.</p>

NR.	6.
Titel	Qualitative evaluation of the Teenage Mothers Project in Uganda: a community-based empowerment intervention for unmarried teenage mothers
Autorin/Autor	Leerlooijer, J.N.; Bos, A.E.R.; Ruiter, R.A.C.; van Reeuwijk, M.A.J.; Rijdsdijk, L.E.; Nshakira, N.; Kok, G.
Publ.jahr	2013
Probandengruppe	Unverheiratete Teenagemütter
Zugang	nicht beschrieben
Setting	Kommune
Handlungsfeld	Nicht zuzuordnen
Studiendesign	Qualitative Studie Halb-strukturierte Interviews (N=23) mit früheren Teenagemüttern, Gemeindeleitern und Projektumsetzern Lifeline History von früheren Projektteilnehmerinnen (N=9) (von der Geburt bis jetzt) Quantitatives Monitoring (N=1036) von Teenagemüttern (davon wird jedoch nicht weiter berichtet)
Evidenzniveau	III-IV
Intervention	Teenage Mothers Project > zum Umgang mit den Konsequenzen der frühen Schwanger- und Mutterschaft
Outcome-Parameter	Interviewthemen <ul style="list-style-type: none"> • Chancenexistenz • Chancennutzung • Wirksamkeit der Chancen Inhalt des quantitativen Monitorings unklar
Outcome	Das Teenage Mother Project hat zu einem Wandel der sozialen Normen beigetragen hinsichtlich der Möglichkeiten für unverheiratete Teenagemütter > verbessertes Selbstvertrauen und größere Autonomie, Weiterführen der Schule und Einkommensgenerierung, bessere Bewältigung von Herausforderungen. Insbesondere die Beratung der Teenagemütter, ihrer Eltern und der Gemeindeleiter scheinen zu diesen Ergebnissen beigetragen zu haben.
Fazit	Die Stärken des Teenage Mother Project liegen in dem sozio-ökologischen Ansatz, in der partizipativen Planung mit den Leitern der Kommune und anderen Stakeholdern, der Beratung von Teenagemüttern und ihren Eltern sowie dem Fokus auf der Bildung und Einkommensgenerierung.

NR.	7.
Titel	Evaluation der ELTERN-AG, Abschlussbericht
Autorinnen	Böhm, B.; Schneider, M.
Publ.jahr	2013
Probandengruppe	Sozial benachteiligte Familien in besonders belastenden Lebenssituationen mit Kindern bis zum Grundschulalter und werdende Eltern (Erfüllung von mindestens 1 von 7 Kriterien, in Ausnahmefällen (4%) auch ohne diese Erfüllung, wenn es eine drohende soziale Benachteiligung gab) > insbesondere alleinerziehende Mütter mit finanzieller Hilfe zur Lebensführung (Gruppe mit höchstem Armutsrisiko) werden erreicht
Zugang	direkte Ansprache oder über Multiplikatorinnen und Multiplikatoren
Setting	Kindergärten, Familienzentren, Qualifizierungsmaßnahmen, betreutes Wohnen und offene Gruppe
Handlungsfeld	nicht zuzuordnen
Studiendesign	Quasi-experimentelle Panelstudie mit Kontrollgruppe 15 Eltern-AGs (N=122, davon 95%Frauen; 64,7% Alleinerziehende) und Kontrollgruppen (N=50), vollständige Datensätze zu allen Messzeitpunkten die schlussendlich in das Panel einfließen waren IG N=45 und KG N=46 Drei bis vier (nur in der qualitativen Auswertung berücksichtigt, da nicht für alle Eltern-AGs vor erhoben) Messzeitpunkte (pre, post und 6-Monats-Follow-up) im mixed-methods-Design (Fragebögen mit standardisierten Instrumenten sowie problemzentrierte Interviews)
Evidenzniveau	IIb
Intervention	Die Eltern-AG wird von je zwei sozialpädagogischen Fachkräften durchgeführt, die in einer entsprechenden Ausbildung dafür qualifiziert wurden („Mentor/in für Empowerment in der frühen Bildung und Erziehung“) und hat eine Dauer von 20 Wochen. Sie setzt sich zusammen aus einer Vorlauf-, Einführungs- und Vertiefungsphase. In der sechs- bis zehnwöchigen Vorlaufphase, werden die Eltern akquiriert. Eltern werden direkt in ihrem vertrauten Sozialraum, in dem auch die Eltern-AG stattfinden soll, von den Mentoren/innen oder von mit dem Programm vertraut gemachten Multiplikatoren/innen angesprochen und zur Teilnahme eingeladen. Multiplikatoren/innen können dabei z. B. Kitaleiter/innen, Erzieher/innen, Hebammen, Kinderärzte/innen, Familienhelfer/innen oder Mitarbeiter/innen in Familienberatungsstellen oder im Jugendamt sein. Das erste Treffen kann stattfinden, wenn mindestens zwölf benachteiligte Eltern für die Teilnahme gewonnen werden konnten und passende Räumlichkeiten gefunden wurden. In der Einführungsphase (zehn Wochen) werden die Eltern durch die Mentorinnen mit dem Konzept vertraut gemacht, in den folgenden zehn Wochen der Vertiefungsphase werden die konzeptionellen Abläufe und bisher vermittelten Inhalte gefestigt, sodass die Eltern zunehmend in die eigenständige Durchführung der Treffen hineinwachsen können.
Interventionen	Insgesamt umfasst die Eltern-AG 20 zweistündige Treffen (inklusive 30 Minuten Pause). Jedes Eltern-AG Treffen ist äquivalent dreigliedrig aufgebaut, wobei jedes der drei didaktischen Kernelemente etwa 30 Minuten umfasst: 1. Erfahrungsaustausch/ Soziales Lernen („Mein aufregender Elternalltag“), 2. Stressmanagement/Emotion („Relax“), 3. Wissen/Kognition („Schlaue Eltern“). Zumindest einmal sollen dabei in jedem Eltern-AG Treffen die sechs Erziehungsregeln der Eltern-AG thematisiert werden.

NR.	7.
Interventionen	<p>Diese sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Respekt vor dem Kind, 2. Verzicht auf alle Formen von Gewalt in der Erziehung, 3. Angemessen fordern, fördern und ansprechbar sein, 4. Grenzen setzen und konsequent sein, 5. Verstärken des erwünschten Verhaltens und Ignorieren des unerwünschten Verhaltens, 6. konstruktives Austragen von Konflikten. <p>Im Anschluss an die begleiteten Treffen, treffen sich die Eltern als selbstorganisierte und sozialräumlich vernetzte Gruppe und werden bei Bedarf von Paten unterstützt.</p>
Outcome-Parameter	<ul style="list-style-type: none"> • Wahrgenommene soziale Unterstützung (F-SozU K14) • Erziehungsverhalten (EFB-K) • Kompetenzgefühl (FKE) • (Entwicklung der Kinder (allg. Entwicklungstest ET 6-6) • Dokumentationsbögen der Mentorinnen und Mentoren • Fragebögen zur Elternzufriedenheit
Outcome	<ul style="list-style-type: none"> • Die Eltern berichten durchschnittlich sehr zufrieden mit dem Programm zu sein. Besonders gut wurde die Vermittlung von Erziehungsregeln bewertet. Auch sechs Monate nach Abschluss des Programms wird dieses als „ziemlich nützlich“ bis „sehr nützlich“ bewertet. • Die wahrgenommene soziale Unterstützung erhöhte sich in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe mit einem statistisch kleinen Effekt signifikant sowohl im Vorher-Nachher-Vergleich als auch zum Follow-up (IG: T1 M=3,6 (s=.83), T2 M=3,8 (s=.95), T3 M=3,9 (s=.88), $p < 0.05$; KG: T1 M=4,0, T2 M=3,9, T3 M=4,0, $p > .05$). Aufgrund von signifikant unterschiedlichen Ausgangswerten in der Interventions- und Kontrollgruppe und einer nicht signifikanten Wechselwirkung zwischen den Faktoren Zeit und Gruppenzugehörigkeit, kann jedoch nicht mit Sicherheit gesagt werden, dass dieser Effekt auf die Teilnahme an der Eltern-AG zurückzuführen ist ($\Omega^2 = .027$, $p > .05$). • Verbesserung des elterlichen Erziehungskompetenzgefühls in der Interventionsgruppe nach sechs Monaten, während es in der Kontrollgruppe keine Veränderung gab. Über die Messzeitpunkte hinweg stieg die Erziehungskompetenz der Interventionsgruppeneltern konstant leicht an (T1 M=4,2 (s=.62), T2 M=4,3 (s=.58), T3 M=4,4 (s=.59); $p < .10$, $\Omega^2 = .042$) und lag somit nach Programmabschluss sowie ein halbes Jahr nach Programmabschluss etwas höher als bei in Deutschland lebenden Müttern im Durchschnitt (M=4,2 (s=.56)). Aufgrund signifikanter unterschiedlicher Ausgangswerte in der Interventions- und Kontrollgruppe, kann auch hier der Effekt nicht mit Sicherheit auf die Teilnahme an der Eltern-AG zurückgeführt werden. Die Autorinnen sehen einen Hinweis dafür in dem Ausbleiben einer weiteren Verschlechterung der Selbstwirksamkeit der Interventionsgruppen, während die Kontrollgruppe eine weitere Verschlechterung erfuhr.

