

GKV-Bündnis für
GESUNDHEIT



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

ERGEBNISBERICHT

Impressum

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

Ergebnisbericht

Bearbeitungszeitraum: 04.10.2016 – 24.07.2017

Autor: Prof. Dr. Raimund Geene, Miriam Boger, Hochschule Magdeburg-Stendal, Breitscheidstraße 2, 39114 Magdeburg

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

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

Herausgeber: GKV-Spitzenverband, Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin

Gestaltung: Fink & Fuchs AG
Fotonachweis: Tobias Vollmer, Köln

Berlin, 2017

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



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

Über das GKV-Bündnis für GESUNDHEIT:

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

Weitere Informationen: www.gkv-buendnis.de

Inhalt

Abstract	6
1 Hintergrund und Zielsetzung des Projekts	7
2 Exploration des Forschungsfeldes	8
2.1 Grundbegrifflichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention	8
2.2 Neuregelungen durch das Präventionsgesetz	9
2.3 Definitorische Eingrenzung des Begriffs „Familiäre Gesundheitsförderung“	15
2.4 Definitorische Eingrenzung des Begriffs „Alleinerziehende“	16
2.5 Soziale Lage von Alleinerziehenden	18
2.6 Gesundheitliche Lage von Alleinerziehenden	20
2.7 Bestehende Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden	22
2.8 Leistungsbereich Eltern-Kind-Kuren	28
2.9 Leistungsbereiche der Jugendhilfe.....	29
3 Methodische Vorgehensweise	31
3.1 Expertengespräche.....	31
3.2 Leitfaden zu Expertengesprächen.....	33
3.3 Expertenfeld.....	33
3.4 Datenbankrecherche.....	36
3.5 Recherche weiterer Projekte.....	38
3.6 Auswertung der Rechercheergebnisse	38
4 Ergebnisse	41
4.1 Ergebnisse der Expertengespräche	41
4.2 Ergebnisbündelung der Expertengespräche	51
4.3 Ergebnisse der Projektdatenbankrecherche	54
4.4 Identifizierte Projekte guter Praxis	63
5 Gesamtauswertung und Empfehlungen	76
5.1 Bündelung und Auswertung der Praxisprojekte	76
5.2 Rahmenbedingungen der Praxisprojekte	77
5.3 Erkenntnisse aus den Expertengesprächen	78
5.4 Erkenntnisse aus der Praxisrecherche.....	79
5.5 Gender-Mainstreaming-Aspekte.....	79
5.6 Qualität und Nutzbarkeit der Datenbanken	80
5.7 Empfehlungen für eine Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden	81
6 Anlagen zum Projektbericht	90
6.1 Projektdatenblätter	90
6.2 Interview-Leitfaden Expertengespräche	135
6.3 Interview-Leitfaden für Experteninterviews	138
6.4 Ergebnisprotokolle aus Expertengesprächen	141
6.5 Ergebnisse der Recherche.....	151
6.6 Projektstandüberblick zum Jahresbeginn 2017.....	154

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Setting-Ansatz im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes (GKV-Spitzenverband, 2014, S. 21)	14
Abbildung 2:	Flowchart zur Veranschaulichung der Datenbankrecherche	37

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Tabelle 1: Entwicklung des Alleinerziehendenanteils	17
Tabelle 2:	Anteile alleinerziehender Mütter im Vergleich	19
Tabelle 3:	Teilnehmende an dem Fokusgruppengespräch.....	33
Tabelle 4:	Expertenfeld.....	35
Tabelle 5:	Auswertungsraster für Interventionen.....	38
Tabelle 6:	Treffer der Datenbankrecherche	55
Tabelle 7:	Als Good Practice ausgezeichnete Projekte	56

Abstract

Hintergrund

§ 20 Abs. 1 SGB V verpflichtet die Krankenkassen zu Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten mit dem Ziel einer Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen. Alleinerziehende gelten als eine der vulnerablen Gruppen, die im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V adressiert werden sollen.

Fragestellung

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

Methoden

Darstellung der Rahmenbedingungen, Analogiebildung zu feldspezifischen Herausforderungen, Feldforschung durch Fokusgruppengespräche, Experteninterviews, Hintergrundgespräche und aktivierende Befragungen, bundesweite Praxisdatenbankrecherchen, Analyse von Handlungsmöglichkeiten und Entwicklung von Handlungsempfehlungen.

Ergebnisse

Es konnten nur wenige evaluierte und als Good Practice klassifizierte Projekte identifiziert werden, die sich explizit Ansätzen der Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden widmen. Diese orientieren vorrangig auf psychosoziale Ressourcenstärkung durch individuell (z. B. Bindungstraining, Elternkonfliktberatung) oder kollektiv (z. B. Gruppenbildung, Selbsthilfeförderung) ausgerichtete Maßnahmen. Das Handlungsfeld wird in der Praxis überwiegend als Teilaspekt familiärer Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Familien erschlossen. Alleinerziehende werden dabei als eine stark belastete Teilgruppe ausgewiesen.

Diskussion

Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden ist eine hochkomplexe Aufgabe. Sie sollte zur Vermeidung von Stigmatisierung und Verstärkung der Nutzerorientierung insbesondere als Querschnittsanforderung eingebettet sein in Fragen familiärer Gesundheitsförderung. Koordinierte kommunale Aktivitäten im Rahmen von Präventionsketten können dazu beitragen, Angebote zu verstärken und zu vernetzen, sie transparent und niedrigschwellig zugänglich zu machen und über Modellprojekte oder -programme insbesondere mit Mutter-Vater-Kind-Heimen, Jobcentern sowie Familienzentren auszubauen. Idealerweise sollten sie, wie im Bundesland Bremen, im Rahmen gemeinsamer Aktivitäten zur Landesrahmenvereinbarung koordiniert werden.

1 Hintergrund und Zielsetzung des Projekts

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

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

In diesem Kontext wurde eine Bestandsaufnahme von Interventionen¹ (Modelle guter Praxis) zur Prävention und Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden² durchgeführt. Die Übersicht über Maßnahmen verschiedener Akteure dient der Orientierung im Handlungsfeld und eröffnet Perspektiven künftiger Gesundheitsförderungsansätze bei Alleinerziehenden mit Schwerpunkt auf Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen und unter Berücksichtigung partizipativer sowie verhaltens- und verhältnisbezogener Ansätze.

Um diesen systematischen Überblick über die bestehende Praxis der Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätze bei Alleinerziehenden zu erstellen, wurde zunächst der Forschungsstand zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Alleinerziehenden dargestellt. Im Zentrum des Berichts stehen die nachfolgenden Arbeitsschritte. Hier wurden einerseits in Praxisdatenbanken recherchiert, andererseits per Expertenbefragungen Informationen ermittelt und im Ergebnis Empfehlungen formuliert für Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten bei Alleinerziehenden.

¹ Der Begriff Interventionen umfasst sowohl Projekte, Programme, Maßnahmen und Angebote.

² Im Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes (2016, S. 14) werden Alleinerziehende wie folgt definiert: "Alleinerziehende sind Mütter und Väter, die ohne Ehe- oder Lebenspartner/-in mit minder- oder volljährigen Kindern in einem Haushalt zusammenleben." Davon ausgeschlossen sind Elternteile mit Lebenspartner/-in im Haushalt, sie zählen zu den Lebensgemeinschaften mit Kindern.

2 Exploration des Forschungsfeldes

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

2.1 Grundbegrifflichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention

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

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

Dabei sollen diese Leistungen als individuelle **Verhaltensprävention**, als **Betriebliche Gesundheitsförderung** oder als Gesundheitsförderung und Prävention **in Lebenswelten** erfolgen. Letztere sind wie folgt definiert: „Lebenswelten im Sinne des § 20 Absatz 4 Nummer 2 sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports.“ (Legaldefinition nach §20a (1) SGB V). Zieht man den **Leitfaden Prävention** des GKV-Spitzenverbandes (GKV-Spitzenverband, 2014) hinzu, ergibt sich eine erweiterte Definition von Gesundheitsförderung und Prävention. Entsprechend sind die Ziele der Prävention zunächst pathogen ausgerichtet: Verhütung von Krankheiten des Kreislaufsystems bei Kindern und Jugendlichen (lebensweltbezogen); Verhütung von Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie psychischen und Verhaltensstörungen bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern (arbeitsweltbezogen). Die Ziele der Gesundheitsförderung hingegen sind salutogen ausgerichtet: Ausschöpfung der gesundheitsfördernden Potenziale in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen; Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale der Arbeitswelt mit bedarfsgerechter, nachhaltiger und partizipativer Betrieblicher Gesundheitsförderung (GKV-Spitzenverband, 2014). Eine strikte Trennung von Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung ist dabei jedoch nicht möglich, da primärpräventive Maßnahmen neben der Vermeidung von Risikofaktoren auch gesundheitsförderliche und damit Ressourcen stärkende Anteile enthalten müssen (GKV-Spitzenverband, 2014).

Besondere Bedeutung für die Gesundheit haben **Settings** des Lernens, Arbeitens und Wohnens. Daher stellen Kitas, Schulen, Ausbildungseinrichtungen, Betriebe und Kommunen, Stadtteile, ländlicher Raum sowie Einrichtungen der (pflegerischen) Langzeitversorgung maßgebliche Settings für die Gesundheitsförderung und Prävention dar (GKV-Spitzenverband, 2014). „Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz zielt darauf ab, unter möglichst direkter und kontinuierlicher Beteiligung der Betroffenen (**Partizipation**) die jeweiligen Gesundheitspotenziale/-risiken im Setting zu ermitteln und einen Prozess geplanter organisatorischer Veränderungen anzuregen und zu unterstützen. Gesundheit soll als Leitbild in Settings etabliert werden. Das schließt die Integration von Gesundheits-

förderung, -bildung und -erziehung in die Prozesse des Alltags ein. Verknüpft mit dem Bemühen, Gesundheit als Organisationsprinzip in Settings zu integrieren, sollte die persönliche Handlungsfähigkeit Einzelner für die Gestaltung der eigenen gesundheitlichen Lebensbedingungen gestärkt werden, um zu gesundheitsgerechtem Verhalten zu motivieren und zu befähigen (**Autonomie** und **Empowerment**)“ definiert dazu der Leitfaden Prävention (GKV-Spitzenverband, 2014)

2.2 Neuregelungen durch das Präventionsgesetz³

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz, kurz PräVG) ist zum 25. Juli 2015 (finanzwirksam seit 1.1.2016) ein umfassendes Regelungswerk in Kraft getreten. Das Handlungsfeld der **Primärprävention** ist damit erstmals umfassend geregelt. Es wird, anknüpfend an vorherige Regelungen des SGB V, als **Gestaltungsauftrag an die Gesetzliche Krankenkasse** formuliert.

Im PräVG werden die zentralen Begriffe von Gesundheitsförderung und Prävention definiert. In der Gesetzesbegründung werden diese als **Legaldefinitionen**, als Bedeutungsfestlegungen für das Gesetz, bezeichnet. Zunächst wird **primäre Prävention** als „Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken“ definiert. **Gesundheitsförderung** wird davon abgegrenzt als „Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten“ definiert. Die Schaffung gesundheitsförderlicher Strukturen als Auftrag der Gesundheitsförderung wird in § 20a bei der Gesundheitsförderung in Lebenswelten ergänzt.

Als weitere Legaldefinition schließt sich die Definition von nicht-betrieblichen **Lebenswelten** an (vgl. 2.1.). In der Gesetzesbegründung wird hervorgehoben, dass es sich um keine abschließende Aufzählung der Lebenswelten handelt. Zudem werden eher Bereiche benannt, in denen sich Lebenswelten finden lassen. Zum Bereich Wohnen zählt auch die Lebenswelt Kommune/Stadtteil, wobei in der Gesetzesbegründung sozial benachteiligte Stadtteile im Sinne des Programms „Soziale Stadt“ hervorgehoben werden. „Lernen“ wird als Überbegriff für Kita, Schulen und weitere Bildungseinrichtungen genutzt. Anknüpfend an den schon im Jahr 2000 gesetzlich explizierten Auftrag der primären Prävention, „insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ (§ 20, SGB V) zu erbringen, wird die soziale Bedingtheit von Gesundheit auch im neuen Gesetz berücksichtigt und um den Aspekt der geschlechtsbezogenen Ungleichheit erweitert. Die Soziallagenorientierung wird durch das Präventionsgesetz untermauert.

Für eine Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden muss geprüft werden, inwieweit für Alleinerziehende wichtige institutionelle Bezugsbereiche wie **Jobcenter** gemäß SGB II, Arbeitsagenturen gemäß SGB III, **Sozialämter** gemäß SGB XII, **Familienzentren/Familienberatungsstellen** gemäß SGB VIII, § 16 sowie **Mutter- oder Vater-Kind-Einrichtungen** gemäß SGB VIII, § 19 Lebenswelten im Sinne des SGB V, § 20a darstellen. Die entsprechende Diskussion kann an dieser Stelle nur angerissen werden. Sozialämter, Jobcenter und Arbeitsagenturen stellen im engeren Sinne eher keine Lebenswelten dar, insofern sie nur punktuell genutzt werden, aber den Alltag der Nutzerinnen und Nutzer kaum bestimmen. Mutter- oder Vater-Kind-Einrichtungen hingegen sind als (vorübergehende) Wohnorte der Alleinerziehenden und ihrer Kinder unmittelbare, durch die Betreuung institutionell geprägte Lebenswelten. Besonders schwierig zu beantworten ist die Frage nach Familienzentren und Familienberatung als Lebenswelten, insbesondere da hier eine erhebliche Bandbreite von An-

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

geboten vorliegt, die von der einzelfallbezogenen Beratungsstelle über Familienzentren mit regelmäßigen Freizeit- und Bildungsangeboten bis hin zu Angeboten mit täglichen Kinderbetreuungseinrichtungen reicht. Auch wenn eingewendet werden kann, dass Familienzentren und Familienberatung nicht explizit als Lebenswelten im § 20a Abs. 1 Satz 1 benannt werden, kann argumentiert werden, dass Familienberatung grundsätzlich sowohl unter den Bereich der Freizeit als auch des Wohnumfelds subsumiert werden kann, dass die Vorschrift ausweislich der Gesetzesbegründung „in einer nicht abschließenden Aufzählung einzelne Lebenswelten hervor[hebt]“ (Deutscher Bundestag, 2015), und dass schließlich Familienberatung einen zentralen Ort des Präventionsauftrags der „Steigerung gesundheitlicher Elternkompetenz“ (ebd.) darstellt, verstärkt noch durch die durch das PräVG vorgeschriebene Ausrichtung auf Gesundheitsförderung gemäß SGB VIII, § 16.

Gesundheitsförderung in Lebenswelten richtet sich laut Gesetzesbegründung weniger an Individuen, sondern zielt auf die „Lebensräume der Menschen, in denen insbesondere Einfluss auf die Bedingungen von Gesundheit genommen werden kann“.⁴

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

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

Leistungen zur **verhaltensbezogenen Prävention** im Sinne des Gesetzes sind v.a. Kurs- und Bildungsangebote, die das Gesundheitsverhalten der Versicherten verbessern sollen. Die verhaltensbezogene Prävention war im Gesetz bislang keine namentlich genannte, aber in der Praxis umfangreich geförderte Leistung der Krankenkassen (MDS & GKV-Spitzenverband 2015, S. 43). Als Neuerung durch das Präventionsgesetz (PrävG) vom 17.7.2015 wurden sog. „Ärztliche Präventionsempfehlungen“ aufgenommen als weiterer Zugangsweg zu Kursen; die bisherige Praxis der direkten Inanspruchnahme nach Absprache mit der Krankenkasse bleibt davon unberührt. Im Rahmen der Ergänzung der Gesundheitsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen wurde in SGB V, § 26 Absatz 1 Satz 3 auch die Möglichkeit von Präventionsempfehlungen zu Kursen für Kinder aufgenommen, die sich altersentsprechend auch an Eltern bzw. Erziehungsberechtigte richten können mit dem Ziel einer „Steigerung gesundheitlicher Elternkompetenz“⁵ (vgl. auch Geene & Reese, 2016).

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

Eine zentrale Neuregelung durch das Präventionsgesetz („Paradigmenwechsel in der Prävention“) stellt die Einführung der **Gesundheitsförderung in nicht-betrieblichen Lebenswelten** in das SGB V dar. Normiert werden die Leistungen der Krankenkassen in Lebenswelten als Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen durch Entwicklung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen

⁴ Bundestag-Drucksache 18/4282 (2015, S. 35)

⁵ Bundestag-Drucksache 18/4282 (2015, S. 73)

Situation (Legaldefinition des § 20a SGB V). Dabei sollen die gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten gestärkt werden. Vorgesehen ist dabei eine Beteiligung der Menschen in den jeweiligen Settings (wobei allgemein von „Versicherten“ gesprochen wird) und der für die Lebenswelt Verantwortlichen sowie die Erhebung der Risiken und Potentialen in der jeweiligen Lebenswelt. In diesem Sinne soll eine Unterstützung der Umsetzung durch die Krankenkassen erfolgen und damit die Basis gelegt werden, dass die eigentliche Umsetzung und ihre nachhaltige Verstetigung als eigenständige Aufgabe der Verantwortlichen der jeweiligen Lebenswelt erfolgen.

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

Grundsätzlich haben auch die Handlungsfelder der Individualprävention (z. B. hinsichtlich der Schnittmengen von Kursangeboten im Rahmen oder als „Tools“ von Settingangeboten, vgl. Geene & Rosenbrock 2012) und der BGF (z. B. im Rahmen der regionalen Vernetzung von BGF-Maßnahmen oder bei BGF-Maßnahmen zur Familienfreundlichkeit) gewisse Bedeutung für die Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden. Zentral ist für die Fragestellung aber die Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden in (nicht-betrieblichen, nicht-medizinischen) Lebenswelten, die daher an dieser Stelle vertieft behandelt werden.

Mit der Normierung der Gesundheitsförderung in Lebenswelten greift das PräVG die bereits erprobte Praxis aus den Umsetzungsempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes aus dem „Leitfaden Prävention“ auf und stärkt den Gestaltungsauftrag der Kassen. So werden sie weiterhin Handlungsfelder und Kriterien für die Erbringung von Leistungen zu Gesundheitsförderung und Prävention unter Beteiligung unabhängigen und wissenschaftlichen Sachverständigen festlegen. Die Handlungsfelder werden verbindlicher, so werden statt prioritärer nun „einheitliche“ Handlungsfelder und Kriterien festgelegt (Geene & Reese, 2016). Weiterhin werden die Krankenkassen bei der Gesundheitsförderung in Lebenswelten zur Zusammenarbeit verpflichtet. So sollen sie **kassenübergreifende Leistungen** erbringen (SGB V, § 20a Absatz 1 Satz 4). Zudem wird eine – nicht näher definierte – „angemessene **Eigenleistung**“ der für die Lebenswelt Verantwortlichen als Voraussetzung der Leistungserbringung genannt.

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

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

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

Zuständigkeitsfragen sowie über die Zusammenarbeit mit ÖGD und Jugendhilfe sowie weiterer relevanter Einrichtungen.

Es ist vielfach kritisiert worden, dass das PräVG ein (fast) reines Sozialversicherungsrecht⁶ ist und den gesamtgesellschaftlichen Auftrag damit nicht abbilden kann (u.a. Geene & Reese, 2016; Gerlinger, 2016; Meierjürgen, Becker & Warnke, 2016). Hintergrund ist dabei, dass bisherige Anläufe zu einem Präventionsgesetz 2005 und 2013 nach Beschlussfassung im Bundestag jeweils im Bundesrat gescheitert sind. Insofern sollte das PräVG 2015 Regelungen in Länderkompetenz möglichst nicht berühren. Andererseits ist Gesundheitsförderung ein lange und breit etabliertes kommunales Thema. Bevor auf Anknüpfungsmöglichkeiten eingegangen wird, nachstehend ein kurzer Überblick zu **kommunalen Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention**.

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

Ein interessanter Aspekt ist dabei, dass durch das PräVG **Gesundheitsförderung auch als Auftrag an die Jugendhilfe** formuliert wurde, explizit für die **Familienberatung** nach SGB VIII, § 16 Absatz 2 sowie für **stationäre Einrichtungen** gemäß SGB VIII, § 45 Absatz 2. In diesem Sinne können auch Familienzentren und -beratungsstellen sowie ggf. auch Kinder- und Jugendheime als Lebenswelten von Alleinerziehenden gesundheitsförderlich entwickelt werden. Für Alleinerziehende können insbesondere die gemeinsamen **Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder** nach SGB VIII, § 19 Absatz 1⁷ relevant sein, die als Einrichtungen unter dem Erlaubnisvorbehalt des SGB VIII, § 45 stehen (vgl. Wiesner, 2015, S. 940 im Rechtskommentar des SGB VIII (§ 45, Rn. 42)).

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

Hier finden sich zahlreiche Vorgaben zur kommunalen Gesundheitsförderung, vor allem in den ÖGD-Gesetzen, in Landesverfassungen, Gemeindeordnungen und Ausführungsgesetzen des SGB VIII. In allen ÖGD-Gesetzen wird die Förderung der Gesundheit als Grundaufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes definiert. Hinsichtlich des Detaillierungsgrades unterscheiden sich die Länder. Generell lässt sich sagen, dass SGB VIII sowie die Landesausführungsgesetze durchweg präventiven

⁶ Ausnahmen bilden hier nur die neuen Aufträge an die Jugendhilfe zur Gesundheitsförderung in der Familienberatung gemäß SGB VIII, § 16 Absatz 2 sowie bei Betriebsgenehmigungen für Einrichtungen gemäß SGB VIII, § 45 Absatz 2 sowie die Neuregelungen des Infektionsschutzgesetzes.

⁷ Der Wortlaut des SGB VIII, § 19 Absatz 1 Satz 1 lautet: „Mütter und Väter, die allein für ein Kind unter sechs Jahren zu sorgen haben oder tatsächlich sorgen, sollen gemeinsam mit dem Kind in einer geeigneten Wohnform betreut werden, wenn und solange sie aufgrund ihrer Persönlichkeitsentwicklung dieser Form der Unterstützung bei der Pflege und Erziehung der Kinder bedürfen.“

Charakter haben und neben Zielvorgaben auch Qualitätsvorgaben enthalten. Analoges gilt für die Umsetzung des Bundeskinderschutzgesetzes, die einzelnen Bundesländer haben dabei unterschiedliche Auslegungen des Gesetzes (eigene Kinderschutzgesetze vs. Integration in den ÖGD).

Durch das PräVG ist die **Rolle der GKV für die Kommune gestärkt** worden. Dies zeigt sich bereits in den beiden zentralen Dokumenten der GKV: Sowohl die Bundesrahmenempfehlungen als auch der Leitfaden Prävention formulieren Verknüpfungsmöglichkeiten mit Kommunen, die nachfolgend dargestellt werden.

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

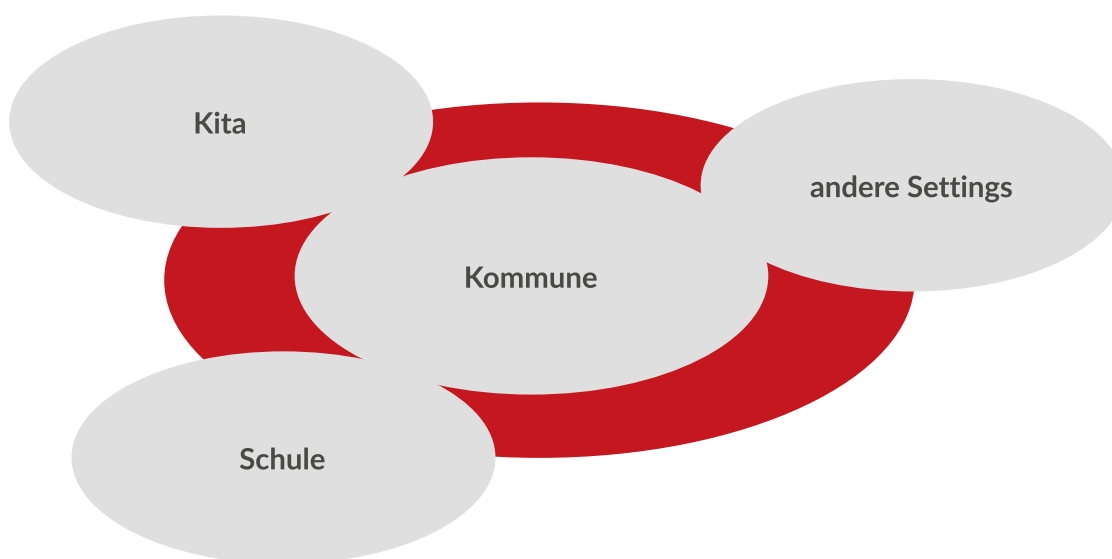
Kommune wird als besonders geeignetes Setting hervorgehoben: „Die Kommune (auch Stadtteil/Quartier) ist eine Lebenswelt von besonderer Bedeutung, weil sie die anderen in der Aufzählung genannten Lebenswelten umgreift. In der Lebenswelt Kommune werden auch Zielgruppen erreicht, die nicht über eine der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

Die Bundesrahmenempfehlungen orientieren sich am Lebenslauf und definieren gemeinsame am Lebenslauf orientierte Ziele für die drei übergeordneten Themenfelder. Sie befürworten den Aufbau von **Präventionsketten**: „Die NPK unterstützt zielbezogene ressortübergreifende kommunale Strategien der Gesundheitsförderung. Über die kommunalen Zuständigkeiten und Handlungsfelder hinweg sollen gesundheits- und sicherheitsförderliche Angebote an den Übergängen der kindlichen Entwicklung bis zum Einstieg ins Erwachsenenalter miteinander verzahnt und bedarfsgerecht gestaltet werden („Präventionsketten“).“ (NPK, 2016)

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

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

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



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

„Im Setting Kommune können sich Krankenkassen an evaluierten verhaltensorientierten Programmen, die nicht explizit in den Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenkasse fallen, aber gesundheitsförderliche Aspekte berücksichtigen und entsprechende Effekte versprechen, aus-

schließlich an den gesundheitsförderlichen Inhalten beteiligen. Diese Programme müssen in eine Gesamtkonzeption eingebunden sein, um ggf. aus dem gemeinsamen Projektbudget anteilig finanziert werden zu können.“ (GKV-Spitzenverband, 2014, S. 32)

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

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

2.3 Definitorische Eingrenzung des Begriffs „Familiäre Gesundheitsförderung“

Die Familie ist der **erste Sozialisationsort** für das Gesundheitsverhalten (Hurrelmann, 2006). Ihm wird insofern besondere Bedeutung für gesundes Aufwachsen des Kindes (Brisch, 2008), aber auch für eine gesundheitsförderliche Lebensstrategie der Eltern (Kolip & Lademann, 2012) beigemessen. Eine Verpflichtung von Familien zur Gesundheitsförderung ist jedoch nicht möglich, da sie unter besonderem Schutz des Grundgesetzes (Art. 6 GG) steht. Auch die Weltgesundheitsorganisation sieht Familie explizit **nicht als „Setting“** (WHO, 2015). Dieser Einschätzung folgt auch das Präventionsgesetz (SGB V) sowie der Leitfaden der GKV. So werden in Gesetzestext und Gesetzesbegründung Familien nicht als Lebenswelt i.S.d. §20 SGB V bezeichnet.

Eine **familiäre Gesundheitsförderung** bedarf daher einer eigenen Interventionslogik, welche dem Gebot der Freiwilligkeit folgt und damit der Autonomie der Familie gerecht wird, da eine Übertragung des Setting-Ansatzes als teilweise ungeeignet gilt (Geene & Bacchetta, 2017). Familiäre Gesundheitsförderung adressiert also die Familien nur indirekt, unmittelbar ist sie gerichtet auf die gesundheitsförderliche Gestaltung der Rahmenbedingungen für Familien mit dem Ziel, ihnen gesunde Entscheidungen zur leichteren Wahl zu machen („Make the healthier way the easier choice“). Geeignete Handlungsmaxime für familiäre Gesundheitsförderung stellen die **drei Kernstrategien der Ottawa-Charta** dar: Advocate (anwaltschaftliche Interessenvertretung), Mediate (Vermitteln und Vernetzen) und Enable (Befähigen und Ermöglichen).

Familiäre Gesundheitsförderung ist eine komplexe Herausforderung für das Gesundheitswesen, die Kinder- und Jugendhilfe sowie weitere lokale Akteure und sollten als eigenes Handlungsfeld theoretisch fundiert und praktisch entwickelt werden. Wichtige Bezugspunkte für ein Engagement der Krankenkassen für familiäre Gesundheitsförderung liegen dabei einerseits im Bereich Früher Hilfen mit den regionalen Netzwerken Früher Hilfen und den Landeskoordinierungsstellen Frühe Hilfen (LKS), andererseits im Handlungsfeld kommunaler Gesundheitsförderung (Geene, 2017; Quilling et al., 2016; Thyen, 2012). Hier ist das „Setting Kommune“ durch die Neuregelungen im PräVG und die entsprechenden Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz vom 19. Febru-

ar 2016 gestärkt. Anknüpfungspunkt dabei ist u.a. der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit mit den Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) in den Bundesländern. Vom Kooperationsverbund wurde 2012 der Kommunale Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle“ initiiert, der 2016 zum Kommunalen Partnerprozess „Gesundheit für alle“ weiterentwickelt wurde. Um Unterstützung für Familien bedarfsgerecht zu planen, hilft der Transitionsansatz mit seiner differenzierten Betrachtung der Familienwerdung und -ausgestaltung (Geene & Bacchetta, 2017). Die Ergebnisse sollten einfließen und umgesetzt werden im Rahmen einer integrierten kommunalen Strategie, die unter dem Leitbegriff **Präventionsketten** entwickelt werden kann (Gold & Lehmann, 2012; vgl. auch Holz, Schöttle & Berg, 2011).

2.4 Definitorische Eingrenzung des Begriffs „Alleinerziehende“

Im Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes (2016, S. 14) werden Alleinerziehende wie folgt definiert: „Alleinerziehende sind Mütter und Väter, die ohne Ehe- oder Lebenspartner/-in mit minder- oder volljährigen Kindern in einem Haushalt zusammenleben.“ Einbezogen sind in diesen Familienbegriff – neben leiblichen Kindern – auch Stief-, Pflege- und Adoptivkinder. Die Daten des Mikrozensus werden für Alleinerziehende mit minder- oder volljährigen Kindern getrennt ausgewertet und dargestellt. Davon abgegrenzt sind Elternteile mit Lebenspartner/-in im Haushalt, sie zählen zu den Lebensgemeinschaften mit Kindern. Evans et al (2012) beziehen Alleinerziehende mit Kind ein, die bereits mit einem neuen Partner oder einer neuen Partnerin zusammenwohnen. Alleinerziehend zu sein, wird dabei i.d.R. als zeitlich begrenzte Phase (Statuspassage) durchlebt, die durch neue Partnerschaft oder spätestens durch Verselbstständigung der vormals zu betreuenden Kinder endet.

Dem Begriff „**Alleinerziehende**“ liegt für Betroffene eine Schambesetzung und damit zusammenhängend eine erhebliche **Stigmatisierungsgefahr** inne (siehe dazu auch Kap. 4.1.6.). Der Begriff wird häufig nur in Bezug auf die Armutsgefährdung dieser Gruppe verwendet und geht teilweise mit einer Schuldzuweisung einher. Die Familienform „Alleinerziehende“ ist dabei insbesondere im Kontext des jeweiligen historischen und sozialen Wandels zu betrachten. So galt die Rolle der alleinerziehenden Mutter nach dem Zweiten Weltkrieg in Anbetracht der Millionen im Krieg verstorbenen Väter sowie insgesamt des „Männermangels“ als gewöhnlich. Entsprechende Begleiterscheinungen blieben weitgehend dethematisiert, was zur Folge hatte, dass es zwar nur wenig Unterstützung für die schweren Aufgaben vieler sog. „Trümmerfrauen“ gab, insofern sie auch Kinder zu versorgen hatten. Andererseits galt es als Schicksal, alleinerziehend zu sein, und verursachte keine Schamgefühle.

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

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

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

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

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

Zum Teil werden also Mütter und Väter in neuen Lebensgemeinschaften mitgerechnet, zum Teil werden sie ausgeschlossen. Dies führt dazu, dass in den Untersuchungen keine einheitliche Definition des „Alleinerziehens“ verwendet wird. Ergänzend muss an dieser Stelle auch an die Grenzen der Statistiken erinnert werden. Tatsächlich sind durch diverse **kulturelle** (auch stigmatisierungsbezogene) Abgrenzungen und **allokative Konstruktionen** im Rahmen von Sozialleistungen die Selbstbezeichnungen nicht immer identisch mit der tatsächlichen Lebensrealität, so dass eine genaue Abgrenzung von Ein- und Mehrelternfamilien weder lebensweltlich⁸ und schon gar nicht statistisch erfassbar ist.

So bezieht sich die sozialgesetzliche Regelung zu Mutter-Kind-Heimen, die nach SGB VIII, § 19 für Mütter oder Väter vorzuhalten sind, „die allein für ein Kind unter sechs Jahren zu sorgen haben oder tatsächlich sorgen“, explizit auf „**Alleinsorge**“. Dabei ist durch das Kinder- und Jugendhilfweiterentwicklungsgesetz vom 8. September 2005 die vorherige formale Sorgeberechtigung um die Frage einer tatsächlichen elterlichen Sorge erweitert (Wiesner, 2015, S. 352).

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

Im Jahr 2014 betrug der Anteil der Alleinerziehenden an der Gesamtzahl aller Familienformen 20,3 % (Statistisches Bundesamt, 2016). Bei ca. **neun von zehn** Alleinerziehenden handelt es sich um allein-

⁸ Zur Illustration der Bericht einer Erzieherin in einer Kita im sozialen Brennpunkt über ein Gespräch zwischen zwei Kita-Kindern: „Bätsch, der Holger ist jetzt mein Papa!“

erziehende **Mütter** (BMFSFJ, 2012). Alleinerziehende Väter betreuen häufiger nur ein Kind und dies ist in der Regel schon älter (Statistisches Bundesamt, 2010). Der Anteil der Alleinerziehenden an allen Familien hat in **Ostdeutschland** seit Mitte der 1990er Jahre deutlich **stärker zugenommen als in Westdeutschland** (BMFSFJ, 2008). Fast die Hälfte der Frauen in Ostdeutschland, die zwischen 1953 und 1972 geboren wurden, ist einmal in ihrem Leben alleinerziehend. In Westdeutschland sind es rund 20 %. Der häufigste Grund für die Lebensform der Alleinerziehenden sind **Ehescheidungen** (59 %), etwas mehr als ein Drittel der Alleinerziehenden war **ledig** und 6 % **verwitwet** (Statistisches Bundesamt, 2010).

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

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

In 11 435 befragten Familien wurden die Lebensformen erhoben. Darunter waren 7 785 Ehepaare, 938 Lebensgemeinschaften und 2 712 Alleinerziehende mit Kindern ohne Altersbegrenzung. Dies entspricht einem Anteil von **23,7 % Familien mit alleinerziehenden Eltern an der Gesamtzahl der Familien**. Darunter waren 404 alleinerziehende Väter (14,9 %) und 2 307 alleinerziehende Mütter (85,1 %).

8 061 der befragten Familien bestehen aus Eltern **mit Kindern unter 18 Jahren**. Davon sind 1 639 Alleinerziehende, 180 Väter (10,1 %) und 1 459 Mütter (89,1 %). Dies entspricht einem Anteil von 20,3 % Alleinerziehenden an der Gesamtzahl aller befragten Familien. **Eltern ohne Migrationshintergrund sind häufiger alleinerziehend** (26,0 %) als Eltern mit Migrationshintergrund (17,9 %).

Von insgesamt 18 578 „ledigen Kindern“ lebten 3 771 (20,3 %) bei Alleinerziehenden. Das ist ein Anteil von 20,3 % aller erfassten ledigen Kinder. Darunter waren 12 955 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, von denen 2 302 (17,8 %) bei Alleinerziehenden lebten.

2.5 Soziale Lage von Alleinerziehenden

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

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

Von 4.632 Alleinerziehenden, die im Mikrozensus (Statistisches Bundesamt, 2016) Angaben zu ihrem **Einkommen** gemacht hatten, haben 1.220 (26,3 %) ein monatliches Nettoeinkommen von unter 500 Euro. Von 3.959 alleinerziehenden Müttern, die Angaben zu ihrem Einkommen gemacht haben, trifft dies auf 1.100 Mütter (27,8 %) zu. Bezogen auf alle Familienformen betrifft dies 19,6 % aller Elternteile, womit alleinerziehende Mütter deutlich häufiger ein sehr geringes Einkommen haben als andere Eltern (Mütter und Väter gesamt).

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

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

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

Von 2.704 befragten Alleinerziehenden hatten 2.007 (74,2 %) einen beruflichen Bildungsabschluss, 697 (25,8 %) hatten keinen Abschluss. Unter den alleinerziehenden Vätern waren 14,8 % ohne beruflichen Bildungsabschluss. Unter den alleinerziehenden Müttern lag diese Zahl mit 38,3 % weit höher. Dadurch ist auch die Gesamtzahl der Alleinerziehenden ohne beruflichen Bildungsabschluss zu erklären, da 90 % der Alleinerziehenden Mütter sind. Unter allen Familienformen (Mütter und Väter) waren 19,5 % ohne beruflichen Bildungsabschluss. Auch hier ist anhand der berichteten Daten kein direkter Vergleich zwischen alleinerziehenden Müttern und Müttern in Partnerschaften möglich. Das gleiche gilt für die Väter.

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

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

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

2.6 Gesundheitliche Lage von Alleinerziehenden⁹

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

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

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

Je nach **Ursache des Alleinerziehens** variieren die gesundheitlichen Belastungen jedoch (Robert Koch-Institut, 2003). Die **verheiratet getrenntlebenden Mütter** weisen mit 44,8 % den geringsten Anteil mit sehr gutem und gutem Gesundheitszustand auf. Es folgen die **ledigen Mütter** mit 57,0 % und die **geschiedenen** mit 58,9 %. Mit 65,0 % am häufigsten beurteilen die **verwitweten, alleinerziehenden Mütter** ihren Gesundheitszustand (sehr) positiv. Hier wird ein Zusammenhang zwischen **Einkommenssituation** der verschiedenen Untergruppen (z. B. Unterhalt bei geschiedenen Frauen, Witwenrente) und Gesundheitszustand vermutet. Zudem können **Trennungsschwierigkeiten** psychosoziale Problemlagen verstärken. Insbesondere Arbeitslosigkeit, die alleinige Verantwortung für die Haus- und Familienarbeit sowie ein geringes Einkommen und geringe Schulbildung konnten als Risikofaktoren für die psychische und körperliche Gesundheit identifiziert werden (Sperlich et al., 2011). Wichtig ist zu betonen, dass die meisten dieser Befunde durch Unterschiede zustande kommen, die auf den sozio-ökonomischen Status zurückzuführen sind (Robert Koch-Institut, 2015; Sperlich, Arnhold-Kerri & Geyer, 2014). Werden die Daten für Einkommen und berufliche Belastungen adjustiert, unterscheiden sich alleinerziehende Mütter nur noch beim Indikator „Angst“ aus der HAD-S-Skala von Müttern in Partnerschaften. Alle anderen gesundheitlichen Outcomes gleichen sich an (Sperlich et al., 2014).

Im Hinblick auf die Gesundheitsindikatoren unterscheiden sich alleinerziehende und verheiratete Väter nicht wesentlich (SOEP 2000 zitiert nach Robert Koch-Institut, 2003). In vielen Studien liegen jedoch aufgrund der kleinen Fallzahlen zu wenige Daten zu **alleinerziehenden Vätern** vor. Hier besteht erheblicher Forschungsbedarf. Laut der Veröffentlichung des Robert Koch-Instituts (2015) haben alleinerziehende Väter ein größeres Risiko zu Depressionen und eine als nicht gut eingeschätzte globale Gesundheit. Ein Teil dieser gesundheitlichen Ungleichheit lässt sich hier ebenfalls auf die sozio-ökonomische Lage zurückführen.

⁹ Die hier dargestellte Studienlage ist in einer Memo-Sammlung (Anlage 8.4.) zusammen gestellt und hinsichtlich dargestellter Evidenz für Gesundheitsförderung ausgewertet.

Bezogen auf die gesundheitliche Lage von **Kindern alleinerziehender Eltern** werteten Rattay et al. (2014) die Daten aus der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie (KiGGS) nach verschiedenen Familienformen u.a. für Kinder von Alleinerziehenden aus, wobei sie hier von „Eielfternfamilien“ sprechen. Bei Heranwachsenden aus Eielfternfamilien werden häufiger emotionale und Verhaltensprobleme berichtet als bei Heranwachsenden aus „Kernfamilien“. Diese Unterschiede bleiben auch nach Kontrolle für Alter, Geschlecht, Wohnregion, den elterlichen Sozialstatus sowie das familiäre Miteinander bestehen. Kinder und Jugendliche aus Eielfternfamilien sind zudem **häufiger chronisch krank** (Einschätzung durch die Eltern) als Gleichaltrige, die mit beiden leiblichen Elternteilen zusammenleben. Interessant ist, dass die Unterschiede zwischen Kern- und Eielfternfamilien deutlicher ausfallen, wenn nicht für den Sozial-ökonomischen Status (SES) adjustiert wird. Ohne Adjustierung für Alter, Geschlecht, Wohnregion und Sozialstatus zeigen sich Unterschiede zu Ungunsten der Eielfternfamilien bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Heranwachsenden sowie ein geringerer Obst- und Gemüseverzehr. Das legt die Vermutung nahe, dass diese Kriterien mit dem SES in Zusammenhang stehen. Auch das Odds Ratio für emotionale und Verhaltensprobleme ist nach Kontrolle für den SES deutlich kleiner, aber weiterhin signifikant. Bei den chronischen Krankheiten zeigt sich hingegen keine Veränderung.

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

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

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

Zu beachten ist, dass nicht alle Kinder Alleinerziehender den Scheidungs- oder Trennungsprozess ihrer Eltern (bewusst) miterleben¹⁰, da es auch vor der Geburt des Kindes oder in den ersten Monaten danach schon oft zu einer Trennung kommt bzw. das Alleinerziehen eine bewusste Entscheidung sein kann. Wie oben beschrieben, müssen auch immer die Ursachen des Alleinerziehens mitberücksichtigt werden, wenngleich sie kaum systematisch zu kategorisieren sind.

¹⁰ Es liegen jedoch auch umfangreiche Forschungsergebnisse dazu vor, dass spätere Mutter-Kind-Interaktionen und Kindergesundheit bereits intrauterin maßgeblich geprägt werden, wobei insb. hoher psychischer Stress in der Schwangerschaft als negativer Prädiktor ausgewiesen wird (u.a. Bergmann, Bergmann, Ellert und Dudenhausen (2007); Brisch (2005); Schwab (2009))

Beim **Familienklima**¹¹ unterscheiden sich Kinder Alleinerziehender, Kinder verheirateter Eltern und Kinder nichtehelicher Lebensgemeinschaften kaum: 90 % der Kinder geben unabhängig von der Familienform an, „immer“ bzw. „oft“ gerne mit ihrer Familie zusammen zu sein (BMFSFJ, 2012).

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

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

Nach der vorstehend dargestellten Datenlage zur gesundheitlichen und sozialen Situation von Alleinerziehenden und den abschließend dargestellten besonderen Bedarfslagen widmet sich der letzte Abschnitt der hier kursorisch vorgelegten Forschungsstandanalyse der Frage nach Wirksamkeit von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden. Die zentrale Erkenntnisfrage lautet dabei: Was wissen wir, was Alleinerziehenden in der Bewältigung ihrer hohen Bewältigungsanforderungen hilft, bzw. was gilt in Fachkreisen als anerkanntes Wissen?

Dies erfolgt zunächst durch Abbildung der entsprechenden Fachdiskurse in der Gesundheitsförderung und nachfolgend als Analogiebildung aus gesundheitsbezogenen Maßnahmen anderer Leistungsarten und -träger, bevor im Folgekapitel auf die Expertise von Praktikerinnen und Praktikern im Feld verwiesen wird.

2.7 Bestehende Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden

In den gesichteten Veröffentlichungen wurden einige Ansätze genannt, deren Zuordnung zu Kategorien nicht immer eindeutig möglich ist, da bspw. eine Verbesserung des Beratungsangebotes vor Ort gleichzeitig verhaltens- und verhältnisbezogen interpretiert werden kann.

