



Kongress Armut und Gesundheit 2021

Der Public Health-Kongress in Deutschland

„Aus der Krise zu Health in All Policies“

www.armut-und-gesundheit.de | [@Kongress_AuG](https://twitter.com/Kongress_AuG)

Doreen Kuschick, Joachim Kuck, Alexander Pachanov, Petra Rattay, Raimund Geene



BERLIN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

„Literaturrecherche und Evidenzauswertung von Ansätzen zur Gesundheitsförderung bei sozial belasteten Familien (LEFaG)“

Es handelt sich bei dem Text um eine gekürzte Version des Studienprotokolls sowie Inhalten der Studienregistrierung, die Originalveröffentlichungen können hier aufgerufen werden:

Studienprotokoll: [urn:nbn:de:kobv:b1533-opus-3732](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:kobv:b1533-opus-3732)

Studienregistrierung: Review Registry UIN: [researchregistry1095](https://www.researchregistry.com/record/researchregistry1095)

Eine Erstveröffentlichung der Ergebnisse ist bereits im Prozess, sodass im Folgenden nur beispielhaft erste Ergebnisse benannt werden.

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



Dieses Werk steht unter der Lizenz Creative Commons Namensnennung – Nicht-kommerziell
- Weitergabe unter gleichen Bedingungen 3.0 Deutschland (CC BY-NC-SA 3.0 DE)

Projektsteckbrief: „Literaturrecherche und Evidenzauswertung von Ansätzen zur Gesundheitsförderung bei sozial belasteten Familien (LEFaG)“

Beteiligte Einrichtungen/ Kooperationspartner/-innen:

BSPH, Berlin School of Public Health (hochschulübergreifende Einrichtung, interdisziplinäres Zentrum gemäß § 38(5) BerlGH) an der Charité – Universitätsmedizin Berlin
Robert Koch-Institut Berlin

Laufzeit:

01.04.2020 – 31.10.2021 (inkl. Projektverlängerung)

Team:

Leitung: Prof. Dr. Raimund Geene MPH

Projektkoordination: Doreen Kuschick MSc

wissenschaftliche Mitarbeiter/innen: Dr. Joachim Kuck MSc, MPH; Dipl. Soz. Petra Rattay MPH

studentische Mitarbeit: Alexander Pachanov

Schwerpunkte und Methodik:

Systematische Übersichtsarbeit zu Gesundheitsförderungs- und/oder Präventionsansätzen bei sozial belasteten Familien, ausdifferenziert nach drei Subgruppen:

- a. Alleinerziehende und ihre Kinder
- b. Familien mit elterlicher Suchtproblematik - Alkohol
- c. Familien in Armutslagen

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

1. Hintergrund

Sozial belastete Familien gelten als vulnerabel und werden durch Maßnahmen von Prävention (P) und Gesundheitsförderung (GF) adressiert, oft jedoch ohne Wirksamkeitsnachweis. 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** im Projekt LEFaG betrachtet.

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“ [3]. 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 [4]. In 1,5 Millionen Familien lebte ein alleinerziehendes Elternteil mit minderjährigen Kindern zusammen in einem Haushalt [4]. Neun von zehn Alleinerziehenden sind Frauen [5]. Ein vergleichsweise großer Anteil an Familien von Alleinerziehenden lebt - trotz Erwerbstätigkeit des Elternteils - in Armut [6-8]. Im Jahr 2019 betrug die Armutsgefährdungsquote bei Familien von Alleinerziehenden laut Mikrozensus 42,7 % [9]. Unter den erwerbstätigen Alleinerziehenden waren im Jahr 2019 noch 22,3 % armutsgefährdet [10].