NR.	7.
Outcome	<ul style="list-style-type: none"> • Hinsichtlich der Veränderung der Effektivität des Erziehungsverhaltens zeigte sich in der Interventionsgruppe keine signifikante Veränderung (T1 M=3,1, T2 M=2,9, T3 M=3,0, $p > .05$, $\Omega^2 = .023$), die Mittelwerte waren weitestgehend konstant und mit dem Durchschnittswert von in Deutschland lebenden Müttern mit Kita-Kindern vergleichbar. Auch in der Kontrollgruppe blieben die Werte weitestgehend stabil (T1 M=2,9, T2 M=2,8, T3 M=2,9; statistische Bedeutsamkeiten werden hier nicht berichtet). • Bei der Auswertung von einzelnen Items für das Erziehungsverhalten finden sich in der Interventionsgruppe marginal signifikante Veränderungen in Bezug auf die Selbstkontrolle bei Problemen mit dem Kind ($p < .10$, $\Omega^2 = .046$) und der Einhaltung von Verboten ($p < .10$, $\Omega^2 = .046$). Für die Kontrollgruppe werden nur zur Einhaltung von Verboten Werte berichtet. Hier zeigte sich, dass Kontrollgruppeneltern Verbote seltener zurücknahmen ($p < .01$). • Die Absicht und Realisierung weiterer Treffen ohne Mentorinnen und Mentoren wurde als Anzeichen für Empowerment verstanden, da die Eltern selbstbestimmt und selbstverantwortlich aktiv wurden. Sechs Monate nach der Begleitung trafen sich noch 59% der Teilnehmenden mit Eltern der Eltern-AG (am häufigsten mit einzelnen Eltern, aber auch mit Teilgruppen oder der gesamten Eltern-AG Gruppe. 69% gaben an, sich auch weiterhin treffen zu wollen).
Fazit	<p>Die interviewten Eltern betonen, wie wichtig es für sie sei, dass die anderen Eltern aus ihrer Eltern-AG in einer ähnlichen Lebenssituation sind und damit einen ähnlichen Erfahrungshintergrund haben. Die wahrgenommene Gemeinsamkeit erleichterte es den Eltern, sehr schnell Vertrauen zueinander zu fassen, sich offen auszutauschen und Lösungsvorschläge von anderen Eltern anzunehmen. Die Autorinnen kommen daher zu dem Schluss, dass Homogenität der Gruppe ein entscheidender Erfolgsfaktor des Programms ist.</p> <p>Des Weiteren wünschten sich die Eltern eine über die 20 Treffen hinausgehende Begleitung. Die Autoren schlagen daher vor, dass sich dieser Wunsch in Form von Auffrischungstreffen, Eltern-AGs für Eltern mit Schulkindern oder Kindern in der Pubertät oder ein Onlineangebot realisieren ließe.</p> <p>Weitere wichtige Aspekte sind laut Autorinnen Freiwilligkeit, Vertraulichkeit, Mitbestimmung, Austausch, Anleitung zu Perspektivwechseln, Selbstreflexion und Selbstkontrolle, Selbstbestätigung und -verantwortung sowie Unterstützung bei der Förderung der Kinder.</p> <p>Als begleitendes Angebot bei Qualifizierungsmaßnahmen für junge, alleinerziehende Mütter wird die Eltern-AG als Hilfe für eine bessere Strukturierung des Erziehungsalltags beschrieben, die es den Müttern erleichtert, kontinuierlich an der Qualifizierung teilzunehmen, was wiederum die Chancen auf Vermittlung in Praktika und Ausbildung erhöhen kann.</p> <p>Hinsichtlich von Abbruchquoten, Erwartungen, Zufriedenheit und Empowerment zeigten die Settings Kindertagesstätte und Familienzentrum die besten Ergebnisse.</p>

NR.	7.
Fazit	<p>Die Mentorinnen und Mentoren heben als Stärken des Programms hervor, dass es niedrigschwellig, kostenlos und aufsuchend arbeitet, in der Lebenswelt der Eltern stattfindet und lebensnah und praxisorientiert konzipiert sei.</p> <p>Die Leitungen der Träger sehen die Stärken in einem praxistauglichen und inhaltlich überzeugenden Gruppenkonzept, einer Möglichkeit der Erweiterung des Trägerangebots, der Erreichung von sozial benachteiligten Eltern, der Verbesserung der Erziehungskompetenz der Eltern. Als besondere Herausforderung sehen sie eine Sicherstellung der dauerhaften Finanzierung des Angebots. Die Autorinnen regen an, in weiterer Forschung wirkungsrelevante Aspekte, wie die Wirkung der Eltern-AG auf die Stressbewältigung der Eltern, auf einer breiteren Datenbasis zu untersuchen. Des Weiteren schlagen sie eine Erweiterung des Angebots anhand spezifischer Bedarfe vor. So halten sie folgende Weiterentwicklungen für empfehlenswert: Online-Angebot zur Unterstützung der Nachhaltigkeit der Wirkung bei den Eltern, Kinderangebot als parallel zur Elterngruppe stattfindendes präventives Angebot zur Verstärkung der Wirkung bei den Kindern der teilnehmenden Eltern, Gruppenangebot zur Unterstützung der Risikoverminderung bei Kindeswohlgefährdung, Nachsorgeangebot für sozial benachteiligte Eltern mit frühgeborenen Kindern und Kombinationsangebot zur Erhöhung der Wirksamkeit Sozialpädagogischer Familienhilfe (SPFH).</p>

NR.	8.
Titel	Understanding how education/support groups help lone mothers
Autorin/Autor	Lipman, E. L.; Kenny, M.; Jack, S.; Cameron, R.; Secord, M.: Byrne, C.
Publ.jahr	2010
Probandengruppe	alleinerziehende Mütter von Kindern zwischen 3 und 9Jahren
Zugang	nicht beschrieben
Setting	Kommune
Handlungsfeld	Kein spezifisches Handlungsfeld; ggf. Stressmanagement zuzuordnen
Studiendesign	explorativer qualitativer Studienarm einer größer angelegten RCT (dafür siehe Lipman & Boyle 2005) <ul style="list-style-type: none"> • 8 Interviews mit 8 alleinerziehenden Müttern • Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und mittels konventioneller Inhaltsanalyse kodiert und interpretiert
Evidenzniveau	Ib, wenn die RCT maßgeblich ist; sonst eher III (?)
Intervention	10-wöchiges Gruppenprogramm (siehe Lipman & Boyle 2005)
Outcome-Parameter	<ul style="list-style-type: none"> • schlechte Stimmung (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) • Selbstwertgefühl (Rosenberg Self-Esteem Scale) • soziale Unterstützung (Social Provisions Scale) • Erziehungskompetenzen (Parenting Scale)
Outcome	Vor der Intervention berichten die Mütter von sozialer Isolation, Stigmatisierung, dem Gefühl von Versagen, schlechten Beziehungen zu ihren Kindern und finanziellen Problemen. Nach der Teilnahme an den Gruppensitzungen berichten sie von einem verbesserten Selbstwertgefühl, Unterstützung durch andere Mütter, verbesserten Erziehungskompetenzen und verbesserter Kommunikation mit ihren Kindern.
Fazit	verbessertes Verständnis für die Situation der alleinerziehenden Mütter. Anbieter für Programme Alleinerziehender müssen ein komplexes Gefüge aus gesundheitlichen und sozialen Problemen adressieren

NR.	9.
Titel	PALME – ein Präventives Elterntraining für alleinerziehende Mütter geleitet von ErzieherInnen
Autorin/ Autor	Franz, M.; Weihrauch, L.; Schäfer, R.
Publ.jahr	2010
Probandengruppe	psychisch mittelgradig beeinträchtigten alleinerziehenden Mütter mit Kindern im Alter von 3-6 Jahren
Zugang	Nicht beschrieben
Setting	Nicht beschrieben
Handlungsfeld	Kein spezifisches Handlungsfeld; ggf. Stressmanagement zuzuordnen
Studiendesign	randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie (RCT) <ul style="list-style-type: none"> • Screening von 127 Müttern (t0) • 88 Mütter randomisiert in Interventions- (n=47) und Kontrollgruppe (n=41) aufgeteilt • halbstrukturierte Interviews zu t1 (prä) und t2 (post)
Evidenzniveau	Ib (aber kleine Stichprobe)
Intervention	20 Gruppensitzungen mit bis zu 12 Müttern mit den Zielen: <ul style="list-style-type: none"> • Stabilisierung der Mutter-Kind- Beziehung • Stärkung der intuitiven Elternfunktionen • verbesserte und differenzierende mütterliche Affektwahrnehmung • Bearbeitung unbewusster Delegationen (z.B. Parentifizierung des Kindes) • Bearbeitung evtl. bestehender Selbstwertprobleme und Schuldgefühle • Trennung der Elternverantwortung von der Ebene des Paarkonfliktes • Einübung sozialer und elterlicher Kompetenzen
Outcome-Parameter	<ul style="list-style-type: none"> • Depressivität (Allgemeine Depressionsskala – ADS) • psychogene Gesamtbeeinträchtigung (Beeinträchtigungs-Schwere-Score – BSS) • emotionale Kompetenzen (Skala zum Erleben von Emotionen – SEE) • Problemverhalten der Kinder (Strength and Difficulties Questionnaire – SDQ)

NR.	9.
Outcome	<ul style="list-style-type: none"> • Signifikante Abnahme der Depressivität und der psychogenen Gesamtbeeinträchtigung in der Interventionsgruppe ($t_1=20,77 \pm 9,45$; $t_2=14,64 \pm 8,09$), während keine Veränderung bei der Kontrollgruppe zu beobachten war ($t_1=19,83 \pm 10,03$; $t_2=19,71 \pm 11,41$). Der Messzeit x Gruppe-Interaktionseffekt war signifikant ($F(1/59) = 4,06$; $p < 0,05$). • Die psychogene Gesamtbeeinträchtigung verringerte sich nur in der Interventionsgruppe (IG: $t_1=4,92 \pm 1,20$; $t_2=2,08 \pm 1,44$; KG: $t_1=4,63 \pm 2,14$ $t_2=4,80 \pm 2,55$; $F(1/59) = 31,26$; $p < 0,001$). • Verbesserung der emotionalen Kompetenzen in der Interventionsgruppe, keine Veränderung in der Kontrollgruppe (IG: $t_1=19,54 \pm 4,88$; $t_2=23,23 \pm 3,49$); KG: $t_1 = 22,64 \pm 4,65$; $t_2 = 22,39 \pm 3,98$; $F(1/57) = 12,46$; $p < 0,01$) • Tendentiell weniger Problemverhalten bei Kindern von Müttern der Interventionsgruppe als von Müttern der Kontrollgruppe (IG: $t_1= 7,12 \pm 5,18$; $t_2 = 5,00 \pm 4,11$; KG: $t_1 = 7,65 \pm 4,96$; $t_2 = 7,57 \pm 6,10$; $F(1/35) = 3,07$; $p < 0,10$). • Subgruppenanalyse zeigte keinen Unterschied in der Wirksamkeit von Müttern unterschiedlicher Bildungsschichten, besonders profitierten jedoch ältere Mütter und zu Beginn stärker belastete Mütter
Fazit	PALME ist dazu geeignet, depressiven Erkrankungen von alleinerziehenden Müttern vorzubeugen, deren emotionale Kompetenzen zu verbessern, die Eltern-Kind-Beziehung zu stabilisieren und dadurch das Risiko für kindliche Verhaltensprobleme zu senken Ökonomisch, niedrigschwellig und gut angenommen