Als verhältnisbezogen können – neben den Interventionen im Setting – die familien- und sozialpolitischen Unterstützungsangebote gelten. Dazu gehört es, die Rahmenbedingungen für Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu verbessern. „Die Bundesregierung betreibt weiterhin Maßnahmen wie die Initiative „Familienbewusste Arbeitszeiten“, das Aktionsprogramm „Perspektive Wiedereinstieg“ und das Unternehmensprogramm „Erfolgsfaktor Familie“. Ergänzend dazu vernetzen 660 „Lokale Bündnisse für Familie“ Akteure aus Wirtschaft, Verwaltungen und Zivilgesellschaft und verbessern damit die Lebens- und Arbeitsbedingungen.“ (BMAS, 2013, S.39).

¹¹ „Familienklima“ ist ein zentraler Begriff in den Untersuchungen des Deutschen Jugendinstituts, der in repräsentativen Studien wie etwa den AID:A-Studien regelmäßig erhoben wird (u.a. Nauck (1995); Rauschenbach und Walter (2012); Walper, Walter und Rauschenbach (2015). Der Begriff ist hinterlegt mit Items zu familiärem Wohlbefinden, die durch Fragen zu familiärer Harmonie, zu gemeinsamen Aktivitäten sowie Konflikten und Lebensstilen innerhalb von Familien erhoben werden.

Im Rahmen ihrer Studie zum bürgerschaftlichen Engagement im Bereich der Frühen Hilfen weisen Keupp & Behringer (2015)¹² darauf hin, dass sich für Alleinerziehende das Projekt „Eltern-AG“ (Armbruster & Schlabs, 2009; Böhm & Schneider, 2013) bewährt habe. Eltern-AGs werden insbesondere im Rahmen sog. Präventionsketten als Kursprogramme zur Alltagsbewältigung, Ressourcenstärkung und Selbstorganisation sozial benachteiligter, junger Eltern¹³ angeboten (vgl. 5.12). Ihre Finanzierung erfolgt überwiegend aus Mitteln der Kinder- und Jugendhilfe durch die örtlichen Jugendämter gemäß SGB VIII, § 16.

Seit Herbst 2009 nahmen 77 Projekte im Rahmen des Ideenwettbewerbs „Gute Arbeit für Alleinerziehende“ ihre Arbeit auf. Bis Ende 2012 wurden sie mit Mitteln des Europäischen Sozialfonds und des Bundes in Höhe von insgesamt 60 Mio. Euro gefördert. Die Arbeit der Projekte ergänzen die Aktivitäten der Jobcenter zur Förderung der beruflichen Eingliederung von Alleinerziehenden (BMAS, 2013).

Die Bundesregierung, die Bundesagentur für Arbeit und die meisten Bundesländer haben Alleinerziehende als Adressaten definiert und neu herausgehoben. Zielvereinbarungen in der Grundsicherung für Arbeitsuchende werden als Steuerungsinstrument mit dem Ziel einer verbesserten Integrationsquote eingesetzt. Für das Jahr 2012 hatte sich die Bundesagentur für Arbeit in der Zielvereinbarung mit dem BMAS erstmals verpflichtet, die Integrationsquote Alleinerziehender zu steigern (BMAS, 2013).

Seit Sommer 2011 unterstützt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales darüber hinaus die verstärkten Eingliederungsbemühungen der Bundesagentur für Arbeit, der Länder und kommunalen Partner bis 2013 durch die Förderung von bundesweit 102 „Netzwerken wirksamer Hilfen für Alleinerziehende“. Dafür stehen Fördermittel des Europäischen Sozialfonds und des Bundes in Höhe von insgesamt 20 Mio. Euro zur Verfügung (BMAS, 2013).

Die **Netzwerkbildung auf kommunaler Ebene** ist eine wichtige Grundlage der Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden (BMAS, 2013; BMFSFJ, 2008). So ist beispielsweise die Zusammenarbeit zwischen Jugendamt, Sozialamt, Arbeitsagenturen bzw. JobCentern und allen anderen Hilfesystemen, die zur Verfügung stehen, die Voraussetzung für eine erfolgreiche Unterstützung von Alleinerziehenden. Weitere Akteure können darüber hinaus freie und Bildungsträger sowie Jugendämter, Arbeitgeberverbände, Kammern und Wohlfahrtsverbände sein. Handlungsschwerpunkte bilden Bedarfsanalysen, Wegweiser- und Lotsen-Maßnahmen, Arbeitgeberansprachen aber auch Fragen der Kinderbetreuung. Ziel vieler Netzwerke ist es, eine **zentrale Anlaufstelle** für Unterstützungsangebote für Alleinerziehende (und auch andere Zielgruppen) zu etablieren. Die Netzwerkbildung kann dabei als verhältnisbezogen betrachtet werden. Ein Beratungsgespräch mit gesundheitlichem Schwerpunkt durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des JobCenters (vgl. MDS & GKV-Spitzenverband, 2016) hat i.d.R. eine Sensibilisierung bzw. Motivierung zur Verhaltensänderung (ggf.

¹² Keupp & Behringer (2015, S. 41) schreiben zur Qualitätssicherung der Eltern-AGs: „Die ersten vorliegenden Befunde zeigen, dass das Projekt zu 98 % die Zielgruppe sozial benachteiligter Familien erreicht. Den höchsten Anteil stellen alleinerziehende Mütter mit dem Anspruch auf finanzielle Hilfen zur Lebensführung dar, eine Gruppe, die das höchste Armutsrisiko in der Gesellschaft der Bundesrepublik darstellt. Die wahrgenommene soziale Unterstützung hat sich nach der Teilnahme an der ELTERN-AG hochsignifikant erhöht. Der Empowermenteffekt wird über die Tatsache erfasst, ob sich die Eltern nach dem Abschluss der Projektphase selbstorganisiert weiter treffen. Das ist bei 72 % der Fall und insofern ist er in hohem Maße eingetreten.“

¹³ Die Begriffe „junge Mütter“ bzw. „junge Eltern“ werden hier nicht auf das Alter der Eltern, sondern auf das der Kinder bezogen. Sie beziehen sich also darauf, dass die Elternschaft erst jüngst eingetreten ist. Für altersmäßig besonders junge Eltern, z. B. Teenage-Eltern, wird der Begriff der „frühen Elternschaft“ verwandt.

nach der Teilnahme an einem Kurs) zum Ziel und kann insofern sowohl zu den verhaltenspräventiven Maßnahmen gezählt werden als auch einen „Baustein“ für Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Kommune darstellen.

Im Bereich Arbeitsvermittlung und berufliche Qualifikation gibt es teilweise spezifische Angebote für Alleinerziehende, z. B. im Landkreis Emmendingen, oder das „Heidelberger Bündnis für Familien“, das in diesem Rahmen aktiv ist (BMFSFJ, 2012). In Nürnberg gibt es eine Initiative des Lokalen Bündnisses „Agentur für Arbeit und Beruf“. Diese bietet insbesondere Alleinerziehenden Informationen, Beratung und Vermittlung von Kinderbetreuung. Sie berät zu Möglichkeiten der Übernahme von Kinderbetreuungskosten, hilft bei der Suche nach geeigneter Nachhilfe oder nach Ferienangeboten für Kinder und Jugendliche und unterstützt bei der Neuorientierung und dem Wiedereinstieg ins Erwerbsleben. Somit bietet auch diese Initiative Kontaktmöglichkeiten für mehrere Bedürfnisse Alleinerziehender. Es liegt hier ebenfalls ein Mix aus verhältnis- und verhaltenspräventiven Ansätzen vor.

Im Präventionsbericht werden Alleinerziehende bislang nicht explizit adressiert, sondern über Prävention und **Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen** angesprochen (MDS & GKV-Spitzenverband, 2015). Dies geschah über ein Modellprogramm, das an sechs Standorten erprobt wurde. „An allen Standorten erhielten die Jobcenter-Mitarbeiter eine Schulung nach dem Ansatz des „Motivational interviewing“ zur Ansprache der möglichen Teilnehmenden durch motivierende Gesundheitsgespräche (ebd., S. 17).“ An zwei Standorten des Modellprojektes wurde ein besonderer Schwerpunkt auf Alleinerziehende als Adressatinnen und Adressaten der Beratung gelegt. Der Zugang über das Jobcenter erscheint sinnvoll, da Alleinerziehende oder ihre Kinder häufig Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II bzw. auf „Leistungen für Bildung und Teilhabe“ haben und dementsprechend über das Jobcenter erreicht werden können. Zudem werden sie nicht als „Alleinerziehende“ stigmatisiert, da die Beratung auch andere Gruppen anspricht. Folglich ist nicht nur das Merkmal „Alleinerziehen“ Ausgangspunkt der Beratung und weiterführender Maßnahmen.

Am Modellstandort Vogtland wurde ausschließlich bzgl. des Kurses „AktivA“ beraten. Dieser Kurs ist ein verhaltensbezogener Ansatz, der Stressbewältigung/Entspannung, Bewegung im Alltag und die Planung von Tagesstrukturen vermittelt. Er ist bereits durch eine Studie positiv evaluiert worden.

Am Standort Limburg-Weilburg wurde auf Basis einer Bedarfsermittlung zunächst vereinbart, schwerpunktmäßig Alleinerziehende sowie junge Erwerbslose anzusprechen. Dies geschah im Rahmen von Beratung und Informationsveranstaltungen. Die Kundinnen und Kunden wurden bezüglich des Programmes „Fit for life“ beraten, in dem u.a. auf die Themen Stressbewältigung/Entspannung, Tagesstrukturierung, soziales Netzwerk, Ernährung und Bewegung eingegangen wird. Außerdem wird auf primärpräventive/gesundheitsförderliche Maßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen vorbereitet. Anschließend führte die gesetzliche Krankenversicherung primärpräventive/gesundheitsförderliche Angebote durch, die jedoch nur von 32 Personen (257 waren beraten worden) genutzt wurden.

Eine Evaluation des Modellprojektes „Krankenkassen und Jobcenter verzahnen Arbeits- und Gesundheitsförderung – eine modellhafte Erprobung“ über alle Modellstandorte läuft derzeit. Spezielle Bedarfe von Alleinerziehenden wurden nicht erläutert. Eine gesonderte Auswertung/Evaluation bezüglich der Adressatengruppe Alleinerziehende gibt es nicht.

Mit den „Lokalen Bündnissen für Familie“ gibt es Ansätze im Bereich **soziale Netzwerke und Beratung**¹⁴, die ebenfalls verhältnis- und verhaltensbezogen sind. Hier wird auch der Bereich flexible Kinderbetreuung aufgegriffen. Ähnliche Netzwerke und Beratungsangebote bietet auch der 1967 gegründete „Verband alleinerziehender Mütter und Väter“ (VAMV; <http://www.vamv-bundesverband.de>) mit ca. 200 regionalen Ortsverbänden und Kontaktstellen an (Robert Koch-Institut, 2003).

Außerdem wurden effektive, innovative Beratungsformen, die der besonderen Situation alleinerziehender Mütter in Problemsituationen Rechnung tragen, im Rahmen eines Modellprojektes des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend an drei Modellstandorten entwickelt. Ein gesundheitsrelevanter Aspekt der Konzeption war dabei die Vorbeugung von psychischer und physischer Überlastung und die Überwindung von Isolation. Durch die Vernetzung verschiedener Beratungsbereiche (psychosoziale, berufsbezogene und auf Alltagsbewältigung ausgerichtete Beratung) und die Kombination mehrerer Beratungsmethoden (Einzelgespräche, Gruppengespräche und Kurzgespräche zur Alltagsbewältigung) konnte das Selbsthilfepotenzial und der persönliche Stabilisierungsprozess alleinerziehender Frauen gestärkt werden.

Im Armutsbericht des DPWV (Der Paritätische Gesamtverband, 2016)) wird die besondere Belastungssituation Alleinerziehender umfangreich herausgestellt (Asmus & Pabst, 2016, 27ff). Hier wird neben finanziellen Fragen die Handlungsanforderung insbesondere auf **Infrastruktur/Kinderbetreuung** gelegt: „Für erwerbstätige Alleinerziehende ist eine funktionierende Infrastruktur existenziell, da sie auf verlässliche, ganztägige Kinderbetreuungsangebote angewiesen sind. Arbeiten Alleinerziehende nicht in einem klassischen „Nine-to-five-Job“, sondern sind im Einzelhandel tätig oder müssen Schicht- und Wochenenddienst leisten, stellt sich die mangelnde Abdeckung der Kinderbetreuung während dieser Zeiten als sehr problematisch dar. Eine verlässliche Infrastruktur der Kinderbetreuung ist jedoch für Alleinerziehende Bedingung, um einer existenzsichernden Erwerbstätigkeit nachgehen zu können, die sie und ihr Kind potenziell vor Armut schützen kann. Dies deckt sich auch mit den Einschätzungen der alleinerziehenden Eltern. Die Mehrheit bewertet ein externes Betreuungsangebot als zentrale Voraussetzung für ihre Erwerbstätigkeit. Schwierigkeiten entstehen durch die Asynchronität der zeitlichen Verpflichtungen aus dem Erwerbsverhältnis und des Familienlebens. Der Ausbau der Kinderbetreuungszeiten ist folglich ein wichtiger Baustein, damit auch Alleinerziehende Beruf und Familien gut vereinbaren können. Gleichzeitig müssen auch alleinerziehende Eltern über ausreichende zeitliche Spielräume für ihre Kinder verfügen können. Dabei darf nicht übersehen werden, dass auch bei älteren Kindern, die durch Einrichtungen der Kindertagesbetreuung oder Kindertagespflege betreut werden, ein größerer Bedarf an Aufmerksamkeit und Unterstützung bestehen kann.“

Insgesamt zeichnet sich ab, dass es viele Angebote für Familien gibt, die nicht explizit Alleinerziehende adressieren, aber (vermutlich) oft von Alleinerziehenden in Anspruch genommen werden. Das ist von Vorteil, da eine mögliche Stigmatisierung als Alleinerziehende entfällt. Es ist jedoch von hoher Bedeutung, dass ihre spezifischen Bedarfe nicht unkenntlich werden. Sondern vielmehr die Angebote (bewusst) die Bedürfnisse Alleinerziehender berücksichtigen, auch wenn die Interventionen nicht immer einen expliziten Gesundheitsschwerpunkt nennen.

Bei spezifischen Angeboten mit einer klaren Definition der Adressatengruppe kann es zum Problem der **Stigmatisierung** kommen (Buschhorn, 2015). Dies wird hier am Beispiel „Früher Hilfen“ illustriert, die an späterer Stelle noch ausführlicher erläutert werden: Als Adressatinnen und Adressaten

¹⁴ <http://www.lokale-buendnisse-fuer-familie.de> | <http://www.mehrgenerationenhaeuser.de>

Früher Hilfen, d. h. von Angeboten, die auf die Förderung der elterlichen Beziehungs-, Erziehungs- und Versorgungskompetenz zielen, fasst das Nationale Zentrum Frühe Hilfen in seiner Begriffsbestimmung „insbesondere“ Eltern(teile) im Übergang in Elternschaft und Eltern(teile) mit Kindern zwischen 0 und 3 Jahren in „Problemlagen“. Neben den damit einhergehenden Zuschreibungs- und Adressierungsprozessen muss die fachliche und rechtliche Verortung Früher Hilfen im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe (kritisch) reflektiert werden. Dabei werden Personen anhand von vermeintlichen, zuvor definierten Risikofaktoren, wie z. B. „alleinerziehend“ oder „wirtschaftlich arm“ in Problemgruppen und Nicht-Problemgruppen eingeteilt und als Adressatinnen und Adressaten präventiver Maßnahmen – wie hier im vorliegenden Beispiel von Angeboten der Frühen Hilfen – konstruiert.

Um eine Stigmatisierung zu umgehen, ist die **Prävention und Gesundheitsförderung nach dem Settingansatz** sinnvoll, weil diese als diskriminierungsarm gilt (Geene & Rosenbrock, 2012). Der Settingansatz zielt auf die aktive Einbeziehung (Partizipation) aller Akteure im Setting ab, knüpft bei der Auswahl der Settings und der Methoden an bereits gesammelte Erfahrungen und erworbene Fertigkeiten an und gibt Anreize zur Kompetenzstärkung aller Beteiligten (Empowerment). Der Settingansatz gilt als verhaltens-, verhältnisbezogener sowie partizipativer Ansatz insbesondere in Kita und Schule, aber auch in der Kommune, der Familie, Sportvereinen und Jugendfreizeiteinrichtungen.

Die Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz stellt einen vielversprechenden Ansatz für besonders belastete und gleichzeitig schwer erreichbare Adressatengruppen wie sozial benachteiligte Familien dar, weil gerade diese eher skeptisch gegenüber Angeboten beispielsweise des Jugendamts sind und den Vergleich mit besser gestellten Familien vermeiden möchten (Präventionsdilemma). So gilt der Settingansatz für die Gesundheitsförderung und Prävention – wenngleich dieser Ansatz zur Verbesserung der Kindergesundheit und Bekämpfung von Kinderarmut noch in den Anfängen steckt – inzwischen als Standard.

Als ein Beispiel für einen gelungenen Settingansatz wird von einem stadtteilbezogenen Programm zur Bewegungsförderung für Frauen in schwierigen Lebenslagen berichtet (Loss, Warrelmann & Lindacher, 2016): Alleinerziehende Frauen sind ein Teil der Adressatinnen des Projekts „Bewegung als Investition in Gesundheit“ (BIG). Das Maßnahmenkonzept wurde im Rahmen eines partizipativen Planungsprozesses mit Frauen aus der Adressatengruppe sowie Expertinnen und Experten sowie Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger erarbeitet und umgesetzt. Dafür wurden Projektbüros, welche von den Frauen selbst geleitet werden, eingerichtet, von wo aus die Projektarbeit koordiniert wird. Wohnortnahe und kostengünstige Bewegungsprogramme mit Kinderbetreuung, Frauenbadezeiten sowie Schwimm- und Selbstverteidigungskurse gehören zu den Angeboten.

Hurrelmann et al (2015) nennen drei verschiedene Elternprogramme (STEP, Lions Quest, Mit dem U-Boot auf Gesundheitskurs), die zeigen, dass ein Wandel von der Komm-Struktur zu einer Zugeh-Struktur, lebensweltlich eingebettet, sozial benachteiligte und bildungsferne Eltern besser erreicht und dadurch das „Präventionsdilemma“ (Bauer, 2005) abgemildert werden könne. Mit dem Begriff des „Präventionsdilemmas“ (oder auch „Präventionsparadox“, nach Caplan (1964)) wird zum Ausdruck gebracht, dass sozial benachteiligte Eltern sich in der Regel weniger durch Kurse, Elternbildungsangebote u.ä. angesprochen fühlen. Zum anderen haben sie Sorge, dass ein Interesse an einem Elternkurs signalisiere, dass sie hilfsbedürftig seien.

Die Programme, die an ein Setting wie Kindergarten, Schule, Jugend- und Familienhilfe angebunden sind, können nach Hurrelmann und Kollegen (ebd.) vor allem alleinerziehende Mütter (und andere benachteiligte Gruppen) signifikant häufiger erreichen als freie Angebote. Die Teilnahmebereitschaft

kann durch direkte, respektvolle und ermutigende Ansprache durch eine Vertrauensperson und durch die Begleitung dieser zu dem jeweiligen Programm gesteigert werden. Des Weiteren können Anreize in Form von Fahrkostenerstattung, Gutscheine der Kommune für gesundheitsförderliche Familienaktivitäten sowie eine integrierte Kinderbetreuung während des Kurses das Interesse erhöhen. Auch eine gezielte Anpassung an die Bedürfnisse, zum Beispiel durch verschiedene Kursformate und mit ihnen kombinierte Einzelberatungen, verbessert den Zugang. Bezüglich der interessierenden Adressatengruppe der Alleinerziehenden wird darauf verwiesen, dass sich diese (insbesondere bei gleichzeitigem niedrigem Schulabschluss) eine stärkere emotionale Unterstützung durch die Angebote wünschen.

Eigene Konzepte für settingbezogene Gesundheitsförderung von Alleinerziehenden werden im Bundesgesundheitsbericht des Robert-Koch-Instituts (2015) nicht genannt. Jedoch wird ihr Bedarf im Rahmen der **Gesundheitsförderung in der Kommune** herausgestellt, welche als vielversprechend angesehen wird, um sozial Benachteiligte (zu denen Alleinerziehende gezählt werden) zu erreichen und gesundheitliche Chancengleichheit herzustellen. Ein Schwerpunkt der kommunalen Gesundheitsförderung liegt im Bundesgesundheitsbericht auf den sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen. Grundlage bilden dabei die Handlungsempfehlungen „Gesundheitschancen sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher nachhaltig verbessern!“ vom Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“, in den der kommunale Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“ eingebettet ist. Ebenfalls nicht spezifisch für Alleinerziehende (aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe) sind auf kommunaler Ebene auch die „Frühen Hilfen“, welche durch die Förderung von Beziehungs- und Erziehungskompetenz dazu beitragen, Entwicklungsrisiken eines Kindes frühzeitig wahrzunehmen und zu reduzieren.

Daran anknüpfend kann als Zwischenfazit festgehalten werden, dass ein Trend zu Netzwerkstrukturen mit einer zentralen Anlaufstelle für verschiedene gesundheitliche und soziale Themen besteht. Eine zentrale Rolle spielen die finanziellen Sorgen, die nach einer Studie von Evans et al. (2012) von 51,9 % aller Alleinerziehenden angegeben wurden. Mehr Zeit, eine wertschätzende Gesprächsatmosphäre sowie eine zielgerichtete Vermittlung an kompetente Ansprechpersonen verbessern den Zugang zu verschiedenen Interventionen. Wichtig ist bei allen Angeboten eine psychosoziale Begleitung und ggf. eine Kinderbetreuung. Gewünscht sind nach Evans et al. (2012) außerdem Angebote, die sich an Kinder richten (Schule, Ausbildung, Kinderbetreuung, Hausaufgabenhilfe, Ferienbetreuung, Gesundheit). Dazu müssten Bildungsträger noch besser in die Netzwerke einbezogen werden. Wichtig ist neben einer zentralen Kontakt- und Anlaufstelle zudem eine kompakte Darstellung und Bewerbung vorhandener Leistungen und der Ausbau eines Nothilfe-Netzwerkes.

Rattay et al. (2014) ergänzen Ansätze, die jedoch keine theoretische Ableitung aus den Bedarfen von Einelternfamilien haben. In Bezug auf die Kinder, die in der Literatur der Exploration häufig zu kurz kamen, nennen Rattay und Kollegen die niedrigschwellige elternunabhängige (ohne Stigmatisierung einzelner Familienformen) Stärkung der Kinder z. B. durch den Ausbau der Schulsozialarbeit.

Insgesamt ist es eine Herausforderung zwischen den Gesamtgruppe der Alleinerziehenden und den Alleinerziehenden mit niedrigerem sozio-ökonomischem Status (SES) zu differenzieren. In der KiGGS-Studie gibt es gesundheitsrelevante Unterschiede, die sich aufgrund des niedrigeren Einkommens/SES erklären lassen. So lassen sich sicher auch für die verschiedenen Gruppen unterschiedliche Bedarfe sowie dementsprechend unterschiedliche Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätze ableiten. Insgesamt ist die Gruppe der Alleinerziehenden jedoch besonders häufig von Armut betroffen (Rattay et al., 2014).

Des Weiteren ist es von Bedeutung, den Zusammenhang zwischen der Gesundheit der Eltern und der Kinder abzubilden. Es liegt nahe, dass eine stärkere emotionale und psychische Belastung von Alleinerziehenden sich auf die emotionale Entwicklung und das Verhalten ihrer Kinder auswirkt.

Die gute Öffentlichkeitsarbeit einiger an sozial Benachteiligte gerichtete Projekte darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass sie aufgrund dessen, dass sie größtenteils nicht bundesweit arbeiten und zu meist nur einmal stattfinden und nur einen Bruchteil der vulnerablen Adressatengruppen erreichen (Hartung, 2014).

Eine flächendeckende Implementierung guter Ansätze und kommunaler Strukturen könnte das ändern.

2.8 Leistungsbereich Eltern-Kind-Kuren

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

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

In diesem Sinne zeigen **wohntortferne Leistungen der verhaltensbezogenen Prävention für Alleinerziehende** ein mögliches zukünftiges **präventives Potenzial**. Zwar liegen hinsichtlich einer adressatenspezifischen Wirkung bei Alleinerziehenden keine Daten vor. Nach den in Kapitel 2. dargestellten Erkenntnissen der weit überproportionalen Betroffenheit von Frauen/Müttern, zur sozialen Bedingtheit und ihrer hohen Korrelation zu Familienarmut kann abgeleitet werden, dass eine Adressierung

von Alleinerziehenden das Kriterium einer **Verminderung sozial und geschlechtsspezifisch bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen** gemäß SGB V, § 20 Absatz 1 Satz 2 in hohem Maße erfüllt.

2.9 Leistungsbereiche der Jugendhilfe

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

Ein für diese Studie wichtiger und insgesamt noch unterbeleuchteter Aspekt ist dabei, dass durch das PräVG **Gesundheitsförderung auch als Auftrag an die Jugendhilfe** formuliert wurde, explizit für die Familienberatung nach SGB VIII, § 16 Absatz 2 sowie für stationäre Einrichtungen gemäß SGB VIII, § 45 Absatz 2. In diesem Sinne sollen auch Familienzentren und -beratungsstellen sowie stationäre Einrichtungen wie Kinder- und Jugendheime als Lebenswelten von Alleinerziehenden gesundheitsförderlich entwickelt werden. Für Alleinerziehende können insbesondere die gemeinsamen **Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder** nach SGB VIII, § 19 Absatz 1¹⁵ relevant sein, die als Einrichtungen unter dem Erlaubnisvorbehalt des SGB VIII, § 45 stehen (vgl. Wiesner, 2015, S. 940 im Rechtskommentar des SGB VIII (§45, Rn. 42)) und damit durch das PräVG seit 2016 auf Gesundheitsförderung verpflichtet sind.

Auch die **Familienberatung** nach SGB VIII, § 16 hat für Alleinerziehende hohe Bedeutung, insbesondere hinsichtlich elterlicher Trennungskonflikte, z. B. bei Scheidungen, sowie in Fragen der Kinderbetreuung sowie des sozialen Netzwerks im Wohnumfeld. Spezifische Präventionsprogramme können sich hier an Kinder oder auch Eltern wenden zur besseren Konfliktbearbeitung oder zur Vernetzung und Selbstorganisation von Eltern bzw. Alleinerziehenden. Maßnahmen der Krankenkassen können einerseits ausgerichtet sein auf gesundheitsförderliche Entwicklung der Familienberatungsstellen¹⁶ als Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten im Sinne des SGB V, § 20a. Familienberatungsstellen können andererseits auch als Zugangs- oder Veranstaltungsort für individualpräventive Maßnahmen zur Förderung gesundheitlicher Elternkompetenz gemäß SGB V, § 20 Abs. 5 i.V.m. § 26 in Kooperation mit Krankenkassen genutzt bzw. weiterentwickelt werden.

¹⁵ Der Wortlaut des SGB VIII, § 19 Absatz 1 Satz 1 lautet: „Mütter und Väter, die allein für ein Kind unter sechs Jahren zu sorgen haben oder tatsächlich sorgen, sollen gemeinsam mit dem Kind in einer geeigneten Wohnform betreut werden, wenn und solange sie aufgrund ihrer Persönlichkeitsentwicklung dieser Form der Unterstützung bei der Pflege und Erziehung der Kinder bedürfen“.

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

Für Alleinerziehende mit Kleinkindern ist das seit 2005 entstandene und durch das Bundeskinderschutzgesetz seit 2012 normierte Handlungsfeld der **Frühen Hilfen** von hoher Relevanz, denn sie gelten als Risikogruppe zur Entstehung von Bindungs- und Interaktionsstörungen (Brisch, 2005) und nehmen Frühe Hilfen häufiger in Anspruch (Scharmanski & Renner, 2016). Hier bieten sich unmittelbare Anknüpfungsmöglichkeit zu familiärer Gesundheitsförderung im Rahmen von Präventionsketten (Geene, 2017; Holz et al., 2011).

3 Methodische Vorgehensweise

Es wurden verschiedene Methoden zur Datenerhebung angewendet. Somit handelt es sich um ein Mixed-Methods-Design. Grundlage bilden **Dokumentenanalysen zum Forschungsstand**, u. a. über den Bundesgesundheitsbericht 2015 incl. Ergebnissen der KiGGS-Studien und ergänzender Fokusauswertungen sowie Studien im Auftrag von BMAS, BMFSFJ, BZgA und DJI. **Dokumentenanalysen zur praktischen Umsetzung** erfolgten u. a. im Rahmen von Publikationen der Selbsthilfe von Alleinerziehenden, zum Kongress Armut und Gesundheit sowie in den Präventionsberichten der Krankenkassen. Dies diente auch zur Identifikation von Fachleuten für vertiefende Befragungen. Dazu wurde das Instrument der **Experteninterviews** (Fokusgruppe und Einzelinterviews) gewählt, um entsprechende Fachexpertise zu nutzen und um Träger der Sozialversicherungen, Landesvereinigungen für Gesundheit und Koordinierungsstellen Gesundheitlicher Chancengleichheit, Verbände der Selbsthilfe, Anbieterinnen und Anbieter von Präventionsangeboten, wissenschaftlich und fachlich Aktive und weitere Kooperationspartner in die Bestandsaufnahme einzubeziehen. Zudem wurde eine **Datenbankrecherche** zur Erhebung von Informationen über Interventionen (Modelle guter Praxis) durchgeführt, in der neben Einblicken in die Praxis der Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden auch grundsätzliche Erkenntnisse über die Nutzbarkeit der Datenbanken für entsprechende Recherchen generiert wurden.

3.1 Expertengespräche zu sozialen und gesundheitlichen Lage und abgeleiteten Interventionsmöglichkeiten

Im Verlauf des Auftrages fanden ein Fokusgruppengespräch (6.1.2017 in Berlin) und halbstrukturierte Einzelinterviews statt. Zur Ergebnissicherung wurden anhand von Audioaufzeichnungen und Mitschriften Ergebnisprotokolle (siehe Anhang 9.4) erstellt. Hinzu kamen E-Mail-Befragungen, die mittels Fragebögen durchgeführt wurden (vgl. Anhang 9.2).

Ziel der Gespräche/Befragungen war es, neben der vertiefenden Analyse von Lebenslagen und Bedarfen, Gesundheitsförderungsansätze und ggf. konkrete Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden zu identifizieren. In Vorbereitung des Fokusgruppengesprächs am 6.1.2017 wurden zunächst Einzelgespräche geführt. Anschließend wurden aufbauend auf den Erkenntnissen aus der Fokusgruppe vertiefende, telefonische Interviews mit Expertinnen durchgeführt, die wissenschaftliche und überregionale Perspektiven einbrachten. Abschließend wurden die Koordinierungsstellen für Gesundheitliche Chancengleichheit angeschrieben und mündlich/ fernmündlich nachgefasst. Das nachfolgende Kapitel stellt zunächst das Grundgerüst zur Auswertung der Fachexpertisen dar.

Im Rahmen eines Fokusgruppengesprächs in Form einer Expertenanhörung am 6.1.2017 in Berlin wurden Expertinnen und Experten befragt, die in ihrem beruflichen Alltag mit Alleinerziehenden arbeiten. Der Einstieg erfolgte durch einen Input aus dem Projekt „Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis) zur Prävention und Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden“, der die Leitfragen beinhaltete und dadurch auch zur Strukturierung des Fokusgruppengesprächs diente (vgl. Anlage 7.6.).

Die Fragestellungen wurden mit nachfolgenden Expertinnen und Experten diskutiert:

- Robert Gibis, Fachliche Leitung von „wellcome“ und langjähriger Koordinator des Angebots „Familien in Not“

- Elisabeth Küppers, Projektleiterin, VAMV – Verband alleinerziehender Mütter und Väter, Landesverband Berlin
- Margaretha Müller, Leiterin Strukturstelle „Flexible und ergänzende Kinderbetreuung – berlinweit“ SHIA e.V. – SelbstHilfeInitiative Alleinerziehender, Landesverband Berlin

An der offenen Gruppendiskussion beteiligten sich 38 weitere Fachleute, Expertinnen und Experten (siehe 3.3.).

Ergänzend fanden vertiefende **telefonische Einzelinterviews** statt. Ein solches erfolgte mit Dr. Stefanie Sperlich von der Medizinischen Hochschule Hannover. Es kam zu Stande auf Verweis von Dr. Cornelia Lange vom Robert Koch-Institut. Dr. Lange hat den bislang einzigen Gesundheitsbericht des RKI zu Alleinerziehenden federführend verfasst, doch er stammt bereits von 2003 und wurde bislang nicht aktualisiert. Dr. Sperlich beschäftigte sich in ihrer bisherigen Forschungstätigkeit u. a. intensiv mit dem Lebenslagenansatz in Bezug auf die gesundheitliche Situation von Müttern; Alleinerziehende waren in ihrer Studie repräsentativ vertreten.

Ein weiteres Expertengespräch fand mit Solveig Schuster statt, vormalige Vorsitzende (2015–2017) des VAMV Bundesverbandes. Dieses Gespräch folgte dem spezifischen Interesse, aus ihrer Perspektive die überwiegend aus dem Berlin-Brandenburger Raum stammenden Expertisen des Fokusgruppengesprächs auch auf der bundesverbandlichen Ebene zu spiegeln.

Zur Ermittlung der Frage, ob und wenn ja inwieweit Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden schon im Rahmen von Setting-Aktivitäten der Gesetzlichen Krankenkassen entwickelt wurden, erfolgte zunächst eine orientierende Recherche im Rahmen einer Dokumentenanalyse der Präventionsberichte von MDS und GKV-Spitzenverband der Jahre 2013 bis 2015 und der bereits in 2016 geschlossenen Landesrahmenvereinbarungen¹⁷ in Baden-Württemberg, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Die Recherche ergab keine Treffer.

Von besonderem Interesse war es, Gespräche mit Vertreterinnen oder Vertretern gesetzlicher Krankenkassen zur Frage der Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden durchzuführen. Eine umfassende Recherche ergab lange keinerlei Kontaktmöglichkeiten, insofern einzelne Angesprochene in diesem Arbeitskontext noch nicht tätig waren.

Im Dezember 2016 wurden die zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für Gesundheitsförderung bei den gesetzlichen Krankenkassen in Berlin und Brandenburg angeschrieben und zur Expertendiskussion am 6. Januar 2017 eingeladen. Eine Rückmeldung erfolgte hier durch Astrid Salomon von der BKK VBU, die an dem Expertengespräch teilnahm. Eigenständige Erfahrungen zu Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden liegen der BKK VBU jedoch nicht vor. Weitere Rückmeldungen erfolgten nicht.

Im Januar 2017 erfolgte eine Abfrage bei den 16 Koordinierungsstellen gesundheitliche Chancengleichheit in den Bundesländern, in der auch dieser Aspekt angesprochen wurde. Nachfristig ging

¹⁷ Die Recherchen erfolgten im Dezember 2016 und Januar 2017 über die Zusammenstellung der Landesrahmenvereinbarungen auf dem Internetportal des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit unter <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/dokumente-praeventionsgesetz/> [Letzter Zugriff: 21.04.2017]. Dabei konnte festgestellt werden, dass zumindest in Nordrhein-Westfalen und Bremen die Regionalstellen der Bundesagentur für Arbeit den Landesrahmenvereinbarungen beigetreten sind, was besondere Anschlussmöglichkeiten für eine Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden eröffnet.

eine Mitteilung der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit bei der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Bremen ein, dass in diesem Bundesland ein Arbeitskreis zur Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden im Aufbau ist. Zuständig für den Aufbau ist Katrin Acar von der AOK Bremen/ Bremerhaven, mit der nachfolgend ein telefonisches Interview durchgeführt werden konnte.

Schwerpunkte der bislang durchgeführten Fokusgruppengespräche, Einzelinterviews sowie der schriftlichen Befragungen waren die nachfolgenden Themenbereiche. Ziel der Diskursivierung war dabei nicht eine vermeintlich „richtige“ Beantwortung der aufgeworfenen Fragen, sondern vielmehr die Ermittlung subjektiv gewählter, mitunter auch impliziter Ansätze, mit denen die Expertinnen und Experten arbeiten

3.2 Leitfaden zu Expertengesprächen

In Vorbereitung des Fokusgruppengesprächs und weiterer Expertengespräche wurde ein Leitfaden erarbeitet, der (aufbauend auf der Exploration) wesentliche Erkenntnisfelder und Hypothesen des Feldes in Form einzelner Leitfragen skizzierte. Die Leitfragen zu Experteninterviews und Fokusgruppengespräch gliedern sich in sieben Cluster und lagen dem Fokusgruppengespräch (sowie ab Themenblock 2 den Einzelinterviews) zu Grunde. Zunächst wurde über die in der Praxis der Expertinnen und Experten verwendeten Begrifflichkeiten diskutiert. Anschließend folgten Fragen zu Lebenslagen, Bedarfslagen sowie zur gesundheitlichen Situation von Alleinerziehenden. Daraus abgeleitet wurden Möglichkeiten der Gesundheitsförderung erläutert und inwieweit sie in der Praxis bereits umgesetzt werden. Es schlossen sich die Themen „Stigmatisierungsgefahr“ und „zentrale Erkenntnisquellen“ an. Der Leitfaden ist im Anhang 7.2. dokumentiert.

3.3 Expertenfeld

An dem Fokusgruppengespräch am 6. Januar 2017 in den Geschäftsräumen von Gesundheit Berlin-Brandenburg in Berlin, Friedrichstr. 231, nahmen neben den Expertinnen und Experten der Fokusgruppe insgesamt **41 Fachleute** teil. Die Liste der Teilnehmerinnen und Teilnehmer findet sich in Tabelle.

Tabelle 3: Teilnehmende an dem Fokusgruppengespräch (alphabetische Reihenfolge)

TEILNEHMENDE	INSTITUTION
Kristin Bliß	Sozialpädagogisches Institut, Servicestelle Berliner Familienzentren
Miriam Boger	KinderStärken e.V., Stendal
Katja Brendel	Wellcome Landeskoordination
Marlene Burger	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Berlin Friedrichshain-Kreuzberg
Andreas Dietze	LAG Zahngesundheit, Berlin
Nancy Ehlert	Gesundheit Berlin-Brandenburg
Dr. Anna Enders	BZgA (teilnehmende Beobachterin)
Beatric Fiebig	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Berlin Friedrichshain-Kreuzberg
Ute Föhr	QPL Berlin-Neukölln
Prof. Dr. Raimund Geene	Hochschule Magdeburg-Stendal

TEILNEHMENDE	INSTITUTION
Robert Gibis	Trialog E.V.
Christoph Götz	KinderStärken e.V., Stendal
Katharina Haverkamp	Stützrad e.V., Berlin
Theresa Karmann	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Berlin Friedrichshain-Kreuzberg
Sabine Leitner	Weg der Mitte e.V.
Katharina Lietz	Gesundheit Berlin-Brandenburg
Laura Linden	BZgA (teilnehmende Beobachterin)
Mareike Lüttger	Familienzentrum am Halemweg
Sophie Meier	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Berlin –Neukölln
Gertrud Möller-Fromann	Pestalozzi-Fröbel-Haus, Familienzentrum Mehringdamm
Margaretha Müller	Selbsthilfe Initiative Alleinerziehender Landesverband Berlin, SHIA e.V.
Ingrid Papies-Winkler	Gesundheit Berlin-Brandenburg
Renate Petzel-Mickhaus	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Berlin Charlottenburg-Wilmersdorf
Dr. Petra Rückert	Charité Berlin, Sozialpädiatrisches Zentrum
Astrid Salomon	BKK VBU
Marion Scheidler	AWO Bundesverband
Angela Scherer	ZSG, Friedrichshain-Kreuzberg
Elke Schirrmann	Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie, Berlin
Konstanze Schmidt	Bezirksamt Mitte, Jugendamt
Ellen Schümann	Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin
Khalissa Tartag	Gemeindedolmetschdienst Berlin
Katharina Töpritz	KinderStärken e. V., Stendal
Birgit Uhlworm	SHIA Brandenburg
Dr. Stephan Völger	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Berlin Tempelhof-Schöneberg
Dr. Katharina Walper	Praxis

Begleitend wurden über den Projektzeitraum Expertinnen und Experten zum Forschungsthema bzw. zum Bestehen von Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden befragt. Dabei wurde methodisch nach dem Ansatz orientierender Befragungen das Feld kontrastierend durchforstet, wobei sich jeweils an dem Prinzip der Feldsättigung orientiert wurde. In diesem Sinne wurde auf die jeweils fehlenden („ungesättigten“) Perspektiven und Forschungsfragen orientiert. So wurden die zum jeweiligen Arbeitsstand noch vergleichsweise unterbeleuchteten Perspektiven durch Expertisen aus den jeweiligen Feldern (z. B. aus Wissenschaft, Ärzteschaft, Sozialversicherung/Krankenkassen, Frauenbewegung, Selbsthilfe, aber auch bundesweite Perspektiven) durch entsprechende Kontaktaufnahmen ermittelt.

Alle Gespräche (inkl. Fokusgruppe und Telefoninterviews) sind in folgender Tabelle chronologisch aufgelistet. Die Ergebnisse der Fokusgruppe und der Telefoninterviews sind in Kapitel 3.3. beschrieben. Weitere Erkenntnisse flossen in den laufenden Arbeitsprozess ein.

Tabelle 4: Expertenfeld (chronologische Reihenfolge)

DATUM	PERSON/INSTITUTION	ART DES KONTAKTS
30.11.16	Margaretha Müller, Selbsthilfe Initiative Alleinerziehender Landesverband Berlin, SHIA e.V.	Gespräch
30.11.16	Kristin Bliß, Stiftung Sozialpädagogisches Institut (SPI) Berlin	Gespräch
30.11.16	Katja Brendel, „wellcome“ Berlin	Gespräch
13.12.16	Prof. Dr. Gesine Bär, Alice Salomon-Hochschule Berlin	Gespräch
06.01.17	• Margaretha Müller, SHIA e.V. Berlin • Robert Gibis, „wellcome“/„Familien in Not“ Berlin • Elisabeth Küppers, VAMV e.V. Berlin	Fokusgruppe, AK Kind und Familie
18.01.17	Daniela Tews, KinderStärken e.V., Stendal	Gespräch
23.01.17	Prof. Dr. Eva Luber, Sozialmedizin/ÖGD Berlin	Telefonat
27.01.17	Prof. Dr. Eike Quilling, Familiengesundheitsforschung, Sporthochschule Köln	Gespräch
27.01.17	Dr. Cornelia Lange, Robert Koch-Institut (RKI)	Gespräch
28.01.17	Prof. Dr. Vjenka Garms-Homolova, Frauengesundheitsforschung, Alice Salomon-Hochschule Berlin	Gespräch
03.02.17	Sigrid Schellhaas, Frauengesundheitszentrum Wiesbaden	Gespräch
03.02.17	Bettina Faulstich, Frauengesundheitszentrum Nürnberg	Gespräch
09.02.17	Dr. Ute Winkler, Bundesministerium für Gesundheit	Telefonat
13.02.17	Karin Bergdoll, stv. Vorsitzende Arbeitskreis Frauengesundheit AKF	Gespräch
14.02.17	Dr. Stefanie Sperlich, Medizinische Hochschule Hannover	Telefoninterview
22.02.17	Stephan Koesling, Geschäftsführer Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung	Gespräch
22.02.17	Prof. Dr. Birgit Babitsch, Universität Osnabrück	Gespräch
28.02.17	Franz Gigout, Geschäftsführer (i.R.), LAGS Saarbrücken	Telefonat
08.03.17	Solveig Schuster, VAMV e.V. Bundesverband	Telefoninterview
13.03.17	Ulrike von Haldenwang, Dt. Hebammenverband	Fragebogen
13.03.17	Barbara Leykamm, RPS Baden-Württemberg	Fragebogen (Nullmeldung)
14.03.17	Constanze Planert, KGC Thüringen	Fragebogen (Nullmeldung)
16.03.17	Andrea Möllmann-Bardak, stv. Geschäftsführerin Gesundheit Berlin-Brandenburg	Gespräch
23.03.17	Martin Quente, Bundesverband der Familienzentren e.V.	Gespräch
27.03.17	Silke Meyer, Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung	Fragebogen
27.03.17	Sabine Köpke, Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit, Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.	Fragebogen
28.03.17	Nicole Tempel, Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Bremen	Gespräch

DATUM	PERSON/INSTITUTION	ART DES KONTAKTS
05.04.17	Nicole Tempel, Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Bremen	Schriftliche Rückmeldung/Fragebogen
11.04.17	Katrin Acar, AOK Bremen/Bremerhaven	Telefoninterview

3.4 Datenbankrecherche

Die Datenbankrecherche zu Projekten, Programmen und Netzwerken (Modelle guter Praxis) wurde im deutschsprachigen Raum vorgenommen. Für die Recherche nach Praxisprojekten der Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden wurde eine Recherche bestehender Interventionen und Praxisprojekte der Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden in Deutschland in relevanten Online-Datenbanken vorgenommen. Ausgewählt wurden dabei vor allem Datenbanken, die Projekte verzeichnen, die ein Prüfverfahren durchlaufen haben. Aus Hinweisen von befragten Expertinnen gingen drei weitere Projekte hervor (vgl. Kap. 3.3.). Durch bereitgestellte Materialien der Interventionen (Projektbeschreibungen, Dokumentationen, Evaluationsergebnisse etc.) wurden die gefundenen Projekte anhand der Adressatenspezifität und der thematischen Passung beurteilt. Die Daten der passenden Interventionen wurden in Projektdaten-blättern verdichtet, um sie anschließend zu analysieren, ihre Evidenzgrundlage einzuschätzen, Potenziale zu identifizieren und daraus abgeleitet Empfehlungen für einen evidenzbasierten Ausbau der Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden zu formulieren.

