

**Studienprotokoll zum Projekt:  
“Literaturrecherche und Evidenzauswertung von Ansätzen  
zur Gesundheitsförderung bei sozial belasteten Familien  
(LEFaG)”**

GEFÖRDERT VOM



**Bundesministerium  
für Bildung  
und Forschung**



## I. Allgemeines

### Ausschreibung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung:

„Qualität in der Gesundheitsforschung: Förderung von Forschung zur Stärkung der Evidenzbasierung und des Transfers in der Präventionsforschung

MODUL 1: Systematische Übersichtsarbeiten nach internationalen Standards

### Beteiligte Einrichtungen/Kooperationspartner:

Berlin School of Public Health (hochschulübergreifende Einrichtung, interdisziplinäres

Zentrum gemäß § 38(5) BerlGH) an der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Robert Koch-Institut (Kooperationspartner mit beratender Funktion)

### Mitarbeiter/-innen:

Prof. Dr. Raimund Geene MPH (Projektleitung)

Doreen Kuschick MSc (Projektkoordination)

Dr. Joachim Kuck MSc, MPH (wissenschaftlicher Mitarbeiter)

Dipl. Soz. Petra Rattay MPH (wissenschaftliche Mitarbeiterin)

Alexander Pachanov (studentische Mitarbeit)

Bewilligte Fördermittel: 98.027,62 €

Förderdauer: 01.04.2020 - 31.03.2021 (Verlängerung 01.04.2021 – 30.04.2021)

### Art der Übersichtsarbeit:

Systematische Übersichtsarbeit (nationale und internationale Literatur- und Datenbankrecherche) und ggf. Metaanalyse zu Ansätzen der Gesundheitsförderung und Prävention bei sozial belasteten Familien sowie Auswertung der vorliegenden Evidenz der Ansätze

### Themengebiete:

Familiäre Gesundheitsförderung (GF) und Prävention (P) inkl. der präventionsbezogenen Handlungsfelder Ernährung, Bewegung, Suchtprävention, mentale Gesundheit, Stressbewältigung, Lebenskompetenz, Gesundheitskompetenz, gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung

### Setting/Lebenswelt:

Familie sowie Kommune, Betriebe, Arbeitsagentur/Jobcenter, Kita, Schule, sonstige Betreuungseinrichtungen

### Adressatengruppe:

Sozial belastete Familien im Speziellen mit den drei Subgruppen a. Alleinerziehende und ihre Kinder, b. Familien mit elterlicher Suchtproblematik (Alkohol) und c. Familien in Armutslagen

### Schlüsselwörter:

Familiäre Gesundheitsförderung, Prävention, sozial belastete Familien, Kinder, Jugendliche, Alleinerziehende, Sucht, Alkohol, Armut

## II. Hintergrund

### Relevanz

Sozial belastete Familien gelten als vulnerabel und werden durch Maßnahmen von Prävention (P) und Gesundheitsförderung (GF) adressiert, oft jedoch ohne Wirksamkeitsnachweis. Insbesondere für Krankenkassen stellt sich gemäß § 20 SGB V dazu die Aufgabe der Verminderung sozial bedingter und geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen. Auch weitere Sozialversicherungsträger und die kommunale Daseinsvorsorge (insb. Jugend- und Gesundheitsämter) bieten sozillagenorientierte Interventionen an. Als sozial belastete Familien werden in Anlehnung an das Konzept der Familiären Gesundheitsförderung [1, 2] die drei Subgruppen a. Alleinerziehende und ihre Kinder, b. Familien mit elterlicher Suchtproblematik (Alkohol) und c. Familien in Armutslagen betrachtet.

Familiäre GF stellt die gesamte Familie mit all ihren Mitgliedern in den Mittelpunkt der Maßnahmen, um so eine ideale Ressourcenstärkung zu bewirken [3]. Die sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventiven Interventionen nehmen dabei die Perspektive der Familie ein. Die Nutzerorientierung erfolgt entlang der familiären und kindlichen Lebensphasen sowie Lebenslagen [ebd.].

### Belastete Lebenslagen von Familien

Der horizontale Ansatz der GF/P entlang von Lebenslagen offenbart verschiedenste Handlungsbedarfe im Setting Familie. Familien in belasteten Lebenslagen sind eine sehr heterogene Gruppe, da sie sich hinsichtlich des Ausmaßes der Belastung, der Lebensumstände, der Bewältigungsstrategien und der Ressourcen unterscheiden [4]. Soziale Benachteiligungen zeigen sich u.a. auf den folgenden drei Ebenen [5]: Die erste Ebene bezieht sich auf Strukturen, wie z. B. Armutslagen, Arbeitslosigkeit und schlechte Wohnverhältnisse [ebd.]. Der zweite Bereich betrachtet die familiäre Ebene, die belastete Lebenssituationen miteinschließt (z. B. durch Trennung, Scheidung) [ebd.]. Als Drittes gibt es die Ebene der individuellen Risikofaktoren, wie beispielsweise Überforderung, Isolation oder chronische Erkrankungen [ebd.].

Es wird davon ausgegangen, dass über positive Veränderungen auf Seiten der Eltern, in der Partnerschaft und in der Familie im Gesamten eine Förderung der kindlichen Entwicklung bewirkt werden kann [6]. Im Sinne des Konzeptes "Elterliches Wohlbefinden" gelten die elterliche Gesundheit, Lebenszufriedenheit sowie der persönliche Umgang mit Stress als elementare Einflussfaktoren auf die kindliche Entwicklung [7]. Die Stärkung elterlicher Ressourcen ist eine wichtige Grundlage für die Gesundheit der Kinder [ebd.].

