

Schlussbericht LEFaG – Teil II: Eingehende Darstellung

Zuwendungsempfänger: Alice Salomon Hochschule Berlin School of Public Health Alice-Salomon-Platz 5, D-12627 Berlin	Förderkennzeichen: 01EL2021
Vorhabenbezeichnung: „Literaturrecherche und Evidenzauswertung von Ansätzen zur Gesundheitsförderung bei sozial belasteten Familien - LEFaG“	
Laufzeit des Vorhabens: 01.04.2020 – 31.10.2021	

1. Durchgeführte Arbeiten, Verwendung der Zuwendung und erzielte Ergebnisse

Im April 2020 wurde mit der Einarbeitung in die Grundlagenliteratur und der thematischen Unterpunkte entsprechend der Meilensteinplanung begonnen (vgl. Anhang A). Hierbei wurden im speziellen die Begrifflichkeiten „Familiäre Gesundheitsförderung (GF)“, „sozialbelastete Familien“, Alleinerziehende, Armutslagen und „elterliche Suchtproblematik“ genauer betrachtet. Es erfolgte zum Projektstart die Einrichtung wöchentlicher Zoom-Meetings. Über das RKI wurde ein Projektordner auf dem „BSCW-Server“ eingerichtet. Alle Projektmitglieder erhielten Zugriff. Dieser wurde zum Austausch und zur Ablage von Dokumenten genutzt. Weitere Zusammenarbeit erfolgte in geteilten Google Docs-Dokumenten.

Außerdem wurde mit der Identifizierung von Suchbegriffen für alle Untergruppen begonnen sowie Suchstrings in verschiedenen Datenbanken getestet. Im Weiteren wurde das Review-Programm Covidence (Veritas Health Innovation, o.J.) zur Durchführung der systematischen Recherchen ausgewählt. Da insgesamt drei Literaturrecherchen geplant waren, wurde im Juni 2020 eine kostenpflichtige Lizenz von Covidence erworben. Für die teilsystematische Recherche der dritten Untergruppe wurde zusätzlich Rayyan verwendet (<https://www.rayyan.ai/>). Im Juni 2020 wurden außerdem die zu durchsuchenden Datenbanken und die Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt, die systematische Recherche für AE durchgeführt und zusätzlich eine umfangreiche Handsuche und Suche nach grauer Literatur durchgeführt. Unter Verwendung gleicher Suchbegriffe wurden die Suchstrings den entsprechenden Datenbanken angepasst und zum Teil MESH-Terms verwendet. Die Tabelle 1 zeigt die verwendeten Suchbegriffe. Im Anschluss wurde von zwei Reviewern/Reviewerinnen der zweischrittige Screeningprozess unabhängig voneinander durchgeführt. Parallel wurde die systematische Recherche zur Untergruppe Sucht vorbereitet. Abweichend von der ursprünglichen Meilensteinplanung wurde beschlossen, dass die einzelnen Screeningschritte zu den drei Untergruppen nicht parallel, sondern nacheinander durchgeführt werden (vgl. Anhang A). Die systematischen Suchen wurden durch Citation Tracking bei den eingeschlossenen Studien ergänzt. Das gesamte Vorgehen richtete sich nach internationalen Standards, insbesondere den Empfehlungen des Cochrane Handbuchs (Chandler et al., 2019). Für die methodische Qualitätsbewertung der eingeschlossenen Studien wurde das Bewertungstool EPHPP herangezogen (EPHPP, 2020).

Ende 2020 zeichnete sich ein Mittelüberschuss ab, der für einen Antrag auf kostenneutrale Projektverlängerung genutzt wurde. Anfang 2021 wurde die Zeitschrift „Prävention und Gesundheitsförderung“ für die Publikation des Manuskriptes AE ausgewählt und die Einreichung vorbereitet. Im Februar 2021 wurde die kostenneutrale Verlängerung bis zum 30.04.2021 genehmigt. Im Februar 2021 wurde der

Seite 2/38

Beitrag beim Kongress Armut und Gesundheit, der Folgeantrag für 6 weitere Projektmonate (Aufstockungsantrag) und die Veröffentlichungen des Studienprotokolls sowie der Studienregistrierung vorbereitet. Am 01.03.2021 wurde die Registrierung der Studie bei „Research Registry“ vorgenommen (UIN: researchregistry1095). Parallel wurde das Teil-Review „Sucht“ beendet und mit dem dritten Teil-Review „Armut“ begonnen. Am 17.03.2021 wurden die ersten Ergebnisse der Untergruppe AE beim Kongress Armut und Gesundheit vorgestellt (Kuschick et al., 2021a). Der Aufstockungsantrag für 6 Monate wurde im März 2021 gestellt. Das Studienprotokoll ist seit dem 07.04.2021 auf dem Publikationsserver der Alice Salomon Hochschule Berlin einsehbar (Geene et al., 2021). Das dritte Review „Armut“ wurde innerhalb der Projektverlängerung angeschlossen (vgl. Anhang A).

Tab. 1: Verwendete Schlagwörter

Suchdomäne	Suchbegriffe/Schlagwörter
Intervention	“health promot*”, prevent*, “disease prevent*”, training*, intervention*, program*, initiative, counseling, service*, support*, strategy OR project*, campaign*
Zielgruppe: allgemein	famil*, carer, caregiver, parent*, mother*, father*, child*, offspring, youngster, kid, teen*, youth, toddler, baby, infant, adolescent*, household, “family member*”, “household member”
Zielgruppe spezifisch: AE	“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”
Zielgruppe spezifisch: Alkohol	“substance-related disorder”, substance-related, disorder, substance-involved, misuse*, depending, addict*, abuse*, pending, alcohol, drink
Zielgruppe spezifisch: Armut	poverty, “family poverty”, “household poverty”, “low income family”, “low-income family”, “low income household”, “low-income household”, “impoverished family”, “poor household”, “poor family”, “poor household”, “low socioeconomic status”, “health inequality”, “health inequalities”, poorness, penury, indigent, indigence, neediness, impoverished, low-income, “low income”, “socially disadvantaged”, “low socioeconomic status”

Im Detail: Durchgeführte Arbeiten und erzielte Ergebnisse gegliedert nach den Subgruppen

a. Alleinerziehende und ihre Kinder (kurz AE)

Aufgrund der bereits erfolgten Veröffentlichung der Ergebnisse wird hier auf eine eingehende Darstellung verzichtet und auf die Publikation Kuschick et al. (2021b) verwiesen. Entsprechend der aktualisierten Meilensteinplanung wurde Ende des Jahres 2020 die systematische Recherche, der Auswahlprozess, die Qualitätsbewertung und die Datenextraktion beendet (vgl. Anhang A). Der Prozess wurde in einem Flowchart dargestellt (vgl. Kuschick et al., 2021b). Für jede eingeschlossene Studie wurde ein Datenblatt und insgesamt eine Summary of Findings Tabelle erstellt (vgl. Kuschick et al., 2021b). Aufgrund der Heterogenität der Studienergebnisse ließ sich eine Meta-Analyse nicht realisieren. Der Meilenstein M2a) inklusive der Arbeitspakete wurden entsprechend der Jahresplanung abgeschlossen (vgl. Anhang A).

b. Familien mit elterlicher Alkoholproblematik (kurz Sucht)

Die folgende Darstellung entspricht im Wesentlichen dem Manuskript „Health promotion for families with parental alcohol addiction: a systematic review“, das sich im Reviewprozess befindet.

Ende 2020 war der Studienauswahlprozess, die Qualitätsbewertung und die Datenextraktion abgeschlossen. Die Datenauswertung erfolgte Anfang 2021. Der Meilenstein M2b) mit den dazugehörigen Arbeitspaketen wurde fristgerecht entsprechend der Meilensteinplanung erreicht (vgl. Anhang A).

Tab. 2: Ein- und Ausschlusskriterien Untergruppe Sucht

Kategorie	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<i>Publikationszeitraum</i>	- Januar 2010 bis Juni/Juli 2020 veröffentlicht	- vor Januar 2010 veröffentlicht
<i>Sprache</i>	- Englisch, Deutsch	- jede andere Sprache, außer Deutsch und Englisch
<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	- klinische Studien, Laborstudien, Fallstudien, Studienprotokolle, Master-, Bachelor-Thesis, nicht systematische Reviews - rein deskriptive Beschreibungen der Lage und/oder keine Auswertung für Alleinerziehende und/oder ihre Kinder - Expertenmeinungen, Informationen und Tipps ohne Evaluation einer Intervention
<i>Intervention</i>	- jede Art von Gesundheitsförderungs- und/oder primärer Präventionsansatz	- Interventionen ohne gesundheitsförderlichen oder primärpräventiven Ansatz, rein medizinische Interventionen, Akutbehandlungen, Entzugstherapien
<i>Population</i>	- Familien, Eltern oder deren Kinder, bei denen mindestens ein Elternteil eine Suchtproblematik hinsichtlich Alkohol aufweist - enge Bezugspersonen (nahestehende Angehörige, Partner/-innen) von Personen mit Alkoholproblematik	- Familien, Eltern oder deren Kinder, bei denen keine elterliche Suchtproblematik hinsichtlich Alkohol vorliegt - Kinderlose, Einzelpersonen ohne Familienverbund oder Kinder/Jugendliche mit jeder Art von Suchtproblematik
<i>Setting</i>	- Familien/-haushalt, Kommune, Stadtteil, Quartier, Arbeitsagentur/Jobcenter, Betriebe, Kinderbetreuungseinrichtungen, Schulen, Hochschulen, Universitäten	- ambulante und stationäre Einrichtungen des Gesundheitswesens, wenn diese im Zusammenhang mit einer Alkoholentzugstherapie oder Akutbehandlung stehen
<i>Outcomes</i>	- jede Art von personenbezogenen Endpunkten mit gesundheitlicher Relevanz (z. B. Bewegung, Ernährung, mentale Gesundheit, Lebensqualität, Mortalität, Morbidität, Risikofaktoren, Arbeitsfähigkeit, Bildung, Erziehung)	- interventionsbezogene Endpunkte ohne direkte gesundheitliche Relevanz für die Zielgruppe (z. B. Programmzufriedenheit, Kosteneffektivität)

Es wurden mit dieser Literaturrecherche folgende Forschungsfragen adressiert: „Welche nationalen und internationalen Studien liegen vor zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Familien mit elterlicher Suchtproblematik bezüglich Alkohol?“ und „Wie ist die Evidenz in Hinblick auf die Wirksamkeit der Interventionen einzuschätzen?“.

Das methodische Vorgehen folgte dem der Untergruppe AE. Die systematische Recherche erfolgte in den Datenbanken Cochrane, LIVIVO (inkl. BASE, TIB, Publishing Data, SOMED), PubMed, Scopus, EBSCOhost (inkl. APA PsychInfo, Psychology and Behavioral Science Collection, SocINDEX, ERIC, PSYINDEX) und PubPsych (inkl. Pascal, Narcis). Ergänzend wurde bei den eingeschlossenen Studien Citation Tracking und eine ausführliche Handsuche, vor allem nach grauer Literatur, durchgeführt. Hierzu wurden folgende Datenbanken durchsucht: Opengrey (<http://www.opengrey.eu/>), Greyguide (<http://greyguide.isti.cnr.it/index.php>), GreyLit (<http://www.greylit.org/>). Der Auswahlprozess der Studien

Seite 4/38

erfolgte entlang festgelegter Ein- und Ausschlusskriterien (vgl. Tab. 2). Screening, Datenextraktion sowie Qualitätsbewertung wurden von zwei Reviewern/Reviewerinnen parallel und unabhängig voneinander durchgeführt.

Eindeutige Duplikate wurden bereits beim Datei-Import durch die Review-Software Covidence erkannt (Veritas Health Innovation, o.J.). Durch die Reviewer/Reviewerinnen wurden weitere Duplikate im Screeningprozess identifiziert. Jede eingeschlossene quantitative Studie wurde mit dem EPHP-Tool bewertet (EPHP, 2020). Die Datenextraktion erfolgte entlang eines deduktiv formulierten und induktiv weiterentwickelten Datenerfassungsformulars. Zur Systematisierung der Wirksamkeitsnachweise und Analyse der Evidenzlage wurden im Verlauf acht Ergebnis-Kategorien gebildet und die Outcomes aus den eingeschlossenen Studien diesen thematisch zugeordnet.

Ergebnisse:

Die Recherche generierte insgesamt 499 Treffer (vgl. Abb. 1). Am Ende des mehrschrittigen Screeningprozesses standen 20 Publikationen, die insgesamt 14 verschiedene Interventionen untersuchten. Randomisierte kontrollierte Studien sind das vorrangige Design, gefolgt von drei Vorher-Nachher-Studien und drei nicht-randomisierten kontrollierten Studien. Diese und weitere Details zu den Studien sind der Übersichtstabelle (vgl. Anhang B) und der Summary of Findings Tabelle zu entnehmen (vgl. Anhang C). Zur Vervollständigung des Forschungsstandes wurden außerdem drei systematische Reviews (vgl. Anhang B) und zwei qualitative Studien eingeschlossen (vgl. Anhang b). Die Studien wurden überwiegend in den USA durchgeführt.

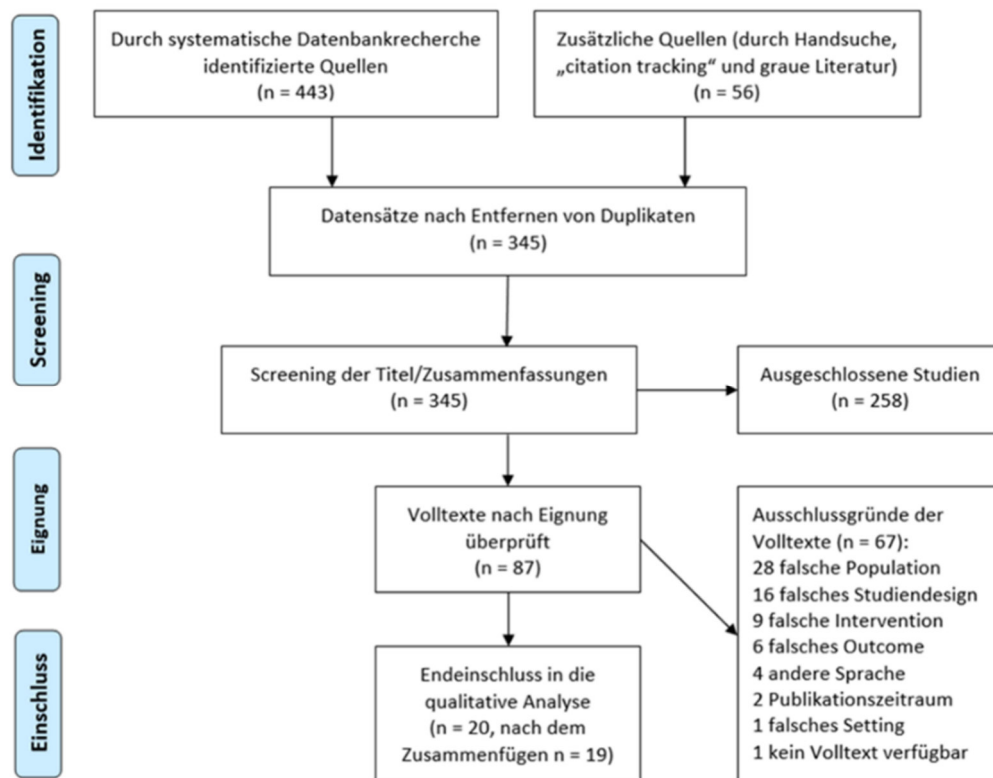


Abb. 1: Flussdiagramm Untergruppe Sucht (angelehnt an: Moher et al., 2009)

In der methodischen Bewertung mittels „EPHPP“ (EPHPP, 2020) erreichten drei der vierzehn quantitativen Studien das Gesamturteil „moderat“ und haben somit ein mittleres Bias-Risiko (vgl. Abb. 2). Die verbleibenden Studien weisen ein hohes Bias-Risiko vor (vgl. Abb. 2). Die qualitativen Studien (Gibbs, 2019, Nordenfors & Höjer, 2017) zeigten bei der Methodendiskussion, der Offenlegung von Limitationen sowie ethischen Gesichtspunkten und Datenschutzaspekten Schwächen.

Studie	Selection Bias	Study Design	Confounders	Blinding	Data Collection Methods	Withdrawals and Drop-Outs	Global Rating EPHPP
Bischof 2016	moderate	strong	strong	weak	moderate	strong	moderate
Chersich 2012	moderate	moderate	strong	weak	moderate	weak	weak
Coles 2015	weak	strong	strong	weak	moderate	strong	weak
Eék 2020	weak	strong	strong	weak	strong	moderate	weak
Gustafson 2012	weak	strong	weak	weak	moderate	weak	weak
Kable 2012	moderate	strong	strong	weak	weak	weak	weak
Kable 2016	weak	strong	weak	weak	weak	weak	weak
Keil 2010	weak	strong	strong	weak	strong	strong	weak
Leenaars 2012	weak	moderate	weak	weak	weak	weak	weak
Nash 2015	moderate	moderate	weak	weak	strong	weak	weak
Petrenko 2017/2019	weak	strong	strong	moderate	strong	strong	moderate
Schaeffer 2013	moderate	moderate	strong	weak	strong	weak	weak
Slesnick 2012	moderate	moderate	weak	weak	strong	strong	weak
Son 2010	moderate	strong	strong	weak	strong	strong	moderate

Abb. 2: Methodische Qualitätsbewertung eingeschlossener Studien Review „Sucht“

Als primäre Adressatengruppen wurden Kinder mit jeglicher Form des fetalen Alkoholsyndroms (engl.: Fetal Alcohol Syndrom Disorder - FASD) bzw. pränataler Alkoholdisposition, deren Sorgeberechtigte sowie nahestehende Personen von Alkoholabhängigen (Hinweis: in den Studien als „concerned significant others – CSOs“ benannt) identifiziert. Zu den CSOs zählen Kinder, Lebenspartner/-innen, andere nahestehende Verwandte (z. B. Großeltern) und Freunde. Eltern und/oder Schwangere mit Alkoholproblematik wurden von drei Studien in den Fokus genommen (vgl. Anhang C). Die Erhebung von Chersich et al. (2012) ist hervorzuheben, da die Präventionskampagne Mütter mit Neugeborenen (mit und ohne Substanzabhängigkeit), Frauen im gebärfähigen Alter und die Gesellschaft im Gesamten adressierte.

Die in den eingeschlossenen Studien untersuchten Interventionen wurden im Durchschnitt über einen Zeitraum von fünf Wochen bis zu sechs Monaten durchgeführt. Ausnahmen bilden die Präventionskampagne aus der Studie von Chersich et al. (2012), die sich über ein Jahr erstreckte sowie ein Angebot aus Schweden, das eine Begleitung ab der Schwangerschaft bis zu sechs Monate nach der Geburt beinhaltet.

Am häufigsten vertreten sind Einzel-Beratungsangebote, zumeist als Teilkomponente der Programme (Bischof et al., 2016, Chersich et al., 2012, Eék et al., 2020, Gustafson et al., 2012, Leenaars et al., 2012, Nordenfors & Höjer, 2017, Petrenko et al., 2019, Petrenko et al., 2017, Schaeffer et al., 2013, Slesnick & Erdem, 2012) und (Einzel-)Coachings bzw. therapeutische

Ansätze (Chersich et al., 2012, Coles et al., 2015, Gustafson et al., 2012, Kable et al., 2016, Leenaars et al., 2012, Nash et al., 2015, Schaeffer et al., 2013, Slesnick & Erdem, 2012). Außerdem wurden Gruppen- (Gibbs, 2019, Kable et al., 2012, Keil et al., 2010, Petrenko et al., 2017, Petrenko et al., 2019, Schaeffer et al., 2013, Son & Choi, 2010) und Online-Angebote (EÉk et al., 2020, Gustafson et al., 2012, Kable et al., 2012) untersucht. Inhaltlich lag der Fokus häufig auf dem Umgang mit den Folgen und Auswirkungen des fetalen Alkoholsyndroms. Damit einher gingen Ansätze der Ressourcenstärkung und Kompetenzentwicklung in Form von Verhaltens- (Bischof et al., 2016, Coles et al., 2015, EÉk et al., 2020, Gibbs, 2019, Gustafson et al., 2012, Kable et al., 2012, Kable et al., 2016, Keil et al., 2010, Nash et al., 2015, Petrenko et al., 2017, Petrenko et al., 2019, Schaeffer et al., 2013, Slesnick & Erdem, 2012, Son & Choi, 2010) und Kommunikationstrainings (Bischof et al., 2016, EÉk et al., 2020, Keil et al., 2010, Slesnick & Erdem, 2012), Stress- (Petrenko et al., 2017, Petrenko et al., 2019, Slesnick & Erdem, 2012, Son & Choi, 2010) und Notfallmanagement (Bischof et al., 2016, EÉk et al., 2020) sowie Trainings sozialer Fähigkeiten (Keil et al., 2010, Petrenko et al., 2017, Petrenko et al., 2019, Slesnick & Erdem, 2012). Verhältnispräventive Interventionsansätze zeigten sich in Teilkomponenten durch den Advocacy-Ansatz (Gibbs, 2019, Leenaars et al., 2012, Nordenfors & Höjer, 2017, Slesnick & Erdem, 2012). Sechs Interventionen zielten übergeordnet auf den Ausbau des sozialen Netzwerks der Adressatengruppe sowie der besseren Vernetzung der bestehenden Angebote ab (Gustafson et al., 2012, Kable et al., 2012, Leenaars et al., 2012, Nordenfors & Höjer, 2017, Petrenko et al., 2019, Petrenko et al., 2017, Slesnick & Erdem, 2012). Das „Housing First Model“ setzte außerdem auf die temporäre Bereitstellung von Unterkünften und der Unterstützung bei der Erwerbstätigkeit (Slesnick & Erdem, 2012).

Die Gruppierung der Outcomes aus den eingeschlossenen Studien ergab eine thematische Systematisierung bestehend aus acht Kategorien, denen im Auswertungsprozess die Studien-Outcomes zugeordnet wurden (vgl. Anhang C). Es folgen die Ergebnisse zur Wirksamkeit der eingeschlossenen Interventionen thematisch nach den Kategorien gruppiert.

