



GKV-Bündnis für
GESUNDHEIT



Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis) zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden

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

Armut und Gesundheit bei Alleinerziehenden

Hintergrund:

Literatur- und Praxisrecherche

„Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden“, erstellt durch Raimund Geene, Katharina Töpitz und Miriam Boger, mit Unterstützung durch Christoph Götz und Susanne Borkowski, Berlin 2018

sowie

Projektkonzepte

„Kind & Familie – Familiäre Gesundheitsförderung insb. bei Alleinerziehenden (KiFa)“ & „Familiäre Gesundheitsförderung insb. bei Alleinerziehenden (FamGeKi)“ erstellt durch Miriam Knörnschild, Ulrike von Haldenwang & Raimund Geene i.A. SkF und BSPH, Berlin 2019 und 2022

gefördert durch den Verband der Ersatzkrankenkassen vdek.

sowie

Projekt „Literaturrecherche und Evidenzbewertung von Ansätzen zur Gesundheitsförderung bei sozial belasteten Familien (LEFaG),“ erstellt durch Doreen Kanehl et al., Berlin 2021, 2023

gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft

BERLIN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

- Definition und Basisdaten zu Alleinerziehenden: *Ergebnisse aus DEGS (2009, 2012) & KiGGS 2 (2018) im Vgl. zur KIGGS-Basiserhebung (2007)*
 - Allgemeiner Gesundheitszustand
 - Psychische Auffälligkeiten
 - Übergewicht, Adipositas
 - ADHS
 - Soziale Lage
 - Soziale, personale und familiäre Ressourcen
- Erkenntnisse aus der Gesundheits- und Familiensoziologie
 - Armutslagen, Vermeidungsstrategien und habituelle Räume
 - Familiäre Praxis: „Doing & Undoing Family“
- Praxisforschung zur Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden
 - Praxisrecherchen
 - Literaturrecherchen (LEFaG)
 - Praxisforschungsprojekte KiFa & FamGeKi

- **Definition:** Ein Elternteil lebt ohne Partner*in mit mindestens einem minderjährigen Kind im Haushalt
- **Anteil** der „Eielfernfamilien“ an allen Familienformen:
 - 1996: 13,8 % (= 1,3 Mio)
 - 2023: 18,1 % (= 1,5 Mio)
- ohne Migrationshintergrund 26,0 %
- mit Migrationshintergrund 17,9 %
- ca. neun von zehn Alleinerziehenden sind Mütter

BMFSFJ (2021), Allein- oder getrennterziehen.
Monitor Familienforschung 43

- Armutsgefährdungsquote von ca. 40 % (seit 2008 weitgehend konstant)
- 26,3 % der Alleinerziehenden haben monatl. Nettoeinkommen unter 500 €
- Erwerbstätigkeit bei Alleinerziehenden ca. 66 %, aber häufiger in Vollzeit
- Mütter in Einelternfamilien sind genauso oft berufstätig wie Mütter in Partnerschaften, haben aber trotzdem häufiger Anspruch auf ergänzende Leistungen nach dem SGB II
- Einelternfamilien beziehen 5 mal häufiger Leistungen nach SGB II als Paarfamilien

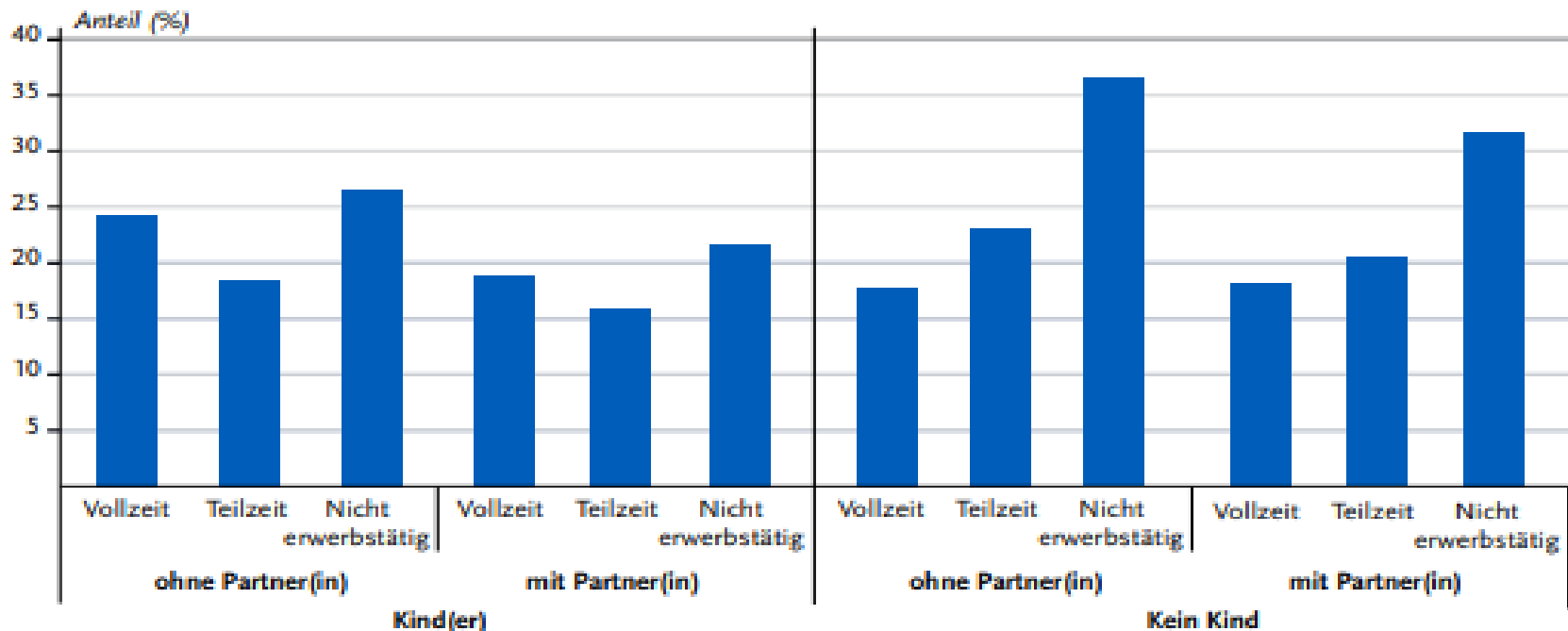
- Alleinerziehende Mütter: geringere allg. Lebenszufriedenheit (LZ) als Mütter in Partnerschaften (48 % vs. 75 %, LZ = gut+)
- häufiger körperliche und psychische Beeinträchtigungen
- häufiger gesundheitsriskante Verhaltensweisen
- variiert mit Ursache des Alleinerziehens:
 - verheiratet getrennt lebend > Ledige > Geschiedene > Verwitwete
- Alleinerziehende Väter geben häufiger Depressionen an als Väter in Partnerschaften und häufiger eine als nicht gut eingeschätzte Gesundheit

Auswertung von KiGGS-Daten mit Adjustierung nach sozialem Status:

- häufiger emotionale und Verhaltensprobleme
 - häufig auf Situation vor der Trennung/Scheidung zurückzuführen
 - auch Umzug, Kita-, Schulwechsel, neues soziales Umfeld als Belastungsfaktoren
- häufiger chronisch krank

- Die aktuelle Lage zur Müttergesundheit – Ergebnisse aus DEGS (FrauengesB, RKI 2020)
 - Selbsteingeschätzte Gesundheitsprobleme bei 30- bis 55-jährigen Frauen

Selbsteingeschätzte Gesundheit (mittelmäßig bis sehr schlecht) von 30- bis 55-jährigen Frauen nach Eltern-, Partner- und Erwerbsstatus (vorhergesagte Wahrscheinlichkeiten* in %)
 Datenbasis: GEDA 2009, 2010, 2012 [45]



* Adjustiert für Alter, sozioökonomischen Status und Arbeitslosigkeit; ausgeschlossen wurden frühberentete Frauen und Frauen in Ausbildung

Die aktuelle Lage zur Elterngesundheit mit/ ohne Partner – Ergebnisse aus DEGS (Rattay et al. 2017)

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von alleinerziehenden und in Partnerschaft lebenden Müttern und Vätern (Prävalenzen, 95 %-Konfidenzintervalle)

	n	Alleinerziehend	Mütter		Väter	
			%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Selbst eingeschätzte Gesundheit (mittelmäßig – sehr schlecht)	16.075	Ja	25,5	(23,1–28,0)	23,4	(16,8–31,7)
		Nein	17,0	(16,0–18,1)	17,5	(16,2–18,8)
Depression	16.051	Ja	15,0	(13,2–16,9)	12,4	(7,6–19,6)
		Nein	6,0	(5,4–6,7)	4,6	(3,9–5,4)
Rückenschmerzen	16.071	Ja	24,0	(21,7–26,5)	17,9	(12,1–25,5)
		Nein	17,7	(16,7–18,8)	14,5	(13,4–15,7)
Adipositas	15.813	Ja	12,6	(10,8–14,6)	16,5	(10,7–24,5)
		Nein	11,9	(10,9–12,9)	14,6	(13,5–15,8)
Rauchen	16.083	Ja	48,6	(45,9–51,3)	50,4	(42,3–58,5)
		Nein	27,6	(26,4–28,8)	36,8	(35,3–38,4)
Sportliche Inaktivität	16.076	Ja	37,1	(34,4–39,8)	37,9	(30,2–46,3)
		Nein	32,8	(31,5–34,1)	32,1	(30,6–33,6)
Nicht-Inanspruchnahme der Zahnvorsorge	16.065	Ja	19,8	(17,5–22,2)	40,3	(32,3–48,9)
		Nein	14,3	(13,3–15,4)	24,9	(23,5–26,3)