Die Suchstrategie musste spezifisch – je nach Ausrichtung der ausgewählten Datenbanken – angepasst werden. Als relevante Datenbanken wurden ausgewählt:

- Praxisdatenbank Gesundheitliche Chancengleichheit
- gesundheitsziele.de
- Grüne Liste Prävention
- InForm
- Praxisprojekte Datenbank LZG NRW
- LZG-Bayern Projektdatenbank
- health-inequalities.eu Europäische Datenbank
- IAB Infosys

In der Praxisdatenbank **Gesundheitliche Chancengleichheit** wurde neben der Recherche nach Projekten, für die „Good Practice“ bestätigt ist (Recherche 1), eine erweiterte Recherche 2 durchgeführt. Sie bezieht alle 433 Projekte ein (Good Practice und Nicht-Good Practice), die angegeben hatten Alleinerziehende zu adressieren (Selbstangabe bei Aufnahme in die Datenbank).

Recherche 2 (Dezember 2016): Bei der Betrachtung (**Titel/Abstract**) der gesamten 433 Projekte, die angeben, Alleinerziehende zu adressieren, ergibt sich ein differenziertes Bild. Nur 17 Projekte adressieren Alleinerziehende vorrangig. Diese wurden in eine Kategorie A aufgenommen.

Weitere 31 Projekte zur Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden untermauern den Bezug auf Alleinerziehende durch adressatendifferenzierte Beschreibungen, z. B. durch explizite Adressierung nur eines Elternteils oder durch geschlechtsspezifische Ausrichtung auf einen Elternteil (Kategorie B).

Schließlich konnte aus der Gesamtzahl der 433 Projekte, die (neben vielen anderen) auch Alleinerziehende als Adressatengruppe angekreuzt haben, noch 12 weitere Projekte identifiziert werden, die durch expliziten Bezug auf Partnerschaftskonflikte und durch besondere Arbeitsansätze zumindest eine geringfügige Untermauerung der angegebenen Adressierung auf Alleinerziehende beisteuern können.

Einschlusskriterien:

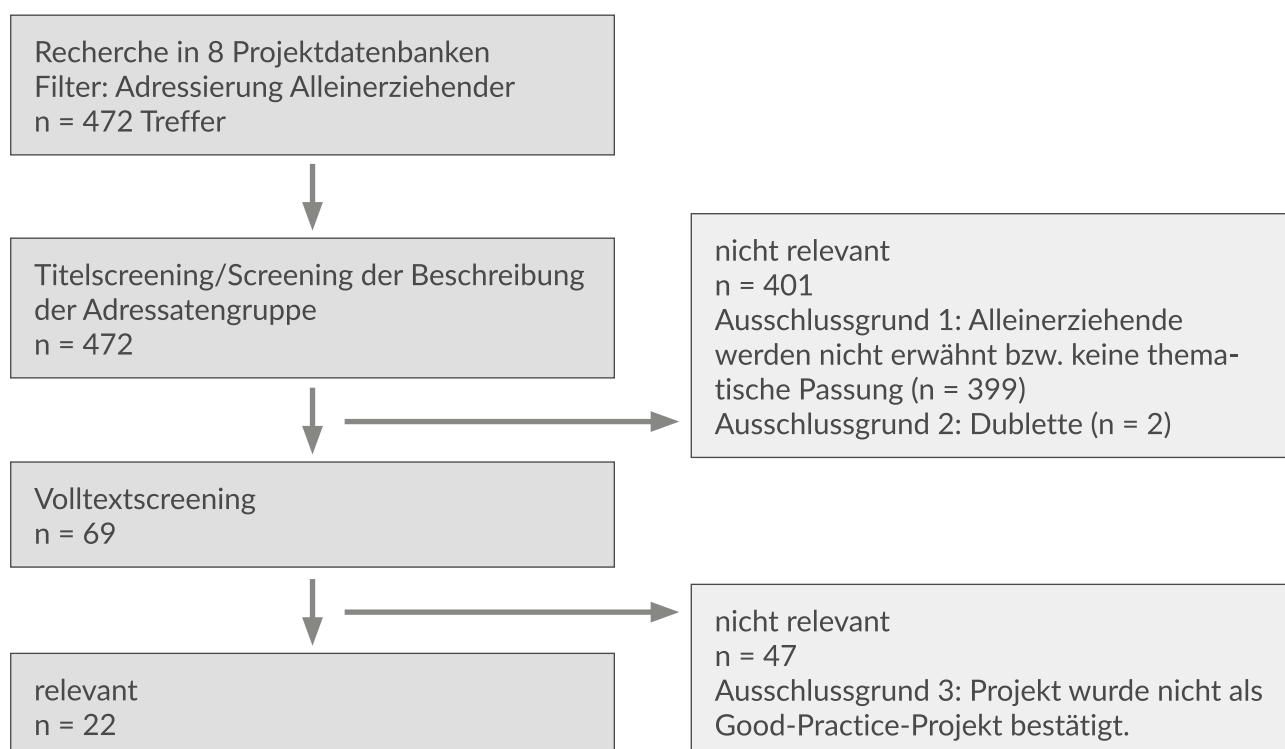
Kategorie A: spezifische, ausschließliche oder vorrangige Adressierung von Alleinerziehenden in Projektbeschreibung

Kategorie B: impliziter Bezug auf Alleinerziehende in Projektbeschreibung, Adressierung nur eines Elternteils, ausgedrückt durch geschlechtsspezifische Ausrichtung auf einen Elternteil

Kategorie C: expliziter Bezug auf Partnerschaftskonflikte und besondere Ansätze

Eine Liste der so identifizierten Projekte mit Titel, Träger und Ort ist in den Ergebnissen (Kap. 4.4.) sowie tabellarisch in Form von Projektdatenblättern im Anhang (Kap. 7.1) abgebildet. Da die Bestandsaufnahme ausdrücklich Modelle guter Praxis (Good Practice) betrachtet, werden nur die Ergebnisse der Vorrecherche (Recherche 1, n=14) näher beleuchtet (siehe Kap. 4.4.). Die zusätzlich identifizierten 46 Projekte sind im Anhang des vorliegenden Berichtes aufgelistet (Kap. 7.5.).

Abbildung 2: Flowchart zur Veranschaulichung der Datenbankrecherche



3.5 Recherche weiterer Projekte

In Ergänzung der Datenbankrecherchen wurden weitere Recherchen („Schneeballprinzip“) vorgenommen. Hierbei wurde Feldwissen der Autorinnen und Autoren sowie der befragten Expertinnen und Experten genutzt. Im Einzelnen konnte so das Projekt „JULE – Junges Leben“ durch Hinweis von Prof. Dr. Gesine Bär (Alice-Salomon-Hochschule, Berlin) erschlossen werden. Das Projekt „Traumfrauen“ und der darauf aufbauende Alleinerziehendentreff/Eltern-Info-Café konnte auf Hinweis von Daniela Tews (KinderStärken e.V.) ermittelt werden.

3.6 Auswertung der Rechercheergebnisse

Die Auswertung der Rechercheergebnisse erfolgte anhand nachfolgender Kategorien:

- Datenbank
- Akteursfeld (ggf. Angaben über sektorenübergreifende Zusammenarbeit von Institutionen und Akteuren)
- (Finanziell) verantwortliche(r) Träger
- Bundesland
- Krankenkassenbeteiligung
- Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit beteiligt
- Good-Practice-Kriterien erfüllt
- wesentliche Evaluationsergebnisse der Interventionen (wenn vorhanden)
- Art der Intervention
- Lebenswelt/Setting
- Zugangsweg(e) zur Erreichung der Adressatinnen und Adressaten
- Adressierung/Adressatinnen und Adressaten
- Benennung der Adressatinnen und Adressaten der Intervention bzw. Adressierung spezifischer Untergruppen innerhalb der Gruppe Alleinerziehender
- Ziele und (Schwerpunkt-)Themen der Interventionen
- Inhaltliche Ausrichtung der jeweiligen Interventionen/Handlungsfeld(er)

Aus den Kategorien entstand nachfolgendes Raster (Tabelle 4), in das die Daten relevanter Interventionen eingetragen und so überblicksartig verdichtet wurden.

Tabelle 5: Auswertungsraster für Interventionen (Modelle guter Praxis) zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden

	DIMENSION	BESCHREIBUNG	INDIKATOREN/ KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
A	Projekttitel		Freitext	
B	Datenbank		Freitext	Ggf. Link zur Datenbank
C	Akteursfeld	Kooperationsfeld, ggf. Angaben über sektorenübergreifende Zusammenarbeit von Institutionen und Akteuren	Freitext	Ggf. Link zu relevanten Homepages im Akteursfeld

	DIMENSION	BESCHREIBUNG	INDIKATOREN/ KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
D	Träger	Trägerschaft; ggf., falls abweichend: Wer führt die Intervention durch?	Freitext	Ggf. Link zur Homepage des Trägers
E	Bundesland	In welchem Bundesland wird/wurde die Intervention durchgeführt?	Freitext	
F	Krankenkassenbeteiligung	Wird die Intervention (zu Teilen) von einer Krankenkasse unterstützt und/oder finanziert?	[Ja/Nein]	
G	Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) beteiligt		[Ja/Nein/keine Angabe]	Ggf. Art der Beteiligung
H	Good-Practice-Kriterien (GPK) erfüllt	Erfüllt die Intervention laut Filterfunktion der jeweiligen Datenbank bzw. Selbstangabe die GPK?	[Ja/Teilweise/Nein/keine Angabe]	
J	Evaluationsergebnisse	Ist die Intervention evaluiert worden? Liegen Projektdokumentationen vor?	[Ja/Nein/keine Angabe]	ggf. wesentliche Evaluationserg.
K	Art der Intervention	Welches Format weist die Intervention auf?	z. B. Settingansatz, Kursangebot Verhaltens- oder Verhältnisprävention? Ggf. auch verhältnisgestützte Verhaltensprävention	
L	Lebenswelt/Setting	Welches Setting/welche Lebenswelt wird fokussiert?	• Kommune • Kita • Schule • Familie • Sonstige (nennen) • Keine Angabe	
M	Zugang	Über welche(n) Zugangsweg(e) werden die Adressatinnen und Adressaten erreicht? (Mehrfachnennung möglich)	• Aufsuchend • Komm-Struktur • Vermittlung durch • Sonstiges (nennen) • Keine Angabe	
N	Adressierung			
N_1	Benennung der Adressatinnen und Adressaten der Intervention	Mit welchen Begriffen werden die Adressatinnen und Adressaten im Angebot bezeichnet?	Freitext	

	DIMENSION	BESCHREIBUNG	INDIKATOREN/ KATEGORIEN	ERGÄN- ZUNGEN
N_2	Alleinerziehende/Einelternfamilien	Alleinerziehende/Einelternfamilien werden durch die Intervention adressiert	• Ausschließlich/spezifisch • eine Adressatengruppe (von mehreren) • nicht als Adressatengruppe genannt, aber gut erreicht	
N_3	Kinder (von Alleinerziehenden)	Kinder (0 bis 18 Jahre) werden durch die Intervention adressiert.	[Ja/Nein/keine Angabe]	
N_4	(Werdende) Eltern (Alleinerziehende)	Mütter, Väter bzw. Eltern werden durch die Intervention adressiert.	• AE Mütter • AE Väter • AE Mütter und Väter • Weitere Untergruppen?	
O	Ziele der Intervention	Welche(s) (gesundheitliche/n) Ziel(e) verfolgt die Intervention?	Freitext	
P	Handlungsfelder/Dimensionen der Gesundheitsförderung	Welche der vier Handlungsfelder aus dem Leitfaden Prävention werden durch die Intervention abgedeckt? Welche Dimension der Gesundheitsförderung wird bearbeitet?	• Bewegungsgewohnheiten • Ernährung • Stressmanagement • Suchtmittelkonsum • Dimensionen der Gesundheitsförderung [nennen]	

4 Ergebnisse

Es werden, der Chronologie des Kapitels 3 folgend, zunächst die Ergebnisse der Expertengespräche in Kap. 4.1. berichtet. Die Darstellung orientiert sich dabei an dem in Kap. 3.2. dargestellten Leitfaden. Nach der Auswertung in Kap. 4.2. folgen die Ergebnisse der Projektdatenbankrecherche (Kap. 4.3.) und die Beschreibungen der identifizierten Projekte (4.4.).

4.1 Ergebnisse der Expertengespräche

Die Ergebnisse aus dem Fokusgruppeninterview unter Berücksichtigung der teilnehmenden Fachleute und die Ergebnisse der telefonischen Einzelinterviews werden nun zusammenfassend dargestellt. Sie beruhen auf Ergebnisprotokollen und Audiomitschnitten der jeweiligen Gespräche. Die Darstellung richtet sich nach der Gliederung der Fragencluster, die in Anhang 7.2. dokumentiert ist. Die Ergebnisprotokolle finden sich in Anhang 7.5.

4.1.1 Begrifflichkeiten

Auf die Frage, welche Begriffe a) über die und b) von den Adressatinnen und Adressaten bevorzugt gewählt werden, antworteten die Expertinnen und Experten wie folgt.

In der Arbeit des VAMV Landesverbands Berlin werden beide Begriffe benutzt: Alleinerziehende und Einelternfamilien. Es wird betont, dass Betroffene sich oft scheuen, sich als alleinerziehend zu bezeichnen, da sie es teilweise als stigmatisierend empfinden. Den Betroffenen ist der Begriff der Einelternfamilie zumeist lieber. Die SHIA (Berlin) verwendet entsprechend eher den Begriff der Einelternfamilie.

Der Vertreter vom Projekt „Familien in Not“ berichtete, dass zwar 60 % der erreichten Familien Einelternfamilien sind, der „Status“ alleinerziehend aber bei der Beratung der Adressatinnen und Adressaten nicht im Vordergrund steht.

Die Vertreterin des VAMV Berlin brachte ein, dass es sich teilweise um eine bewusste Entscheidung für diese Familienform handelt, besonders bei sog. „Single-Schwangeren“. Diese betrachten es z. T. als ihre freie Entscheidung, alleinerziehend zu sein, und sind z.T. sogar darauf stolz. Der Begriff des Alleinerziehenden werde von diesen, ebenso wie von Teilen der Selbsthilfe Alleinerziehender, selbstbewusst und offensiv genutzt, so wie es sich auch in ihrem Verbandsnamen VAMV ausdrückt.

Die Vertreterin des Zentrums für sexuelle Gesundheit und Familienplanung, Berlin Friedrichshain-Kreuzberg vertrat hingegen die Meinung, dass der Begriff „Alleinerziehende“ überholt ist und es besser sei, von „getrennt Erziehenden“ zu sprechen. Dazu fügte die Expertin des Landesverbandes SHIA Brandenburg an, dass (besonders im ländlichen Raum) die Familienform der Alleinerziehenden oft noch als unvollständig empfunden bzw. gesehen wird. Die Expertin der Servicestelle Familienzentren des Sozialpädagogischen Instituts „Walter May“ merkte jedoch an, dass der Begriff „Einelternfamilien“ aus Sicht des Kindes nicht geeignet sei, da diese zwei Elternteile haben.

Als Fazit dieses Themenfeldes zeichnen sich verschiedene Bezeichnungen, aber auch verschiedene Typen von Alleinerziehenden bzw. Einelternfamilien ab sowie eine Diversität unter den Lebensentwürfen und Selbstbildern sowie folgend dem jeweiligen Selbstverständnis.

Im vertiefenden Einzelinterview kritisierte die Vertreterin des VAMV Bundesverbandes den Begriff des „getrennt erziehend“. Sie empfindet ihn als unpassend, da die Elternteile im Allgemeinen nicht „getrennt voneinander“ erziehen (sollen), sondern sich, auch wenn sie getrennt voneinander leben, die Verantwortung für die Erziehung teilen.

4.1.2 Lebenslagen

Auf die Frage, welche Lebenslagen vorrangig adressiert werden, beschrieb die Vertreterin des SHIA Berlin das Problem der Dequalifizierung, nach dem selbst gut gebildete Mütter, die alleinerziehend werden, den beruflichen Anschluss verlieren können und oft in unterqualifizierte Arbeitsverhältnisse geraten und dort verbleiben.

Insbesondere alleinerziehende Mütter nehmen die Angebote der verschiedenen Träger zur Unterstützung Alleinerziehender wahr. Der Vertreter vom Projekt „Familien in Not“ ergänzte, dass sich alleinerziehende Väter eventuell öfter bewusst zu aktiver Suche nach Unterstützungsangeboten entscheiden.

Eine Vertreterin des VAMV Bundesverbandes (Bundesverband VAMV) bestätigte im Interview, dass sich der Anteil von 90 % alleinerziehenden Müttern an allen Alleinerziehenden auch in der Mitgliederstruktur des VAMV widerspiegelt. Hinzu kommen dementsprechend zehn Prozent alleinerziehende Väter. Der VAMV bezieht auch sogenannte „Umgangsväter“ in die Arbeit ein, wobei der Bedarf der „hauptsächlich betreuenden“ Mütter im Vordergrund der Verbandsarbeit steht.

Die Lebensform „Alleinerziehen“ im Sinne der alleinigen Verantwortung weicht auf, sodass z. B. Väter zunehmend mehr Anteil an der Betreuung und Erziehung der Kinder haben. Diese Entwicklung wird vom VAMV unterstützt und gefördert. Die Vertreterin des VAMV Bundesverbandes verwies hierzu auf das „Leitbild gemeinsame Sorge“. Sie betonte ebenfalls, dass die Gruppe der Alleinerziehenden heterogen ist. Unterschiedliche Lebenslagen werden in der Arbeit des VAMV betrachtet, aber nicht explizit bearbeitet. In Landes- und Ortverbänden des VAMV gibt es eine individuelle und bedarfsgerechte Betreuung, die der jeweiligen, individuellen Lebenssituation entspreche.

Die Vertreterin der Medizinischen Hochschule Hannover beschrieb die Lebenslagen der alleinerziehenden Mütter, bezogen auf eigene Daten aus ihren Studien zu verschiedenen Lebenslagen von Müttern. Alleinerziehende werden in der Forschung häufig als homogene Gruppe betrachtet. Es sei aber wichtig, unterschiedliche Lebenslagen zu betrachten. Ein Kriterium dafür ist die Erwerbssituation, d. h. ob die betreffende alleinerziehende Person erwerbstätig ist oder nicht. Erwerbstätige Mütter haben weniger finanzielle Sorgen, aber es geht ihnen nicht unbedingt besser bzgl. der Belastungen z. B. bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Die Belastungsprofile unterscheiden sich in den einzelnen Gruppen. Dementsprechend müsse Prävention und Gesundheitsförderung an konkrete Lebenssituationen angepasst sein.

Weitere Lebenslagen sind nach ihren Studien anhand von strukturellen Merkmalen klassifizierbar. So haben erwerbstätige Alleinerziehende häufiger eine höhere Schulbildung und ihr jüngstes Kind ist im Vergleich zu Nichterwerbstätigen schon älter. Nicht erwerbstätige mit älteren Kindern sind oft diejenigen, die eine geringere Schulbildung und dadurch weniger Chancen auf dem Arbeitsmarkt haben. Insofern verweist sie damit auf die Wichtigkeit, Alleinerziehend nicht als Lebenslage, sondern als zeitlich begrenzte Statuspassage zu betrachten. Dabei bildet der Zeitpunkt der Mutterschaft im Lebensverlauf – evtl. musste die Schule, die Ausbildung oder das Studium unterbrochen werden – einen zentralen Ausgangspunkt und steht im Zusammenhang mit Hindernissen, aber auch Optionen

beim Wiedereinstieg und hinsichtlich beruflicher Perspektiven. Dadurch können im – häufigen – ungünstigen Fall finanzielle Sorgen und eine anhaltende Armutsproblematik entstehen.

Sie erhob in ihrer Studie Daten zu unterschiedlichen Belastungsfaktoren von Müttern. Dies sind finanzielle Sorgen, die Schwierigkeiten der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Belastungen durch die berufliche Situation, Probleme aufgrund des ständigen Familieneinsatzes und Probleme mit den Kindern (Konflikte mit den Kindern, Schulprobleme, Erziehungsprobleme). Die Belastungsprofile der Alleinerziehenden unterscheiden sich je nach Lebenslage. Dabei gibt es keine Gruppe, die in allen Bereichen besser abschneidet, sondern hoch ausdifferenzierte Potenziale wie auch Problemlagen, je nach unterschiedlicher passagerer Lage bzw. Ausgangssituation.

4.1.3 Bedarfslagen

Auf die Frage, welche besonderen Bedarfe in der Arbeit mit Alleinerziehenden erfahren/fokussiert bzw. herausgestellt werden, konnten im Rahmen der der Fokusgruppe am 6.1.17 nachfolgende Experteneinschätzungen erhoben werden.

Die Vertreterin des VAMV Berlin betonte, dass das Wohl des Kindes für die Arbeit ihres Verbandes im Vordergrund stehe z. B. im Zusammenhang mit dem Bedarf an Trennungsmoderation oder Beratung zur wirtschaftlichen Situation. Die Vertreterin des SHIA Berlin unterstrich den Bedarf nach einer Kindergrundsicherung. Sie verwies auf finanzielle Schwierigkeiten beim „Wechselmodell“, weil z. B. die Tagessätze im SGB II-Bezug gekürzt werden können, d.h. wenn ein Kind im Wechsel bei beiden Elternteilen wohnt, bekommt jedes Elternteil jeweils einen reduzierten Tagessatz an finanzieller Unterstützung.

Der Vertreter vom Projekt „Familien in Not“ sah als Bedarf vor allem die Kinderbetreuung.

Andere Teilnehmende trugen weitere Bedarfe zusammen: Umgang, Unterhalt, Rolle des/Beziehung zum Vater, Weg (zurück) ins Berufsleben, sozialer Rückhalt und den Kontakt zu anderen Familien. Bei einer zusätzlichen Belastung durch Behinderung des Kindes, Frühgeburt u.ä. kommt es häufiger zu einer Trennung der Eltern. Hier sind frühzeitige Unterstützungsangebote nötig, damit es nicht zur Trennung kommt.

Die Konflikte der Eltern werden teilweise auf dem Rücken der Kinder ausgetragen. Zahlreiche Diskussionsbeiträge verwiesen hier auf einen noch stärkeren Bedarf an Prävention aus Sicht der Kinder. Konflikte zwischen der alleinerziehenden Mutter und dem Vater (z. B. um Unterhaltszahlungen) führen oft zu Verschlechterung der Beziehung zwischen Vater und Kind, woraus ggf. ein Bedarf an psychologischer Betreuung für das Kind entstehen kann. Die Problemlagen der betroffenen Alleinerziehenden enden nicht zwangsläufig durch eine neue Partnerschaft. Insbesondere aus Sicht der Kinder können dann auch weiterhin Bedarfe bestehen. Nach einer häufig eintretenden Stabilisierungsphase können nachfolgend wieder neue Konfliktsituationen entstehen. Die Permanenz der Problemlagen gilt als typisches Merkmal von Armutsspiralen (bzw. Ressourcenverlustspiralen). Sie sei aber – zumindest bezogen auf die spezifische Situation von Alleinerziehenden – noch weitgehend unerforscht.

Je älter das Kind wird, desto größer ist der Bedarf an Erziehungsberatung (Harmonie mit Kind, Bedürfnisse des Kindes wachsen). Eine Vertreterin des Projekts „welcome“ Berlin berichtete, dass der Zugang zu „welcome“ unterschiedlich sei. Dies erfordere jeweils spezifische, maßgeschneiderte Hilfen, die an individuelle Bedarfe angepasst sein müssen.

Oft gebe es auch einen Bedarf an Zeit und Zuwendung für das Kind (Problem Zeitmangel). Die Vertreterin des SHIA Berlin betonte den Bedarf an eigener verfügbarer Zeit für die Eltern. Sie verwies darauf, dass die Möglichkeit, „Zeit für mich“ allein zu gestalten, eine gesundheitsförderliche Wirkung habe. Die Vertreterin des SHIA Brandenburg ergänzte, dass Alleinerziehende oft zu wenig Selbstbewusstsein haben, um sich solche Freizeit einzufordern, sondern vielmehr zu einem problemverschärfenden sozialen Rückzug tendieren.

Hinsichtlich der Angebotsstruktur wird darauf verwiesen, dass die Vielfalt von Projekten grundsätzlich gut sei; es gebe aber zu wenig Kontinuität in der Finanzierung. Es müssen mehr Regelabgebote mit interdisziplinären Fachkräften bereitgestellt werden. Dabei sei es von Vorteil, wenn alle Angebote „unter einem Dach“ zur Verfügung stehen. Die Wirksamkeit der Angebote müsse erfasst werden, um somit eine Verstetigung begründen zu können.

Die Vertreterin des VAMV Bundesverbandes berichtete im Einzelinterview, im Bundesverband liege der Fokus auf der Armutsbewältigung bzw. der finanziellen Absicherung des betreuenden Elternteils und des Kindes. Diese sind eng mit dem Kinderbetreuungsbedarf verknüpft, da eine Kinderbetreuung die Voraussetzung für die Möglichkeit zur Arbeitsaufnahme bildet. Es bestehe ein „Spagat“ zwischen der Notwendigkeit, eine Vollzeitbeschäftigung aufzunehmen (da mit einer Teilzeitbeschäftigung oft das Geld nicht ausreiche) und den Herausforderungen der Familienarbeit. Diese Problematik wird teilweise dadurch verstärkt, dass Stellenangebote angenommen werden (müssen), die unterhalb der eigenen beruflichen Qualifizierung liegen. Die Angebote auf dem Arbeitsmarkt seien noch nicht bedarfsgerecht. Außerdem reiche das Kinderbetreuungsangebot in Einrichtungen nicht aus. Flexible Arbeitszeiten und Home Office können auch dazu führen, dass zu wenig Zeit für die eigene Erholung bleibe, weil Kindererziehung eine zeitaufwändige Arbeit sei.

Die speziellen Ausdifferenzierungserfordernisse werden in der Arbeit des Bundesverbandes nur angerissen. Bei Familien mit jüngeren Kindern und Mehrkindfamilien bestehen nach ihrem Bericht stärker ausgeprägte Problemlagen, z. B. im Hinblick auf die Problematik auf dem Arbeitsmarkt Fußzufassen. Das Alter der Eltern spiele insbesondere bei jüngeren Alleinerziehenden eine Rolle, die keinen Ausbildungsabschluss haben. Dies werde in der Arbeit des VAMV Bundesverbandes bislang noch zu wenig differenziert; es gebe noch zu wenige differenzierte Positionierungen. Der VAMV könne diese Arbeit im Detail nicht immer leisten, denn die Kapazitäten fehlen. Die Auseinandersetzung mit Heterogenität wird hier als hilfreich empfunden.

Die Problemlage der sozialen Isolation werde eher in Landesverbänden des VAMV bearbeitet. Dieses und weitere Themen wie z. B. Behinderungen, chronische Erkrankungen werden durch Vernetzung mit anderen Verbänden/Trägern aufgegriffen, die nicht unbedingt spezifische Angebote für Alleinerziehende anbieten. Der VAMV bringe hier entsprechend die spezifische Sichtweise im Interesse der Alleinerziehenden mit ein.

Die Vertreterin des VAMV Bundesverbandes berichtete des Weiteren, dass es auch Wechselwirkungen zwischen sozialer Isolation und Wohnsituation (Welches Wohnumfeld kann ich mir leisten? Bin ich eventuell isoliert, weil ich am Stadtrand wohne oder in Regionen mit schlechterer Angebotsstruktur?) geben könne. Ähnlich sei es beim Phänomen der Stigmatisierung. Hier bestehe ein „Stadt-Land-“ sowie ein „Ost-West-Gefälle“. In ländlichen Regionen und in den alten (eher konservativen) Bundesländern sei Schambesetzung und Stigmatisierungsgefahr größer. In ländlichen Regionen gebe

es zudem weniger Angebote, die Verbände seien eher in größeren Städten angesiedelt. Dazu komme auch die Tendenz, dass Alleinerziehende (mutmaßlich aus den genannten Gründen) eher in Städte ziehen.

Die Problemlage der Armutsspirale sieht die Vertreterin des VAMV Bundesverbandes z. B. darin, dass eine geringfügige Beschäftigung und ALG II-Bezug zu einem geringeren Rentenanspruch führt. Selbst qualifizierte Alleinerziehende haben nach ihrer Beobachtung Probleme, eine passende Arbeitsstelle zu finden. Oft werde bei höher qualifizierten Arbeitsstellen Flexibilität und ein hoher Arbeitsumfang erwartet, was den Bedürfnissen von Alleinerziehenden oft entgegenstehe.

Ziel des VAMV sei es auch, Arbeitslosigkeit und Armut bei Alleinerziehenden zu verhindern. Hierzu sei zusätzlich eine politische Mitwirkung notwendig. Die Vertreterin des VAMV Bundesverbandes erläuterte die vom VAMV geforderte „Kindergrundsicherung“. Das Konzept sieht vor, alle Leistungen zusammenzufassen (Kindergeld, SGB II-Bezug, Bildungs- und Teilhabepaket, Wohn-geld, Kinderzuschlag, Unterhaltsvorschuss), damit sie nicht einzeln beantragt werden müssen. So könne den Alleinerziehenden der Zugang erleichtert und Druck genommen werden. Die Beantragung von verschiedenen Leistungen werde oft als (bürokratische) Hürde gesehen, auf die aus Scham und Sorge vor Stigmatisierung mitunter verzichtet werde.

In Bezug auf die finanzielle Unterstützung von Alleinerziehenden bestehe aktuell laut der Vertreterin des VAMV Bundesverbandes ein „3-Klassensystem“:

- Vielverdienerinnen und -verdiener profitieren stark von Steuervergünstigungen und Kinderfreibeträgen.
- Jemand, der wenig verdient, bekommt „nur“ Kindergeld.
- Im ALG II-Bezug wird das Kindergeld auf die Bezüge angerechnet.

Das führe dazu, dass Kinder von der Lebensform und dem Einkommen der Eltern abhängig seien, wodurch eine Chancenungleichheit sowohl für Kinder als auch für ihre Eltern bestehe, weil sie als Alleinerziehende oft benachteiligt seien z. B. bei Ausbildung und Arbeitsplatzsuche.

Die Vertreterin des VAMV Bundesverbandes beschrieb die Lebensform des Alleinerziehens als nachrangige Problemlage, da Frauen und Mütter auf dem Arbeitsmarkt generell benachteiligt seien. Der (gewünschte) Umfang der Berufstätigkeit bzw. der Wunsch nach Berufstätigkeit hänge darüber hinaus von verschiedenen Faktoren ab. Manche Alleinerziehende wollten beispielsweise in einer Vollzeitbeschäftigung arbeiten, da sie dann bessere Karrieremöglichkeiten sehen oder wirtschaftlichem Druck ausgesetzt sind. Diese Motive und Gründe sollten bei der Anpassung des Bedarfs beachtet werden.

Die Vertreterin der MHH berichtete im Interview, dass Angebote individuell abgestimmt sein sollten, da sich die Bedarfe der Alleinerziehenden unterscheiden. Beispielsweise sei bei alleinerziehenden Müttern mit Kindern im Alter von unter drei Jahren die Erweiterung der Erwerbstätigkeit bis hin zur Vollzeitberufstätigkeit (wie sie im Zusammenhang mit der Armutsreduktion diskutiert wird) nicht immer sinnvoll, da dies zusätzliche Belastungen mit sich bringen könne. Zu dieser Thematik gebe es Studien, die die Vollzeitberufstätigkeit nicht empfehlen, so lange die Kinder noch klein sind. Es sollte dementsprechend Wahlmöglichkeiten gegeben sein. So solle nicht vorgeschrieben werden, dass jemand vollzeitberufstätig sein muss. Die Vollzeitberufstätigkeit bei Alleinerziehenden korreliert in

der Studie von Sperlich (2014) mit gesundheitsriskantem Verhalten (z. B. Tabakkonsum), was überraschend sei, weil es dem verbreiteten Befund der positiven Korrelation von Berufstätigkeit und Gesundheitsverhalten widerspreche, d.h. dass Vollzeiterwerbstätigkeit bei Alleinerziehenden offenbar auch gesundheitsbelastend sein kann.

Besondere Bedarfslagen zeigten sich bei Alleinerziehenden mit älteren Kindern, die noch nicht (wieder) erwerbstätig sind: Das sind vor allem die Erwerbsintegration sowie ggf. Qualifizierungsmaßnahmen, die notwendig sind, damit Alleinerziehende eine qualifizierte Beschäftigung aufnehmen können, die zum Lebensunterhalt ausreicht. Die Vorteile einer Weiterqualifikation seien außerdem ein positives Selbstbild und sogar die Verbesserung der Mutter-Kind-Interaktion und des Familienklimas (vgl. DJI, 2005). Somit bestehen hier Schnittstellen zur psychischen Gesundheit.

Zusammenfassend ergeben sich aus den Punkten Berufstätigkeit und Weiterqualifizierung die Bedarfe nach Wahlfreiheit auf dem Arbeitsmarkt, sowie die Notwendigkeit, die Chancen auf eine qualifizierte Tätigkeit zu verbessern, um die Armutsbewältigung voran zu treiben.

Insgesamt solle man die Ressourcen der Alleinerziehenden stärken und den Stress minimieren (z. B. durch Erziehungsberatung und Coaching). Vorsicht sei allerdings geboten, da hierbei auch strukturelle Aspekte berücksichtigt werden müssen, d.h. Stressreduktion sei nicht nur eine Frage von subjektiven Kompetenzen, sondern Stressbelastung entstehe auch oft aufgrund der Lebenssituation.

Ausdifferenzierungserfordernisse ergeben sich auch bzgl. der sozialen Isolation. Ein wichtiger Einflussfaktor ist, ob die Frauen soziale Unterstützung haben bzw. ob sie auf in der Lage sind darauf zuzugreifen.

In der Studie (Sperlich, 2014) gebe es keine Erkenntnisse zu Alleinerziehenden mit Migrationshintergrund, da die Fallzahl zu gering war. Zwischen Alleinerziehenden in den neuen und den alten Bundesländern gebe es Unterschiede im Selbstverständnis dahingehend, dass die Lebensform im Osten selbstverständlicher sei. Alleinerziehende haben nach ihrer Angabe auch Ressourcen, wie z. B. Stressbewältigungsstrategien, die z. T. sogar stärker ausgeprägt seien als bei Müttern in Partnerschaftlichen Lebensformen. Dabei seien sowohl negative Bewältigungsstrategien wie z. B. Tabakkonsum als auch positive, wie z. B. aktives Coping (Probleme anpacken), zu beobachten. Hier haben Alleinerziehende ihrer Beobachtung nach überdurchschnittliche Fähigkeiten.

4.1.4 Gesundheitliche Situation von Alleinerziehenden

Auf die Frage, inwieweit sich die Ergebnisse des Robert Koch-Instituts (Rattay et al., 2014; Robert Koch-Institut, 2003) zu Alleinerziehenden mit Erfahrungen aus der praktischen Arbeit decken, antworteten Expertinnen und Experten der Fokusgruppe wie folgt.

Viele Alleinerziehende geben an, so der einmütige Befund, mit dem Status „alleinerziehend“ zufrieden zu sein. Die schlechte ökonomische Situation habe aber starke Auswirkungen genauso wie die Art des Trennungsprozesses, die sich auf die psychische Gesundheit der Eltern und Kinder auswirken könne. Eine Vertreterin des VAMV Berlin wies darauf hin, dass Probleme, die vor der Trennung bereits bestanden, nach der Trennung bestehen bleiben. Die Trennung müsse verarbeitet werden, da sonst der Trennungsprozess nicht abgeschlossen werden könne.

Eine Ressource für die gesundheitliche Situation sehen die Expertinnen und Experten in der Berufsausbildung und im Berufseinstieg.

Die Vertreterin des VAMV Bundesverbandes berichtete, dass die gesundheitliche Situation der Alleinerziehenden vom Bundesverband noch zu wenig thematisiert werde. Einen großen Einfluss habe die Frage, wie die Trennungssituation verlaufen ist und wie die eigene Lebensvorstellung war. Davon werde die Situation zwischen den Eltern nach der Trennung beeinflusst.

Als bedeutenden Faktor nannte auch die Vertreterin des VAMV Bundesverbandes die sozio-ökonomische bzw. finanzielle Situation, die sich auch gesundheitlich auswirken könne (z. B. Qualität der Ernährung als Beispiel). Alleinerziehende würden zudem – aus persönlicher Erfahrung – eher an sich selbst als an den Kindern sparen, was Auswirkungen auf die eigene Gesundheit und indirekt auf die Gesundheit der Kinder haben könne. Sie verwies hier auf eine besondere Bindung zwischen Alleinerziehenden und ihrem Kind oder ihren Kindern.

Die Vertreterin der MHH verwies darauf, dass Alleinerziehende insgesamt ein erhöhtes gesundheitliches Risiko haben. Die drei Untergruppen ihrer Studien unterscheiden sich jedoch untereinander bei den Gesundheitsoutcomes. Insgesamt schneiden sie im Vergleich zu Müttern in Partnerschaften schlechter ab. Es sei aber wichtig, verschiedene gesundheitlichen Outcomes getrennt zu betrachten: Beim Indikator „allgemeiner subjektive Gesundheit“ seien die Unterschiede im Vergleich geringer. Zwei Alleinerziehenden-Gruppen seien hier nicht stärker belastet als Mütter in partnerschaftlichen Lebensformen. Im Bereich „psychische Gesundheit“ seien Alleinerziehende hingegen deutlich benachteiligt und bei „gesundheitlichen Risikofaktoren“ Alleinerziehende mit gehäuften „Belastungen“ (geringere Schulbildung, viele Kinder, geringe Erwerbstätigkeit).

Durchgängig gelte, dass gesundheitliche Belastungen insgesamt stark mit strukturellen Belastungen assoziiert sind. Werde die Datenlage für strukturelle Risikofaktoren (Einkommen, berufliche Belastung) adjustiert, verringere sich der Unterschied zwischen Alleinerziehenden und Nicht-Alleinerziehenden. Dann verbleiben noch signifikante Unterschiede beim Item „Zukunftsangst“ (aus der Subskala „Angst“ des Instruments HADS-D). Der Indikator „Depression“ unterscheide sich sozialadjustiert nicht mehr signifikant.

Die gesundheitlichen Risikofaktoren und das Gesundheitsverhalten fallen nach ihren Angaben im relativ jungen Alter der Mütter nur wenig ins Gewicht, können später aber relevant werden für sich chronifizierende Erkrankungen. Auch die Risikofaktoren korrelieren mit der Lebenssituation.

4.1.5 Gesundheitsförderung

Auf die Frage, welche Strategien und Handlungsansätze der Gesundheitsförderung angewendet werden, antwortete die Vertreterin des SHIA Berlin, dass Alleinerziehende die Angebote ihrer Organisation oft erst in akuter Notsituation in Anspruch nehmen. Die Vertreterin des VAMV Berlin ergänzte, dass die Angebote stärker im Sozialraum verankert sein müssen. Aufsuchende Angebote seien zudem gut, da die Wege ansonsten oft zu weit und die Belastung zu groß sei, um in dieser Situation ein Angebot wahrzunehmen.

Die Vertreterin des VAMV Bundesverbandes berichtete, dass Gesundheitsförderung in den Orts- und Landesverbänden des VAMV durch verschiedene Angebote aufgegriffen werde, z. B. gebe es eine Begleitung bei Antragsverfahren für Eltern-Kind-Kuren.

Auf Bundesebene werde beim VAMV in Erwägung gezogen, das Angebot „Wir2“ (vgl. 4.4.15, S. 89f. sowie Datenblatt 15, S. 175 ff., vgl auch Franz, 2014) in den Landes- und Ortsverbänden anzubieten bzw. als Angebot aufzunehmen. Da die Landes- und Ortsvereine jedoch autonom arbeiten, könne

der Bundesverband diesbezüglich nur Impulse geben. Zudem hänge die Möglichkeit der Realisierung von der jeweiligen personellen und finanziellen Ausstattung vor Ort ab. Die Vertreterin des VAMV Bundesverbandes verwies darauf, dass eine Aufnahme von „Wir2“ positive Auswirkungen haben könne, insofern dadurch das Angebotsspektrum in den Landes- und Ortsverbänden erweitert werden könne.

Die Kampagnen und Öffentlichkeitsarbeit des Bundesverbandes beschäftigen sich nach ihrem Bericht mit der Frage, warum die Situation von Alleinerziehenden so schwierig ist. Alleinerziehen solle als normale bzw. gleichwertige Familienform angesehen werden. Das hänge aber ferner mit dem eigenen Empfinden (Selbstbild, Alleinerziehen als fremdbestimmte oder selbstgewählte und bewusste Entscheidung) zusammen.

Die Qualifizierung und Sensibilisierung von Fachkräften zum Thema Alleinerziehen könne hilfreich sein, insbesondere wenn verdeutlicht werde, dass die Probleme, die ggf. aus dem „Alleinerziehen“ resultieren, nicht selbstverschuldet sind.

Die Vertreterin der MHH verwies hinsichtlich Gesundheitsförderung und Prävention auf den Kurzschluss, dass Vollzeiterwerbstätigkeit in der Literatur sowie der Praxis der Jobcenter oft als Maßstab angesetzt werde, aber nicht immer individuell gesundheitsfördernd sei. Besonders bei Alleinerziehenden mit jüngeren Kindern könne es so zu stärkeren Belastungen kommen. Die Zeitressourcen (auch Self care) kämen oft zu kurz. Die strukturellen Voraussetzungen dafür müssten erst geschaffen werden. Die Vollzeiterwerbstätigkeit sei demnach kein „Allheilmittel“.

Mütter mit überdurchschnittlicher Schulbildung und überdurchschnittlicher beruflicher Position seien nach ihren Erhebungen im Durchschnitt 26 Stunden berufstätig und verfügten über ein höheres Einkommen. Hier werde der Wert der beruflichen Qualifikation deutlich.

Sie warf die Diskussion nach einer Neudefinition von Vollzeitarbeit bei Alleinerziehenden auf, die z. B. als 30-Wochenstunden-Erwerbsarbeit mit Lohnausgleich (strukturelle Maßnahme) umgesetzt werden könnte. Hier könnten aber Umsetzungsschwierigkeiten entstehen, da auch andere Gruppen wie z. B. pflegende Angehörige Ausgleich benötigen. Ergänzend solle auch die Kindergesundheit betrachtet werden.

Hinsichtlich der Perspektive von Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden kann geschlussfolgert werden, dass hier ein deutliches Erkenntnis- und Handlungsdesiderat besteht, aber auch hohes Potenzial. Weil ein erheblicher Teil der Belastungen aus einem Mangel an psychosozialen Ressourcen resultieren, können in der Gesundheitsförderung erprobte Ansätze des Empowerments und der Kernstrategien der Ottawa Charta (Advocate, Mediate und Enabling, auch Handlungsmaxime der familiären Gesundheitsförderung) die Lebenssituation von Alleinerziehenden verbessern, insbesondere wenn sie nicht auf Verhaltensprävention beschränkt bleiben, sondern auf gesundheitsförderliche Gestaltung der Rahmenbedingungen für Alleinerziehende abzielen. Eine wichtige Aufgabe kann dabei in einer Vernetzung der bestehenden Angebote bestehen, die bei den Projekten in der Praxis auf hohe Bereitschaft stößt und mit der Hoffnung auf nachhaltige Finanzierung verknüpft ist.