Mentale Gesundheit und Wohlbefinden

In dieser Ergebnis-Kategorie ließ sich bei den CSOs eine Tendenz zur Verbesserung depressiver Symptome und Stress, zur Reduktion des Leidensdrucks und Gefühlen wie Wut, Einsamkeit sowie Ängsten erkennen (Bischof et al., 2016, EÉk et al., 2020, Gustafson et al., 2012, Leenaars et al., 2012, Schaeffer et al., 2013, Son & Choi, 2010). Insbesondere ein familiäres Trainings- und Coaching-Programm (Leenaars et al., 2012) sowie ein Wut-Management-Angebot (Son & Choi, 2010) erzeugten positive signifikante Ergebnisse. Bei den Alkoholabhängigen selbst kam es zu kurzfristigen Reduktionen depressiver Symptome (Schaeffer et al., 2013, Slesnick & Erdem, 2012). Die Multikomponenten-Intervention „Families on Track“ bewirkte Verbesserungen der Selbstpflege und Selbstwirksamkeit der Sorgeberechtigten von Kindern mit FASD (Petrenko et al., 2017, Petrenko et al., 2019).

Förderung der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens von Kindern mit FASD

Die Studien in der zweiten Ergebnis-Kategorie wiesen positive Beeinflussungen des Verhaltens, Verringerungen von Verhaltensauffälligkeiten und verbesserte Emotionskontrolle bei den Kindern mit FASD nach (Coles et al., 2015, Kable et al., 2012, Kable et al., 2016, Keil et al., 2010, Nash et al., 2015, Petrenko et al., 2019, Petrenko et al., 2017, Slesnick & Erdem, 2012). Insbesondere das Auftreten von Wutanfällen und das Frustrationslevel konnten durch „GoFar®“, einem kombinierten Angebot aus Elterntraining, Verhaltenstherapie und einem Computerspiel für Kinder, signifikant verringert werden (Kable et al., 2016).

Compliance Suchtbetroffener

In der Kategorie „Compliance Suchtbetroffener“ erzielte die Kombination aus drei therapeutischen Ansätzen („Multisystemic Therapy Building Stronger Families“ - MST-BSF) eine signifikante Reduktion der Rückfallquote und der Häufigkeit von Kindesmisshandlungen unter Alkoholeinfluss (Schaeffer et al., 2013). Außerdem bewirkte das CRAFT-Programm („The Community Reinforcement and Family Training“), bestehend aus Coachings und Verhaltenstherapie für Angehörige, eine positive Beeinflussung der Therapie-Adhärenz bei den Suchtbetroffenen (Bischof et al., 2016). Im Gegensatz dazu hatte die internetbasierte Version iCRAFT keinen signifikanten Effekt auf den Beginn einer Alkohol-Therapie (EÉk et al., 2020). Hinsichtlich des Alkoholkonsums konnte dieser in einigen Studien signifikant (Schaeffer et al., 2013, Slesnick & Erdem, 2012) bis geringfügig verringert werden (Bischof et al., 2016, Chersich et al., 2012, EÉk et al., 2020).

Soziale Beziehungen

Die Outcomes in diesem Bereich erwiesen sich als heterogen. Die Studien beschrieben signifikante bis nicht signifikante Verbesserungen bezüglich des Familienzusammenhalts (Leenaars et al., 2012), der Partnerschaft (Bischof et al., 2016, Leenaars et al., 2012, EÉk et al., 2020, Gustafson et al., 2012, Slesnick & Erdem, 2012), der sozialen Unterstützung (Leenaars et al., 2012) und zahlreicher Familienbedürfnissen (Petrenko et al., 2017, Petrenko et al., 2019).

Sonstiges

Hier werden insgesamt vier Kategorien auf Grund ihrer geringen Häufigkeit zusammenfassend dargelegt. In der Kategorie „soziale Lebenssituation“ erzielten drei Interventionen signifikante Verbesserungen der Wohnsituation (Leenaars et al., 2012, Schaeffer et al., 2013, Slesnick & Erdem, 2012). Das „Housing First Model“ konnte zu keiner langfristigen Stabilisierung der Erwerbstätigkeit beitragen (Slesnick & Erdem, 2012). Weitere Studien belegten in den Bereichen „Wissensstand“ (Chersich et al., 2012, Kable et al., 2012, Petrenko et al., 2017, Petrenko et al., 2019) und „Erziehungskompetenzen“ (Leenaars et al., 2012, Schaeffer et al., 2013, Petrenko et

al., 2017, Petrenko et al., 2019) die Wirksamkeit der untersuchten Programme. Die Informationskampagne zu FASD erzielte eine signifikante Reduktion der „FASD-Prävalenz“ (Chersich et al., 2012).

c. Familien in Armutslagen (kurz Armut)

Mit dieser dritten orientierenden Literaturrecherche, die zum Teil systematisch erfolgte und sich aktuell im Einreichungsprozess befindet, wurden folgende Forschungsfragen beantwortet: „Welche nationalen und internationalen Studien liegen vor zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen für Familien in Armutslagen?“ und „Wie ist die Evidenz in Hinblick auf die Wirksamkeit der Interventionen einzuschätzen?“.

Es erfolgte die systematische Recherche in den Datenbanken Cochrane, PubMed und EBSCOhost (APAPsycInfo, CINAHL, Psychology and Behavioral Sciences Collection, SocINDEX, Education Research Complete, PSYINDEX Literature, MEDLINE). Die Suchstrategie enthielt Kombinationen von Schlagwörtern, die den Interventionsansatz, die Outcomes und die Zielgruppe beschreiben. Ergänzend wurden die Referenzlisten der eingeschlossenen Studien nach weiteren Publikationen durchsucht (sog. Citation Tracking). Eine ausführliche Handsuche wurde in den Datenbanken Phineo, Grüne Liste Prävention, Praxisdatenbank Gesundheitliche Chancengleichheit und Wegweiser Prävention durchgeführt. Der Auswahlprozess der Studien erfolgte entlang festgelegter Ein- und Ausschlusskriterien (vgl. Tab. 2) mittels der Programme „Rayyan“ (Ouzzani et al., 2016) und „Covidence“ (Veritas Health Innovation, o.J.). Das Titel-Abstract Screening wurde von einem Reviewer/ einer Reviewerin durchgeführt.

Tab. 2: Ein- und Ausschlusskriterien Recherche "Armut"

Domäne	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Population	- Familie als Gesamtes in Armutslagen oder stark armutsgefährdet	- Familien, die sich nicht in Armutslagen befinden - wenn nur einzelne Familienmitglieder adressiert werden
Setting	- Familien/-haushalt mit Kindern - Kommune, Stadtteil, Quartier - Kinderbetreuungseinrichtungen (Kita, Hort), Schule, Arbeitsplatz, Vereine, Arbeitsagentur/Jobcenter, wenn die ganze Familie adressiert wird - Hoheinkommensländer	- ambulante und stationäre Einrichtungen des Gesundheitswesens - Kinderbetreuungseinrichtungen (Kita, Hort) oder Schule, wenn nur die Kinder adressiert werden - Arbeitsplatz, Vereine, Jobcenter/Arbeitsagentur, wenn nur die Eltern adressiert werden - Niedrigeinkommensländer/Entwicklungsländer
Interventionsansatz	- Gesundheitsförderungs-/ und/oder Präventionsansatz - zumindest in Teilaspekten muss Verhältnisprävention integriert sein	- kein gesundheitsförderlicher und/oder präventiver Ansatz erkennbar - reine Verhaltensprävention
Outcomes	- mentale Gesundheit - Wohlbefinden	- alle Parameter, die sich nicht dem Bereich der mentalen Gesundheit und des Wohlbefindens zuordnen lassen
Studiendesign	- jedes Studiendesign, wenn dieses die anderen Einschlusskriterien erfüllt	- klinische Laborstudien, Studienprotokolle - deskriptive Beschreibungen der Lage von Familien - Expertenmeinungen, Informationen und Tipps ohne Evaluation einer Intervention
Sprache	Englisch, Deutsch	andere Sprache als Englisch oder Deutsch
Publikationszeitraum	Januar 2011 bis Juli 2021	vor Januar 2011, ab Juli 2021
Verfügbarkeit	Volltext verfügbar	kein Volltext verfügbar oder Duplikat

Das Volltext-Screening und die Datenextraktion wurden von zwei Reviewern/Reviewerinnen parallel und unabhängig voneinander durchgeführt. Eindeutige Duplikate wurden bereits beim Dateiimport durch die Review-Programme erkannt. Durch die Reviewer/ Reviewerinnen wurden weitere Duplikate im Screeningprozess identifiziert. Zur Systematisierung und Analyse der Ergebnisse wurden die Studien nach 4 selbsterstellten Ansätzen gruppiert:

1. Übergeordnete sozialpolitische Maßnahmen - öffentliches/staatliches Sicherheitsnetz,
2. Staatliche Leistungen mit Fokus auf die Wohnsituation,
3. Beschäftigungsorientierte Maßnahmen,
4. Multikomponenten-Angebote im Setting.

In die Auswertung gehen 23 Einzelpublikationen (vgl. Abb. 3), in denen 8 verschiedene Interventionen bzw. Programme untersucht wurden, ein. Der Großteil der Studien stammt aus den USA (n=21). Vereinzelt Studien wurden in Australien (n=1) und Kanada (n=1) durchgeführt. Die aktuelle Studienlage wird nachfolgend, gruppiert nach vier Ansätzen, dargestellt. Einige im Screeningprozess identifizierte Studien (n=9) erfüllen grenzwertig die Einschlusskriterien.

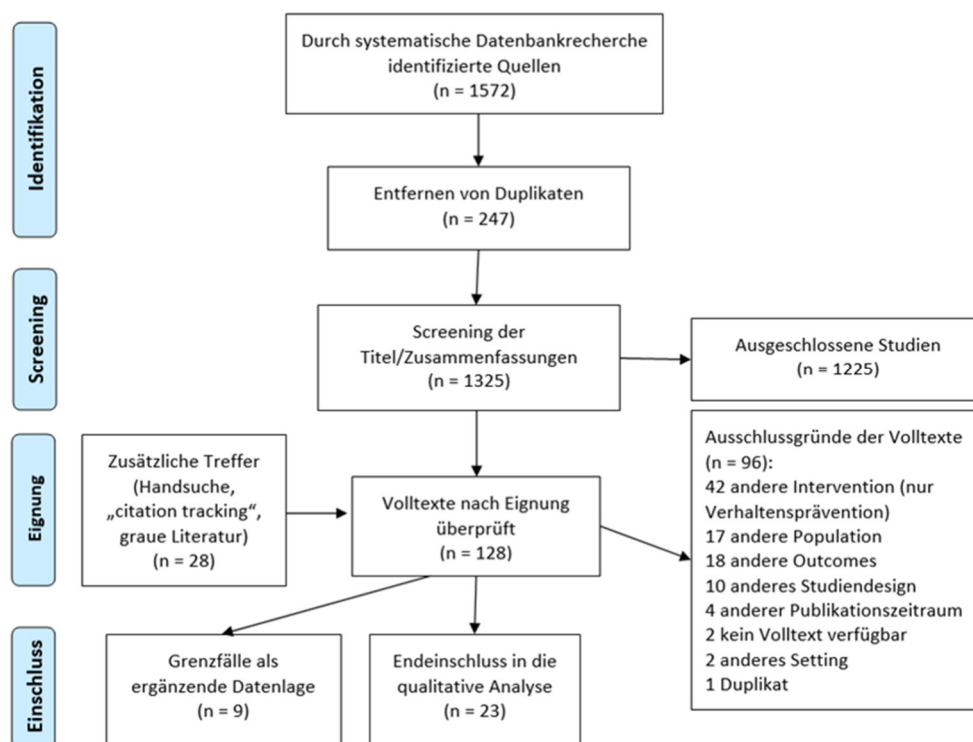


Abb. 3: Flussdiagramm Review "Armuts" angelehnt an Moher et al. (2009)

Übergeordnete sozialpolitische Maßnahmen - öffentliches/staatliches Sicherheitsnetz

Die amerikanische Sozialreform „Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act“ von 1996 beinhaltete die Umstellung von uneingeschränkten staatlichen finanziellen Un-

terstützungsleistungen zu zeitlich begrenzten, arbeitsabhängigen Geldzahlungen für einkommensschwache Familien („Temporary Assistance to Needy Families“ - TANF) (Chase-Landsdale et al., 2011, Radey et al., 2020). Chase-Landsdale et al. (2011) konnten zwischen den Veränderungen in den Arbeits- und Bezugsverhältnissen der Mütter (ausgelöst durch die amerikanische Sozialreform) und des Wohlbefindens der Jugendlichen/jungen Erwachsenen aus diesen Familien keinen signifikanten Zusammenhang herstellen. Jugendliche, deren Mütter ihre Erwerbstätigkeit während des Studienzeitraums erhöhten, wiesen geringfügig weniger schwerwiegende Probleme im Bereich Aggression und Delinquenz auf, jedoch keine Verringerung psychischer Belastungen (Chase-Landsdale et al., 2011). Verminderte Erwerbstätigkeit der Mütter und der Eintritt in das Sozialsystem waren bei den Jugendlichen/jungen Erwachsenen mit vermehrten schwerwiegenden Verhaltensproblemen verbunden (Chase-Landsdale et al., 2011). Bei den Müttern führte der Übergang in die Erwerbstätigkeit zur Verbesserung des Selbstwertgefühls und zu einer Verringerung der finanziellen Belastung, bei gleichzeitig keiner Veränderung des Gesundheitsstatus der Jugendlichen (Chase-Landsdale et al., 2011). Radey et al. (Radey et al., 2020) untersuchten den Einfluss des öffentlichen Sicherheitsnetzes (Inanspruchnahme von TANF, Lebensmittelmarken, Ernährungshilfen - „Supplemental Nutrition Assistance Program for Women, Infants, Children“) auf die mentale Gesundheit von geringverdienenden Müttern. Sie schlussfolgerten, dass das Vorhandensein eines privaten Sicherheitsnetzes Schutz vor psychischer Belastung bot und in Ermangelung eines privaten Sicherheitsnetzes erhöht der Bezug öffentlicher Unterstützungsleistungen die psychische Belastung (Radey et al., 2020). Außerdem berichteten arbeitstätige Mütter weniger Belastungen, als nicht-arbeitstätige Mütter und hohe finanzielle Belastungen gingen einher mit psychischen Belastungen (Radey et al., 2020). Im Zuge des „SEED Oklahoma Kids“ (SEED OK) erhalten Familien in materiellen Notlagen in den USA die Möglichkeit Bankkonten („Child Development Accounts - CDAs“), inklusive staatlicher Geldeinlagen zur Vermögensbildung, zu eröffnen (Huang et al., 2014b, Huang et al., 2014a, Huang et al., 2017, Nam et al., 2014). Diese Initiative geht einher mit Informationen und Anreizen zum Sparen. Sie sind Bestandteil der steuerlich begünstigten College-Sparpläne, um das Sparen für zukünftige Schul- und Ausbildungskosten zu fördern. In einer randomisierten kontrollierten Studie zeigten die Mütter der Interventionsgruppe (Teilnahme CDA) durchschnittlich geringere depressive Symptome als Mütter in der Kontrollgruppe (Huang et al., 2014b). In den Ergebnissen deutet sich besonders in der Gruppe mit niedrigem Einkommen oder niedriger Schulbildung der größte Effekt der CDAs an (Huang et al., 2014b). Das selbstberichtete Stressempfinden der Eltern hinsichtlich Erziehung blieb allerdings unverändert (Nam et al., 2014). Weitere Studien konnten einen positiven Effekt auf die soziale und emotionale Entwicklung der Kinder aus den an CDAs teilnehmenden Familien nachweisen (Huang et al., 2014a, Huang et al., 2017). Der negative Zusammenhang zwischen materieller Not und der sozialen sowie emotionalen Entwicklung wurde abgeschwächt (Huang et al., 2017).

Ein weiteres Beispiel des öffentlichen Sicherheitsnetzes der USA ist das, durch gemeinnützige Organisationen finanzierte, „Opportunity New York City - Family Rewards“ Programm für einkommensschwache Eltern mit Kindern in der 4., 7. oder 9. Klassenstufe (Courtin et al., 2018, Riccio et al., 2013, Morris et al., 2017). Das „Family Rewards 1.0“ ist eine mehrgleisige Intervention im Familiensetting, bei der Geldanreize („gesundheitsbezogene Geld-Incentives“) als Hebel für Veränderungen eingesetzt werden und das Engagements der Familien in drei Bereichen gefördert werden soll (Riccio et al., 2013). An insgesamt 22 Aktivitäten in den Bereichen: 1. Bildung der Kinder; 2. familiäre Gesundheitsvorsorge und 3. elterliche Bildung/Beruf können die Eltern teilnehmen und erhalten dafür einen finanziellen Ausgleich. Dieser sogenannte „conditional cash transfer“ hat zum Ziel finanzielle Schwierigkeiten zu reduzieren und das Wohlbefinden der einkommensschwachen Familien zu verbessern (Courtin et al., 2018, Riccio et al., 2013, Morris et al., 2017). Riccio et al. (2013) wiesen in ihrem Zwischenbericht nach, dass bei den Eltern das finanzielle Wohlbefinden und in geringem Maße auch das psychosoziale Wohlbefinden durch die Teilnahme am „Family Rewards 1.0“ zum Follow-Up Zeitpunkt (drei bis vier Jahre nach Programmeintritt) gesteigert wurde. In der Teilerhebung von Morris et al. (2017), mit einem Subsample bestehend aus 511 Jugendlichen, konnte keine signifikante Reduktion von depressiven Symptomen oder Ängsten festgestellt werden. Auch die Studie von Courtin et al. (2018) berichtet weder signifikante Effekte auf das berichtete Stresserleben der Eltern, noch Verbesserungen von mentalen Beeinträchtigungen oder Lernschwächen der Kinder. In der RCT von Miller et al. (2016) wurde die weiterentwickelte Version des „Family Rewards 2.0“ evaluiert. Unterschiede zur ersten Version bestehen in der reduzierten Anzahl der angebotenen Aktivitäten (von 22 auf 8) und dem zusätzlichen Beratungsangebot (sog. „family guidance“), welches die Familien aktiv beim Erlangen der Geld-Incentives unterstützt. Die teilnehmenden Eltern berichteten nach zwei Jahren Programmteilnahme ein höheres Maß an finanziellem Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und Glück, als die Personen in der Kontrollgruppe (Miller et al., 2016).

Staatliche Leistungen mit Fokus auf die Wohnsituation

Das seit 1994 durchgeführte randomisierte Sozialexperimente „Moving to Opportunity for Fair Housing Demonstration Program – MTO“ ist hier mit einer umfangreicher Datenlage von mehr als 4600 einkommensschwachen Familien vertreten (Sanbonmatsu et al., 2011). Mit Hilfe von Wohngutscheinen, Beratung und Unterstützung beim Umzug, soll den Familien ein Leben in weniger benachteiligten und sicheren Stadtteilen ermöglicht werden (Sanbonmatsu et al., 2011). Dem Programm liegen zahlreiche Wirkungslogiken zu Grunde. Zum einen wird davon ausgegangen, dass der Umzug in bessere Wohngegenden den Kontakt zu Erwerbstätigen, die soziale Integration und die Verfügbarkeit von gesundheitsrelevanten Informationen erhöhen könnte (Sanbonmatsu et al., 2011). Zum anderen wird der Zugang zu institutionellen Ressourcen (z.B. Gesundheitszentren, Polizei, Lebensmittelgeschäfte) verbessert und auch die Belas-

tung durch beispielsweise Umweltverschmutzung, Lärm, Tabak- und Alkoholwerbung sowie Kriminalität könnte sich verringern (Sanbonmatsu et al., 2011). Wenn Kinder in Gegenden mit höher gebildeten Erwachsenen leben, könnte sich dies positiv auf die Sprachentwicklung und andere Lernergebnisse, im Sinne der kollektiven Sozialisation, auswirken (Sanbonmatsu et al., 2011).

Die Familien, die an MTO teilnahmen, fühlten sich in ihrer neuen Umgebung sicherer und gaben vermehrte soziale Kontakte zu Vollzeitbeschäftigten oder Collegeabsolventen an als die Familien in der Kontrollgruppe zum Erhebungszeitpunkt 10 bis 15 Jahre nach Randomisierung (Sanbonmatsu et al., 2011). Die Erwachsenen aus der MTO-Gruppen (überwiegend Mütter) verspürten keine verstärkte soziale Isolation, berichteten bessere Wohnbedingungen und waren gekennzeichnet durch weniger psychische Belastungen, geringere Lebenszeitprävalenz von Depressionen und Angststörungen im Gegensatz zur Kontrollgruppe (Sanbonmatsu et al., 2011, Sanbonmatsu et al., 2012). Osypuk et al. (2019) bestätigen den negativen Zusammenhang zwischen armutsgeprägter Nachbarschaft und psychischen Belastungen bei den Erwachsenen (Osypuk et al., 2019). Bei zahlreichen weiteren mentalen Outcomes wurden keine signifikanten Unterschiede zur Kontrollgruppe deutlich (Prävalenz schwerwiegender psychischer Erkrankungen, mentale Gelassenheit, normaler Schlaf, Panikstörungen/-attacken, intermittierend-explosive Verhaltensstörung (engl. Intermittent-explosive disorder - IED), Post-Traumatische Belastungsstörung (engl. Posttraumatic stress disorder - PTSD), mentaler Gesundheits-Index) (Sanbonmatsu et al., 2011, Sanbonmatsu et al., 2012).

In der Gruppe der Mädchen und jungen Frauen (Alter 10-20 Jahre) aus den MTO-Familien zeigten sich geringere Prävalenzen einer lebenslangen affektiven Störung, weniger oppositionelles Trotzverhalten im letzten Jahr, weniger ernsthafte emotionale oder Verhaltensauffälligkeiten, weniger Panikattacken in den vergangenen Jahren und weniger psychische Belastungen als in der Kontrollgruppe (Sanbonmatsu et al., 2011, Gennetian et al., 2012, Schmidt et al., 2020). Keine signifikanten Effekte wurden bei den Outcomes mentale Gelassenheit, Bipolare Störungen, Panikstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen und intermittierend-explosive Verhaltensstörungen ermittelt (Sanbonmatsu et al., 2011, Gennetian et al., 2012, Kessler et al., 2014).