Fettdruck: signifikant ($p < 0,05$); KI = Konfidenzintervall

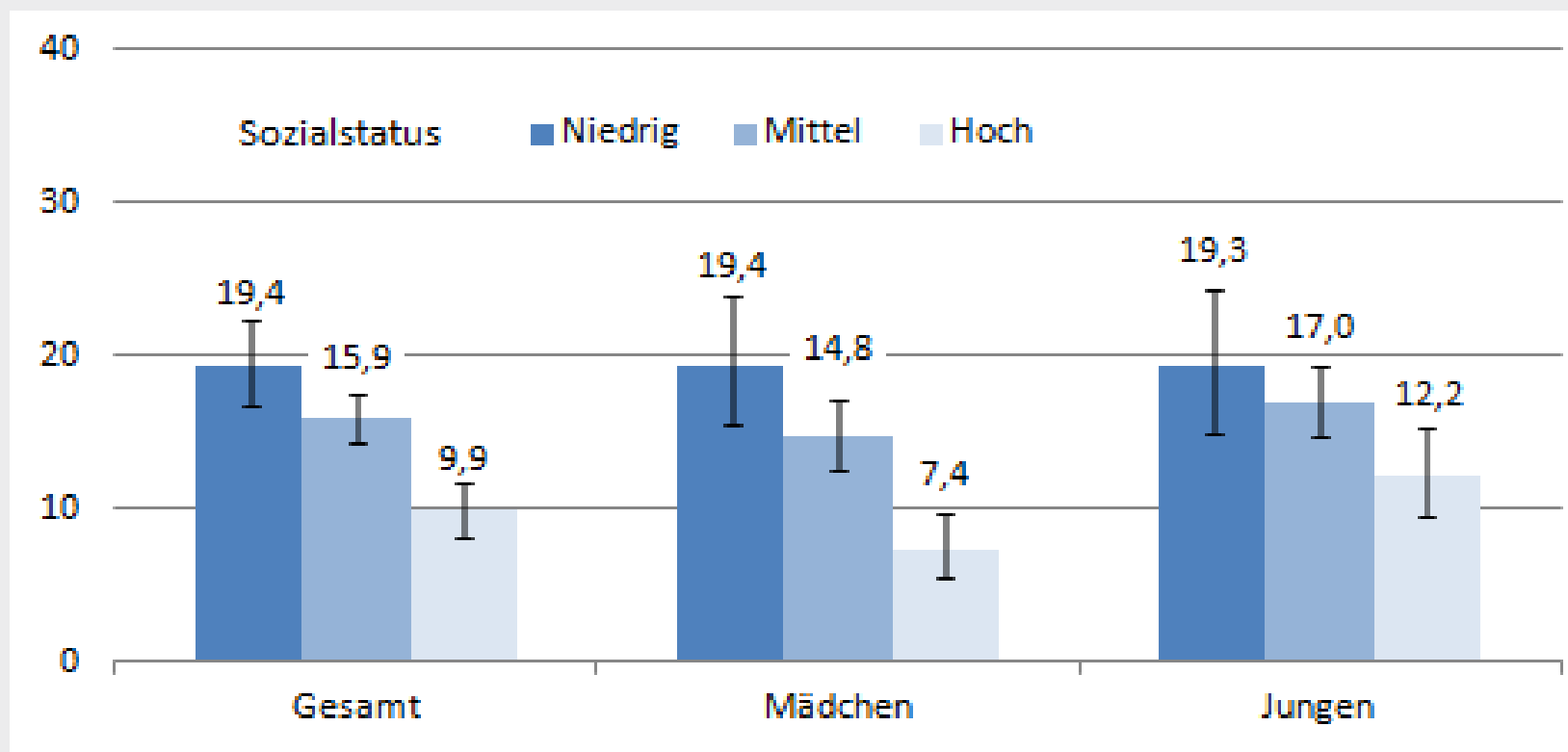
- Die aktuelle Lage zur Kindergesundheit – Ergebnisse aus KiGGS 2 (Kuntz et al. 2018)
 - Gesundheitszustand in Berücksichtigung der sozialen Lage

Indikator	Mädchen		Jungen		Gesamt	
	SES niedrig vs. hoch aOR (95%-KI)	SES mittel vs. hoch aOR (95%-KI)	SES niedrig vs. hoch aOR (95%-KI)	SES mittel vs. hoch aOR (95%-KI)	SES niedrig vs. hoch aOR (95%-KI)	SES mittel vs. hoch aOR (95%-KI)
Subjektive Gesundheit (mittelmaßig bis sehr schlecht)	6,63 (3,79–11,62)	3,65 (2,14–6,22)	4,98 (2,82–8,81)	2,53 (1,52–4,20)	5,65 (3,70–8,63)	2,95 (2,05–4,24)
Gesundheitliche Einschränkungen (dauerhaft eingeschränkt sein)	2,51 (1,43–4,39)	1,74 (1,19–2,55)	2,49 (1,52–4,08)	1,47 (0,98–2,23)	2,51 (1,76–3,56)	1,59 (1,22–2,06)
Asthma bronchiale (12-Monats-Prävalenz)	2,14 (1,11–4,15)	2,00 (1,23–3,26)	1,42 (0,79–2,56)	1,78 (1,26–2,50)	1,65 (1,06–2,57)	1,84 (1,39–2,44)
Heuschnupfen (12-Monats-Prävalenz)	0,83 (0,54–1,28)	1,18 (0,88–1,57)	0,77 (0,52–1,12)	1,09 (0,89–1,34)	0,79 (0,61–1,03)	1,12 (0,96–1,32)
Psychische Auffälligkeiten (SDQ-Gesamtproblemwert: grenzwertig/auffällig)	4,39 (3,21–6,01)	2,43 (1,90–3,11)	3,04 (2,31–4,00)	1,56 (1,26–1,93)	3,48 (2,86–4,24)	1,84 (1,60–2,12)
ADHS (Lebenszeitprävalenz)	2,84 (1,30–6,22)	2,38 (1,25–4,52)	2,77 (1,81–4,26)	1,34 (0,93–1,92)	2,76 (1,91–3,98)	1,53 (1,11–2,12)

ADHS= Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, SDQ= Strengths and Difficulties Questionnaire, SES= sozioökonomischer Status, aOR= adjustierte Odds Ratio, KI= Konfidenzintervall, Fettdruck= statistisch signifikant (p<0,05)

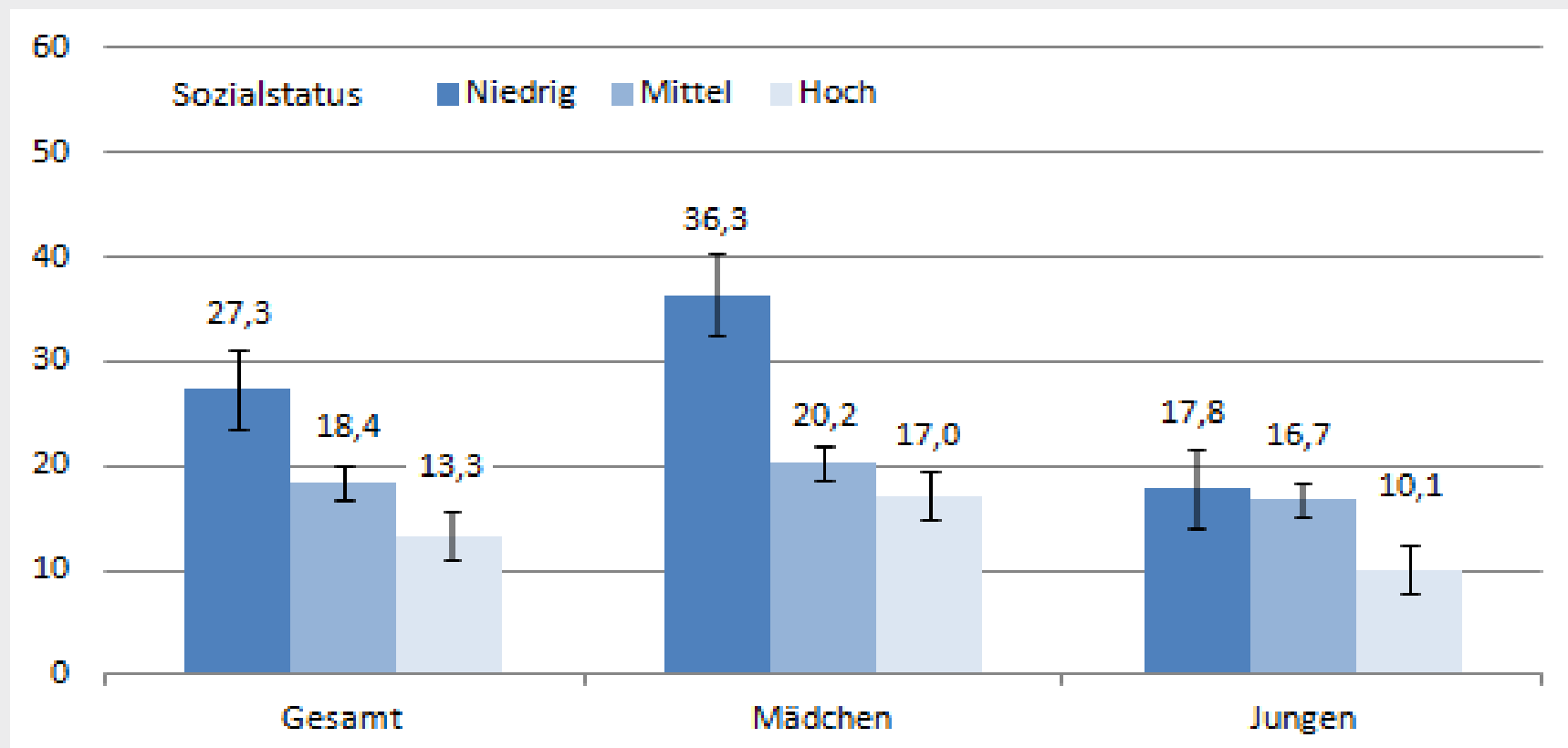
Die aktuelle Lage zur Kindergesundheit – Ergebnisse aus KiGGS 2