4.1.6 Stigmatisierungsgefahr

In der Fokusgruppe wurde über verschiedene Phänomene von Schambesetzung und Stigmatisierung Alleinerziehender berichtet. Alleinerziehende sehen sich demnach bspw. auf Ämtern (Jobcenter, Sozialamt) und bei der Wohnungssuche mit Vorurteilen konfrontiert. Treten verschiedene Diskriminierungsmerkmale gemeinsam auf (z. B. Sozialleistungsbezug, jugendliches Alter der Mutter, Body Modification, Hautfarbe, Migrationshintergrund), verstärkte sich die Stigmatisierung. Den Betroffenen wird von Seiten der Professionellen ein offensiver Umgang mit ihrer Situation geraten. Maßnahmen zur Reduktion von Schamgefühlen und Stigmatisierungsgefahren gehen einher mit Ansätzen zur Stärkung des Selbstbewusstseins der Alleinerziehenden.

Die Vertreterin des VAMV Berlin merkte an, dass die Stigmatisierung in den KiTas und Schulen über die Jahre abgenommen habe und hier ein positiver Prozess zu beobachten sei. Die Vertreterin des SHIA Berlin ergänzte, dass Alleinerziehende oft eine Stigmatisierung vermuten würden und diese auch antizipieren, wenn sie möglicherweise gar nicht intendiert sei. Die Vertreterin des SHIA Brandenburg regte an, den Fokus auf das Kind zu legen. Somit würde sich die Herangehensweise über die Familienform „Alleinerziehend“ erübrigen.

Laut der Vertreterin des VAMV Bundesverbandes sei das Stigmatisierungspotential am Arbeitsplatz vom jeweiligen Arbeitsteam und der Organisation der Arbeitsabläufe abhängig. Die Einstellungen der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber bzw. Vorgesetzten werde zudem dadurch beeinflusst, ob sie selbst Familie haben. Sie beschreibt hier die Ambivalenz der öffentlichen Thematisierung, denn durch die Sensibilisierung für die Problemlage der Alleinerziehenden könne sich deren Situation bei der Arbeitsplatzsuche auch verschlechtern, wenn Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber diese Situation als Belastung sehen. Jedoch müsse die Problemlage thematisiert werden, um dringende notwendige Verbesserungen der Rahmenbedingungen für Alleinerziehende und ihre Kindern zu erreichen.

Im KiTa-Alter sei die Stigmatisierung weniger ausgeprägt. In Schulen sei hingegen die Stigmatisierungsgefahr erhöht, wenn eine Armutsproblematik hinzukomme. Die betreffe z. B. die Ausstattung mit Lernmitteln. Außerdem werde eine schulische Problemlage teilweise verkürzt auf den Alleinerziehendenstatus bzw. die Trennung der Eltern zurückgeführt. Im Schulbereich werden nach ihren Angaben auch viele kostenpflichtige Angebote gemacht (z. B. Privatschule, Nachhilfe, ggf. Kosten der Nachmittagsbetreuung (wenn vorhanden)), die Alleinerziehende mit geringem Einkommen oft nicht in Anspruch nehmen können. Insgesamt wird der Einfluss der Kinderbetreuung auf die Inanspruchnahme von Maßnahmen (Ausbildung, Kurs, Veranstaltung, Sport, Freizeit) positiv beurteilt. Die Angebote sollten allerdings vor Ort bzw. im Stadtteil erreichbar sein, weil die Mobilität von Alleinerziehenden stärker eingeschränkt sei als von Mehrerziehenden.

Die Vertreterin der MHH hat zu der Frage geforscht, ob sich Belastungen aus der Haus- und Familienarbeit gesundheitlich bemerkbar machen (Sperlich & Geyer, 2016). Um diese Frage zu untersuchen, hat sie das Gratifikationskrisenmodell (nach Siegrist, 2015) auf Haus- und Familienarbeit übertragen. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass die geringe (gesellschaftliche) Anerkennung der Haus- und Familienarbeit für Mütter besonders belastend ist. Das Rollenbild habe sich gewandelt. Heute sei es ideal, wenn Frauen beides leisten (Familie und Beruf). Alleinerziehende, die sich in den ersten Jahren nach der Geburt noch intensiver um Haus- und Familienarbeit kümmern (müssen), erfahren dadurch weniger Anerkennung. Das führe dazu, dass man im Kontext von Belastungen und Gesundheitsförderung auch das öffentliche Bild der Alleinerziehenden und die (fehlende) Wertschätzung dieser Familienform betrachten solle. Z. B. werde die Mutterrolle in der öffentlichen Wahrnehmung weni-

ger geschätzt, gekennzeichnet durch den abwertenden Begriff „Hausfrau“ bzw. „Nur-Mutter“, der für Mütter verwendet werde, die (noch) nicht berufstätig sind. Von diesem Stigmatisierungspotential sind Alleinerziehende häufiger betroffen. Eventuell habe die Modifikation der öffentlichen Wahrnehmung Potenzial für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Aktuell werde Alleinerziehende in Medien/ Veröffentlichungen eher als „Risikogruppe“ wahrgenommen. Diese Betrachtung ist überwiegend defizitär, wenngleich es auch die gegenläufige Tendenz einer positiven Diskriminierung/„Heroisierung“ von Alleinerziehenden (DJI Deutsches Jugendinstitut, 2012) gebe.

4.1.7 Zentrale Erkenntnisquellen

Wissen und Erkenntnisse der Fokusgruppe über Alleinerziehende stammten zum großen Teil aus Erfahrungen und Berichten aus der Praxis. Die Formulierung eines Erkenntnisproblems wurde im Rahmen der Expertenanhörung am 6. Januar 2017 kritisch bis abwehrend betrachtet. Ein Problem liege weniger in Erkenntnis- als vielmehr in Umsetzungsdefiziten.

Dies stellt sich jedoch in Ergebnis unserer Exploration anders dar, insofern die Komplexität der ausdifferenzierten Problemlagen von Alleinerziehenden so hoch ist, dass sie dringend weiterer Fachlichkeit bedarf.

Wie notwendig dies ist, zeigt sich u.a. daran, dass im Feld erhebliche Unsicherheit darüber besteht, ob Angebote den (bzw.: welchen?) Adressatinnen und Adressaten wirklich nutzen, oder nur in besonderen Problemlagen wie z. B. Trennungskonflikten oder Überschuldungssituationen wahrgenommen werden. Auch die Thematisierung in Medien wird im Feld ambivalent gesehen, insofern eine öffentliche Problematisierung das Stigma verstärken könne. Dabei führt insbesondere die im öffentlichen Diskurs zunehmende Verknüpfung von Alleinerziehen und Kinderarmut zu den hochproblematischen Assoziationen, dass Kinder von Alleinerziehenden z. B. hinsichtlich ihrer schulischen Leistungen per se sozial schwierig seien, oder gar dass Alleinerziehen ein Lebensmodell sei, das auf Kosten der Kinder (als „unschuldige Opfer“) ausgetragen werde. Sogar hinsichtlich der Selbstbezeichnung (neudeutsch: „Self-labeling“, als allein oder getrennt Erziehende, Einzelternfamilie (bzw. Zweifamilienkinder), Single-Mutter und -Vater u. a.) besteht Unsicherheit. Es erscheint dringend geboten, dass eine entsprechend ausgerichtete Forschung, sowohl auf Grundlagen- wie Handlungsebene, Problemlagen ausdifferenziert und Unterstützungsbedarfe verdeutlicht, ohne Schamgefühle, Stigmatisierung und Diskriminierung zu verstärken.

4.1.8 Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden im Rahmen der Landesrahmenvereinbarungen

Der bislang einzige Arbeitsansatz zu Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden, der sich explizit als Beitrag zur Umsetzung des SGB V, § 20a versteht, findet sich nach den Rechercheergebnissen dieser Studie in Bremen. Dort wurde das Thema als eines von vier Handlungsfeldern durch das „Strategieforum Prävention im Land Bremen“ ausgewählt. Dieses Gremium wurde gemäß § 2 der am 7. Dezember 2016 geschlossenen Landesrahmenvereinbarung zur Steuerung und Umsetzung der Präventionsstrategie im Land Bremen gegründet. Mitglied der Landesrahmenvereinbarung ist neben den gesetzlich benannten Mitgliedern der Sozialversicherung und des Landes seit 9. Dezember 2016 auch die Regionaldirektion Niedersachsen-Bremen der Bundesagentur für Arbeit.

Am 20. März 2017 fand dazu eine Bremer Präventionskonferenz als erste Kick-Off-Veranstaltung statt mit insgesamt 120 Teilnehmerinnen und Teilnehmern. In diesem Rahmen wurden in zwei Workshop-Panels mit insgesamt ca. 25 Teilnehmerinnen und Teilnehmern erste Ideen zur Bearbeitung gesammelt. Es wurde dazu eine AG eingerichtet, die in Federführung von AOK Bremen/Bremerhaven und Jobcenter Bremen in den kommenden Monaten zunächst eine Bestandsaufnahme plant. Es soll

zunächst gesammelt werden, welche Aktivitäten bereits bestehen und nachfolgend im Sinne von Bedarfsanalyse geprüft, welche zukünftig benötigt werden. Später auch konkrete Projekte aufzulegen („Projektentwicklung“), ist Ziel der Aktivitäten. Dazu sollen zunächst weitere Veranstaltungen mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern durchgeführt werden.

In diesem ersten Zusammentreffen zeigten sich Offenheit und Interesse am Thema der Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden. Nach Auskunft der Vertreterin der AOK Bremen/Bremerhaven, die federführend die AG leiten wird, konnten bereits vielfältige Zugänge und Netzwerke zur Adressatengruppe benannt werden, an die nachfolgend angeknüpft werden sollte. Bremen sei hier als überschaubares Bundesland gut geeignet, denn die Akteure sind eng miteinander vernetzt. Die Vertreterin der Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V. und der Regionalen Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit berichtete in diesem Zusammenhang von dem Projekt „familiennetz bremen“, das u. a. ein umfassendes Internetportal erstellt hat, auf dem auch gesundheitsbezogene Angebote in einer eigenen Rubrik für Alleinerziehende zusammengestellt sind (<http://familiennetz-bremen.de>). Es kann als ein interessanter Vernetzungsbaustein im Rahmen kommunaler Präventionsketten genutzt werden.

Zudem verwies die Vertreterin der Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V. und der Regionalen Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit auch auf die im März und August 2016 von Senatsverwaltung und Arbeitnehmerkammer organisierten Workshops zu Ursachen des in Bremen ansteigenden Anteils der nichterwerbstätigen Alleinerziehenden. Hier wurden die bestehenden Unterstützungsangebote sowie Maßnahmen für Alleinerziehende, die bei den Jobcentern und dem Bremer Senat durchgeführt werden, dargestellt und begutachtet. Es zeigte sich, dass es sich bei den Alleinerziehenden um eine stark heterogene Gruppe handelt, über deren Lebenswirklichkeiten wenig bekannt ist. Daher wurde eine Totalerhebung aller Allein-erziehenden im SGB II-Bezug durchgeführt, in der auch gesundheitliche Bedarfslagen ermittelt wurden. Die Präsentation der Vollerhebung erfolgte am 27.04.2017 im Rahmen einer öffentlichen Veranstaltung, in der die Ergebnisse themenbezogen bewertet und daraus Vorschläge und Möglichkeiten für konkrete Maßnahmen und Angebote für Alleinerziehende abgeleitet werden sollten. Informationen zur den Ergebnissen der Studie und den entwickelten Schlussfolgerungen sind aktuell noch nicht bekannt, sollten aber für die zukünftige Entwicklung von Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden beachtet werden.

Insgesamt zeigen die Bremer Initiativen, dass eine umfassende Ausarbeitung zu Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden bei den beteiligten Akteuren möglich und konsensfähig ist. Viele der hier entwickelten Bausteine wie Kick-Off-Veranstaltung, Bildung einer AG, Befragungen der Akteure und der Betroffenen hinsichtlich Ansätzen und Bedarfen sowie Einrichtung eines Familienportals erscheinen beispielgebend, insbesondere für entsprechende koordinierende Aktivitäten durch die Landesebene im Rahmen der Umsetzung der jeweiligen Landesrahmenvereinbarungen in den Bundesländern.

4.2 Ergebnisbündelung der Expertengespräche

Aus den Expertengesprächen lassen sich Ergebnisse bündeln, durch die die Zusammenhänge zwischen den Problemlagen betrachtet werden können.

Es werden hauptsächlich die Begriffe Alleinerziehende und Einelternfamilien verwendet, wobei es bzgl. des Begriffs Alleinerziehende Bedenken seitens der Betroffenen gibt, die abhängig von Lebenslage und Selbstbild sind. Der Begriff Einelternfamilie wird aus Kindesperspektive problematisiert,

weil sie die Perspektive der Kinder hinsichtlich des zweiten Elternteils übersieht. „Getrennt Erziehende“ scheint keine konsentierbare Alternative zu sein. Deshalb wird für den vorliegenden Bericht weiterhin der geläufige Begriff Alleinerziehende verwendet, der auch, entsprechend des Erkenntnisinteresses dieser Bestandsaufnahme, den Fokus auf die Eltern als Adressatinnen und Adressaten unterstreicht.

Betrachtet man die unterschiedlichen Lebenslagen der Alleinerziehenden, ist im Feld umfassend bekannt, dass 90 % dieser Gruppe Mütter sind und nur 10 % Väter. Je jünger die Kinder sind, desto stärker tritt diese Differenz auf. Über die Väter wird nur wenig berichtet, da sie von den befragten Expertinnen und Experten wesentlich seltener erreicht bzw. nicht betrachtet werden. Neben der überwiegend betrachteten Lebenslage der „alleinerziehenden Mutter mit alleiniger Verantwortung“ wird zunehmend auch die Perspektive der gemeinsamen Sorge berücksichtigt. Alleinerziehende sollen als heterogene Gruppe gesehen werden. Sie sind zwar häufiger als andere Familienformen von Armut betroffen, aber der Lebenslagenansatz mit dem Blick auf die jeweilige Statuspassage des Alleinerziehens ist notwendig, da sich die Belastungsprofile individuell und passager unterscheiden. Dies verhält sich prinzipiell analog zu allen Fragen familiärer Gesundheitsförderung, in einigen Aspekten (z. B. Kinderbetreuung, Zeitmanagement, soziale und gesundheitliche Teilhabe) jedoch mit besonderer Problemzuspitzung und Dringlichkeit.

Insgesamt können Bildung und berufliche Qualifikation, soziale Eingebundenheit sowie der Zeitpunkt der Mutterschaft im Lebenslauf als Differenzierungsansatz hinsichtlich der verschiedenen Lebenslagen aufgegriffen werden.

Bezüglich der Bedarfslagen lassen sich die Themen wie folgt bündeln:

- Psychosoziale Unterstützung
- Wirtschaftliche/berufliche Situation/(De-)Qualifizierung
- Kinderbetreuung
- Bedarfe im Zusammenhang mit Trennung (z. B. Mediation, Umgang, Rolle des Vaters)
- Sozialer Rückhalt (Kontakte, Freizeit, Zeit zur Erholung)
- Bedarfe des Kindes (z. B. Zeit, Zuwendung, Beziehung zum Vater)

Diese Bedarfe beeinflussen sich gegenseitig. Die Kinderbetreuung ist die Voraussetzung zur Arbeitsaufnahme, welche wiederum die wirtschaftliche Situation verbessert. Eine gute berufliche Qualifikation ist notwendig, damit das Einkommen aus der Erwerbsarbeit zum Lebensunterhalt reicht. Eine Vollzeitberufstätigkeit oder eine Tätigkeit mit hohen zeitlichen Anforderungen (wie sie in höher qualifizierten Tätigkeiten oft erwartet wird), widerspricht jedoch oft den Bedürfnissen Alleinerziehender bzw. ist aufgrund unzureichender Kinderbetreuung nicht zu leisten. Hinzu kommen weitere Hürden für Frauen und Mütter auf dem Arbeitsmarkt. Ein weiterer Faktor ist, dass bei Aufnahme einer Vollzeitstätigkeit (die zur Armutsrisikoreduktion führt) und gleichzeitiger alleiniger Verantwortung für die Haus- und Familienarbeit oft nicht genug Freizeit (Zeit für self care) für die Alleinerziehenden selbst bleibt.

Gefordert werden in diesem Zusammenhang mehr Regelangebote über kontinuierliche Finanzierung sowie wohnortnahe Angebotsstrukturen.

All diese Bedarfe sind (evtl. mit Ausnahme der Bedarfe, die sich aus der Trennung ergeben) unabhängig von der Familienform bzw. können auch nach Zustandekommen einer neuen Partnerschaft fortbestehen.

Betrachtet man die **gesundheitliche Lage** von Alleinerziehenden, steht vor allem die psychische Gesundheit im Vordergrund, die durch die Art des Trennungsprozesses (wenn relevant), das individuelle Selbstbild und die persönliche Lebensplanung (bewusste oder ungewollte Entscheidung für das Alleinerziehen) beeinflusst wird. Hinzu kommt das Bild der Alleinerziehenden in der Öffentlichkeit, das vielfach als Stigma wahrgenommen wird, weil es bisher noch zu negativ und defizitorientiert besetzt ist und teilweise dieser Familienform noch zu wenig Anerkennung beimisst. Wie bei jeder Familienform sind auch hier die gesundheitlichen Belastungen deutlich mit strukturellen Belastungen assoziiert.

Für Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention leiten die Expertinnen und Experten ab, dass die Angebote stärker im Sozialraum verankert bzw. häufiger aufsuchend gestaltet sein müssten. Genannt wird hier ein Ausrollen etwa der Programme „Eltern-AG“ und „Wir2“, die in regionale Unterstützungsstrukturen (Präventionsketten) sowie überregional in Kooperationen von Krankenkassen, Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit, Landeskoordinationen Frühen Hilfen sowie mit landes- und bundesweiten Verbänden wie dem VAMV eingebunden sein sollten. Der Ansatzpunkt, die Vollzeitwerbstätigkeit bei Alleinerziehenden auszubauen, um so der Armutsgefährdung entgegenzuwirken, wird von den Fachleuten differenziert und z. T. kritisch betrachtet, da sich dadurch Belastungen verstärken können.

Es wird empfohlen, insgesamt die strukturellen Faktoren wie Finanzierung (insb. Unterhaltsvorschuss und Kindergeld/-grundsicherung) Kinderbetreuung, niedrigschwellige Zugänge zu Hilfen und Förderung zu verbessern sowie Antragsverfahren zu entbürokratisieren.

Scham und Angst vor **Stigmatisierung** hängt maßgeblich mit dem Selbstbild und dem gesellschaftlichen Fremdbild von Alleinerziehenden zusammen. Stigmatisierung entsteht nach Ansicht der Expertinnen und Experten hauptsächlich bei Behörden (Sozialamt, Jugendamt, Jobcenter) sowie am Arbeitsmarkt, durch Geringschätzung von Familienarbeit oder indirekt durch die Notwendigkeit finanzielle Unterstützung zu beantragen. Im Zusammenhang mit Armut können nachrangig weitere Stigmatisierungen durch ungleiche Chancen entstehen.

Ihre Erkenntnisse ziehen die Expertinnen und Experten weitgehend aus der eigenen Arbeit mit Alleinerziehenden bzw. Familienberichten. Die Expertinnen und Experten konnten uns kaum Hinweise auf Fachliteratur, (Projekt)Datenbanken oder weiterführende Interventionen für Alleinerziehende geben.

Im Ergebnis unserer Exploration zeigt sich, dass die Komplexität der ausdifferenzierten Problemlagen von Alleinerziehenden hoch ist und dringend ergänzender wissenschaftlicher Erkenntnisse bedarf.

Wie notwendig dies ist, zeigt sich u.a. daran, dass im Feld erhebliche Unsicherheit darüber besteht, ob Angebote den (bzw.: welchen?) Adressatinnen und Adressaten wirklich nutzen, oder nur in besonderen Problemlagen wie z. B. Trennungskonflikten oder Überschuldungssituationen wahrgenommen werden. Auch die Thematisierung in Medien wird im Feld ambivalent gesehen, insofern eine öffentliche Problematisierung das Stigma verstärken kann. Dabei führt insbesondere die im öffent-

lichen Diskurs zunehmende Verknüpfung von Alleinerziehen und Kinderarmut zu den hochproblematischen Assoziationen, dass Kinder von Alleinerziehenden z. B. hinsichtlich ihrer schulischen Leistungen per se sozial schwierig seien, oder gar dass Alleinerziehen ein Lebensmodell sei, das auf Kosten der Kinder (als „unschuldige Opfer“) ausgetragen werde. Sogar hinsichtlich der Selbstbezeichnung (neudeutsch: „Self-labeling“, als allein oder getrennt Erziehende, Einelternfamilie (bzw. Zweifamilienkinder), Single-Mutter und -Vater u.a.) besteht im Feld große Unsicherheit. Es erscheint dringend geboten, dass eine entsprechend ausgerichtete Forschung, sowohl auf Grundlagen- wie Handlungsebene, Problemlagen ausdifferenziert und Unterstützungsbedarfe verdeutlicht, ohne Schamgefühle, Stigmatisierung und Diskriminierung zu verstärken. Diese Erkenntnisse sollten in einem darauf aufbauenden fachlichen Expertenprozess so strukturiert werden, dass zumindest Eckpfeiler eines gemeinsamen Handlungsverständnisses konsentierbar sind.

Als Fazit lässt sich an dieser Stelle aus der Felderhebung ableiten, dass Prävention und Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden unterschiedliche und zumeist unspezifische Bedarfe berücksichtigen sollte. Auch wenn Alleinerziehende stärker als andere Gruppen von Armut betroffen oder bedroht sind, möchten sie, insbesondere um Stigmatisierung zu vermeiden, nicht als homogene Gruppe und nicht als pauschal armutsgefährdet angesprochen werden.

Dabei sollte berücksichtigt werden, dass für Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden erheblicher Erkenntnisbedarf besteht, aber auch hohes Potenzial. Weil eine Vielzahl der Belastungen von Alleinerziehenden aus einem Mangel an psychosozialen Ressourcen resultieren, können in der Gesundheitsförderung erprobte Ansätze des Empowerments und der Kernstrategien der Ottawa Charta (Advocate, Mediate und Enabling, auch Handlungsmaxime der familiären Gesundheitsförderung) die Lebenssituation von Alleinerziehenden verbessern, insbesondere wenn sie nicht auf Verhaltensprävention beschränkt bleiben, sondern auf gesundheitsförderliche Gestaltung der Rahmenbedingungen für Alleinerziehende abzielen.

Prävention und Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden sollte demnach vor allem im Sozialraum an ihren Lebenswelten (insb. Kommune/ Wohnumfeld mit den dort vorhandenen, lebensweltlichen Angeboten wie Familienzentren, Arbeitsplätzen, Jobcentern, evtl. auch Kitas und Schulen) und im Sinne des Advocacy-Ansatzes an strukturellen Faktoren (z. B. Kinderbetreuung, Familienpolitik, Arbeitsmarktpolitik) ansetzen. Die Bedarfe von belasteten Alleinerziehenden unterscheiden sich dabei nicht grundsätzlich von Bedarfen belasteter Familien in partnerschaftlichen Lebensformen (Art der Bedarfe), sondern eher in Form der Ausprägungen (sog. „Problemtiefen“).

In einem zu dieser Feldforschung parallel durchgeführten Arbeitsprozess wurden Datenbankrecherchen durchgeführt, um einen Überblick zu gewinnen zu den praktischen Handlungsansätzen im Feld. Diese werden nachfolgend dargestellt.

4.3 Ergebnisse der Projektdatenbankrecherche

Zusammenfassend haben die Recherchen in Praxisdatenbanken im Dezember 2016 und Januar 2017 die nachfolgenden 473 Treffer erbracht. 24 Projekte konnten in die Bestandsaufnahme aufgenommen werden (Kap. 4).

Tabelle 6: Treffer der Datenbankrecherche

DATENBANK	VERZEICHNETE PROJEKTE	ADRESSIERUNG VON ALLEINERZIEHENDEN	RELEVANT FÜR BESTANDS-AUFNAHME
Gesundheitliche Chancengleichheit	2.995	433	14 (davon 2 Dubletten) (sowie 46 „Non-GP“-Projekte, davon 1 Dublette)
gesundheitsziele.de	98	0	0
Grüne Liste Prävention	81 (+ 37 auf der „Warteliste“)	9 (+ 4 von der „Warteliste“)	4 (davon 1 Dublette)
InForm	208	1	0
Landeszentrum Gesundheit NRW	327	9	3
Landeszentrale für Gesundheit Bayern	nicht genannt	4	1 (Dublette)
health-inequalities (europaweite Projektdatenbank)	11 (für Deutschland) 2 (für Österreich) 2 (in der Schweiz)	1	1 (Dublette)
Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung	im Themenreiter Alleinerziehende: 12	12	1
Gesamt	3.773	473	22 (2 Dubletten)

Ergänzend konnten zwei Projekte durch Expertenempfehlungen identifiziert werden.

Nachfolgend werden die Recherchen nach Datenbanken geordnet beschrieben.

4.3.1 Datenbank Gesundheitliche Chancengleichheit

Die Recherche erfolgte zunächst am 4. Dezember 2016. Eine zweite umfassende Recherche der Datenbank unter Berücksichtigung ergänzender Aspekte erfolgte am 12. Januar 2017.

Datenbank: Die Datenbank umfasste zum Stichtag 12.1.17 insgesamt 2.995 Projekte und Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten.

Recherche 1: In der Suchmaske der Datenbank ist es möglich, „Alleinerziehende in schwieriger sozialer Lage“ im Feld „Zielgruppe“ auszuwählen. Zusätzlich lässt sich die Option „Good Practice Kriterien erfüllt“ auswählen. Ergebnis 04.12.2016, Recherche 1:

Filter „Alleinerziehende in schwieriger sozialer Lage“: 433 Treffer
reduziert auf Good Practice: 30 Treffer

Bei den als Good Practice ausgezeichneten Projekten mit der Adressatengruppe „Alleinerziehende in schwieriger sozialer Lage“ handelt es sich um die folgenden 30 Treffer (sortiert nach PLZ):

Tabelle 7: als Good Practice ausgezeichnete Projekte

	GOOD PRACTICE		
1	„Mit den Augen des anderen“ Integrationsprojekt für Menschen mit psychischen Behinderungen (07749 Jena)	Thüringer Sozialakademie gGmbH	2007
2	Stillförderprogramm für sozial Benachteiligte/ sozial-medizinische Elternberatung (15517 Fürstenwalde)	PRO FAMILIA Beratungsstelle Fürstenwalde im Gesundheitszentrum Nord	2007
3	Mobiler Sozialpädagogischer Dienst der Stadt Neubrandenburg (17034 Neubrandenburg)	Stadt Neubrandenburg – Fachbereich Schule, Kultur, Jugend und Sport	2008
4	Familienhebammenprojekt Kleemobil (18437 Stralsund)	Kommunaler Arbeitskreis Gesundheitsförderung des Landkreises Vorpommern-Rügen	2009
5	„Familienlotsen“ im Rahmen des „familien-Netzwerks Hamburg-Hamm“ (20535 Hamburg)	Alida Schmidt-Stiftung – Bereich Frauen, Kinder und Familien	2009
6	Lernen durch Genießen – Gesunde Ernährung aus Sehpferdchens Küche (21075 Hamburg)	Kindertagesstätte Sehpferdchen	2006
7	Familienhebammen im Kinder- und Familienzentrum (KiFaZ) Barmbek Basch/Hamburg (22081 Hamburg)	Verband Kinder- und Jugendarbeit Hamburg e.V.	2007
8	Baby-Führerschein, Hamburg (22527 Hamburg)	Stiftung Das Rauhe Haus	2012
9	Gesund Kurs halten in Lurup (22547 Hamburg)	BÖV 38 e.V. Begegnung Bewegung Beteiligung in Lurup	2008
10	Trampolinspringen für Kinder und Jugendliche (22547 Hamburg)	Luruper Frauenoase e.V.	2007
11	Adebar – Beratung und Begleitung für Familien (22767 Hamburg)	GWA St.Pauli-Süd e.V./Kolibri	2005
12	Eigenwillig (22767 Hamburg)	Familienplanungszentrum Hamburg e.V.	2011
13	Eutiner Babynetz (23701 Eutin)	„Eutiner Babynetz“ c/o Kreis Ostholstein	2005
14	„Mut tut gut!“ – Stärkung der psychischen Gesundheit für erwerbslose Frauen (24116 Kiel)	Psychosoziale Frauenberatungsstelle donna klara	2008
15	Schutzengel Flensburg (24939 Flensburg)	Schutzengel GmbH	2005
16	JUMP- Junge-Mütter-Projekt in Husum und Friedrichstadt (25813 Husum)	Ev. Familienbildungsstätte Husum	2007
17	Das Bremer Afrika-Projekt (BAP) (28203 Bremen)	Gesundheitsamt Bremen	2011
18	Frauengesundheit in Tenever (28325 Bremen)	Frauengesundheit in Tenever, Frauen und Gesundheit e.V.	2007
19	„S – XXL – Gut drauf durch den Tag“ (39106 Magdeburg)	AOK Sachsen-Anhalt „Die Gesundheitskasse“	2007
20	ELTERN-AG (39112 Magdeburg)	MAPP-Empowerment gGmbH	2007

	GOOD PRACTICE		
21	MoKi.Monheim für Kinder (40789 Monheim am Rhein)	Stadt Monheim	2008
22	Netzwerk für Familien (NeFF), Dormagen (41539 Dormagen)	Stadt Dormagen	2014
23	Gesundheitsförderung für Migrantinnen und Migranten (53111 Bonn)	pro familia Bonn	2006
24	„Endlich fragt mich mal einer“ (71332 Waiblingen)	Landratsamt Rems-Murr-Kreis Gesundheitsamt	2005
25	Früh übt sich. MINIFIT. Von klein auf gesund. (71636 Ludwigsburg)	mhplus Betriebskrankenkasse	2007
26	Mehrgenerationenhaus München (80937 München)	Euro-Trainings-Centre e.V.	2008
27	allfabeta (81667 München)	siaf e.V.	2010
28	Sozialpaten im Bündnis für Augsburg (86150 Augsburg)	Freiwilligen-Zentrum Augsburg gGmbH	2008
29	Bewegung als Investition in Gesundheit: Das BIG-Projekt (91058 Erlangen)	Universität Erlangen-Nürnberg, Institut für Sportwissenschaft und Sport	2008
30	Schulpädagogische Sozialarbeit und Schul- jugendarbeit an der Staatlichen Regelschule „Werner-Seelenbinder“ in Apolda (99510 Apolda)	Staatliches Schulamt Weimar	2005

Titelscreening /Screening der Beschreibung der Adressatengruppe: Bei der Durchsicht der Projektbeschreibungen der 30 Good Practice-Projekte zeigt sich, dass nur zwei der Projekte ausschließlich (vorrangig) Alleinerziehende adressieren. Hinzu kommen drei weitere Projekte, die spezifische Teilmaßnahmen für Alleinerziehende beinhalten. Das Gesamtprojekt richtet sich in letzterem Fall dementsprechend auf Alleinerziehende als eine von mehreren Adressatengruppen. In neun Projekten werden Alleinerziehende als eine von mehreren Adressatengruppen genannt oder als eine Gruppe, die das Angebot gut annimmt bzw. gut erreicht wird. Aus dieser Einteilung resultieren insgesamt 14 Projekte, die in Projektdatenblätter (Anhang 7.1.) übertragen wurden. In den übrigen 16 Projektbeschreibungen werden Alleinerziehende nicht erwähnt. Diese Projekte wurden ausgeschlossen.

Außerdem wurden alle 30 Projektbeschreibungen nach Untergruppen von Alleinziehenden durchsucht. Hier wurden Eltern mit Kindern bis zu einem Alter von einem Jahr bzw. alleinerziehende Mütter mit Kindern im Alter von bis zu sechs Jahren, sozial isolierte Alleinerziehende, bzw. Alleinerziehende mit geringem Einkommen und alleinerziehende Mütter mit Kindern mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen genannt.

Aufgrund der geringen Trefferzahl bei Verwendung des Filters „Good Practice“ wurde die Suche nach relevanten Projekten auf alle 433 Projekte ausgeweitet, die in der Maske angegeben haben (u.a.) Alleinerziehende zu adressieren.

Recherche 2:

Identifiziert werden konnten:

- 17 explizite Projekte zur Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden (Kategorie A)
- 31 Projekte zur Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden, die sich nur an einen Elternteil richten (Kategorie B)
- 12 weitere Projekte mit explizitem Bezug auf Partnerschaftskonflikte und innovativen Arbeitsansätzen (Kategorie C)

Aus dieser Differenzierung ergaben sich 60 Projekttreffer, die sich in Anhang 7.5 finden. Die Good Practice-Projekte aus Recherche 1 sind farblich hervorgehoben.

Die Ergebnisse der erweiterten Recherche (Recherche 2, n=60) schließen die Good-Practice-Projekte aus Recherche 1 (n=14) mit ein. Alle dieser 14 oben genannten Projekttitel finden sich deshalb auch in den Treffern der ABC-Kategorien.

4.3.2 Datenbank gesundheitsziele.de

Die Recherche in der Datenbank wurde durchgeführt am 12. Dezember 2016.

Datenbank: Die Datenbank umfasst insgesamt 98 Projekte und Maßnahmen. Bei diesen handelt es sich nach Durchsicht überwiegend, aber nicht ausschließlich um Projekte der Prävention Gesundheitsförderung¹⁸. Die Datenbank gesundheitsziele.de (GZ) ist eine Zusammenstellung von Projektaktivitäten der im Kooperationsverbund gesundheitsziele.de zusammen geschlossenen Träger und Institutionen. Gesundheitsziele.de wurde auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit 2001 initiiert und bündelt alle großen Institutionen und Träger im Gesundheitswesen, so alle Sozialversicherungsträger incl. der Krankenkassen, Ärzteverbände und -organisationen, aber auch NGOs wie die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung oder die Behinderten-, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen. Der Kooperationsverbund hat inzwischen 9 umfangreiche Gesundheitsziele verabschiedet.

Das Kriterium ihrer Aufnahme in die Datenbank ist ein Bezug zu einem der 8 Gesundheitsziele, die vom Kooperationsverbund gesundheitsziele.de konsentiert wurden und die gemäß SGB V, § 20 Absatz 3 von der GKV-Spitzenverband im Leitfaden Prävention (zukünftig) zu berücksichtigen sind. Das erst im Juli 2016 konsentierten Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ (BMG, 2017) ist im SGB V noch nicht aufgenommen, entsprechende Maßnahmen können in der Datenbank (noch) nicht recherchiert werden.

Auf das GZ „Gesund aufwachsen“ beziehen sich insgesamt 27 Projekte.

Auf das GZ „Gesundheitskompetenz stärken“ beziehen sich insgesamt 32 Projekte.

Auf das GZ „Depressionen“ beziehen sich insgesamt 11 Projekte.

Auf das GZ „Alkoholkonsum reduzieren“ beziehen sich insgesamt 29 Projekte.

Auf das GZ „Tabakkonsum reduzieren“ beziehen sich insgesamt 19 Projekte.

Recherche: In der Erhebungsmaske der Datenbank sind weder „Eltern“ noch „Alleinerziehende“ explizit benannt, sondern können hier nur über die Freitextangabe „Sonstige“ als Adressaten angegeben werden.

¹⁸ Viele der Projekte befassen sich mit Fragen der kurativen Gesundheitsversorgung.

Titelscreening/Beschreibung der Adressatengruppe: Bei der Einzeldurchsicht sämtlicher 98 Projekte bezieht sich lediglich eines explizit auf (zukünftige) Elternschaft. Eine Benennung von Alleinerziehenden fehlt jedoch.

4.3.3 Datenbank Grüne Liste Prävention

Die Recherche wurde durchgeführt am 16. Dezember 2016.

Datenbank: Die Grüne Liste Prävention verzeichnet 81 Projekte und ist eine Datenbank für Präventionsprojekte, die vom Landespräventionsrat Niedersachsen (LPR) in Kooperation mit der LAG Soziale Brennpunkte Niedersachsen e.V. im Rahmen eines Modellversuchs von 2009 - 2012 eingeführt wurde. Sie ist ein Baustein des aus den USA stammenden Präventionsprogramms „Communities that Care“ (CTC)¹⁹.

Die Datenbank soll den beteiligten Kommunen Projektvorschläge vermitteln und versteht sich in diesem Sinne als Empfehlungsliste. Die dort eingestellten Maßnahmen sind aufwändigen Evidenzprüfungen unterzogen worden (LPR, 2011). Sie münden in die drei Evidenzstufen:

- | | |
|--|-------------|
| 1. Stufe 1: Effektivität theoretisch gut fundiert: | 20 Projekte |
| 2. Stufe 2: Effektivität wahrscheinlich: | 34 Projekte |
| 3. Stufe 3: Effektivität nachgewiesen: | 27 Projekte |

Als wirksam identifizierte Programme werden in der Datenbank „Grüne Liste Prävention“ dargestellt. Hierin sollen sich Programme abbilden, die in der Lage sind, die priorisierten Risikofaktoren zu senken und Schutzfaktoren zu stärken. Die Datenbank wird nach erfolgreichem Abschluss der Modellphase vom LPR zur Unterstützung kommunaler Prävention fortgeführt. Das gesamte Projekt wird aktuell in Niedersachsen, Sachsen und der Stadt Augsburg sowie in einem Modellversuch in der Schweiz durch ‚Radix‘ umgesetzt.

Recherche: Von den 81 Projekten wurden die Projektbeschreibungen (**Titelscreening und Beschreibung der Adressatengruppen**) gesichtet und ausgewertet.

Treffer aus Stufe 3: Das Screening der Titel und Kurzbeschreibungen ergab, dass sich ein **Projekt spezifisch** auf Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden bezieht (Projekt „Wir2 Bindungstraining für Alleinerziehende“, Nachfolgeprojekt des Projekts „PALME: Primärpräventives Interventionsprogramms für alleinerziehende Mütter und ihre Kinder in Kindertagesstätten“). Auch drei weitere Projekte der Stufe 3 können als relevant angesehen werden für Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden, namentlich Opstapje und Eltern-AG²⁰. und PAT-Mit Eltern lernen), wobei jedoch nur Opstapje und Eltern-AG „alleinerziehend“ als Problemhintergrund aufführen und daher in die Ergebnisliste einbezogen wurden.

¹⁹ Bei CTC handelt es sich um eine konzeptionell entwickelte Arbeitsmethode der kommunalen Beratung, um vor Ort die Rahmenbedingungen für ein sicheres und gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen über Maßnahmen in vier Schlüsselbereichen (Familie, Schule, Gleichaltrige, Wohngebiet) zu verbessern. Das Programm zielt darauf ab, Risiko- und Schutzfaktoren im Einzelnen bzw. regional-spezifisch konkret zu identifizieren, so in der Familie (z. B. Erziehungskompetenzen der Eltern), in der Schule (z. B. früh beginnende Lernrückstände), unter Gleichaltrigen (z. B. Umgang mit Freunden, die selber Probleme haben) und im Umfeld (z. B. wenig nachbarschaftliche Bindungen).

²⁰ In der Datenbank Gesundheitliche Chancengleichheit sowie in der angeführten Evaluation (Böhm & Schneider 2012, http://www.nexus-institut.de/images/stories/content-pdf/zwischenbericht_02_eltern_ag.pdf) wird hinsichtlich des Projekts ELTERN-AG hingegen auf besondere Relevanz einer Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden und entsprechend abgeleitete Handlungskonzepte verwiesen.

Treffer aus Stufe 2: In der Stufe 2 finden sich zwei Elternprogramme (Gordon Familien Training GFT und Starke Kinder – starke Eltern), jedoch ohne Bezugnahme auf Alleinerziehende.

TRIPLE P (ebenfalls ohne explizite Erwähnung von Alleinerziehenden) verweist auf seiner Website auf spezifische Module, so u.a. ein Beratungskonzept für Familien in Trennung bzw. Partnerschaftskonflikten. Dies erschien jedoch zu unspezifisch und konnte daher auch nicht aufgenommen werden.

Als einziges Projekt dieser Effektivitätsstufe verweist „wellcome“ auf Alleinerziehende als eine beispielhaft besonders belastete Adressatengruppe.

In der Stufe 1 findet sich das Projekt Familienhebammen²¹ mit Erwähnung der Adressierung von Alleinerziehenden.

Zusammenfassung: Projekte der Stufen 1, 2 und 3, die Alleinerziehende ausdrücklich adressieren, sind demnach die Projekte „Wir2“ (Dopplung mit Datenbank Gesundheitliche Chancengleichheit“), „Opstapje“, „ELTERN-AG“, „Familienhebammen“ und „wellcome“. Diese wurden in Projektdatenblätter überführt. Alle anderen oben genannten Projekte wurden aufgrund fehlender Relevanz ausgeschlossen.

Zur Grünen Liste gibt es auch noch eine „Warteliste“ von 37 hinsichtlich ihrer Wirksamkeit noch nicht bearbeiteten Projekte bzw. Programme. Davon könnten diese vier Programme zukünftig Relevanz haben:

- Familienteam, <http://www.familienteam.org>
Das Projekt adressiert Alleinerziehende sowie andere Familienformen mit Kindern im Kindergarten- und Grundschulalter. Ziel ist die Prävention von Beziehungsstörungen in Familien.
- FAST, Uni Siegen (wg. Selbsthilfe-Überführung), <http://www2.uni-siegen.de/~fb2fast/>
- Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger Kinder (KES), <http://www.hf.uni-koeln.de/669>
- PEKIP, www.pekip.de

Sie wurden jedoch auf Grund der noch nicht vorliegenden Konzeption bzw. Bewertung nicht in unsere Bestandsaufnahme aufgenommen.

4.3.4 Projektdatenbank InForm

Die Recherche wurde durchgeführt am 4. Januar 2017.

Datenbank: Insgesamt sind 208 Projekte in dieser Datenbank eingestellt. Mit vielfältigen Projekten zur Gesundheitsförderung und Prävention hat sich IN FORM zum Ziel gesetzt, nachhaltige Strukturen zu schaffen, die das Ess- und Bewegungsverhalten der deutschen Bevölkerung positiv beeinflussen sollen. Man kann die Datenbank mit einem Schlagwort durchsuchen oder eine Vorauswahl nach Projektart, Hauptthema, Adressatengruppe oder Bundesland treffen.

Recherche: Mit dem Suchfilter „Gesundheitsförderung“ ergaben sich 102 Treffer, davon blieben nach setzen des Filters „Eltern“ 29 Treffer. Mit der zusätzlichen Freitextsuche auf Alleinerziehende blieb ein Treffer.

²¹ Bezug ist hier das Modellprojekt der Stiftung „Eine Chance für Kinder“, das als eines der Vorläufer der bundesweiten Implementierung von Familienhebammen durch das Bundeskinderschutzgesetz seit 2012 gilt.

Titelscreening und Beschreibung der Adressatengruppen: Bei dem Treffer handelt es sich um die Rostocker Initiative „Besser Essen, mehr bewegen in Groß Klein“. In der ausführlichen Projektbeschreibung findet sich jedoch nur ein allgemeiner Bilanzverweis darauf, dass „Für Alleinerziehende rückten „Gesundheit und Kraft – für mich und mein Kind“ wieder in den Mittelpunkt“. Verfügbar war ein insgesamt stark ernüchternder Abschlussbericht des Projekts ohne Aktivitätsbezüge zu Alleinerziehenden (BMELV, 2009). Das Projekt wurde aufgrund des unzureichenden Bezugs zur Adressatengruppe der Alleinerziehenden ausgeschlossen.

4.3.5 Projektdatenbank des Landesentrums Gesundheit Nordrhein-Westfalen (NRW)

Die Recherche wurde am 6. Februar 2017 durchgeführt.

Datenbank: Es waren 327 Projekte in dieser Datenbank eingestellt. Um qualitativ vorbildliche Projekte und innovative Ideen zur Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen zu fördern, wurde auf Beschluss der Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen vom Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW; vormals LIGA.NRW) die onlinebasierte Projektdatenbank entwickelt und eingerichtet.