NR.	10.
Titel	Enhancing Traditional Behavioral Parent Training for Single Mothers of Children with ADHD
Autorin/ Autor	Chacko, A.; Wymbs, B. T.; Wymbs, F. A.; Pelham, W. E.; Swanger-Gagne, M. S.; Girio, E.; Pirvics, L.; Herbst, L.; Guzzo, J.; Phillips, C.; O'Connor, B.
Publ.jahr	2009
Probandengruppe	Alleinerziehende Mütter mit Kindern zwischen fünf und zwölf Jahren, die eine diagnostizierte ADHS haben (mit und ohne Medikation)
Zugang	Über Radiowerbung, Mails (woher die Mailadressen genommen wurden ist nicht beschrieben) und Hinweisen in Schulen
Setting	Nicht beschrieben
Handlungsfeld	Kein spezifisches Handlungsfeld; ggf. Stressmanagement zuzuordnen
Studiendesign	Randomisierte kontrollierte Studie Vergleich von STEPP (N=40) und traditionellem BPT (N=40) und einer Kontrollgruppe (N=40) Befragungen pre und post, drei Monate follow-up
Evidenzniveau	Ib (für RCT N=120, aber methodische Schwächen und Gesundheitsförderung der Mütter nicht im Fokus der Studie, sondern eher Nebenprodukt)
Intervention	<p>Traditional BPT – Behavioral Parent Training</p> <ul style="list-style-type: none"> • neun-wöchiges Programm mit 2,5h pro Woche • Ziel ist das Erlernen effektiver Erziehungsmethoden (z.B. positive Teilnahme (positive attending), geplantes Ignorieren, Anreizsysteme) • Therapeuten haben abhängig vom Alter Inhalte für jedes Mutter-Kind-Paar angepasst (z.B. Diskussionen zur positiven Teilnahme werden für Eltern jüngerer Kinder im Kontext vom Spiel diskutiert, für Eltern älterer Kinder im Kontext von Fernsehen, Lesen von Zeitschriften oder während einer Diskussion zwischen Eltern und Kindern) • Diskussion von Erziehungsfehlern, die zuvor anhand von Videoaufnahmen gezeigt wurden • Rollenspiele • Hausaufgaben auf Basis der letzten Sitzung • Kinder nahmen parallel an gruppenbasiertem Programm zur Stärkung sozialer Kompetenzen teil

NR.	10.
Intervention	<p>STEPP – Strategies to Enhance Positive Parenting</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie traditional BPT, zusätzlich: • Verbessertes Aufnahmeverfahren, das die Teilnahmemotivation verbessert, mögliche Teilnahmebarrieren reduziert und die Erwartungen der Mütter hinsichtlich der Teilnahme und die Auswirkung auf das Verhalten ihres Kindes berücksichtigt • Verbesserung der sozialen Unterstützung unter den Eltern durch die Bildung von Subgruppen zu Problemlösungs- und Bewältigungsstrategien • Systematische Problemlösungsmethode wie Zeitmanagement oder Probleme mit Angehörigen • Eltern-Kind-Interaktionen zur Verbesserung der Erziehungsfähigkeiten und Motivationsverbesserung hinsichtlich Verhaltensziele in der Gruppe und zu Hause durch Anreize
Outcome-Parameter	<ul style="list-style-type: none"> • Depressivität (Beck Depression Inventory – BDI) • Stress (Parenting Stress Index – PSI) • [ADHS (DSM IV und Disruptive Behavior Disorders – DBD • funktionelle Beeinträchtigung (Impairment Rating Scale – IRS) • Erziehung (Dyadic Parent-Child Interaction Coding System – DPICS) • Teilnahmezufriedenheit]
Outcome	<p>Depressionswerte werden nicht beschrieben, können nur einer Tabelle entnommen werden → Depressionswerte sanken in keiner Gruppe signifikant; jedoch zeigte sich eine geringe Effektstärke für den Unterschied in der kombinierten Gruppe und der Kontrollgruppe sowie für den Unterschied zwischen STEPP und BPT (BPT: pre M=14.28 (SD=11.6), post M=12.54 (SD=11.5); STEPP: pre M=14.26 (SD=10.6), post M=10.83 (9.5); BPT und STEPP kombiniert: pre M=14.27 (SD=11.1), post M=11.68 (SD=10.5); KG: pre M=14.03 (SD=11.9), post M=12.43 (11.6); ES/BPT/STEPP kombiniert - KG =.07, ES/STEPP-BPT=.16)Die Zufriedenheit mit dem Prozess und mit dem Ergebnis war in der STEPP-Gruppe etwas größer als in der BPT-Gruppe</p>
Fazit	Keine hinsichtlich der Depressionswerte

NR.	11.
Titel	PALME – Wirksamkeit eines bindungsorientierten Elterntrainings für alleinerziehende Mütter und ihre Kinder
Autorin/ Autor	Franz, M., Weihrauch, L., Buddenberg, T., Schäfer, R.
Publ.jahr	2009
Probandengruppe	psychosozial mittelgradig beeinträchtigte alleinerziehende Mütter mit Kindern zwischen drei und sechs Jahren > Als leicht bis mittelgradig belastet galten Mütter, deren Werte zwar auf mindestens einer HADS-Skala im grenzwertigen Bereich lagen (>7), die aber nicht aufgrund der Diagnose einer Suchterkrankung, gravierenden Persönlichkeitsstörung oder einer anderen schweren psychischen Erkrankung (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, SKID) für eine Gruppenteilnahme ungeeignet waren Familienstatus alleinerziehend: vom leiblichen Vater des Kindes getrennt, geschieden oder ledig; neue Partnerschaft möglich
Zugang	über Kindertagesstätten
Setting	Kommune
Handlungsfeld	Kein spezifisches Handlungsfeld; ggf. Stressmanagement zuzuordnen
Studiendesign	randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie (RCT) <ul style="list-style-type: none"> • Screening von 127 Müttern (t0) • 88 Mütter randomisiert in Interventions- (n=47) und Kontrollgruppe (n=41) aufgeteilt • halbstrukturierte Interviews zu t1 (prä) und t2 (post)
Evidenzniveau	Ib (aber kleine Stichprobe!)
Intervention	PALME – Präventives Elterntraining für alleinerziehende Mütter geleitet von ErzieherInnen <ul style="list-style-type: none"> • 20 Sitzungen (wöchentlich über sechs Monate) mit maximal zwölf Müttern und einem Leiterpaar (Erzieherinnen und Erzieher) je Gruppensitzung • dreitägige Schulung der ErzieherInnen im Vorhinein • vier inhaltlich aufeinander aufbauende Module: <ul style="list-style-type: none"> – emotionszentrierte Selbstwahrnehmung der Mutter – Einfühlung in das emotionale Erleben und die Entwicklungsbedürfnisse des Kindes – Situation der Gesamtfamilie, der Trennungskonflikt, Bedeutung des Vaters – lösungsorientierte Entwicklung sozialer Kompetenzen im Alltag.

NR.	11.
Outcome-Parameter	<ul style="list-style-type: none"> • Depressivität (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS-D (nur für Screening); Allgemeine Depressionsskala – ADS (t1 und t2)) • Psychische Störungen und Syndrome (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV – SKID (t1)) • psychogene Gesamtbeeinträchtigung (Beeinträchtigungs-Schwere-Score – BSS (t1 und t2)) • emotionale Kompetenzen (Akzeptanz eigener Emotionen, Erleben von Emotionsüberflutung) (Skalen zum Erleben von Emotionen – SEE (t1 und t2)) • psychosoziale Lebenssituation (Sozialfragebogen – durch Autorin und Autoren erstellt) • (und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder (Strength and Difficulties Questionnaire – SDQ)) • Zufriedenheit der Mütter (durch Autorinnen und Autoren erstellt)
Outcome	<ul style="list-style-type: none"> • Es zeigte sich eine signifikante Abnahme der Depressivität in der Interventionsgruppe (in der Kontrollgruppe gleichbleibend) (IG: t1 M=20,77 (±9,45), t2 M=14,64 (±8,09); KG t1 M=19,83 (±10,03), t2 M=19,71 (±11,41); (F(1/59)=4,06; p<0,05) • Auch die psychogene Gesamtbeeinträchtigung verbesserte sich in der Interventionsgruppe signifikant, während sie in der Kontrollgruppe stabil blieb (IG: t1 M=4,92 (±1,20), t2 M= 2,08 (±1,44); KG: t1 M=4,63 (±2,14), t2 M=4,80 (±2,55); (F(1/59)=31,26; p<0,001). • Die Akzeptanz der eigenen Emotionen verbesserte sich in der Interventionsgruppe signifikant, während sie in der Kontrollgruppe auf etwa gleichem Niveau blieb (IG: t1 M=19,54 (±4,88), t2 M=23,23 (±3,49), F(1/25)=19,71; p<0,001; KG: t1 M=22,64 (±4,65), t2 M=22,39 (±3,98); F(1/32)=0,11; n.s.); GruppexMesszeit-Interaktionseffekt (F(1/57)=12,46; p<0,01). Der Anteil der Mütter, die ihre Emotionen unterdurchschnittlich schlecht akzeptieren konnten, reduzierte sich in der Interventionsgruppe von 42,3% zu t1 auf 7,7% zu t2 (χ^2 (df=1)=6,57; p<0,01). In der Kontrollgruppe gab es keine signifikanten Veränderungen (21,2% zu t1 auf 18,2% zu t2; χ^2 (df=1)=0,05; n.s.). • Das Erleben von Emotionsüberflutung nahm innerhalb der Interventionsgruppe signifikant ab, während die Werte sich in der Kontrollgruppe nicht signifikant veränderten (IG: t1 M=21,81 (±5,32), t2 M=17,35 (±4,86); F(1/25)=9,78; p<0,01); KG: t1 M=20,15 (±6,71), t2 M=19,06 (±6,65); F(1/32)=1,18; n.s.; GruppexMesszeit-Interaktionseffekt (F(1/57)=3,95; p<0,10).