Die zum FU-Zeitpunkt erwachsenen Kinder (Alter 21 – 30 Jahre) sowie die männlichen Jugendlichen und jungen Männer (Alter 10-20 Jahre) profitierten nicht von der MTO-Intervention (Sanbonmatsu et al., 2011, Kessler et al., 2014, Osypuk et al., 2012b). Bei den Jungen kamen vermehrte posttraumatische Belastungsstörungen, nicht signifikante Verschlechterungen mentaler Outcomes (Depressionen, psychische Belastungen, Stimmungsschwankungen, generalisierte Angststörung, Panikattacken, schwerwiegende emotionale oder verhaltensbezogene Probleme) und vermehrtes Problemverhalten als in der Kontrollgruppe auf (Sanbonmatsu et al., 2011, Gennetian et al., 2012, Kessler et al., 2014). Insbesondere die Jungen der MTO-Gruppe, die Opfer von Straftaten wurden, hatten im Vergleich zur Kontrollgruppe mehr psychische Be-

lastungen, mehr Verhaltensprobleme und nicht signifikant vermehrte schwere depressive Störungen (Osypuk et al., 2012a). Auch bei den Mädchen schwächten Gewalterfahrungen die positiven Effekte ab (Osypuk et al., 2012a).

Die Ergebnisse für die gesamte Gruppe der Jugendlichen konnten nicht auf den Einfluss einer geringen elterlichen Bildung, Sozialhilfebezug, Arbeitslosigkeit oder dem Status "nie verheiratet" zurückgeführt werden (Nguyen et al., 2013).

Beschäftigungsorientierte Maßnahmen

Das Milwaukee's „New Hope Project“ basiert auf zwei Grundsätzen: 1. Menschen, die bereit sind zu arbeiten, sollten die Möglichkeit haben, dies zu tun, und 2. Menschen, die Vollzeit arbeiten, sollten nicht arm sein (Huston et al., 2011). Dieses beschäftigungsorientierte Programm zur Armutsbekämpfung, das keine sozialpolitische, sondern eine kommunale Initiative darstellt, beinhaltet ein umfangreiches Anreizprogramm, das Verdienstzuschläge und gemeinnützige Arbeitsplätze sowie Unterstützung bei den Kinderbetreuungs- und Krankenversicherungskosten für vollzeittätige Eltern mit niedrigem Einkommen vorsieht (Huston et al., 2011). Die Follow-Up Erhebung fünf Jahre nach Programmende bestätigte einige vorangegangene Analysen der Zwischenerhebung (Huston et al., 2011). Die Eltern, die an New Hope teilnahmen, berichteten bessere Kontrolle, weniger Disziplinprobleme, Ärger und Erziehungsstress (wird in der Studie als "effektives Kindermanagement" bezeichnet) als die Eltern in der Kontrollgruppe (Huston et al., 2011). Von Seiten der Jugendlichen wird die Beziehung zu den Eltern als unverändert beschrieben (Huston et al., 2011). Sowohl starke Freundschaften als auch das Gefühl, die eigenen Ziele erreichen zu können, werden von Huston et al. als Kennzeichen einer guten sozialen und psychischen Gesundheit der Kinder und Jugendlichen beschrieben (Huston et al., 2011). Die befragten Lehrkräfte verzeichneten keine Veränderungen im Sozialverhalten dieser Gruppe (Huston et al., 2011). Die Eltern dagegen berichteten eine Verbesserung des Sozialverhaltens. Die Kinder und Jugendlichen selbst gaben besseres Wohlbefinden an (auf einem Index für Einsamkeit und Beziehungen zu Gleichaltrigen), und sie fühlten sich optimistischer und effizienter, was das Erreichen ihrer Ziele anging.

Multikomponenten-Angebote im Setting

Ein Beispiel für wirksame Multikomponenten-Programme im Setting Familie sowie Kinderbetreuungseinrichtungen bzw. Familienzentren ist das kanadische Zwei-Generationen-Vorschulprogramm. Das Zwei-Generationen-Vorschulprogramm für Eltern mit niedrigem Einkommen und Kindern im Alter bis zu 36 Monaten beinhaltet Vorschul- und Kindergartenerziehung, Unterstützung beim Transport, nahrhaftes Essen, Gesundheits- und Entwicklungsuntersuchungen/-maßnahmen, verpflichtende Teilnahme an einem Elternangebot zum Thema Erziehung und Vermittlung von Lebenskompetenzen sowie Unterstützung und Beratung der Familie bei Hausbesuchen (Benzies et al., 2014). Bei den Eltern zeigten sich, sowohl im Vorher-Nachher-

Vergleich als auch zum Follow-Up (7 Jahre), signifikante Verbesserungen der Selbstwirksamkeit, der Nutzung von Ressourcen in der Gemeinschaft und Reduktion des Erziehungsstress (Benzies et al., 2014). Bei den Kindern ergaben sich nur kurzfristige signifikante Verbesserungen der kognitiven Entwicklung (Benzies et al., 2014).

Ein weiteres amerikanisches Vorschulprogramm „Child-Parent Center - CPC“ mit umfassendem Familiensupport (Elternbildung, Freiwilligenarbeit im Klassenzimmer, Teilnahme an Schulveranstaltungen und Exkursionen, Förderung des Bildungsniveaus, Hausbesuche, Gesundheits-, Ernährungs-, Screening- und Diagnosedienste (Reynolds & Ou, 2011)) konnte den negativen Effekt von nachteiligen Kindheitserfahrungen (sog. „Adverse Childhood Experiences“) auf depressive Symptome der nun zum Follow-Up-Zeitpunkt (19 bis 22 Jahre nach Programmeintritt) erwachsenen Kinder (22 bis 24 Jahre) nicht abschwächen (Giovannelli et al., 2016). Auch das australische „Miller Early Childhood Sustained Homevisiting (MECSH)“ – Programm erzielte zu keinem Messzeitpunkt signifikant positiven Effekte auf die mentale Gesundheit der Kinder oder auf depressive Symptome der Mütter, Anzahl stressiger Lebensereignisse im vergangenen Jahr und Zufriedenheit mit der Rolle als Mutter (Kemp et al., 2011).

Einige Studien erfüllen grenzwertig die Einschlusskriterien und werden hier als ergänzende Datenlage berichtet.

Übergeordnete sozialpolitische Maßnahmen - öffentliches/staatliches Sicherheitsnetz

Im Zuge der Reform des australischen Sozialsystems wurde die Altersgrenze der Kinder, bis zu welcher alleinerziehende Mütter berechtigt sind staatliche Bezüge (sog. „Parent Payment Single“) zu erhalten, von 16 auf 8 Jahre herabgesetzt (Jovanovski & Cook, 2020). Danach erhalten sie eine Arbeitslosenunterstützung (sog. „Newstart Allowance“), die von geringerem Umfang ist und die verpflichtende Maßnahmen zur Arbeitssuche und Wiedereingliederung umfasst (Jovanovski & Cook, 2020). In Interviews mit betroffenen Müttern wurde deutlich, dass diese großen Unsicherheiten bezüglich Sicherstellung einer gesunden Ernährung empfanden und in einem Zustand der „Selbstaufopferung“ ihre mentale Gesundheit sowie ihr Wohlbefinden deutlich gefährdet war (Jovanovski & Cook, 2020). Die Expansion des amerikanischen „Medicaid“ seit 1997 wird auf Grundlage von Surveydaten (Zeitraum 1998-2010) mit einer Reduktion psychischer Belastungen der Eltern mit niedrigem Einkommen in Verbindung gebracht (Mc Morrow et al., 2016). Ein weiteres Beispiel einer wirksamen sozialpolitischen Maßnahme stellt der, vom kalifornischen Staat bezahlte, Familienurlaub für arbeitstätige Familienmitglieder nach der Geburt des Kindes dar (2004 eingeführt, sog. „paid family leave“) (Lee et al., 2020). Lee et al. (2020) wiesen vor allem bei den Müttern eine Verringerung selbstberichteter psychischer Leiden nach. Die in Japan, für Eltern von Kindern im Alter von 0 bis 15 Jahren, bereitgestellten finanziellen Beihilfen (sog. „child allowance payment“) zur Verringerung bzw. Verhinderung von

Kinderarmut sind in keinem Zusammenhang mit der Reduktion selbstberichteter depressiver Symptome der Kinder zu setzen (Koyama et al., 2020).

Multikomponenten-Angebote im Setting

Das „Nurse Family Partnership – NFP“ aus den USA (Olds et al., 2014) und das deutsche Angebot „Pro Kind“ (Sandner, 2019) bieten Familien, insbesondere Müttern, mit niedrigem Einkommen professionelle Hausbesuche von Hebammen oder Krankenschwestern an. Während „Pro Kind“ bei den Müttern eine langfristige Reduktion des Stressempfindens (FU 12 Monate) und eine Steigerung der Lebenszufriedenheit (12 und 24 Monate FU) sowie des Wohlbefindens (FU 24 Monate) erreichte (Sandner, 2019), zeigt die Erhebung zu NFP eine inkonsistente Datenlage in Bezug auf die Kinder (Olds et al., 2014). Im Alter von 6 Jahren zeigten die Kinder weniger emotionale/verhaltensbezogene Probleme sowie weniger Internalisierungsprobleme und dysfunktionaler Aufmerksamkeit im Alter von 9 Jahren als die Kinder in der Kontrollgruppe (Olds et al., 2014). Keine signifikanten Effekte ergaben sich bei Verhaltensproblemen im Alter von 9 Jahren, Internalisierungsproblemen im Alter von 6 Jahren und Externalisierungsproblemen in beiden Altersgruppen (Olds et al., 2014). Im Alter von 4, 6 und 9 Jahren bewirkte das Programm eine bessere durchschnittliche Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit, wobei visuelle Aufmerksamkeit, Arbeits-erinnerung, intellektuelle Funktionen und Aggressionen unverändert blieben (Olds et al., 2014).

Die Evaluation des präventiven und niedrighschwelligen Elternprogrammes Eltern-AG, das speziell für Familien in besonders belastenden Lebenssituationen entwickelt wurde, beinhaltet ein Mentorenprogramm, AG-Treffen mit Empowerment-Ansatz inklusive Kinderbetreuung, Wissensvermittlung, Erfahrungsaustausch und Stressmanagement (Böhm and Schneider, 2013). Dadurch hat sich das elterliche Empowerment gesteigert, die wahrgenommene soziale Unterstützung hat sich signifikant erhöht (kleiner Effekt) und eine leichte Erhöhung der Erziehungskompetenz wurde erzielt (Böhm & Schneider, 2013). Bei den Kindern kam es zur geringen Verbesserungen der emotionalen Entwicklung (Böhm & Schneider, 2013).

Die deutschen Familienbildungsprogramme: Opstapje, HIPPY und Willkommen mit IMPULS adressieren Familien in schwierigen oder sozial benachteiligten Lebenssituationen und im speziellen Familien mit Migrationserfahrung (Korntheuer, 2021, Impuls Deutschland Stiftung e.V., 2021). Die drei Angebote haben Hausbesuche und Gruppentreffen mit dem Ziel Austausch, Vernetzung, soziale Teilhabe und Integration sowie Kompetenzen zu fördern, gemeinsam. Sie richten sich an verschiedene Altersstufen der Kinder und werden in unterschiedlichem zeitlichen Umfang angeboten. In der Evaluationsstudie von Annette Korntheuer wurde die Gruppe der geflüchteten Familien, die an den IMPULS-Programmen teilnahmen, untersucht (Korntheuer, 2021). Die Onlinebefragung von 68 Programmstandorten ergab verbesserte deutsche Sprachkompetenzen und emotionale Stabilisierung der Mütter und Kinder (Korntheuer, 2021). Die Mütter seien besser in der Lage Kontakte außerhalb der Familie oder zu deutschen Instituten zu knüpfen und zu pflegen (Korntheuer, 2021). Im Jahresbericht der IMPULS-Programme werden

positive Wirkungen im Bereich der sozial-emotionalen Fähigkeiten, dem Bindungsaufbau und dem Gefühl der Sicherheit der Kinder beschrieben (Impuls Deutschland Stiftung e.V., 2021). Außerdem die Förderung der Bindung und Beziehung zwischen Eltern und Kindern und bessere Vernetzung und Integration (Impuls Deutschland Stiftung e.V., 2021).

d. Zusatzmodul „Gesundheitlichen Lage von sozial belasteten Familien“ (kurz: Ergänzungsmodul)

Um in Deutschland wirksame Interventionen und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für besonders belastete Familien implementieren bzw. weiter ausbauen zu können, stellen (a) eine differenzierte Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Familie zur Identifizierung von Zielgruppen sowie (b) die Auswertung und Bündelung der vorliegenden Evidenz zur Wirksamkeit bereits vorhandener Interventionen eine wichtige Voraussetzung dar. Neben der Erstellung der systematischen Reviews wurde daher in das LEFaG-Projekt ergänzend ein Modul integriert, dass die vorhandenen repräsentativen Ergebnisse zur gesundheitlichen Lage von sozial belasteten Familien in Deutschland identifiziert sowie ggf. ergänzende Analysen durchführt.

(a) Gesundheitliche Lage von Alleinerziehenden und ihren Kindern

Zur Gesundheit von AE und ihren Kindern liegen in Deutschland bereits umfangreichere Analysen und Publikationen auf Basis repräsentativer Daten vor (Rattay et al., 2014; Rattay et al., 2015; Rattay et al., 2017; Rattay et al. 2019).

In vergleichender Perspektive von alleinerziehenden Müttern und Vätern mit in Partnerschaft lebenden Müttern und Vätern wurden mit den Daten der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) aus den Jahren 2009, 2010 und 2012 die Prävalenzen für die selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheit, Depressionen, Rückenschmerzen, Adipositas, Rauchen, sportliche Inaktivität und die Nicht-Inanspruchnahme der Zahnvorsorgeuntersuchung berechnet (Rattay et al. 2017). Bei alleinerziehenden Müttern fanden sich für alle einbezogenen Indikatoren der gesundheitlichen Lage (außer Adipositas) signifikant höhere Prävalenzen als bei in Partnerschaft lebenden Müttern. Für alleinerziehende Väter traf dies auf Depressionen, Rauchen und die Nicht-Inanspruchnahme der Zahnvorsorge zu; allerdings war die Fallzahl der alleinerziehenden Väter in einem bevölkerungsrepräsentativen Survey relativ gering, was mit einer geringeren statistischen Power einherging. Ein Teil der stärkeren gesundheitlichen Belastung von alleinerziehenden Müttern ließ sich durch den niedrigeren sozioökonomischen Status von AE gegenüber in Partnerschaft lebenden Müttern erklären. Bei den Männern war dies nicht der Fall. Auf Unterschiede im Erwerbsstatus oder eine geringere soziale Unterstützung ließ sich die höhere gesundheitliche Beeinträchtigung von AE jedoch nicht zurückführen. Vielmehr zeigen sich bei einigen Gesundheitsindikatoren wie z.B. dem Rauchen oder Depressionen kumulative Effekte zwischen dem Alleinerziehenden-Status und einer fehlenden sozialen Unterstützung, der Nichterwerbstätigkeit oder einem geringen sozioökonomischen Status.

In einem Vergleich verschiedener Wohlfahrtsstaatssysteme in der Europäischen Union wurde der Zusammenhang von Familie und Erwerbstätigkeit mit Blick auf die selbsteingeschätzte Gesundheit analysiert (Rattay et al. 2019). Dabei zeigten sich unterschiedliche Zusammenhangsmuster für die verschiedenen Wohlfahrtsstaatssysteme. Während auf Ebene der Gesamt-EU in allen familiären Lebensformen nichterwerbstätige Frauen und Männer am häufigsten eine schlechte Gesundheit berichteten, zeigten sich in Deutschland bei den Müttern weder signifikante Unterschiede in der Gesundheit zwischen Vollzeit-, Teilzeit- und Nichterwerbstätigen noch zwischen alleinerziehenden und in Partnerschaft lebenden Müttern. Mit Blick auf die selbsteingeschätzte Gesundheit liefern die Ergebnisse somit keinen Anhaltspunkt dafür, dass die Kombination von Familie und Erwerbstätigkeit mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen einhergeht. Dies gilt in Deutschland auch für AE.

Eine Analyse mit Daten aus KiGGS Welle 1 ergab allerdings, dass alleinerziehende Mütter und Väter sich im Alltag deutlich stärker belastet fühlen als in Partnerschaft lebende Mütter und Väter (Bolster et al. 2018). In einer Abfrage zu 13 unterschiedlichen Alltagsstressoren gaben 58,3% der Alleinerziehenden an, unter mindestens einer Belastung stark zu leiden, bei den in Partnerschaft lebenden Eltern traf dies auf 32,4% zu (Rattay 2019). Im Vergleich zu in Partnerschaft lebenden Eltern waren AE von fast allen Belastungsarten stärker betroffen. So fühlten sich 26,2% der AE durch die alleinige Verantwortung für die Kindererziehung, 24,8% durch finanzielle Sorgen, 20,7% durch Konflikte mit dem/der (Ex-)Partner/in, 20,1% durch die berufliche Situation oder Arbeitslosigkeit, 13,2% durch Erziehungsprobleme und 9,3% durch Einsamkeit stark belastet. Für alle Alltagsbelastungen zeigte sich, dass Kinder von stark belasteten Eltern häufiger emotionale und Verhaltensauffälligkeiten aufwiesen als Kinder von nicht oder nur gering belasteten Eltern (Bolster et al. 2018). Darüber hinaus wurde das familiäre Miteinander in Ein-Eltern-Familien häufiger als nicht gut bewertet als in Zwei-Eltern-Familien. Allerdings war das familiäre Miteinander auch in Stieffamilien schlechter als in Zwei-Eltern-Familien (Rattay et al. 2014).

Analysen mit Daten der KiGGS Welle 1 liefern Hinweise, dass es im Kindes- und Jugendalter bei einigen Indikatoren der gesundheitlichen Lage Zusammenhänge zur Familienform gibt (Rattay et al. 2014). Während sich für die von den Eltern eingeschätzte allgemeine Gesundheit keine Unterschiede nach Familienform finden, lassen sich für Kinder und Jugendliche aus Ein-Eltern-Familien höhere Prävalenzen für emotionale und Verhaltensprobleme, eine geringe gesundheitsbezogene Lebensqualität, einen geringeren Obst- und Gemüsekonsum sowie das Vorliegen einer chronischen Erkrankung beobachten. Bis auf die höhere Prävalenz für eine chronische Erkrankung sowie emotionale und Verhaltensprobleme lässt sich die höhere gesundheitliche Belastung von Kindern und Jugendlichen aus Ein-Eltern-Familien insbesondere durch einen schlechteren sozioökonomischen Status erklären. Auffällig ist zudem, dass Kinder und Jugendliche, die in Stieffamilien leben, teils höhere Prävalenzen aufweisen als Gleichaltrige aus Ein-Eltern-Familien.

Seite 18/38

Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass der Zusammenhang zwischen Familienform und emotionalen und Verhaltensproblemen in starkem Maße mit dem elterlichen sozioökonomischen Status variiert (Rattay et al. 2015). So finden sich bei Heranwachsenden aus Kern- und Einelternfamilien der hohen sozioökonomischen Statusgruppe mit Blick auf die psychische Gesundheit keine signifikanten Unterschiede. Hingegen sind Kinder und Jugendliche aus Familien der niedrigen Statusgruppe deutlich häufiger von emotionalen und Verhaltensproblemen betroffen. Dies gilt auch für Heranwachsende aus Kernfamilien; allerdings liegen die Werte bei den Ein-Eltern- und Stieffamilien nochmals höher, was bei der psychischen Gesundheit auf einen kumulativen Effekt von Familienform und sozioökonomischen Status hinweist (Rattay et al. 2015).

(b) Gesundheitliche Lage von Eltern und Kindern in suchtblasteten Familien

Aussagen zu suchtblasteten Familien beruhen in Deutschland auf Schätzungen oder Hochrechnungen (BMG 2017). Eine Schwierigkeit stellen dabei die unterschiedlichen Konzepte, Definitionen sowie die Erfassung einer Suchterkrankung in einem repräsentativen Survey dar (Krause et al. 2021), so dass von einer großen Ungenauigkeit und Dunkelziffer ausgegangen werden muss. Kraus et al. (2021) schätzen auf der Basis der Daten des epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) aus dem Jahr 2018, dass zwischen 11,2% und 20,2% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland in einem Haushalt mit einem suchterkrankten Erwachsenen leben, der oder die eine Substanzstörung laut DSM-IV Diagnose (Missbrauch oder Abhängigkeit) im Zusammenhang mit dem Konsum von Tabak, Alkohol, Kokain, Cannabis, Amphetaminen, Schmerzmitteln, Schlaf- oder Beruhigungsmitteln aufweist. In absoluten Zahlen entspricht dies einer Anzahl zwischen 1,5 und 2,75 Millionen Kindern und Jugendlichen. 5,1% bis 9,2% der Kinder und Jugendlichen leben in Deutschland mit einem Erwachsenen mit einer Alkoholkonsumstörung oder -abhängigkeit zusammen. In absoluten Zahlen entspricht dies einer Anzahl zwischen 688.000 und 1.26 Millionen Kindern und Jugendlichen (Krause et al. 2021).

Analysen mit Daten der GEDA-Studie aus den Jahren 2009 bis 2012 ergaben, dass 18,4% der Mütter und 29,6% der Väter einen riskanten Alkoholkonsum aufwiesen. Mit Blick auf das regelmäßige Rauschtrinken („binge drinking“) war eine Prävalenz von 8,4% bei den Müttern und 21,0% bei den Vätern zu beobachten (Varnaccia et al. 2019). Auffällig ist, dass ein riskanter Alkoholkonsum sowie ein regelmäßig praktiziertes Rauschtrinken auch bei Eltern mit höherer Bildung sowie bei Müttern mit einem höheren Einkommen zu finden war.