Vor Aufnahme in die Projekt-Datenbank werden die Projekte von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des LZG NRW gesundheitswissenschaftlich begutachtet und durchlaufen ein Qualitätssicherungsverfahren. Die Qualitätssicherung dient dazu, Nutzerinnen und Nutzern der Projektdatenbank die Suche nach Erfolg versprechenden Projektansätzen zu erleichtern und ausreichende Informationen für die Übertragung der Ansätze vor Ort zu ermöglichen.

Recherche: Die Recherche in der Projektdatenbank (am 04.01.2017) brachte folgendes Ergebnis. Der Suchbegriff „Alleinerziehend“ ergab neun Treffer, die allerdings z.T. irritierend waren, weil mehrfach kein Bezug zu Alleinerziehenden identifiziert werden konnte.

Titelscreening und Beschreibung der Adressatengruppe: Relevant erscheinen diese drei Projekte: „Wohnen für Hilfe – Wohnpartnerschaften in Köln“, „Zukunft für Kinder Düsseldorf“ und das Projekt „kleine pänz – starke familie“ bzw. „wir für pänz“ (Köln). Die Ergebnisse zu diesen Projekten werden in Kapitel 5 beschrieben.

4.3.6 Projektdatenbank der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern

Die Recherche wurde am 8. Februar 2017 durchgeführt.

Datenbank: Eine Gesamtzahl der verzeichneten Projekte ist nicht ersichtlich. Die Projektdatenbank ist unter dem Stichwort „Netzwerk Prävention“ auf der Internetseite der Landeszentrale für Gesundheit (LZG) in Bayern e.V. zu finden.

Es ist keine direkte Suche in der Datenbank möglich, lediglich auf der gesamten Internetseite.

Recherche: Aus der Suche nach „Alleinerziehende“ mit der Weiterleitung über „Projekte für Alleinerziehende“ ergeben sich vier Treffer: „allfa beta“, „Gesundheitstag für Alleinerziehende“, „Freitagstrio“ und „Verband Alleinerziehende Mütter und Väter (VAMV)“. Ein weiterer Treffer ist das Projekt „FIT Regensburg“, dass u.a. alleinerziehende Frauen adressiert. Die Treffer für den Suchbegriff „Einelternfamilie(n)“ sind in den obigen enthalten. „allfa beta“ ist eine Dublette aus der Datenbank „Gesundheitliche Chancengleichheit“, der „Verband Alleinerziehender Mütter und Väter“ ist ein Netzwerk, sowie eine Interessenvertretung mit unterschiedlichen Angeboten. Die Angebote „Gesund-

heitstag für Alleinerziehende“, „Freitagstrio“ und „FIT Regensburg“ sind jeweils nur sehr kurz beschrieben, wodurch eine Bewertung in Bezug auf Good Practice nicht möglich ist.

4.3.7 Projektdatenbank health inequalities.eu

Die Recherche wurde am 8. Februar 2017 durchgeführt.

Datenbank: Es handelt sich um eine europaweite Datenbank unter <http://www.health-inequalities.eu/projects/project-database/>. In der Suchmaske kann nach Ländern und/oder Schlagwörtern (keywords) gesucht werden.

Recherche: Unter der Rubrik „Germany“ ergeben sich elf Treffer. Die Suche „Germany“ und „single parent“ ergibt den Treffer „Schutzengel Flensburg“ (Projekt bereits aus der Datenbank „Gesundheitliche Chancengleichheit“ erfasst). Die Treffer der Länder Schweiz und Österreich sind nicht relevant. Mit der Kombination „Schweiz“/„Österreich“ und „single parents“ entstehen keine Treffer.

4.3.8 infosys, Datenbank des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung

Die Recherche wurde am 16. Februar 2017 durchgeführt.

Datenbank: Die Datenbank infosys des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, einer Forschungseinrichtung der Bundesagentur für Arbeit, umfasst im Themenbereich „Alleinerziehende“ 205 Literaturhinweise, 12 Forschungsprojekte und 35 weiterführende Links. Die Titelsuche ergibt jedoch keine Hinweise auf Betrachtung von Gesundheitsförderung im Rahmen der insgesamt 252 Fundstellen. Sie bieten insgesamt eine breite und unspezifische Zusammenstellung von Pressemitteilungen, politischen Stellungnahmen und fach- und populärwissenschaftliche Veröffentlichungen.

Recherche: Die zwölf Forschungsprojekte sind dem Thema „Alleinerziehende – Arbeitsmarktintegration statt Hilfebedürftigkeit?“ zugeordnet.

Titelscreening und Beschreibung der Adressatengruppe: Hier wird auf die Studien zu „ANiA“, „BALANCE“ und „Entwicklung kommunaler Strategien zur Armutsprävention bei Alleinerziehenden. Prekäre Lebenslagen und die Vernetzung öffentlicher Hilfen zur Eingliederung in den Arbeitsmarkt am Beispiel der Stadt Nürnberg“ reduziert.

Das Projekt „ANiA“ hatte das Ziel „motiviert arbeitslose Alleinerziehende zu qualifizieren und in Arbeit zu bringen. Zugleich werden betriebliche und kommunale Rahmenbedingungen verbessert, um Beruf und Familie vereinbaren zu können.“ Es gibt jedoch kein direktes gesundheitliches Ziel des Projektes, das von 2010 bis 2012 durchgeführt wurde, und auch keinen veröffentlichten Evaluationsbericht. Ähnlich ist es bei dem Projekt „BALANCE“, das ebenfalls zum Ziel hat, Alleinerziehende in eine Erwerbstätigkeit zu bringen.

Das Projekt „Entwicklung kommunaler Strategien zur Armutsprävention bei Alleinerziehenden. Prekäre Lebenslagen und die Vernetzung öffentlicher Hilfen zur Eingliederung in den Arbeitsmarkt am Beispiel der Stadt Nürnberg“, welches 2002 bis 2004 in Nürnberg durchgeführt wurde, könnte eventuell Ansatzpunkte im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention bzw. Aufbau kommunaler Netzwerke bieten. Ziel ist es, „ein kommunales Handlungskonzept zur nachhaltigen Einmündung Alleinerziehender [...] in den Arbeitsmarkt zu entwickeln.“

(<http://www.iab.de/765/section.aspx/Projektdetails/k090423p01>, letzter Zugriff am 29.3.2017)
Dieses Projekt wurde begleitet und evaluiert durch das Deutsche Jugendinstitut (DJI, 2005) und wird aufgrund der Bezüge zum Thema Gesundheit in die Trefferliste aufgenommen.

4.4 Identifizierte Projekte guter Praxis

Nachfolgend werden die aus der Datenbankrecherche identifizierten Projekte guter Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden anhand ausgewählter Merkmale (Adressierung, Trägerschaft, Finanzierung, Kooperationen, Zielsetzung, Evaluation) strukturell und inhaltlich beschrieben. Sie umfassen die 22 durch Datenbankauswertung identifizierten Projekte zuzüglich zwei Projekten, auf die im Rahmen der Expertengespräche verwiesen wurde. Die insgesamt 24 Projekte sind entlang der Postleitzahlen sortiert, beginnend mit den bundesweiten Projekten (ohne PLZ). Diese Beschreibungen bieten die Grundlage für eine zusammenfassende Gesamtauswertung in Kap. 5.

4.4.1 „welcome“

Adressatengruppe: Das Projekt adressiert Familien, die in der ersten Zeit nach der Geburt Unterstützung brauchen oder besonders belastet sind (z. B. bei Mehrlingsgeburten oder als Alleinerziehende).

Ort: bundesweit, auch in der Schweiz und Österreich

Träger/Finanzierung: „welcome“ ist eine bundesweit agierende gemeinnützige GmbH mit Sitz in Hamburg. An derzeit 250 lokalen Standorten wird mit lokalen fachlichen Netzwerken zusammen gearbeitet. Träger der welcome-Standorte sind Kooperationspartner aus dem sozialen Bereich. Das Angebot „Praktische Hilfe nach der Geburt“ wird nach einem Social-Franchise-Verfahren in Deutschland, Österreich und der Schweiz verbreitet.

Zielsetzung: „welcome“ arbeitet aufsuchend und beratend, hat einen präventiven Charakter (weshalb die Ziele nicht spezifisch formuliert sind) und wird als niedrigschwellig eingestuft.

Evaluation: Das Projekt ist positiv evaluiert worden. welcome wurde im Laufe seiner Geschichte mit zahlreichen Preisen ausgezeichnet. So wurde Rose Volz-Schmidt (Gründerin) u.a. zweimal als Social-Entrepreneurin (Ashoka und Schwab Foundation) ausgezeichnet, erhielt den Prix Courage, ist Trägerin des Bundesverdienstkreuzes.

4.4.2 „Familienhebammen“

Adressatengruppe: Adressatinnen sind Schwangere und Mütter in schwierigen sozialen oder psychosozialen Lebenssituationen oder mit problematischer Lebensgeschichte. Mögliche Anhaltspunkte dafür sind Minderjährigkeit, Einsamkeit, Überforderung, aber auch Anzeichen von Gewalterfahrungen, Suchterkrankungen oder Depressionen).

Ort: bundesweit

Träger/Finanzierung: Das im Rahmen der Datenbank identifizierte Projekt bezieht sich auf eine Fortbildung von examinierten Hebammen oder auch von ausgebildeten Familiengesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger (sog. „FGKiKPs“) (400 Stunden Weiterbildung) zur Familienhebamme. Sie werden im Einsatz durch eine Sozialpädagogin bzw. einen Sozialpädagogen des

Jugendamtes (Koordination) begleitet und erhalten ein erhöhtes Entgelt für die Tätigkeit als Familienhebammen (i.d.R. auf Stundenbasis). Durch das Bundeskinderschutzgesetz sind die Familienhebammen inzwischen ein flächendeckendes Regelangebot in sämtlichen Landkreisen in Deutschland, finanziert bislang aus direkten Bundesmitteln und zukünftig aus Mitteln eines von der Bundesregierung bereitgestellten Sonderfonds, die über die Kommunen verausgabt werden.

Zielsetzung: Ausgebildete Familienhebammen können Eltern und Kinder mit Bedarf im ersten und in Sonderfällen auch bis zum dritten Geburtstag des Kindes durch regelmäßige Hausbesuche begleiten, um Risikofaktoren frühzeitig zu erkennen und ihnen entgegen zu wirken.

Evaluation: Das Projekt ist positiv evaluiert worden, jedoch ohne Kontrollgruppe und ohne Follow-up.

4.4.3 „JULE – Junges Leben“

Adressatengruppe: Das Projekt adressiert junge alleinerziehende Mütter ohne Schul- oder Ausbildungsabschluss bzw. ohne Arbeitsstelle.

Ort: 12627 Berlin

Träger/Finanzierung: Es handelt sich um ein Modellprojekt, das von dem Berliner Wohnungsunternehmen „degewo“ initiiert wurde und gemeinsam mit Netzwerkpartnern finanziert wird.

Zielsetzung: Das Modellprojekt, das im Zeitraum von 2012 bis 2015 durchgeführt wurde, hatte zum Ziel, Alleinerziehende bei der Entwicklung hin zu einem selbstständigen und eigenverantwortlichen Leben insbesondere durch Bereitstellung von Wohnraum sowie Kinderbetreuung und Arbeitsvermittlung zu unterstützen, wobei auch Selbsthilfeförderung der alleinerziehenden Bewohnerinnen intendiert ist (Pirjol, 2015).

Evaluation: Aspekte von Gesundheitsförderung und Prävention wurde in der Evaluation durch die Alice Salomon Hochschule sowie in den Projektberichten und -beschreibungen als Querschnittsthema aufgegriffen und positiv bewertet.

4.4.4 „Stillförderprogramm für sozial Benachteiligte/sozial-medizinische Elternberatung“

Adressatengruppe: Adressiert werden junge, schwangeren Frauen aus sozial schwachen Strukturen und ihre Angehörigen. Sozial benachteiligte Alleinerziehende und „Single Schwangere“ sind zwei von mehreren adressierten Gruppen.

Ort: 15517 Fürstenwalde

Träger/Finanzierung: Träger ist Pro Familia (Beratungsstelle Fürstenwalde im Gesundheitszentrum Nord). Ein Netzwerk von Kooperationspartnern unterstützt die Arbeit von Pro Familia. So werden u. a. Kurseinheiten durch das Deutsche Rote Kreuz (DRK) oder Ärztinnen oder Ärzte des ÖGD gestaltet.

Zielsetzung: Es handelt sich um ein Kursangebot, das im Rahmen des Netzwerks „Gesunde Kinder“ angeboten wird. Mit den Kursen wird das Ziel angestrebt, dass möglichst viele Kursteilnehmerinnen ihre Säuglinge stillen. Hier muss im Vorfeld geklärt werden, ob die gesundheitlichen Bedingungen für das Stillen gegeben sind. Auch die Verbesserung der gesundheitlichen Gesamtsituation der Schwan-

geren bzw. der jungen Familie sowie die Vernetzung der Eltern untereinander zur gegenseitigen Unterstützung gehören zur Zielsetzung. Das Stillförderprogramm (SFP) setzt sich aus zwei Kursteilen zusammen: Kursteil A und Kursteil B. Der A-Kurs dient zur Vorbereitung auf die Elternschaft sowie das Stillen. Der B-Kurs dient den Müttern bzw. Familien als Babytreff. Im Kursverlauf werden alltagsrelevante Themen aufgegriffen. Die Kurse zielen auch auf Vernetzung der Eltern untereinander. Herausgestellt wird, dass die Intervention bereits vor der Geburt des Kindes ansetzt.

Evaluation: Eine Evaluation liegt nicht vor.

4.4.5 „Mobiler Sozialpädagogischer Dienst der Stadt Neubrandenburg“

Adressatengruppe: Alleinerziehende sind eine von mehreren Adressatengruppen.

Ort: 17034 Neubrandenburg

Träger/Finanzierung: Träger ist die Stadt Neubrandenburg (Fachbereich Schule, Kultur, Jugend und Sport). Im Mittelpunkt des Projektes steht der mobile sozialpädagogische Dienst (MSPD), der wohnortnah den bedürftigen Familien zur Verfügung steht und den Eltern in Form von Hausbesuchen als Beratungsstelle Hilfsangebote unterbreitet. In Zusammenarbeit mit einem interdisziplinärem Fachteam und verschiedenen Netzwerkpartnerinnen und -partnern werden gezielte Interventionsmaßnahmen und Hilfsangebote umgesetzt.

Zielsetzung: Ziel ist die Verbesserung der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten insbesondere der frühzeitigen Betreuung der Familien/ Kinder durch eine Frühförderstelle.

Evaluation: Das Projekt wurde durch die Hochschule Neubrandenburg evaluiert. Festgestellt wurde, dass durch den Mobilen Sozialpädagogischen Dienst der Indikator Inanspruchnahmeverhalten in Bezug auf Kinderfrüherkennungsuntersuchungen positiv beeinflusst werden konnte. Es kann keine Aussage bzgl. der Alleinerziehenden getroffen werden, da der Bericht nicht vorliegt, sondern in der Datenbank nur zitiert wird.

4.4.6 „Adebar“

Adressatengruppe: Alleinerziehende sind eine von mehreren Adressatengruppen. Das Projekt beinhaltet spezifische Teilmaßnahmen für Alleinerziehende.

Ort: 20359 Hamburg

Träger/Finanzierung: Träger ist der Bezirk Hamburg-Altona. Durchgeführt wird das Angebot von der GWA St.Pauli-Süd e.V. / Kölibri. Projektpartner sind außerdem das Kinderhaus am Pinnaßberg, der Kreisel e.V., das Nachbarschaftsheim St. Pauli sowie der Allgemeine Soziale Dienst (ASD) Altona und der ASD St. Pauli.

Zielsetzung: Das Projekt Adebar bietet einen Alleinerziehendentreff im Projektbaustein „Familiencafé“ mit dem Ziel, Ressourcen und Potentiale der Eltern zu stärken, sie zur Selbsthilfe und zur Teilhabe zu ermutigen

Evaluation: Es liegt ein Evaluationsbericht der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg von 2009 vor, der dem Projekt gute Zugänge zu und besonderes Vertrauen von sozial belasteten

ten Müttern bescheinigt. Das Projekt wurde mehrfach prämiert (u.a. Deutscher Präventionspreis, Modellprojekt Frühe Hilfen).

4.4.7 „Familienlotsen“ im Rahmen des „FamilienNetzwerks Hamburg-Hamm“

Adressatengruppe: Alleinerziehende sind eine von mehreren Adressatengruppen.

Ort: 22083 Hamburg

Träger/Finanzierung: Träger ist die Alida Schmidt-Stiftung (Bereich Frauen, Kinder und Familien). Das „FamilienNetzwerk Hamburg-Hamm“ ist ein Zusammenschluss unterschiedlicher Partnerinnen und Partner (Caritasverband für Hamburg e. V., Haus Borgfelde, Das Rauhe Haus, Verband alleinerziehender Mütter und Väter Landesverband Hamburg, Internationaler Bund e. V., Alida Schmidt-Stiftung).

Zielsetzung: des Projektes ist „ressourcenorientierten Netzwerkaktivierung“ der Familien. Dieser Ansatz verfolgt das Ziel, die informellen und privaten Netzwerke und Netzwerkstrukturen von sozial benachteiligten Personen unter anderem mit Hilfe von Netzwerkkarten, Familienkonferenzen oder Krisenplanungen zu stärken. In diesem Rahmen stellt die Alida Schmidt-Stiftung mit den „Familienlotsen“ adressatenspezifische, ressourcenorientierte Einzelfallhilfen zur Verfügung.

Evaluation: Die Methode der „ressourcenorientierten Netzwerkaktivierung“ der Klientennetzwerke, die im Projekt Familienlotsen zum Einsatz kam, wurde positiv evaluiert. Es zeigen sich Bezugspunkte zu den Handlungsmaximen der familiären Gesundheitsförderung Advocate, Enable und Mediate.

4.4.8 „Gesund Kurs halten in Lurup“ bzw. Geschäftsstelle für Gesundheitsförderung

Adressatengruppe: Alleinerziehende sind eine von mehreren Adressatengruppen.

Ort: 22547 Hamburg

Träger/Finanzierung: Träger ist BÖV 38 e.V. – Begegnung Bewegung Beteiligung in Lurup. Die Geschäftsstelle wird von der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz gefördert. Das Projekt ist eingebettet in ein Netzwerk von Luruper Vereinen, Initiativen, Einrichtungen, Institutionen, Unternehmen, Beschäftigungsträgern, Politik und Verwaltung. Es wurde eine in das Stadtteilnetzwerk integrierte Geschäftsstelle für Gesundheitsförderung etabliert und Mittel zur niedrigschwelligen Projektförderung akquiriert. Das Folgeprojekt ist seit 2008 die „Geschäftsstelle für Gesundheitsförderung Lurup“. Die Geschäftsstelle wird von der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz gefördert. Hier gibt es auch eine finanzielle Beteiligung der Krankenkassen durch den Verfügungsfonds: Es beteiligen sich der BKK Landesverband Nord und die Techniker Krankenkasse (TK). Laut Projektbeschreibung ist bzw. war auch der inzwischen aufgelöste BKK Bundesverband beteiligt,

Zielsetzung: Ziel des Projektes ist es, eine einladende, ressourcenorientierte Kultur der Zusammenarbeit und damit eine gesundheitsfördernde Grundhaltung im Stadtteil zu etablieren. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle bieten vor Ort persönliche Beratung rund um Gesundheitsfragen. Außerdem beraten und ermutigen sie bei der Entwicklung von Angeboten, Projekten, Netzwerkbildung und Strategieentwicklung zum Thema Gesundheitsförderung im Stadtteil.

Evaluation: Es liegt eine Evaluation/Abschlussbericht des Deutschen Instituts für Urbanistik vor. Welche spezifischen Angebote es für Alleinerziehende gibt und wie ihre Gesundheit im zurückliegenden Projektzeitraum beeinflusst wurde, ist darin nicht ersichtlich.

4.4.9 „Mut tut gut!“ – Stärkung der psychischen Gesundheit für erwerbslose Frauen

Adressatengruppe: Erwerbslose Alleinerziehende sind eine von mehreren Adressatengruppen.

Ort: 24116 Kiel

Träger/Finanzierung: Träger ist die Psychosoziale Frauenberatungsstelle donna klara. Die Landeshauptstadt Kiel hat die Finanzierung nach einer dreijährigen Modellphase übernommen, ergänzt durch Förderung nach § 16 SGB II für kommunale soziale Begleitmaßnahmen durch das Jobcenter.

Zielsetzung: Da überdurchschnittlich viele Alleinerziehende erwerbslos sind, zielt das Projekt „Mut tut gut – Stärkung der psychischen Gesundheit erwerbsloser Frauen“ darauf ab, einen Baustein für diese Untergruppe der Alleinerziehenden zu bilden. Die Zielgrößen des Kurses sind psychische Gesundheit, insbesondere das Selbstwertgefühl und die Depressivität, die Selbstregulationsfähigkeit, die Körperwahrnehmung und die Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung. Durch die ergänzende Kooperation mit dem Jobcenter in Kiel wird auf Sensibilisierung der Integrationsfachkräfte in den Jobcentern für die Belange und Problemlagen von erwerbslosen psychisch belasteten Frauen abgezielt.

Evaluation: Die Evaluationsstudie bestätigt eine Wirksamkeit des Kurses in den meisten Zielgrößen sowie eine gute inhaltliche und methodische Qualität des Konzeptes. Leider liegt der Evaluationsbericht nicht vor, sodass keine Angaben in Bezug auf die Gruppe der Alleinerziehenden gemacht werden können.

4.4.10 „Schutzengel Flensburg“

Adressatengruppe: Das Projekt adressiert Mütter bzw. Familien in schwierigen sozialen Lebenslagen mit Kindern von null bis drei Jahren. Alleinerziehende sind eine Adressatengruppe ausgewiesen.

Ort: 24939 Flensburg

Träger/Finanzierung: Träger ist der Förderverein Schutzengel e.V. Seit Herbst 2006 wird „Schutzengel Flensburg“ mit Unterstützung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie und Senioren Schleswig-Holstein in allen Kreisen und kreisfreien Städten des Landes umgesetzt. Die Landesvereinigung für Gesundheit Schleswig-Holstein begleitet diesen Prozess. Die bis 2004 beim Kirchenkreis angestellte diakonische Familienbegleiterin arbeitet im Schutzengelprojekt, zurzeit ist die Familienbegleiterin beim Schutzengel e.V. angestellt. Die Kooperationspartnerin AOK Flensburg hat einen Teil des Abrechnungsverfahrens hausintern umstrukturiert. Eine Wohnungsbaugenossenschaft (Flensburger Arbeiter Bauverein) konnte mit Städtebau-Fördermitteln zwei Wohnungen mietfrei zur Verfügung stellen.

Zielsetzung: Zielsetzung des Projekts ist es, durch spezielle niedrigschwellige Frühe Hilfen (zum Beispiel Familienhebammen, Familienhelferinnen, Elterntreffpunkte) Hilfestellungen in belasteten Familien zu geben, um Entwicklungsstörungen und gesundheitliche Probleme bei Kindern zu verringern oder zu verhindern.

Evaluation: Das Projekt ist in Bezug auf Prävention und Gesundheitsförderung für Mütter mit Kindern im Alter bis zu drei Jahren positiv evaluiert. Es beinhaltet verschiedene Ansätze für Netzwerkarbeit in der Kommune mit Anknüpfungspunkten für Präventionsketten. Jedoch liegt der Evaluationsbericht nicht vor, sodass keine Aussagen bezüglich der Gruppe der Alleinerziehenden getroffen werden können.

4.4.11 „Eutiner Babynetz“

Adressatengruppe: Als Adressatengruppe werden Schwangere und junge Familien angegeben. Alleinerziehende bzw. sehr junge Mütter, Familien mit Migrationshintergrund und Familien, die aufgrund von Arbeitslosigkeit oder Erkrankung am Rande der Armutsgrenze leben, sind als Teil dieser adressierten Gruppe ausgewiesen.

Ort: 23701 Eutin

Träger/Finanzierung: Träger des Projektes ist der Kreis Ostholstein. Das Eutiner Babynetz wird koordiniert durch die Beratungsstelle für Familienplanung und Schwangerschaftskonflikte des Kreises Ostholstein. Zu den am Netzwerk beteiligten Fachkräften und Institutionen gehören Behörden (Jugendamt, Sozialamt, Wohnungsamt), psychosoziale Beratungseinrichtungen, Beratungsstellen für Schwangere, die Klinik vor Ort, Praxen von Ärztinnen und Ärzten, Hebammen, heilpädagogische Praxen, eine Familienbildungsstätte, der Migrationsfachdienst, das Mutter-Kind-Haus, Träger von Qualifizierungsmaßnahmen, der Verband allein erziehender Mütter und Väter (VAMV), der Deutsche Kinderschutzbund und weitere Interessierte.

Die Finanzierung von Teilprojekten (zum Beispiel Wegweiser und Checkliste) erfolgt über Spenden.

Zielsetzung: Ziel des Eutiner Babynetzes ist es, durch eine umfassende Koordination von medizinischen, behördlichen und sozialen Beratungs- und Hilfsmöglichkeiten von der Schwangerschaft über die Entbindung bis hin ins Säuglingsalter die gesundheitliche Situation von Schwangeren und jungen Familien zu verbessern.

Evaluation: Es liegt kein Ergebnisbericht vor.

4.4.12 „Opstapje“

Adressatengruppe: Adressiert werden Kleinkinder ab 18 Monaten und deren Eltern in bildungsfernen und sozial benachteiligten deutschen Familien und in Familien mit Migrationshintergrund, die andere Angebote der Familienbildung und Erziehungshilfe nicht in Anspruch nehmen und für die es in der aktuellen Lebenssituation schwierig ist, auf die Bedürfnisse ihrer Kinder angemessen einzugehen. Mögliche Gründe dafür können strukturelle soziale Benachteiligung wie Armut, Arbeitslosigkeit oder ungünstige Wohnverhältnisse sein, aber auch Konflikte, Trennung / Scheidung, Alleinerziehen oder Überforderung, chronische Erkrankungen und andere psychosoziale Probleme.

Ort: 28217 Bremen, bundesweites Roll-out hat begonnen

Träger/Finanzierung: Träger ist die Impuls Deutschland gGmbH (Frühe Bildung in der Familie). Das Programm kann bundesweit angeboten werden. Voraussetzung ist ein Kooperationspartner vor Ort, der als Träger der Jugendhilfe anerkannt sein muss.

Zielsetzung: Das Programm „Opstapje“ verfolgt mit dem Einsatz von Hausbesuchern und -besucherinnen einen aufsuchenden Zugangsweg. Sie werden zunächst geschult und im Verlauf der Intervention durch sozialpädagogische Fachkräfte unterstützt. Das Programm setzt am Alltag der Familien an und zielt auf Empowerment. Dies soll dazu führen, vorhandene Kompetenzen und Ressourcen der Familien zu nutzen und zu erweitern. Konkret soll der Aufbau eines sozialen Netzwerkes für die teilnehmenden Familien, Wissen über Entwicklung und Erziehung vermittelt und ggf. soziale Isolation aufgehoben werden.

Evaluation: Das Projekt ist unter dem Gesichtspunkt der kindlichen Entwicklung positiv evaluiert worden. Die Evaluation zeigt aber auch, dass nach Ende der Intervention eine weiterführende Förderung der Familien sowie der Netzwerke notwendig ist, um die erreichten Kompetenzen langfristig zu sichern.

4.4.13 „Eltern-AG“

Adressatengruppe: Adressiert werden Familien in besonders belastenden Lebenslagen mit Kindern im Vorschulalter. 96 % der erreichten Familien gehören entsprechend der Kriterien von Eltern-AG sozial benachteiligten Gruppen an, 58% sind alleinerziehend (MAPP-Empowerment gGmbH, 2015).

Ort: 39112 Magdeburg, bundesweites Roll-out hat begonnen (Multiplikatorenkonzept)

Träger/Finanzierung: Träger ist die MAPP-Empowerment gGmbH, z.T. in Verbindung mit regionalen Kooperationspartnern. Eltern-AG kooperiert langfristig mit Trägern der freien Wohlfahrtspflege, die in der Kinder- und Jugendhilfe aktiv sind oder in diesem Bereich tätig werden wollen und unterstützt diese bei der Umsetzung vor Ort. Für die Durchführung der Elternkurse werden pädagogische Fachkräfte als Anleiterinnen und Anleiter einer Eltern-AG fortgebildet. Die MAPP-Empowerment gGmbH ist anerkannter Träger der Kinder- und Jugendhilfe.

Zielsetzung: Die Eltern-AG ist ein Kursprogramm mit zwei jeweils zehnwöchigen Durchläufen mit dem Ziel der Verstetigung und Selbstorganisation der beteiligten Eltern. Durch Wertschätzung und Stärkenorientierung unterstützt Eltern-AG Mütter und Väter bei der erfolgreichen Gestaltung des Erziehungs- und Familienalltags über gegenseitige Hilfe/ Selbstorganisation. Das Programm zielt über die Arbeit mit den Eltern auf die Förderung der emotionalen, sozialen und kognitiven Kompetenzen der Kinder, die Verbesserung der familiären Beziehungen, die Stärkung der Kooperationsfähigkeit mit vorhandenen Unterstützungsangeboten sowie die Vernetzung der Eltern in Nachbarschaft und Sozialraum. Das Programm basiert auf dem Multiplikatorenkonzept. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kooperationspartner werden von der MAPP-Empowerment gGmbH geschult und sind dann in der Lage, das Programm in ihrer jeweiligen Institution bzw. Kommune durchzuführen. Das Merkmal „alleinerziehend“ ist ein Kriterium für die Teilnahme am Programm. Die Eltern-AGs werden oft als Begleitmaßnahme z. B. für berufliche Integration eingesetzt. Ein Roll-out des Programms hat bereits in mehreren Bundesländern begonnen.

Evaluation: Das Projekt ist dokumentiert und evaluiert. Die Evaluationsstudie wurde als Panel-Studie mit Kontrollgruppe durchgeführt. Das Programm erwies sich als nachhaltig, da sich positive Effekte noch ein halbes Jahr nach Abschluss des Trainings zeigten. Die Evaluation zeigt auf, dass sich die emotionale Entwicklung der Kinder teilnehmender Eltern im Vergleich zur Kontrollgruppe hochsignifikant verbessert. Weitere erfasste Bereiche – wie z. B. Zunahme von Selbstwirksamkeit und Erziehungskompetenz – können dem Good Practice-Kriterium „Empowerment“ bzw. der Strategie „enable“ zugerechnet werden. Als wesentliche Elemente aus dem Bereich der Elternbildung werden

Adressatengruppenspezifität, Bedarfsgerechtigkeit, der Settingansatz, Kompetenzentwicklung der pädagogischen Fachkräfte und Vertrauensbildung zwischen Eltern, pädagogischem Personal und Institutionen genannt.

4.4.14 „Traumfrauen/Eltern-Info-Café“

Adressatengruppe: Das Projekt adressiert spezifisch und ausschließlich arbeitslose Alleinerziehende in der Plattenbausiedlung Stendal-Stadtsee (sozialer Brennpunkt).

Ort: 39576 Stendal

Träger/Finanzierung: Träger ist das Jobcenter Stendal in Kooperation mit dem Theater der Altmark (TdA). Nach Abschluss des Projekts „Traumfrauen“ 2016 ist als Folgeangebot ein regelmäßiges Treffen der Projektbeteiligten als Alleinerziehendentreff unter dem Namen „Eltern-Info-Café“ entstanden. Diese wird von KinderStärken e.V. im Rahmen des Stadtteilmanagements begleitet. Für das Folgeprojekt ist die Finanzierung noch nicht gesichert.

Zielsetzung: Es sollen Ressourcen wie Eigenverantwortung, soziale Unterstützung und Selbstwirksamkeitsempfinden gestärkt werden, um die Integration bzw. Vermittlung der Alleinerziehende in Beschäftigungsverhältnisse zu erleichtern. Das Nachfolgeprojekt „Eltern-Info-Café“ trägt dem Umstand Rechnung, dass die am Projekt „Traumfrauen“ beteiligten Alleinerziehenden ihre Aktivitäten verstetigen möchten, jedoch nicht mit dem Label der Alleinerziehenden, sondern vielmehr allgemein auf Elternaustausch bezogen.

Evaluation: Die Evaluation des Projekts „Traumfrauen“ durch das Institut InVite e.V. (An-Institut der Hochschule Magdeburg-Stendal) zeigt eine Verbesserung bzgl. einiger Zielparameter des Projektes. Jedoch konnten keine Aussagen zur Nachhaltigkeit getroffen werden. Zum Nachfolgeprojekt „Eltern-Info-Café“ liegt (noch) keine Evaluation vor.

4.4.15 „Wir2 Bindungstraining für Alleinerziehende“

Adressatengruppe: Adressatinnen im Vorgängerprojekt „PALME“ waren psychosozial belastete alleinerziehende Mütter mit Kindern im Alter von 4 bis 6 Jahren. Im Nachfolgeprojekt „Wir2“ ist die Adressatengruppe auf alle Alleinerziehenden (Mütter und Väter) mit Kindern im Alter zwischen 3 und 10 Jahren erweitert.

Ort: 40225 Düsseldorf, bundesweites Roll-out hat begonnen

Träger/Finanzierung: Träger sind kommunale Kooperationspartner, die zunächst die „Wir2“-Schulung durchlaufen. Durchgeführt wird diese vom Life Science Center Düsseldorf, das von der Walter Blüchert Stiftung unterstützt wird. **Zielsetzung:** Ziel der Intervention ist u.a. die Förderung der Bindung zwischen alleinerziehenden Müttern und ihren Kindern sowie die Stärkung der kindlichen Persönlichkeit durch gezielte Förderung der individuellen emotionalen und sozialen Kompetenzen. Das Roll-out erfolgt über ein Multiplikatorenkonzept in Form eines Social Franchising mit Kooperationspartnern. In den Kommunen werden durch diese die Bindungstrainings als Kurse für Alleinerziehende angeboten.

Evaluation: Die Ergebnisse der Evaluation (Weihrauch, Schäfer & Franz, 2014) zeigen signifikante Verbesserungen im Hinblick auf depressive Symptome, die allgemeine psychische Belastung, die

psychogene Beeinträchtigung und Teilaspekte der emotionalen Kompetenz (Akzeptanz eigener Emotionen). Die Kinder der Teilnehmerinnen wiesen nach der Intervention ein positiveres Selbstkonzept auf.

4.4.16 „Zukunft für Kinder“

Adressatengruppe: Adressatinnen und Adressaten des Projektes „Zukunft für Kinder Düsseldorf“ sind insbesondere Eltern mit niedrigem Bildungsniveau, psychischen Störungen, Herkunft aus zerütteten familiären Verhältnissen und/oder mangelnden Bewältigungsfähigkeiten. Weitere Einschlusskriterien sind disharmonische Partnerschaften, frühe Elternschaft (<18 Jahre), unerwünschte Schwangerschaft und/oder Ein-Eltern-Familie sowie das Leben in beengten Wohnverhältnissen und mangelnde soziale Integration. Ferner werden Kinder adressiert, die aufgrund medizinischer oder sozialer Fragestellungen während der ersten drei Lebensjahre in besonderer Weise fortlaufender Beobachtung bedürfen und Familien mit Kindern, die an einer chronischen Krankheit oder Behinderung leiden bzw. hiervon bedroht sind.

Ort: 40447 Düsseldorf

Träger/Finanzierung: Träger ist die Landeshauptstadt Düsseldorf mit folgenden Kooperationspartnern: Gesundheitsamt, Jugendamt, Düsseldorfer Geburtskliniken und Kinderkliniken, niedergelassene Kinderärztinnen und Kinderärzte, Institutionen der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz, Universitätsklinik Ulm (Forschungsauftrag, Evaluation), Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst lögd (Erstellung der Fachtagungsdokumentation), Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V., Heidelberg und Deutsches Jugendinstitut, München.

Zielsetzung: Das Projekt „Zukunft für Kinder“ zielt auf Bereitstellung und passgenaue Vermittlung von Hilfen zur Förderung von elterlichen Ressourcen, Problemlösungskompetenz und Gesundheitsbewusstsein. Durch frühzeitige Hilfeplanung sollen für die Altersgruppe der 0- bis 3-jährigen Kinder mit medizinischen und sozialen Risiken sowie ihren Eltern bereits nach der Entlassung aus der Geburtsklinik mit Hilfe gezielter Frühförderung, Jugendhilfe- und Gesundheitshilfemaßnahmen drohende Vernachlässigung, Langzeitdefizite sowie Misshandlungsrisiken verhindert werden. Mit allen Düsseldorfer Kliniken wurde ein gemeinsamer Anmeldebogen zum Projekt entwickelt. Mittels dieses Assessments erfolgen Meldungen der Kliniken in eine eigens eingerichtete Clearingstelle im Gesundheitsamt. Die Clearingstelle für das Projekt soll als zentrales städtisches Angebot während der ersten drei Lebensjahre für Kinder und Mütter (bzw. Eltern) mit erhöhtem medizinischen und sozialen Risiko das Gelingen einer koordinierten und optimalen individuellen Nach- bzw. Vorsorge nach der Entlassung aus der Geburtsklinik sicherstellen. Die Clearingstelle ist eine eigenständige Organisationseinheit, deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Ärzteschaft, Sozialarbeit und Kinderkrankenpflege von Gesundheitsamt und Jugendamt gemeinsam für diese Aufgabe entsandt werden. Bei Verdacht auf das Vorliegen relevanter sozialer und/oder medizinischer Risiken erfolgt entweder in der Klinik ein Erstkontakt mit den Eltern oder wird zeitnah nach der Entlassung ein Hausbesuch angeboten. Die vorliegenden sozialen und medizinischen Daten bestimmen, durch welche Berufsgruppe der Erstkontakt/Hausbesuch gestaltet wird. Die Ergebnisse dieses Hausbesuches sowie der weitere Verlauf entscheiden, wann und welche weiteren Hilfen angeboten werden und welche Bereiche Träger der Hilfemaßnahmen sein können (Gesundheits- und/oder Jugendhilfe). Über die Teilnahme der Eltern am Präventionsprojekt werden die entsprechenden Kinderärztinnen und -ärzte informiert.

Evaluation: Aus der Projektevaluation geht die Wirksamkeit des Programms differenziert hervor.

4.4.17 „Netzwerk für Familien“ (NeFF)

Adressatengruppe: Alleinerziehende sind neben anderen Familienformen eine von mehreren Adressatengruppen.

Ort: 41539 Dormagen

Träger/Finanzierung: Träger des Netzwerkes ist die Stadt Dormagen. NeFF ist eine der fünf Säulen des Dormagener Präventionsprogramms. Das Landesjugendamt des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) initiierte und begleitete das Projekt.

Zielsetzung: Im Rahmen der AG Elternbildung (Projektbaustein von NeFF) werden Kurse durchgeführt, die spezielle Angebote für Alleinerziehende einschließen. Übergeordnetes Ziel ist die Entwicklung einer Präventionskette zur Gestaltung gelingender Übergänge zwischen den Lebensphasen von Kindern und Jugendlichen.

Evaluation: Ein Evaluationsbericht liegt vor und weist positive Ergebnisse u. a. für den Rückgang der Inobhutnahmen von Kindern und Jugendlichen sowie den vermehrten Kitabesuch aus (Jugendamt Dormagen, 2011; Sandvoss & Kramer, 2010). „Neben einer Vielzahl von Materialien, Maßnahmen und Angeboten für die verschiedenen Zielgruppen ist die strukturelle Einbettung des Netzwerkes in die Verwaltung und die Gesamtkonzeption der Einzelprodukte zu einer Präventionskette [...] hervorzuheben (Spieckermann & Schubert, 2009)“.

4.4.18 „kleine pänz – starke familie“

Adressatengruppe: Sozial benachteiligte Alleinerziehende sind eine von mehreren Adressatengruppen.

Ort: 50670 Köln

Träger/Finanzierung: Träger ist der Verein „wir für pänz e.V.“. Kooperationspartner sind die GAG AG, Veedel e.V., die Rheinenergie Stiftung Familie, die Outbackstiftung, die Sozialraumkoordinatorin, der Interkulturelle Dienst, der Allgemeine Soziale Dienst (ASD) und das Gesundheitsamt der Stadt Köln.

Zielsetzung: Das Projekt „kleine pänz – starke familie“ bzw. „wir für pänz“ bietet in verschiedenen Kölner Armutswohngebieten sechs kostenlose Eltern-Kind-Gruppen für jeweils acht bis zehn Mütter mit ihren Säuglingen und Kleinkindern. Die Gruppentreffen finden wöchentlich an einem Vormittag für zwei bis drei Stunden statt. Ziel sind die Bekämpfung von Isolation, die Re-Integration in Erwerbsarbeit und die Bewältigung von Partnerschaftskonflikten. Hartz IV-Beratung wird angeboten.

Evaluation: Eine externe Evaluation ist geplant. Laut Angaben des Trägers ist die Wirksamkeit des Angebotes nachgewiesen, da festgestellt wird, dass die Erziehungskompetenz der Mütter gesteigert wird.

4.4.19 „Wohnen für Hilfe – Wohnpartnerschaften in Köln“

Adressatengruppe: Adressaten sind Menschen, die einen Unterstützungsbedarf haben, insbesondere ältere Menschen, Alleinerziehende sowie Menschen mit Behinderung.

Ort: 50923 Köln

Träger/Finanzierung: Träger des Projektes sind die Universität zu Köln und die Seniorenvertretung der Stadt Köln. Es ist angelehnt an das internationale ‚Homeshare‘-Konzept, das in auch in Australien, Frankreich, Großbritannien, Italien, Kanada, Neuseeland, Österreich, Schweiz, Spanien und USA umgesetzt wird. Inzwischen ist das Projekt auf 35 Kommunen in Deutschland ausgeweitet.

Zielsetzung: Das Projekt „Wohnen für Hilfe“ vermittelt Wohnpartnerschaften zwischen Kölner Bürgern und Kölner Studierenden. Wohnraumanbieter sind Menschen, die in einer eigenen Wohnung oder in einem Haus leben und Unterstützung in alltäglichen Dingen benötigen. Es können sich Seniorinnen, Senioren, Familien, Alleinerziehende oder Menschen mit Behinderung als Wohnraumanbieter zur Verfügung stellen. Studierende erhalten bei diesen Menschen Wohnraum und zahlen dafür keine Miete, sondern unterstützen den Wohnraumanbieter in alltäglichen Dingen, zum Beispiel im Haushalt, Garten, beim Einkauf oder bei der Kinderbetreuung.

Evaluation: Eine Dokumentation wurde veröffentlicht unter dem Titel „Evaluationsbericht 2014“. Der Austausch zwischen den Personengruppen führt laut Befragung von Wohnraumanbietern aus dem Jahr 2014 zur Steigerung der Lebenszufriedenheit. Es kann nicht deutlich abgeleitet werden, inwieweit Alleinerziehende erreicht werden, insbesondere insoweit sie i.d.R. nicht über entsprechenden Wohnraum verfügen, den sie anbieten können. „Wohnen für Hilfe“ wurde mit mehreren Preisen ausgezeichnet, u.a. mit dem „Pulsus Award 2013“, einem Gesundheitspreis der Techniker Krankenkasse und der Zeitschrift „Bild am Sonntag“.

4.4.20 „Endlich fragt mich mal einer“

Adressatengruppe: Das Projekt adressiert spezifisch und ausschließlich Alleinerziehende.

Ort: 71332 Waiblingen

Träger/Finanzierung: Träger ist das Gesundheitsamt des Rems-Murr-Kreises. Für die Durchführung des Projektes wurde eine „Planungsgruppe Gesundheitliche Lage von Alleinerziehenden und ihren Kindern im Rems- Murr-Kreis“ mit folgenden Kooperationspartnern gegründet: Kreissozialamt (Sozialer Dienst), Kreisjugendamt (Beratung und Information für Alleinerziehende), Bezirkssozialdienst, Diakonische Bezirksstelle Backnang, Katholisches Bildungswerk Waiblingen, Verein Kinder- u. Jugendhilfe Backnang e.V. (Beratungsstelle), Stadt Waiblingen (Frauenbeauftragte), Gesundheitsamt (Gesundheitsberichterstattung, Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung).

Zielsetzung: Ziel des Projektes war die Bestandsaufnahme von Angeboten für Alleinerziehende und deren Bekanntheit. Zudem wurden die Adressatinnen und Adressaten zu ihrer Zufriedenheit mit den Angeboten befragt.