Psychische Auffälligkeiten bei 11-17jährigen in Berücksichtigung der sozialen Lage (Schmidtke et al. 2021)



Die aktuelle Lage zur Kindergesundheit – Ergebnisse aus KiGGS 2

Wenig personale Ressourcen bei 11-17jährigen in Berücksichtigung der sozialen Lage (Schmidtke, et al. 2021)



➤ Items zu personalen Ressourcen bei 11-17jährigen

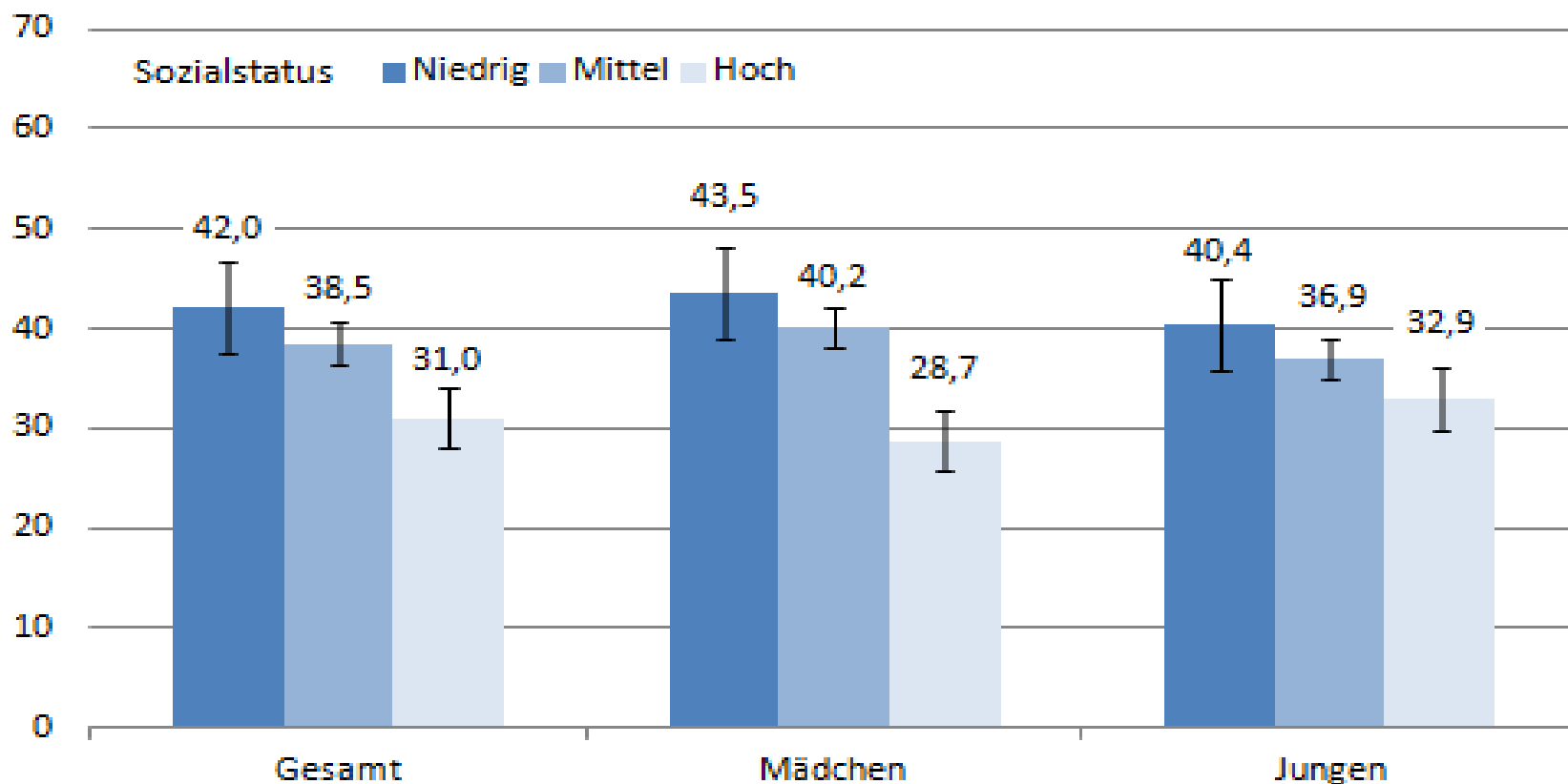
39

Wie sehr treffen die folgenden Sätze auf dich
und dein Leben zu?

	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die aktuelle Lage zur Kindergesundheit – Ergebnisse aus KiGGS 2

Wenig familiäre Ressourcen bei 11-17jährigen in Berücksichtigung der sozialen Lage (Schmidtke, et al. 2021)

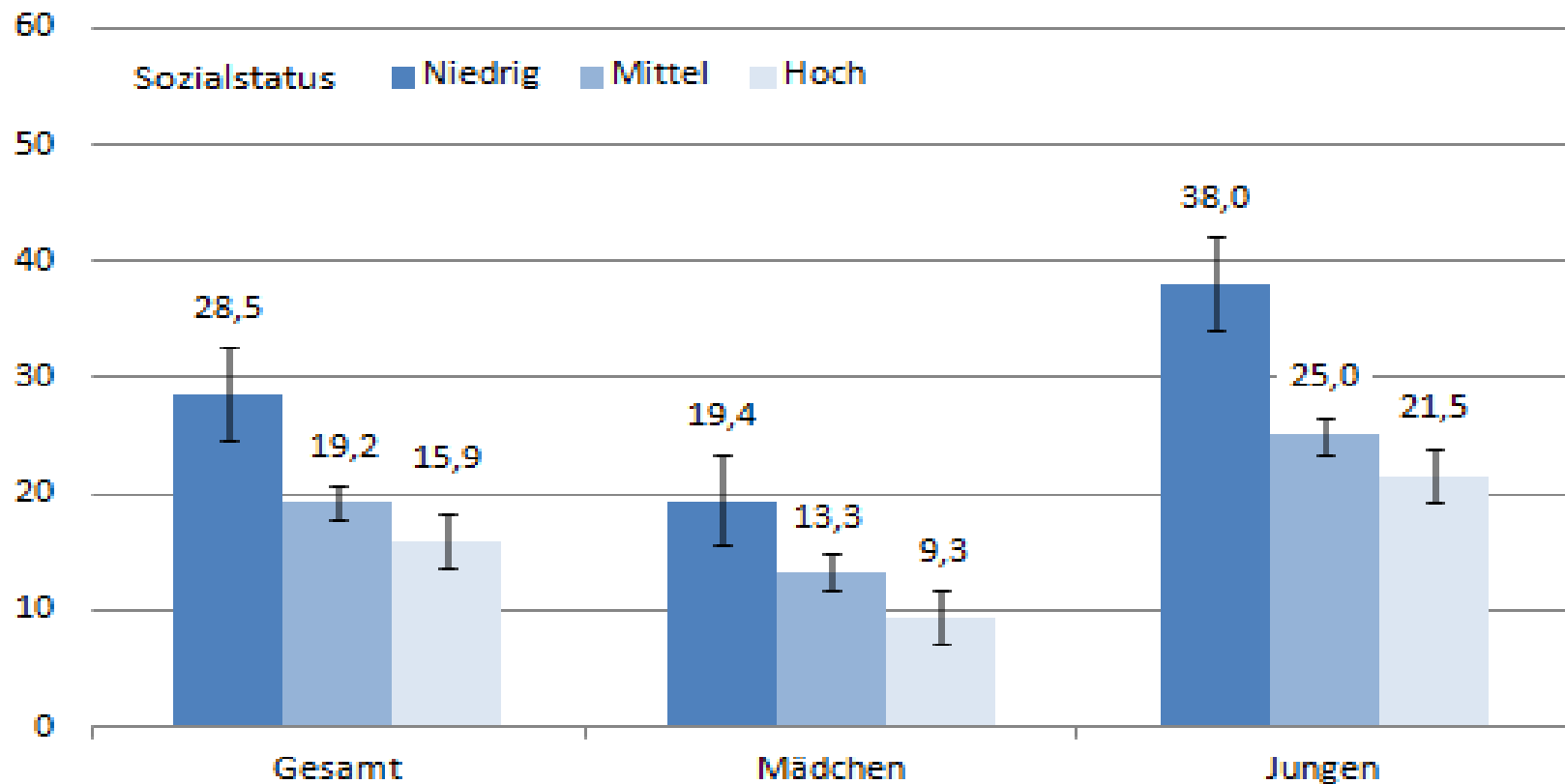


➤ Items zu familiären Ressourcen bei 11-17jährigen

36	Wie ist das bei dir?	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
	In unserer Familie geht jeder auf die Sorgen und Nöte des anderen ein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Am Wochenende geht es bei uns zu Hause häufig ziemlich eintönig und langweilig zu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Wir kommen wirklich alle gut miteinander aus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Wir gehen oft ins Kino, besuchen Sportveranstaltungen oder machen Ausflüge.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Bei allem, was wir zu Hause tun, sind wir mit Begeisterung dabei.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Bei uns vergeht kein Wochenende, ohne dass wir etwas unternehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	In unserer Familie hat jeder das Gefühl, dass man ihm zuhört und auf ihn eingeht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Abends und an den Wochenenden unternehmen wir selten etwas, sondern bleiben lieber zu Hause.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Bei uns ist man eher großzügig, wenn bestimmte Dinge nicht so hundertprozentig gemacht werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die aktuelle Lage zur Kindergesundheit – Ergebnisse aus KiGGS 2

Wenig soziale Ressourcen bei 11-17jährigen in Berücksichtigung der sozialen Lage (Schmidtke, et al. 2021)