Den oftmals thematisch sensiblen Handlungsbedarfen adressatengerecht und ohne Stigmatisierung zu begegnen, stellt eine der größten Herausforderungen dar [8] und wird mit dem Begriff Präventionsdilemma oder -paradoxon umschrieben [9]. Gefühle der Scham, Angst oder Schuld hindern Eltern, bestehende Angebote wahrzunehmen [ebd.]. Erschwerend kommt hinzu, dass bei vielen Angeboten der GF/P Symptomabschwächung und Ressourcenstärkung im Vordergrund stehen und die Ursachen der Belastungsfaktoren häufig unberührt bleiben [8].

Die übergeordnete Adressatengruppe des Projektes stellen sozial belastete Familien mit den drei Subgruppen a. Alleinerziehende und ihre Kinder, b. Familien mit elterlicher Suchtproblematik (Alkohol) und c. Familien in Armutslagen dar. Betrachtet werden dabei sowohl die Ansätze der GF für die Eltern als auch für die Kinder sowie umfassende Ansätze für die gesamte Familie. Im Folgenden wird gezielter auf die einzelnen Lebenslagen eingegangen.

### a) Alleinerziehende und ihre Kinder

Laut Statistischem Bundesamt sind Alleinerziehende "Mütter und Väter, die ohne Ehe- oder Lebenspartner/-in mit minder- oder volljährigen Kindern in einem Haushalt zusammenleben" [10]. Dabei ist nicht relevant, ob es sich um geschiedene oder ledige Elternteile handelt oder ob eine Partnerschaft zu einer nicht im Haushalt lebenden Person besteht. In Deutschland lebten im Jahr 2019 8,2 Millionen Familien mit minderjährigen Kindern [11]. In 1,5 Millionen Familien lebte ein alleinerziehendes Elternteil mit minderjährigen Kindern zusammen in einem Haushalt [11]. Neun von zehn Alleinerziehenden sind Frauen [12].

Insbesondere der Prozess einer Trennung der Eltern kann ein elementares Verlusterleben mit Folgen für die Gesundheit darstellen [6]. Ein damit einhergehender Wechsel zu einer Eineltern- oder Stiefelternfamilie birgt die Gefahr von Verunsicherungen im Bindungs- und Erziehungsverhalten [6]. Aus der Scheidungsforschung geht hervor, dass eine Trennung den Verlust von sozialen Kontakten und Unterstützung bedeuten kann [13]. Alleinerziehende Eltern sind zudem oftmals allein zuständig für Kinderbetreuung und -erziehung sowie für die Erwirtschaftung des Lebensunterhalts. Dies hat zur Folge, dass Alleinerziehende oftmals vor der Herausforderung stehen, familiäre und berufliche Anforderungen in Einklang bringen zu müssen. Ein vergleichsweise großer Anteil an Familien von Alleinerziehenden lebt - trotz Erwerbstätigkeit des Elternteils - in Armut [14-16]. Im Jahr 2019 betrug die Armutsgefährdungsquote bei Familien von Alleinerziehenden laut Mikrozensus 42,7 % [17]. Unter den erwerbstätigen Alleinerziehenden waren im Jahr 2019 noch 22,3 % armutsgefährdet [18].

Eine größere Anzahl an Studien belegt für Alleinerziehende höhere Prävalenzen für gesundheitliche Beeinträchtigungen als für in Partnerschaft lebende Eltern [19-21]. So bewerten Alleinerziehende ihre Gesundheit seltener als gut. Darüber hinaus berichten sie häufiger von psychischen Belastungen. Zudem finden sich bei alleinerziehenden Müttern höhere Prävalenzen für Depressionen, Rückenschmerzen, Rauchen, sportliche Inaktivität oder die Nicht-Inanspruchnahme der jährlichen Zahnvorsorgeuntersuchung als bei Müttern in Partnerschaften [22]. Aber auch bei den Kindern von Alleinerziehenden zeigen sich in Teilen gesundheitliche Beeinträchtigungen [23-28]. Borgmann et al. betonen darüber hinaus den Zusammenhang zwischen fehlender sozialer Unterstützung und psychosozialer Belastung von Alleinerziehenden [29]. Soziale Unterstützung wird als wichtige Ressource für die psychosoziale Gesundheit dieser Zielgruppe herausgestellt [ebd.]. Um Belastungen, die mit einer Trennung sowie der alleinigen Verantwortung für die Kinderbetreuung und -erziehung einhergehen können, zu begegnen und diese positiv als Familie zu meistern, kann die Förderung spezifischer Schutzfaktoren hilfreich sein [6].

### b) Familien mit elterlicher Suchtproblematik (Alkohol)

In Deutschland leben mehr als drei Millionen Kinder und Jugendliche mit mindestens einem suchtkranken Elternteil [30]. Der Großteil von diesen Kindern und Jugendlichen (ca. 2,65 Millionen) lebt in einem Haushalt mit alkoholkranken Eltern [ebd.]. Diese Zahl beruht allerdings nur auf Schätzungen und Hochrechnungen, es wird von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen [ebd.].