Evaluation: Es liegt eine Dokumentation vor. Sie gibt jedoch keine Auskunft dazu, in welchem Maß die bereits bestehenden Angebote Gesundheit oder Wohlbefinden der Alleinerziehenden beeinflussen.

4.4.21 „Mehrgenerationenhaus München“

Adressatengruppe: Die Bewohnerinnen und Bewohner der Sozialwohnungen sind meist minderverdienende, junge und kinderreiche Familien, Alleinerziehende (22,8%), Rentner mit geringer Rente, Arbeitslose und Empfänger von Transferleistungen.

Ort: 80937 München

Träger/Finanzierung: Träger ist das Euro-Trainings-Centre e.V. Der Verein ist als Träger der freien Jugendhilfe anerkannt. Mehrere Firmen unterstützen die Arbeit des Vereins. Das Mehrgenerationenhaus ist ein Projekt im Rahmen des Aktionsprogrammes Mehrgenerationenhäuser des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Das MGH lebt als Selbsthilfeeinrichtung von der aktiven und engagierten Mitarbeit der Menschen vor Ort. Unterstützt werden sie von fest angestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die überwiegend über eine sozialpädagogische Ausbildung verfügen.

Zielsetzung: Das Mehrgenerationenhaus fungiert als Ansprechpartner für die Belange der Bürgerinnen und Bürger und unterstützt den Aufbau stabiler Nachbarschaften und Bewohnerstrukturen. Es erbringt generationenübergreifende nachbarschaftliche Dienstleistungen und verbessert das gegenseitige Verständnis zwischen Familien und Alleinstehenden und zwischen Jung und Alt. Der in Selbsthilfe organisierte, öffentliche Raum und Treffpunkt für Familien mit Kindern ist nach Projektangaben auf Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität von Frauen, Kindern und Familien ein und Stärkung der Rolle der Frau in Familie und Gesellschaft ausgerichtet.

Evaluation: Zu Evaluationsergebnissen gibt es keine Angaben.

4.4.22 „alfa beta“

Adressatengruppe: Die Adressatinnen von „alfa beta“ sind alleinerziehende Mütter mit behinderten oder chronisch kranken Kindern.

Ort: 81667 München

Träger/Finanzierung: Träger ist der Verein siaf e.V. (sozial integrativ aktiv für Frauen) in München. Das Projekt wird durch „Aktion Mensch“ mitfinanziert.

Zielsetzung: Ziele des Modellprojektes sind der Aufbau eines spezifischen Selbsthilfekonzpts, auf Systemebene die Kooperation und Vernetzung mit anderen Einrichtungen sowie insgesamt die Verbesserung der Lebenssituation der Alleinerziehenden. Dabei werden physische und psychische Gesundheit genannt. Eine Besonderheit stellt die Adressierung der Gruppe der alleinerziehenden Mütter mit behinderten oder chronisch kranken Kindern dar. Die Netzbildung hat zu einer Ausweitung der erreichten Mütter über den Raum München hinaus geführt.

Evaluation: Die Intervention ist durch das Sozialwissenschaftliche Institut München evaluiert worden, indem Nutzerinnen befragt wurden. Demnach „hat alfa beta die in der Konzeption formulierten Aufgaben [...] in vollem Umfang und auf hohem Niveau erreicht. Als besonders erfolgreich haben sich diesbezüglich die im Rahmen der Selbsthilfeförderung gemachten Gruppenangebote erwiesen. Viele der im Rahmen der Modellbegleitung befragten Frauen erklärten, dass sich ihre psychosoziale Befindlichkeit (Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl, allgemeine Stimmung) durch den Austausch mit anderen Frauen deutlich verbessert habe, die Gefahr einer sozialen Isolation gebannt werden konnte und sie im Umgang mit der belastenden Lebenssituation insgesamt kompetenter geworden seien“ (SIM, 2010, S. 62)

4.4.23 „Sozialpaten im Bündnis für Augsburg“

Adressatengruppe: Das Projekt adressiert Menschen in sozialen Notlagen und finanziellen Schwierigkeiten. Alleinerziehende sind dabei eine der adressierten Gruppen.

Ort: 86150 Augsburg

Träger/Finanzierung: Träger des Projektes im Bündnis für Augsburg sind das Freiwilligen-Zentrum Augsburg gGmbH in Zusammenarbeit mit dem Amt für Soziale Leistungen der Stadt Augsburg.

Zielsetzung: Die Sozialpatinnen und -paten sind geschulte ehrenamtliche Helferinnen und Helfer. Sie bieten Beratung und Unterstützung zu Einkommenssituation und sozialen Hilfen, vermitteln an Fachberatungsstellen und Ämter und engagieren sich insbesondere zur Suchtprävention. Ziel ist es, eine niedrigschwellige „Hilfe zur Selbsthilfe“ für Menschen in sozialen Notlagen und finanziellen Schwierigkeiten zu bieten, die nah an deren Lebensumfeld angesiedelt ist und möglichst früh greifen soll, um einer weiteren Verschlimmerung der sozialen, aber auch gesundheitlichen Situation der Betroffenen vorzubeugen.

Evaluation: Eine Evaluation liegt nicht vor.

4.4.24 „Entwicklung kommunaler Strategien zur Armutsprävention bei Alleinerziehenden“

Adressatengruppe: Adressaten und Adressatinnen im durchgeführten Projektzeitraum 2002-2004 waren Alleinerziehende, die Sozialhilfe beziehen.

Ort: 90443 Nürnberg

Träger/Finanzierung: Träger war das Deutsche Jugendinstitut in Kooperation mit der Stadt Nürnberg, finanziert als Modellprojekt durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Zielsetzung: Ziel des Projekts war es, ein kommunales Handlungskonzept zur nachhaltigen Einmündung Alleinerziehender aus der Sozialhilfe in den Arbeitsmarkt zu entwickeln. Unterschiedliche Akteure im Setting Kommune kooperierten unter forschender Leitung des Deutschen Jugendinstituts.

Evaluation: Aus dem Projekt sind Handlungsempfehlungen hervorgegangen, die im Evaluationsbericht veröffentlicht sind. Mit dem Handlungskonzept wurden u. a. Checklisten zur Verankerung und Umsetzung kommunaler Handlungskonzepte zur Förderung der Teilhabe von Alleinerziehenden veröffentlicht.

5 Gesamtauswertung und Empfehlungen für lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden

Zunächst werden die in Kapitel 4 beschriebenen Praxisprojekte zusammengefasst und gebündelt ausgewertet. Danach werden Erkenntnisse aus den Expertengesprächen und der Praxisrecherche (Exploration und Datenbankrecherche) dargestellt. Es folgen Fragen des Gender Mainstreaming sowie eine Einschätzung der Qualität und Nutzbarkeit der verwendeten Datenbanken. Das Kapitel endet mit den Empfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden.

5.1 Bündelung und Auswertung der Praxisprojekte

Die gefundenen Projekte lassen sich unter folgenden Kategorien bündeln: Es konnten mehrere Projekte identifiziert werden, die als gut strukturierte Programme potenziell für einen **bundesweiten Roll-out** geeignet sein können. Zu nennen sind hier die Projekte

- „Wir2 Bindungstraining für Alleinerziehende“,
- „Eltern-AG“,
- „Opstapje“ und
- „welcome“.

Dabei adressieren „Wir2“ und „Opstapje“ ausschließlich Alleinerziehende. Die Projekte „Eltern-AG“ und „welcome“ setzen an einem breiteren Verständnis familiärer Gesundheitsförderung an und können dadurch möglicherweise niedrigschwelliger genutzt werden.

Erkennbar ist des Weiteren eine Häufung von Projekten mit dem Schwerpunkt auf **kommunaler Netzworkebildung (Verhältnisprävention)**. Dies zeigt sich etwa an den Projekten

- „Netzwerk für Familien (NeFF)“ in Dormagen
- „Eutiner Babynetz“,
- „allfabeta“,
- „Endlich fragt mich mal einer!“
- „Gesund Kurs halten in Lurup“ und
- „Entwicklung kommunaler Strategien zur Armutsprävention bei Alleinerziehenden“.

Das Projekt „Endlich fragt mich mal einer!“ umfasst eine Bestandsaufnahme bzw. Bedarfsanalyse mit dem Ziel der Angebotsverbesserung in der Kommune.

Das Projekt „Gesund Kurs halten in Lurup“ bzw. dessen Nachfolgeprojekt (Geschäftsstelle für Gesundheitsförderung) scheint gut ausgereift zu sein, da hier ein Verfestigungsprozess mit Finanzierungsmöglichkeiten über eine Mittelbündelung verschiedener gesetzlicher Krankenkassen stattgefunden hat.

Viele Projekte orientieren schwerpunktmäßig auf **Verhaltensprävention**. Dazu kann z. B. das „Stillförderprogramm“, „Wir2“ und „kleine pänz“ gezählt werden, wenngleich sie auch verhältnispräventive Elemente enthalten. „Eltern-AG“ ist ebenfalls ein Kurs, orientiert aber auch auf Aktivierung/ Empowerment der Familien und auf kommunale Vernetzung. Mit einem ähnlichen Konzept verhältnisbezogener Verhaltensprävention arbeiten auch die Projekte „Familienlotsen“, „Mut tut gut“ und

„Schutzengel Flensburg“, die auch an dem Ziel einer Öffnung kommunaler Perspektiven orientiert sind.

Als weitere Kategorie können Projekte mit Elementen der **Selbsthilfe/Selbstorganisation und Ressourcenstärkung** genannt werden, z. B. „alfabeta“, „Eltern-AG“, und „adebar“, „Traumfrauen“ und „Eltern-Info-Cafe“.

Den Zugangsweg über die Schaffung eines bedarfsgerechten **Wohnumfeldes** findet man in den Projekten „JuLe – Junges Leben“, „Wohnen für Hilfe“ und „Mehrgenerationenhaus München“, wobei jedoch nur JuLe exklusiv auf sozial benachteiligte Alleinerziehende orientiert.

Die identifizierten Projekte zeigen auf, dass sich eine gewisse Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention mit Alleinerziehenden etabliert hat. Dies scheint bei vielen Projekten jedoch weniger der spezifischen Lebenslage zugeordnet als vielmehr dem Umstand, dass Alleinerziehende eine hohe Korrelation mit Kinder- und Familienarmut aufweisen, und die Gesundheitsförderung und Prävention vor allem darauf ausgerichtet ist, armutsbetroffene Kinder und Familien zu fördern.

Die Projekte zeigen z.T. unklares Wording, insbesondere erfolgt die Ansprache der Alleinerziehenden vielfach nicht direkt. Die identifizierten Unterstützungsbedarfe beziehen sich allgemein auf Fragen der familiären Gesundheitsförderung. Explizit erwähnt sind dabei Methoden der **psychosozialen Ressourcenstärkung** incl. Fragen des Zeitmanagements, der Förderung von Selbstorganisation, Selbsthilfe und Selbstwirksamkeit. Kinderbetreuung und kommunale Netzwerkbildung sind zentrale Querschnittanforderung an alle Angebote der familiären Gesundheitsförderung.

Mehrere der Praxisprojekte sind eingebunden in intersektorale **kommunale Strategien** der Gesundheitsförderung, Präventionsketten sowie Frühen Hilfen.

5.2 Rahmenbedingungen der Praxisprojekte

Träger der identifizierten Praxisprojekte sind überwiegend **freie Träger** der Kinder- und Jugendhilfe sowie von Hochschulen initiierte **Modellprojekte**. Die Finanzierung erfolgt bislang überwiegend aus **kommunalen Mitteln** des SGB VIII oder der öffentlichen Gesundheitsdienste. Finanzmittel der Krankenkassen werden bislang nur in Einzelfällen und auch dort eher ergänzend über pauschale Förderungen eingebracht.

Tatsächlich ist mit dem seit 2005 aufgebauten und durch das Bundeskinderschutzgesetz normierten Handlungsfelds der Frühen Hilfen eine stärkere gesundheitsförderliche Orientierung in die Kinder- und Jugendhilfe eingezogen. Dennoch sind gerade die über das PräVG ausdrücklich zur Gesundheitsförderung verpflichteten **Familienzentren** nach SGB VIII, § 16 und **Mutter- (oder Vater-)Kind-Wohneinrichtungen** nach SGB VIII, § 19 i.V.m. § 45 bislang kaum ihrem neuen gesetzlichen Auftrag nachgekommen. In der Praxisrecherche konnte kein entsprechendes Projekt identifiziert werden, wenngleich beispielsweise das Projekt „Schutzengel Flensburg“ gute Voraussetzungen bietet, als ein solches Modellprogramm entwickelt zu werden. Einen solchen Prozess etwa durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention **in Lebenswelten nach SGB V, § 20a**, oder im Rahmen von **Modellprojekten nach SGB V, § 20g** anzustoßen, kann neben der **im Rahmen des Dach-Settings Kommune** angestoßenen **familiären Gesundheitsförderung** eine wichtige Aufgabe für Krankenkassen sein.

Eine Ausweitung von Aktivitäten der familiären Gesundheitsförderung im Rahmen kommunaler Präventionsketten etwa auf **Kitas und Schulen** erscheint vom Grundsatz her möglich, ist jedoch nur in den Interviews, jedoch in keiner der identifizierten Studien aufgegriffen. Insofern dürfte dieser Ansatz erst **nachgeordnet und längerfristig** für eine Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden relevant werden.

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

5.3 Erkenntnisse aus den Expertengesprächen

Durch die Expertengespräche ist deutlich geworden, dass im Handlungsfeld **große Unsicherheit** hinsichtlich Wording/**Labeling der Alleinerziehenden** (bzw. „Einelternfamilien“, „Single-Mütter“ etc.) und entsprechender **Stigmatisierungsgefahren** besteht. Zwar sind Rahmendaten wie die vielfach erhöhte Betroffenheit von Frauen in der Gruppe der Alleinerziehenden und die deutliche Armutskorrelation breit bekannt. Es wird jedoch eine hohe Heterogenität konstatiert, die eine gemeinsame Ansprache kaum möglich erscheinen lässt. Bildung und berufliche Qualifikation, soziale Eingebundenheit, der Zeitpunkt der Mutterschaft im Lebenslauf sowie ergänzende Belastungsfaktoren wurden als **Differenzierungsansatz** hinsichtlich der verschiedenen Lebenslagen genannt. Dabei verweisen die Expertengespräche auf ein hohes Forschungsdesiderat, um die **hohen Komplexität der Lebenslagen von Alleinerziehenden** konzeptionell aufgreifen zu können.

Als zentrale Problem- und Bedarfslagen wird die **ökonomische Situation** sowie (De-)Qualifizierung, **Kinderbetreuung**, Bedarfe im Zusammenhang mit **Trennung** (z. B. Mediation, Umgang, Rolle des Vaters), **sozialer Rückhalt** sowie **Bedarfe des Kindes** (z. B. Zeit, Zuwendung, Beziehung zum Vater) herausgestellt. Gesundheitsbezogen steht die **psychische Gesundheit** im Vordergrund, die durch die Art des Trennungsprozesses (wenn relevant), das individuelle Selbstbild und die persönliche Lebensplanung (bewusste oder ungewollte Entscheidung für das Alleinerziehen) beeinflusst wird. Hinzu kommt das Bild der Alleinerziehenden in der Öffentlichkeit, das bisher noch zu negativ und defizitorientiert ausfällt und teilweise dieser Familienform noch zu wenig Anerkennung beimisst. Wie bei jeder Familienform sind auch hier **die gesundheitlichen Belastungen deutlich mit strukturellen Belastungen assoziiert**.

Die Expertinnen und Experten plädieren für Angebote und **Strukturmaßnahmen im Sozialraum**, wobei ein Ausrollen etwa der Programme „Eltern-AG“ und „Wir2“ genannt werden, die in regionale Unterstützungsstrukturen (**Präventionsketten**) sowie **überregional in Kooperationen** von Krankenkassen, Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit, Landeskoordinationen Frühen Hilfen sowie mit bundesweiten Verbänden wie dem VAMV eingebunden sein sollten. Es wird empfohlen, insgesamt die strukturellen Faktoren zu verbessern, und zwar weniger auf Alleinerziehende spezifiziert als mehr auf Fragen der **kommunalen Familienfreundlichkeit** bzw. familiären Gesundheitsförderung, auch hinsichtlich der das Feld dominierenden Maßnahmen der **Frühen Hilfen**.

5.4 Erkenntnisse aus der Praxisrecherche

Die Rechercheergebnisse verweisen darauf, dass Alleinerziehende als eine **wesentlich von Familienarmut betroffene Gruppe** in der Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten **identifiziert** sind. Es finden sich jedoch nur wenige Projekte, die **Alleinerziehende exklusiv adressieren**. Vielmehr zeigen die Befunde der Praxisprojekte sowie die von den Expertinnen und Experten berichteten Erfahrungen aus der Praxis, dass **Alleinerziehende zumeist nicht als solche angesprochen werden wollen**. Auch alternative Bezeichnungen (z. B. Ein-Eltern-Familien, getrennte Familien u. ä.) finden keine durchgängige Zustimmung im Feld.

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

Als Settings werden insb. die **Kommune** sowie – als Teil der Kommune – Einrichtungen der **Familienberatung** (SGB VIII, § 16) angesprochen. Eine Adressierung von Alleinerziehenden oder insgesamt Familien über die typischen kindheitsbezogenen Settings der zweiten (**Kitas, Schulen**) und dritten Sozialisationsebene (**Kinder- und Jugendzentren, Sportvereine**) konnten durch die Feldforschung kaum und in den Praxisprojekten gar **nicht identifiziert** werden. Auch eine Adressierung über **spezifische Settings** (z. B. über Mutter-Kind-Einrichtungen, Tagesgruppen, Kinderheime, neonatologische Versorgungseinrichtungen, Sozialpädiatrische Zentren) oder Belastungssituationen (z. B. psychische oder Suchterkrankungen, körperliche, seelische oder geistige Behinderungen von Eltern oder Kind) konnte nicht erhoben werden. Hier scheinen die gesetzlichen Neuregelungen des SGB VIII durch das PräVG, nach dem seit 2016 auch **Familienberatungen** sowie Einrichtungen, zu denen insb. die speziell für Alleinerziehende vorgesehenen Mutter-Kind-Heime zählen, gesundheitsförderlich ausgerichtet sein sollen, noch nicht umgesetzt zu werden.

Aus den ermittelten Projekten zeigt sich, dass mögliche ergänzende Benachteiligungs- und Belastungs- oder auch **Schutzfaktoren** von Alleinerziehenden wie Alter, Flucht- oder Migrationshintergrund, kulturelle oder religiöse Faktoren u.a. in der Praxis noch nicht angekommen zu sein scheinen, d.h. in der praktischen Arbeit noch kaum zum Tragen kommt.

Insofern zeigt sich insgesamt eine bislang geringe Ausreifung des Handlungsfeldes der Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden und der Bedarf, diese im Rahmen familiärer Gesundheitsförderung stärker zu explizieren und zu profilieren.

Einen Baustein dazu könnte auch eine systematische Feldrecherche darstellen, die über den Rahmen der hier zeitlich und organisatorisch möglichen Datenbankrecherche hinausgeht, beispielsweise durch eine Befragung der nicht evaluierten bzw. nicht als Good Practice ausgewiesenen Projekte.

5.5 Gender-Mainstreaming-Aspekte

Der vorliegende Bericht fasst die Ergebnisse unserer Bestandsaufnahme in Form einer Dokumentenanalyse und Literaturrecherche zusammen, sodass nur begrenzte Möglichkeiten bestanden, Gender-Mainstreaming-Aspekte zu berücksichtigen.

Inhaltlich zeigt sich eine Fokussierung der Gruppe der Alleinerziehenden auf **Frauen/Mütter**, wenig auf Männer/Väter. Dies wird gedeckt durch die statistischen Befunde, nach denen Frauen um ein Vielfaches stärker betroffen sind (insg. 9:1; bei Kleinkindern erhöht sich die Quote sogar noch weiter). Auch die Armutsgefahr/ökonomischen Schwierigkeiten sind bei alleinerziehenden Müttern deutlich stärker ausgeprägt als bei alleinerziehenden Vätern. Insofern erscheint es folgerichtig, dass die Programme für Alleinerziehende überwiegend auf Frauen orientiert erscheinen. Gleichwohl sollten bei Ausreifung des Handlungsfeldes perspektivisch ergänzend auch Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei alleinerziehenden Vätern aufgelegt werden.

Spezifische geschlechtsbezogene Auswirkungen von Alleinerziehenden-Familien auf Kinder konnten übergreifend bislang nicht identifiziert werden. Es bestehen jedoch Analysen zu **unterschiedlichen Konfliktverarbeitungen** von Jungen und Mädchen im Rahmen elterlicher Trennungskonflikte/Scheidungen (Rattay, Lippe & Lampert, 2014). Hier deutet sich eine weitere Forschungslücke an.

Bei den identifizierten Projekten und ihrer Darstellung wurden Anforderungen des Gender-Mainstreaming berücksichtigt.

Insgesamt kann zur Frage des Gender Mainstreaming festgehalten werden, dass die identifizierten Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden Aspekte des Gender Bezugs **eher implizit durch ihre prioritäre Bezugnahme auf die Hauptbetroffenengruppe der alleinerziehenden Mütter** berücksichtigen. In Konzeption und Umsetzung sind genderspezifische Aspekte kaum expliziert und der übergreifende Ansatz des Gender Mainstreaming nur wenig berücksichtigt.

5.6 Qualität und Nutzbarkeit der Datenbanken

Die Methodik der Praxisrecherche über Datenbanksuche hat sich als grundsätzlich geeignet bewährt, um die Praxis im Handlungsfeld zu ermitteln. Umfang, Inhalt und Recherchetiefe der genutzten Datenbanken variieren jedoch stark.

Die **Datenbank Gesundheitliche Chancengleichheit** scheint ergiebig für die Fragestellung der Prävention und Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden und kann als referenzsetzende Datenbank im Handlungsfeld bewertet werden. Es wurde hier die Entscheidung getroffen, sie nur hinsichtlich eingestellter Good Practice-Projekte auszuwerten, da Projekte ohne diese Bewertung nur auf Selbstangaben der Projektdurchführenden beruhen und insofern hinsichtlich ihrer Relevanz sowie praktischen Umsetzung nicht verifizierbar sind.

Die **Datenbank Grüne Liste Prävention** scheint insgesamt ergiebig für die Fragestellung der Prävention und Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden.

Die **Datenbank des Landesentrums Gesundheit in Nordrhein-Westfalen** scheint nur eingeschränkt nutzbar für eine Auswertung zur Fragestellung der Prävention und Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden.

Die **Datenbank der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern** kaum ergiebig für die Fragestellung der Prävention und Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden.

Nicht ergiebig für die Fragestellung der Prävention und Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden scheinen die **Datenbanken Gesundheitsziele.de, Projektdatenbank InForm und die Datenbank health inequalities**.

Die **Datenbank infosys des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung** scheint ebenfalls nicht ergiebig für die Fragestellung der Prävention und Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden. Es können bestenfalls per Analogiebildung allgemeine Hinweise für ein kommunales Handlungskonzept zur Arbeitsmarktintegration Alleinerziehender generiert werden.

Limitationen bestanden zudem in der unterschiedlichen **qualitativen Bewertung** der Projekte. So umfasst die Datenbank Gesundheitliche Chancengleichheit eine große Projektanzahl und gibt insofern einen breiten Überblick. Die Projektangaben sind jedoch überwiegend reine Selbstangaben. Allerdings sind einige der Projekte mittels Review-Verfahren auch als **Good Practice** identifiziert, was auf eine höhere Seriosität der Angaben schließen lässt. Insofern wurden Suchergebnisse berücksichtigt, sofern sie als Good Practice ausgewiesen sind. Die Datenbank „Grüne Liste Prävention“ besticht insbesondere durch ihre Darstellungstiefe. Sie umfasst jedoch insgesamt weniger Projekte. Auch die Datenbank des LZG NRW konnte einschränkt genutzt werden.

Für unsere Fragestellung – und auch möglicherweise grundsätzlich – weniger geeignet waren die Datenbanken gesundheitsziele.de und InForm. Die Datenbank health inequalities.eu umfasst für Deutschland nur elf Projekte. Die Projektdatenbank des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung umfasst insgesamt 12 Forschungsprojekte zu Alleinerziehenden, jedoch ohne direkten Bezug zu Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung.

Weitere relevante Datenbanken konnten wir im Suchzeitraum nicht erschließen.

5.7 Empfehlungen für eine Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden

Die Praxisprojekte verweisen insgesamt auf die Notwendigkeit einer **Einbindung in intersektorale Bündnisse** wie insb. **Präventionsketten** sowie **Frühe Hilfen**. In diesem Sinne sollte Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden nicht als individuelle Angebote der Verhaltensprävention konzipiert sein, sondern vielmehr als in Präventionsketten eingebettete **Angebote zur Strukturentwicklung** (etwa niedrigschwellige und/oder maßnahmenintegrierte Kinderbetreuung) und zur **Gruppenbildung** (etwa im Rahmen von Familienzentren, Selbstorganisation in Mutter-Kind-Heimen oder auch Angebote von Eltern-AGs).

Eine in Modellregionen oder auch universell auszurollende Gesundheitsförderung unter besonderer Berücksichtigung von Alleinerziehenden sollte nicht als Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden tituliert werden, sondern als **Maßnahmenprogramm der familiären Gesundheitsförderung** ausgelegt sein. Dies verhindert Schamgefühle und Stigmatisierung und verbreitet die Anschlussmöglichkeiten, die insbesondere daher wichtig sind, weil Alleinerziehende keine homogene Gruppe darstellen und auch oft keine statische Lebensform, sondern vielmehr eine **Statuspassage in hoher Korrelation mit Kinder- und Familienarmut** und verknüpft mit vielfältigen ergänzenden **Belastungssituationen** (vgl. 4.1.3. und 4.1.4.). Entsprechend sollten die sich hieraus ableitbaren Bedarfe im Mittelpunkt stehen.

Dazu bedarf es zunächst einer **Bestandsaufnahme** der entsprechenden **kommunalen Rahmenbedingungen** für Familien **unter Beteiligung der Betroffenen**. Dabei sollte den besonderen Bedarfen von

Alleinerziehenden erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt und entsprechend Rechnung getragen werden, ohne sie jedoch als solche zu betonen. Als beispielgebend für einen solchen Prozess erscheinen die Projekte „NeFF“ (Dormagen), das Waiblinger Projekt „Endlich fragt mich mal einer“, die „Schutzengel Flensburg“ oder das „Eutiner Babynetz“.

In der Folge sollten insbesondere profilierte Angebote wie die Eltern-AG, aber auch Wir2 als spezifische Programme für Alleinerziehende als **Bausteine einer Präventionskette** angeboten werden. Zudem eignen sich strukturgebende Komponenten (z. B. begleitende Kinderbetreuung) sowie ressourcenstärkende Inhalte (z. B. Selbstwirksamkeitsstärkung) als Querschnittanforderungen an alle Maßnahmen der familiären Gesundheitsförderung.

Die Kernaufgabe der Krankenkassen im Handlungsfeld familiärer Gesundheitsförderung (Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden) besteht möglicherweise weniger in der (Voll-) Finanzierung entsprechender Angebote („Bausteine“ der Präventionskette) als vielmehr in der Unterstützung von **Bedarfserhebung, Vorschlagentwicklung sowie Koordinierung** entsprechender Maßnahmen. Als ergänzende Bausteine könnten hier auch Kurse (Individualprävention) von Krankenkassen vernetzt werden, die auf das Ziel der „Steigerung gesundheitlicher Elternkompetenz“ (Gesetzesbegründung PräVG) ausgerichtet sind und mit den lokalen Angeboten und Netzwerken Früher Hilfen verknüpft werden können.

Wichtige **Partner** solcher Maßnahmen können kommunale Behörden wie der Öffentliche Gesundheitsdienst und das Jugendamt mit den Netzwerken Früher Hilfen sein, ebenso gesundheitliche und medizinische Einrichtungen (z. B. Kinderarztpraxen, Hebammen, Frauen- und Kinderkliniken, SPZ). Für die durch das PräVG neu auf Gesundheitsförderung verpflichteten Leistungen der kommunalen Jugendhilfe wie Familienberatung nach SGB VIII, § 16 und insb. für Mutter-Kind-Heime, die nach SGB VIII, § 19 für Alleinerziehende vorzuhalten sind und in Verknüpfung mit § 45 nun ebenfalls neu zur Gesundheitsförderung verpflichtet sind, können **die Krankenkassen ihre Expertise in die Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebenswelten** einbringen.

Auch Jobcenter sowie die Bundesagentur für Arbeit können Partner einer Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden sein. Sie sind prädestiniert hinsichtlich des Zugangs zu Alleinerziehenden, aber auch wegen einer möglichen Verknüpfung der Gesundheitsförderung mit dem Ziel beruflicher (Re-) Integration und Qualifikation. Auch an Jobcenter und die Agenturen für Arbeit sollten Querschnittanforderungen in o. a. Sinne vermittelt werden. Einschränkend muss jedoch darauf verwiesen werden, dass Arbeitsaufnahme (Teilzeit/ Vollzeit) eine prinzipielle, aber nicht universelle Möglichkeit zur Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Lage darstellt, und dass Jobcenter und Agenturen keine Lebenswelt darstellen. Insofern sollten sich lebensweltbezogene Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden nicht auf Delegationen an die Arbeitsagenturen verkürzen.

Das Beispiel der Bremer Aktivitäten im Rahmen der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung gemäß SGB V, § 20f (vgl. 4.1.8.) skizziert einen möglichen Weg, entsprechende Prozesse auf der Landesebene zu initiieren.

Als zentrale Empfehlungen ergeben sich daraus die nachfolgenden:

- Alleinerziehende sind eine hoch vulnerable Gruppe, die bei der Entwicklung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Sinne des SGB V, § 20a berücksichtigt werden sollten. Eine entsprechende Thematisierung empfiehlt sich bereits auf Bundes- und Landes-

ebene in **Bundesrahmenempfehlungen und Landesrahmenvereinbarungen** durch entsprechende Adressierung von Alleinerziehenden unter Berücksichtigung einer Vermeidung von Stigmatisierung sowie durch die mit der Umsetzung beauftragten Gremien, z. B. in Form von Fachveranstaltungen oder Arbeitsgruppen zur familiären Gesundheitsförderung mit Schwerpunktsetzung auf die Bedarfe von Alleinerziehenden.

- Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden sollte dabei als **familiäre Gesundheitsförderung** ausgerichtet sein mit **Schwerpunktsetzung auf benachteiligte Lebenssituationen**
- Dies sollte kommunal umgesetzt werden als Teil kommunaler Gesundheitsförderung/**Präventionsketten** mit Schwerpunktsetzung auf Familien
- Im Rahmen der Präventionsketten/familiären Gesundheitsförderung sollten spezifische Initiativen (z. B. Bündnis für Familien) mit **Programmen** (z. B. Eltern-AGs), spezifischen **Tools** (z. B. Befragung von Alleinerziehenden) und **Strukturqualitätselementen** (z. B. parallele Kinderbetreuung) entwickelt werden
- Gefördert werden sollte eine **Sensibilisierung** der besonderen Bedarfe von Alleinerziehenden in familien- und kindheitsbezogenen Settings (z. B. Kita, Schule, Sportvereine und andere Freizeitangebote, aber auch ergänzenden Lebenswelten)
- Empfehlenswert ist ein **Schnittstellenmanagement** (Kommune als „Dach-Setting“) insb. mit Ressorts der Kindertagesbetreuung sowie weiteren Lebenswelten mit besonderem Bedarf (i.d.R. aus der Kinder- und Jugendhilfe, z. B. Mutter-Kind-Heime, Kinderheime, aber auch Jobcenter und Arbeitsagenturen)
- Träger von **Familienzentren** sowie der **Mutter-Kind-Heime** und ggf. weitere, für Alleinerziehende relevante stationäre Einrichtungen wie **Kinderheime** können dabei unterstützt werden, mit partizipativen Methoden gesundheitsförderliche Lebenswelten zu gestalten.
- Alle Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden sollten sich der hohen Stigmatisierungsgefahr bewusst sein und stets reflektieren, ob ihr jeweiliger Ansatz hier ausreichend sensibel ist und vermeidet, die Assoziation von Alleinerziehenden mit Problemlagen und Überforderungssituationen weiter zu verstärken.

Literaturverzeichnis

AGJ Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe. (2015). Kinderarmut und Familienpolitik in Deutschland. Diskussionspapier. Zugriff am 11.12.2016. Verfügbar unter <http://www.agj.de/>

Armbruster, M. & Schlabs, S. (2009). Elternarbeit – ein präventiver Ansatz gegen die Folgen von Kinderarmut. In R. Geene & C. Gold (Hrsg.), Kinderarmut und Kindergesundheit (S. 151-161). Bern: Huber.

Asmus, A. & Pabst, F. (2016) Armut Alleinerziehender. In Der Paritätische Gesamtverband (Hrsg.), Zeit zu handeln. Bericht zur Armutsentwicklung in Deutschland 2016 (S. 27-34). Berlin.

Bergmann, K. E., Bergmann, R. L., Ellert, U. & Dudenhausen, J. W. (2007). Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt (50), 670-676.

BMAS Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). (2013). Lebenslagen in Deutschland. Der vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bonn.

BMELV Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz. (2009). Abschlussbericht der Kinderleicht-Region Mecklenburg-Vorpommern Rostock. besser essen – mehr bewegen in Groß und Klein. Rostock.

BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). (2008). Monitor Familienforschung. Alleinerziehende in Deutschland – Potentiale, Lebenssituationen und Unterstützungsbedarfe. Berlin.

BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). (2012). Monitor Familienforschung. Alleinerziehende in Deutschland – Lebenssituationen und Lebenswirklichkeiten von Müttern und Kindern. Berlin.

BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). (2015). Familienreport 2014. Leistungen, Wirkungen, Trends. Berlin.

BMG Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2017). Gesundheit rund um die Geburt. Gesundheitsziel des Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de. Bonn.

Böhm, B. & Schneider, M. (2013). Evaluation der ELTERN-AG. Abschlussbericht September 2013. nexus Institut für Kooperationsmanagement und interdisziplinäre Forschung e.V.

Brisch, K. H. (2005). Bindungsstörungen als frühe Marker für emotionale Störungen. In W. V. Suchodeletz (Hrsg.), Früherkennung von Entwicklungsstörungen (23-43). Göttingen: Hogrefe.

Brisch, K. H. (2008). Bindung, Gewalt gegen Kinder und Prävention. Der Gynäkologe, 41 (10), 833-838.

Buschhorn, C. (2015). Familie, Elternschaft und Frühe Hilfen. Soziale Passagen, 7 (2), 219-233. <https://doi.org/10.1007/s12592-015-0209-7>

Caplan, G. (1964). Principles of preventive Psychiatry. Michigan: Basic Books.

Der Paritätische Gesamtverband (Hrsg.). (2016). Zeit zu handeln. Bericht zur Armutsentwicklung in Deutschland 2016. Berlin. Zugriff am 30.04.2017. Verfügbar unter http://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Schwerpunkte/Armutsbericht/doc/ab2016_komplett_web.pdf

Deutscher Bundestag. (2015). Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention – PräVG – vom 17. Juli 2015. PräVG. In BAnz vom 24.07.2015, G 5702 (S. 1368-1379).

Deutscher Bundestag. (2015). Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) (11.03.2015). PräVG. BT-Drs 18/4282.

Dienel, C. (2002). Familienpolitik: Eine praxisorientierte Gesamtdarstellung der Handlungsfelder und Probleme (Grundlagentexte soziale Berufe). Weinheim: Juventa-Verl.

DJI Deutsches Jugendinstitut. (2005). Unterstützung für Alleinerziehende – Arbeitsmarktintegration und soziale Teilhabe. Ein kommunales Handlungskonzept. München. Verfügbar unter http://www.dji.de/fileadmin/user_upload/napra/handlungskonzept.pdf

DJI Deutsches Jugendinstitut. (2012). AID:A – Befunde zur Lebenssituation alleinerziehender Mütter. München. Zugriff am 04.02.2017. Verfügbar unter <http://www.dji.de/themen/dji-top-themen/dji-online-august-2012-aida-befunde-zur-lebenssituation-alleinerziehender-muetter/auf-einen-blick.html>

Evans, M., Bräutigam, C. & Enste, P. (2012). Dienstleistungen für Alleinerziehende in der Kommune: Vom Etikett zur individuellen, flexiblen und vorsorgend-orientierten Hilfe. Ergebnisse einer Studie in der Kommune Herne im Rahmen des Projektes „NewA – Netzwerk wirksamer Hilfen für Alleinerziehende in Herne“. Gelsenkirchen.

Franz, M. (Hrsg.). (2014). wir2. Bindungstraining für Alleinerziehende. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Geene, R. (2017). Gesundheitsförderung und Frühe Hilfen. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH).

Geene, R. & Bacchetta, B. (2017). Gesundheitsförderung in der Schwangerschaft. In J. Fischer & R. Geene (Hrsg.), Netzwerke in Frühen Hilfen und Gesundheitsförderung – Neue Perspektiven kommunaler Modernisierung (S. 228-260). Weinheim: Beltz Juventa.

Geene, R., Lehmann, F., Höppner, C. & Rosenbrock, R. (2013). Gesundheitsförderung – Eine Strategie für Ressourcen. In R. Geene, C. Höppner & F. Lehmann (Hrsg.), Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt (S. 19-58). Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung.

Geene, R. & Reese, M. (2016). Handbuch Präventionsgesetz. Neuregelung der Gesundheitsförderung. Frankfurt: Mabuse.

Geene, R. & Rosenbrock, R. (2012). Der Settingansatz in der Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen. In BZgA – Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien* (Gesundheitsförderung konkret, Bd. 17, S. 46-75). Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung.

Gerlinger, T. (2016). Präventionsgesetz. In BZgA – Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. Gambach: Verlag für Gesundheitsförderung.

GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2010). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung des §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000, in der Fassung vom 27. August 2010. Berlin.

GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2014). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung des §§ 20 und 20a SGB V. Berlin.

GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2017). Kapitel 5: Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach §20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V aus dem Leitfaden Prävention Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung des §§ 20, 20a und 20b SGB V. vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 9. Januar 2017.

Gold, C. & Lehmann, F. (2012). Die Handlungsempfehlungen zur Stärkung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien in belasteten Lebenslagen. In BZgA – Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien* (Gesundheitsförderung konkret, Bd. 17, S. 17-45). Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung.

Hartung, S. (2014). Sozialkapital und gesundheitliche Ungleichheit. Gesundheitsförderung und Elternunterstützung im Setting Schule: Analyse des elterlichen Sozialkapitals in der schulischen Gesundheitsförderung. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Holz, G., Schöttle, M. & Berg, A. (2011). Fachliche Maßstäbe zum Auf- und Ausbau von Präventionsketten in Kommunen: Strukturansatz zur Förderung des „Aufwachsens im Wohlergehen“ für alle Kinder und Jugendliche. Essen.

Hurrelmann, K., Hartung, S., Kluwe, S. & Sahrai, D. (2015). Gesundheitsförderung durch Elternbildung. *Gesundheitswesen* (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)), 77 Suppl 1, 27-28. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1331245>

Hurrelmann, K. (2006). Einführung in die Sozialtheorie. Weinheim: Beltz.

Jugendamt Dormagen. (2011). Dormagener Qualitätskatalog der Kinder- und Jugendhilfe. Ein Modell kooperativer Qualitätsentwicklung. Opladen: Budrich.

Keupp, H. & Behringer, L. (2015). Frühe Hilfen aus zivilgesellschaftlicher Perspektive. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH.

Klenner, C. (2009). Wer ernährt die Familie? Erwerbs- und Einkommenskonstellationen in Ostdeutschland. WSI-Mitteilungen (11), 619-626.

Kolip, P. & Lademann, J. (2012). Familie und Gesundheit. In K. Hurrelmann & O. Razum (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften (S. 517-540). Weinheim: Beltz Juventa.

Loss, J., Warrelmann, B. & Lindacher, V. (2016). Gesundheitsförderung: Idee, Konzepte und Vorgehensweisen. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), Lehrbuch. Soziologie von Gesundheit und Krankheit (S. 435-449). Wiesbaden: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-11010-9_29

LPR Landespräventionsrat Niedersachsen. (2011). Grüne Liste Prävention. Auswahl- und Bewertungskriterien für die CTC Programm – Datenbank. Zugriff am 16.12.2016. Verfügbar unter <http://www.gruene-liste-praevention.de/>

MAPP-Empowerment gGmbH (Hrsg.). (2015). ELTERN-AG Jahres- und Wirkungsbericht. Zugriff am 30.04.2017. Verfügbar unter <http://www.eltern-ag.de/data/ELTERN-AG-SRS-2015.pdf>

MDS Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen & GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2015). Präventionsbericht 2015. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2014. Essen. Zugriff am 07.04.2017. Verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praeventionsbericht/2015_GKV_MDS_Praeventionsbericht.pdf

MDS Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen & GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2016). Präventionsbericht 2016. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2015. Essen. Zugriff am 07.04.2017. Verfügbar unter https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Praevention/2016/Praeventionsbericht_2016.pdf

Meierjürgen, R., Becker, S. & Warnke, A. (2016). Die Entwicklung der Präventionsgesetzgebung in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung, 11 (4), 206-213.

Nauck, B. (1995). Kinder als Gegenstand der Sozialberichterstattung – Konzepte, Methoden und Befunde im Überblick. In B. Nauck & H. Bertram (Hrsg.), Kinder in Deutschland. Lebensverhältnisse von Kindern im Regionalvergleich (Deutsches Jugendinstitut Familien-Survey, Bd. 5, S. 11-87). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

NPK Nationale Präventionskonferenz. (2016). Bundesrahmenempfehlungen. Zugriff am 19.11.2016. Verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2016/Praevention_NPK_BRE_verabschiedet_am_19022016.pdf

Pirjol, C. L. (2015). Evaluation des Modellprojektes JULE – Junges Leben Abschlussbericht.

Quilling, E., Chevalier, A., Heinzler, M., Kolip, P., Müller, M. & Schaefer, I. (2016). Netzwerkarbeit in kommunaler Gesundheitsförderung. Ergebnisse des Transferprojekts (Deutsche Sporthochschule Köln, Hrsg.). Köln.

Rattay, P., Lippe, E. von der & Lampert, T. (2014). Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Eineltern-, Stief- und Kernfamilien. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 57 (7), 860–868. <https://doi.org/10.1007/s00103-014-1988-2>

Rauschenbach, T. & Walter, B. (Hrsg.). (2012). Aufwachsen in Deutschland. AID:A – Der neue DJI-Survey. München.

Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2003). Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Heft 14). Berlin.

Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2015). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin.

Sandvoss, U. & Kramer, K. (2010). Kommunale Armutsprävention: das Dormagener Modell. In R. Lutz & V. Hammer (Hrsg.), Wege aus der Kinderarmut. Gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen und sozialpädagogische Handlungsansätze (Reihe Votum, S. 185-197). Weinheim: Juventa-Verl.

Scharmanski, S. & Renner, I. (2016). Familiäre Ressourcen und Hilfebedarfe erfassen: Zur Konstruktvalidität und Reliabilität des Systematischen Explorations- und Verlaufsinventars für Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen (SEVG). Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (118), 1–9.

Schwab, M. (2009). Intrauterine Programmierung von Störungen der Hirnfunktion im späteren Leben. Gynäkologische-geburtshilfliche Rundschau, 49, 13-28.

Siegrist, S. (2015). Arbeitswelt und stressbedingte Erkrankungen. Forschungsevidenz und präventive Maßnahmen. München: Elsevier.

SIM Sozialwissenschaftliches Institut München. (2010). Evaluationsbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojektes „alfa beta“ – Kontaktnetz für alleinerziehende Frauen mit einem behinderten Kind. München. Zugriff am 30.04.2017. Verfügbar unter http://www.alfa-m.de/pdf/publikationen/evaluationsbericht_allfabeta_2010.pdf

Sperlich, S., Arnhold-Kerri, S. & Geyer, S. (2011). Soziale Lebenssituation und Gesundheit von Müttern in Deutschland. Ergebnisse einer Bevölkerungsstudie. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 54 (6), 735–744. <https://doi.org/10.1007/s00103-011-1283-4>

Sperlich, S., Arnhold-Kerri, S. & Geyer, S. (2014). Gesundheitliche Risiken in unterschiedlichen Lebenslagen von Müttern: Analysen auf der Basis einer Bevölkerungsstudie. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 57 (12), 1411-1423.