Eine größere Anzahl an Studien belegt für Alleinerziehende höhere Prävalenzen für gesundheitliche Beeinträchtigungen als für in Partnerschaft lebende Eltern [11-13]. 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 Paarhaushalten [14]. Aber auch bei den Kindern von Alleinerziehenden zeigen sich in Teilen gesundheitliche Beeinträchtigungen [15-20]. 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 [21].

b. Familien mit elterlicher Suchtproblematik - Alkohol

In Deutschland leben mehr als drei Millionen Kinder und Jugendliche mit mindestens einem suchtkranken Elternteil [22]. 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.]. In Deutschland sterben jährlich circa 74.000 Menschen direkt oder indirekt in Verbindung mit Alkohol [23]. Missbräuchlicher Alkoholkonsum senkt die Lebenserwartung, steigert die Unfallgefahr und die Gewaltbereitschaft, außerdem droht eine Alkoholvergiftung bis hin zum Tod durch die Lähmung der Atemmuskulatur [23, 24]. Als schwerwiegende Langzeitfolgen sind u.a. Schädigungen der Leber, Herz und Bauchspeicheldrüse sowie ein erhöhtes Risiko für verschiedene Krebsarten zu benennen [24]. Darüber hinaus gehen häufig mit einer Suchterkrankung psychiatrische und/oder psychische Komorbiditäten einher [25]. Nicht selten entwickeln Alkoholabhängige Angst-, Persönlichkeits- oder Essstörungen oder Depressionen [ebd.]. Nahe Angehörige (z. B. Kinder, Lebenspartner*innen) sind dabei ebenfalls einem besonderen Gesundheitsrisiko ausgesetzt. Das Konsumverhalten einer Person wirkt sich unweigerlich auf die Beziehung zu nahestehenden Familienmitgliedern aus.

Besonders der Alkoholkonsum in der Schwangerschaft ist ursächlich für schwerwiegende gesundheitliche Folgen für das ungeborene Kind [26]. 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“ [23]. 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 [27]. 21,9 % der Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren waren armutsgefährdet oder bezogen Leistungen nach SGB II [28]. 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% [29]. Von Armut betroffene Kinder und Jugendliche erfahren vielfach erhebliche Einschränkungen in ihren Lebensbedingungen und sozialen Teilhabechancen [30, 31]. 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 [32]. 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 [33, 34]. Bei von Armut betroffenen Familien besteht somit ein großer Handlungsbedarf in Hinblick auf die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten.

2. Ziele und Forschungsfragen

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 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?

3. Methodik und Reviewprozess

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde die Methodik eines systematischen Reviews gewählt. Für jede Subgruppe wird eine separate Suche in den folgenden Datenbanken durchgeführt:

- 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), GESIS (Leibniz Institut für Sozialwissenschaften) und „Grüne Liste der Prävention“, der Suchmaschine „Google Scholar“
- „graue Literatur“: <http://www.opengrey.eu/>, <http://greyguide.isti.cnr.it/index.php>, <http://www.greylit.org/>

Entsprechend den Suchalgorithmen und -optionen der einzelnen Datenbanken werden die Suchstrategien und Filtersetzungen individuell angepasst. Es wird mit Trunkierungen bzw. Platzhaltern (z. B. *) und Booleschen Operatoren (AND, OR, NEAR, NEXT) gearbeitet. Außerdem werden vereinzelt MeSH-Terms („Medical Subject Headings“) integriert.

Qualitätssicherung

Der Prozess wird durch die Verwendung des webbasierten Software-Programms „Covidence“ systematisiert [35]. 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. 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/e dritte/r Reviewer/in 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) evaluiert [36].

Ein- und Ausschlusskriterien

Kategorie	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<i>Publikationszeitraum</i>	Januar 2010 – Juni/Juli 2020	Vor Januar 2010 veröffentlicht
<i>Sprache</i>	Englisch, Deutsch	- jede andere Sprache
<i>Verfügbarkeit</i>	Volltext verfügbar, kein Duplikat	Kein Volltext verfügbar, Duplikat
<i>Studiendesign</i>	- RCTs (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
<i>Intervention</i>	- jede Art von Intervention mit Gesundheitsförderungs- und/oder primärem oder sekundärem Präventionsansatz	- Interventionen ohne gesundheitsförderlichen und/oder präventiven Ansatz, medizinische und/oder tertiärpräventive Interventionen
<i>Population</i>	- Eltern und ihre Kinder PLUS spezifische Kriterien je nach Subgruppe	- kinderlose Paare oder Einzelpersonen PLUS spezifische Kriterien je nach Subgruppe
<i>Setting</i>	- Familien/-haushalt - Kommune, Stadtteil, Quartier, Arbeitsagentur/Jobcenter, Betriebe, Kinderbetreuungseinrichtungen (Kita, Hort), Schulen, Hochschulen, Universitäten	- in vitro - ambulante und stationäre Einrichtungen des Gesundheitswesens

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.