Neben Verhaltenssüchten und illegalen Drogen ist der Alkoholkonsum als "unterschätzte Gefahr" ein gesellschaftlich hoch relevantes Thema [31]. Die Übergänge von mäßigem Alkoholkonsum bis zur Alkoholabhängigkeit sind schwer abzustecken und eher fließend [ebd.]. Während mäßiger Alkoholkonsum gesellschaftlich überwiegend toleriert wird, werden Trunkenheit und unkontrollierter Konsum von großen Teilen der Gesellschaft eher kritisch bewert-

tet [32]. Dabei werden die Risiken eines missbräuchlichen Alkoholkonsums nicht selten unterschätzt [ebd.]. In Deutschland sterben jährlich circa 74.000 Menschen direkt oder indirekt in Verbindung mit Alkohol [ebd.]. Missbräuchlicher Alkoholkonsum senkt die Lebenserwartung, steigert die Unfallgefahr und die Gewaltbereitschaft, außerdem droht eine Alkoholvergiftung bis hin zum Tod durch die Lähmung der Atemmuskulatur [32, 33]. Als schwerwiegende Langzeitfolgen sind u.a. Schädigungen der Leber, Herz und Bauchspeicheldrüse sowie ein erhöhtes Risiko für verschiedene Krebsarten zu benennen (Mund- und Rachenraum, Speiseröhre, Bauchspeicheldrüse, Darm) [33]. Darüber hinaus gehen häufig mit einer Suchterkrankung psychiatrische und/oder psychische Komorbiditäten einher [34]. Nicht selten entwickeln Alkoholabhängige Angst-, Persönlichkeits- oder Essstörungen oder Depressionen [ebd.].

Neben beträchtlichen negativen Gesundheitsfolgen muss auch auf die sozialen und wirtschaftlichen Folgen hingewiesen werden. Die Veränderungen in der Persönlichkeit und das Konsumverhalten an sich können zu zwischenmenschlichen Konflikten führen; sozialer Abstieg, Arbeitsplatzverlust und Trennungen sind die möglichen Folgen [35]. Nahe Angehörige (Kinder, Lebenspartner\*innen) sind dabei ebenfalls einem besonderen Gesundheitsrisiko ausgesetzt. Das Konsumverhalten einer Person wirkt sich unweigerlich auf die Beziehung zu nahestehenden Familienmitgliedern aus. Familienmitglieder zeigen unterschiedlichste Reaktionen auf die Abhängigkeitssituation. Sie wollen zum einen helfen sowie unterstützen und gleichzeitig dabei loyal bleiben [36]. Zum anderen wollen sie beschützen, was wiederum in Kontrolle übergehen kann [ebd.]. Aber auch Leugnen und "Decken" des Alkoholkonsums können Coping-Strategien darstellen. Jede Verhaltensweise geht einher mit Veränderungen der zwischenmenschlichen Beziehungen und der eingenommenen Rollen.

Besonders der Alkoholkonsum in der Schwangerschaft ist ursächlich für schwerwiegende gesundheitliche Folgen für das ungeborene Kind [31]. Treten Schädigungen des Gehirns, körperliche Behinderungen (z. B. Minderwuchs) oder Schädigungen (z. B. Herzfehler, Gesichtsanomalien) und Verhaltensstörungen (z. B. Konzentrations- und Lernschwierigkeiten) auf, spricht man vom "Fetalen Alkoholsyndrom" (FAS) bzw. "Alkoholembryopathie" [32]. In Deutschland werden jährlich circa 2.200 Kinder mit FAS geboren [ebd.]. Geringe Schädigungen bei Kindern, die Folge des Alkoholkonsums der Mutter während der Schwangerschaft sind, werden unter dem Begriff "Fetale Alkoholspektrum-Störungen" (Fetal Alcohol Spectrum Disorders - FASD) zusammengefasst [ebd.].

### c) Familien in Armutslagen

In Deutschland lebten im Jahr 2018 12,9 % aller Familien in Armut [37]. 21,9 % der Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren waren armutsgefährdet oder bezogen Leistungen nach SGB II [38]. Insbesondere die fehlende Erwerbstätigkeit von Eltern erhöht das Armutsrisiko. So beträgt das Armutsrisiko von Kindern nicht erwerbstätiger Eltern 64%. Ist ein Elternteil in Vollzeit erwerbstätig, sinkt das Risiko auf 15% [39]. Auch Familien mit Migrationshintergrund haben ein erhöhtes Armutsrisiko [40].

Von Armut betroffene Kinder und Jugendliche erfahren vielfach erhebliche Einschränkungen in ihren Lebensbedingungen und sozialen Teilhabechancen [41, 42]. Dies spiegelt sich in erhöhten psychosozialen Belastungen und auch in einer stärkeren Beeinträchtigung ihrer Gesundheit wider. So zeigen aktuelle Ergebnisse aus „KiGGS“ Welle 2 („Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“), dass Kinder und Jugendliche, die in Armut leben, häufiger ihren allgemeinen Gesundheitszustand als schlecht einschätzen sowie häufiger an dauerhaften gesundheitlichen Einschränkungen, an psychischen Auffälligkeiten und an ADHS („Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung“), aber auch an Übergewicht

und Adipositas leiden als Gleichaltrige, die nicht in Armut aufwachsen. Ein ähnliches Ergebnis findet sich auch für ein ungünstiges Ernährungs- und Bewegungsverhalten [43]. Mit Blick auf in Armut lebende Eltern gibt es bislang für Deutschland keine repräsentativen Daten zu ihrer gesundheitlichen Lage. Es liegen aber zahlreiche Publikationen zu Zusammenhängen zwischen dem sozioökonomischen Status bzw. Armut und der Gesundheit von Erwachsenen vor, die ebenfalls belegen, dass Armut auch im Erwachsenenalter mit vielfältigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen assoziiert ist [44, 45].