Sperlich, S. & Geyer, S. (2016). Household and family work and health. In J. Siegrist & M. Wahrendorf (Eds.), Work stress and health in a globalized economy. The model of effort-reward imbalance (Aligning perspectives on health, safety and well-being, pp. 293-311). Switzerland: Springer.

Spieckermann, H. & Schubert, H. (2009). Evaluation des Modellvorhabens „Netzwerk Frühe Förderung – NeFF“. Arbeitshilfen zur Entwicklung und Steuerung von Netzwerken Früher Förderung (Landschaftsverband Rheinland & LVR-Landesjugendamt Rheinland, Hrsg.). Köln. Verfügbar unter https://www.th-koeln.de/mam/downloads/deutsch/hochschule/fakultaeten/f01/srm-arbeitspapier33_neff.pdf

Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2010). Alleinerziehende in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 2009. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2016). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Haushalte und Familien. Ergebnisse des Mikrozensus (Fachserie 1 Reihe 3). Wiesbaden.

Thyen, U. (2012). Der Beitrag Früher Hilfen zu früher Förderung und Bildung von Kindern. Frühe Kindheit – die ersten sechs Jahre, 16-23.

Walper, S., Walter, B. & Rauschenbach, T. (Hrsg.). (2015). Aufwachsen in Deutschland heute. Erste Befunde aus dem DJI-Survey AID:A 2015. München.

Weihrauch, L., Schäfer, R. & Franz, M. (2014). Long-term efficacy of an attachment-based parental training program for single mothers and their children. A randomized controlled trial. *Journal of Public Health*, 22 (2), 139–153. <https://doi.org/10.1007/s10389-013-0605-4>

WHO Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.). (2015). Healthy Settings. Zugriff am 07.04.2017. Verfügbar unter http://www.who.int/healthy_settings/en/

Wiesner, R. (Hrsg.). SGB VIII, Kinder- und Jugendhilfe. Kommentar. München: Beck.

6 Anlagen zum Projektbericht Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden

6.1 Projektdatenblätter

Nachstehend finden sich die auf Grundlage der Projektrecherchen (vgl. Kap. 4.2. und 4.3.) erstellten Projektdatenblätter.

Nachstehend finden sich die durch die Recherchen identifizierten Projekte (vgl. Kap. 4.4.) in Form von Projektdatenblättern. Die Projektnummern entsprechen dabei jeweils den in 4.4. ergänzten Unterpunkten, so dass beispielsweise das in 4.4.1. ausgewiesene Projekt „wellcome“ hier unter der laufenden Nummer 1 gelistet ist.

1	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
A	Projekttitel	wellcome Praktische Hilfe für Familien nach der Geburt	
B	Datenbank	Grüne Liste Prävention	http://www.gruene-liste- praevention.de/nano. cms/datenbank/pro- gramm/47 http://www.wellcome- online.de/ueber-uns/ wellcome-auf-einen- blick/index.html
C	Akteursfeld	Netzwerk zwischen sozialen Einrichtungen, Hebammen, Entbindungsstationen und Kinderärzten; Lotsenfunktion für Familien bei Angeboten der Frühe Hilfen durch fachlich ausgebildete wellcome-Koordinatorinnen oder -Koordinatoren. Projektdurchführung durch Ehrenamtliche.	
D	Träger	wellcome ist eine bundesweit agierende gemeinnützige GmbH mit Sitz in Hamburg. Die lokalen Standorte arbeiten eng mit lokalen fachlichen Netzwerken zusammen. Träger der wellcome-Standorte sind Kooperationspartner aus dem sozialen Bereich. Das Angebot „Praktische Hilfe nach der Geburt“ wird nach einem Social-Franchise-Verfahren in Deutschland, Österreich und der Schweiz verbreitet.	Es bestehen (kommunale) Netzwerkstrukturen, an die angeknüpft wird.
E	Bundesland	Bundesweit, auch in Österreich und Schweiz	Wird bereits bundesweit angeboten
F	Krankenkassenbeteiligung	[Nein]	
G	Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) beteiligt	[keine Angabe]	
H	Good-Practice-Kriterien (GPK) erfüllt	[Ja]	

1	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
J	Evaluationsergebnisse	[Ja]	Die Teilnehmerinnen berichten von einer deutlichen Entlastung und waren mit der erhaltenen Unterstützung zufrieden, was sich möglicherweise auch günstig auf die Mutter-Kind-Beziehung auswirkt.
K	Art der Intervention	Netzwerkbildung unterschiedlicher Akteure im Setting Kommune Verhaltensprävention	
L	Lebenswelt/ Setting	• Kommune • Familie	
M	Zugang	• Aufsuchend • Komm-Struktur	
N	Adressierung		
N_1	Benennung der Adressatinnen und Adressaten der Intervention	Familien, die in der ersten Zeit nach der Geburt Unterstützung brauchen oder besonders belastet sind (z. B. bei Mehrlingsgeburten oder als Alleinerziehende)	
N_2	Alleinerziehende	• eine Adressatengruppe	
N_3	Kinder (von Alleinerziehenden)	[Ja]	
N_4	(Werdende) Eltern (Alleinerziehende)	• AE Mütter und Väter	
O	Ziele der Intervention	Mit einem niedrighschwelligen Ansatz gelingt es wellcome, unabhängig vom sozialen Kontext der Familien, primärpräventiv tätig zu sein.	
P	Handlungsfelder/ Dimensionen der Gesundheitsförderung	• Stressmanagement • Strukturaufbau	

2	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
A	Projekttitel	Familienhebammen – eine Chance für Kinder	
B	Datenbank	Grüne Liste Prävention	http://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/programm/46
C	Akteursfeld	Jugendhilfe, Frühe Hilfen	
D	Träger	(initial) Stiftung „Eine Chance für Kinder“, Hannover (seit 2012) Kommunen, bundesweit flächendeckend	Die Initiative der Stiftung u.a. Akteure wurde durch das Bundeskinderschutzgesetz 2012 zum Regelangebot
E	Bundesland	Bundesweit	
F	Krankenkassenbeteiligung	[Nein] Finanzierung über Bundesmittel (Bundeskinderschutzgesetz 2012)	
G	KGC beteiligt	Projektumsetzung liegt im Aufgabenbereich der parallel arbeitenden Landeskoordinierungsstellen Frühe Hilfen (LKS)	
H	GPK erfüllt	[Ja]	
J	Evaluationsergebnisse	2005: Die (gewöhnlich schwer zugängliche) Adressaten wurde erreicht, bei 80 % der Betreuten wurde eine Verbesserung der Ausgangssituation beobachtet, insbesondere ein Abbau von Überforderung und Ängsten, eine Verbesserung des Wissens der Mütter, der gesundheitlichen Situation und der Mutter-Kindbeziehung sowie der pflegerischen Versorgung des Kindes. Darüber hinaus gelang häufig die Weiterleitung der Klientinnen in reguläre Hilfestrukturen. 2014: Die Flächendeckung in der Angebotsbereitstellung wurde erreicht	Mehrfache Evaluationen durch: . Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung an der Universität Hannover (2005) - Universität Halle-Wittenberg (2009) - NZFH, Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes (2014)
K	Art der Intervention	Aufsuchende Betreuung zur Unterstützung und Stabilisierung sozial benachteiligter Mütter (sowie ggf. auch Väter) durch entsprechend qualifizierte Hebammen während der Schwangerschaft und des ersten Lebensjahres des Kindes in intensiver Zusammenarbeit mit dem Jugendamt. Beratung und Entlastung der Familienhebammen im Umgang mit den Klientinnen und deren Problemlagen durch Frühe Hilfe- Netzwerkkoordination	
L	Lebenswelt/Setting	• Familie	
M	Zugang	• Aufsuchend • Vermittlung über Jugendämter sowie Geburtskliniken, Hebammen u.a.	
N	Adressierung		
N_1	Benennung der Adressatinnen und Adressaten der Intervention	Minderjährige/alleinstehende oder vereinsamte/überforderte/unerfahrene Schwangere und Mütter, Schwangere und Mütter in schwierigen sozialen/psychosozialen Lebenssituationen oder mit problematischer Lebensgeschichte (Gewalterfahrung, Suchtkrankheit, Depression).	

2	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
N_2	Alleinerziehende	eine Adressatengruppe	
N_3	Kinder (von Alleinerziehenden)	[Ja]	
N_4	(Werdende) Eltern (Alleinerziehende)	- AE Mütter - Alleinstehende Schwangere/Single Schwangere	
O	Ziele der Intervention	Fördern der Mutter-Kind-Bindung insbesondere in belasteten Familien, frühzeitiges Erkennen und Beseitigen von Risikofaktoren für Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, Weiterbilden von Hebammen in sozialrechtlichen und sozialpflegerischen Belangen sowie hinsichtlich ihrer Kommunikations- und Konfliktfähigkeit, Intervenieren bei Anzeichen von Kindesvernachlässigung oder manifester Gefährdung des Kindeswohls.	
P	Handlungsfelder/ Dimensionen der Gesundheitsförderung	- Stressmanagement - Es sind Ansätze von Empowerment erkennbar - Der bundesweite Einsatz der Familienhebammen kann der Dimension „Strukturaufbau“ zugeordnet werden	

3	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
A	Projekttitel	JULE – Junges Leben	
B	Datenbank	Hinweis von Prof. Dr. Gesine Bär (Alice-Salomon Hochschule, Berlin)	
C	Akteursfeld	Kommunales Modellprojekt Das Wohnungsunternehmen degewo hat das Projekt initiiert und begleitet es. Die degewo stellt in einem Wohnblock in Berlin-Marzahn mindestens 15 zusammenhängende, geeignete Wohnungen sowie Gemeinschaftseinrichtungen für junge ledige Erwachsene mit Kindern zur Verfügung. Die Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt fördert „Jule“ finanziell im Rahmen der Initiative „Aktionsräume plus“, unterstützt das Projekt fachlich und wirkt an der Erfüllung der formalen Bedingungen zur Abwicklung des Projekts mit. Das Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf von Berlin bringt sich fachlich durch Unterstützung u.a. des Jugendamtes, des Stadtentwicklungsamtes, des Amtes für Soziales in das Projekt ein. Dabei engagieren sich die jeweiligen Ämter bei der Bereitstellung von Betreuungsangeboten, Schulausbildungen und persönlicher Beratung. Das Jobcenter Berlin Marzahn-Hellersdorf unterstützt die Projektteilnehmer mit Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts, zur Berufsberatung und Eingliederung in Arbeit. Das Jobcenter stellt einen Ansprechpartner für die Projektteilnehmer zur Verfügung. Der Marzahn-Hellersdorfer Wirtschaftskreis e. V. unterstützt „Jule“ durch die Abfrage und Vermittlung von Aus- oder Weiterbildungsplätzen bei seinen Mitgliedsunternehmen.	Dadurch, dass JULE als zivilgesellschaftliche Initiative entstanden ist, hat es unterschiedliche Akteure zusammengebracht und vielfältige Ressourcen effektiv gebündelt, um gemeinsam durch die Unterstützung der Zielgruppe gegen soziale Entmischung zu handeln.
D	Träger	Kinderring Berlin e. V. Der Träger leitet das Projekt konzeptionell und operativ. Der Kinderring ist zuständig für die fachkundige Betreuung der jungen Alleinerziehenden. Zudem berichtet er regelmäßig an Auftraggeber, Fördermittelgeber und Gremien.	
E	Bundesland	Berlin	Bezirk Marzahn-Hellersdorf
F	Krankenkassenbeteiligung	[Nein]	
G	KGC beteiligt	[Nein]	
H	GPK erfüllt	[Ja]	
J	Evaluationsergebnisse	[Ja] Die Wirksamkeit der Maßnahmen dokumentiert sich in der logischen Kohärenz folgender Kette: definierte Ziele → Konzept → ausgewählte Umsetzungsstrategien → Eignung der Organisationsstruktur → durchgeführte Aktivitäten → erreichte Ergebnisse. Die JULE-Organisation weist eine innere wirkungsbezogene Qualität auf. Die Organisationsstruktur ist zur Erreichung der komplexen Zielhierarchie geeignet. Als public-private-partnership stellt JULE eine moderne Form der urban governance dar und ist als modellhaft zu bezeichnen.	Das Modellprojekt JULE hat den Soziale Stadt-Preis 2012 erhalten.

3	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
K	Art der Intervention	Settingansatz Verhältnisprävention bzw. verhältnisgestützte Verhaltensprävention Bildungsunterstützend wurden und werden eine Reihe von Indoor-Veranstaltungen zu unterschiedlichen Themen mit einmaligem oder regelmäßigem Charakter angeboten. Beispiele: Info-Veranstaltungen zu allgemeinen Gesundheitsthemen und zur Gesundheit des Kindes, Einzelgespräche durch Familienberatung, Elterntreff, Treffpunkt JULE.	
L	Lebenswelt/Setting	• Kommune • Familie	
M	Zugang	Angebot selbst suchen Vermittlung durch degewo AG (Wohnungsunternehmen) In Zusammenarbeit mit den Regionalen Diensten des Jugend- und Gesundheitsamtes sowie den kommunalen Netzwerken „Alleinerziehende“, „Rund um die Geburt“, „Frühkindliche Hilfen“ wurden potenzielle künftige Nutzerinnen angesprochen.	
N	Adressierung		
N_1	Benennung der Adressatinnen und Adressaten der Intervention	Alleinerziehend, zwischen 18 und 27 Jahre alt, ohne Schul- oder Berufsabschluss oder ohne Job	
N_2	Alleinerziehende	Ausschließlich/spezifisch	
N_3	Kinder (von Alleinerziehenden)	[keine Angabe]	
N_4	(Werdende) Eltern (Alleinerziehende)	• AE Mütter und Väter • Alleinerziehend, zwischen 18 und 27 Jahre alt, ohne Schul- oder Berufsabschluss oder ohne Job	
O	Ziele der Intervention	Alleinerziehenden auf ihrem Weg in ein selbstständiges, eigenverantwortlich gestaltetes Leben zu helfen. Das Projekt JULE begleitet in der Organisation des Alltages, bei Behördengängen, in der Kinderbetreuung, in der Erziehung und Gesundheitsförderung sowie bei der Ausbildungssuche sowie bei Schul- und Berufsabschlüssen und durch Berufsfindung und individuelle Coachings	
P	Handlungsfelder/ Dimensionen der Gesundheitsförderung	Keines der 4 Handlungsfelder Das Projekt dient der Stärkung von Gesundheitskompetenz, Selbstmanagement und Autonomie.	

4	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
A	Projekttitel	Stillförderprogramm für sozial Benachteiligte / sozial-medizinische Elternberatung	
B	Datenbank	Gesundheitliche Chancengleichheit	http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/stillfoerderprogramm-fuer-sozial-benachteiligte/ https://www.profamilia.de/bundeslaender/brandenburg/beratungsstelle-fuerstenwalde/stillfoerderprogramm.html
C	Akteursfeld	Ein Netzwerk weiterer Kooperationspartner unterstützt die Arbeit von pro familia. So werden u. a. Kurseinheiten durch das Deutsche Rote Kreuz (DRK) oder Ärztinnen des ÖGD gestaltet.	
D	Träger	Pro Familia Beratungsstelle Fürstenwalde im Gesundheitszentrum Nord, Karl-Liebknecht-Str. 21, 15517 Fürstenwalde	
E	Bundesland	Brandenburg	
F	Krankenkassenbeteiligung	[Nein]	
G	KGC beteiligt	[Ja]	In Datenbank verzeichnet
H	GPK erfüllt	[Teilweise]	
J	Evaluationsergebnisse	[Nein]	
K	Art der Intervention	Kursangebot, Verhaltensprävention Das Stillförderprogramm (SFP) setzt sich aus zwei Kursteilen zusammen: Kursteil A und Kursteil B. Der A-Kurs dient zur Vorbereitung auf die Elternschaft sowie das Stillen. Der B-Kurs dient den Müttern bzw. Familien als Babytreff.	
L	Lebenswelt/Setting	• Kommune • Beratungsstelle	
M	Zugang	• Komm-Struktur • Angebot selbst suchen	Erstkontakt in Beratungsstelle von Pro Familia, von dort wird ggf. vermittelt zu Stillförderprogramm
N	Adressierung		
N_1	Benennung der Adressatinnen und Adressaten der Intervention	junge schwangere Frauen und ihren Angehörigen aus sozial schwachen Strukturen	
N_2	Alleinerziehende	eine Adressatengruppe	Alleinerziehende sind eine Adressatengruppe von pro familia.
N_3	Kinder (von Alleinerziehenden)	[Ja]	

4	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
N_4	(Werdende) Eltern (Alleinerziehende)	• AE Mütter und Väter • Angehörige der AE	Pro Familia fördert die Möglichkeit, dass eine Bezugsperson der Schwangeren am Kurs teilnehmen kann. Dies können neben dem Kindsvater die Mutter, Freund/ Freundin oder auch Professionelle sein.
O	Ziele der Intervention	Mit den Kursen wird das Ziel angestrebt, dass möglichst viele Kursteilnehmerinnen ihre Säuglinge stillen. Hier muss im Vorfeld geklärt werden, ob die gesundheitlichen Bedingungen für das Stillen gegeben sind. Aber auch die Verbesserung der gesundheitlichen Gesamtsituation der Schwangeren bzw. der jungen Familie sowie die Vernetzung der Eltern untereinander zur gegenseitigen Unterstützung gehören zur Zielsetzung.	Stillen sorgt für eine enge Bindung zwischen Mutter und Kind. Eine gesunde psychosoziale Entwicklung und Bindungsfähigkeit des Kindes wird damit gefördert. Unumstritten sind auch die Vorteile des Stillens für die Mutter; der Rückbildungsprozess wird bei der Mutter beschleunigt. Das Stillen hat zudem einen positiven Einfluss auf deren Psyche.
P	Handlungsfelder/ Dimensionen der Gesundheitsförderung	• Ernährung • Stressmanagement • Suchtmittelkonsum • Vermittlung von Gesundheitskompetenz	

5	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
A	Projekttitel	Mobiler Sozialpädagogischer Dienst der Stadt Neubrandenburg	
B	Datenbank	Gesundheitliche Chancengleichheit	http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/sozpaed-dienst-neubrandenburg/
C	Akteursfeld	Im Mittelpunkt des Projektes steht der mobile sozialpädagogische Dienst (MSPD) , der wohnortnah den bedürftigen Familien zur Verfügung steht und den Eltern in Form von Hausbesuchen als Beratungsstelle Hilfsangebote unterbreitet. In Zusammenarbeit mit einem interdisziplinärem Fachteam (I-Team) und verschiedenen Netzwerkpartnern werden gezielte Interventionsmaßnahmen und Hilfsangebote umgesetzt.	Das I-Team setzt sich zusammen aus einer Vertreterin des Sozialamtes, einer Vertreterin des Jugendamtes, einer Kinder- und Jugendärztin und einer Kinderpsychologin, beide vom Gesundheitsamt.
D	Träger	Stadt Neubrandenburg – Fachbereich Schule, Kultur, Jugend und Sport Friedrich-Engels-Str. 53 17034 Neubrandenburg Unterstützung findet der MSPD auch durch Spenden einer breiten Öffentlichkeit und verschiedener Vereine, Verbände und Firmen.	
E	Bundesland	Mecklenburg-Vorpommern	
F	Krankenkassenbeteiligung	[Nein]	
G	KGC beteiligt	[Ja]	In (nationaler) Datenbank verzeichnet
H	GPK erfüllt	[Teilweise]	
J	Evaluationsergebnisse	[Ja] Verweis auf Evaluationsbericht der Hochschule Neubrandenburg, 2005 > dieser konnte aber nicht gefunden werden	Die Auswertung des Zahlenmaterials machte deutlich, dass durch den erfolgreichen Aufbau des MSPD und der Zusammenarbeit mit dem I-Team die Teilnahme der Kinder aus sozial benachteiligten Familien an Frühförderungsmaßnahmen verbessert werden konnte.
K	Art der Intervention	Netzwerkbildung, aufsuchende Beratung (zu Hause) In Form von Fallanalysen werden aus verschiedenen professionellen Blickwinkeln die Förderungen und andere notwendige Schritte eruiert. Bei bereits bekannten Familien wird im Betreuungsverlauf gemeinsam beurteilt, ob die empfohlenen Maßnahmen erfolgreich waren bzw. welche weiteren Handlungsbedarfe bestehen	
L	Lebenswelt/Setting	• Kommune • Familie	

5	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
M	Zugang	• Aufsuchend • Angebot selbst suchen • Vermittlung durch Geburtenmeldung in Klinik, Schwangerschaftsberatungsstellen, andere Familien Ein erstes Zusammentreffen mit den Familien fand in der ersten Projektphase über die Vermittlung durch das Sozialamt statt. Seit 2005 entstehen die Kontakte hauptsächlich über die Geburtenmeldung durch die Stadt, das Klinikum und Schwangerschaftsberatungsstellen. Viele Familien erfahren vom MSPD auch durch Empfehlung von anderen Familien, die bereits mit ihm zusammengearbeitet haben. Als Erfolg kann verbucht werden, dass 33,14 % der Familien, die mit dem MSPD zusammenarbeiten, von sich aus den Kontakt hergestellt haben.	
N	Adressierung		
N_1	Benennung der Adressatinnen und Adressaten der Intervention	Kinder aus sozial benachteiligten Familien (vor der Einschulung)	
N_2	Alleinerziehende	nicht als Adressatengruppe genannt, aber gut erreicht	Bei 53% der Familien die bisher vom MSPD aufgesucht wurden, handelt es sich um allein erziehende Eltern
N_3	Kinder (von Alleinerziehenden)	[Ja]	
N_4	(Werdende) Eltern (Alleinerziehende)	Keine Angabe	
O	Ziele der Intervention	Verbesserung der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten insbesondere der frühzeitigen Betreuung durch eine Frühförderstelle	
P	Handlungsfelder/ Dimensionen der Gesundheitsförderung	• Keines der 4 Handlungsfelder • In der Projektbeschreibung wird keine weitere Dimension angesprochen	

6	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
A	Projekttitel	Adebar – Beratung und Begleitung für Familien	
B	Datenbank	Gesundheitliche Chancengleichheit	http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/adebar http://www.gwa-stpauli.de/adebar.html
C	Akteursfeld	GWA St.Pauli-Süd e.V. / Kölibri Hamburger Hochstr.2 20359 Hamburg Projektpartner sind die Gemeinwesenarbeit St. Pauli Süd, das Kinderhaus am Pinnaßberg, der Kreisel e.V., das Nachbarschaftsheim St. Pauli sowie der Allgemeine Soziale Dienst (ASD) Altona und der ASD St. Pauli	
D	Träger	2004 wurde die Finanzierung durch Gelder aus der Rahmenvorgabe für die Weiterentwicklung der Jugendhilfe bzw. für sozialräumliche Angebotsentwicklung vom Bezirk Altona übernommen.	
E	Bundesland	Hamburg	
F	Krankenkassenbeteiligung	[Nein]	
G	KGC beteiligt	[Ja]	In (bundesweiter) Datenbank verzeichnet
H	GPK erfüllt	[Teilweise]	
J	Evaluationsergebnisse	[keine Angabe]	
K	Art der Intervention	Settingansatz, Kursangebote, Verhaltens- und Verhältnisprävention? Im Projekt sind vier Arbeitsbereiche integriert: Stadtteilentwicklung, Familienhebammenangebot, Familiencafé und Familiäre flexible Krisenhilfe	
L	Lebenswelt/Setting	• Kommune • Familie • Arztpraxis	
M	Zugang	• Aufsuchend • Komm-Struktur • Angebot selbst suchen	
N	Adressierung		
N_1	Benennung der Adressatinnen und Adressaten der Intervention	Schwangere/werdende Familien und Familien mit Kindern im Alter von bis zu zehn Jahren	
N_2	Alleinerziehende	• eine Adressatengruppe	Spezifisches Teilangebot im Projektbaustein „Familiencafé“: Alleinerziehendentreffs
N_3	Kinder (von Alleinerziehenden)	[keine Angabe]	0 bis 18 Jahre, In Projektbeschreibung werden Kinder als Adressaten genannt

6	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
N_4	(Werdende) Eltern (Alleinerziehende)	• AE Mütter und Väter • Frauen/Familien in besonders belasteten Lebenslagen. Dazu gehören sehr junge bzw. minderjährige Mütter, Familien mit Suchtproblemen, Familien mit großen finanziellen oder sozialen Schwierigkeiten, Familien, denen das Sorgerecht für ein voriges Kind entzogen wurde, und Schwangere bzw. Mütter, die psychisch belastet oder psychisch erkrankt sind (bezieht sich auf Bereich Familienhebammen)	
O	Ziele der Intervention	mit dem Ziel, die Familien in das bestehende Hilfesystem zu integrieren und ihnen, wenn nötig, individuelle Unterstützung zu geben. Förderung, Aktivierung und Befähigung der Familien spielen dabei ebenso eine Rolle wie die Veränderung der Strukturen des Stadtteils und der Aufbau von interdisziplinären Kooperationsbeziehungen. Durch den sehr niedrigschwelligen Zugang und die aktive Einbeziehung von Eltern und Kindern kann eine Stärkung der gesundheitsförderlichen Handlungsfähigkeit erwartet werden.	
P	Handlungsfelder/ Dimensionen der Gesundheitsförderung	• Keines der 4 Handlungsfelder • Empowerment • Strukturaufbau	

7	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
A	Projekttitel	„Familienlotsen“ im Rahmen des „FamilienNetzwerks Hamburg-Hamm“	
B	Datenbank	Gesundheitliche Chancengleichheit	http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/familienlotsen/
C	Akteursfeld	„FamilienNetzwerk Hamburg-Hamm“ = Zusammenschluss unterschiedlicher Partnerinnen und Partner (Caritasverband für Hamburg e. V., Haus Borgfelde, Das Rauhe Haus, Verband alleinerziehender Mütter und Väter Landesverband Hamburg, Internationaler Bund e. V., Alida Schmidt-Stiftung) In diesem Rahmen stellt die Alida Schmidt-Stiftung mit den „Familienlotsen“ zielgruppenspezifische, ressourcenorientierte Einzelfallhilfen zur Verfügung.	
D	Träger	Alida Schmidt-Stiftung – Bereich Frauen, Kinder und Familien Hamburger Straße 152 22083 Hamburg	
E	Bundesland	Hamburg	
F	Krankenkassenbeteiligung	[Nein]	
G	KGC beteiligt	[Ja]	Eintrag in (bundesweiter) Datenbank
H	GPK erfüllt	[Teilweise]	
J	Evaluationsergebnisse	[Ja] Friedrich, S. (2008): Die Aktivierung sozialer Netzwerke in der Sozialpädagogischen Familienhilfe. Dissertation, Universität Hamburg. URL: http://www.sub.uni-hamburg.de/opus/volltexte/2008/3655/pdf/dissend.pdf (07.04.2017) Evaluation der Methode: An dieser Evaluation zeigte sich, dass die Unterstützungsleistung, die die Familie aus ihrem sozialen Netzwerk ziehen konnte, in der Untersuchungsgruppe im Gegensatz zur Kontrollgruppe stärker war. Die Verfügbarkeit an Alltags- und Krisenunterstützung der Untersuchungsgruppe stieg, während die Unzufriedenheit mit dem aktuellen Ausmaß der Unterstützungsleistung um ein Drittel abnahm. Hinsichtlich der Effektivität der Familienhilfe wurden in der Untersuchungsgruppe aus Sicht der Klientel mehr schriftlich fixierte Hilfeplanziele erreicht. Nach Einschätzung der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen wurde der Einsatz der Methoden als erfolgreich bewertet, unter anderem durch die als gelungen empfundene Aktivierung der Klientennetzwerke, durch einen persönlichen Gewinn aus der Weiterbildung sowie durch eine begonnene oder bereits erfolgte Haltungsänderung in Richtung Ressourcenorientierung.	

7	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
K	Art der Intervention	Beratung „Familienlotsen“ = zielgruppenspezifische, ressourcenorientierte Einzelfallhilfen „ressourcenorientierten Netzwerkaktivierung“ der Klientennetzwerke	
L	Lebenswelt/Setting	- Kommune - Familie	
M	Zugang	- Aufsuchend - Vermittlung durch „familienNetzwerk“ Hamm	
N	Adressierung		
N_1	Benennung der Adressatinnen und Adressaten der Intervention	Das Angebot „Familienlotsen“ richtet sich an sozial benachteiligte Familien, allein erziehende Mütter mit ihren Kindern bis sechs Jahren, Schwangere sowie Teenagemütter oder Mütter mit psychischen Problemen	
N_2	Alleinerziehende	eine Adressatengruppe	
N_3	Kinder (von Alleinerziehenden)	[keine Angabe]	0 bis 18 Jahre, In Projektbeschreibung werden Kinder als Adressaten genannt
N_4	(Werdende) Eltern (Alleinerziehende)	- AE Mütter - allein erziehende Mütter mit ihren Kindern bis sechs Jahren	
O	Ziele der Intervention	„Ressourcenorientierte Netzwerkaktivierung“ verfolgt das Ziel, die informellen und privaten Netzwerke und Netzwerkstrukturen von sozial benachteiligten Personen unter anderem mit Hilfe von Netzwerkkarten, Familienkonferenzen oder Krisenplanungen zu stärken.	
P	Handlungsfelder/ Dimensionen der Gesundheitsförderung	- Keines der 4 Handlungsfelder - Ressourcenstärkung - Es sind Ansätze von Selbstmanagement erkennbar	

8	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
A	Projekttitel	Gesund Kurs halten in Lurup	
B	Datenbank	Gesundheitliche Chancengleichheit	http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/gesund-kurs-halten/ Folgeprojekt: http://www.gesundheit-lurup.de/index.php/geschaeftsstelle-fuer-gesundheitsfoerderung
C	Akteursfeld	Es wurde eine in das Stadtteilnetzwerk integrierte Geschäftsstelle für Gesundheitsförderung etabliert und Mittel zur niedrigschwelligen Projektförderung akquiriert. Folgeprojekt: Seit 2008 Geschäftsstelle für Gesundheitsförderung Lurup	
D	Träger	BÖV 38 e.V. Begegnung Bewegung Beteiligung in Lurup Böverstand 38 22547 Hamburg Die Geschäftsstelle wird von der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz gefördert. Eingebettet in ein Netzwerk von Luruper Vereinen, Initiativen, Einrichtungen, Institutionen, Unternehmen, Beschäftigungsträgern, Politik und Verwaltung	
E	Bundesland	Hamburg	
F	Krankenkassenbeteiligung	[Ja] BKK Landesverband Nord und der Techniker Krankenkasse (TK) sowie vormals BKK Bundesverbandes. Finanzierung erfolgt gemeinschaftlich (Fond)	Nachfolgeprojekt: http://www.gesundheit-lurup.de/index.php/tk-verfuegungsfonds
G	KGC beteiligt	[Ja]	In (bundesweiter) Datenbank verzeichnet
H	GPK erfüllt	[Ja]	
J	Evaluationsergebnisse	[Ja] Es ist ein Ergebnisbericht vorhanden. Titel des Berichts bzw. Kurzbeschreibung: Abschlussbericht „Gesund Kurs halten in Lurup“ www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/docext.php?id=22	Im Abschlussbericht 2008 keine Angaben zur Erreichung von Alleinerziehenden
K	Art der Intervention	Settingansatz, Multiplikatorenkonzept, Netzwerkbildung, Verhaltens- und Verhältnisprävention Ein moderierter Verstärkungsprozess verfolgt das Ziel, zusammen mit den Multiplikatorinnen und Multiplikatoren der Einrichtungen, aber auch mit engagierten Bewohnerinnen und Bewohnern Lurups den Bedarf an gesundheitsfördernden Initiativen und die vorhandenen Ressourcen der Quartiere Flisseviertel und Lüdersring/Lüttkamp sowie anderer Gebiete Lurups zu ermitteln und auszubauen.	

8	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
L	Lebenswelt/Setting	Kommune	
M	Zugang	Vermittlung durch Netzwerkpartner	
N	Adressierung		
N_1	Benennung der Adressatinnen und Adressaten der Intervention	Im Fokus stehen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die mit Kindern, Jugendlichen und deren Familien arbeiten.	
N_2	Alleinerziehende	eine Adressatengruppe	
N_3	Kinder (von Alleinerziehenden)	[Ja]	Im Folgeprojekt: Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ http://www.gesundheitslurup.de/index.php/gesund-aufwachsen
N_4	(Werdende) Eltern (Alleinerziehende)	AE Mütter und Väter	
O	Ziele der Intervention	Ziel des Projektes ist es, eine einladende, ressourcenorientierte Kultur der Zusammenarbeit und damit eine gesundheitsfördernde Grundhaltung im Stadtteil herauszubilden.	
P	Handlungsfelder/ Dimensionen der Gesundheitsförderung	- Bewegungsgewohnheiten - Ernährung - Suchtmittelkonsum - Strukturaufbau	Vgl. Abschlussbericht: An den Runden Tischen wurden gemeinsam die Handlungsfelder Ernährung, Bewegung, Suchtprävention und psychische Gesundheit als Schwerpunkte für die weitere Arbeit ausgewählt. im Folgeprojekt auch: seelische Gesundheit

9	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
A	Projekttitel	„Mut tut gut!“ – Stärkung der psychischen Gesundheit für erwerbslose Frauen	
B	Datenbank	Gesundheitliche Chancengleichheit	http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/mut-tut-gut/ http://www.donna-klara.de/navi_vertikal2.html
C	Akteursfeld	Durch die Mittelvergabe nach § 16 SGB II für kommunale soziale Begleitmaßnahmen ist eine wirkungsvolle und neuartige Kooperation in Kiel entstanden, die zugleich eine Sensibilisierung der Integrationsfachkräfte in den JobCentern für die Belange und Problemlagen von erwerbslosen psychisch belasteten Frauen ermöglicht. Die Landeshauptstadt Kiel hat die Finanzierung nach einer dreijährigen Modellphase übernommen	
D	Träger	Psychosoziale Frauenberatungsstelle donna klara 24116 Kiel	
E	Bundesland	Schleswig-Holstein	
F	Krankenkassenbeteiligung	[Nein]	
G	KGC beteiligt	[Ja]	In (bundesweiter) Datenbank verzeichnet
H	GPK erfüllt	[Teilweise]	
J	Evaluationsergebnisse	[Ja] Evaluationsbericht „Mut tut gut!“ – Ein Kurs zur Stärkung der psychischen Gesundheit erwerbsloser Frauen Die Qualitätsentwicklung und Ergebnissicherung sind in ein Qualitätsmanagementsystem eingebunden. In der Studie wurde u.a. untersucht, ob und wie stark sich durch die Teilnahme am Kurs die psychische Gesundheit, insb. Selbstwertgefühl und Depressivität, Selbstregulationsfähigkeit, Körperwahrnehmung und Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung verändern. Die Wirksamkeit des Angebotes wurde in den meisten der angestrebten Zielbereiche durch die Studie belegt. Die Ergebnisse belegen auch die gute inhaltliche und methodische Qualität des Konzeptes.	
K	Art der Intervention	Kursangebot „Mut tut gut!“ erstreckt sich über zehn Wochen und umfasst folgende Module: • Vorgespräche mit interessierten Frauen zur Motivierung, Einschätzung der psychischen und sozialen Voraussetzungen, Diagnostik und Passgenauigkeit der Maßnahme • 10-wöchiges Kursprogramm an drei Vormittagen in der Woche mit jeweils 3,5 Stunden • 5 begleitende Einzelgespräche à 60 Minuten • Abschlussgespräche, schriftliches Festhalten der Zielerreichung und der geplanten nächsten Schritte	Evtl. auch Inhalt der Intervention

9	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
L	Lebenswelt/Setting	- Kommune - Beratungsstelle	
M	Zugang	- Komm-Struktur - Angebot selbst suchen - Vermittlung durch Jobcenter, Beratungsstelle, Kooperationspartnerinnen und -partner Die Entscheidung über eine Teilnahme wird in einem von der Beratungsstelle geführten Vorgespräch gemeinsam mit der Interessentin getroffen.	Die Teilnahme an dem Kursangebot ist freiwillig. Eine Ansprache potentiell in Frage kommender Frauen geschieht sowohl durch donna klara als auch durch die Integrationsfachkräfte der JobCenter, überdies werden Infolyer über Kooperationspartnerinnen und -partner verteilt (Beratungsstellen, Selbsthilfeorganisationen, Arztpraxen)
N	Adressierung		
N_1	Benennung der Adressatinnen und Adressaten der Intervention	erwerbslose Frauen erwerbslose, psychisch belastete Frauen Voraussetzung für die Teilnahme ist der Bezug von Arbeitslosengeld II	
N_2	Alleinerziehende	nicht als Adressaten genannt, aber gut erreicht	Die Teilnehmerinnen sind fast ausschließlich allein lebend oder allein erziehend, überwiegend im Alter zwischen 30 und 50 Jahren
N_3	Kinder (von Alleinerziehenden)	[keine Angabe]	
N_4	(Werdende) Eltern (Alleinerziehende)	- AE Mütter - erwerbslose, psychisch belastete Frauen/Mütter	
O	Ziele der Intervention	emotionale und psychische Stabilisierung, um die individuellen Voraussetzungen zur Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bzw. zur Teilnahme an Qualifizierungsmaßnahmen zu verbessern	
P	Handlungsfelder/ Dimensionen der Gesundheitsförderung	Stressmanagement Es sind Ansätze von Selbstwirksamkeit, Selbstmanagement und Empowerment erkennbar	Kann Stressmanagement zugeordnet werden, wird aber nicht explizit als Handlungsfeld genannt

10	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
A	Projekttitel	Schutzengel	
B	Datenbank	Gesundheitliche Chancengleichheit und health inequalities	http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/schutzengel/ http://www.health-in-equalities.eu/projects/project-database/ http://www.schutzengel-flensburg.de/
C	Akteursfeld	Modellprojekt der Frühen Hilfen Seit Herbst 2006 wird „Schutzengel“ mit Unterstützung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie und Senioren Schleswig-Holstein in allen Kreisen und kreisfreien Städten des Landes umgesetzt. Die Landesvereinigung für Gesundheit Schleswig-Holstein begleitet diesen Prozess. • Die bis 2004 beim Kirchenkreis angestellte diakonische Familienbegleiterin • arbeitete im Schutzengelprojekt, zur Zeit ist die Familienbegleiterin beim • Förderverein Schutzengel e.V. angestellt, • die AOK Flensburg hat einen Teil des Abrechnungsverfahrens hausintern • umstrukturiert, • die Wohnungsbaugenossenschaft (Flensburger Arbeiter Bauverein) konnte mit • Städtebau-Fördermitteln zwei Wohnungen mietfrei zur Verfügung stellen.	
D	Träger	Schutzengel GmbH 24939 Flensburg	
E	Bundesland	Schleswig Holstein	
F	Krankenkassenbeteiligung	[Ja]	
G	KGC beteiligt	[Ja]	In (bundesweiter) Datenbank verzeichnet
H	GPK erfüllt	[Ja]	
J	Evaluationsergebnisse	[Ja] Luig Arlt, Helene L. Modellprojekt Schutzengel e.V. Abschlussbericht – Evaluation, Flensburg 2004 > Bericht nicht zugänglich	Die Ergebnisse der Evaluation konnten deutliche Hinweise erbringen, dass das Projekt des Schutzengelvereins in den Bereichen Erreichbarkeit der definierten Zielgruppe, Prävention und Gesundheitsförderung sowie innovativer Kooperation effektiv arbeitet. Das Konzept wird von den Evaluierenden als übertragbare und zukunftsweisende Arbeitsform eingeschätzt.