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 ggf. 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.

4. Vorläufige (erste) Ergebnisse

a. Alleinerziehende und ihre Kinder

- Einschluss von 35 Einzelpublikationen
- vorrangig RCTs, überwiegend aus den USA
- überwiegend hohes Bias-Risiko, d.h. schwache methodische Qualität der Studien
- Zielgruppen: alleinerziehende Mütter und Väter (durch Trennung, Scheidung oder aktuell im Prozess); alleinerziehende Eltern und deren Kinder; Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene von alleinerziehenden Eltern; Schwangere ohne Kindsvater
- Interventionen: häufig Kombination aus Bildungsangeboten und Trainings im Gruppenformat, sowie individuelle Beratung, Betreuung und Unterstützungsleistungen im Alltag, Förderung individueller Kompetenzen UND Verbesserung der Beziehung
- erhobene Outcomes sind vielfältig (in den Bereichen: Verhalten, Erziehung, Beziehungsaspekte, mentale Gesundheit, sozial-emotionale und schulische/berufliche Kompetenzen), heterogen und zeigen einen inkonsistenten Wirksamkeitsnachweis

b. Familien mit elterlicher Suchtproblematik - Alkohol

- Einschluss von 20 Einzelpublikationen
- vorrangig RCTs, überwiegend aus den USA
- überwiegend hohes Bias-Risiko, d.h. schwache methodische Qualität der Studien
- Zielgruppen: vorrangig Kinder mit fetalem Alkoholsyndrom und deren Sorgeberechtigten, außerdem häufig sogenannte „concerned significant others – CSOs“ = Angehörige, eher seltener Eltern mit Alkoholsucht, Schwangere
- Interventionen: krankheitsbezogener Kontext, vorrangig Gruppenangebote für Angehörige und individuelle Angebote
- Zielgruppen: Suchtbetroffene, Angehörige, Kinder/Jugendliche mit fetalem Alkoholsyndrom
- Outcomes in den Bereichen: Alkoholkonsum, Adhärenz, mentale Gesundheit, Verhalten, Bedürfnisse, Wissensstand
- inkonsistenter Wirksamkeitsnachweis

c. Familien in Armutslagen

- aktueller Stand: Testung und Anpassung der Suchstrategie, Vorrecherchen erfolgten
- Durchführung Mai – Oktober 2021

5. Zwischenfazit & Ausblick

- Heterogenität der Studienlage = heterogene Evidenzlage
- bisheriger Fokus auf Verhaltensprävention mit inkonsistentem Wirksamkeitsnachweis
- bisher keine Evidenz für langfristige Wirksamkeit der Interventionen
- allgemein großer Bedarf an methodisch „starken“ Studien mit längerer Laufzeit (zur Erhebung von Langzeiteffekten)
- Frage nach passenden Studiendesigns in der (familiären) Prävention und Gesundheitsförderung (P/GF)
- zukünftige Evaluation sollten vermehrt die Wirksamkeit verhältnispräventiver Maßnahmen (evtl. auch in Kombination mit Verhaltensprävention) in den Blick nehmen
- Bewertung von Wirksamkeit und Plausibilität kann von Evidenzkriterien in der (familiären) P/GF profitieren

Literatur- und Quellenangaben:

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. Statistisches Bundesamt (2021): Alleinerziehende (Glossar). Letzter Zugriff: 15.03.2021, abgerufen von: <https://www.destatis.de/DE/Themen/GesellschaftUmwelt/Bevoelkerung/HaushalteFamilien/Glossar/alleinerziehende.html>.
4. Statistisches Bundesamt (2020): Familien nach Lebensform und Kinderzahl in Deutschland. Letzter Zugriff: 11.03.2021, abgerufen von: <https://www.destatis.de/DE/Themen/GesellschaftUmwelt/Bevoelkerung/HaushalteFamilien/Tabellen/2-1-familien.html>.
5. 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/GesellschaftUmwelt/Bevoelkerung/HaushalteFamilien/Tabellen/2-1-familien.html>.
6. 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-HuebgenArmutsrisiko-v3.pdf>.
7. Lenze A & Funcke A (2016): Alleinerziehende unter Druck. Rechtliche Rahmenbedingungen, finanzielle Lage und Reformbedarf. Im Auftrag der Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
8. 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.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Familie_und_Bildung/191219_Stellungnahme_Alleinerziehende_NRW_Landtag_NRW_09._Januar_2020_af_F.pdf.
9. Statistisches Bundesamt (2021): Armutsgefährdungsquote gemessen am Bundesmedian nach Haushaltstyp. Letzter Zugriff: 11.03.2021, abgerufen von: <https://www.destatis.de/DE/Themen/GesellschaftUmwelt/Soziales/Sozialberichterstattung/Tabellen/06agq-zvbm-haushaltstyp.html>.
10. 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.
11. 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.

12. Lange C & Saß A C (2006): Risikolagen und Gesundheitssituation alleinerziehender Frauen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 72(2); S. 121-126.
13. 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-unibochum.de/opus4/frontdoor/index/index/docId/4445>.
14. 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&isAllo wed=y>.
15. 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.
16. 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.
17. 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/>.
18. Klocke A und das HBSC-Team Deutschland (2012): Gesundheit der Kinder in Einelternfamilien. *Gesundheitswesen*, 74(Suppl 1), S. 70-75.
19. Scharte M, Bolte G und die GME-Studiengruppe (2012): Kinder alleinerziehender Frauen in Deutschland: Gesundheitsrisiken und Umweltbelastungen. *Gesundheitswesen*, 74, S. 123-131.
20. 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.
21. 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 elastete_Familien_unterstutzt_werden_konnen?enrichId=rgreqf9a20783faadcc78e427982a3 1c41fb4-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzlyOTE0OTQ5OTtBUzoxMDEwOTU5MzQyNjczOTJAMTQwMTEwNDU1NzA2Mw%3D%3D&el=1_x_3&_esc=publicationCoverPdf.
22. 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.
23. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS 2018): *Alkohol. Basisinformationen*. Hamm: DHS.

24. 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-einemnahestehenden-menschen-helfen-moechten-alkohol-medikamente-illegale/>.
25. 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/drogenabhaengigkeitssuchtmedizinische-reihe-band-4/>.
26. 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>.
27. 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/GesellschaftUmwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/LebensbedingungenArmutsgefahrdung/Tabellen/armutsgef-quote-typ-silc.html>.
28. 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.
29. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS 2018): Lebenslagen Deutschland. Der Fünfte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Kurzfassung. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
30. Geene R & Gold C (2009, Hrsg.): Kinderarmut und Kindergesundheit. Bern: Hans Huber, ISBN: 9783456946351.
31. Lampert T & Richter M (2009): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
32. 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>.
33. 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/GBEDo wnloadsK/2010_5_Armut.pdf?__blob=publicationFile.
34. 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.
35. Veritas Health Innovation: Covidence systematic review software. Melbourne, Australia: Veritas Health Innovation, www.covidence.org.

36. 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-forquantitative-studies/>.