NR.	11.
Outcome	<ul style="list-style-type: none"> • „Die teilnehmenden Mütter aus IG bewerteten PALME als sehr positiv. Alle Mütter antworteten zustimmend auf die Frage, ob sich die Teilnahme für sie gelohnt habe, ebenso dass PALME insgesamt hilfreich war. Ihr psychisches Befinden schätzten 73,1% als verbessert ein, 69,3% berichteten von positiven Auswirkungen auf die Beziehung zu ihrem Kind oder auf dessen Verhalten (65,4%). Ihre Kinder besser verstehen zu können, gaben 92,3% der Mütter an. In ihrem Selbstvertrauen fühlten sich 69,3% der Mütter gestärkt. Fast alle Mütter (92,3%) fanden, dass die in den PALME- Gruppen vermittelten Inhalte ihnen auch im Alltag helfen würden. Die meisten Mütter (88,5%) würden wieder an PALME teilnehmen, alle Teilnehmerinnen würden PALME auch anderen alleinerziehenden Müttern empfehlen. Als Schulnote (Skala von 1–6) erhielt das Programm von den Teilnehmerinnen eine 1,7 ($\pm 0,6$).“
Fazit	<p>PALME ist geeignet depressiven Erkrankungen alleinerziehender Mütter vorzubeugen, deren emotionale Kompetenz zu verbessern, die Eltern-Kind-Beziehung zu stabilisieren und hierdurch das Risiko für kindliche Verhaltensprobleme zu reduzieren. Das von Müttern gut angenommene Programm ist niedrigrschwellig und ökonomisch. Aufnahme im Regelangebot der kommunalen psychosozialen Versorgung, in Beratungsstellen oder psychotherapeutischen Praxen anzubieten.</p>

NR.	12.
Titel	A Pilot Study of the Feasibility and Efficacy of the Strategies to Enhance Positive Parenting (STEPP) Program for Single Mothers of Children with ADHD
Autorin/ Autor	Chacko, A.; Wymbs, B. T.; Flammer- Rivera, L.M.; Pelham, W. E.; Walker, K.S.; Arnold, F.W.; Visweswaraiiah, H.; Swanger-Gagne, M . S.; Girio, E.; Pirvics, L.; Herbst, L.
Publ.jahr	2008
Probandengruppe	Alleinerziehende Mütter von Kindern zwischen 5 und 12 Jahren mit einer diagnostizierten ADHS
Zugang	Hinweise in Schulen und Mails an Schulen sowie Familien, die bereits Kontakt hatten zum Zentrum für Kinder und Familien an der Universität in Buffalo
Setting	Nicht beschrieben
Handlungsfeld	Kein spezifisches Handlungsfeld; ggf. Stressmanagement zuzuordnen
Studiendesign	Pilotstudie mit 12 Müttern
Evidenzniveau	Maximal IV (Pilotstudie, sehr kleine Stichprobe)
Intervention	<p>STEPP – Strategies to Enhance Positive Parenting</p> <p>> Verbesserung eines traditionellen Elternverhaltenstrainings</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbessertes Aufnahmeverfahren, das die Teilnahmemotivation verbessert, mögliche Teilnahmebarrieren reduziert und die Erwartungen der Mütter hinsichtlich der Teilnahme und die Auswirkung auf das Verhalten ihres Kindes berücksichtigt • Verbesserung der sozialen Unterstützung unter den Eltern durch die Bildung von Subgruppen zu Problemlösung- und Bewältigungsstrategien • Systematische Problemlösungsmethode wie Zeitmanagement oder Probleme mit Angehörigen • Eltern-Kind-Interaktionen zur Verbesserung der Erziehungsfähigkeiten und Motivationsverbesserung hinsichtlich Verhaltensziele in der Gruppe und zu Hause durch Anreize
Outcome-Parameter	<ul style="list-style-type: none"> • Depressivität (Beck Depression Inventory – BDI) • Stress (Parenting Stress Index – PSI) • [ADHS (DSM IV und Disruptive Behavior Disorders – DBD) • funktionelle Beeinträchtigung (Impairment Rating Scale – IRS) • Erziehung (Dyadic Parent-Child Interaction Coding System – DPICS) • Teilnahmezufriedenheit]

NR.	12.
Outcome	Signifikante Abnahme von depressiven Symptomen ($t_1=14.75$ (6.50), $t_2=13.17$ (5.83), $p < .05$; $ES=.27$) und von erziehungsbedingtem Stress ($t_1=109.0$ (22.9), $t_2=103.0$ (19.0), $p < .05$; $ES=.31$).
Fazit	Die Autorinnen und Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Ergebnisse ermutigend sind, jedoch evtl. weitere Modifikationen sowie eine größere Untersuchung in Form einer RCT notwendig sind.

NR.	13.
Titel	Testing an Intervention to Reduce Negative Thinking, Depressive Symptoms, and Chronic Stressors in Low-Income Single Mothers
Autorin/ Autor	Peden, A.R.; Rayens, A.K.; Hall, L.A.; Grant, E.
Publ.jahr	2005
Probandengruppe	Alleinerziehende Mütter mit mindestens einem Kind zwischen 2 und 6 Jahren, das mit ihnen im Haushalt lebt und unter 185% der Armutsgrenze ist Weitere Einschlusskriterien waren: nicht in psychiatrischer Behandlung, keine Antidepressiva-Einnahme, nicht suizidal, nicht schwanger, keiner Kinder unter einem Jahr
Zugang	Studienrekrutierer waren in Frauen-, Säuglings-, und Kindereinrichtungen und (Kinder)Kliniken Informationen zu der Studie lagen in Wohnungsbüros, Lebensmittelmarken-Ausgaben und anderen sozialen Einrichtungen
Setting	Kommune
Handlungsfeld	Kein spezifisches Handlungsfeld; ggf. Stressmanagement zuzuordnen (Depression > Stressmanagement)
Studiendesign	Randomisierte kontrollierte Interventionsstudie 205 Mütter gescreent, davon 136 at risk für eine Depression > randomisiert in Interventionsgruppe (N=62) und Kontrollgruppe (N=74) aufgeteilt Fragebogen zu baseline, ein Monat post Intervention und sechs Monate Follow-up
Evidenzniveau	Ib (bei geringer Stichprobe!)
Intervention	Kognitiv-behaviorale Gruppenintervention über vier bis sechs Wochen (6x 60min oder 4x90min) mit dem Ziel negative Gedanken, chronische Stressoren und depressive Symptome zu reduzieren Die Intervention beruht auf der Annahme, dass Frauen, die at risk für eine Depression modifizierbare Risikofaktoren haben. Einer der modifizierbaren Risikofakten ist negatives Denken.
Outcome-Parameter	<ul style="list-style-type: none"> • Depressivität (Beck Depression Inventory – BDI; Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale – CES-D) • Negative Gedanken (Crandell Cogitions Inventory – CCI) • Chronische Stressoren (Everyday Stressors Index – ESI)

NR.	13.
Outcome	<ul style="list-style-type: none"> • Geringere Depressionswerte bei der Interventionsgruppe ein und sechs Monate post Intervention (BDI: IG: pre M=20.4 (SD=7.5), post 1 M=13.0 (SD=9.7), post 6 M=11.8 (SD=10.4); KG: pre M=19.5 (SD=7.0), post 1 M=16.2 (SD=8.1), post 6 M=14.9 (SD=9.5); Gruppeneffekt F=7.9, p<.01; Zeiteffekt F=1.7, p n.s.; GruppexMesszeit-Interaktionseffekt F<0.1; CES-D: IG: pre M=25.2 (SD=9.5), post 1 M=16.7 (SD=10.2), post 6 M=15.0 (SD=10.7); KG: pre M=24.3 (SD=8.0), post 1 M=21.9 (SD=11.0), post 6 M=18.2 (SD=11.6); Gruppeneffekt F=7.6, p<.01; Zeiteffekt F=6.1, p n.s.; GruppexMesszeit-Interaktionseffekt F=1.1) • Die Abnahme der negativen Gedanken war in der Interventionsgruppe größer als in der Kontrollgruppe (CCI: IG: pre M=53.0 (SD=23.1), post 1 M=35.8 (SD=23.8), post 6 M=31.7 (SD=26.3); KG: pre M=54.2 (SD=21.8), post 1 M=46.1 (SD=26.0), post 6 M=38.9 (SD=25.8); Gruppeneffekt F=7.0, p<.01; Zeiteffekt F=7.5, p<.01; GruppexMesszeit-Interaktionseffekt F=1.2). • Auch die chronischen Stressoren waren in der Interventionsgruppe geringer (ESI: IG: pre M=24.7 (SD=9.3), post 1 M=17.3 (SD=9.0), post 6 M=15.2 (SD=7.9); KG: pre M=25.6 (SD=10.0), post 1 M=22.1 (SD=10.6), post 6 M=19.7 (SD=10.0); Gruppeneffekt F=8.1, p<.01; Zeiteffekt F=7.0, p<.01; GruppexMesszeit-Interaktionseffekt F=0.1).
Fazit	Interventionen die auf die Reduzierung von negativen Gedanken fokussieren sind eine Möglichkeit um klinisch behandlungsbedürftige Depressionen zu verhindern

NR.	14.
Titel	A Community-Based Depression Prevention Intervention With Low-Income Single Mothers
Autorin/Autor	Peden, A. R.; Rayens, M. K.; Hall, L. A.
Publ.jahr	2005
Probandengruppe	<p>alleinerziehende Mütter mit mindestens einem Kind zwischen 2 und 6 Jahren, das bei ihnen lebt und unter 185% des Armutslevels sind („be at or below 185% of the poverty level“)</p> <p>Sie durften nicht in psychiatrischer Behandlung sein, keine Antidepressiva einnehmen oder suizidal sein und weder schwanger sein noch ein Kind unter einem Jahr haben.</p> <p>Eingeschlossen im weiteren Prozess (nach baseline für die Intervention) wurden nur Mütter mit klinischer Depression (≥ 10 auf der Beck Depression Scale und/oder ≥ 16 auf der Centre for Epidemiologic Studies-Depression Scale)</p>
Zugang	Studienanwerbungen in Frauen- und Kinderberatungsbüros (Women, Infants, and Children offices), (Kinder-) Krankenhäusern; Studieninformationen lagen in Wohnungsbüros, Lebensmittelmarken-Ausgaben und anderen sozialen Einrichtungen
Setting	Kommune
Handlungsfeld	Kein spezifisches Handlungsfeld; ggf. Stressmanagement zuzuordnen (Depression > Stressmanagement)
Studiendesign	<p>Randomisierte Kontrollierte Studie (RCT) (randomized, controlled prevention trial)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 205 Mütter zur Erstbefragung, anhand derer weitere Einschlusskriterien angelegt werden konnten • 136 Mütter randomisiert in Interventions- (62) und Kontrollgruppe (74) aufgeteilt • Erstbefragung und ein, sechs und zwölf Monate follow-up Postinterventionsbefragung
Evidenzniveau	Ib
Intervention	<p>6-stündige kognitive Verhaltensgruppen-Intervention („cognitive-behavioral group intervention“) verteilt über 4 bis 6 Wochen (sechsmal 60 Minuten oder viermal 90 Minuten)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikation von negativen Gedanken und ihre Auswirkungen auf Gefühle und depressive Verhaltensweisen • Erlernen von kognitiv-verhaltensbezogenen Techniken zur Reduzierung von negativen Gedanken mittels Gedanken-stoppen und positiven Selbstgesprächen (Affirmationen)
Outcome-Parameter	<ul style="list-style-type: none"> • Depressive Symptomatik (Centre for Epidemiologic Studies-Depression Scale - CES-D und Beck Depression Index – BDI) • Negative Gedanken (Crandell Cognitions Inventory – CCI) • Chronischer Stress (Everyday Stressors Index – ESI)