Die sozialen, körperlichen und psychischen Auswirkungen einer elterlichen Alkoholabhängigkeit, aber auch eines Alkoholmissbrauchs durch Eltern auf die betroffenen Kinder sind groß und durch internationale Studien gut belegt (Rossow et al. 2016; Kuppens et al. 2020). Speziell für Deutschland gibt es jedoch keine aktuelle Studie, die belastbare, repräsentative Daten zur Gesundheit von suchtblasteten Kindern ermöglicht.

(c) Gesundheitliche Lage von Familien in Armut

Zusammenhänge zwischen dem sozioökonomischen Status bzw. Armut und der Gesundheit von Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen sind hinlänglich bekannt und bereits durch zahlreiche Publikationen mit Daten des Robert Koch-Instituts belegt (Lampert & Kroll, 2010; Lampert et al., 2017; Kuntz et al. 2018; Lampert & Kuntz 2019).

Analysen mit Daten der KiGGS Welle 2 ergaben, dass Kinder und Jugendliche, die in Armut aufwachsen, deutlich häufiger in ihrer Gesundheit beeinträchtigt sind als Gleichaltrige aus Familien mit mittlerem oder hohem Einkommen. Dies gilt sowohl für die selbsteingeschätzte Gesundheit und dauerhafte gesundheitliche Einschränkungen als auch für die psychische Gesundheit. Darüber hinaus weisen Kinder und Jugendliche aus armen Familien ein weniger gesundheitsförderliches Ernährungs- und Bewegungsverhalten auf und sind häufiger übergewichtig und adipös (Lampert & Kuntz 2019). Die Ergebnisse zeigen, dass sich der Effekt des Einkommens auf das Gesundheitsverhalten deutlich verringert, wenn die Bildung und berufliche Stellung der Eltern einbezogen wird. Dies verdeutlicht die besondere Bedeutung der Bildung der Eltern für das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen, welches über das Gesundheitswissen, gesundheitsbezogene Einstellungen der Eltern sowie das elterliche Vorbild vermittelt werden (Lampert & Kuntz 2019).

Mit Daten der KiGGS-Kohorte wurde zudem untersucht, durch welche Mechanismen ein niedriger sozioökonomischer Status zu einer schlechteren allgemeinen Gesundheit bei Jugendlichen führt (Rattay et al., 2022). Soziale Benachteiligungen führen demnach durch ein schlechteres Familienklima, ein schlechteres Wohlbefinden der Eltern sowie ein weniger gesundheitsförderliches Verhalten der Eltern zu einer schlechteren Gesundheit bei Jugendlichen.

Die gesundheitliche Lage von Eltern in Armut, die mit minderjährigen Kindern zusammenleben, ist hingegen bislang kaum gesondert betrachtet worden. Im Rahmen des LEFaG-Projekts wurde daher mit Daten der Studie GEDA 2019/2020-EHIS (6.462 Frauen, 6.172 Männer) analysiert, ob der Zusammenhang von Einkommen und Gesundheit zwischen Frauen und Männern mit und ohne Kinder variiert. Für die selbst eingeschätzte Gesundheit, eine depressive Symptomatik, Adipositas, Rückenschmerzen, Rauchen, Alkoholkonsum, Obst- und Gemüseverzehr sowie sportliche Aktivität wurden adjustierte Prävalenzen stratifiziert nach Elternstatus und Einkommen berechnet.

Die Analysen zeigen, dass Frauen und Männer, die mit Kindern zusammenleben, gesünder sind und sich gesünder verhalten als Frauen und Männer ohne Kinder.

Stratifiziert man nach Einkommen, sind für Frauen und Männer in Armut ungünstigere Gesundheitsergebnisse zu beobachten; dies ist sowohl bei Eltern als auch kinderlosen Frauen und Männern der Fall. Eine Ausnahme stellt allerdings der Alkoholkonsum dar: Arme Frauen mit und ohne Kinder trinken seltener in riskantem Maße Alkohol als Frauen mit höherem Einkommen. Bei Männern zeigen sich beim Alkoholkonsum sowie beim Obst- und Gemüseverzehr keine Unterschiede nach Einkommen. Auffällig ist ferner, dass bei Adipositas, sportlicher Inaktivität und Rauchen die Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen bei Frauen mit Kindern größer ausfallen als bei Frauen ohne Kinder.

Seite 20/38

Elternschaft kann somit als eine wichtige soziale Ressource für Gesundheit angesehen werden. Mütter in Armut profitieren jedoch mit Blick auf einige verhaltensassoziierte Outcomes nicht im selben Maße vom Zusammenleben mit Kindern wie Mütter mit höheren Haushaltseinkommen. Auch Ergebnisse auf Basis der GEDA-Daten 2009-2012 belegen, dass in der niedrigen sozio-ökonomischen Statusgruppe Mütter deutlich häufiger von einer Adipositas betroffen sind als Frauen ohne Kinder. In der hohen sozioökonomischen Statusgruppe weisen Mütter hingegen eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit für eine Adipositas auf als Frauen ohne Kinder. In der mittleren SES-Gruppe finden sich keine Unterschiede nach dem Elternstatus. Die Gruppe der Eltern ist somit in Hinblick auf die Verbreitung von Adipositas deutlich heterogener als die Gruppe der kinderlosen Frauen und Männer (Rattay et al. accepted).

Ein möglicher Erklärungsansatz könnte darin liegen, dass die Bilanz aus positiven und negativen Effekten von Elternschaft auf die Gesundheit stark mit den sozialen und ökonomischen Ressourcen, die Eltern zur Bewältigung der Anforderungen zur Verfügung stehen, variiert (Nomaguchi & Milkie 2020). Während Eltern mit guten sozioökonomischen Ressourcen gesundheitlich eher von den protektiven Effekten von Elternschaft (wie engen sozialen und emotionalen Beziehungen, Sinnstiftung etc.) profitieren, kommen bei Eltern – und hier insbesondere bei Müttern mit geringen sozioökonomischen Ressourcen – Belastungen und Stress, die mit Elternschaft einhergehen können, vermutlich eher zum Tragen (Rattay et al. accepted).

Eine Publikation der Ergebnisse zum Thema „Armut und Gesundheit von Eltern“ ist für das Frühjahr 2022 im internationalen Open Access-Journal „Frontiers in Public Health“ geplant. Die Ergebnisse werden zudem beim „Kongress Armut und Gesundheit“ 2022 in der Session „Lebensrealitäten und Unterstützungsbedarfe von Familien“ am 24.03.2022 vorgestellt (Folien siehe Anhang F). Aufgrund der Erkrankung von P. Rattay wird der Vortrag von Dr. J. Waldhauer vom RKI gehalten.

Resümee

Mit der Analyse der gesundheitlichen Lage von Eltern in Armut im Rahmen des Projekts konnte eine Forschungslücke in Deutschland geschlossen werden. Mit Blick auf die Beschreibung der Gesundheit von Kindern, die in Armut aufwachsen, sowie von Alleinerziehenden und ihren Kindern ist die Datenlage in Deutschland insgesamt als gut zu bewerten. Weiterer Forschungsbedarf besteht aus unserer Sicht jedoch in Hinblick auf mögliche Erklärungsmechanismen, durch die soziale Benachteiligungen von Familien zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen können. Die Analyse der Entstehung gesundheitlicher Ungleichheit in Familien ist auch mit Blick auf Interventionen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung von Bedeutung, da sie Ansatzpunkte für die (Weiter-)Entwicklung liefern kann. Mit Blick auf die gesundheitliche Lage von Eltern und Kindern aus suchbelasteten Familien besteht ein besonders hoher Forschungsbedarf.

2. Wichtigste Positionen des zahlenmäßigen Nachweises

Der zahlenmäßige Nachweis wurde von der Drittmittelabteilung der Alice Salomon Hochschule Berlin gesondert erarbeitet und dem Projektträger zugestellt. Da es gegenüber dem Fördermittelbescheid in keiner Budgetposition eine Veränderung von mehr als 20 % gab, wird an dieser Stelle nur auf den zahlenmäßigen Verwendungsnachweis verwiesen.

3. Voraussichtlicher Nutzen, insbesondere die Verwertbarkeit des Ergebnisses – auch konkrete Planungen für die nähere Zukunft – im Sinne des fortgeschriebenen Verwertungsplans

Das wissenschaftliche Ziel einer aktuellen und umfassenden Darstellung der Evidenz zu den Fragestellungen gegliedert nach den drei Subgruppen wurde zum Projektende wie geplant erreicht. Mit der systematischen Aufarbeitung der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz, aufgesplittet nach den drei benannten vulnerablen Subgruppen, gelang es einen wichtigen Baustein eines evidenzbasierten Vorgehens in der Gesundheitsförderung zu liefern. Die Projektergebnisse bilden außerdem eine gute Basis für zukünftige Forschungsanträge zu entsprechenden Ausschreibungen, weil sich dadurch gezeigt hat, zu welchen wichtigen Fragen noch zu wenig Studien und zu wenig Evidenz zur Verfügung stehen und weiterer Forschungsbedarf besteht.

4. Der während der Durchführung des Vorhabens dem Zuwendungsempfänger bekannt gewordene Fortschritt auf dem Gebiet des Vorhabens bei anderen Stellen

Fortschritte auf dem Gebiet des Vorhabens (also beispielsweise systematische Reviews anderer Forschergruppen mit gleicher oder ähnlicher Forschungsfrage) sind uns nicht bekannt.

5. Die erfolgten oder geplanten Veröffentlichungen des Ergebnisses nach Nr. 5 der NABF

Die Studienregistrierung erfolgte am 01.03.2021 bei „Research Registry“ (UIN: researchregistry1095). Das Vorhaben und Zwischenergebnisse wurden am 17.03.2021 beim Kongress Armut und Gesundheit (Kuschick et al., 2021a) und am 24.09.2021 bei der 56. Jahrestagung der DGSM (Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention) vorgestellt. Das Studienprotokoll wurde am 07.04.2021 auf dem Publikationsserver der Alice Salomon Hochschule Berlin veröffentlicht (Geene et al., 2021). Am 03.09.2021 fand der Abschlussworkshop im Online-Format statt (siehe Anhang D).

Die angestrebten Publikationen erfolgten bzw. erfolgen wie nachstehend gelistet:

- Zur Subgruppe AE wurde am 13.10.2021 der Artikel „Familiäre Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden und ihren Kindern“ in der Zeitschrift „Prävention und Gesundheitsförderung“ Open Access publiziert (Kuschick et al., 2021b).

Seite 22/38

- Das Manuskript „Armut und Gesundheit von Eltern (Poverty and health of parents)“, das in Kooperation mit dem RKI entstand, wird im April 2022 bei dem internationalen Open Access-Journal „Frontiers in Public Health“ eingereicht (Rattay et al., i.V.).
- Das Manuskript zur Untergruppe Sucht (Kuschick et al., i.V.) wurde bei der Zeitschrift „Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy“ eingereicht. Im Reviewverfahren wurde grundsätzlicher Überarbeitungsbedarf angemerkt.
- Eine weitere Bearbeitung dieses Papers sowie des Papers für die Untergruppe Armut (Kuschick et al., i.V.) bei der Zeitschrift „Praxis Klinische Verhaltensmedizin & Rehabilitation“ erfolgt im Rahmen ehrenamtlicher Tätigkeit der Projektbeteiligten, da eine Finanzierung notwendiger Personalressourcen aktuell nicht mehr gegeben ist.

Literatur

- BENZIES, K., MYCHASIUK, R., KURILOVA, J., TOUGH, S., EDWARDS, N. & DONNELLY, C. 2014: Two-generation preschool programme: immediate and 7-year-old outcomes for low-income children and their parents. 19, 203-214.
- BISCHOF, G., IWEN, J., FREYER-ADAM, J. & RUMPF, H.-J. 2016: Efficacy of the community reinforcement and family training for concerned significant others of treatment-refusing individuals with alcohol dependence: A randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 163, 179-185.
- BÖHM, B. & SCHNEIDER, M. 2013: Evaluation der ELTERN-AG. Abschlussbericht. Berlin: nexus Institut für Kooperationsmanagement und interdisziplinäre Forschung e.V.
- Bolster M, Rattay P, Hölling H, Lampert T (2020). Zusammenhang zwischen elterlichen Belastungen und der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 29(1), 30-39.
- CHANDLER, J., CUMPSTON, M., THOMAS, J., HIGGINS, J. P., DEEKS, J. J. & CLARKE, M. J. 2019: Chapter 1: Introduction. In: HIGGINS, J. P., THOMAS, J., CHANDLER, J., CUMPSTON, M., LI, T., PAGE, M. J. & WELCH, V. A. (Hrsg.) *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.0*.
- CHASE-LANSDALE, P. L., CHERLIN, A. J., GUTTMANNOVA, K., FOMBY, P., RIBAR, D. C. & COLEY, R. L. 2011: Long-Term Implications of Welfare Reform for the Development of Adolescents and Young Adults. *Child Youth Serv Rev*, 33, 678-688.
- CHERSICH, M. F., URBAN, M., OLIVIER, L., DAVIES, L.-A., CHETTY, C., VILJOEN, D. J. A. & ALCOHOLISM 2012: Universal prevention is associated with lower prevalence of fetal alcohol spectrum disorders in Northern Cape, South Africa: a multicentre before–after study. *Alcohol and Alcoholism*, 47, 67-74.
- COLES, C. D., KABLE, J. A., TADDEO, E. & STRICKLAND, D. C. 2015: A metacognitive strategy for reducing disruptive behavior in children with fetal alcohol spectrum disorders: goFAR pilot. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 39, 2224-2233.
- COURTIN, E., MUENNIG, P., VERMA, N., RICCIO, J. A., LAGARDE, M., VINEIS, P., KAWACHI, I. & AVENDANO, M. 2018: Conditional Cash Transfers And Health Of Low-Income Families In The US: evaluating The Family Rewards Experiment. *Health affairs (project hope)*, 37, 438-446.
- EÉK, N., ROMBERG, K., SILJEHOLM, O., JOHANSSON, M., ANDREASSON, S., LUNDGREN, T., FAHLKE, C., INGESSON, S., BÄCKMAN, L. & HAMMARBERG, A. 2020: Efficacy of an Internet-Based Community Reinforcement and Family Training Program to Increase Treatment Engagement for AUD and to Improve Psychiatric Health for CSOs: A Randomized Controlled Trial. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 55, 187-195.
- EPHPP (PUBLIC HEALTHCARE PANACEA PROJECT) 2020: *Effective Public Healthcare Panacea Project: Independent source of information about health care in Canada. Quality Assessment Tool for Quantitative Studies*. Abgerufen von: <https://www.ehphp.ca/quality-assessment-tool-for-quantitative-studies/> [Letzter Zugriff 17.03.2022].
- GEENE, R., KUSCHICK, D., KUCK, J., RATTAY, P. & PACHANOV, A. 2021: Studienprotokoll zum Projekt: "Literaturrecherche und Evidenzauswertung von Ansätzen zur Gesundheitsförderung bei sozial belasteten Familien (LEFaG)". Abrufbar unter: <https://opus4.kobv.de/opus4-ash/frontdoor/index/index/docId/373>.
- GENNETIAN, L. A., SCIANDRA, M., SANBONMATSU, L., LUDWIG, J., KATZ, L. F., DUNCAN, G. J., KLING, J. R. & KESSLER, R. C. 2012: The Long-Term Effects of Moving to Opportunity on Youth Outcomes. *Cityscape*, 14, 137-68.
- GIBBS, A. 2019: An evidence-based training and support course for caregivers of children with foetal alcohol spectrum disorder (FASD) in New Zealand. *Advances in Dual Diagnosis*, 12, 73-84.
- GIOVANELLI, A., REYNOLDS, A. J., MONDI, C. F. & OU, S.-R. 2016: Adverse Childhood Experiences and Adult Well-Being in a Low-income, Urban Cohort. 137.
- GUSTAFSON, D. H., MCTAVISH, F. M., SCHUBERT, C. J. & JOHNSON, R. A. 2012: The effect of a computer-based intervention on adult children of alcoholics. *Journal of addiction medicine*, 6, 24-28.

Seite 24/38

- HUANG, J., KIM, Y. & SHERRADEN, M. 2017: Material hardship and children's social-emotional development: testing mitigating effects of Child Development Accounts in a randomized experiment. *Child*, 43, 89-96.
- HUANG, J., SHERRADEN, M., KIM, Y. & CLANCY, M. 2014a: Effects of Child Development Accounts on Early Social-Emotional Development: An Experimental Test. *JAMA Pediatrics*, 168, 265-271.
- HUANG, J., SHERRADEN, M. & PURNELL, J. Q. 2014b: Impacts of Child Development Accounts on maternal depressive symptoms: evidence from a randomized statewide policy experiment. *Social science & medicine (1982)*, 112, 30-8.
- HUSTON, A. C., GUPTA, A. E., WALKER, J. T., DOWSETT, C. J., EPPS, S. R., IMES, A. E. & MCLOYD, V. C. 2011: The long-term effects on children and adolescents of a policy providing work supports for low-income parents. 30, 729-754.
- IMPULS DEUTSCHLAND STIFTUNG e.V. 2021: IMPULS Jahresbericht 2020. Entdecken, lernen, gestalten. Frühe Bildung in der Familie. Bremen.
- JOVANOVSKI, N. & COOK, K. 2020: How Australian welfare reforms shape low-income single mothers' food provisioning practices and their children's nutritional health. 30, 340-351.
- KABLE, J. A., COLES, C. D., STRICKLAND, D. & TADDEO, E. 2012: Comparing the Effectiveness of On-Line versus In-Person Caregiver Education and Training for Behavioral Regulation in Families of Children with FASD. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10, 791-803.
- KABLE, J. A., TADDEO, E., STRICKLAND, D. & COLES, C. D. 2016: Improving FASD Children's Self-Regulation: Piloting Phase 1 of the GoFAR Intervention. *Child & family behavior therapy*, 38, 124-141.
- KEIL, V., PALEY, B., FRANKEL, F. & O'CONNOR, M. J. 2010: Impact of a Social Skills Intervention on the Hostile Attributions of Children With Prenatal Alcohol Exposure. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34, 231-241.
- KEMP, L., HARRIS, E., MCMAHON, C., MATTHEY, S., VIMPANI, G., ANDERSON, T., SCHMIED, V., ASLAM, H. & ZAPART, S. 2011: Child and family outcomes of a long-term nurse home visitation programme: a randomised controlled trial. *Archives of disease in childhood*, 96, 533-540.
- KESSLER, R. C., DUNCAN, G. J., GENNETIAN, L. A., KATZ, L. F., KLING, J. R., SAMPSON, N. A., SANBONMATSU, L., ZASLAVSKY, A. M. & LUDWIG, J. 2014: Associations of housing mobility interventions for children in high-poverty neighborhoods with subsequent mental disorders during adolescence. *JAMA - journal of the american medical association*, 311, 937-947.
- KORNTHEUER, A. 2021: Geflüchtete Familien wirksam unterstützen. Eine systemische Evaluationsstudie der Familienbildungsprogramme Willkommen mit IMPULS, HIPPY und Opstapje. Eichstätt: Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt.
- KOYAMA, Y., FUJIWARA, T., ISUMI, A. & DOI, S. 2020: Is Japan's child allowance effective for the well-being of children? A statistical evaluation using data from K-CHILD study. *BMC Public Health*, 20, 1503.
- Kraus L, Uhl A, Atzendorf J, Seitz NN. Estimating the number of children in households with sub-stance use disorders in Germany. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2021 Nov 6;15(1):63.
- Kuntz B, Rattay P, Poethko-Müller C, Thamm R, Hölling H, Lampert T (2018). Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring* 3(3).
- Kuppens S, Moore SC, Gross V, Lowthian E, Siddaway A P (2020). The Enduring Effects of Parental Alcohol, Tobacco, and Drug Use on Child Well-being: A Multilevel Meta-Analysis. *Development and psychopathology*, 32(2), 765-778.
- KUSCHICK, D., KUCK, J., PACHANOV, A., RATTAY, P. & GEENE, R. 2021a: Kongressdokumentation: "Literaturrecherche und Evidenzauswertung von Ansätzen zur Gesundheitsförderung bei sozial belasteten Familien (LEFaG)". Abrufbar über: <https://opus4.kobv.de/opus4-ash/frontdoor/index/index/docId/411>.
- KUSCHICK, D., KUCK, J., RATTAY, P., PACHANOV, A. & GEENE, R. 2021b: Familiäre Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden und ihren Kindern. *Prävention und Gesundheitsförderung*. DOI: 10.1007/s11553-021-00905-1
- Lampert T, Hoebel J, Kuntz B, Müters S, Kroll, LE (2017). Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. Berlin: RKI.
- Lampert T, Kroll L (2010). Armut und Gesundheit. In: Robert Koch Institut (Hrsg.), GBE kompakt. Berlin.