Bei von Armut betroffenen Familien besteht somit ein großer Handlungsbedarf in Hinblick auf die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten.

### III. Ziele und Forschungsfragen

Sozial belastete Familien werden durch Maßnahmen der P und GF adressiert, oft jedoch ohne Wirksamkeitsnachweis. Um gezielt evidenzbasierte Interventionen fördern zu können, ist es notwendig, vulnerable Gruppen mit ihren Subgruppen und spezifischen Bedarfen zu identifizieren. Zu fragen ist danach, welche Rahmenbedingungen welche Interventionen begünstigen oder erschweren (fördernde und hemmende Bedingungen), ggf. auch welche strukturellen Ansätze einer Intervention begleitend bzw. vor- oder nachgeschaltet werden sollten. Nationale und internationale Interventionsstrategien offenbaren deutliche Unterschiede hinsichtlich angewandter Evaluationsstrategien, Maßnahmen der Qualitätssicherung und der Verfügbarkeit wissenschaftlicher Evidenz zur Einschätzung der Wirksamkeit der Angebote. Es liegt bislang keine systematische Übersichtsarbeit explizit zur Wirksamkeit von Maßnahmen und Interventionen der Gesundheitsförderung bzw. gesundheitsbezogenen Prävention für die Zielgruppe der sozial belasteten Familien vor.

Die systematische Recherche und Evidenzbewertung dient der Orientierung im Handlungsfeld und wird Perspektiven künftiger Gesundheitsförderungsansätze unter Berücksichtigung partizipativer sowie verhaltens- und verhältnisbezogener Ansätze eröffnen. Eine Fokussierung des Feldes auf sozial belastete Familien erscheint notwendig, denn es fehlt an genauen Kenntnissen ihrer Bedarfslagen und möglicher Wirkmechanismen, insbesondere da Familien keine Lebenswelten im Sinne des §20a SGB V darstellen und insofern zumeist nur indirekt über Settings adressiert werden. Die Studie wird die fachliche Diskussion um das neue Handlungsfeld Familiärer Gesundheitsförderung aufgreifen. Außerdem soll aufgezeigt werden, welche Interventionen bei sozial belasteten Familien übergreifend ansetzen, und welchen spezifischen Problemlagen bei einzelnen Subgruppen mit welchen Interventionen begegnet wird.

Die systematische Recherche adressiert die folgenden Forschungsfragen.

*1. Welche nationalen und internationalen Studien liegen vor zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei sozial belasteten Familien (a. Alleinerziehende und ihre Kinder, b. Familien mit elterlicher Suchtproblematik - Alkohol, c. Familien in Armutslagen)?*

und

*2. Wie sind die Evidenz dieser Studienlage sowie die Wirksamkeit der Interventionen einzuschätzen?*

#### IV. Geplante Durchführung und Forschungsmethoden

##### Zielgruppe

Die übergeordnete Adressatengruppe stellen sozial belastete Familien mit den drei Subgruppen a. Alleinerziehende und ihre Kinder, b. Familien mit elterlicher Suchtproblematik (Alkohol) und c. Familien in Armutslagen dar. Betrachtet werden dabei sowohl die Ansätze der GF und P für die Eltern als auch für die Kinder sowie umfassende Ansätze für die gesamte Familie.

##### Interventionen

Auf Grundlage entsprechender Vorstudien [46] ist davon auszugehen, dass sich Interventionen v.a. in den folgenden Bereichen finden lassen:

- Verhaltenstrainings, Elternkurse
- kognitiv-behaviorale Interventionen
- Familienkoordination/ Fallmanagement
- arbeitsmarktpolitische Maßnahmen
- Stressmanagement.

Ergänzend werden nach weiteren, insbesondere auch lebensweltbezogenen Ansätzen gesucht.

##### Outcomes

Einbezogen werden Outcomes zur gesundheitsfördernden Strukturentwicklung, zu Ernährung, Bewegung, Suchtprävention, mentale Gesundheit, Stressbewältigung, Lebenskompetenz, Gesundheitskompetenz sowie Erziehungsverhalten und -kompetenz. Im Rahmen des Reviews erfolgt eine kritische Beurteilung der verwendeten Outcomes, der Instrumente sowie der Validität der Ergebnisse.

##### Datenquellen

Primäre Suche: Cochrane, LIVIVO (inkl. BASE, TIB, Publishing Data, SOMED), PubMed, Scopus, EBSCOhost (inkl. APAPsychInfo, Psychology and Behavioral Science Collection, SocINDEX, ERIC, PSYINDEX) und PubPsych (inkl. Pascal, Narcis)

Handsuche: GESIS (Leibniz Institut für Sozialwissenschaften), „Grüne Liste der Prävention“, „Google Scholar“

Graue Literatur: Opengrey (<http://www.opengrey.eu/>),

Greyguide (<http://greyguide.isti.cnr.it/index.php>), Greylit (<http://www.greylit.org/>)

Ergänzend werden die Referenzlisten der eingeschlossenen Studien nach weiteren potenziellen Erhebungen gesichtet (sogenanntes „citation tracking“).

##### Suchstrategie

Entsprechend den Suchalgorithmen und -optionen der einzelnen Datenbanken werden die Suchstrategien und Filtersetzungen individuell angepasst. Dabei wird die Verwendung gleicher Suchbegriffe angestrebt (vgl. Tab. 1). Diese werden mit Trunkierungen bzw. Platzhal-

tern (z. B. \*) und Booleschen Operatoren (AND, OR, NEAR, NEXT) sinnvoll verknüpft. Außerdem werden MeSH-Terms ("Medical Subject Headings") integriert.