NR.	14.
Outcome	<p>Depressive Symptomatik nahm über beide Gruppen über alle Messzeitpunkte ab, jedoch jeweils in der Interventionsgruppe mehr als in der Kontrollgruppe (CES-D: Gruppe×Messzeit-Interaktionseffekt $F(3, 275)=4.3$, $p=.006$; BDI: Gruppe×Messzeit-Interaktionseffekt $F(3, 275)=5.0$, $p=.002$).</p> <p>Negative Gedanken nahmen in beiden Gruppen ab, mit einer größeren Abnahme in der Interventionsgruppe 1 Monat nach der Intervention (CCI: Gruppe×Messzeit-Interaktionseffekt $F(3, 275)=5.4$, $p=.001$).</p> <p>Hinsichtlich des chronischen Stresses zeigte sich ebenfalls eine Abnahme in beiden Gruppen mit signifikant besseren Werten in der Interventionsgruppe ein und zwölf Monate nach der Intervention (ESI: Gruppe×Messzeit-Interaktionseffekt $F(3, 275)=4.5$, $p=.004$).</p>
Fazit	<p>Negatives Denken kann durch „thought stopping“ und Affirmationen reduziert werden. Die Intervention ist kostengünstig und einfach zu verwalten.</p>

NR.	15.
Titel	Social support and education groups for single mothers: a randomized controlled trail of a community-based program
Autorin/ Autor	Lipman, E. L., Boyle, M. H.
Publ.jahr	2005
Probandengruppe	Alleinerziehende Mütter mit Kindern zwischen drei und neun Jahren
Zugang	nicht beschrieben
Setting	Kommune
Handlungsfeld	Kein spezifisches Handlungsfeld; ggf. Stressmanagement zuzuordnen
Studiendesign	<p>Randomisierte Kontrollierte Studie (RCT)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 116 Mütter randomisiert in zwei Gruppen aufgeteilt (Interventionsgruppe (n=59) und Kontrollgruppe (n=57)) • verblindete Interviewer (immer zu zweit, mind. einer davon verblindet) sammelten Daten im Rahmen von Hausbesuchen von allen Müttern zur Baseline, direkt nach der Intervention sowie drei und sechs Monate nach der Intervention
Evidenzniveau	Ib (allerdings relativ kleine Stichprobe)
Intervention	<p>zehnwöchiges Gruppenprogramm (1,5h/Woche) zur sozialen Unterstützung und Bildung für die Mütter, die Kinder waren währenddessen in einer aktivitätsbasierten Betreuung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neun Gruppen von Februar 2000 bis April 2003 • Gruppenstärken von sechs bis zehn Müttern und zwei Gruppenleitern • Sitzungen waren unter der Woche morgens (09:30-11:00Uhr) oder abends (18:00-19:30Uhr) • Zur Teilnahmeverbesserung gab es wöchentliche telefonische Erinnerungen, Finanzierung von Bus- oder Taxifahrten sowie Essen • Mütter der Kontrollgruppe erhielten eine Liste mit kommunalen Ressourcen und die Möglichkeit nach dem letzten Follow-up an dem Programm teilzunehmen • Bei jedem Hausbesuch (zur Datenerhebung) gab es kleine Aufmerksamkeiten als Dankeschön für die Teilnahme (z.B. Gutscheine, Kinderbücher, Bastelutensilien)
Outcome-Parameter	<ul style="list-style-type: none"> • schlechte Stimmung (Center for Epidemologic Studies Depression Scale) • Selbstwertgefühl (Rosenberg Self-Esteem Scale) • soziale Unterstützung (Social Provisions Scale) • Erziehungskompetenzen (Parenting Scale)

NR.	15.
Outcome	Mütter in der Interventionsgruppe hatten direkt nach der Intervention bessere Werte hinsichtlich ihrer Stimmung ($\beta=-6.55$ (SD=2.27), $p < 0.01$, standardized effect = 0.55) und ihrem Selbstwertgefühl ($\beta=-1.48$ (SD=0.72), $p < 0.05$, standardized effect = 0.29) verglichen mit der Kontrollgruppe. Dieser Effekt war zum letzten Messzeitpunkt nicht mehr nachzuweisen. Hinsichtlich der sozialen Unterstützung und der Kindererziehung zeigten sich zu keinem Zeitpunkt Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.
Fazit	Die Autorinnen und Autoren kommen zu dem Schluss, dass in dieser Form fokussierte, zeitbegrenzte, gruppenbasierte Programme die Lebensqualität von alleinerziehenden Müttern nicht auf längere Sicht verbessern. Intensivere nichtfinanzielle Programme und verbesserte finanzielle Unterstützung sollten evaluiert werden

NR.	16.
Titel	Social support and family assets: the perceptions of low-income lone-mother families about support from home visitation
Autorin/ Autor	Yanicki, S.
Publ.jahr	2005
Probandengruppe	Alleinerziehende Mütter mit geringem Einkommen (unterhalb des Low Income Cut Off für 2001)
Zugang	Aufsuchend über Einladungsbriefe an Familien (alleinerziehende Mütter), die Einschlusskriterien erfüllen
Setting	Zu Hause
Handlungsfeld	Nicht zuzuordnen
Studiendesign	qualitative explorative deskriptive Studie halbstrukturierte Interviews kombiniert mit klinischen Instrumenten (Genogram, Family Ecomap, NetSurvey, Family Asset Map) 13 Mütter
Evidenzniveau	III-IV qualitative explorative deskriptive Studie
Intervention	Families First Program > Hausbesuche (nicht weiter beschrieben)
Outcome-Parameter	Nicht beschrieben
Outcome	<p>Drei Typen von alleinerziehenden Müttern identifiziert</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alleinerziehende und alleinlebende Mütter mit Kindern • Alleinerziehende Mütter, die mit Familie leben (Eltern oder Geschwister) • Alleinerziehende Mütter, die in geteiltem Haushalt leben (andere alleinerziehende Mutter oder anderem Erwachsenen der nicht der Partner ist) <p>Ergebnisse positiver Unterstützung durch Hausbesuche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung der eigenen Ideen • Eröffnen von neuen Optionen • Ermutigung • Fokussierung auf Stärken • Stärkend und das Handeln unterstützend <p>Veränderungen durch Hausbesuche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veränderung der Einstellung zum Annehmen von Hilfe • Entscheidungen treffen und Themen angehen • Erlernen von Copingstrategien

NR.	16.
Fazit	Während informale Netzwerke mit „wahrgenommener Unterstützung“ assoziiert werden, war die Beziehung zwischen formaler und wahrgenommener Unterstützung nicht immer klar. Hausbesuche wurde assoziiert mit einigen positiven Veränderungen im Familienkapital (?)

NR.	17.
Titel	The 2-year costs and effects of a public health nursing case management intervention on mood-disordered single parents on social assistance
Autorin/Autor	Markle-Reid, M.; Browne, G.; Roberts, J.; Gafni, A.; Byrne, C.
Publ.jahr	2002
Probandengruppe	Alleinerziehende, die Sozialhilfe erhalten und Unterstützungsbedarf haben
Zugang	Kommune/regionale Sozialdienste
Setting	Hausbesuche
Handlungsfeld	Nicht zuzuordnen
Studiendesign	<p>Studienarm einer größeren RCT (siehe Browne, G., Byrne, C., Roberts, J., Gafni, A., & Whittaker, S. (2001). When the bough breaks: provider-initiated comprehensive care is more effective and less expensive for sole-support parents on social assistance. <i>Social Science & Medicine</i>, 53(12), 1697-1710).</p> <ul style="list-style-type: none"> • 69 alleinerziehende Eltern mit 123 Kindern in der Interventionsgruppe • 60 alleinerziehende Eltern mit 91 Kindern in der Kontrollgruppe • Rekrutierung über zwölf Monate und Verfolgung über zwei Jahre (Studienabschluss dann nach 3 Jahren) • Befragungen zur Baseline und zwei Jahre follow-up
Evidenzniveau	Ib (Teil einer größeren RCT, aber in dem Arm nur kleine Stichprobe)
Intervention	<p>Proaktives Fallmanagement (public health nursing case management)</p> <p>> Fallmanager (public health nurse) suchten proaktiv eine randomisierte Stichprobe auf zu Hause auf</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das case management soll die Familien dazu befähigen zu bewerten: a) die Stressoren der Familie und ihr Zusammenspiel; b) die zugrunde liegenden Herausforderungen; und c) den Nutzen von und die Auswahlmöglichkeit von verschiedenen Dienstleistungen (wie medizinische Versorgung bei psychischen Problemen, Beschäftigung, Bildung oder Qualifizierung, Kinderbetreuung, Gesundheit, Wohnen und andere Leistungen der Kommune) • Es wurde spezifische 6- und 12-Monatsziele hinsichtlich der drei Bereiche vereinbart

NR.	17.
Outcome-Parameter	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Anpassung (Social Adjustment Scale – SAS-SR) • Wohlbefinden (University of Michigan, Composite International Diagnostic Interview – UM-CIDI short form) • Coping (Indices of Coping Response Scale) • Produktivität (Monate bis zur Beschäftigung und Monate bis zur finanziellen Unabhängigkeit) • Inanspruchnahme von Gesundheits- und Sozialdienstleistungen inklusive der Kosten (Health and Social Service Utilization Questionnaire) • Jährlich gesparte Kosten durch Wegfall von Sozialhilfe
Outcome	<ul style="list-style-type: none"> • Es zeigten sich hinsichtlich der sozialen Anpassung und des Wohlbefindens Verbesserungen in beiden Gruppen, aber kein signifikanter Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe. Coping wurde in keiner Gruppe verbessert. • Ein größerer Anteil in der Interventionsgruppe musste keine Sozialhilfe mehr in Anspruch nehmen als in der Kontrollgruppe (22% vs. 10%; ($\chi^2=3.25$, $p=0.07$).), daraus resultiert eine Kostenersparnis von 240.000 Canadischen Dollar innerhalb eines Jahres pro 100 Alleinerziehenden. • Die jährlichen Kosten für Gesundheits- und Unterstützungsleistungen unterscheiden sich nicht zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe (auch nicht, wenn die Kosten für den Fallmanger eingerechnet werden) ($t=-0.27$, $p=0.79$).
Fazit	Proaktive Interventionen zur Unterstützung von Alleinerziehenden, die Sozialhilfe beziehen, ist effektiver um die ökonomische Situation zu verbessern und dabei nicht kostspieliger.