Kontakt

Prof. Dr. Raimund Geene MPH

Alice Salomon Hochschule
Berlin School of Public Health
Campus Charité Mitte
Bonhoefferweg 3a
10 117 Berlin

raimund.geene@charite.de
<https://bsph.charite.de>

Die Berlin School of Public Health ist eine Gemeinschaftseinrichtung von ASH Berlin, Charité Universitätsmedizin und TU Berlin



Literaturrecherche und Evidenzbewertung von Ansätzen zur Gesundheitsförderung bei sozial belasteten Familien (LEFaG)

Bundesministerium für Bildung und Forschung Ausschreibung:

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

GEFÖRDERT VOM

MODUL 1: Systematische Übersichtsarbeiten nach internationalen Standards



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



BERLIN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

Agenda

1. Projektdaten
2. Forschungsfragen
3. Schwerpunkte und Methodik
4. Ergebnisse
 - (a) Subgruppe „Alleinerziehende und ihre Kinder“
 - (b) Subgruppe „Familien mit elterlicher Alkoholsucht“
5. Aktueller Stand zur Subgruppe „Familien in Armutslagen“
6. Fazit & Ausblick

Literaturverzeichnis

1. Projektdaten

Beteiligte Einrichtungen/ Kooperationspartner/-innen:

- BSPH, Berlin School of Public Health (hochschulübergreifende Einrichtung, interdisziplinäres Zentrum gemäß § 38(5) BerlGH) an der Charité – Universitätsmedizin Berlin
- Robert Koch-Institut Berlin

Laufzeit:

- 01.04.2020 – 31.10.2021 (Projektverlängerung beantragt)

Team:

- Leitung: Prof. Dr. Raimund Geene MPH
- Projektkoordination: Doreen Kuschick MSc
- wissenschaftliche Mitarbeiter/innen: Dr. Joachim Kuck MSc, MPH; Dipl. Soz. Petra Rattay MPH
- studentische Mitarbeit: Alexander Pachanov

2. Forschungsfragen

1. Welche nationalen und internationalen Forschungsergebnisse gibt es zu Ansätzen der Gesundheitsförderung bei sozial belasteten Familien?
2. Wie ist die Evidenz der Studienlage und die Wirksamkeit bestehender Ansätze einzuschätzen?

3. Schwerpunkte und Methodik

Systematische Übersichtsarbeit zu Gesundheitsförderungs- und/oder Präventionsansätzen bei sozial belasteten Familien, ausdifferenziert nach **drei Subgruppen**:

- a) **Alleinerziehende und ihre Kinder**
- b) **Familien mit elterlicher Alkoholsucht**
- c) **Familien in Armutslagen**

Studienregistrierung:

reviewregistry1095 (<https://www.researchregistry.com/browse-the-registry#registryofsystematicreviewsmeta-analyses/>)

- Qualitätssicherung: Cochrane⁽¹⁾, PRISMA⁽²⁾, Covidence^{® (3)} (Review-Programm)
- Datenbanken: Cochrane, PubMed, Scopus, PubPsych, LIVIVO (BASE, TIB), Eric, PSYINDEX, APAPsycInfo, SocINDEX, Psychology and behavioral Science Collection (via EBSCOhost)
- Handsuche: GESIS, google scholar, Grüne Liste Prävention, Open Grey, Grey Guide, Grey Literature Database

4. Ergebnisse

(a) Subgruppe „Alleinerziehende und ihre Kinder“

Eckdaten:

n = 35 Einzelpublikationen (zusammengefasst zu 33 Studien)

- Studiendesigns: 13 RCTs, 10 Vorher-Nachher-Studien, 4 nicht-randomisierte kontrollierte Studien, 4 qualitative Erhebungen, 1 systematischer Review, 1 Dissertation (Review & Sekundärdatenanalyse)
- Erhebungsland: USA (13), Deutschland (4), Australien (4), vereinzelte Studien aus: Großbritannien, Kanada, Neuseeland, Südkorea, Türkei, Iran, Irland und Spanien
- Zielgruppen: alleinerziehende Mütter und Väter (durch Trennung, Scheidung oder aktuell im Prozess) (20); alleinerziehende Eltern **und** deren Kinder (8); Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene von alleinerziehenden Eltern (3); Schwangere ohne Kindsvater (2)

Methodische Qualität:

- überwiegend hohes Bias-Risiko, d.h. schwache methodische Qualität der Studien

4. Ergebnisse

(a) Subgruppe „Alleinerziehende und ihre Kinder“

Charakteristika der Interventionen:

- zumeist Kombination mehrerer Inhalte und Ansätze: dominierend hierbei die Kombination aus Bildungsangeboten und Trainings im Gruppenformat
- ebenfalls häufig: individuelle Beratung (auch Coaching und Mediation), Betreuung und Unterstützungsleistungen im Alltag
- thematische Schwerpunkte: Förderung individueller Kompetenzen, diese sind vielfältig (Erziehung, Stressmanagement, Kommunikation, schulische Leistungen etc.) **UND** Verbesserung der Beziehung (zwischen Eltern und Kindern oder zwischen den Elternteilen)
- die Minderheit bilden verhältnispräventive Ansätze: staatl. Unterstützungsleistungen, Kinderbetreuungsangebote, berufliche (Re-)Integration

4. Ergebnisse

(a) Subgruppe „Alleinerziehende und ihre Kinder“

Outcomes und Effekte bei den Eltern:

- Verhalten und Erziehungskompetenzen: inkonsistenter Wirksamkeitsnachweis
- Beziehung zwischen den Elternteilen: Verringerung von Konflikten, Tendenz zur allgemeinen Verbesserung
- Beziehung zwischen Eltern und Kindern: tendenziell keine bis geringe (nicht signifikante) Verbesserung
- psychische Gesundheit und Wohlbefinden: keine eindeutigen positiven Effekte

4. Ergebnisse

(a) Subgruppe „Alleinerziehende und ihre Kinder“

Outcomes und Effekte bei den Kindern/Jugendlichen:

- Verhalten: vereinzelter Nachweis der Verminderung problematischer/negativer Verhaltensweisen, aber keine Langzeitwirkung und überwiegend keine positiven Veränderungen
- sozial-emotionale Kompetenzen: kurzfristige Verbesserungen (Akzeptanz von Emotionen, Anpassungsfähigkeit, Selbstwirksamkeit etc.)
- schulische und berufliche Kompetenzen: überwiegend keine Effekte (Bildungsziele, Motivation, Notendurchschnitt etc.)

4. Ergebnisse

(b) Subgruppe „Familien mit elterlicher Alkoholsucht“

Eckdaten:

n = 20 Einzelpublikationen (zusammengefasst zu 19 Studien)

- Studiendesigns: 8 RCTs, 4 Vorher-Nachher-Studien, 2 nicht-randomisierte kontrollierte Studien, 3 systematische Reviews, 2 qualitative Studien
- Erhebungsland: USA (8), Schweden (2), Kanada (2), vereinzelte Studien aus Deutschland, Südafrika, Neuseeland und Südkorea
- Zielgruppen: vorrangig Kinder mit fetalem Alkoholsyndrom und deren Sorgeberechtigten, außerdem häufig sogenannte „concerned significant others – CSOs“ = Angehörige, eher seltener Eltern mit Alkoholsucht, Schwangere, Mütter

Methodische Qualität:

- überwiegend hohes Bias-Risiko, d.h. schwache methodische Qualität der Studien

4. Ergebnisse

(b) Subgruppe „Familien mit elterlicher Alkoholsucht“

Charakteristika der Interventionen:

- krankheitsbezogener Kontext: Trink-/Suchtverhalten inkl. Behandlungsoptionen und -motivation, Risiken und Auswirkungen
- häufige Inhalte: allgemeine Lebenssituation aus Sicht der Angehörigen, Umgang mit fetalem Alkoholsyndrom
- vorrangig Gruppenangebote für Angehörige (Fokus auf Vermittlung spezieller Techniken: z. B. Kommunikationstraining, Stressmanagement, Entspannungstechniken)
- zweithäufigste Methode: individuelle Angebote für Angehörige (z. B. Computerspiele, Online-Beratungs-/Informationsangebot) oder für die Suchtbetroffenen (z. B. Coaching, Expertenchats)
- eher seltener: verhältnispräventive Ansätze (z. B. Aufklärungskampagnen)