➤ Die aktuelle Lage zur Kindergesundheit – Ergebnisse aus KiGGS 2

➤ soziale Ressourcen bei 11-17jährigen

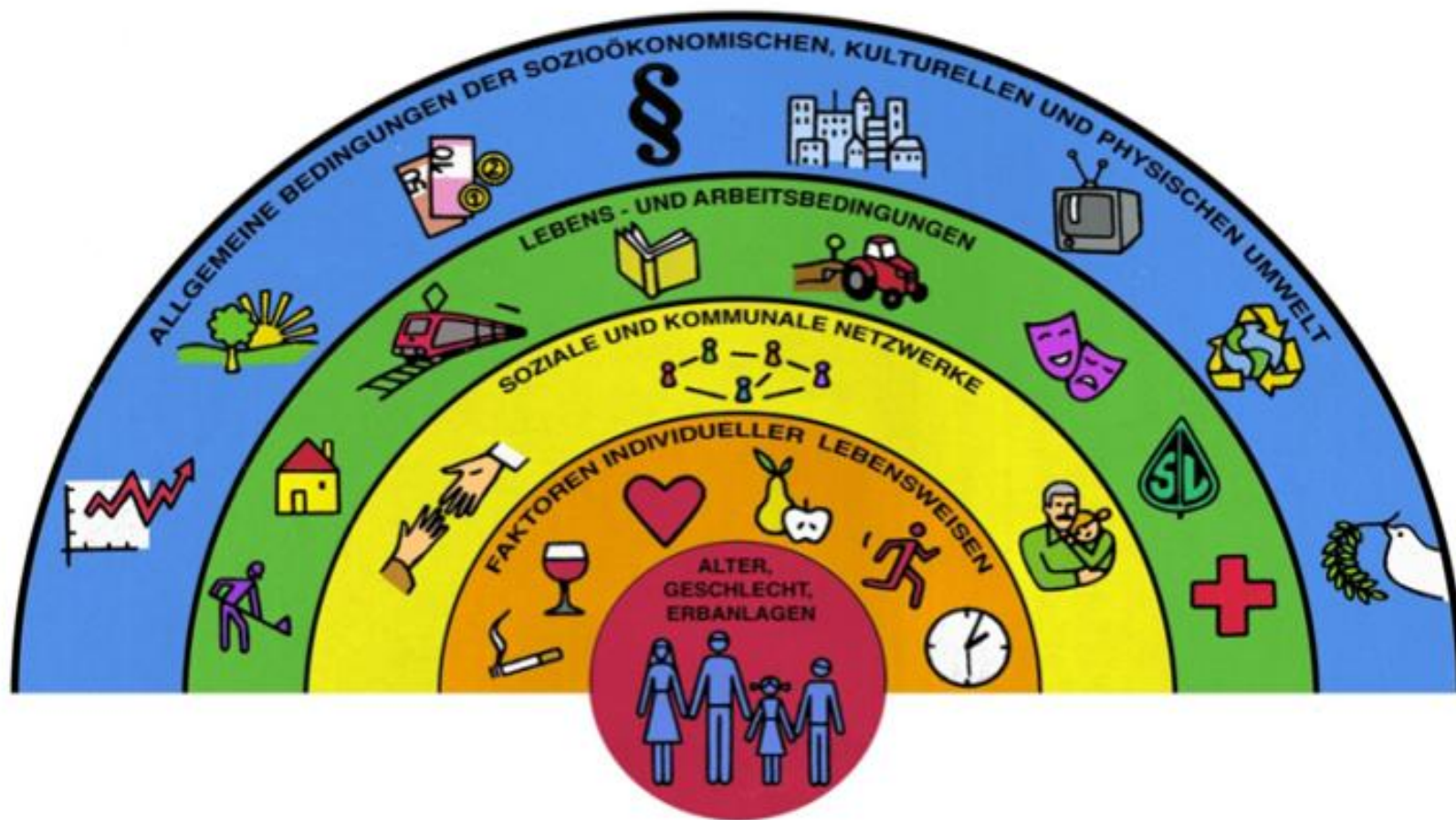
37 Nun geht es darum, ob es Menschen in deinem Leben gibt, die dir verschiedene Formen von Unterstützung bieten und wie oft sie das tun.

Gibt es in deinem Leben jemanden...

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
...der dir zuhört, wenn du das Bedürfnis nach einem Gespräch hast?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...der dir Liebe und Zuneigung zeigt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...mit dem zusammen du Spaß haben kannst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...der dir Informationen gibt, um dir beim Verstehen einer Situation zu helfen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...der dich umarmt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...mit dem zusammen du dich entspannen kannst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...mit dem du etwas unternehmen kannst, um dich abzulenken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...der dich liebt und dir das Gefühl gibt, gebraucht zu werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie entsteht Gesundheit und Krankheit – die sozialen Determinanten

BERLIN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH



angelehnt an Dahlgreen & Whitehead 1991; Grafik: FGOE

Armutsspirale



**Keine Einmündung
in einen Beruf**
• Risikoverhalten

**Inanspruchnahme
von Leistungen**
• Gesundheit
• Förderungen

**Frühe, häufig über-
forderte Elternschaft**
• neue Armutslagen

Armut
• Mangelenerfahrungen

Rückzug
• Größe sozialer
Netzwerke
• Kitabesuch

**Beeinträchtigung der
Bildungschancen**
• Funktionsstörungen
• Sprachkompetenz
• Konzentrationsfähigkeit



Niedriger Schulerfolg
• leistungsbezogen
• sozial

■ Armutserfahrungen

- basieren i.d.R. auf Ressourcenmangel → fehlende Selbstwirksamkeitserfahrungen
- werden als schamvoll (peinlich) erlebt → **Vermeidungsstrategie**
- führen aber auch zu negativer Selbstzuschreibung

■ **Habitus** bezeichnet ein „System dauerhafter und übertragbarer Dispositionen“

■ oder auch: „sozial erworbene, unbewusste aber genaue Anpasstheit der Dispositionen, Verhaltensmuster und Einstellungen an das jeweilige soziale Feld“
(Bourdieu 1992)

■ Habituelle Räume + Orte werden als eigene, subjektiv/ selbst gewählte empfunden

■ Habituelles Verhalten wird identitätsstiftend erlebt: Geschmack, Vorlieben, Hobbies

■ Habitus vermittelt Gemeinsamkeit + Zugehörigkeit

■ Im Habitus spiegelt sich lebenslagenbezogene Rationalität

- Habitus des „Managements des Mangels“ (El-Mafaalani 2020):
 - geprägt durch **Kurzfristigkeit, Nutzen-** und **Funktionsorientierung**

 - Habitus des „Managements des Überflusses“ (El-Mafaalani 2020):
 - geprägt durch **Langfristigkeit, Abstraktionsfähigkeit, Denken in Alternativen, Experimentier-** und **Risikofreudigkeit**
- Bildungs-, Sozial- und Gesundheitssysteme (in Deutschland und international) verstärken soziale Ungleichheiten, weil sie nahezu universell auf eigene habituelle Logiken der Mittel- und Oberschichten ausgerichtet sind
- **Präventionsdilemma**

- **Doing Family = Herstellung von Familie;** dies beinhaltet zwei Dimensionen:
- **Praxis:** Blick auf das, was Familien tun und wie das Familienleben in seiner praktischen Ausgestaltung aussieht
- **Sinn:** Blick auf sinngebende Prozesse hinter den Handlungen

- **Balancemanagement** umfasst vielfältige organisatorische, logistische Abstimmungsleistungen der Familienmitglieder, um Familie im Alltag praktisch lebbar zu machen. Es zielt auf die praktische Gewährleistung des „Funktionierens“ von Familie ab

- **Konstruktion von Gemeinsamkeit** umfasst Prozesse, in denen in alltäglichen und biografischen Interaktionen Familie als sinnhaftes gemeinschaftliches Ganzes hergestellt wird; identitätsorientierte Konstruktion von Familie als zusammengehörige Gruppe und ihre Selbstdefinition als solche

- **Displaying Family:** eher nach außen gerichtet; betrifft Familien, die sich unter Legitimitätsdruck sehen (z.B. Patchwork- oder Regenbogenfamilien, aber auch AE). Signal an andere: „Wir sind eine Familie“. **Aber:** durch soziale Ungleichheiten sind Ressourcen und Kompetenzen für diese Gestaltungsleistungen ungleich verteilt!
- **Kernaussagen:**
 - Familie ist eine zunehmend notwendige, sich nicht von selbst ergebende, aktive, praktische Leistung der Integration von Individuen zu einem mehr oder weniger gemeinsamen, mehr oder weniger gelingenden Lebenszusammenhang
 - Familie ist prinzipiell eine „conflictual community“
 - Familie ist keine selbstverständliche, natürlich gegebene Ressource, sondern kontinuierlich zu reproduzieren (was auch misslingen kann – „Undoing Family“)
- ➔ Familiäre Gesundheitsförderung als (salutogenetischer, verhältnispräventiver) Ansatz zur **Förderung von Gelingensbedingungen** familiärer Praxis und familiärer Sinnbildung

- Familienphase mit offenem Ausgang
- drei Mentalitätsmuster identifiziert, die sich durch verschiedene Dimensionen unterscheiden (s.u.)
- Begriff „alleinerziehend“ wird wenig für die Eigenbeschreibung genutzt
- Diskrepanz zwischen Eigen- und Fremdwahrnehmung
- Fokus auf Eigenständigkeit, Anforderungen überwiegend als positive Herausforderungen gesehen
- Herausforderungen durch strukturelle/ökonomische Parameter

- „Zeitwohlstand“ überwiegend wichtiger als materielle Aspekte
- Erwerbstätigkeit als wichtige Komponente der eigenen Identität
- Balance zwischen Arbeits- und Familien-/Betreuungszeiten werden problematisch betrachtet
- Forderung flexibler Gestaltung relevanter Strukturen (u. a. Arbeitszeit, Kinderbetreuung)
- (erreichbare) Bildungsförderung von Kindern und Müttern gewünscht
- Forderung nach Akzeptanz als „normale Familie“

- Mentalitätsmuster:
 - Die partnerschaftsorientierten Perfektionistinnen
 - Die flexiblen Pragmatikerinnen
 - Die souveränen Realistinnen



GKV-Bündnis für
GESUNDHEIT



Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis) zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden

Teil II.