NR.	18.
Titel	Risk Factors, Attendance, and Abstinence Patterns of Low-Income Women in Perinatal Addiction Treatment Lessons from a 5-Year Program
Autorin/ Autor	Nardi, D. A.
Publ.jahr	1997
Probandengruppe	Abhängige schwangere Frauen und Mütter mit Kindern unter 3 Jahren > 93% unverheiratete alleinerziehende Mütter
Zugang	Alle Patientinnen, die an dem ambulanten Programm teilnahmen
Setting	Ambulante Klinik
Handlungsfeld	Suchtprävention
Studiendesign	Deskriptive Feldstudie zu einem Entzugsprogramm Keine Kontrollgruppe Halbstrukturierte Interviews unmittelbar vor Programmstart und nach Programmende, kein Follow-up (N=40)
Evidenzniveau	III – IV (nicht besonders gut angelegt, sehr kleine Stichprobe)
Intervention	Project Hope (ambulantes Programm) <ul style="list-style-type: none"> • Das übergeordnete Ziel ist die Verbesserung der Kindergesundheit (insbesondere der ungeborenen) und dauerhafte Abstinenz von Alkohol und Drogen der Mütter • Multidisziplinäres Team (Psychologen, Krankenschwestern, Pastor, Erzieher, Sozialarbeiter, Psychotherapeuten, Experte für Kinderentwicklung und Kinderkrankenschwester) • Individual- und Gruppensitzungen, Erziehungsunterstützung und Bildungsgruppen, Gesundheitsinformationssitzungen, Hausbesuche, Gesundheitsdienste für Mütter und Kinder, Entwicklungsbeurteilungen der Kinder unter drei Jahren und ggf. Organisation von Physio- und Ergotherapie
Outcome-Parameter	Nicht beschrieben
Outcome	<ul style="list-style-type: none"> • Abstinenz ist signifikant positiv assoziiert mit der Länge der Teilnahme am Programm ($r=.4208$, $p<.01$). • Teilnahmekonstanz ist signifikant positiv assoziiert mit der Länge der Teilnahme ($r=.6723$, $p<.001$) und mit Abstinenz ($r=.4454$, $p<.01$). • Im Vergleich zu in der Literatur beschriebenen Inzidenz von geringem Geburtsgewicht ein Rückgang (15% vs. 18%)
Fazit	Programme, die geringverdienende abhängige Mütter adressieren, sollten diese dabei unterstützen, konstant teilzunehmen z.B. durch Anrufe, Transportorganisation, Karten zum Geburtstag oder Behandlungserfolg/Durchhaltevermögen, Hausbesuche, Angebot von Lese- oder Tanzgruppen

NR.	19.
Titel	Building Healthy Families: A Program for Single Mothers
Autorin/ Autor	Butcher, L. A.; Gaffney, M.
Publ.jahr	1995
Probandengruppe	Alleinerziehende Mütter (zwischen 17 und 26 Jahren mit Kindern zwischen zwei Monaten und sechs Jahren und einem Jahreseinkommen unter 10.000) > vermutlich nur Stichprobenbeschreibung keine Einschlusskriterien
Zugang	Wird nicht beschrieben
Setting	Wird nicht beschrieben
Handlungsfeld	Kein spezifisches Handlungsfeld; ggf. Stressmanagement zuzuordnen
Studiendesign	Interventionsstudie (N=5) ohne Kontrollgruppe
Evidenzniveau	IV (mit fünf Teilnehmerinnen sehr kleine Stichprobe! Und keine validen anerkannten Instrumente)
Intervention	<p>Programm zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sechs zweistündige Sessions über sieben Wochen mit je einer Stunde Bildung und einer Stunde Gruppendiskussion • Kinderbetreuung während des Programms • Themenkomplexe waren positive Aspekte von Einelternfamilien, Stärken und Herausforderungen von Alleinerziehenden, Kommunikationsfähigkeiten und Problemlösungsstrategien • Die erste Session diente der Einführung, Definition von „gesunder Familie“ und der Zielsetzung jeder Teilnehmerin (Kurzzeit- und Langzeitziel) • Die zweite Sitzung fokussierte das Selbstwertgefühl • In der dritten Session wurde die kindliche Entwicklung und Notfallversorgung (Reanimation) behandelt • Auswahlkriterien von Kinderbetreuungsservices, Kindererziehung und elterliche Reaktionen und Problemlösefähigkeiten waren Thema der vierten Session • Während der fünften Session wurde der Umgang mit Geld, Versicherungen, Krediten und Wünschen sowie die Förderung von beruflichen Talenten thematisiert. • Die sechste und letzte Session wurde experimentell gestaltet. So wurde diese in einem Restaurant abgehalten und ein gesunder Lebensstil diskutiert
Outcome-Parameter	Werden nicht berichtet > von den Autorinnen und Autoren erstellter Fragebogen mit Kombination aus 5-stufiger Likert-Skala und offenen Fragen zu jeder Session

NR.	19.
Outcome	<ul style="list-style-type: none"> • Verbessertes Wissen über gesunde Familien und Kindererziehung • Verbessertes Selbstwertgefühl • Größeres Bewusstsein für einen gesunden Lebensstil • Einige Teilnehmerinnen berichten von Anregungen hinsichtlich Problem- und Finanzmanagement
Fazit	Die Kombination aus Bildung und Gruppendiskussion in kleinen Gruppen scheint eine effektive therapeutische Intervention für alleinerziehende Mütter zu sein um gesunde Familien hervorzubringen

NR.	20.
Titel	Alleinerziehende und Gesundheit. Die Lebensphase „alleinerziehend“ und ihr Einfluss auf die Gesundheit
Autorin	Hancioglu, M.
Publ.jahr	2014
Probandengruppe	Alleinerziehende
Zugang	Nichtzutreffend
Setting	Nichtzutreffend
Handlungsfeld	Nicht zuordenbar
Studiendesign	Sekundärdatenanalyse des Sozio-ökonomischen-Panels (SOEP) und der Zusatzerhebung Familien in Deutschland (FiD)
Evidenzniveau	III
Intervention	Keine Intervention
Outcome-Parameter	<ul style="list-style-type: none"> • Subjektive Gesundheit (SOEP) • Wohlbefinden (SOEP, Zufriedenheitsvariablen für verschiedene Lebensbereiche, z.B. Arbeit, Familie oder Freizeit und allgemeine Lebenszufriedenheit sowie emotionale Balance)
Outcome	<p>Die Analysen zeigen, dass es sich bei Alleinerziehenden nicht um eine homogene Gruppe handelt. Es wurden vier Alleinerziehenden-Typen identifiziert.</p> <p>Die Dauer der Alleinerziehendenphase wirkt sich langfristig negativ auf die subjektive Gesundheit aus, wohingegen sich das Wohlbefinden durch die Trennung kurzfristig stark verschlechtert, sich danach aber wieder erholt. Weiterhin wird der Gesundheitszustand vor allem durch sozioökonomische Faktoren beeinflusst. Starke Einkommenseinbußen gehen demnach mit einer Verschlechterung der Gesundheit einher. Voll- und Teilzeittätigkeit ist mit positiven gesundheitlichen Effekten verbunden, was sich in unmittelbarem Zusammenhang mit dem letzten Befund (Wohlstandsverlust) bringen lässt.</p> <p>Öffentliche Kinderbetreuung hat erst dann eine entlastende Funktion, wenn sie umfassend ausgestaltet ist, eine Betreuung von nur wenigen Stunden ist nicht zielführend.</p> <p>Der Ausstieg aus der Alleinerziehendenphase hat lediglich einen Einfluss auf das Wohlbefinden, nicht aber auf die subjektive Gesundheit. Letztere verbesserte sich mit einer Verbesserung des Einkommens.</p>
Fazit	Hancioglu kommt zu dem Schluss, dass mögliche Maßnahmen zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit bei Alleinerziehenden je nach Lebenssituation adressatenspezifisch entwickelt werden müssen. Außerdem sei zu beachten, dass mehrere sozialpolitische Ziele im Sinne von arbeitsmarktpolitischen, steuer- bzw. familienpolitischen sowie gesundheitspolitischen Maßnahmen gleichzeitig verfolgt werden sollten, um die Lebenslagen von Alleinerziehenden zu verbessern.