4. Ergebnisse

(b) Subgruppe „Familien mit elterlicher Alkoholsucht“

Outcomes und Effekte bei den Suchtbetroffenen:

- Alkoholkonsum: signifikante Verringerung bis hin zu geringer (nicht signifikanter) Reduktion
- Adhärenz: positive Beeinflussung (erhöhte Teilnahme) versus kein signifikanter Effekt hinsichtlich Therapiebeginn
- mentale Gesundheit: allgemeine signifikante Verbesserung, Abnahme Depressionen und Stress
- Verhalten: signifikante Verringerung von Wut, Aggressionen und Gewalt
- Bedürfnisse: signifikante Verbesserung Familienzusammenhalt, soziale Unterstützung, Erziehungsverhalten, Lebensqualität, nicht signifikante Verbesserungen hinsichtlich Erwerbstätigkeit und Partnerschaft

4. Ergebnisse

(b) Subgruppe „Familien mit elterlicher Alkoholsucht“

Outcomes und Effekte bei den Angehörigen (CSOs*):

- Verhaltensaspekte: positive Effekte (nicht signifikant) für Selbstwirksamkeit und Erziehung
- Wissensstand: positiver Trend zu signifikanten Verbesserungen
- mentale Gesundheit: Tendenz zur kurzfristigen Verbesserung depressiver Symptome, Tendenz zur Reduktion des Leidensdrucks und Gefühlen der Einsamkeit sowie Ängsten
- Bedürfnisse: Verbesserung der Lebenszufriedenheit/-qualität und Beziehungsglück (eher nicht signifikant)

* concerned significant others

4. Ergebnisse

(b) Subgruppe „Familien mit elterlicher Alkoholsucht“

Outcomes und Effekte bei Kindern/Jugendlichen mit fetalem Alkoholsyndrom:

- Verhaltensweisen: allgemein positive Beeinflussung des Verhaltens, Verringerung von Verhaltensauffälligkeiten, verbesserte Emotionskontrolle (teils signifikant)
- mentale Gesundheit: signifikante Verbesserung der Kognition und Reduktion von Frustration, Verbesserungen der Selbstwirksamkeit und Reduktion von Ängsten (nicht signifikant)

5. Aktueller Stand zur Subgruppe „Familien in Armutslagen“

- Testung und Anpassung der Suchstrategie
- Vorrecherchen erfolgten
- Probedurchläufe der Recherche analog zu den vorhergehenden Subgruppen erzeugen > 1000 Treffer, vorrangig verhaltenspräventive Ansätze
- weitere Eingrenzung und Schärfung der Suchstrategie werden erfolgen

6. Fazit & Ausblick

- Heterogenität der Studienlage = heterogene Evidenzlage
 - bisheriger Fokus auf Verhaltensprävention mit inkonsistentem Wirksamkeitsnachweis
 - keine Evidenz für langfristige Wirksamkeit der Interventionen
-
- allgemein großer Bedarf an methodisch starken Studien mit längerer Laufzeit (Erhebung Langzeiteffekte)
 - Frage nach passendem Studiendesign in der (familiären) P/GF
 - zukünftige Evaluation sollten vermehrt die Wirksamkeit verhältnispräventiver Maßnahmen (evtl. auch in Kombination mit Verhaltensprävention) in den Blick nehmen
 - Bewertung von Wirksamkeit und Plausibilität erfordert einheitliche Evidenzkriterien in der (familiären) P/GF (vgl. BZgA Memorandum 2020 ⁽⁴⁾)

- (1) Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions:
<https://training.cochrane.org/handbook/current>
- (2) PRISMA: TRANSPARENT REPORTING of SYSTEMATIC REVIEWS and META-ANALYSES:
<http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/>
- (3) Covidence systematic review software, Veritas Health Innovation, Melbourne, Australia. Available at www.covidence.org
- (4) https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/Studien/PDF/BZgA_Memorandum_Evidenzbasierung.pdf

Kontakt:

Doreen Kuschick

kuschick@ash-berlin.eu