Tab. 1: Suchdomänen und Schlagwörter

Suchdomäne	Schlagwörter
<i>Intervention</i>	"health promotion", prevent*, "disease prevention", prevent*, training*, intervention*, program*, program, initiative*, counseling*, service*, support*, strategy, strategies, project*, campaign*
<i>Zielgruppe: allgemein</i>	famil*, carer*, caregiver*, parent*, mother*, father*, child*, offspring, youngster, kid, teen*, youth, toddler, baby, infant, newborn, adolescent*, household, "family member*", "household member"
<i>Zielgruppe: spezifisch "Alleinerziehende und ihre Kinder"</i>	"single parent**", "single-parent**", oneparent*, one-parent*, "single mother**", lone-mother*, "single father**", lone-father*, "single parent household**", "single-parent household**", "single parent famil**", "single-parent famil**", "lone-parent**", divorce*, separated, widow*
<i>Zielgruppe: spezifisch "elterliche Sucht (Alkohol)"</i>	"substance-related disorder", substance-related, disorder, substance-involved, misuse*, depending, addict*, abuse*, pending
<i>Zielgruppe: spezifisch "Familien in Armutslagen"</i>	poverty, "family poverty", "household poverty", "low income family", "low-income family", "low income household", "low-income household", "impoverished family", "poor household", "low socioeconomic status", "health inequality", "health inequalities", poorness, penury, indigent, indigence, neediness, impoverished, low-income, "low income", "socially disadvantaged"

### Qualitätssicherung

Der Prozess wird durch die Verwendung des webbasierten Software-Programms „Covidence“ systematisiert [47]. Zwei Reviewer\*innen bewerten unabhängig voneinander in einem ersten Schritt alle Titel und Abstracts unter Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien und entfernen diejenigen, die nicht relevant sind (vgl. Tab. 2). In einem zweiten Schritt bewerten zwei Reviewer\*innen unabhängig voneinander alle im ersten Schritt ausgewählten Studien anhand von Volltexten. Auftretende Konflikte werden besprochen und bei Bedarf wird ein dritter Reviewer hinzugezogen. Die Gründe für den Ein- bzw. Ausschluss der Publikationen nach Sondierung der Volltexte werden dokumentiert. Der Auswahlprozess wird in einem auf den PRISMA-Vorgaben basierenden Flow-Chart dargestellt. Die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien wird mittels des Bewertungstools des "Effective Public Healthcare Panacea Project" (EPHPP) bewertet [48].

### Datenextraktion

Zwei Reviewer\*innen extrahieren unabhängig voneinander die Studiendaten aus den Volltexten der eingeschlossenen Studien unter Verwendung eines Datenerfassungsformulars. Vor der eigentlichen Datenerfassung werden die Gutachter\*innen das Datenerfassungsformular testen, um eine standardisierte Datenextraktion zu gewährleisten. Inkonsistenzen zwischen den beiden Reviewer\*innen bei der Datenerfassung werden durch Diskussion und ggfs. durch Rücksprache mit einem dritten/ einer dritten Reviewer\*in behoben.

Ein- und Ausschlusskriterien im Überblick

Tab. 2: Ein- und Ausschlusskriterien

Kategorie	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Publikationszeitraum	Januar 2010 – Juni/Juli 2020	Vor Januar 2010 veröffentlicht
Sprache	Englisch, Deutsch	- jede andere Sprache
Verfügbarkeit	Volltext verfügbar Kein Duplikat	Kein Volltext verfügbar Duplikat
Studiendesign	- RCT (randomised controlled trials) - Evaluationsstudien, Interventionsstudien, Mixed-Methods-Ansätze und Vorher-Nachher-Studien inklusive Surveys, wenn mindestens ein Outcome-Parameter zu mindestens zwei unterschiedlichen Messzeitpunkten oder in zwei verschiedenen Gruppen erhoben wurde - Meta-Analysen, systematische Reviews - qualitative Studien - Dissertationen	- Laborstudien, Beobachtungsstudien, Fallstudien, Studienprotokolle, Abschlussarbeiten (Master-, Bachelor-Thesis), nicht systematische Reviews - rein deskriptive Beschreibungen der Lage von Familien und/oder keine Auswertung für sozial belastete Familien - Expertenmeinungen, Informationen und Tipps ohne Evaluation einer Intervention
Intervention	- jede Art von Intervention mit Gesundheitsförderungs- und/oder primärem oder sekundärem Präventionsansatz	- Interventionen ohne gesundheitsförderlichen und/oder präventiven Ansatz, medizinische und/oder tertiärpräventive Interventionen
Population	- Eltern und ihre Kinder PLUS spezifische Kriterien je nach Subgruppe	- kinderlose Paare oder Einzelpersonen PLUS spezifische Kriterien je nach Subgruppe
Setting	- Familien/-haushalt - Kommune, Stadtteil, Quartier, Arbeitsagentur/Jobcenter, Betriebe, Kinderbetreuungseinrichtungen (Kita, Hort), Schulen, Hochschulen, Universitäten	- in vitro - ambulante und stationäre Einrichtungen des Gesundheitswesens

Datensynthese

Aus allen Studien, die die Einschlusskriterien erfüllen, werden die Daten zur Zielgruppe, zum Design, zur Intervention und zu den Outcomes narrativ zusammengefasst. Soweit die Studien ausreichend vergleichbar sind, werden die Outcomes mit metaanalytischen Verfahren integriert und analysiert. Für RCTs, für nicht-randomisierte, kontrollierte Studien und für Studien ohne Kontrollgruppe werden separate Meta-Analysen durchgeführt. Die Outcomes für GF werden für die drei Subgruppen getrennt analysiert. Für die Darstellung der zusammengefassten Studienergebnisse kommen "Summary of Findings" – Tabellen zum Einsatz.