Praxisforschung zur Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden

Konzept „Nutzerorientierung“

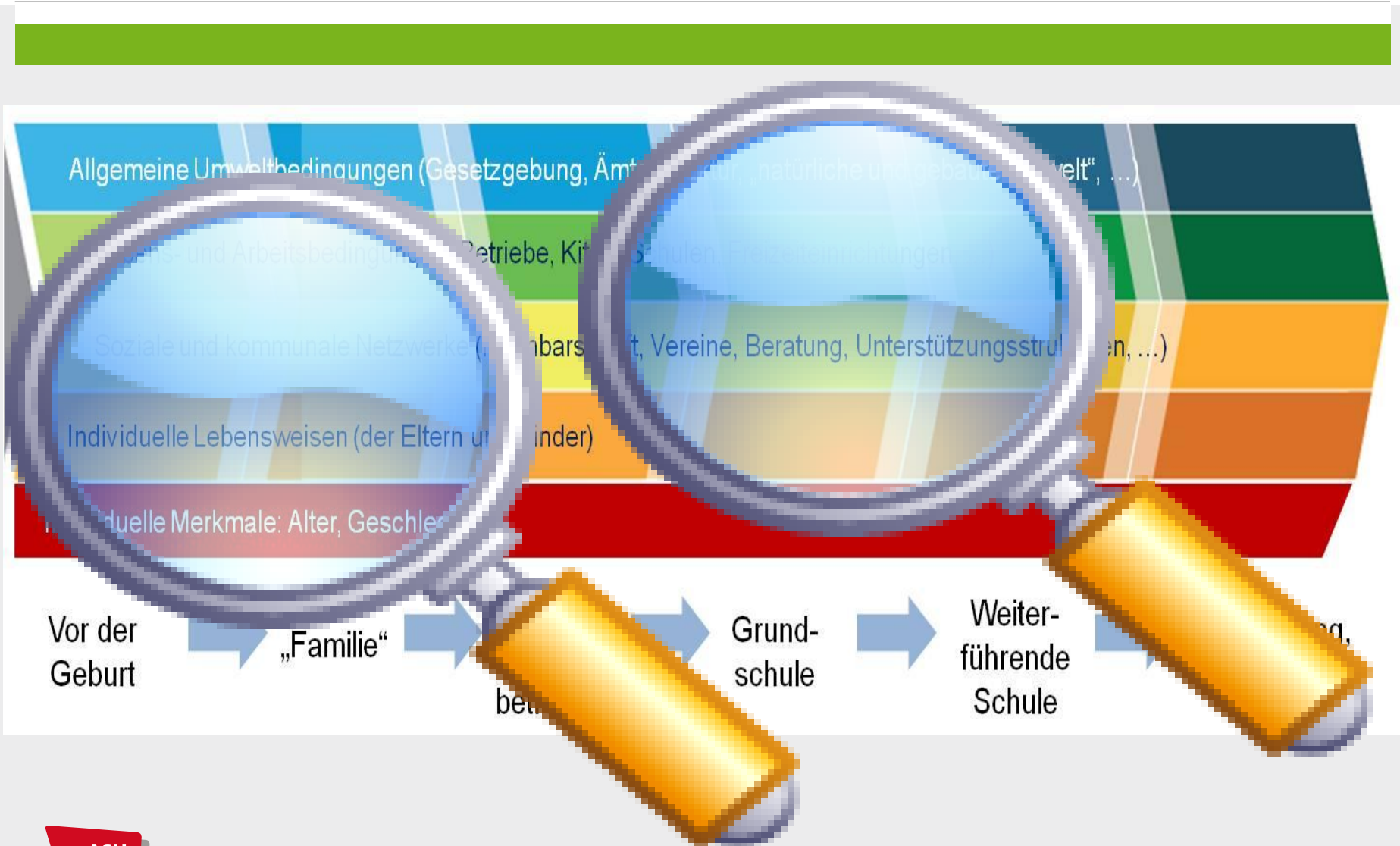
→ *Kernstrategien als Maxime:*

- Advocate: Anwaltschaftliche Interessensvertretung
- Mediate: gesundheitsförderliche Ausrichtung der Angebote, insb. auch hinsichtlich Transitionen
- Enabling: Angebote zur freiwilligen gesundheitsförderlichen Kompetenzentwicklung
„make the healthier choice the easier choice“



- *vertikal* entlang der Lebens**phasen** bzw. Lebens**welten**
 - „Zeitleiste“ der Lebensphasen
 - entlang Sozialisationsstufen
 - Primäre Sozialisation: Familie
 - Sekundäre Sozialisation: Kita, Schule
 - Tertiäre Sozialisation: Sportvereine, Jugendeinrichtungen ...
- *horizontal* entlang der Lebens**lagen**
 - Familiäre Adversionsrisiken und besondere Belastungslagen, z.B.
 - Kinder- und Familienarmut
 - Alleinerziehen
 - Elterliche psychische und Suchterkrankungen
 - (entstehende) Behinderungen und Erkrankungen des/ der Kinder
 - Chronische Erkrankungen/ „Neue Morbidität“
 - Pflegefamilien und Kinderheimgruppen

BERLIN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH



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 besonderer Hinsicht zu.
- Insofern gelten Alleinerziehende **als vulnerable Gruppe**, die im Rahmen von **Gesundheitsförderung in Lebenswelten** nach § 20a SGB V (Setting-Ansatz) adressiert werden sollte.

Alleinerziehende bzw. Einelternfamilien sind als

- **vulnerable Gruppe** definiert
- (neben älteren Menschen, Menschen mit Behinderung, Menschen mit Migrationshintergrund, Kinder aus sucht- und psychisch belasteten Familien)

Ziel der Recherchen:

- a) Bestandsaufnahme von Interventionen
- b) Übersicht zur internationalen Studienlage

Übergeordnetes Ziel: **Verminderung sozial bedingter Ungleichheit** von Gesundheitschancen

- hier: durch gezielte Stärkung der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten
- (§ 20 Abs. 1 SGB V und Leitziele des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit)

- Kommunale Gesundheitsförderung, Präventionsketten
 - Frühe Hilfen*
 - Eltern-Kind-Kuren*
 - Familienberatung nach SGB VIII, § 16 durch die Kinder- und Jugendhilfe*
(ggf. Weiterentwicklung im Sinne gesundheitlicher Elternkompetenz)
 - Entspannungs-, Beratungs-, Selbsthilfetreffs mit Kinderbetreuung
 - Eltern-AGs, PALME (Kurs zur Elternselbsthilfe, Empowerment)
 - Jobcenter: Beratung* und Gesundheitsförderungskurse mit Alleinerziehenden
 - Förderung durch berufliche Weiterbildung*
 - bestehende Gesetze zu Sozialleistungen (z.B. Unterhaltsvorschuss, Kinderzuschlag, Subventionieren der Kinderbetreuung)*
 - Eltern-Kind-Wohnen, Wohnraumprojekte für Alleinerziehende*
- *= nicht Aufgabe primärer Prävention nach SGB V

Fragestellungen

- Welche **praktischen Erkenntnisse** liegen vor zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Alleinerziehenden? Wie wird im **Handlungsfeld gearbeitet**? Welche Projekte oder Projektansätze gelten als vielversprechend und empfehlen sich zur Ausweitung?
- 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?