21. kein Datenblatt > keine Intervention, sondern Projektbeschreibung

NR.	22.
Titel	Adolescent mothers: resilience, family health work and health-promoting practices
Autorin/ Autor	Black, C.; Ford-Gilboe, M.
Publ.jahr	2004
Probandengruppe	Unverheiratete Mütter über 16 Jahre, die im Alter zwischen 13 und 19 Jahren ihr erstes Kind gebären und zum Zeitpunkt der Studie das Sorgerecht für mindestens ein Kind im Vorschulalter zwischen 18 Monaten und 4 Jahren hatten
Zugang	Kommune (Community-Agenturen, Anzeigen und über Peers)
Setting	kein Setting, da keine Intervention
Handlungsfeld	Nicht zuzuordnen (Bewegung, Ernährung und Stress werden angeschnitten)
Studiendesign	Deskriptive Korrelationsstudie im Querschnitt (Replikation der Studie von Monteith und Ford-Gilboe (2002) (hier wurden Zwei-Elternfamilien mit Vorschulkindern der Mittelklasse untersucht)) Strukturierte Interviews mit 41 Familien die von jugendlichen Müttern geführt werden
Evidenzniveau	III-IV
Intervention	Keine Intervention > Korrelationsstudie
Outcome-Parameter	<ul style="list-style-type: none"> • Resilienz der Mütter (Resilience Scale – RS) • Gesundheitsbezogenes Verhalten (Health Options Scale – HOS) > Beteiligung an Gesundheitsfragen, Identifizierung und Ausübung von Gesundheitszielen, Einsatz von Problemlösungsstrategien für gesundheitliche Probleme • Ausübung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils (Health Promoting Lifestyle Profile) > Gesundheitsverantwortung, körperliche Aktivität, Ernährung, geistiges Wachstum, zwischenmenschliche Beziehungen, Stressmanagement
Outcome	<p>Es zeigte sich ein moderater Zusammenhang zwischen der Resilienz und dem gesundheitsbezogenen Verhalten ($r=0.34$, $p=0.01$) sowie dem gesundheitsförderlichen Lebensstil ($r=0.42$, $p=0.001$). Ebenfalls ein moderater Zusammenhang zeigte sich zwischen dem gesundheitsbezogenen Verhalten und der Ausübung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils ($r=0.62$, $p<0.001$).</p> <p>In einer Varianzanalyse klärte der berufliche Status im ersten Schritt 17,8% ($F(2,38)=5.33$, $p=0.009$) der Varianz der Ausübung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils auf. Die Resilienz klärte weitere 20,2% ($F(1,37)=13.4$, $p<0.001$) der Varianz auf und das gesundheitsbezogene Verhalten im dritten Schritt 10% ($F(1,36)=8.09$, $p=0.007$). Somit wurden insgesamt 48% der Varianz der Ausübung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils aufgeklärt.</p>
Fazit	Resilienz und gesundheitsbezogenes Verhalten sagen gleichermaßen die Ausübung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils vorher.

23. kein Datenblatt > keine Intervention, sondern Herausgeberkommentar

6.3 Recherche zur Nutzbarkeit möglicher Appraisal-Tools

Zur Bewertung von Studiengüte gibt es international verschiedene Verfahren zur Einstufung. Ihnen allen obliegen spezifische methodische Limitationen.

Angewandt auf die hier skizzierte Fragestellung der Evidenz von Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden wurde geprüft, inwieweit grobe Ableitungen vorgenommen werden können. Dazu wurden die nachfolgenden Bewertungskonzepte analysiert und geprüft.

6.3.1 AMSTAR

AMSTAR ist Teil einer kanadischen Datenbank systematischer Reviews.

AMSTAR steht als Kürzel für "A Measurement Tool to Assess systematic Reviews" und ist ein Instrument zur Bewertung von Systematic Reviews von Randomized Controlled Trials (RCT) hinsichtlich ihrer methodischen Qualität. Das Instrument besteht aus folgenden 11 Items, die jeweils auf einer vierstufigen Antwortskala von „yes“, „no“, „can't answer“ bis „not applicable“ bewertet werden.

1. Was an 'a priori' design provided?
2. Was there duplicate study selection and data extraction?
3. Was a comprehensive literature search performed?
4. Was the status of publication (i.e. grey literature) used as an inclusion criterion?
5. Was a list of studies (included and excluded) provided?
6. Were the characteristics of the included studies provided?
7. Was the scientific quality of the included studies assessed and documented?
8. Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions?
9. Were the methods used to combine the findings of studies appropriate?
10. Was the likelihood of publication bias assessed?
11. Was the conflict of interest included?

Für jedes „yes“ gibt es einen Punkt, sodass der Score zwischen 0 und 11 Punkten liegt. Es gilt nach Selbstantgaben als valides Instrument mit zufriedenstellendem Inter-observer Agreement (Interbeobachter-Übereinstimmung) und Konstruktvalidität und entsprechend hoher Reliabilität. Da in den Gesundheitswissenschaften und speziell im hier vorliegenden Fall der Suche nach Evidenz zur Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden kaum RCTs zu Anwendung kommen (können), erscheint das Tool zur Bewertung der Evidenz der zu beurteilenden Studien weniger geeignet.

Die Checklisten von AMSTAR fokussieren auf medizinische Forschung und den entsprechenden Goldstandard der Forschung in der Evidence Based Medicine. In den Gesundheitswissenschaften und hier für die Suche nach Evidenzkategorien in Studien und Publikationen zur Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden sind die genannten Kriterien und Fragestellungen im Regelfall nicht umsetzbar. Insofern scheinen sie nicht anwendbar.

6.3.2 CASP

CASP ist ein 1993 in der Oxford Regional Health Authority entwickeltes Programm und heißt ausgeschrieben „Critical Appraisal Skills Programme“. Es ist online verfügbar unter <http://www.casp-uk.net/casp-tools-checklists> [Letzter Zugriff: 07.04.2017].

Ziel des Programms ist es, Bewertungsmaßstäbe für alle Bereiche des Health Services (Gesundheitsdienste) bereitzustellen. CASP bietet Checklisten zur Bewertung der Qualität von verschiedenen Studientypen, so z. B. für RCTs, qualitative Studien, Kohortenstudien und Systematic Reviews. CASP unterteilt die Checkliste in drei Bereiche. Die ersten zwei Fragen des ersten Bereichs (A) „Are the results of the review valid?“ dienen jeweils dem Screening. Wenn die dazugehörigen Fragen positiv bewertet werden folgen nächsten Fragen und dann die Bereiche (B) „What are the results?“ und (C) „Will the results help locally?“.

1. Did the review address a clearly focused question? (A)
2. Did the authors look for the right type of papers? (A)
3. Do you think all the important, relevant studies were included? (A)
4. Did the review's authors do enough to assess the quality of the included studies? (A)
5. If the results of the review have been combined, was it reasonable to do so? (A)
6. What are the overall results of the review? (B)
7. How precise are the results? (B)
8. Can the results be applied to the local population? (C)
9. Were all important outcomes considered? (C)
10. Are the benefits worth the harms and costs? (C)

Die Checklisten von CASP fokussieren auf medizinische Forschung und den entsprechenden Goldstandard der Forschung in der Evidence Based Medicine. In den Gesundheitswissenschaften und hier für die Suche nach Evidenzkategorien in Studien und Publikationen zur Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden sind die genannten Kriterien und Fragestellungen im Regelfall nicht umsetzbar. Insofern scheinen sie nicht anwendbar.

6.3.3 International Centre for Allied Health Evidence

Die University of South Australia bietet über das International Centre for Allied Health Evidence eine Übersicht mit Critical Appraisal Tools und Links zu den entsprechenden Tools.

Die Verlinkungen vom International Centre for Allied Health Evidence fokussieren auf medizinische Forschung und den entsprechenden Goldstandard der Forschung in der Evidence Based Medicine. In den Gesundheitswissenschaften und hier für die Suche nach Evidenzkategorien in Studien und Publikationen zur Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden sind die genannten Kriterien und Fragestellungen im Regelfall nicht umsetzbar. Insofern scheinen sie nicht anwendbar.

6.3.4 Healthevidence

Die Healthevidence GmbH stellt eine Critical Appraisal Checkliste für Evidence Based Public Health zur Verfügung. In dieser werden die beiden Aspekte „Wie wurde die Studie gemacht?“ und „Wie ist die Studie beschrieben?“ fokussiert.

„Wie wurde die Studie gemacht?“

1. Fragen, die im Titel, bzw. in der Einleitung beantwortet werden sollen

- Ziele der Studie?
- Was wurde untersucht?
- Warum wurde es untersucht?
- A priori formulierte Hypothese(n)
- Übersicht über die wichtigen bisherigen Publikationen zum Thema
- Finanzierung, allfällige Interessenkonflikte

2. Fragen, die im Kapitel "Methoden" beantwortet werden sollen

- Studienplan
 - Geplante Studienpopulation
 - Rekrutierung der Studienteilnehmer
 - Ein-/Ausschlusskriterien Untersuchte Exposition bzw. Intervention(en) und zeitlicher Ablauf
 - Primäre und sekundäre Zielgröße(n)
- Für vergleichende Analysen
 - Geplante Studienpopulation
 - Rekrutierung der Studienteilnehmer Ein-/Ausschlusskriterien
 - Untersuchte Exposition bzw. Intervention(en) und zeitlicher Ablauf
 - Primäre und sekundäre Zielgröße(n)
- Bei Interventionsstudien
 - Vorab definierte Abbruchkriterien
- Bei kontrollierten Studien
 - Verfahren, nach dem die Patienten den Gruppen zugeteilt wurden
 - Baseline Characteristics
- Bei randomisierten Studien
 - Methode der Randomisierung
 - Concealment of allocation
- Bei verblindeten Studien
 - Wer war verblindet?
 - Teilnehmer
 - Diejenigen, die mit der Intervention betraut waren
 - Diejenigen, die mit der Outcome-Beurteilung betraut waren
 - Diejenigen, die mit der statistischen Analyse betraut waren
 - Wie wurde die Verblindung erreicht

3. Frage zu den Resultaten

- Primäre Zielgrößen
- Sekundäre Zielgrößen
- Variablen, die die Resultate beeinflussen
- Angabe von Punktschätzer und Maß für die Zuverlässigkeit, z.B. dem Konfidenzbereich
- Angabe von absoluten Zahlen
- Prognostische Variablen
- Beschreibung der statistischen Versuche, Einflüsse prognostischer Variablen zu korrigieren

4. Fragen zur Diskussion und Schlussfolgerung

- Spezifische Interpretationen der Studienergebnisse
- Mögliche Ursachen für systematische Fehler und Ungenauigkeiten (interne Validität)
- Diskussion der externen Validität
- Interpretation der Ergebnisse unter Berücksichtigung der Gesamtheit der verfügbaren Evidenz auch aus anderen Studien

„Wie ist die Studie beschrieben?“

- Angabe von Punktschätzer und Maß für die Zuverlässigkeit, z.B. dem Konfidenzbereich
- Angabe von Punktschätzer und Maß für die Zuverlässigkeit, z.B. dem Konfidenzbereich
- Angabe von absoluten Zahlen
- Sind die Angaben detailliert; ist eine erneute Auswertung möglich?