Anzahl der Studien:

Basierend auf dem 2017 erstellten Review zu GF bei Alleinerziehenden [46] und der Erweiterung auf Kinder sowie die Lebenslagen der armutsbetroffenen und der suchtbelasteten Familien ist mit jeweils etwa 20 bis 35 relevanten Studien und einer Gesamtzahl von mindestens 50 bis maximal 100 Studien zu rechnen.

## V. Dissemination

Die Ergebnisse können im Rahmen kommunaler Aktivitäten (u.a. Präventionsketten) sowie zur Förderung von individualpräventiven (§ 20) sowie lebensweltbezogenen Maßnahmen der P und GF (gemäß § 20a SGB V), insbesondere auch zur Förderung über Modellprojekte der Gesetzlichen Krankenkassen zur P und G (gemäß § 20g SGB V) genutzt werden. Translationsprozesse werden im Projektabschluss durch gezielte Aktivitäten in Gremien sowie einer Abschlussveranstaltung initiiert.

Hierzu sind die folgenden Maßnahmen geplant:

- Workshop mit Unterstützung durch das Robert Koch-Institut
- Publikation der Ergebnisse (Open Access) in deutschsprachigen (z. B. Bundesgesundheitsblatt, Das Gesundheitswesen, ZPG) sowie englischsprachigen Zeitschriften wie beispielsweise Journal of Health Monitoring (JoHM) und Journal of Public Health (JoPH),
- Präsentation im Rahmen fachpolitischer und wissenschaftlicher Kongresse (Tagung der DGSM, Kongress Armut und Gesundheit), in der Nationalen Armutskonferenz, bei Familienverbänden sowie in Gremien der Nationalen Präventionskonferenz gemäß § 20d SGB (AG Kommune der NPK sowie Präventionsforum),
- Nutzung im Rahmen des Aufbaus des Praxis- und Forschungsnetzes Familiärer GF.

## VI. Literaturverzeichnis

1. Geene R & Rosenbrock R (2012): Der Settingansatz in der Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen. In: BZgA (Hrsg.): Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Köln: BZgA, S. 46-75.
2. Geene R, Thyen U, Quilling E & Bacchetta B (2016): Familiäre Gesundheitsförderung. Prävention und Gesundheitsförderung, 11(4), S. 222-229, letzter Zugriff 15.03.2021, abgerufen von: <https://doi.org/10.1007/s11553-016-0560-3>.
3. Geene R (2018): Gesundheitsförderung und Familien - Familiäre Gesundheitsförderung. Letzter Zugriff: 09.03.2021, abgerufen von: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-und-familien-familiaere-gesundheitsfoerderung/>.
4. Wittke V (2010): Familien in benachteiligten Lebenslagen als Adressaten der Familienbildung. TUP - Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, S. 259-265, Weinheim: Beltz Juventa, letzter Zugriff: 15.10.2020, abgerufen von: [https://www.beltz.de/fachmedien/sozialpaedagogik\\_soziale\\_arbeit/zeitschriften/theorie\\_und\\_praxis\\_der\\_sozialen\\_arbeit/article/Journal.html?tx\\_beltz\\_journal%5Barticle%5D=10523&cHash=87b66edeb37d949d05ad67f7ddf7002a](https://www.beltz.de/fachmedien/sozialpaedagogik_soziale_arbeit/zeitschriften/theorie_und_praxis_der_sozialen_arbeit/article/Journal.html?tx_beltz_journal%5Barticle%5D=10523&cHash=87b66edeb37d949d05ad67f7ddf7002a).
5. Sterzing D (2011): Präventive Programme für sozial benachteiligte Familien mit Kindern von 0 - 6 Jahren. Überblick über die Angebote in Deutschland. München: Deutsches Jugendinstitut e.V., ISBN 978-3-86379-021-9.
6. Cierpka M (2009): "Keiner fällt durchs Netz". Wie hoch belastete Familien unterstützt werden können. Familiendynamik (34), S. 156-167, letzter Zugriff: 16.02.2021, abgerufen von: [https://www.researchgate.net/publication/229149499\\_Keiner\\_fallt\\_durchs\\_Netz\\_Wie\\_hoch\\_b](https://www.researchgate.net/publication/229149499_Keiner_fallt_durchs_Netz_Wie_hoch_b)

elastete\_Familien\_unterstutzt\_werden\_können?enrichId=rgreq-f9a20783faadcc78e427982a31c41fb4-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzlyOTE0OTQ5OTtBUzozMDEwOTU5MzQyNjczOTJAMTQwMTEwNDU1NzA2Mw%3D%3D&el=1\_x\_3&\_esc=publicationCoverPdf.

7. Bertram H (Hrsg.) & Spieß K (Hrsg.) (2011): Fragt die Eltern. Ravensburger Elternsurvey - Elterliches Wohlbefinden in Deutschland. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges, ISBN 3832968717.

8. Geene R (2018): Familiäre Gesundheitsförderung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 61(10), S. 1289-1299, letzter Zugriff: 11.02.2021, abgerufen von: <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2814-z>.

9. Pawils S (2020): Prävention und Gesundheitsförderung für vulnerable Zielgruppen. In: Tiemann M & Mohokum M (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 1-5, ISBN 978-3-662-55793-8.