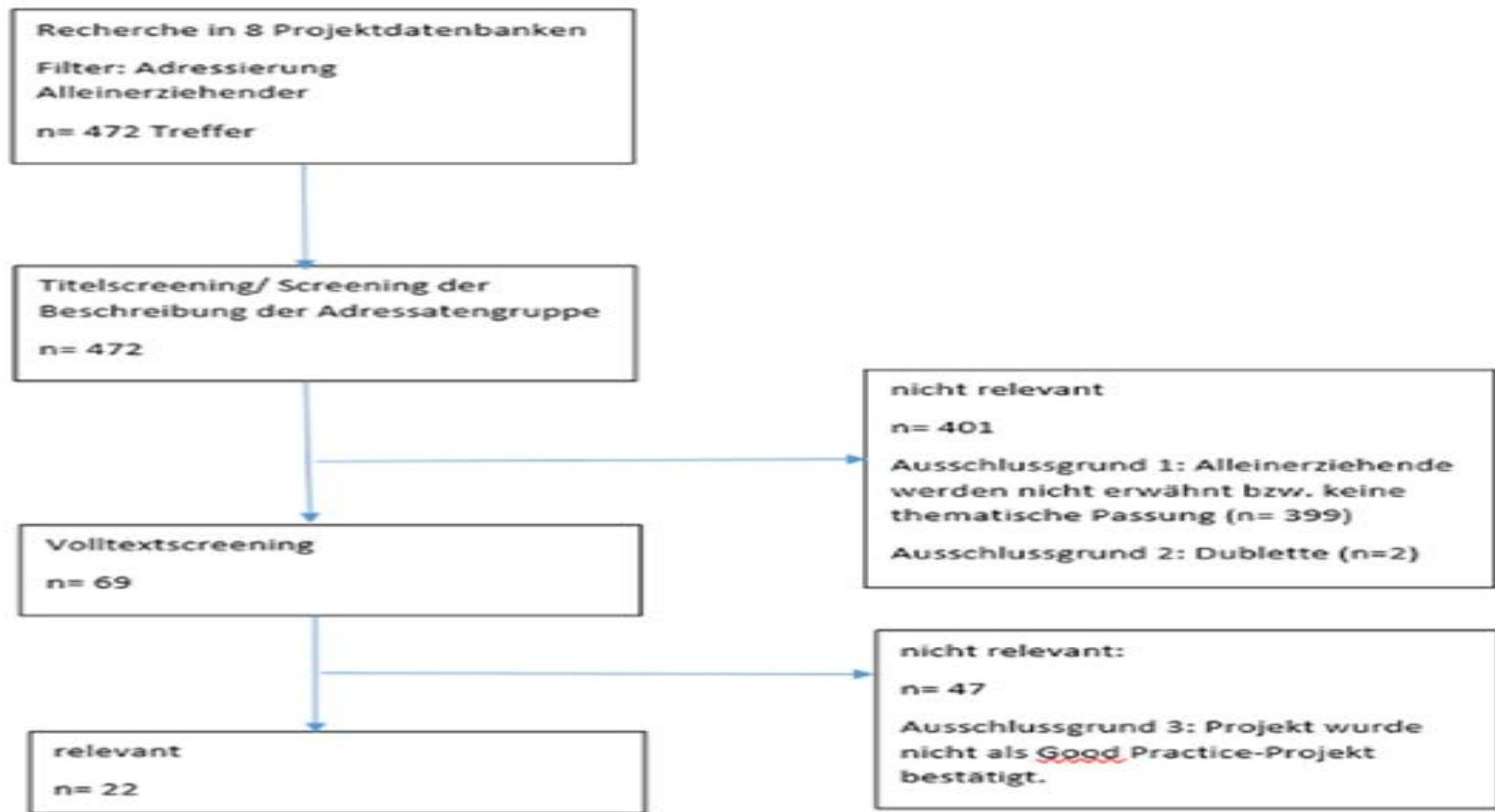
Methoden

- Expertengespräche
- Datenbankrecherche und ergänzende Projektrecherchen
- Analyse von Leistungsbereichen und ihren Qualitätsindikatoren
 - Eltern-Kind-Kuren
 - Jugendhilfe
 - Jobcenter/ Bundesagentur für Arbeit
- Systematisches nationales und internationales Studienreview

3 Module

- Projektrecherchen und –auswertungen
 - Datenbankrecherchen
 - Ergänzende Projektrecherchen
- Studienanalysen
 - Nationales Studienreview
 - Internationales Studienreview
- Expertengespräche
 - 20 schriftliche Befragungen von Expert*innen (Rücklauf: 6 Fragebögen)
 - Fokusgruppengespräch mit 41 Fachleuten in Berlin
 - 28 Einzelgespräche (21 x Face-to-Face, 6 x telefonisch)

■ Datenbankrecherche und ergänzende Projektrecherchen



Ergebnisse der Projektrecherchen

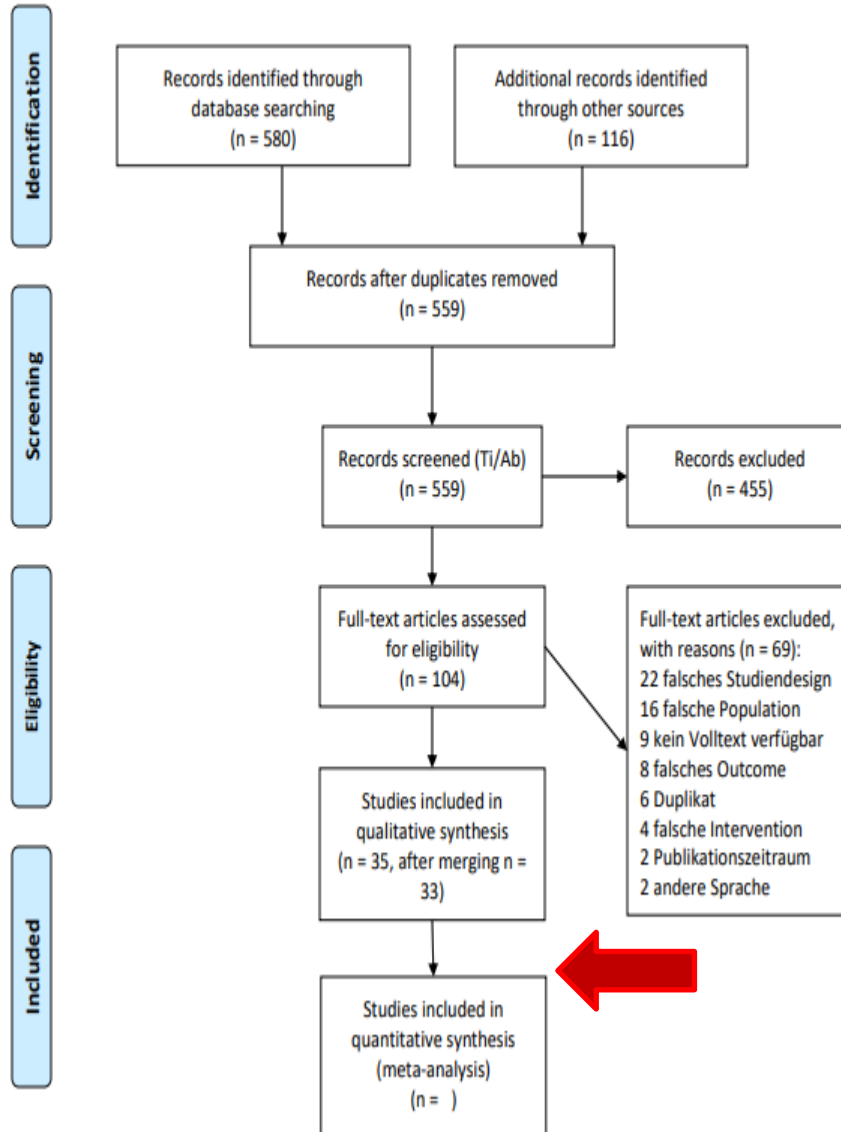
Es konnten nur **wenige evaluierte** und als Good Practice klassifizierte Projekte identifiziert werden, die sich **explizit** Ansätzen der Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden widmen.

Diese orientieren vorrangig auf **psychosoziale Ressourcenstärkung** durch individuell (z.B. Bindungstraining, Elternkonfliktberatung) oder kollektiv (z.B. Gruppenbildung, Selbsthilfeförderung) ausgerichtete Maßnahmen.

Das Handlungsfeld wird in der Praxis überwiegend als **Teilaspekt familiärer Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Familien** erschlossen. Alleinerziehende werden dabei als eine stark belastete **Teilgruppe** ausgewiesen.

- Systematische Übersichtsarbeit: nationale und internationale Literatur- und Datenbankrecherche inkl. Auswertung vorliegender Gesundheitsdaten
- Ggf. Metaanalyse
- Qualitätssicherung: Cochrane, PRISMA, Reviewsoftware (Covidence)
- Suchzeitraum: ab 2010, deutsche und englische Publikationen
- Gesundheitsförderungs- und/oder Präventionsansätze bei sozial belasteten Familien, ausdifferenziert nach den Subgruppen:
 - a) **Alleinerziehende und ihre Kinder: Arbeitsstand und Ergebnisse**
 - b) Familien in Armutslagen
 - c) Familien mit elterlicher Suchtproblematik (Alkohol)

Flussdiagramm für die Untergruppe "Alleinerziehende"



Datenbanken:

- Cochrane
- PubMed
- Scopus
- PubPsych
- GESIS
- LIVIVO (BASE, TIB)
- Zusätzlich: Eric, PSYINDEX, APAPsycInfo, SocINDEX, Psychology and behavioral Science Collection (via EBSCOhost)
- Handsuche: google scholar, Grüne Liste Prävention, Open Grey, Grey Guide, Grey Literature Database
- „citation tracking“ bei den eingeschlossenen Studien

BERLIN SCHOC

Autor	Nr.	Selection Bias	Study Design	Confounders	Blinding	Data Collection Methods	Withdrawals and Drop-Outs	Global rating EPHPP
Berry et al. 2019	#348	weak	moderate	weak	weak	strong	moderate	weak
Carpenter et al. 2018	#328	moderate	weak	strong	weak	strong	weak	weak
Christopher et al. 2017	#317	moderate	strong	strong	weak	strong	moderate	moderate
Cookston & Fung 2011	#565	moderate	moderate	weak	weak	strong	weak	weak
DeGarmo & Jones 2019	#299	weak	strong	strong	weak	strong	weak	weak
Dunstan et al. 2017	#286	weak	moderate	weak	weak	strong	weak	weak
Dursun 2019	#525	moderate	strong	weak	weak	strong	strong	weak
Franz et al. 2010	#257	moderate	strong	strong	weak	strong	moderate	moderate
Hahlweg et al. 2010	#230	weak	strong	strong	weak	strong	strong	weak
Hudson et al. 2012	#563	moderate	strong	weak	weak	strong	strong	weak
Jacobs & Jaffe 2010	#562	moderate	moderate	weak	weak	strong	weak	weak
Jeon & Lee 2015	#538	weak	moderate	weak	weak	strong	weak	weak
Katikireddi et al. 2018	#188	moderate	moderate	strong	weak	strong	moderate	moderate
Keating et al. 2015	#185	moderate	strong	strong	weak	strong	moderate	moderate
Luecken et al. 2015	#146	moderate	strong	strong	moderate	strong	moderate	strong
Mahrer et al. 2014	#140	moderate	strong	strong	moderate	strong	moderate	strong
Merino et al. 2017	#117	moderate	moderate	weak	weak	strong	weak	weak
Motamedi et al. 2017	#497	moderate	moderate	weak	weak	strong	weak	weak
Novo et al. 2019	#90	weak	moderate	weak	weak	strong	weak	weak
Rajwan et al. 2014	#405	weak	strong	strong	weak	strong	weak	weak
Rector LaGraff et al. 2015	#558	moderate	weak	weak	weak	weak	moderate	weak
Regev & Ehrenberg 2012	#557	moderate	moderate	weak	weak	weak	weak	weak
Robertson & Pryor 2011	#556	moderate	moderate	weak	weak	weak	strong	weak
Salihi et al. 2014	#375	moderate	moderate	strong	moderate	moderate	not applicable	strong
Sandler et al. 2018	#374	weak	strong	strong	moderate	strong	moderate	moderate
Sigal et al. 2012	#554	weak	strong	strong	weak	strong	weak	weak
Weihrauch et al. 2014	#457	weak	strong	strong	weak	strong	weak	weak

N=27
 Tool:
 EPHPP
 (Effective Public Health Practice Project:
https://merst.ca/wp-content/uploads/2018/02/quality-assessment-tool_2010.pdf)

Ergebnisse AE: Charakteristika der Interventionen

- vorrangig zur Anwendung kommende Ansätze: Gruppen- und Bildungsangebote sowie verschiedene Trainings/Kurse zum Erlernen spezieller Techniken
- dominierend zeigte sich die **Kombination** aus Bildungsangeboten und Trainings durchgeführt im Gruppenformat
- Interventionen sind geprägt durch individuelle Beratung (auch Coaching und Mediation), Betreuung, Begleitung und Unterstützungsleistungen im Alltag

(Eigene Abb.)