- 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, 62:1263–1274.
- LEE, B. C., MODREK, S., WHITE, J. S., BATRA, A., COLLIN, D. F. & HAMAD, R. 2020. The effect of California's paid family leave policy on parent health: A quasi-experimental study. *Social Science & Medicine*, 251, 112915.
- LEENAARS, L. S., DENYS, K., HENNEVELD, D. & RASMUSSEN, C. 2012: The impact of fetal alcohol spectrum disorders on families: Evaluation of a family intervention program. *Community Mental Health Journal*, 48, 431-435.
- MC MORROW, S., KENNEY, G. M., LONG, S. K. & GOIN, D. E. 2016: Medicaid Expansions from 1997 to 2009 Increased Coverage and Improved Access and Mental Health Outcomes for Low-Income Parents. 51, 1347-1367.
- MILLER, C., MILLER, R., VERMA, N., DECHAUSAY, N., YANG, E., RUDD, T., RIDRIGUEZ, J. & HONIG, S. 2016: Effects of a Modified Conditional Cash Transfer Program in Two American Cities Findings from Family Rewards 2.0.
- MOHER, D., LIBERATI, A., TETZLAFF, J. & ALTMAN, D. G. 2009: Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ*, 339, b2535.
- MORRIS, P. A., ABER, J. L., WOLF, S. & BERG, J. 2017: Impacts of Family Rewards on Adolescents' Mental Health and Problem Behavior: understanding the Full Range of Effects of a Conditional Cash Transfer Program. *Prevention science*, 18, 326-336.
- NAM, Y., WIKOFF, N. & SHERRADEN, M. 2014: Economic Intervention and Parenting: A Randomized Experiment of Statewide Child Development Accounts. *Research on Social Work Practice*, 26, 339-349.
- NASH, K., STEVENS, S., GREENBAUM, R., WEINER, J., KOREN, G. & ROVET, J. 2015: Improving executive functioning in children with fetal alcohol spectrum disorders. *Child Neuropsychology*, 21, 191-209.
- NGUYEN, Q. C., SCHMIDT, N. M., GLYMOUR, M. M., REHKOPF, D. H. & OSYPUK, T. L. 2013: Were the mental health benefits of a housing mobility intervention larger for adolescents in higher socioeconomic status families? *Health & place*, 23, 79-88.
- Nomaguchi K, Milkie M A (2020). Parenthood and well-being: A decade in review. *Journal of Marriage and the Family*, 82(1), 198-223.
- NORDENFORS, M. & HÖJER, I. 2017: Mothers with substance and alcohol abuse—support through pregnancy and early infancy. *Social Work in Health Care*, 56, 381-399.
- OLDS, D. L., HOLMBERG, J. R., DONELAN-MCCALL, N., LUCKEY, D. W., KNUDTSON, M. D. & ROBINSON, J. 2014: Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses on children: follow-up of a randomized trial at ages 6 and 9 years. *JAMA pediatrics*, 168, 114-121.
- OSYPUK, T. L., SCHMIDT, N. M., BATES, L. M., TCHETGEN-TCHETGEN, E. J., EARLS, F. J. & GLYMOUR, M. M. 2012a: Gender and crime victimization modify neighborhood effects on adolescent mental health. *Pediatrics*, 130, 472-481.
- OSYPUK, T. L., SCHMIDT, N. M., KEHM, R. D., TCHETGEN TCHETGEN, E. J. & GLYMOUR, M. M. 2019: The price of admission: does moving to a low-poverty neighborhood increase discriminatory experiences and influence mental health? *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 54, 181-190.
- OSYPUK, T. L., TCHETGEN, E. J. T., ACEVEDO-GARCIA, D., EARLS, F. J., LINCOLN, A., SCHMIDT, N. M. & GLYMOUR, M. M. 2012b: Differential mental health effects of neighborhood relocation among youth in vulnerable families: results from a randomized trial. *Arch Gen Psychiatry*, 69, 1284-1294.
- OUZZANI, M., HAMMADY, H., FEDOROWICZ, Z. & ELMAGARMID, A. 2016: Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5, 210.
- PETRENKO, C. L. M., DEMEUSY, E. M. & ALTO, M. E. 2019: Six-Month Follow-up of the Families on Track Intervention Pilot Trial for Children With Fetal Alcohol Spectrum Disorders and Their Families. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 43, 2242-2254.
- PETRENKO, C. L. M., PANDOLFINO, M. E. & ROBINSON, L. K. 2017: Findings from the Families on Track Intervention Pilot Trial for Children with Fetal Alcohol Spectrum Disorders and Their Families. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41, 1340-1351.

Seite 26/38

- RADEY, M., MCWEY, L. & CUI, M. 2020: Psychological distress among low-income mothers: the role of public and private safety nets. *Women Health*, 60, 692-706.
- Rattay P (2019). Gesundheit von Alleinerziehenden und ihren Kindern. Vortrag. Hohenheimer Tage der Familienpolitik https://www.statistik-bw.de/FaFo/Analysen/Hohenheimer_Tage/Tagungsdok_2019-10-22/Tagungsdok_06.pdf
- Rattay P, Blume B, Wachtler B, Wollgast L, Spallek J, Hoffmann S, Sanders L, Herr R, Herke M, Reuter M, Novelli A, Hövener C (2022). Socioeconomic position and self-rated health among female and male adolescents: the role of familial determinants in explaining health inequalities. Results of the German KiGGS study. *Plos One* (accepted).
- Rattay P, Grigo N, Schienkiewitz A (2022). Zusammenhänge zwischen dem sozioökonomischen Status und Adipositas bei Frauen und Männern mit und ohne Kinder. *Psychosoziale und Medizinische Rehabilitation* (accepted).
- Rattay p, von der Lippe E, Lampert T, KiGGS Study Group (2014). Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Eineltern-, Stief- und Kernfamilien. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsbl* 2014 · 57:860-868.
- Rattay p, von der Lippe E, Lampert T (2015). Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Eineltern-, Stief- und Kernfamilien. Ergebnisse der KiGGS-Studie (KiGGS Welle 1). *Gesundheit Berlin-Brandenburg* (Hrsg.): Dokumentation 20. Kongress Armut und Gesundheit, Berlin. https://www.armut-und-gesundheit.de/uploads/tx_gbbkongressarchiv/Rattay_P_von_der_Lippe_E_Lampert_T_Kinder_im_Kita-_und_Schulalter.pdf. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsbl* 2014 · 57:860-868.
- Rattay P, von der Lippe E, Borgmann L, Lampert T (2017). Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2(4).
- Rattay P, Müters S, Borgmann LS, von der Lippe E, Poethko-Müller C, Lampert T (2019). Partnerschaft, Elternschaft, Erwerbstätigkeit und selbsteingeschätzte. Gesundheit in Deutschland und der EU – Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS) 2. *Journal of Health Monitoring* 4(4).
- REYNOLDS, A. J. & OU, S.-R. 2011: Paths of Effects From Preschool to Adult Well-Being: A Confirmatory Analysis of the Child-Parent Center Program. 82, 555-582.
- RICCIO, J. A., DECHAUSAY, N., MILLER, C., NUNEZ, S., VERMA, N. & YANG, E. 2013: Conditional Cash Transfers in New York City. The Continuing Story of the Opportunity NYC–Family Rewards Demonstration.
- Rossow I, Felix L, Keating P, McCambridge J. Parental drinking and adverse outcomes in children: A scoping review of cohort studies. *Drug Alcohol Rev.* 2016 Jul;35(4):397-405.
- SANBONMATSU, L., LUDWIG, J., KATZ, L. F., GENNETIAN, L. A., DUNCAN, G. J., ADAM, E., MCDADE, T. W. & TESSLER LINDAU, S. 2011: Moving to Opportunity for Fair Housing Demonstration Program. Final Impacts Evaluation. Washington, DC: U.S. Department of Housing and Urban Development, Office of Policy Development and Research.
- SANBONMATSU, L., MARVAKOV, J., POTTER, N. A., YANG, F., ADAM, E., CONGDON, W. J., DUNCAN, G. J., GENNETIAN, L. A., KATZ, L. F., KLING, J. R., KESSLER, R. C., LINDAU, J., LUDWIG, J. & MCDADE, T. W. 2012: The Long-Term Effects of Moving to Opportunity on Adult Health and Economic Self-Sufficiency. *Cityscape*, 14/2, 109-136.
- SANDNER, M. 2019: Effects of early childhood intervention on fertility and maternal employment: evidence from a randomized controlled trial. *Journal of health economics*, 63, 159-181.
- SCHAEFFER, C. M., SWENSON, C. C., TUERK, E. H. & HENGGELE, S. W. 2013: Comprehensive treatment for co-occurring child maltreatment and parental substance abuse: outcomes from a 24-month pilot study of the MST-Building Stronger Families program. *Child Abuse Negl*, 37, 596-607.
- SCHMIDT, N. M., GLYMOUR, M. M. & OSYPUK, T. L. 2020: Does the Temporal Pattern of Moving to a Higher Quality Neighborhood across a 5-Year Period Predict Psychological Distress among Adolescents? Results from a Federal Housing Experiment. *American journal of epidemiology*.
- SLESNICK, N. & ERDEM, G. 2012: Intervention for homeless, substance abusing mothers: findings from a non-randomized pilot. *Behav Med*, 38, 36-48.
- SON, J. Y. & CHOI, Y. J. 2010: The Effect of an Anger Management Program for Family Members of Patients With Alcohol Use Disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24, 38-45.

Seite 27/38

Varnaccia G, Manz K, Zeiher J, Rattay P, Lange C (2019). Risky Alcohol Consumption and Heavy Episodic Drinking among Parents in Germany: Results of a Nationwide Cross-Sectional Study. Journal of Environmental and Public Health, 2019.

VERITAS HEALTH INNOVATION o.J.: Covidence systematic review software. Melbourne, Australia.: Veritas Health Innovation.

Anhang A: Aktualisierte Meilensteinplanung Teil 1

[illegible]

Anhang A: Aktualisierte Meilensteinplanung Teil 2

Meilensteine und dazugehörige Arbeitspakete in der Jahresplanung (Aufstockungsantrag LEFaG 01EL2021)	Mai 2021	Juni 2021	Juli 2021	Aug. 2021	Sept. 2021	Okt. 2021
M1 Theoretischer Hintergrund						
1. Definitorische Eingrenzung „Familiäre Gesundheitsförderung“ und „sozial belastete Familien“						
2. Lebenslagenspezifische Präventionsbedarfe und -potenziale je zu AE*, Armut**, Sucht***						
3. Ausarbeitung von möglichen Wirkmechanismen bei Interventionen für sozial belastete Familie						
M2 Datenbankrecherche und Auswertung für alle drei Untergruppen						
M2a) Untergruppe AE*						
Schritte 1.-6. siehe oben						
M2b) Untergruppe Sucht**						
Schritte 1.-6. siehe oben						
M2c) Untergruppe Armut***						
1. Suchstrategien erstellen, Austestung, Konsens	x					
2. Durchführung der Suche und Auswahl der Studien	x	x				
3. Qualitätsbewertung der Studien			x	x		
4. Datenextraktion				x	x	
5. Deskriptive Auswertung					x	x
6. Weitere Auswertungsschritte (ggf. Metaanalyse)						x
M3 Modul zur Beschreibung der Gesundheit von sozial belasteten Familien (RKI)						
Erstellung Paper „Armut und Gesundheit von Eltern“	x	x				
Zusammenbringen der Ergebnisse zur gesundheitlichen Lage und zur Wirksamkeit von Maßnahmen der GF, Ableitung von Empfehlungen für familiäre GF			x	x	x	x
M4 Erstellung des Abschlussberichts						
Deskriptive zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse (ggf. Darstellung der metaanalytischen Ergebnisse)				x	x	x
M5 Abschluss-Workshop						
1. Vorbereitung			x	x	x	
2. Arbeitstagung: Präsentation der Ergebnisse & Diskussion					x	
3. Nachbereitung						x
M6 Planung und Einreichung von Papern						
Untergruppe AE*	x					
Untergruppe Sucht**	x					
Untergruppe Armut***					x	x
ggf. Überarbeitung der Paper nach Begutachtung						

Anhang B: Übersicht eingeschlossener Studien Review Sucht

Studien	Intervention	Adressatengruppe
Quantitative Studiendesigns		
Bischof 2016:	Community Reinforcement and Family Training - CRAFT	CSOs
Chersich 2012:	universelles Präventionsprogramm	Gesellschaft, insb. Schwangere, Frauen
Coles 2015:	GoFAR® - Kombinationen Computerspiel, Elternt raining & Verhaltenstherapie	Kinder mit FASD und deren Sorgeberechtigten
Éek 2020:	Internet-Based Community Reinforcement and Family Training - iCRAFT	CSOs
Gustafson 2012:	Comprehensive Health Enhancement Support System - CHES	CSOs
Kable 2012:	web-based parent education program and workshop	Sorgeberechtigte von Kindern mit FASD
Kable 2016:	GoFAR® - Kombinationen Computerspiel, Elternt raining & Verhaltenstherapie	Kinder mit FASD und deren Sorgeberechtigten
Keil 2010:	Children's Friendship Training (CFT)	Kinder mit FASD
Leenaars 2012:	Coaching Families (CF) program	Sorgeberechtigte von Kindern mit FASD
Nash 2015:	Alert Program for Self-Regulation®	Kinder mit FASD
Petrenko 2017/2019:	Families on Track (FOT)	Kinder mit FASD und deren Sorgeberechtigten
Schaeffer 2013:	Multisystemic Therapy-Building Stronger Families (MST-BSF)	CSOs, Betroffene Alkoholsucht (Eltern)
Slesnick 2012:	housing first model	Schwangere/Mütter mit Alkoholsucht
Son 2010:	Anger Management Program	CSOs
Qualitative Studiendesigns		
Gibbs 2019:	Dunedin Caregiver - Trainingskurs	Sorgeberechtigte von Kindern mit FASD
Nordenfors 2017:	MBHV (Maternal- and child welfare health care team)	Schwangere/Mütter mit Alkoholsucht
Systematische Reviews (Citation Tracking)		
Krahn 2018:	housing interventions	wohnungslose Schwangere oder junge Mütter mit Substanzabhängigkeiten
Reid 2015:	Fetal Alcohol Spectrum Disorder Interventions Across the Life Span	Personen jeden Alters mit jeder Form FASD
Templeton 2010:	Psychological interventions with families of alcohol misusers	Familien, die von Alkoholmissbrauch betroffen sind

Anhang C: "Summary of Findings"-Tabelle quantitativer Studien Review Sucht

Studien	Programm/ Intervention	Design/ Sample/ Follow-Up (FU)	EPHPP: methodische Qualitätsbewertung	Mentale Gesundheit und Wohlbefinden: a) Angehörige b) Abhängige Person c) Sorgeberechtigte von Kindern mit FASD	Gesundheit & Gesundheitsverhalten von Kindern mit FASD	Compliance abhängiger Personen	Soziale Beziehungen	Soziale Lebenssituation	Wissen	Erziehungsfähigkeiten	FASD-Prävalenz
Bischof 2016, Deutschland	The Community Reinforcement and Family Training (CRAFT): Coaching und Verhaltenstherapie für Angehörige	RCT, N=78; 3, FU 6 & 12 Monate	m	a) + -		+ -	+				
Chersich 2012, Südafrika	Gesundheitsförderung bei Schwangeren: Informationskampagne zu FASD	Prä-Post, N=809	w			-			+		+
Coles 2015, USA	GoFar®: Kombinationen aus Computerspiel, Elternttraining & Verhaltenstherapie	RCT (Pilot), N=30	w		+ -						
Kable 2016, USA		RCT, N=28	w		+ -						
Eék 2020, Schweden	Internetbasierte Version des Community Reinforcement and Family Training (iCRAFT): Internetbasierte Beratung und Verhaltenstherapie	RCT, N=94; FU 6, 12, 24 Wochen	w	a) -		-	-				
Gustafson 2012, USA	Comprehensive Health Enhancement Support System (CHESS): Internetbasiertes Beratungs- und Coachingangebot	RCT, N=23; FU 10 Wochen	w	a) 0			0				
Kable 2012, USA	Elternttraining in drei Varianten: 1. internetbasiert, 2. Workshop, 3. Community (Information & Vernetzung)	RCT, N=59	w		1: - - 2,3: +				1,2,3: +		
Keil 2010, USA	"Children's Friendship Training (CFT)": Soziale Kompetenzförderung	RCT, N=100; FU 3 Monate	w		+ -						
Leenars 2012, Kanada	Coaching Family Program (CF): Familien-Trainings- und Coaching-Programm	Prä-Post, retrospektiv, N=186	w	a) +			+	+		+	
Nash 2015, Kanada	Alert Program for Self-Regulation®: Trainingsprogramm zur Förderung der Selbstregulation	Quasi-Experimentell (nicht-randomisiert, kontrolliert), N=25, FU 6 Monate	w		+ -						
Petrenko 2017/2019, USA	„Families on Track Integrated Preventive Intervention Program“: Multikomponenten-Intervention (Promoting Alternative THinking Strategies (PATHS) und Families Moving Forward (FMF) Program)	RCT (Pilot), N=30; FU 6 Monate	m	c) -	+ -				+	+ -	
Schaeffer 2013, USA	„Multisystemic Therapy Building Stronger Families (MST-BSF)“ - Programm: Kombination aus drei therapeutischen Ansätzen	Quasi-Experimentell (nicht-randomisiert, kontrolliert), N=43; FU 24 Monate	w	a) + b) +		+		+		+	
Slesnick 2012, USA	Housing First Model: Kombination aus Wohnungsbeschaffung, Fallmanagement und Therapiesitzungen	Prä-Post, Pilot, N=15; FU 3 & 6 Monate	w	b) + -	+	+	-	+ -			
Son 2010, Südkorea	Wut-Management-Training	Quasi-experimentell (nicht-randomisiert, kontrolliert), N =53	m	a) +							

Legende: RCT randomized controlled trial; FASD fetal alcohol spectrum disorder; w weak; m moderate; s strong; + statistisch signifikante Verbesserung; +- inkonsistente Wirksamkeit (signifikante & nicht-signifikante Outcomes); - nicht signifikante Verbesserung; - - keine Verbesserung; 0 deskriptiv (keine Aussage zur Signifikanz); N Baselineangaben

Anhang D: Ergebnisse Abschlussworkshop Arbeitskreis Kind und Familie am 03.09.2021

1. These: Die gesundheitsförderliche Angebotslandschaft für Alleinerziehende und ihren Kindern ist geprägt von verhaltenspräventiv ausgerichteten Programmen.

Birgit Uhlworm (schriftlich):

- Dem stimmen wir zu. Die diskriminierenden Strukturen werden jedoch nicht benannt.
- Verhaltenspräventive Programme sind insofern nicht nachhaltig, wenn sich die Strukturen und Rahmenbedingungen nicht ändern. Das ist ein gesamtgesellschaftlicher Auftrag.

Matthias Franz:

- klare Zustimmung: ergänzend decken einige Programme die Verhältnisprävention ab, indem sie Multiplikatorenschulungen durchführen = Professionalisierung von Akteuren als Ansätze der Verhältnisprävention
- Schuleingangsuntersuchung als Ort, wo „genauer hingeschaut“ werden kann und Angebote vermittelt werden könnten
- Fokus auf verhaltenspräventive Programme auf Grund der gewählten Methodik

Stefanie Sperlich:

- die These beinhaltet die Kritik, dass der Fokus zu sehr auf Verhaltensprävention, also zu sehr an die individuelle Ebene (Verhaltensebene) appelliert
- These unterstreicht die Wichtigkeit der strukturellen und materiellen Seite, d.h. Verhältnisprävention
- es geht häufig um Empowerment, Ressourcenstärkung und individuellen Kompetenzen (was auch das Review gezeigt hat), besonders die Verbesserung der Bindungskompetenzen ist wichtig und das ist auch sehr wichtig und gut so
- Empowerment muss als Grundlage zur Verhaltensänderung angesehen werden und es muss bedacht werden, dass es etwas Zeit braucht bis diese Ansätze ihre Wirkung entfalten
- die Ergebnisse des Reviews sind als optimistisch einzustufen, weil viele Ressourcen angesprochen werden (Kommunikation, Selbstmanagement etc.)
- die verschiedenen Ansätze sollten nicht gegeneinander ausgespielt werden
- interessant ist, dass das Review so ambivalente Ergebnisse hinsichtlich Wirksamkeit aufzeigt, dort sollte noch mal genauer hingeschaut werden und deshalb sollte die Frage beantwortet werden: „Was sind die Erfolgsrezepte für erfolgreichere Studien?“
- „daily hazards“: Belastungsquellen z.B. Schwierigkeiten in der Kommunikation (mit Ex-Partner, Kindern) belasten die Betroffenen zusätzlich zu den strukturellen Problemen
- strukturelle Seite ist auch wichtig

Aus den Gruppen:

- prinzipielle Zustimmung, These bildet die Realität ab (und nicht nur durch die Methodik so dargestellt) und kann auf das gesamte Feld der GF angewendet werden
- Notwendigkeit ganzheitlicher Ansätze = Kombinationen Verhältnis- und Verhaltensprävention wichtig, dabei Fokus auf die Verhältnisse legen, insbesondere Vernetzung ist wichtig (Netzwerkaufbau und „Räume“ dafür bieten, z.B. Stammtische), Austausch auf emotionaler Ebene wird als stärkend empfunden
- Risikofaktoren in den Blick der GF nehmen: Armut an Beziehungen/ Bindungen und an Geld -> soziale Marginalisierung führt zu dysfunktionalen Coping-Strategien (wie z.B. Rauchen) -> strukturelle Lösungen nötig
- Lebenslagen/ Problemlagen überschneiden sich, deshalb Ursachen nicht einfach zu differenzieren bei gleichzeitiger Schwierigkeit, dass nicht die gesamte Situation mit bedacht wird

- neue grundsätzliche Ansätze müssen diskutiert und dementsprechende politische Entscheidungswege eingeschlagen werden

- weitere Forschung: Vergleich von Kommunen/ Gesundheitsämtern: Was funktioniert gut? Wo bestehen Wirkungsbarrieren?

Fazit:

- allgemeine Zustimmung durch die Expert*innen und den Teilnehmenden zur These, dass die Angebotslandschaft für AE verhaltenspräventiv geprägt ist
- die These bildet die Realität ab und kann auf das gesamte Feld der GF ausgebreitet werden
- prinzipiell ist es gut so, dass beim Verhalten, bei Empowerment und bei Ressourcenstärkung angesetzt wird, hier ist Langfristigkeit/Nachhaltigkeit wichtig
- Empowerment als wichtiger Ansatz/wichtige Grundlage zur Verhaltensänderung
- als ideal und nachhaltig werden kombinierte Ansätze angesehen, wobei die Problemlagen der AE komplex sind und als ein Gesamtes adressiert und mitgedacht werden sollten
- die verschiedenen Ansätze/ Angebote sollten nicht konkurrierend gesehen werden, sondern ergänzend > Netzwerkaufbau/Vernetzung
- Themen, die angesprochen bzw. integriert werden sollten, da sie als relevant erscheinen, sind: Netzwerkaufbau, Austauschmöglichkeiten (z.B. Stammtische, Multiplikatorenschulungen), Armutslagen, psychische Gesundheit (z.B. Depressionen), gesundheitsgefährdendes Verhalten (z.B. Rauchen), Coping-Strategien, individuelle Kompetenzen (z.B. Kommunikation, Bindung)
- auf politischer Ebene beginnt die Umsetzung der Empfehlungen, die auf den Ergebnissen des Reviews basieren

2. These: Ein Großteil der gesundheitsförderlichen Maßnahmen bezieht sich auf die spezifische familiäre Lebenssituation der Alleinerziehenden (Schwierigkeiten in der Trennungsphase, Probleme bei der Kindererziehung oder bei Umgangsregelungen etc.). Ihre soziale und ökonomische Situation wird kaum berücksichtigt.