10. Statistisches Bundesamt (2021): Alleinerziehende (Glossar). Letzter Zugriff: 15.03.2021, abgerufen von: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Glossar/alleinerziehende.html>.

11. Statistisches Bundesamt (2020): Familien nach Lebensform und Kinderzahl in Deutschland. Letzter Zugriff: 11.03.2021, abgerufen von: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Tabellen/2-1-familien.html>.

12. Statistisches Bundesamt (2018): Alleinerziehende. Tabellenband zur Pressekonferenz am 02.08.2018 in Berlin. Ergebnisse des Mikrozensus. Letzter Zugriff: 08.01.2021, abgerufen von: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Tabellen/2-1-familien.html>.

13. Keim-Klärner S (2020): Soziale Netzwerke und die Gesundheit von Alleinerziehenden. In: Klärner A, Gamper M, Keim - Klärner S, Moor I, von der Lippe H & Vonneilich N: Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten: Eine neue Perspektive für die Forschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 329-346, ISBN 978-3-658-21659-7.

14. Hübgen S (2017): Armutsrisiko alleinerziehend. Aus: Politik und Zeitgeschichte, Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, 67(30-31), S. 22-27, letzter Zugriff: 11.03.2021, abgerufen von: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/168357/1/f-20764-Volltext-Huebgen-Armutsrisiko-v3.pdf>.

15. Lenze A & Funcke A (2016): Alleinerziehende unter Druck. Rechtliche Rahmenbedingungen, finanzielle Lage und Reformbedarf. Im Auftrag der Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

16. Bertelsmann Stiftung (2019): Stellungnahme zur Anhörung des Ausschusses für Gleichstellung und Frauen und des Ausschusses für Familie, Kinder und Jugend des Landtags Nordrhein-Westfalen am 9. Januar 2020. Letzter Zugriff: 11.03.2021, abgerufen von: [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Familie\\_und\\_Bildung/191219\\_Stellungnahme\\_Alleinerziehende\\_NRW\\_Landtag\\_NRW\\_09.\\_Januar\\_2020\\_af\\_F.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Familie_und_Bildung/191219_Stellungnahme_Alleinerziehende_NRW_Landtag_NRW_09._Januar_2020_af_F.pdf).

17. Statistisches Bundesamt (2021): Armutsgefährdungsquote gemessen am Bundesmedian nach Haushaltstyp. Letzter Zugriff: 11.03.2021, abgerufen von: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Sozialberichterstattung/Tabellen/06agq-zvbm-haushaltstyp.html>.
18. Statistisches Bundesamt (2021): 3,1 Millionen Erwerbstätige waren 2019 hierzulande von Armut bedroht. Pressemitteilung. Letzter Zugriff: 11.03.2021, abgerufen von: [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/01/PD21\\_N008\\_634.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/01/PD21_N008_634.html).
19. Sperlich S & Collatz J (2006): Ein-Elternschaft - eine gesundheitsriskante Lebensform? Reanalyse der Daten aus Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und ihre Kinder. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 72(2), S. 127-137.
20. Lange C & Saß A C (2006): Risikolagen und Gesundheitssituation alleinerziehender Frauen. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 72(2); S. 121-126.
21. Hancioglu M (2015): Alleinerziehende und Gesundheit. Die Lebensphase „alleinerziehend“ und ihr Einfluss auf die Gesundheit (Dissertation), Bochum: Ruhr-Universität, letzter Zugriff: 11.03.2021, abgerufen von: <https://hss-opus.ub.ruhr-uni-bochum.de/opus4/frontdoor/index/index/docId/4445>.
22. Rattay P, von der Lippe E, Borgmann L-S & Lampert T (2017): Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland. Robert Koch-Institut (Hrsg.) Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung. 2(4), letzter Zugriff: 11.03.2021, abgerufen von: <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/2900/21VkXo1aMK80M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
23. Rattay P, von der Lippe E, Lampert T & Group K S (2014): Gesundheit von Kindern und Familien in Eineltern-, Stief- und Kernfamilien. Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt, 57, S. 860-868.
24. Rattay P, von der Lippe E, Mauz E, Richter F, Hölling H, Lange C, et al. (2018): Health and health risk behaviour of adolescents-Differences according to family structure. Results of the German KiGGS cohort study. PLoS One 13(3): e0192968, letzter Zugriff: 15.03.2021.
25. Herke M, Knöchelmann A & Richter M (2020): Health and Well-Being of Adolescents in Different Family Structures in Germany and the Importance of Family Climate. Int J Environ Res Public Health, 17(18), letzter Zugriff: 11.03.2021, abgerufen von: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7559242/>.
26. Klocke A und das HBSC-Team Deutschland (2012): Gesundheit der Kinder in Einelternfamilien. Gesundheitswesen, 74(Suppl 1), S. 70-75.
27. Scharte M, Bolte G und die GME-Studiengruppe (2012): Kinder alleinerziehender Frauen in Deutschland: Gesundheitsrisiken und Umweltbelastungen. Gesundheitswesen, 74, S. 123-131.
28. Feldhaus M und Timm A. (2015): Der Einfluss der elterlichen Trennung im Jugendalter auf die Depressivität von Jugendlichen. Zeitschrift für Familienforschung, 27(1), S. 32-52.
29. Borgmann L-S, Rattay P & Lampert T (2019): Alleinerziehende Eltern in Deutschland: Der Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und psychosozialer Gesundheit. Gesundheitswesen, 81(12), S. 977-985, letzter Zugriff: 11.03.2021, DOI: 10.1055/a-0652-5345.