Art der Intervention	Beschreibung	Studien
Finanzielle Leistungen vom Staat	- Ausgleichszahlungen (z. B. Arbeitslosengeld, Sozialhilfe) Stipendien	5 (20, 23, 26, 29, 48)
Verpflichtende Teilnahme	- Teilnahme an der Intervention ist geknüpft an finanzielle Unterstützung oder im Rahmen eines gerichtlichen Scheidungsprozesses (vorher, nachher oder begleitend)	6 (20, 25, 26, 32, 37, 48)
Onlineformat	- Internetseite, Blogs, online Chatfunktion	2 (31, 35)
Bildungsangebot	- Wissensvermittlung und/oder Aufklärung zu speziellen Themen, Vorträge, Unterricht	26 (14-18, 21, 22, 24, 27, 29-35, 37-39, 41-47)
Individuelle Beratung, Coaching, Mediation	- persönliche Beratungsgespräche, Coaching, Mediation, Case-Management	zu 10 (16, 20, 23, 25, 29, 31, 35, 36, 40, 48)
Individuelle Betreuung, Begleitung, Unterstützung im Alltag	- professionelle Unterstützung im Alltag (z. B. durch Hebammen, Gesundheitscoaches, Doulas), Hausbesuche, Interessenvertretung	6 (16, 23-26, 40)
Gruppenangebot	- Austausch, Vernetzung, informelle Unterstützung	25 (14-18, 21, 22, 24, 27, 29, 30, 32-34, 37-47)
Trainings/Kurse zum Erwerb von Techniken/Kompetenzen	- Vermittlung spezieller Techniken, Verbesserung/Stärkung von Kompetenzen (z. B. Zeitmanagement, Konfliktmanagement, Entspannungstechniken, Kommunikationstraining, Wut- und Impulskontrolle, Erziehungskompetenzen, Aggressionsbewältigung, Stressmanagement)	22 (14, 15, 17, 18, 21, 22, 24, 29, 30, 32-39, 43-47)
Therapeutischer Ansatz	- Verhaltenstherapie, Psychotherapie, Spieltherapie	4 (21, 34, 41, 46)
Screening	- Depressionsscreening Routinemaßnahme	als 1 (16)
Kinderbetreuung	- parallel zur Intervention für die Eltern wird eine Kinderbetreuung angeboten	4 (18, 24, 38, 40)

Doreen Kanehl

- Förderung der individuellen Kompetenzen der Eltern steht im Vordergrund (n=23)
- Häufig Kopplung mit dem Aspekt der Verbesserung der Beziehung zwischen den getrennten oder geschiedenen Elternteilen oder auch der Verbesserung der Beziehung zwischen den Kindern und den Eltern
- Verbesserung der individuellen Kompetenzen der Kinder und Jugendlichen in den Bereichen Motivation, emotionale Intelligenz, Umgang mit Ängsten, schulische Leistungen, Anpassungsleistungen, Verhaltensaspekte, Kommunikation und Empathie (n=12)

Interventionsziele	Beschreibung	Studien
Förderung sozialer Teilhabechancen: Eltern	- Integration in Erwerbsarbeit, bessere finanzielle Unterstützung, Netzwerkarbeit in verschiedenen Bereichen (z. B. Sport, Freizeit)	9 (16, 20, 23, 24, 26, 29, 40, 41, 48)
Förderung sozialer Teilhabechancen: Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene	- Integration in Schule, Hochschule, Universität, Einstieg in das Berufsleben, Verminderung Armutsrisiko	4 (24, 27, 43, 48)
Förderung individueller Kompetenzen: Eltern	- Kompetenzen in den Bereichen Erziehung, Kommunikation, Stress, Selbstmanagement	23 (14-18, 21, 22, 24, 29-41, 46, 47)
Förderung individueller Kompetenzen: Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene	- Motivation, emotionale Intelligenz, Umgang mit Ängsten, schulische Leistungen, Anpassungsleistungen, Verhaltensaspekte, Kommunikation, Empathie	12 (17, 24, 27, 30, 34, 37, 39-41, 43-45)
Förderung der Eltern-Kind-Beziehung	- Kommunikation zwischen Eltern und Kind, Verständnis und Wissen für die Position des anderen	17 (14-18, 22, 30, 33-35, 37-41, 46, 47)
Verbesserung der Beziehung zwischen den Elternteilen	- „Co-Parenting“, Konfliktmanagement, Kommunikation zwischen den zwei Elternteilen	20 (14, 15, 17, 18, 21, 22, 24, 30, 32-34, 36-42, 46, 47)

Ergebnisse AE: Outcomes quantitativer Studien

Studien	Beziehung & Interaktion zwischen Eltern & Kindern	körperliche Gesundheit der Eltern	Zwischen-elterliche Beziehungsaspekte	Elterliches Verhalten (Erziehung, Kompetenzen etc.)	mentale Gesundheit (Stress, Depression, Ängste etc.)	Soziale Unterstützung der Eltern	allgemeines Wohlbefinden/Zufriedenheit	Akademische Kompetenzen, Wissensstand	Verhalten/Verhaltensauffälligkeiten/-probleme der Kinder/Jugendlichen	soziale/emotionale Kompetenzen/Selbstwirksamkeit/Selbstvertrauen	klinische Parameter: Geburtsgewicht, Frühgeburtsrate, Größe bei Geburt, Kortisolspiegel, Substanzabusus
Berry et al. 2019	+			+	+				+		
Carpenter et al. 2018								+			
Christopher et al. 2017	0				0				0		0
Cookston & Fung 2011	-		+	-	+				0	-	
DeGarmo & Jones 2019				+					+		
Dunstan et al. 2017	+		+						0		
Dursun 2019					0		0	0	0	0	
Franz et al. 2010	-				+				+	+	
Hahlweg et al. 2010	-			-					-		
Hudson et al. 2012				-	-	-	-			-	
Jacobs & Jaffe 2010	0		+				+				
Jeon & Lee 2015								+		+	
Katikireddi et al. 2018											
Keating et al. 2015			+		+		+		+		
Luecken et al. 2015											-
Mahrer et al. 2014	0			0				0	0	0	
Merino et al. 2017			+		+						
Motamedi et al. 2017									0	0	
Novo et al. 2019					+						
Rajwan et al. 2014				-	0				0		
Rector LaGraff et al. 2015			+	+				+			
Regev & Ehrenberg 2012			0	0					0		
Robertson & Pryor 2011	+		+	+					0		
Salihi et al. 2014											+
Sandler et al. 2018	0		0	+				+	0		
Sigal et al. 2012								+			
Wehrauch et al. 2014		0			+				0	0	

Legende:

- kein Wirksamkeitsnachweis
- + positive Wirkung nachgewiesen
- 0 inkonsistenter Wirksamkeitsnachweis = Wirksamkeitsnachweis in Teilerhebungen o. nur zu bestimmten Messzeitpunkten o. kleine Effektstärke
- * wurde nicht weiter ausgewertet/fehlende Informationen

Ergebnisse des Studienreviews bei **Ansätzen & Prinzipien**:

- **Gemeinsamkeiten bei den Ansätzen:**
 - Elternkompetenzförderung
 - familiäre Kontextbeeinflussung/ familiäre Gesundheitsförderung
 - soziale Unterstützung
 - Selbsthilfeförderung
- **Ansätze, die nur vereinzelt verfolgt werden:**
 - Armutsprävention
 - Berufliche Integration
 - Prävention von Depression

Ergebnisse des Studienreviews bei **Methodik & Strategien**:

- Ressourcenorientierung/ Empowerment
- Konfliktmanagement
- integrierte vernetzte Strategien
- anwaltschaftliche Fürsprache/Advocacy
- Coaching
- Zeitmanagement
- parallele Kinderbetreuung (erst teilweise)
- Planungsmethodiken (noch kaum entwickelt)

Ergebnisse der Studienanalysen

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**.

Expertengespräche 2017

- 20 schriftliche Befragungen von Expert*innen (Rücklauf: 6 Fragebögen)
- Fokusgruppengespräch mit 41 Fachleuten in Berlin
- 28 Einzelgespräche (21 x Face-to-Face, 6 x telefonisch)

1. Begrifflichkeiten

- Die gewählten Begriffe a) über die und b) von Alleinerziehenden sind unterschiedlich, es gibt keinen Konsens und es scheint sich noch kein konsentierbarer Begriff herausgebildet zu haben

■ 2. Lebenslagen

Die relevanten Lebenslagen werden in der praktischen Arbeit kaum konzeptionalisiert. Es entwickeln sich eher implizite Ansätze, insb. hinsichtlich (allein erziehender) Mütter (kaum Väter) von Kleinkindern, etwa in den Frühen Hilfen

Zu weiteren / spezifischeren Lebenslagen (etwa (Einzel-/Geschwister-) Kinder in Ein-Eltern-Familien, Folge-/ Patchworkfamilien, Kinderreiche Familien) oder Lebenswelten (etwa Kita, Schule, Jugendzentren, Hochschulen, Volkshochschulen, Gesundheitseinrichtungen) fanden sich kaum (explizite) Ansätze

3. Bedarfslagen

Besonderen Bedarfslagen werden in der Arbeit mit Alleinerziehenden kaum fokussiert, sondern eher implizit berücksichtigt, etwa

- Armutsbewältigung/ -reduktion bzw. finanzielle Unterstützung
- Kinderbetreuung
- Hilfe bei Trennungskonflikten
- Erziehungsberatung/ -austausch/ -coaching
- Weitere

→ Ausdifferenzierung der Bedarfe je nach sozialem Hintergrund,
Dauer der Problemlage, Altersspannen, Sozialraum ...