Birgit Uhlworm (schriftlich):

- Dem stimmen wir ebenfalls zu. Die sozioökonomische Situation der Alleinerziehenden ist das Entscheidende und muss dringend verbessert werden.

Matthias Franz:

- Zustimmung

- von großer Bedeutung sind zwei psychosomatische „Krankmacher“: Armut an Geld und Armut an Beziehung unter den Bedingungen einer tiefgreifenden, emotionalen Verletzung > führt zu zwei- bis dreifach erhöhtem Depressionsrisiko (auch für die Väter!)

- als Ergänzung zur sozialen und ökonomischen Situation, sollte vermehrt auch die emotionale Situation berücksichtigt werden (mentale Gesundheit, Depressionen)

- besonders die Arbeit an Bindungskompetenzen ist wichtig und wird zu wenig berücksichtigt

Stefanie Sperlich:

- Zustimmung

- berufliche Belastung, prekäre Einkommensbenachteiligung sind sehr wichtig, da sie weitestgehend für die schlechte Gesundheit der AE verantwortlich sind und sollten auch angesprochen werden

- strukturelle Seite muss betrachtet werden

- Politik ist wachsam und hat AE im Blick, es gibt einige Maßnahmen (Kinderfreibeträge, Betreuungsangebote, die auch speziell AE adressieren), ABER eher Eindruck des „Herumdokterns“, wobei sich das Kernproblem nicht ändert

- Kernproblem: Dilemma zwischen Vollzeitberufstätigkeit und volle (bzw. weitestgehend volle) Verantwortung für Kindererziehung > funktioniert so nicht > Zeitprobleme = doppelte Rolle der AE

= Dilemma zwischen Berufstätigkeit und zeitlichen Kapazitäten (Vollzeittätigkeit heißt gesichertes Einkommen, aber knappe Zeitressourcen; weniger Arbeiten resultiert in Geldmangel, aber erzeugt mehr Zeit)

> es sollte grundsätzlich etwas geändert werden:

1. Ansatz: Arbeitszeitmodelle prüfen/anpassen: z.B. Einführung der durchschnittlichen 32 h Arbeitswoche für jeden und für gesamten Lebenslauf

2. Ansatz: Grundeinkommen neu denken und regeln: Erziehungsarbeit als gesellschaftlich relevante Tätigkeit sehen, dann sollte sie auch gesellschaftlich vergütet werden > für die Zeit in der man für die Erziehung „tätig ist“ oder deswegen weniger Arbeitszeit hat, einen Leistungsausgleich/Leistungserhaltung bekommen, Leistung nicht statusbezogen/statuserhaltend (bemessen am letzten Gehalt) sondern leistungsbezogen (Erziehung als Leistung) berechnen

Aus den Gruppen:

- Zustimmung: Vorhandensein vieler spezifischer, punktueller Beratungsangebote = fehlende Ganzheitlichkeit > GF Resort übergreifend, d.h. zusammen denken, nicht nur im familiären Kontext (z.B. Koordinierungsstellen für AE anschließen an Gleichstellungsbeauftragtenstellen)

- ABER: soziale und ökonomische Faktoren sind mehr in den Fokus gerückt

- Schwierigkeiten: stellen von Anträgen eher zeitaufwendig („hochproblematisch“), Gefühl sich „nackig“ zu machen > große Hürde für AE

- Grundsätzlich: „Bring- vs. Kommstrukturen“, wie erreicht man AE und „richtiger“ Umgang mit AE (Sensibilität und Wertschätzung!!) > Servicehaltung überdenken, Sensibilisierung des Personals > Gefahr der Vermeidung von Institutionen > Nichterreichen der AE

- ein Ansatz mit guten Erfahrungen: Familienbüros, diese sind aber nicht in allen Bezirken verfügbar
Vermittlung von Beratungsangeboten von sozialen Trägern vor Ort

- Pandemiesituation: Schwierigkeit auf Grund von fehlender (Grund-)Ausrüstung (Laptops) Kontakt zu halten

- Schuleingangsuntersuchung problematisch, könnte aber eine gute Struktur sein

- Aspekt der Nachhaltigkeit > Effekte verschwinden über die Zeit wieder

- Frage nach richtiger Messmethode > was wollen wir messen und wie?

Fazit:

- Zustimmung, soziale und ökonomische Situation der AE wird nicht bzw. zu wenig adressiert

- hohe Relevanz die Einkommenssituation zu verbessern, Vernetzungs- und Entlastungsmöglichkeiten zu schaffen plus Auswirkungen auf die psychische Gesundheit mit bedenken

- To Do's: grundlegend die Strukturen und die Servicehaltung überdenken und umgestalten (von einer „Kommstruktur zur Bringstruktur“), vorhandene Angebote vernetzen, Zugangsbarrieren verringern, adressatengerechte Ansprache, Nicht-Stigmatisierender Umgang mit dem Ziel die Inanspruchnahme zu gewährleisten

- Dilemma: Balance zwischen Arbeits- und Familienleben (Geld- vs. Zeitressourcen): neue Arbeitszeitmodelle und eine Vergütung der „Erziehungsarbeit“ nicht nur diskutieren, sondern auf politischer Ebene dahingehend neue Wege einschlagen (Grundsätze verändern, um das grundlegende Problem anzupacken, anstatt oberflächliche und kurzfristige Strategien zu fördern)

3. These: Mit Blick auf die Verhältnisprävention wäre eine Evaluation von Maßnahmen auf der Makroebene (z.B. Elterngeld, Kinderfreibetrag, Unterhaltsregelungen, Kinderbetreuung), explizit für die Zielgruppe der Alleinerziehenden und ihren Kindern, erforderlich.

Birgit Uhlworm (schriftlich):

- Diese These unterstützen wir. Alle familienpolitischen Maßnahmen und die Schnittstellenproblematiken müssen in Hinblick auf die Alleinerziehenden überprüft werden.

- Alle familienpolitischen Maßnahmen müssen am Kriterium "alleinerziehend geeignet" ausgerichtet sein und durch die "Alleinerziehendenbrille" gesehen werden.

Matthias Franz:

- Zustimmung
- Ergänzung: systemische Metastudien fehlen, die die Effektivität von institutionellen Akteuren im öffentlichen Gesundheitssystem und in frühen Familienhilfen und vor allem in Jugendämtern quantitativ untersuchen
- bisher zu wenig Umsetzung und Bewertung der Bring-Strukturen (insbesondere bei Institutionen wie dem Jugendamt), es wird zu viel erwartet, dass sich jemand meldet > erheblicher Handlungsbedarf
- quantitative Effektivitätsstudien fehlen, um die Frage zu beantworten: „Was machen die eigentlich und wie gut machen sie es?“

Stefanie Sperlich:

- Elterngeld, Kinderfreibeträge und ähnliche Maßnahmen sind zu „klein“ und diesen wird keine große Relevanz bzw. Wirksamkeit zugesprochen, deshalb dazu keine Studien notwendig
- Studien zu neuen Arbeitszeitmodellen (32 Stundenwoche etc.) wären wichtiger
- sicherlich hier auch methodische Probleme zur Umsetzung solcher Studien zu diskutieren

Aus den Gruppen:

- politische und gesamtgesellschaftliche Aufgabe: Kulturwandel anstreben
- gesetzliche Regelungen wirken unterschiedlich, abhängig von Lebenssituation > Bedarf der Nachschärfungen (z.B. Antragswege, Unterhaltsprozesse dauern zu lange)
- Verweis auf vorliegende Expertise der Heinrich-Böll-Stiftung zum Thema „In welchem Maße profitieren AE von Maßnahmen?“
- Studien zeigen, dass z.B. der Entlastungsbeitrag wenig wirksam ist und dass gutverdienende Familien eher als arme Familien und AE von familienpolitischen Maßnahmen profitieren
- Evaluation von Maßnahmen wichtig!
- eigenständige Existenzsicherung von AE nötig, Problem: schlechte Bezahlung von „Frauenberufen“ (z.B. in der Pflege) > keine Gewährleistung der Existenzsicherung für Frauen/AE
- bessere gesellschaftliche und soziale Teilhabe von AE möglich machen (z.B. Betreuungslücken schließen > Kitarandzeiten) plus Nachholen von Abschlüssen nach Schwangerschaft / Phase der Kindererziehung ermöglichen

Fazit:

- Zustimmung, dass weitere Studien zur Evaluierung politischer und struktureller Maßnahmen zur GF bei AE notwendig sind
- Verbesserung der Situation von AE auf allen Ebenen (sozial, politisch, gesellschaftlich, individuell) notwendig und als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu verstehen
- Studien als Grundlage für Entscheidungs- und Implementierungsprozesse bezüglich neuer Maßnahmen oder zur Fortführung der Finanzierung plus Ausbau/Vernetzung bestehender Angebote

Weitere Punkte aus der offenen Diskussion:

- das Wissen zum Vorhandensein von Angeboten ist nicht das Problem, sondern nach erster Kontaktaufnahme tritt Stress auf „Oh das soll ich auch noch machen?!“ = Stressor, hier ist Beziehungsaufbau wichtig
- Diskussion zum Begriff „AE“ und dem Fokus auf diese Gruppe, Achtung Stigmatisierungsgefahr, viele angesprochene Problemlagen treffen nicht nur auf AE zu, vllt. eher „konfliktvolle familiäre Trennung und ihre Folgen“ > AE sollten nicht immer nur defizitär betrachtet werden

- optimaler Interventionszeitraum für Familien in kritischen Lebenslagen ist die Kitazeit, guter administrativer Zugang
- Bündelung knapper Ressourcen > wie Nutzung bestehender Strukturen: Diskussion zur Nutzung der Schuleingangsuntersuchungen
- das Erleben einer konflikthafter Trennung ist lt. Studien Prädiktor für verkürzte Lebenszeit/-erwartung und deutlich verschlechterte Gesundheit (Depressionen)

Anhang E: Kuschick D. LEFaG. „Literaturrecherche und Evidenzauswertung von Ansätzen zur Gesundheitsförderung bei sozial belasteten Familien“. Kongress Armut & Gesundheit 2022

LEFaG

„**L**iteraturrecherche und **E**videnzauswertung von Ansätzen zur **G**esundheitsförderung bei sozial belasteten **F**amilien“

Kongress Armut und Gesundheit 2022

Doreen Kuschick, MSc Public Health

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences



BERLIN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

Projektdaten

- Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung
- Förderlinie: „Qualität in der Gesundheitsforschung: Förderung von Forschung zur Stärkung der Evidenzbasierung und des Transfers in der Präventionsforschung; Modul 1: Systematische Übersichtsarbeiten nach internationalen Standards“
- Alice Salomon Hochschule Berlin, als Teil der Berlin School of Public Health (Charité – Universitätsmedizin Berlin)

Laufzeit:

- 01.04.2020 – 31.10.2021

Team:

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

Schwerpunkte und Methodik

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

- a) **Alleinerziehende (AE) und ihre Kinder** (Kuschick et al. 2021)
- b) **Familien mit elterlicher Alkoholproblematik**
- c) **Familien in Armutslagen**

- Studienregistrierung: <https://www.researchregistry.com/browse-the-registry#registryofsystematicreviewsmeta-analyses/registryofsystematicreviewsmeta-analysesdetails/603ca83b5e813c001b98ae06/>
- Studienprotokoll: <https://opus4.kobv.de/opus4-ash/frontdoor/index/index/docId/373>
- Qualitätssicherung: Cochrane (1), PRISMA (2), Covidence® (3) & Rayyan (4)
- 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, Gesundheitliche Chancengleichheit, Open Grey, Grey Guide, Grey Literature Database, Phineo
- Citation Tracking

Forschungsfragen

Welche nationalen und internationalen Studien liegen vor zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen für sozial belastete Familien?

Wie ist die Evidenz in Hinblick auf die Wirksamkeit der Interventionen einzuschätzen?

a) Alleinerziehende und ihre Kinder – Ergebnisse I (Kuschick et al. 2021)

Studienlage:

Einschluss n=35 Einzelpublikationen (zusammengefasst zu 33 Studien)

- 13 RCTs, 10 Vorher-Nachher-Studien, 4 nicht-randomisierte kontrollierte Studien, 4 qualitative Erhebungen, 1 systematischer Review, 1 Dissertation (Review & Sekundärdatenanalyse)
- USA (n=13), Deutschland (n=4), Australien (n=4), vereinzelte Studien aus: Großbritannien, Kanada, Neuseeland, Südkorea, Türkei, Iran, Irland und Spanien

Kuschick, D., Kuck, J., Rattay, P., Pachanov A. & Geene R: Familiäre Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden und ihren Kindern. Präz Gesundheitsf (2021). <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00905-1>

a) Alleinerziehende und ihre Kinder – Ergebnisse II (Kuschick et al. 2021)

Charakteristika der eingeschlossenen Interventionen:

- zumeist Kombination mehrerer Inhalte und Ansätze: Bildungsangebote und Trainings im Gruppenformat (Workshops)
- seltener: individuelle Beratung und Einzel-Betreuung (z.B. Coaching oder Mediation)
- Schwerpunkte: Förderung psychosozialer Ressourcen auf der Ebene individueller Kompetenzen (Eltern: Erziehung, Stress-/Selbstmanagement, Kommunikation etc.; Kinder: Kommunikation, Umgang mit Ängsten, schulische Leistungen etc.)

und häufig mit dem Ziel

- Verbesserung der Beziehung zwischen den Elternteilen sowie zwischen Eltern und Kindern
- nur wenige verhältnispräventive Ansätze (meist als Teilkomponente: z.B. staatl. Unterstützungsleistungen, Maßnahmen der beruflichen Integration)

a) Alleinerziehende und ihre Kinder – Effekte (Kuschick et al. 2021)

Verhalten, Erziehungskompetenzen, mentale Gesundheit und Wohlbefinden der AE:

- inkonsistenter Wirksamkeitsnachweis
- Verbesserungen vor allem durch bindungsorientiertem Elterntraining, Online-Verhaltenstraining und kombinierten Beratungs- und Bildungsansätze inkl. Trainings zur Kompetenzentwicklung

Beziehung zwischen den Elternteilen:

- Verringerung von Konflikten & allgemeine Tendenz zur Verbesserung der Beziehung durch psycho-educative Ansätze (Kombinationen aus Bildungsangeboten und Kompetenztrainings z.B. Konflikt- oder Stressmanagement)

Effekte bei den Kindern:

- einzelner Nachweis der Verminderung problematischer Verhaltensweisen
- kurzfristige Verbesserungen (Akzeptanz von Emotionen, Anpassungsfähigkeit, Selbstwirksamkeit etc.) durch ein Schulgarten-Programm
- überwiegend keine Effekte auf z.B. Bildungsziele, Motivation, Notendurchschnitt

b) Familien mit elterlicher Alkoholproblematik – Ergebnisse

n = 20 Einzelpublikationen (14 Interventionsangebote)

- Studiendesigns: 8 RCTs, 3 Vorher-Nachher-Studien, 3 nicht-randomisierte kontrollierte Studien, ergänzend 3 systematische Reviews & 2 qualitative Studien
- USA (n=8), Schweden (n=2), Kanada (n=2), vereinzelte Studien aus Deutschland, Südafrika, Neuseeland und Südkorea
- nahezu immer enthält die Intervention eine Bildungskomponente (Themen: Risiken und Auswirkungen des Alkoholkonsums)
- Fokus: Umgang mit fetalem Alkoholsyndrom (Verhaltensaspekte, Anpassungsleistungen der Betroffenen)
- Häufig: Einzel-Beratungs- oder Coachingangebote und/oder therapeutische Maßnahmen
- Ansatz der Ressourcenstärkung und/oder Kompetenzentwicklung: Verhaltens- oder Kommunikationstraining, Notfall- oder Stressmanagement

b) Familien mit elterlicher Alkoholproblematik – Effekte

Suchtbetroffene:

- Rückgang: Depressionen, Alkoholkonsum, Kindesmisshandlungen unter Alkoholeinfluss
- Zunahme: Adhärenz

Angehörige:

- Tendenz zur Verbesserung depressiver Symptome & Stress, Tendenz zur Reduktion des Leidensdrucks, Wut, Einsamkeit & Ängsten

Die gesamte Familie betreffend:

- Verbesserungen: Familienzusammenhalt, Partnerschaft/Beziehungsaspekte, soziale Unterstützung, Erziehung, Lebenszufriedenheit/-qualität, Wohnsituation, Erwerbstätigkeit

- Heraus stachen die kombinierenden Ansätze, häufig mit verhaltenstherapeutischen Komponenten.
- Die Programme adressieren die einzelnen Familienmitglieder, die Familie als Gesamtes wird eher vernachlässigt.

c) Familien in Armutslagen – Ergebnisse I

Orientierende und teil-systematische Literaturrecherche:

- *Fokus: verhältnisbezogene Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens*
- n=32 Publikationen (n=16 Programme/Interventionen)
- USA (n=24), Deutschland (n=4), Australien (n=2), Japan (n=1), Kanada (n=1)

Gruppierung in 4 Ansätze:

1. Übergeordnete sozial-politische Maßnahmen - öffentliches/staatliches Sicherheitsnetz (n=14)
2. staatliche Leistungen mit Fokus auf die Wohnsituation (n=9)
3. Beschäftigungsorientierte Maßnahmen (n=1)
4. Multikomponenten-Angebote im Setting (n=8)

c) Familien in Armutslagen – Ergebnisse II

1. Ansatz: Übergeordnete sozial-politische Maßnahmen - öffentliches/staatliches Sicherheitsnetz

SEED Oklahoma Kids Intervention – USA (Huang et al., 2017; Huang et al., 2014a; Huang et al., 2014b; Nam et al., 2014)

- Ausgangspunkt: materielle Notlagen
- Bankkonten inkl. staatlicher Geldeinlagen zur Vermögensbildung: potenziell lebenslange Konten für Kinder, plus Informationen und Anreize zum Sparen

Eltern: keine sign. Verbesserung des selbstberichteten Erziehungsstress

Mütter: signifikant geringere selbstberichtete depressive Symptome

Kinder (4 Jahre): von Eltern berichteter positiver Effekt auf die soziale und emotionale Entwicklung

c) Familien in Armutslagen – Ergebnisse III

2. Ansatz: staatliche Leistungen mit Fokus auf die Wohnsituation

Moving to Opportunity for Fair Housing Demonstration Program – MTO (USA) (Sanbonmatsu et al., 2011; Sanbonmatsu et al., 2012; Gennetian et al., 2012; Kessler et al., 2014; Schmidt et al., 2020; Osypuk et al., 2012a; Osypuk et al., 2019; Osypuk et al., 2012b; Nguyen et al., 2013)

- „Wohngutscheine“, „Miethilfebescheinigungen“ und Beratung/Unterstützung bei der Suche, Anmietung und beim Umzug in Stadtteile mit niedrigem Armutsniveau (und sichere)

Zwischenergebnisse (FU 4-7): Eltern und Mädchen bessere mentale Gesundheit, Jungen mehr riskantes Verhalten

Langzeitergebnisse (FU 10-15 Jahre):

Familien: fühlten sich sicherer in ihrer Umgebung, vermehrte soziale Kontakte zu Vollzeitbeschäftigten oder Collegeabsolventen

Eltern (überwiegend Mütter): selbstberichtet weniger psychische Belastungen und Verbesserung des psychischen Wohlbefindens

Mädchen/Jugendliche (10-20 Jahre): geringere psychische Belastungen, weniger ernsthafte Verhaltensauffälligkeiten

Jungen/Jugendliche (10-20 J.): vermehrte posttraumatische Belastungsstörungen, nicht signifikante Verschlechterung mentaler Outcomes (z.B. Depressionen, psychische Belastungen, Panikattacken)

c) Familien in Armutslagen – Ergebnisse IV

3. Beschäftigungsorientierende Maßnahmen

Milwaukee's New Hope Project – USA (Huston et al., 2011)

- Anreizprogramm (Verdienstzuschläge, gemeinnützige Arbeitsplätze, Unterstützung bei Kinderbetreuungs- und Krankenversicherungskosten) zur Armutsbekämpfung

Eltern:

- selbstberichtet bessere Kontrolle in der Erziehung, weniger Disziplinprobleme, „Ärger“ und Erziehungsstress mit den Kindern (als "effektives Kindermanagement" bezeichnet)

Kinder:

- lt. Bericht Eltern: besseres Sozialverhalten (soziale Kompetenz, Compliance und Autonomie)
- selbstberichtet besseres Wohlbefinden (in Bezug auf Gefühl der Einsamkeit, Beziehungen zu Gleichaltrigen) und sie fühlten sich optimistischer und effizienter, bezüglich Erreichen ihrer Ziele

c) Familien in Armutslagen – Ergebnisse V

4. Multikomponenten Angebote im Setting

Zwei-Generationen-Vorschulprogramm aus Kanada (Benzies et al., 2014)

- Stärkung des kindlichen Umfeldes inkl. Frühkindlicher Bildung und Stärkung psychosozialer Ressourcen der Eltern

Komponenten: a) Vorschul- und Kindergartenerziehung in den Einrichtungen b) Beförderung, c) Essen, d) Gesundheits- und Entwicklungsuntersuchungen/ -maßnahmen, e) Erziehung und Vermittlung von Lebenskompetenzen (verpflichtend: 5 Tage pro Woche für insg. 6 Wochen) und f) Unterstützung und Beratung der Familie bei Hausbesuchen durch Sozialarbeiter*in (4x/Jahr)

Eltern:

- Verbesserung Selbstwirksamkeit und Nutzen der Ressourcen aus der Gemeinschaft, Reduktion Erziehungsstress

Kinder:

- Kurzfristige Verbesserung der kognitiven Entwicklung (nicht zu FU 7 Jahre)

Gesamt-Fazit

- heterogene Evidenzlage mit kurz- und langfristigen Wirksamkeitsnachweisen
 - Belastbarkeit der Ergebnisse wird durch die methodische Qualität limitiert
 - die unterschiedlichen Angebote/Ansätze sollten nicht konkurrieren, sondern kombiniert werden (verhaltenspräventive Ansätze und politisch-strukturelle Maßnahmen)
- unser Review liefert einen Baustein eines evidenzbasierten Vorgehens in der Gesundheitsförderung für die hier in den Fokus gerückten vulnerablen Gruppen: Alleinerziehende (AE) und ihre Kinder, Familien mit elterlicher Alkoholproblematik, Familien in Armutslagen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt: Doreen Kuschick, doreen-kuschick@t-online.de

Literaturverzeichnis

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. Rayyan Systems Inc.: <https://www.rayyan.ai/>

BENZIES, K., MYCHASIUK, R., KURILOVA, J., TOUGH, S., EDWARDS, N. & DONNELLY, C. 2014. Two-generation preschool programme: immediate and 7-year-old outcomes for low-income children and their parents. *19*, 203-214.