Kurz gefasst sind die vier zentralen Fragen:

- Was wurde untersucht; ist es von Interesse?
- Ist die Studie valide?
- Was ist das Resultat?
- Welches sind die daraus resultierenden Implikationen?

Diese decken sich weitestgehend mit denen der anderen Critical Appraisal Tools, sind nur auch auf gesundheitswissenschaftliche Fragestellungen besser anwendbar und können daher geprüft werden, inwieweit sie für die Bewertung zur Qualitätsbewertung der identifizierten Studien in diesem Bericht herangezogen werden können. Mit ihrer Ausdifferenzierung überschreiten sie allerdings deutlich den im Rahmen der vorliegenden Literaturrecherche leistbaren Umfang.

6.3.5 Sansom Institute

Die University of South Australia bietet auch einen guten Überblick über entsprechende Quality Tools:

<http://www.unisa.edu.au/Research/Sansom-Institute-for-Health-Research/Research/Allied-Health-Evidence/Resources/CAT/>

6.3.6 Grüne Liste Prävention

Die Grüne Liste Prävention folgt einer etwas anderen Logik. Hier geht es nicht in erster Linie darum, die Qualität einer Studie zu beurteilen, sondern darum, ob eine Intervention wirkungsvoll ist und somit in die Liste der zu empfehlenden Interventionen aufgenommen werden kann. Ein Teil der Aufnahme- und Bewertungskriterien befasst sich damit aber folgerichtig auch mit der Bewertung von Studien, wobei sie sich explizit auf Evaluationsstudien beziehen. Der große Vorteil, den die Grüne Liste Prävention bietet, liegt in der schematischen Zuordnung zu den Evidenzstufen „Effektivität theoretisch gut begründet“, „Effektivität wahrscheinlich“ und „Effektivität nachgewiesen“.

Die Grüne Liste Prävention versteht sich vorrangig als Datenbank für Präventionsprojekte. Sie wurde vom Landespräventionsrat Niedersachsen (LPR) in Kooperation mit der LAG Soziale Brennpunkte Niedersachsen e.V. im Rahmen eines Modellversuchs von 2009 - 2012 eingeführt als Baustein des aus den USA stammenden Präventionsprogramms „Communities that Care“ (CTC). Bei CTC handelt es sich um eine konzeptionell entwickelte Arbeitsmethode der kommunalen Beratung, um vor Ort die Rahmenbedingungen für ein sicheres und gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen über Maßnahmen in vier Schlüsselbereichen (Familie, Schule, Gleichaltrige, Wohngebiet) zu verbessern. Das Programm zielt darauf ab, Risiko- und Schutzfaktoren im Einzelnen bzw. regionspezifisch konkret zu identifizieren, so in der Familie (z.B. Erziehungskompetenzen der Eltern), in der Schule (z.B. früh beginnende Lernrückstände), unter Gleichaltrigen (z.B. Umgang mit Freunden, die selber Probleme haben) und im Umfeld (z.B. wenig nachbarschaftliche Bindungen).

Die Datenbank soll den beteiligten Kommunen Projektvorschläge vermitteln und versteht sich in diesem Sinne als Empfehlungsliste. Die dort eingestellten Maßnahmen sind Evidenzprüfungen unterzogen worden (LPR 2011).

Die Bewertungen basieren im Wesentlichen auf entsprechenden Zuordnungen aus den Niederlanden und sind an die niederländische Datenbank effektiver Jugendinterventionen (<http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/21/478.html>) angelehnt.

Dargestellt werden hier die Evidenzstufen

1. Stufe 1: Effektivität theoretisch gut fundiert
2. Stufe 2: Effektivität wahrscheinlich
3. Stufe 3: Effektivität nachgewiesen

Die Prüfung im Rahmen von CTC erfolgt entlang nachfolgendem Flowchart (LPR 2011):

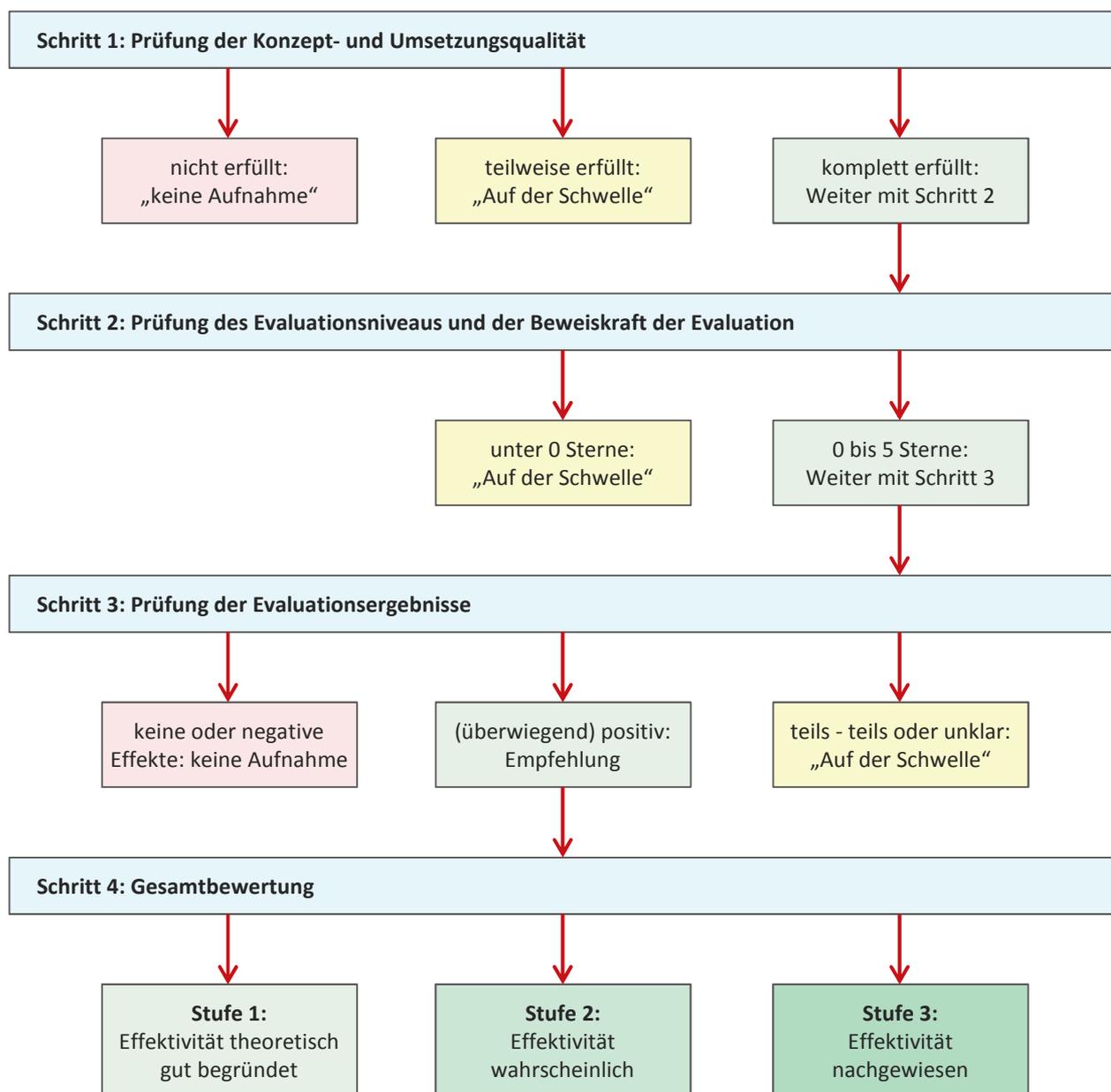


Abbildung 4: Flussdiagramm / Einordnung Programme (LPR 2011)

Zentrale Fragestellungen sind dabei:

1. Deskriptive Beweiskraft – Beschreiben: was wird gemacht?
2. Theoretische Beweiskraft – Begründen: warum sollte die Maßnahme wirken?
3. Indikative Beweiskraft – Zeigen: die Ziele werden erreicht.
4. Kausale Beweiskraft – Zeigen: Die Wirkung wurde von der Intervention verursacht

EBENE DER BEWEISKRAFT	TYP DER FORSCHUNG
1. Kausale Beweiskraft Zeigen: Die Wirkung wurde von der Intervention verursacht.	- Zufallexperiment mit Kontrollgruppen (RCT)
2. Indikative Beweiskraft Zeigen: Die Ziele werden erreicht.	- Quasi-Experiment
3. Theoretische Beweiskraft Begründen: Warum sollte die Maßnahme wirken?	- Reviews, Meta-Analysen - Expertenwissen (- Logische Modelle)
4. Deskriptive Beweiskraft Beschreiben: Was wird gemacht?	- Prozess-Evaluation - Dokumenten-Analyse

LPR 2011

Als wirksam identifizierte Programme werden in einer Empfehlungsliste ("Grüne Liste Prävention") dargestellt. Hierin sollen sich Programme abbilden, die in der Lage sind, die priorisierten Risikofaktoren zu senken und Schutzfaktoren zu stärken.

Da die Recherche aber nach bisheriger Einschätzung nur wenige Evaluationsstudien finden werden (weil diese im Bereich der Alleinerziehenden kaum durchgeführt zu sein scheinen), erscheint eine analoge Anwendung an dieser Stelle vermutlich weniger sinnvoll. Zudem bezieht sich der Bewertungsansatz auf einen umfassenden, mehrwöchigen Prüfvorgang einschließlich Auditierungselementen und kann kaum im Rahmen des hier vorgegebenen Zeitbudgets vorgenommen werden.

6.3.7 Ausblick zur Evidenzbewertung

Zusammenfassend lässt sich ableiten, dass die Appraisal-Tools bislang keine schlüssigen Evidenzableitungen für die Bewertung von Ansätzen der Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden ergeben. Angestrebt werden könnte grundsätzlich die Ableitung eines pragmatisch handhabbaren Einstufungsmodells, das sich an den Kriterien von Healthevidence sowie an den Fragen der theoretischen und deskriptiven Beweiskraft von Publikationen, etwa entlang der Kriterien guter Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten oder der Grünen Liste Prävention orientiert. Doch dies kann nicht im Rahmen einer Studie erfolgen, sondern durch entsprechend gebahnte Wege im Sinne eines Peer Review-Verfahrens.



GKV-Bündnis für
GESUNDHEIT



Gefördert durch die BZgA im Auftrag und mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V