→ Alleinerziehendⁱⁿ: zentral oder nachgelagert?

4. Gesundheitliche Situation

Die Ergebnisse der GBE decken sich weitgehend mit Erfahrungen aus der praktischen Arbeit und werden entsprechend thematisiert, insb.

- Geringere Lebenszufriedenheit
 - Körperliche und psychische Belastungen
- deutlich weniger jedoch
- Gesundheitsriskante Verhaltensweisen

Die besondere Belastungen in/ nach Trennungskonflikten sowie bei getrennt lebenden Müttern wird adressiert

5. Gesundheitsförderung und Prävention

Ansätze sind wenig explizit, überwiegend implizit. In der Praxis dominieren verhaltenspräventive Unterstützungsangebote wie Beratung und Kurse.

Verhältnispräventive Ansätze werden genannt und herausgestellt, spielen in der Praxis aber (bislang) eher eine indirekte Rolle, etwa

- Sozialräumliche Strategien (z.B. Quartiersmanagement)
- Kampagnen (z.B. Sensibilisierung von Fachkräften/ Kita ...)
- Kernprinzipien der Fam. GF (advocate, enable, mediate)
- Präventionsketten

6. Stigmatisierungsgefahr

erscheint allgegenwärtig, sowohl bei expliziter Thematisierung wie auch bei Dethematisierung

(bspw. am Arbeitsplatz, bei der Arbeitsplatzsuche, in Kitas, in Schulen, im Wohnumfeld/Stadtteil, bei Angeboten)

* Praxiserfahrungen

* Klebeeffekte

7. Zentrale Erkenntnisquellen

Erkenntnisse und Wissen über Alleinerziehende speisen sich im Wesentlichen aus Erfahrungswissen.

Andere Quellen (Verbandspositionierungen, Befragungen, Statistiken, wissenschaftliche Studien, Standard-Definitionen z.B. Familienbericht, Bundesgesundheitsbericht) **spielen eine eher untergeordnete**

Rolle.

Diskussion

- Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden ist eine **hochkomplexe Aufgabe**
- Sie sollte zur Vermeidung von Stigmatisierung und Verstärkung der Nutzerorientierung insbesondere als Querschnittsanforderung eingebettet sein in Fragen **familiärer Gesundheitsförderung**
- Koordinierte kommunale Aktivitäten im Rahmen von **Präventionsketten** können dazu beitragen, Angebote zu verstärken und zu vernetzen, sie transparent und niedrigschwellig zugänglich zu machen
- Sie können auch im Sinne **sozialer Mobilisierung für Familien** wirken
- Es empfehlen sich **Modellprojekte** oder –programme insbesondere mit **Mutter-Vater- Kind-Heimen, Jobcentern** sowie **Familienzentren**
- Diese sollten idealerweise im Rahmen **gemeinsamer Aktivitäten zur Landesrahmenvereinbarung** koordiniert werden

„Kind und Familie (KiFa) – familiäre Gesundheitsförderung insbesondere mit Alleinerziehenden“

Zeitraum : Sept. 2019 bis Dez. 2021

„Familiäre Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden und ihren Kindern (FamGeKi)“

Zeitraum: Januar 2022 bis Dez. 2023

gefördert durch den Verband der Ersatzkassen im
Rahmen der Förderlinie „Gesunde Lebenswelten“

- Projekte KiFa & FamGeKi - **familiäre Gesundheitsförderung insbesondere mit Alleinerziehenden**
- Ziel: adressaten- und bedarfsorientierte gesundheitsförderliche Strukturen für Alleinerziehende auf- und auszubauen und sozial bedingte Ungleichheit von **Gesundheitschancen** zu vermindern.
- **Berlin-Neukölln** ist Standort des 1., **Berlin-Mitte** (insb. **Wedding**) des 2. Projektes
- **Kommunale Aktivitäten** sollen dazu beitragen, bestehende Angebote zu vernetzen, sie transparent und niedrigschwellig zugänglich zu machen

- Bedarfe und Umfeld werden im Kontext familiärer Gesundheitsförderung insbesondere für Alleinerziehende partizipativ ermittelt
- Strukturen, Maßnahmen und Projekte der Familienbildung werden mit Methoden der gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung auf die besonderen Bedarfe von Alleinerziehenden hin ausgerichtet
- Alleinerziehende werden in ihrer Selbstwirksamkeit gestärkt und für gesundheitsförderliche Lebensweise aktiviert

→ Interviews mit Alleinerziehenden

■ Einstieg/ Grundorientierung

- Soziale Situation (Ersteinstieg)
- Ressourcen / Resilienz, Lebensbewältigung

■ Bereich Familienanamnese/ -soziologie

- Lebensbewältigung
- evtl. ergänzend: Sozialanamnese
- Biografische Eckpfeiler der Alleinerziehenden-Familie

■ Abschluss: Bereich soziale Lage

- Soziale Situation (Vertiefung/ Bilanz)

- Pandemiebedingte Auswirkungen (Pandemie als „Brennglas“)
- Belastungskumulationen identifizieren, u.a. emotionale Belastungen, Gewalterfahrung, alleinige Verantwortung, Stigmatisierungserfahrung, finanzielle Sorgen)
- Ambivalenzen von Sozialkapital/Netzwerken
- Ausdifferenzierte Betrachtung weiterer besonderer Lebenslagen (z.B. vielfältige Flucht- und/oder Migrationsgeschichten, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, chronische Erkrankungen) notwendig
- Hoher Bedarf an Advocacy: Eintreten für Akzeptanz, für Rechte (positive Diskriminierung zB. bei Betreuungsplätzen und Wohnraum (?)) und für niedrigschwellige, lebensweltnahe und selbstverständliche Unterstützungsleistungen

- Notwendig erscheinen verstärkte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung durch Kommunen und/oder Krankenkassen, u.a. zur
- Freizeitangebote sowie Kuren
 - wünschenswert u.a. Eltern- & Kinderangebote parallel
 - Begleitung von Multiplikator*innenansätzen, insb. Peer-to-Peer (z.B. Stadtteilmütter, „Kiezsterne“)
 - Förderung Selbstorganisation von AE u.a. über Familienzentren sowie in Wohnvierteln
 - Vernetzung kommunaler Angebote & Strukturen; auch unspezifische Angebote der familiären Gesundheitsförderung insb. in sozial belasteten Wohnvierteln

- BMFSFJ (2021): Allein- oder getrennterziehend. Lebenssituation, Übergänge und Herausforderungen. Monitor Familienforschung 48. Berlin: BMFSFJ. Online unter: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/184344/81c9080a508de4b4e9cd1213398ecdea/20210721-monitor-familienforschung-data.pdf>, Zugriff: 29.03.2023.
- Borgstedt, S.; Christ, T.; Heckeley, S.; Scheffler, C.; Jessen, W. (2011): Lebenswelten und -wirklichkeiten von Alleinerziehenden. Berlin: BMFSFJ. Online unter: <https://www.bmfsfj.de/blob/94210/dd2e6d006328026c0f4d9b335d27ca82/lebenswelten--und-wirklichkeiten-von-alleinerziehenden-data.pdf>, Zugriff: 26.03.23
- Geene, R. & Boger, M. (2018): Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis) zu Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden. Ergebnisbericht. Herausgegeben vom GKV-Spitzenverband. Berlin: GKV.
- Geene, R. & Töpitz, K. (2018): Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Alleinerziehenden und Auswertung der vorliegenden Evidenz. Ergebnisbericht. Herausgegeben vom GKV-Spitzenverband. Berlin: GKV.

- Kassner, K.; Quander, I. A.; Wandrei, T.; Göksu, G.; Thiller, A. (2012): Alleinerziehende in Deutschland – Lebenssituationen und Lebenswirklichkeiten von Müttern und Kindern. Berlin: BMFSFJ, online unter: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/76232/4abcbfc3b6124fcc2766fd4cc11e87c/monitor-familienforschung-ausgabe-28-data.pdf>, Zugriff: 26.03.23
- Knörnschild, M.; Rickensdorf, S.; Geene, R. (2022): Alleinerziehende in der SARS-CoV-2-Pandemie: Familiäre Gesundheitsförderung in der Kommune. In: Forum Gemeindepsychologie. Online unter: <http://www.gemeindepsychologie.de/208.html>. Zugriff: 26.03.23
- Kuschick, D., Kuck, J., Rattay, P., Pachanov, A., & Geene, R. (2021). Familiäre Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden und ihren Kindern. *Prävention und Gesundheitsförderung*, Online unter: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11553-021-00905-1> Zugriff: 26.03.23.
- 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. DOI: 10.1007/s00103-014-1988-2
- Schmidtke, C., Geene, R., Hölling, H., Lampert, T. (2021) Psychische Auffälligkeiten, psychosoziale Ressourcen und sozioökonomischer Status im Kindes- und Jugendalter. *JoHM*. DOI: 10.25646/8864



Vielen Dank für die Aufmerksamkeit

und vor allem für das Engagement für Alleinerziehende und ihre Familien

!

Prof. Dr. Raimund Geene MPH
raimund.geene@charite.de

Miriam Knörnschild MScPH
miriam.knoernschild@charite.de

Maya Lesage BSc
maya.lesage@charite.de