GENNETIAN, L. A., SCIANDRA, M., SANBONMATSU, L., LUDWIG, J., KATZ, L. F., DUNCAN, G. J., KLING, J. R. & KESSLER, R. C. 2012. The Long-Term Effects of Moving to Opportunity on Youth Outcomes. *Cityscape*, 14, 137-68.

HUANG, J., KIM, Y. & SHERRADEN, M. 2017. Material hardship and children's social-emotional development: testing mitigating effects of Child Development Accounts in a randomized experiment. *Child*, 43, 89-96.

HUANG, J., SHERRADEN, M., KIM, Y. & CLANCY, M. 2014a. Effects of Child Development Accounts on Early Social-Emotional Development: An Experimental Test. *JAMA Pediatrics*, 168, 265-271.

HUANG, J., SHERRADEN, M. & PURNELL, J. Q. 2014b. Impacts of Child Development Accounts on maternal depressive symptoms: evidence from a randomized statewide policy experiment. *Social science & medicine (1982)*, 112, 30-8.

HUSTON, A. C., GUPTA, A. E., WALKER, J. T., DOWSETT, C. J., EPPS, S. R., IMES, A. E. & MCLOYD, V. C. 2011. The long-term effects on children and adolescents of a policy providing work supports for low-income parents. *30*, 729-754.

KESSLER, R. C., DUNCAN, G. J., GENNETIAN, L. A., KATZ, L. F., KLING, J. R., SAMPSON, N. A., SANBONMATSU, L., ZASLAVSKY, A. M. & LUDWIG, J. 2014. Associations of housing mobility interventions for children in high-poverty neighborhoods with subsequent mental disorders during adolescence. *JAMA - journal of the american medical association*, 311, 937-947.

NAM, Y., WIKOFF, N. & SHERRADEN, M. 2014. Economic Intervention and Parenting: A Randomized Experiment of Statewide Child Development Accounts. *Research on Social Work Practice*, 26, 339-349.

NGUYEN, Q. C., SCHMIDT, N. M., GLYMOUR, M. M., REHKOPF, D. H. & OSYPUK, T. L. 2013. Were the mental health benefits of a housing mobility intervention larger for adolescents in higher socioeconomic status families? *Health & place*, 23, 79-88.

OSYPUK, T. L., SCHMIDT, N. M., BATES, L. M., TCHETGEN-TCHETGEN, E. J., EARLS, F. J. & GLYMOUR, M. M. 2012a. Gender and crime victimization modify neighborhood effects on adolescent mental health. *Pediatrics*, 130, 472-481.

OSYPUK, T. L., SCHMIDT, N. M., KEHM, R. D., TCHETGEN TCHETGEN, E. J. & GLYMOUR, M. M. 2019. The price of admission: does moving to a low-poverty neighborhood increase discriminatory experiences and influence mental health? *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 54, 181-190.

OSYPUK, T. L., TCHETGEN, E. J. T., ACEVEDO-GARCIA, D., EARLS, F. J., LINCOLN, A., SCHMIDT, N. M. & GLYMOUR, M. M. 2012b. Differential mental health effects of neighborhood relocation among youth in vulnerable families: results from a randomized trial. *Arch Gen Psychiatry*, 69, 1284-1294.

SANBONMATSU, L., LUDWIG, J., KATZ, L. F., GENNETIAN, L. A., DUNCAN, G. J., ADAM, E., MCDADE, T. W. & TESSLER LINDAU, S. 2011. Moving to Opportunity for Fair Housing Demonstration Program. Final Impacts Evaluation. Washington, DC: U.S. Department of Housing and Urban Development, Office of Policy Development and Research.

SANBONMATSU, L., MARVAKOV, J., POTTER, N. A., YANG, F., ADAM, E., CONGDON, W. J., DUNCAN, G. J., GENNETIAN, L. A., KATZ, L. F., KLING, J. R., KESSLER, R. C., LINDAU, J., LUDWIG, J. & MCDADE, T. W. 2012. The Long-Term Effects of Moving to Opportunity on Adult Health and Economic Self-Sufficiency. *Cityscape*, 14/2, 109-136.

Anhang F: Waldhauer J, Rattay P, Wollgast L, Geene R, Kuck J, Kuschick D, Müters S. Armut und Gesundheit von Eltern. Kongress Armut & Gesundheit 2022.



Armut und Gesundheit von Eltern

Waldhauer J, Rattay P, Wollgast L, Geene R, Kuck J,
Kuschick D, Müters S



Hintergrund: Familien und Armut in Deutschland

- Familien und Armut in Deutschland (2019) (EU-SILC und Mikrozensus)
 - 8,2 Mio Familien, 36,2% der Gesamtbevölkerung in Familien (Mikrozensus)
 - Relatives Armutsrisiko (<60% Haushaltsnettoäquivalenzeinkommen):
 - Gesamtbevölkerung: 15,9% (Mikrozensus)
 - Familien 10,6% (EU-SILC)
 - Einelternfamilien 42,7% (Mikrozensus), 27,1% (EU-SILC)
 - Familien mit drei und mehr Kindern 30,9% (Mikrozensus)
- Zusammenhänge zwischen Armut und Gesundheit sind deutlich
 - Erwachsene
 - Kinder und Jugendliche
 - ➔ Speziell für Eltern mit minderjährigen Kindern bislang nicht untersucht



Hintergrund: Elternschaft und Gesundheit

- Elternschaft hat positive und negative Effekte auf die Gesundheit (Nomaguchi & Milkie 2020: demands-rewards perspective)



Gesundheits- Krankheitskontinuum



Hintergrund: Elternschaft und Gesundheit

- Elternschaft hat positive und negative Effekte auf die Gesundheit (Nomaguchi & Milkie 2020: demands-rewards perspective)

Gesundheitsförderlich:

- Enge soziale und emotionale Beziehungen
- Sinnstiftung
- Vorbildverhalten
- Lebensstil



Gesundheits- Krankheitskontinuum



Hintergrund: Elternschaft und Gesundheit

- Elternschaft hat positive und negative Effekte auf die Gesundheit (Nomaguchi & Milkie 2020: demands-rewards perspective)



Gesundheits- Krankheitskontinuum

- Risiken für die Gesundheit:
- Belastungen, Stress, Vereinbarkeit Familie & Beruf
 - Finanzielle Belastungen



Hypothesen und Forschungsfrage

Hypothesen:

- H1: Eltern mit guten ökonomischen Ressourcen profitieren eher gesundheitlich von den protektiven Effekten der Elternschaft
- H2: Bei Eltern – insb. Müttern – mit geringen ökonomischen Ressourcen kommen eher negative Effekte der Elternschaft für die Gesundheit zum Tragen

Forschungsfrage:

- Variiert der Zusammenhang zwischen Einkommen und verschiedenen Gesundheitsparametern zwischen Frauen und Männern mit und ohne minderjährige Kinder im Haushalt?



Methodik: Daten

- Daten: GEDA 2019/2020-EHIS
 - Telefoninterviews (CATI)
 - Datenerhebung: 04/2019 – 09/2020
 - Responsequote: 22,0%
 - Stichprobe: 23.001 Personen

- In die Analyse einbezogene Personen: 15 – 60 Jahre
 - 6.462 Frauen (33,1% mit mind. einem minderjährigen Kind im HH)
 - 6.172 Männer (20,9% mit mind. einem minderjährigen Kind im HH)



Methodik: Gesundheits-Outcomes & Prädiktoren

Selbst eingeschätzte Gesundheit - „Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?“

(mittelmäßig bis sehr schlecht = nicht gut)

Depressive Symptomatik - Patient Health Questionnaire 8 (Summenscore >10 = mittelschwere bis schwere depressive Symptomatik)

Adipositas - Selbstangabe zu Körpergröße und Gewicht (BMI kg/m^2 >30 = Adipositas)

Rauchen - „Rauchen Sie Tabakprodukte, einschließlich Tabakerhitzer?“ (täglich & gelegentlich = ja)

Alkoholkonsum - Trinkmengenangabe (Frauen 10g, Männer 20g Reinalkohol/Tag = riskant)

Einkommen - Netto-Äquivalenzeinkommen (<60% (= Armut), 60% bis <150 %, $\geq 150\%$)

Elternstatus - Minderjähriges eigenes/Adoptiv- oder Stiefkind im Haushalt (ja/nein)

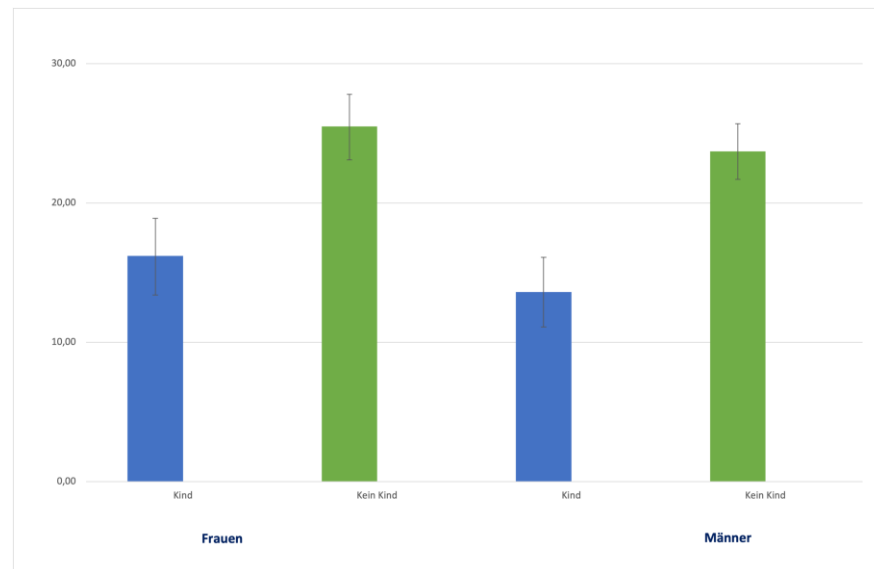
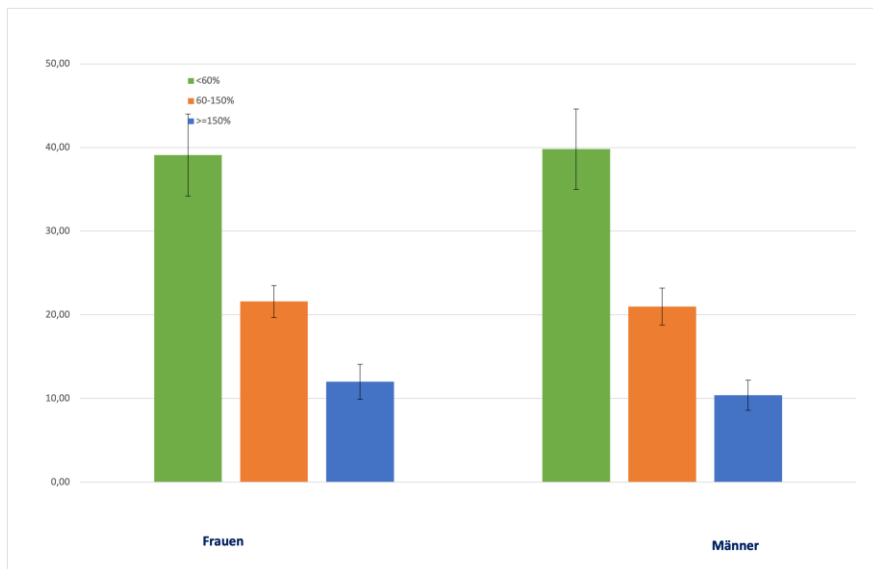


Methodik: Statistische Analyse

- Adjustierte Prävalenzen (Predictive Margins) stratifiziert nach Einkommen, Elternstatus und Geschlecht
 - Kontrolle für Alter, Wohnregion und Geburtsland
 - Interaktionsterm aus Einkommensgruppe und Elternstatus überprüft, ob der Zusammenhang zwischen dem Einkommen und den Gesundheits-Outcomes durch den Elternstatus moderiert wird
 - Repräsentative Aussagen: gewichtet anhand von Erhebungsdesign, Alter, Geschlecht, Bundesland, Kreistyp & Bildung

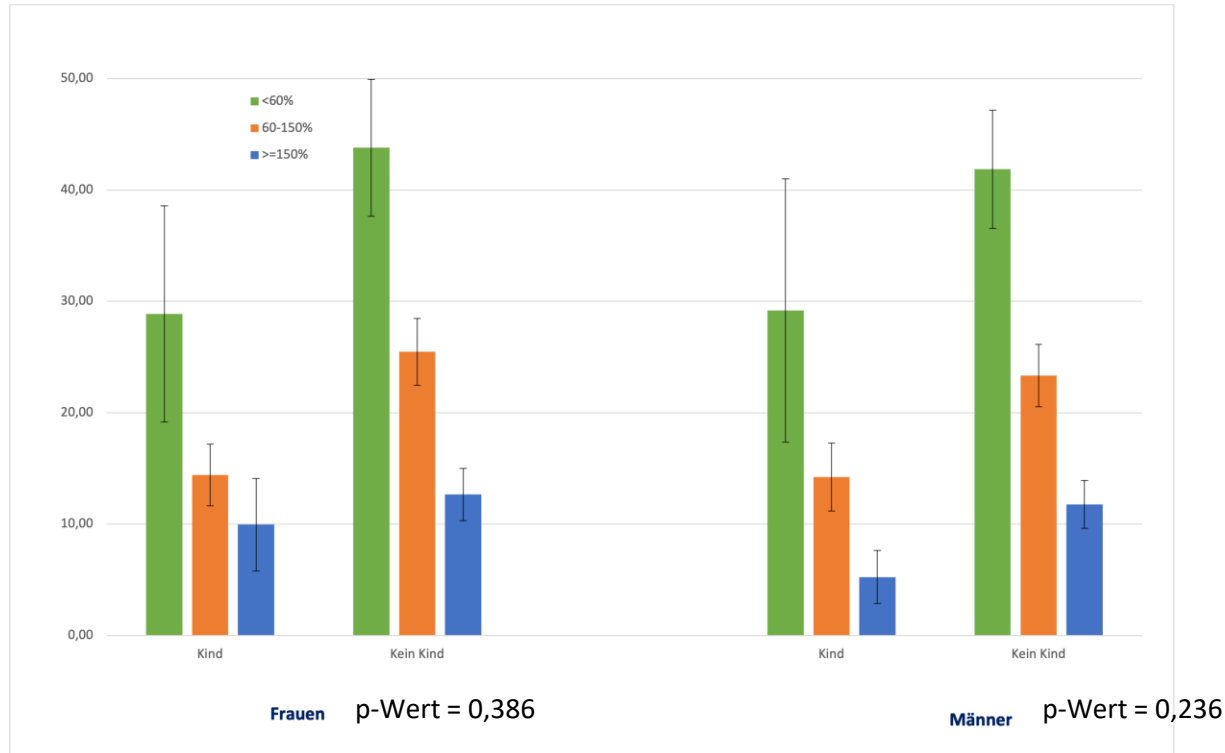
Ergebnisse: Prävalenzen nach Einkommen bzw. Elternstatus

Mittelmäßige bis sehr schlechte selbst eingeschätzte Gesundheit



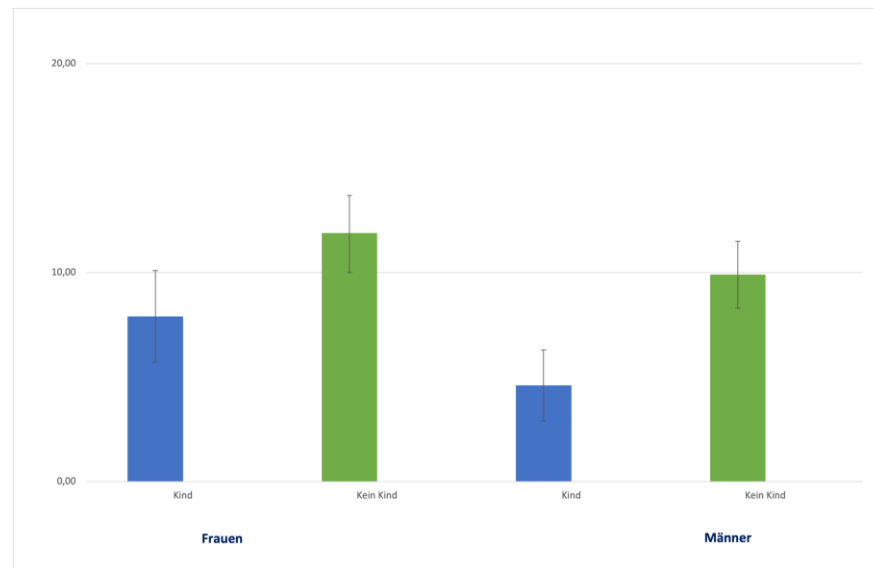
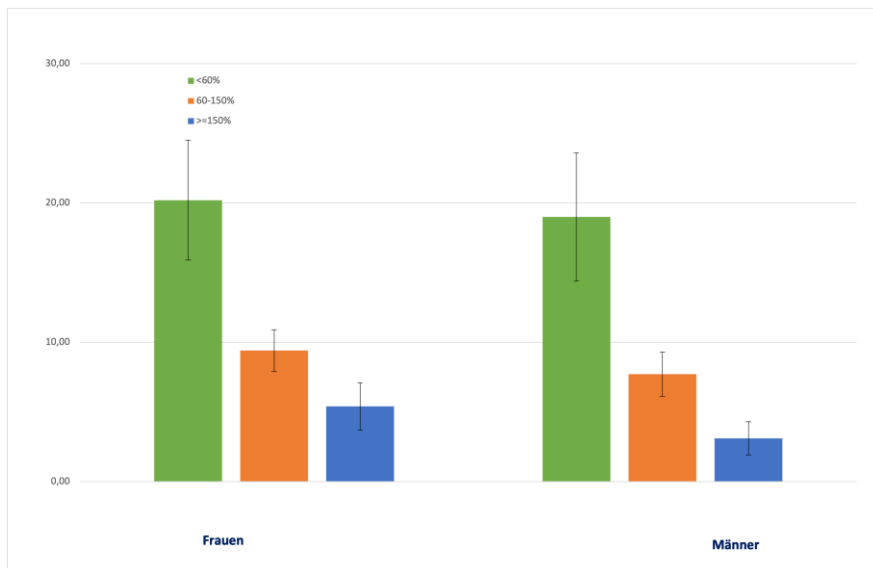
Ergebnisse: Prävalenzen nach Einkommen & Elternstatus

Mittelmäßige bis sehr schlechte selbst eingeschätzte Gesundheit



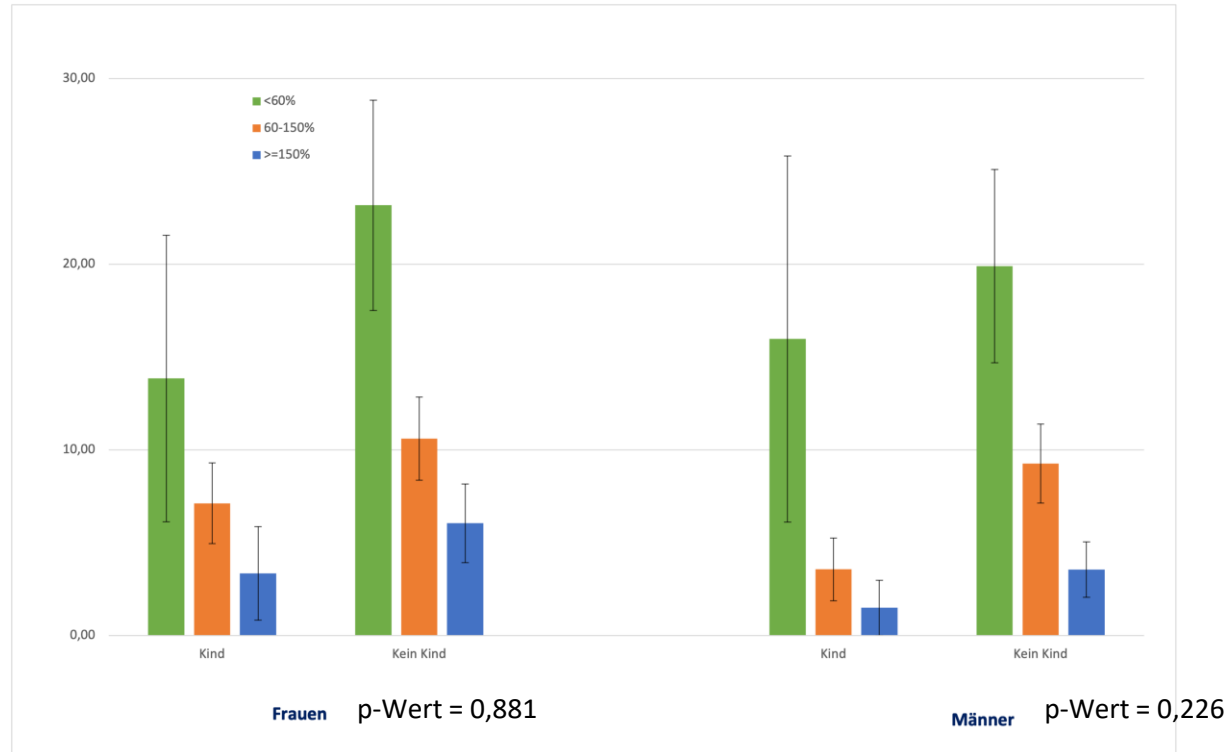
Ergebnisse: Prävalenzen nach Einkommen bzw. Elternstatus