30. Bundesministerium für Gesundheit (BMG 2017): Kinder aus suchtbelasteten Familien. Berlin: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Letzter Zugriff: 11.01.2021, abgerufen von:  
[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Drogen\\_und\\_Sucht/Broschueren/Broschuere\\_Kinder\\_aus\\_suchtbelasteten\\_Familien.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Broschueren/Broschuere_Kinder_aus_suchtbelasteten_Familien.pdf).
31. Geene R (2010): Unterschätzte Gefahr. Gesundheit und Gesellschaft. Spezial 12/10 (Selbsthilfe für suchbelastete Familien), S. 4-6, letzter Zugriff: 11.01.2021, abgerufen von:  
<https://www.nakos.de/data/Materialien/2010/AOK-GG-Spezial-12-10-Selbsthilfe.pdf>.
32. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS 2018): Alkohol. Basisinformationen. Hamm: DHS.
33. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS 2019): Ein Angebot an alle, die einem nahestehenden Menschen helfen möchten. Alkohol, Medikamente, Tabak, illegale Drogen, süchtiges Verhalten. Hamm: DHS, letzter Zugriff: 11.01.2021, abgerufen von:  
<https://www.bzga.de/infomaterialien/suchtvorbeugung/ein-angebot-an-alle-die-einem-nahestehenden-menschen-helfen-moechten-alkohol-medikamente-illegale/>.
34. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS 2016): Drogen-Abhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe. Band 4. Hamm: DHS, letzter Zugriff: 11.01.2021, abgerufen von:  
<https://www.bzga.de/infomaterialien/suchtvorbeugung/drogenabhaengigkeit-suchtmedizinische-reihe-band-4/>.
35. John U, Meyer C, Baumann S, Rumpf H-J & Freyer-Adam J. (2020): Alkoholkonsum – Bedeutung für Prävention und Gesundheitsförderung. In: Tiemann M und Mohokum M (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 1-17.
36. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS o.J.): Suchtprobleme in der Familie. Informationen und Praxishilfen für Fachkräfte und Ehrenamtliche im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen. Hamm: DHS, letzter Zugriff: 11.01.2021, abgerufen von:  
[https://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/images/Titelbilder/Suchtprobleme\\_in\\_der\\_Familie.pdf](https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/images/Titelbilder/Suchtprobleme_in_der_Familie.pdf).
37. Statistisches Bundesamt (2021): Armutsgefährdungsquote (monetäre Armut) nach Sozialleistungen in Deutschland nach dem Haushaltstyp. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, letzter Zugriff: 19.03.2021, abgerufen von: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/Lebensbedingungen-Armutsgefaehrung/Tabellen/armutsgef-quote-typ-silc.html>.
38. Lietzmann T & Wenzig C (2020): Materielle Unterversorgung von Kindern. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, letzter Zugriff: 11.03.2021, abgerufen von: [https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/294-2020\\_BST\\_IAB\\_Studie\\_Kinderarmut\\_2020\\_ID983.pdf](https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/294-2020_BST_IAB_Studie_Kinderarmut_2020_ID983.pdf).
39. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS 2018): Lebenslagen Deutschland. Der Fünfte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Kurzfassung. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

40. Sterdt E, Geene R, Morfeld M (2017): Kinderarmut in Deutschland - Eine landkreisbezogene Analyse und Evaluation des Bildungs- und Teilhabepaketes der Bundesregierung. Köln: Carl Link, ISBN: 978-3-556-07302-5.
41. Geene R & Gold C (2009, Hrsg.): Kinderarmut und Kindergesundheit. Bern: Hans Huber, ISBN: 9783456946351.
42. Lampert T & Richter M (2009): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
43. Lampert T & Kuntz B (2019): Auswirkungen von Armut auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse aus KiGGS Welle 2. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 62, S. 1263–1274, letzter Zugriff: 11.03.2021, abgerufen von: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00103-019-03009-6>.
44. Lampert T & Kroll L (2010): Armut und Gesundheit. In: Robert Koch-Institut: GBE kompakt. 5, Berlin: RKI, letzter Zugriff: 11.03.2021, abgerufen von: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2010\\_5\\_Armut.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2010_5_Armut.pdf?__blob=publicationFile).
45. Lampert T, Kroll L E, Kuntz B & Hoebel J (2018): Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland und im internationalen Vergleich: Zeitliche Entwicklungen und Trends. Journal of Health Monitoring, 3(S1), letzter Zugriff: 11.03.2021, DOI:10.17886/RKI-GBE-2018-019.
46. Geene R & Töpritz K (2017): Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Alleinerziehenden und Auswertung der vorliegenden Evidenz. Ergebnisbericht. Berlin: GKV Spitzenverband, letzter Zugriff: 11.01.2021, abgerufen von: [https://www.gkv-buendnis.de/fileadmin/user\\_upload/Literaturrecherche\\_Alleinerziehende\\_Geene\\_2017.pdf](https://www.gkv-buendnis.de/fileadmin/user_upload/Literaturrecherche_Alleinerziehende_Geene_2017.pdf).
47. Veritas Health Innovation: Covidence systematic review software. Melbourne, Australia: Veritas Health Innovation, [www.covidence.org](http://www.covidence.org).
48. Effective Public Healthcare Panacea Project (EPHPP): Independent source of information about health care in Canada. Quality Assessment Tool for Quantitative Studies. Letzter Zugriff: 11.01.2021, abgerufen von: <https://www.ephpp.ca/quality-assessment-tool-for-quantitative-studies/>.