Mittlere bis schwere depressive Symptomatik



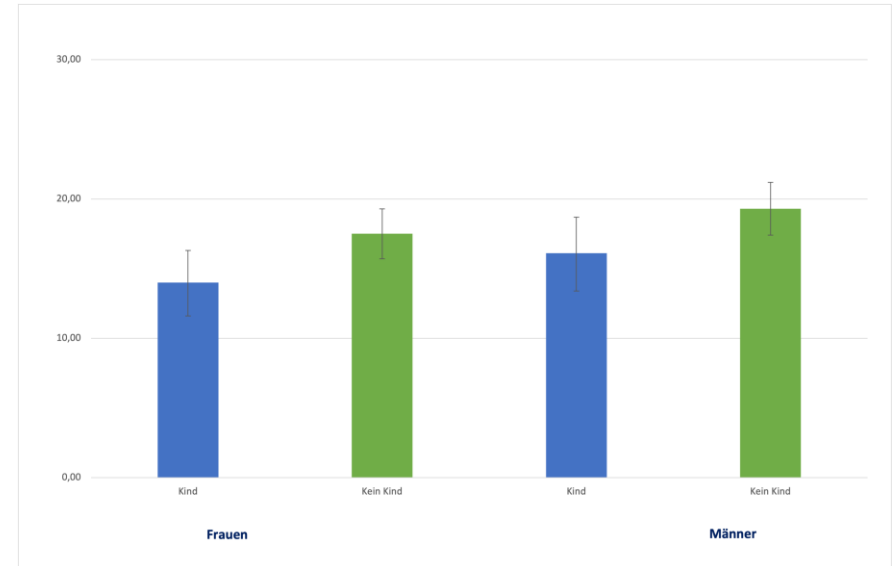
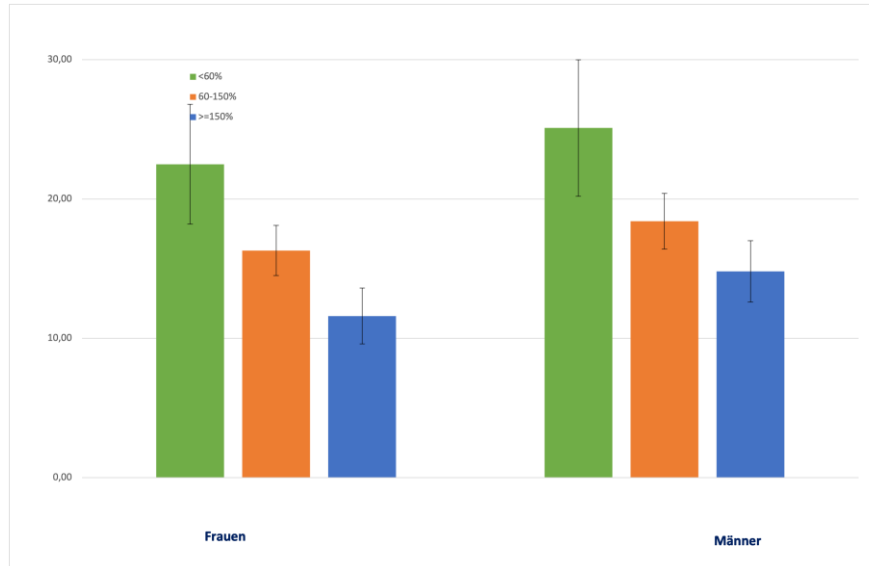
Ergebnisse: Prävalenzen nach Einkommen & Elternstatus

Mittlere bis schwere depressive Symptomatik



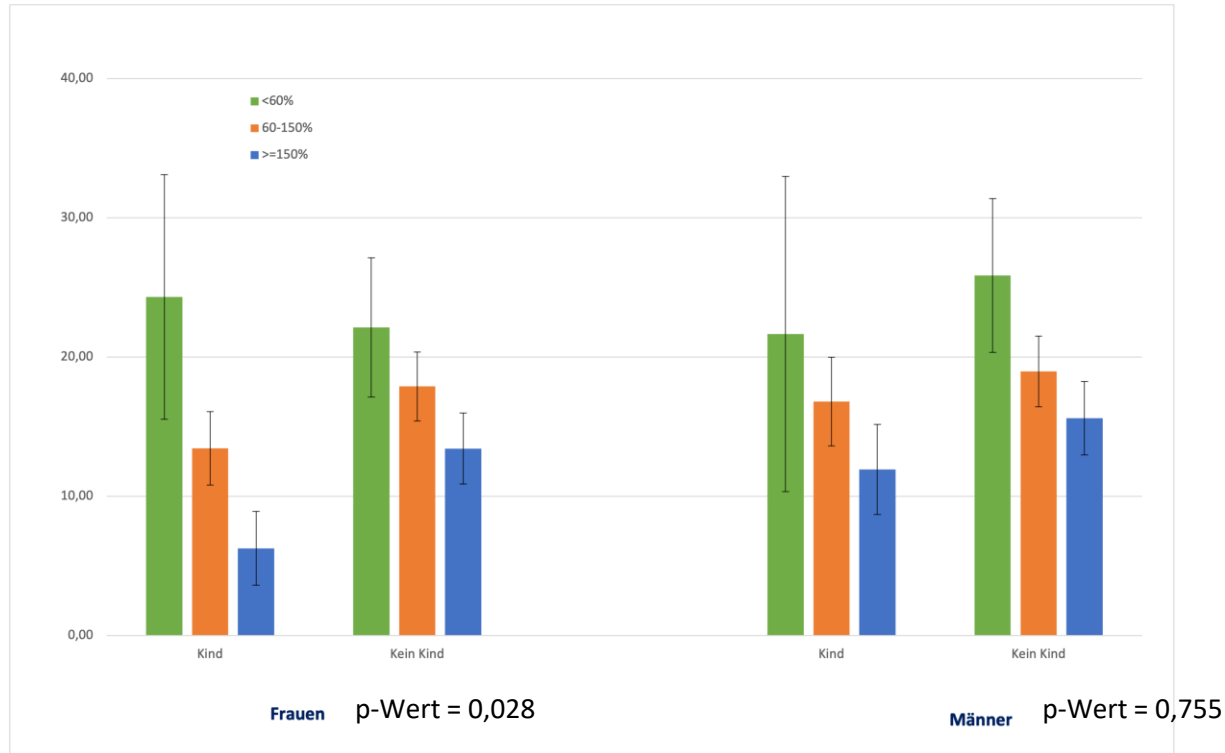
Ergebnisse: Prävalenzen nach Einkommen bzw. Elternstatus

Adipositas



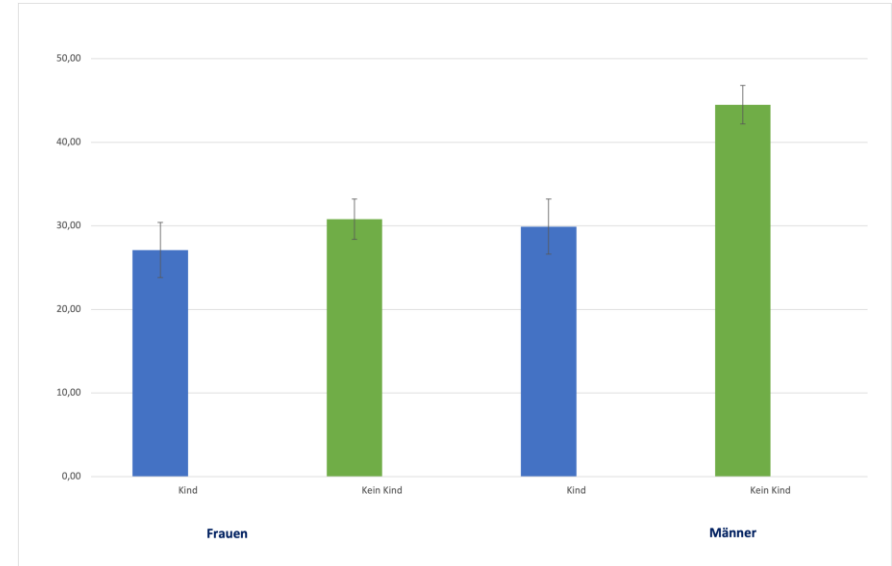
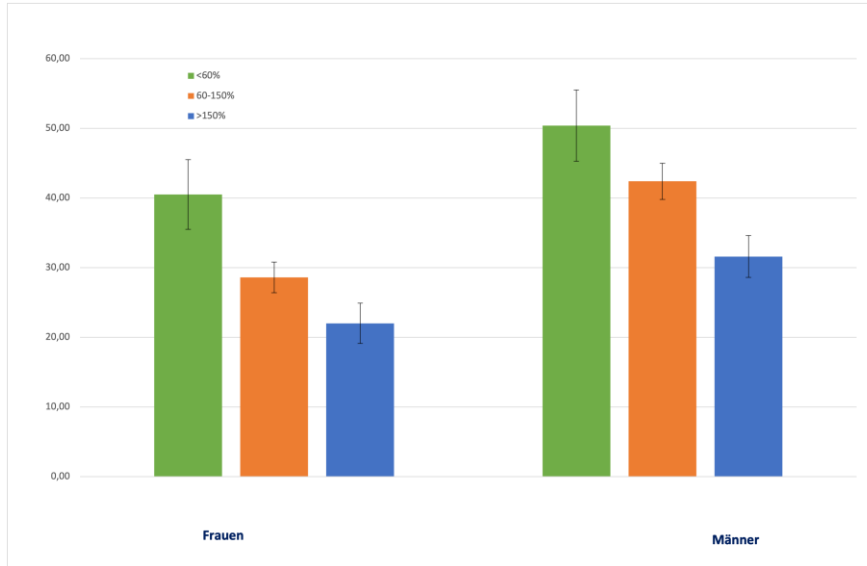
Ergebnisse: Prävalenzen nach Einkommen & Elternstatus

Adipositas



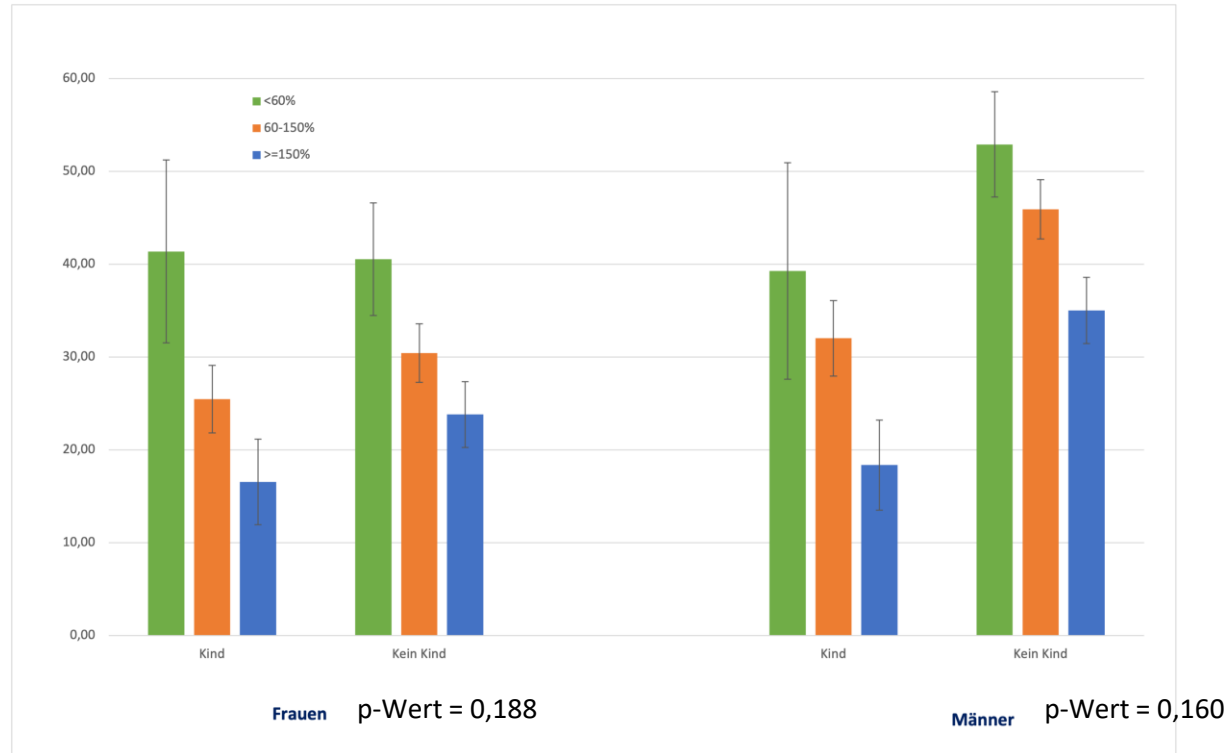
Ergebnisse: Prävalenzen nach Einkommen bzw. Elternstatus

Gelegentliches bis tägliches Rauchen von Tabakprodukten



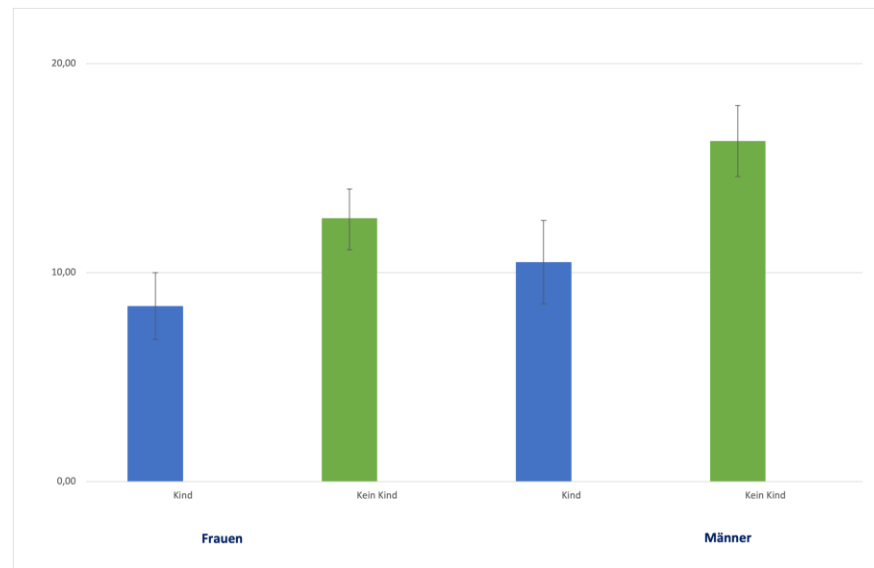
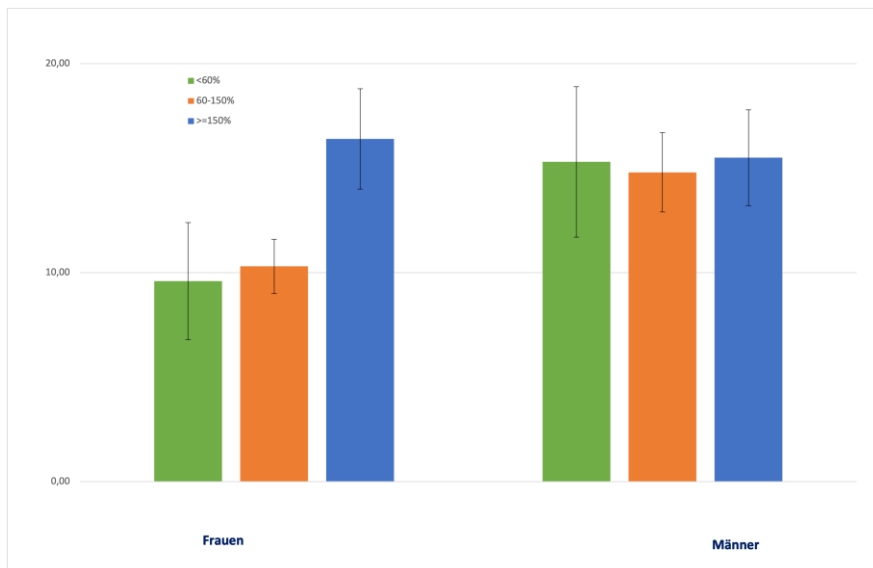
Ergebnisse: Prävalenzen nach Einkommen bzw. Elternstatus

Gelegentliches bis tägliches Rauchen von Tabakprodukten



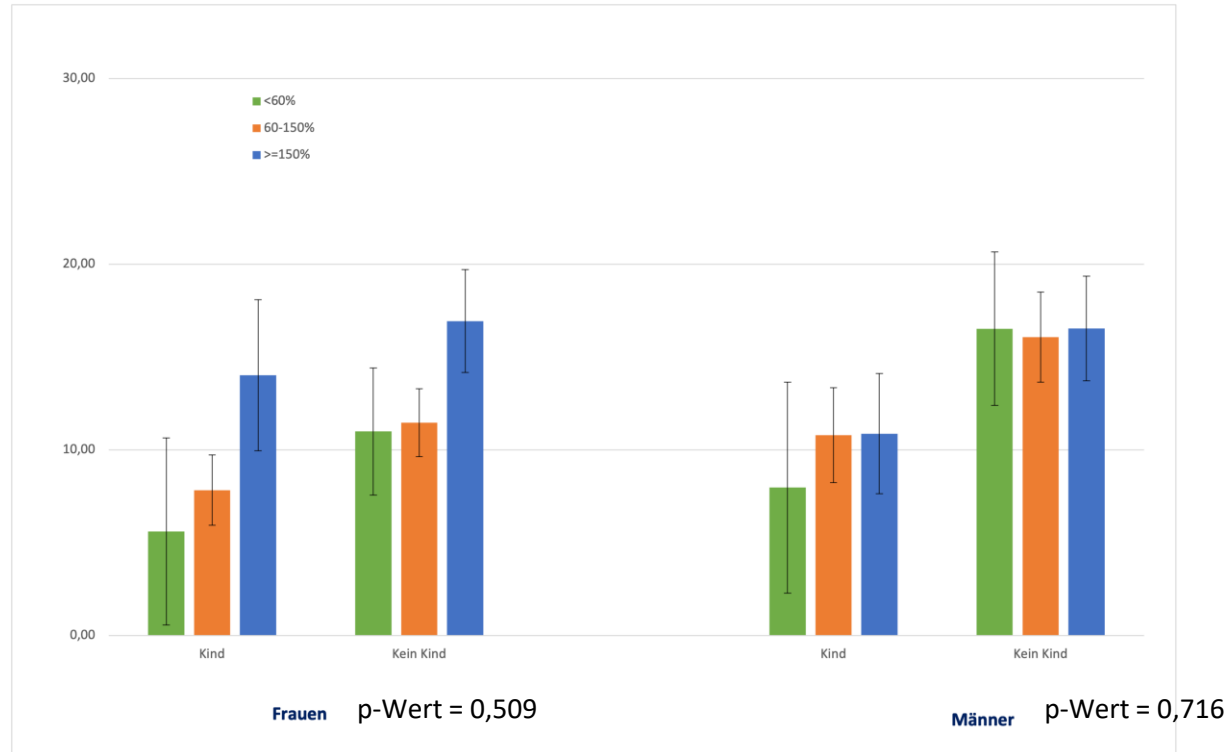
Ergebnisse: Prävalenzen nach Einkommen bzw. Elternstatus

Riskanter Alkoholkonsum



Ergebnisse: Prävalenzen nach Einkommen & Elternstatus

Riskanter Alkoholkonsum





Zusammenfassung

- In allen untersuchten Outcomes außer beim riskanten Alkoholkonsum haben Erwachsene in Armut gesundheitliche Nachteile
- Eltern zeigen gesundheitliche Vorteile bei den untersuchten Outcomes; Ausnahme: das Risiko einer Adipositas ist für Eltern und Erwachsene ohne Kinder gleich groß
- Der Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit variiert nicht zwischen Frauen und Männern mit und ohne Kinder; Ausnahme: Adipositas – der Effekt des Einkommens auf die Adipositas ist bei Müttern größer als bei Frauen ohne Kinder



Limitationen

- Alter kontrolliert und nicht differenziert betrachtet
- Querschnitt – keine kausalen Bezüge
- Datenerhebung (04/2019 – 09/2020) vor und während Corona – Gesundheitliche Lage, die Lebenssituation und auch das Antwortverhalten in Studien hat sich verändert



Diskussion Ergebnisse



Einkommensarmut ist für alle Erwachsene ein gesundheitliches Risiko, Unterschiede bestehen unabhängig vom Elternstatus



Elternschaft hat insg. eher einen protektiven Effekt auf die Gesundheit (auf die untersuchten Outcomes)



Warum haben finanziell benachteiligte Mütter ein erhöhtes Adipositasrisiko?

- der Übergang in Elternschaft geht bei Frauen mit stärkeren Veränderungen ihres Lebens (physiologisch, psychisch und sozial) einher als bei Männern (Archuleta & Chao, 2021; Corder et al., 2020)
- Frauen mit geringem Einkommen haben ein höheres Risiko für Übergewicht und Adipositas in der Schwangerschaft (Gaillard et al., 2013)
- Übernehmen mehr Sorgearbeit (Berge et al., 2011; Sperlich et al., 2011)
- Nehmen weniger Unterstützungsangebote wahr



Schlussfolgerungen

- Gesundheitsförderung ist für finanziell benachteiligte Erwachsene insgesamt wichtig, sowohl Eltern als auch Erwachsene ohne Kinder können davon profitieren
- Angebote:
 - Mütter und Familien in finanziell belasteten Haushalten – hier Thema Adipositas aufgreifen
 - Mütter und Frauen ohne Kinder mit hohem Einkommen – hier Thema Alkoholkonsum aufgreifen
- Es geht aber weniger um die Wahrnehmung von Angeboten als um die Schaffung von "gesunden Lebenswelten" (Verhältnisprävention) und den Abbau von Armut und gesundheitlicher Ungleichheit



Danke für die Aufmerksamkeit!

Kontakt: waldhauerj@rki.de