10	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
K	Art der Intervention	verhältnisgestützte Verhaltensprävention, Netzwerkaufbau 4 Bausteine: • Familienhebamme • Kindergarten Adelby 1 mit Elterntreff • Familienbegleiterin der Diakonie • Elterntreffpunkt/Familienzentrum	
L	Lebenswelt/Setting	• Kommune • Kita • Familie • Familienzentrum	
M	Zugang	• Aufsuchend • Komm-Struktur • Angebot selbst suchen • Vermittlung durch Netzwerkpartner	
N	Adressierung		
N_1	Benennung der Adressatinnen und Adressaten der Intervention	Familien bzw. Mütter in schwierigen sozialen Lebenslagen mit Kindern von null bis drei Jahren	
N_2	Alleinerziehende	• eine Adressatengruppe	
N_3	Kinder (von Alleinerziehenden)	[Ja]	
N_4	(Werdende) Eltern (Alleinerziehende)	• AE Mütter • AE Mütter mit Kindern von 0 bis 3 Jahren	
O	Ziele der Intervention	Zielsetzung des Projekts ist es, durch spezielle niedrigschwellige Frühe Hilfen (zum Beispiel Familienhebammen, Familienhelferinnen, Elterntreffpunkte) Hilfestellungen in den Familien zu geben, um Entwicklungsstörungen und gesundheitliche Probleme bei Kindern zu verringern oder zu verhindern, sowie • Verbesserung der Lebenssituation von Familien mit jungen Kindern • Kompetenzen der Eltern stärken, den Alltag besser zu bewältigen: Hilfe zur Selbsthilfe • Gesundheit fördern von Anfang an • Entwicklung der Kinder fördern • Erziehungspotenzial der Kinder fördern • Ressourcenschonende Umsetzung, da die vernetzten Träger untereinander und mit den beteiligten Hilfesystemen koordiniert sind • Stabilisierung vorhandener Netzwerkstrukturen und Füllen von Lücken • Niederschwellige Arbeit ermöglicht die Nutzung der etablierten Hilfesysteme • Steigerung der Lebensqualität der Familien durch den Elterntreffpunkt	
P	Handlungsfelder/ Dimensionen der Gesundheitsförderung	• Keines der 4 Handlungsfelder • Gesundheitskompetenz • Selbsthilfestärkung	

11	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
A	Projekttitel	Eutiner Babynetz	
B	Datenbank	Gesundheitliche Chancengleichheit	http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/eutiner-babynetz
C	Akteursfeld	Zu den am Netzwerk beteiligten Fachkräften und Institutionen gehören Behörden (Jugendamt, Sozialamt, Wohnungsamt), psychosoziale Beratungseinrichtungen, Beratungsstellen für Schwangere, die Klinik vor Ort, Praxen von Ärztinnen und Ärzten, Hebammen, heilpädagogische Praxen, eine Familienbildungsstätte, der Migrationsfachdienst, das Mutter-Kind-Haus, Träger von Qualifizierungsmaßnahmen, der Verband allein erziehender Mütter und Väter (VAMV), der Deutsche Kinderschutzbund und weitere Interessierte	
D	Träger	Das Eutiner Babynetz ist angesiedelt in der Kreisverwaltung und wird koordiniert durch die Beratungsstelle für Familienplanung und Schwangerschaftskonflikte des Kreises Ostholstein 23701 Eutin	
E	Bundesland	Schleswig-Holstein	
F	Krankenkassenbeteiligung	[Nein] Es stehen keine eigenständigen Projektmittel zur Verfügung. Die Finanzierung von Teilprojekten (zum Beispiel Wegweiser und Checkliste) erfolgt über geringe Spenden.	
G	KGC beteiligt	[Ja]	In (bundesweiter) Datenbank verzeichnet
H	GPK erfüllt	[Teilweise]	
J	Evaluationsergebnisse	[Nein]	Es ist kein Ergebnisbericht vorhanden.
K	Art der Intervention	Settingansatz, Kursangebote, Beratung Verhaltens- und Verhältnisprävention Die Angebotspalette reicht von medizinischen und psychosozialen Beratungs- und Versorgungsangeboten über praktische Hilfen nach der Geburt sowie Angebote der Frühförderung, berufliche Qualifizierungsangebote für junge Mütter, (Selbsthilfe-)Gruppen für Alleinerziehende und für junge Mütter bis hin zu stationären Hilfen für Mütter mit Kindern	
L	Lebenswelt/Setting	• Kommune • Familie • Familienzentrum • Beratungsstelle	
M	Zugang	• Komm-Struktur • Angebot selbst suchen • Vermittlung durch Netzwerkpartner	
N	Adressierung		
N_1	Benennung der Adressatinnen und Adressaten der Intervention	Schwangere und junge Familien	

11	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
N_2	Alleinerziehende	eine Adressatengruppe	
N_3	Kinder (von Alleinerziehenden)	[keine Angabe]	
N_4	(Werdende) Eltern (Alleinerziehende)	- AE Mütter und Väter - sehr junge Mütter, Alleinerziehende, Familien mit Migrationshintergrund und Familien, die aufgrund von Arbeitslosigkeit oder Erkrankung am Rande der Armutsgrenze leben	
O	Ziele der Intervention	Zielsetzung des Eutiner Babynetzes ist es, durch eine optimale Koordination von medizinischen, behördlichen und sozialen Beratungs- und Hilfsmöglichkeiten von der Schwangerschaft über die Entbindung bis hin ins Säuglingsalter die gesundheitliche Situation von Schwangeren und jungen Familien zu verbessern.	
P	Handlungsfelder/ Dimensionen der Gesundheitsförderung	- Keines der 4 Handlungsfelder - Selbstorganisation/Selbsthilfe - Strukturaufbau	

12	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
A	Projekttitel	Opstapje	
B	Datenbank	Grüne Liste Prävention	http://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/programm/16?a=opstapje
C	Akteursfeld	erforderliche Kooperationspartner: vor Ort anerkannter Träger der Jugendhilfe oder ein Wohlfahrtsverband.	Fachleute werden für Hausbesuche geschult und führen dann Programm durch
D	Träger	IMPULS Deutschland gGmbH. Frühe Bildung in der Familie, 28217 Bremen	
E	Bundesland	Bund	
F	Krankenkassenbeteiligung	[Nein]	
G	KGC beteiligt	[keine Angabe]	
H	GPK erfüllt	[Teilweise]	
J	Evaluationsergebnisse	[Ja] „Die Darstellung der Ergebnisse zeigt sehr eindrücklich, dass die Untersuchungstichprobe insgesamt einen deutlichen Entwicklungsfortschritt aufweist. Aus den Follow-up Untersuchungen geht deutlich hervor, dass für die Kinder eine weiterführende Förderung wichtig ist, um die zu Programmende erreichte Leistungssteigerungen bzw. Kompetenzen langfristig zu sichern.“ http://www.dji.de/bibs/321_3261lund_vortrag_abschlussstaging.pdf	
K	Art der Intervention	Kursangebot Verhaltensprävention, verhältnisgestützte Verhaltensprävention > Ansatzpunkt Familiäre Gesundheitsförderung Das Programm dauert 18 Monate und findet im Wesentlichen zu Hause statt. Es werden geschulte Laienhelferinnen eingesetzt, die die Gehstruktur des Programms umsetzen. Diese stammen aus dem Umfeld der Zielpopulation und werden durch sozialpädagogische Fachkräfte geschult, angeleitet und unterstützt. Durch die Hausbesuche wird eine Alltagsnähe hergestellt, so dass Veränderungen von Verhaltensmustern im Kontext des Familienalltags stattfinden können. Dadurch werden Transferverluste vermieden und entwicklungsförderliche Interaktionen zwischen Eltern und Kindern gefördert. Im ersten Programmjahr finden die Hausbesuche wöchentlich statt, im zweiten Programmjahr 14-tägig.	
L	Lebenswelt/Setting	• Familie • Kommune	
M	Zugang	• Aufsuchend	
N	Adressierung		

12	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
N_1	Benennung der Adressatinnen und Adressaten der Intervention	Kleinkinder ab 18 Monaten und deren Eltern in bildungsfernen und sozial benachteiligten deutschen Familien und in Familien mit Migrationshintergrund, die andere Angebote der Familienbildung und Erziehungshilfe nicht in Anspruch nehmen und für die es in der aktuellen Lebenssituation schwierig ist, auf die Bedürfnisse ihrer Kinder angemessen einzugehen. Mögliche Gründe dafür können strukturelle soziale Benachteiligung wie Armut, Arbeitslosigkeit oder ungünstige Wohnverhältnisse sein, aber auch Konflikte, Trennung / Scheidung, Alleinerziehen oder Überforderung, chronische Erkrankungen und andere psychosoziale Probleme.	
N_2	Alleinerziehende	eine Adressatengruppe	
N_3	Kinder (von Alleinerziehenden)	[Ja]	
N_4	(Werdende) Eltern (Alleinerziehende)	- AE Mütter und Väter - Eltern in Trennung/Scheidung	
O	Ziele der Intervention	„Empowerment“: Vorhandene Kompetenzen und Ressourcen der Familien nutzen und erweitern, die Eigenverantwortung stärken; Aufbau eines sozialen Netzwerkes für die teilnehmenden Familien, Wissen über Entwicklung und Erziehung vermitteln; Aufhebung der sozialen Isolation durch neue Kontakte und Erfahrungsaustausch sowie Anregung zur gegenseitigen Unterstützung; Weitergabe von Informationen bezogen auf den Entwicklungsstand der Kinder. Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung durch Steigerung der Erziehungskompetenzen und Sensibilisierung der Eltern für altersspezifische Bedürfnisse der Kinder. Den Eltern neue Möglichkeiten aufzeigen, die Entwicklung ihrer Kinder zu fördern. Die Eltern sollen ihr Selbstwertgefühl verbessern, ihre personale Kontrolle optimieren und mehr Lebenszufriedenheit gewinnen. Kinder in der altersgerechten Entwicklung unterstützen, die Kinder in ihrer Spielentwicklung stimulieren und im Umgang mit verschiedenen Materialien erfahren machen. Kinder in ihrer sprachlichen und kognitiven Entwicklung anregen und Lernerfahrungen im Bereich der Motorik, Sensomotorik und Wahrnehmung vermitteln und in der altersgerechten Entwicklung durch Förderung sozialer und emotionaler Fähigkeiten unterstützen, Autonomie und Selbstbestimmung fördern. Qualität und Frequenz von Eltern-Kinder-Interaktionen verbessern, entwicklungsförderliche Interaktionsmuster initiieren, einüben und stabilisieren, das Familiensystem entlasten, Familienressourcen identifizieren, mobilisieren und erweitern, die Integration in das soziale Umfeld optimieren.	
P	Handlungsfelder/ Dimensionen der Gesundheitsförderung	- Keines der 4 Handlungsfelder - Empowerment - Ressourcenstärkung - Autonomie - Es sind Ansätze von Selbstwirksamkeit und Gesundheitskompetenz erkennbar.	

13	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
A	Projekttitel	Eltern-AG	
B	Datenbank	Gesundheitliche Chancengleichheit und Grüne Liste Prävention	http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/eltern-ag/ http://www.eltern-ag.de/elternag/startseite
C	Akteursfeld	Kooperationspartner Geschulte Multiplikatorinnen und Multiplikatoren Eltern-AG kooperiert langfristig mit Trägern der freien Wohlfahrtspflege, die in der Kinder- und Jugendhilfe aktiv sind oder in diesem Bereich tätig werden wollen und unterstützt diese bei der Umsetzung vor Ort. Für die Durchführung der Elternkurse werden pädagogische Fachkräfte sowie Personen, die anderweitig entsprechende Qualifikationen nachweisen können, im Konzept ELTERN-AG fortgebildet. Die MAPP-Empowerment gGmbH ist anerkannter Träger der Kinder- und Jugendhilfe.	
D	Träger	MAPP-Empowerment gGmbH 39112 Magdeburg	
E	Bundesland	Sachsen-Anhalt, Bund	
F	Krankenkassenbeteiligung	[Ja] Kooperationspartner sind vorrangig Träger der Kinder- und Jugendhilfe. Sie haben die Möglichkeit, finanzielle Zuschüsse bei den für sie zuständigen Jugendämtern oder auch anderen Finanzträgern wie Krankenkassen, Stiftungen etc. einzuwerben oder zu beantragen, um dann Eltern-AG bei sich vor Ort anbieten zu können.	
G	KGC beteiligt	[Ja]	In (bundesweiter) Datenbank verzeichnet
H	GPK erfüllt	[Teilweise]	
J	Evaluationsergebnisse	[Ja] http://www.nexusinstitut.de/de/arbeits-forschungsbereiche/buergergesellschaft-globalisierung-und-identitaet/40-laufende-projekte/184-projekt-eltern-ag „Die ELTERN-AG erreicht nachweislich die Zielgruppe sozial benachteiligter Eltern. Die Ergebnisse zeigen, dass die Eltern beim Abschluss des Programms durchschnittlich sehr zufrieden mit der ELTERN-AG sind. Die Zwischenergebnisse zeigen, dass die Eltern ihre Erfahrungen aus der ELTERN-AG auch ein halbes Jahr nach Abschluss des Programms noch als „ziemlich nützlich“ bis „sehr nützlich“ für ihren aktuellen Erziehungsalltag einschätzen.“	58 % der teilnehmenden Eltern sind alleinerziehend (Böhm & Schneider, 2013).
K	Art der Intervention	Kursangebot, verhältnisgestützte Verhaltensprävention Vorlaufphase, Initialphase und Konsolidierungsphase In der Initialphase werden die ersten zehn Sitzungen durchgeführt. Sie teilt sich in einen Wissensvermittlungsteil („Schlaue Eltern“), in einen Entspannungsteil („Relax“) und in einen Diskussionsteil individueller Erziehungsfragen („Mein aufregender Elternalltag“)	

13	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
L	Lebenswelt/Setting	• Kommune • Kita • Familienzentrum	
M	Zugang	• Aufsuchend (im Stadtteil) • Komm-Struktur • Angebot selbst suchen • Vermittlung durch Mentorinnen und Mentoren und Kooperationspartner	
N	Adressierung		
N_1	Benennung der Adressatinnen und Adressaten der Intervention	Zielgruppe sind Familien in besonders belastenden Lebenslagen mit Kindern im Vorschulalter	
N_2	Alleinerziehende	• eine Adressatengruppe	
N_3	Kinder (von Alleinerziehenden)	[Ja]	
N_4	(Werdende) Eltern (Alleinerziehende)	• Kriterium: AE Mütter und Väter • Kriterium: niedriger Schulabschluss • Kriterium: keinen Ausbildungsabschluss • Kriterium: Arbeitslosigkeit • Kriterium: Migrationshintergrund • Kriterium: chronische gesundheitliche Probleme • Kriterium: minderjährige/r Mutter/Vater	Das Adressatengruppenkriterium Alleinerziehendenstatus trifft auf Personen zu, die alleinerziehend sind und einen überdurchschnittlich schwierigen beruflichen und finanziellen Status haben.
O	Ziele der Intervention	Durch Wertschätzung und Stärkenorientierung unterstützt ELTERN-AG Mütter und Väter bei der erfolgreichen Gestaltung des Erziehungs- und Familienalltags. Das Programm zielt über die Arbeit mit den Eltern auf die Förderung der emotionalen, sozialen und kognitiven Kompetenzen der Kinder, die Verbesserung der familiären Beziehungen, die Stärkung der Kooperationsfähigkeit mit vorhandenen Unterstützungsangeboten sowie die Vernetzung der Eltern in Nachbarschaft und Sozialraum.	
P	Handlungsfelder/ Dimensionen der Gesundheitsförderung	Stressmanagement Es sind Ansätze von Ressourcenstärkung erkennbar	

14	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
A	Projekttitel	Traumfrauen – vom anderen Leben	Nachfolgeprojekt „Eltern-Info-Cafe“ seit Anfang 2017
B	Datenbank	Hinweis von Fr. Tews, KinderStärken e.V.	
C	Akteursfeld	Kooperationsprojekt von TdA, Stadtverwaltung Stendal, altmärkisches Museum, Jugendclub „Mad Club“, KinderStärken e.V., Institut für Berufliche Bildung AG und INVITE e.V. im Auftrag des Jobcenters Stendal	
D	Träger	Theater der Altmark (TDA) 39576 Stendal in Kooperation mit Institut für Berufliche Bildung AG und INVITE e.V., Institut an der Hochschule Magdeburg-Stendal	Träger Anschlussprojekt: KinderStärken e.V., Stadtteilmanagement Stendal-Stadtsee
E	Bundesland	Sachsen-Anhalt	
F	Krankenkassenbeteiligung	[Nein] Finanzierung durch Jobcenter Stendal	Finanzierung Anschlussprojekt im Rahmen des Stadtteilmanagements
G	KGC beteiligt	[Nein]	
H	GPK erfüllt	[Teilweise]	
J	Evaluationsergebnisse	[Ja] Durch INVITE e.V., Evaluationsbericht liegt vor. Es zeigen sich für einige bedeutende Zielparameter des Projekts (z.B. Eigenverantwortung, Soziale Unterstützung, Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen) Hinweise auf eine Wirkung, die auf die Maßnahme zurückzuführen ist. Für viele Zielparameter konnten keine signifikanten Effekte gefunden werden. Das betrifft etwa die Interpersonalen Konflikte, das Selbstwertgefühl sowie das Selbstwirksamkeitserleben, die soziale Verantwortung, sowie den allgemeinen Optimismus.	
K	Art der Intervention	Modellprojekt	zeitlich begrenztes Theaterprojekt
L	Lebenswelt/Setting	• Keine Angabe	
M	Zugang	• Komm-Struktur • Vermittlung durch Jobcenter	
N	Adressierung		
N_1	Benennung der Adressatinnen und Adressaten der Intervention	alleinerziehende langzeitarbeitslose Frauen und Männer	
N_2	Alleinerziehende	Ausschließlich/spezifisch	
N_3	Kinder (von Alleinerziehenden)	[keine Angabe]	
N_4	(Werdende) Eltern (Alleinerziehende)	• AE Mütter und Väter • Alleinerziehende, langzeitarbeitslose Mütter und Väter	

14	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
O	Ziele der Intervention	1. Über eine konkrete Tätigkeit (sozialversicherungspflichtige Beschäftigung) der Teilnehmer/innen sowie die künstlerische Auseinandersetzung mit dieser Tätigkeit ihre eigene Einstellung und Fähigkeit zur Arbeit zu reflektieren. 2. Mögliche zukünftige Arbeit der Teilnehmer/innen und die gesamte Lebenssituation der Beteiligten zu hinterfragen. 3. Die Motivation aller zu stärken, um den Teilnehmern/innen die Integration in Arbeit nach dem Projekt zu erleichtern, bei der beruflichen Orientierung zu helfen und die Hemmnisse zur Vermittlung abzubauen. 4. Eine mögliche Selbstwertverbesserung oder einen Perspektivwechsel der Teilnehmer/innen durch die Theaterarbeit und die Beschäftigung zu erreichen. Das entscheidende Stichwort hierbei lautet: „Motivation“.	
P	Handlungsfelder/ Dimensionen der Gesundheitsförderung	• Keines der 4 Handlungsfelder • Selbstwirksamkeit	

15	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
A	Projekttitel	Wir2 / Bindungstraining für Alleinerziehende	
B	Datenbank	Grüne Liste Prävention und Gesundheitliche Chancengleichheit (abgeschlossenes Vorläuferprojekt PALME)	http://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/programm/60?a=wir2 http://www.wir2-bindungstraining.de/
C	Akteursfeld	Das Projekt wird angeboten und realisiert in Kooperation mit • Jugendämtern • Jobcentern • Familienzentren und -beratungsstellen • Lokale Büros der Wohlfahrtsverbände • Kitas oder Kindergärten sowie deren Träger • Psychosomatische (Reha-)Kliniken • (gesetzliche) Krankenkassen • Bürgerstiftungen	Vorgängerprojekt PALME http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/?idx=45895
D	Träger	wir2 Bindungstraining für Alleinerziehende Life Science Center Düsseldorf 40225 Düsseldorf	
E	Bundesland	Bisher: Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Baden-Württemberg	Aufbau von Kooperationen bundesweit möglich
F	Krankenkassenbeteiligung	[Ja] Finanzierung durch Walter Blüchert Stiftung und lokale Jugendämter	Vgl. Kooperationspartner http://www.wir2-bindungstraining.de/wir2-fuer-alleinerziehende/standorte/
G	KGC beteiligt	[Ja]	In (bundesweiter) Datenbank erfasst.
H	GPK erfüllt	[Teilweise]	Lt. Grüne Liste Prävention: Stufe 3: Effektivität nachgewiesen
J	Evaluationsergebnisse	[Ja] Weihrauch, 2014: Randomisierte, kontrollierte Studie mit Follow-up nach 6 Monaten Die Ergebnisse zeigen signifikante Verbesserungen im Hinblick auf depressive Symptome, die allgemeine psychische Belastung, die psychogene Beeinträchtigung und Teilaspekte der emotionalen Kompetenz (Akzeptanz eigener Emotionen). Die Kinder der PALME-Teilnehmerinnen wiesen nach der Intervention ein positiveres Selbstkonzept auf.	
K	Art der Intervention	Kursangebot manualisiertes, strukturiertes Elternt raining Verhaltensprävention	
L	Lebenswelt/Setting	• Kita • Kommune Mittlerweile auch verschiedene Franchisepartner	http://www.wir2-bindungstraining.de/wir2-fuer-alleinerziehende/standorte/
M	Zugang	• Komm-Struktur • Angebot selbst suchen • Vermittlung durch Kooperationspartner	

15	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
N	Adressierung		
N_1	Benennung der Adressatinnen und Adressaten der Intervention	Psychosozial belastete alleinerziehende Mütter mit Kindern im Alter von 4-6 Jahren	Lt. Homepage bereits tlw. Ausweitung auf AE mit 3 bis 10-jährigen Kindern, AE Väter, Grundschule, alle AE
N_2	Alleinerziehende	Ausschließlich/spezifisch	
N_3	Kinder (von Alleinerziehenden)	[Ja]	
N_4	(Werdende) Eltern (Alleinerziehende)	- AE Mütter - Psychosozial belastete alleinerziehende Mütter mit Kindern im Alter von 4-6 Jahren	
O	Ziele der Intervention	Förderung von alleinerziehenden Müttern und ihren Kindern. Stärkung der kindlichen Persönlichkeit durch gezielte Förderung der individuellen emotionalen und sozialen Kompetenzen, zum Schutz vor Gewalt und Suchtabhängigkeit. Förderung der Basisfähigkeiten, die für den späteren Lernerfolg unverzichtbar sind: Selbst- und Fremdwahrnehmung, Einfühlungsvermögen, Kommunikations- und Konfliktfähigkeit, Wahrnehmung von Selbstwirksamkeit und Eigenkompetenz, Motivations- und Leistungsfähigkeit und Beziehungsfähigkeit.	
P	Handlungsfelder/ Dimensionen der Gesundheitsförderung	- Keines der 4 Handlungsfelder - Selbstwirksamkeit - Es sind Ansätze von Ressourcenstärkung erkennbar	

16	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
A	Projekttitel	Zukunft für Kinder in Düsseldorf – Hilfen für Kinder und Familien in Risikolagen	
B	Datenbank	Projektdatenbank Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen	https://www.lzg.nrw.de/praevention/dist/index.php/search/view?prouid=236048
C	Akteursfeld	Kreis Düsseldorf mit folgenden Kooperationspartnern: Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Düsseldorf, Jugendamt der Landeshauptstadt Düsseldorf, Düsseldorfer Geburtskliniken und Kinderkliniken, niedergelassene Kinderärztinnen und Kinderärzte, Institutionen der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz, Universitätsklinik Ulm (Forschungsauftrag, Evaluation), Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst, lögd (Erstellung der Fachtaugungsdokumentation), Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V., Heidelberg und Deutsches Jugendinstitut, München.	
D	Träger	Landeshauptstadt Düsseldorf, Gesundheitsamt	
E	Bundesland	Nordrhein-Westfalen	
F	Krankenkassenbeteiligung	[Nein]	
G	KGC beteiligt	[keine Angabe]	
H	GPK erfüllt	[Teilweise]	
J	Evaluationsergebnisse	[Ja] Dokumentation/ Evaluation wurde veröffentlicht Aus der Projektevaluation geht die Wirksamkeit des Programms differenziert hervor.	www.duesseldorf.de/gesundheitsamt/kinder_und_jugendliche/zukunft_fuer_kinder/medien
K	Art der Intervention	Settingansatz Verhältnisprävention, auch verhältnisgestützte Verhaltensprävention Mit allen Düsseldorfer Kliniken wurde ein gemeinsamer Anmeldebogen zum Projekt entwickelt. Mittels dieses Assessments erfolgen Meldungen der Kliniken in eine eigens eingerichtete Clearingstelle im Gesundheitsamt. Die Clearingstelle für das Projekt soll als zentrales städtisches Angebot während der ersten drei Lebensjahre für Kinder und Mütter (bzw. Eltern) mit erhöhtem medizinischen und sozialen Risiko das Gelingen einer koordinierten und optimalen individuellen Nach- bzw. Vorsorge nach der Entlassung aus der Geburtsklinik sicherstellen.	
L	Lebenswelt/Setting	• Kommune • Familie • Krankenhaus • Sonstiges: Gesundheitshilfe und Jugendhilfe	
M	Zugang	• Aufsuchend • Komm-Struktur • Vermittlung durch Geburtskliniken	

16	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
N	Adressierung		
N_1	Benennung der Adressatinnen und Adressaten der Intervention	Adressatinnen und Adressaten des Projektes „Zukunft für Kinder Düsseldorf“ sind insbesondere Eltern mit niedrigem Bildungsniveau, psychischen Störungen, Herkunft aus zerrütteten fam. Verhältnissen und/oder mangelnden Bewältigungsfähigkeiten. Weitere Einschlusskriterien sind disharmonische Partnerschaften, frühe Elternschaft (<18 Jahre), unerwünschte Schwangerschaft und/oder Ein-Eltern-Familie sowie das Leben in beengten Wohnverhältnissen und mangelnde soziale Integration. Kinder, die aufgrund medizinischer oder sozialer Fragestellungen während der ersten drei Lebensjahre in besonderer Weise fortlaufender Beobachtung bedürfen und Familien mit Kindern, die an einer chronischen Krankheit oder Behinderung leiden bzw. hiervon bedroht sind.	
N_2	Alleinerziehende	eine Adressatengruppe	
N_3	Kinder (von Alleinerziehenden)	[Ja]	
N_4	(Werdende) Eltern (Alleinerziehende)	AE Mütter und Väter	
O	Ziele der Intervention	Durch frühzeitige Hilfeplanung sollen für die Altersgruppe der 0-3jährigen Kinder mit medizinischen und sozialen Risiken sowie ihren Eltern bereits nach der Entlassung aus der Geburtsklinik mit Hilfe gezielter Frühförderung, Jugendhilfe- und Gesundheitshilfemaßnahmen drohende Vernachlässigung, Langzeitdefizite sowie Misshandlungsrisiken verhindert werden.	
P	Handlungsfelder/ Dimensionen der Gesundheitsförderung	Keines der 4 Handlungsfelder Strukturaufbau	

17	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
A	Projekttitel	Netzwerk für Familien (NeFF), Dormagen	
B	Datenbank	Gesundheitliche Chancengleichheit	http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/netzwerk-fuer-familien-neff-dormagen
C	Akteursfeld	Das NeFF ist eine von fünf Säulen des Dormagener Präventionsprogramms und wird kontinuierlich durch einen Mitarbeiter des Jugendamtes koordiniert. Die inhaltlichen Richtungsentscheidungen trifft eine Lenkungsgruppe.	
D	Träger	Stadt Dormagen 41539 Dormagen	https://dormagen.de/kinder-jugend-familie/netzwerk-fuer-familien/
E	Bundesland	Nordrhein-Westfalen	
F	Krankenkassenbeteiligung	[Nein]	
G	KGC beteiligt	[Ja]	In (bundesweiter) Datenbank aufgeführt
H	GPK erfüllt	[Ja]	
J	Evaluationsergebnisse	[Ja] Jugendamt Dormagen (Hrsg.) 2011: Dormagener Qualitätskatalog der Kinder- und Jugendhilfe, Ein Modell kooperativer Qualitätsentwicklung. Opladen & Farmington Hills: Barbara Budrich. (2. Auflage) Evaluation durch die Universität Düsseldorf (Veröffentlichung in Vorbereitung) Kosteneffektivität: Die Inobhutnahmen der unter sechsjährigen Kinder ist zurückgegangen und die Kosten für Hilfen zu Erziehung sind nahezu stabil geblieben. Gelungener Kommunikation zwischen Eltern und Pädagogen: fast alle Kinder Dormagens besuchen inzwischen eine Kindertageseinrichtung.	
K	Art der Intervention	Settingansatz verhältnisgestützte Verhaltensprävention Akteure ein, die an der Gestaltung eines gesunden Aufwachsens mitarbeiten: Kindertagesstätten und Familienzentren, Grund- und weiterführende Schulen, Träger der Berufsorientierung, Jobcenter, Kinderärzte und -ärztinnen, Gynäkolog/innen, Geburtsklinik und Kinderklinik Neuss, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst des Rheinkreises Neuss, Schulaufsicht Rheinkreis Neuss, Familienbildungsstätten und Tagespflegefachkräfte	
L	Lebenswelt/Setting	• Kommune • Kita • Schule • Familie	
M	Zugang	• Aufsuchend • Komm-Struktur • Angebot selbst suchen • Vermittlung durch Netzwerkpartner	

17	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
N	Adressierung		
N_1	Benennung der Adressatinnen und Adressaten der Intervention	Institutionen und Personen vorrangig aus den Handlungsfeldern Erziehung, Bildung, Gesundheit und Jugendhilfe, die sich gemeinsam für die Unterstützung junger Familien in der Stadt stark machen wollen und zu den Aktivitäten des Netzwerkes beitragen können. Diese Netzwerkaktivitäten sollen letztlich den Kindern und ihren Familien zu Gute kommen	
N_2	Alleinerziehende	eine Adressatengruppe AG Elternbildung. Diese beschäftigt sich mit der Frage, wie Eltern bei der Erziehung ihrer Kinder unterstützt werden können. In Elternzentren werden Kurse durchgeführt, die auch spezielle Angebote für Alleinerziehende einschließen	
N_3	Kinder (von Alleinerziehenden)	[Ja]	
N_4	(Werdende) Eltern (Alleinerziehende)	AE Mütter und Väter	
O	Ziele der Intervention	NeFF eine wichtige Voraussetzung dafür, dass die in Dormagen entwickelte Präventionskette zur Gestaltung gelingender Übergänge zwischen den Lebensphasen von Kindern und Jugendlichen	
P	Handlungsfelder/ Dimensionen der Gesundheitsförderung	- Keines der 4 Handlungsfelder - Strukturaufbau	

18	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
A	Projekttitel	kleine pänz – starke familie Kostenlose Eltern-Kind-Gruppen für Familien in benachteiligten Lebenssituationen/ Armutswohngebieten	
B	Datenbank	Projektdatenbank Landeszentrum für Gesundheit Nordrhein-Westfalen	https://www.lzg.nrw.de/praevention/dist/index.php/search/view?prouid=236374
C	Akteursfeld	Als Kooperationspartner des Projektes sind angegeben: GAG AG Veedel e.V., Rheinenergie Stiftung Familie, Outbackstiftung, Sozialraumkoordinatorin, Interkultureller Dienst, ASD und Gesundheitsamt der Stadt Köln	
D	Träger	wir für pänz e.V. 50670 Köln	
E	Bundesland	Nordrhein-Westfalen	
F	Krankenkassenbeteiligung	[Nein]	
G	KGC beteiligt	[keine Angabe]	
H	GPK erfüllt	[Teilweise]	
J	Evaluationsergebnisse	[Nein] Eine Fremdevaluation ist geplant.	Laut Angaben des Trägers ist die Wirksamkeit des Angebotes nachgewiesen, da festgestellt wird, dass die Erziehungskompetenz der Mütter gesteigert wird.
K	Art der Intervention	Kursangebot Verhaltensprävention kostenlose Eltern-Kind-Gruppen in verschiedenen Kölner Armutswohngebieten sechs für jeweils acht bis zehn Mütter mit ihren Säuglingen und Kleinkindern. Die Gruppentreffen finden wöchentlich an einem Vormittag für zwei bis drei Stunden statt.	
L	Lebenswelt/Setting	• Kommune • Beratungsstelle	
M	Zugang	• Komm-Struktur • Angebot selbst suchen	
N	Adressierung		
N_1	Benennung der Adressatinnen und Adressaten der Intervention	Familien mit Risikofaktoren (Armut, Arbeitslosigkeit, Migrationshintergrund, bildungsfern, alleinerziehend, minderjährig etc.)	
N_2	Alleinerziehende	• eine Adressatengruppe	
N_3	Kinder (von Alleinerziehenden)	[Ja]	
N_4	(Werdende) Eltern (Alleinerziehende)	• AE Mütter	
O	Ziele der Intervention	Ziel ist die Bekämpfung von Isolation sowie die Re-Integration in Erwerbsarbeit und die Bewältigung von Partnerschaftskonflikten.	
P	Handlungsfelder/ Dimensionen der Gesundheitsförderung	• Keines der 4 Handlungsfelder • Ressourcenstärkung	

19	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
A	Projekttitel	Wohnen für Hilfe – Wohnpartnerschaften in Köln	
B	Datenbank	Projektdatenbank Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen	https://www.lzg.nrw.de/praevention/dist/index.php/search/view?prouid=243162
C	Akteursfeld		
D	Träger	Stadt Köln, Universität zu Köln und Seniorenvertretung der Stadt Köln	
E	Bundesland	Nordrhein-Westfalen	
F	Krankenkassenbeteiligung	[Nein]	
G	KGC beteiligt	[keine Angabe]	
H	GPK erfüllt	[Teilweise]	
J	Evaluationsergebnisse	[Ja] Dokumentation wurde veröffentlicht unter dem Titel: Evaluationsbericht 2014 Darin wird herausgestellt, dass der Austausch zwischen den Generationen und Personengruppen zur Steigerung der Lebenszufriedenheit geführt hat.	
K	Art der Intervention	Das Projekt vermittelt Wohnpartnerschaften zwischen Kölner Bürgern und Kölner Studierenden. Wohnraumanbieter sind Menschen, die in einer eigenen Wohnung oder in einem Haus leben und Unterstützung in alltäglichen Dingen benötigen.	
L	Lebenswelt/Setting	• Kommune • Familie	
M	Zugang	• Vermittlung durch Universität zu Köln und Seniorenvertretung	
N	Adressierung		
N_1	Benennung der Adressatinnen und Adressaten der Intervention	Wohnpartnerschaften zwischen Kölner Bürgern und Kölner Studierenden. Es können sich Seniorinnen, Senioren, Familien, alleinerziehende Personen oder auch Menschen mit Behinderung als Wohnraumanbieter zur Verfügung stellen.	
N_2	Alleinerziehende	• eine Adressatengruppe	
N_3	Kinder (von Alleinerziehenden)	[Ja]	
N_4	(Werdende) Eltern (Alleinerziehende)	• AE Mütter und Väter	
O	Ziele der Intervention	Verbesserung der Versorgung bzw. Behandlung. Studierende erhalten bei diesen Menschen Wohnraum und zahlen dafür keine Miete, sondern unterstützen den Wohnraumanbieter in alltäglichen Dingen. Zum Beispiel im Haushalt, Garten, beim Einkauf oder bei der Kinderbetreuung.	
P	Handlungsfelder/ Dimensionen der Gesundheitsförderung	• Keines der 4 Handlungsfelder • Es sind Ansätze von Selbsthilfeförderung erkennbar	

20	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
A	Projekttitel	Endlich fragt mich mal einer	71332 Waiblingen
B	Datenbank	Gesundheitliche Chancengleichheit	http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/endlich-fragt-mich-mal-einer/
C	Akteursfeld	„Planungsgruppe Gesundheitliche Lage von Alleinerziehenden und ihren Kindern im Rems-Murr-Kreis“ (im Folgenden Planungsgruppe) ergeben: • Kreissozialamt: Sozialer Dienst, • Kreisjugendamt: Beratung und Information für Alleinerziehende, Bezirkssozialdienst, • Diakonische Bezirksstelle Backnang, • Katholisches Bildungswerk Waiblingen, • Verein Kinder- u. Jugendhilfe Backnang. e.V.: Beratungsstelle, • Stadt Waiblingen: Frauenbeauftragte, • Gesundheitsamt: Gesundheitsberichterstattung Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung.	
D	Träger	Landratsamt Rems-Murr-Kreis Gesundheitsamt 71332 Waiblingen	
E	Bundesland	Baden- Württemberg	
F	Krankenkassenbeteiligung	[Nein]	
G	KGC beteiligt	[Ja]	In (bundesweiter) Datenbank veröffentlicht
H	GPK erfüllt	[Teilweise]	
J	Evaluationsergebnisse	[Nein] Die Qualitätsentwicklung und Ergebnissicherung sind nicht in ein Qualitätsmanagementsystem eingebunden.	
K	Art der Intervention	Befragung von Institutionen und Betroffenen (alleinerz. Eltern)	
L	Lebenswelt/Setting	• Kommune	
M	Zugang	• Vermittlung/Kontaktaufnahme durch Planungsgruppe	
N	Adressierung		
N_1	Benennung der Adressatinnen und Adressaten der Intervention	Allein Erziehende im Rems-Murr-Kreis	
N_2	Alleinerziehende	• Ausschließlich/spezifisch	
N_3	Kinder (von Alleinerziehenden)	[keine Angabe]	
N_4	(Werdende) Eltern (Alleinerziehende)	• AE Mütter und Väter • Türkischsprachige AE	Fragebogen wurde ins Türkische übersetzt

20	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
O	Ziele der Intervention	„Ziel ist es, allein Erziehende darin zu unterstützen, ihre Situation so zu gestalten, dass sie und ihre Kinder jetzt und zukünftig gesund sind und bleiben. Dazu gehört, dass vorhandene Angebote wirklich dort ankommen, wo sie benötigt werden, evtl. bedarfsgerecht umgestaltet werden können, neu geschaffen und wo nötig ausgebaut werden.“ (Einführung Ergebnisbericht) „Durch Befragung von allein Erziehenden selbst, kann die Situation regional erfasst werden. Ergänzt wird dies durch eine Erhebung bei den Fachdiensten und Institutionen, so dass auch aus deren Perspektive die (Versorgungs-) Lage ersichtlich wird. Auf dieser Grundlage kann dann nachhaltig die Situation von allein Erziehenden verbessert werden. Mit unterschiedlichen Effekten: • Den allein Erziehenden und ihren Kindern geht es aktuell besser. • Die zukünftigen Entwicklungschancen der Kinder verändern sich zum Positiven • Langfristig kann der finanzielle Input sinken, da autonome Versorgung angestrebt wird und Folgekosten für Unterhalt und Krankheitsnachsorge gesenkt werden.“ (Landkreis Rems-Murr-Kreis, 2008, S. 6, Ergebnisbericht)	
P	Handlungsfelder/ Dimensionen der Gesundheitsförderung	• Keines der 4 Handlungsfelder • Strukturaufbau im Setting • Selbstwirksamkeit	

21	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
A	Projekttitel	Mehrgenerationenhaus München	
B	Datenbank	Gesundheitliche Chancengleichheit	http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/mehrgenerationenhaus-muenchen/
C	Akteursfeld	Der Verein ist als Träger der freien Jugendhilfe anerkannt. Seit 2006 ist das ETC auch Träger des Mehrgenerationenhauses Unter den Arkaden am Harthof. Zahlreiche Firmen unterstützen die Arbeit des Vereins. Das Mehrgenerationenhaus ist ein Projekt im Rahmen des Aktionsprogrammes Mehrgenerationenhäuser des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Träger des Hauses ist das ETC.	http://www.bewohner-treff-harthof.de/sozialraum/mehrgenerationenhaus.html
D	Träger	Euro-Trainings-Centre e.V. 80937 München	
E	Bundesland	Bayern	
F	Krankenkassenbeteiligung	[Nein]	
G	KGC beteiligt	[Ja]	In (bundesweiter) Datenbank verzeichnet
H	GPK erfüllt	[Teilweise]	
J	Evaluationsergebnisse	[keine Angabe]	
K	Art der Intervention	verhältnisgestützte Verhaltensprävention Netzwerkaufbau Das MGH lebt als Selbsthilfeeinrichtung von der aktiven und engagierten Mitarbeit der Menschen am Harthof. Unterstützt werden sie von einigen fest angestellten Mitarbeitern, die meist eine sozialpädagogische Ausbildung haben.	
L	Lebenswelt/Setting	• Kommune	
M	Zugang	• Aufsuchend (in Mehrgenerationenhaus) • Komm-Struktur • Angebot selbst suchen	
N	Adressierung		
N_1	Benennung der Adressatinnen und Adressaten der Intervention	Die Bewohner und Bewohnerinnen der Sozialwohnungen sind meist minderverdienende, junge und kinderreiche Familien, Alleinerziehende (22,8%), Rentner mit geringer Rente, Arbeitslose und Empfänger von Transferleistungen.	
N_2	Alleinerziehende	• eine Adressatengruppe	
N_3	Kinder (von Alleinerziehenden)	[keine Angabe]	
N_4	(Werdende) Eltern (Alleinerziehende)	• AE Mütter und Väter	

21	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
O	Ziele der Intervention	Das MGH ist ein Ansprechpartner für die Belange der Bürgerinnen und Bürger am Harthof und unterstützt den Aufbau stabiler Nachbarschaften und Bewohnerstrukturen. Es erbringt generationenübergreifende nachbarschaftliche Dienstleistungen und verbessert das gegenseitige Verständnis zwischen Familien und Alleinstehenden, zwischen Jung und Alt. Der in Selbsthilfe organisierte, öffentliche Raum und Treffpunkt für Familien mit Kindern setzt sich für die Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität von Frauen, Kindern und Familien ein und stärkt die Rolle der Frau in Familie und Gesellschaft. Hauptziele des Projektes sind u.a.: • wohnortnahe Angebote • die Hinführung zu Selbsthilfe und Selbstorganisation • die Aktivierung eines selbst tragenden Nachbarschaftsnetzes mit bürgerlichem Engagement durch vorhandene und neue Strukturen im Stadtteil • die Beratung und Unterstützung bei Alltagsproblemen • die Stärkung der gegenseitigen Akzeptanz • die Nutzung der Ressourcen von SeniorInnen (z. B. als Thekenkräfte oder Paten) • die Bildung und Qualifizierung (Integranet, Hausaufgabenbetreuung) • die Einbindung beeinträchtigter Menschen (Mithilfe im Projekt) • die Schaffung von Beschäftigungsangeboten • die Vernetzung bereits bestehender Angebote • der Einbezug der lokalen Ökonomie	
P	Handlungsfelder/ Dimensionen der Gesundheitsförderung	• Keines der 4 Handlungsfelder • Selbstorganisation/ Selbsthilfestärkung • Ressourcenstärkung • Strukturaufbau	

22	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
A	Projekttitel	allfa beta	
B	Datenbank	Gesundheitliche Chancengleichheit	http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/allfabeta
C	Akteursfeld	Alleinerziehendenarbeit und Behindertenhilfe	http://www.allfa-m.de/allfa_beta.htm
D	Träger	siaf e.V. 81667 München	
E	Bundesland	Bayern	
F	Krankenkassenbeteiligung	[Nein] unter anderem von „Aktion Mensch“ finanziert	
G	KGC beteiligt	[Ja]	In (bundesweiter) Datenbank veröffentlicht
H	GPK erfüllt	[Teilweise]	
J	Evaluationsergebnisse	[Ja] „Orientiert man sich an den Aussagen der Nutzerinnen des Kontaktnetzes hat „allfa beta“ die in der Konzeption formulierten Aufgaben jedoch in vollem Umfang und auf hohem Niveau erreicht. Als besonders erfolgreich haben sich diesbezüglich die im Rahmen der Selbsthilfeförderung gemachten Gruppenangebote erwiesen. Viele der im Rahmen der Modellbegleitung befragten Frauen erklärten, dass sich ihre psychosoziale Befindlichkeit (Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl, allgemeine Stimmung) durch den Austausch mit anderen Frauen deutlich verbessert habe, die Gefahr einer sozialen Isolation gebannt werden konnte und sie im Umgang mit der belastenden Lebenssituation insgesamt kompetenter geworden seien.“ (Sozialwissenschaftliches Institut München, 2010, S.62)	
K	Art der Intervention	Settingansatz, Kursangebot, Beratungsangebot, Vernetzung im Setting	
L	Lebenswelt/Setting	• Kommune • Nachbarschaftshaus/Stadtteilzentrum/Beratungsstelle	
M	Zugang	• Komm-Struktur • Angebot selbst suchen • Vermittlung durch Institutionen und Organisationen, die im Bereich der Alleinerziehendenarbeit und der Behindertenhilfe tätig sind	
N	Adressierung		
N_1	Benennung der Adressatinnen und Adressaten der Intervention	alleinerziehende Mütter mit behinderten Kindern oder Kindern mit chronischer Krankheit	
N_2	Alleinerziehende	• Ausschließlich/spezifisch	

22	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
N_3	Kinder (von Alleinerziehenden)	[keine Angabe]	
N_4	(Werdende) Eltern (Alleinerziehende)	• AE Mütter mit behinderten Kindern oder Kindern mit chronischer Krankheit	
O	Ziele der Intervention	Ziel der Intervention ist es, die Frauen in ihrer Lebenssituation zu stärken und somit auch das Wohlbefinden der Familien nachhaltig zu fördern und insgesamt die Lebenssituation der Zielgruppe positiv zu beeinflussen. Der Austausch und die gegenseitige Unterstützung sollen, so die Projektidee, auf alle Bereiche des Alltags stärkend ausstrahlen, auch und gerade auf die physische und psychische Gesundheit der Frauen. Autonomie und Selbstbewusstsein der Frauen sollen gestärkt werden. Das Projekt möchte den Alleinerziehenden mithilfe eines zielgruppenspezifischen Selbsthilfekonzeptes bei der Selbstorganisation unterstützen.	
P	Handlungsfelder/ Dimensionen der Gesundheitsförderung	• Stressmanagement • Selbstorganisation/ Selbsthilfestärkung • Autonomie • Es sind Ansätze von Empowerment erkennbar	

23	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
A	Projekttitel	Sozialpaten im Bündnis für Augsburg	
B	Datenbank	Gesundheitliche Chancengleichheit	http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/sozial-paten-im-buendnis-fuer-augsburg/
C	Akteursfeld	Projekt im Bündnis für Augsburg Kooperation des Freiwilligen-Zentrum Augsburg mit dem Amt für Soziale Leistungen der Stadt Augsburg	http://www.armutsp-raevention.augsburg.de/index.php?id=13377
D	Träger	Freiwilligen-Zentrum Augsburg gGmbH 86150 Augsburg	
E	Bundesland	Bayern	
F	Krankenkassenbeteiligung	[Nein]	
G	KGC beteiligt	[Ja]	In (bundesweiter) Datenbank verzeichnet
H	GPK erfüllt	[Teilweise]	
J	Evaluationsergebnisse	[Nein]	
K	Art der Intervention	Verhaltensprävention In den Sprechstunden klären die Sozialpatinnen und -paten die aktuelle Lage der Rat Suchenden, überprüfen die Einkommenssituation und die Möglichkeit weiterer sozialer Hilfen, erarbeiten gemeinsam mit den Betroffenen Haushaltspläne und Schuldenaufstellungen sowie leiten Verhandlungen mit den Gläubigern in die Wege. Weiterhin vermitteln sie an Fachberatungsstellen und Ämter. Durch die neu hinzugekommene Aufklärung über gesundheitliche Prävention werden beispielsweise an Sucht erkrankte Personen auch an die dafür zuständigen Einrichtungen verwiesen.	
L	Lebenswelt/Setting	• Kommune • Beratungsstelle	
M	Zugang	• Komm-Struktur • Angebot selbst suchen • Vermittlung durch Kooperationspartner	
N	Adressierung		
N_1	Benennung der Adressatinnen und Adressaten der Intervention	Menschen in sozialen Notlagen und finanziellen Schwierigkeiten	
N_2	Alleinerziehende	• eine Adressatengruppe	
N_3	Kinder (von Alleinerziehenden)	[keine Angabe]	
N_4	(Werdende) Eltern (Alleinerziehende)	• AE Mütter und Väter	

23	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
O	Ziele der Intervention	Ziel ist es, eine niedrigschwellige „Hilfe zur Selbsthilfe“ für Menschen in sozialen Notlagen und finanziellen Schwierigkeiten zu bieten, die nah an deren Lebensumfeld angesiedelt ist und möglichst früh greifen soll, um einer weiteren Verschlimmerung der sozialen, aber auch gesundheitlichen Situation der Betroffenen vorzubeugen Hilfestellung für verschuldete Haushalte • Überwindung von Notlagen bei Multiproblemen • Einsatz von freiwilligen (Sozialpaten) in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Fallmanagern der Sozialregionen • Unterstützung in Form von Begleitdiensten • Hilfe bei der Geldverwaltung • frühestmögliche Hilfestellung in Notsituationen • Sicherstellung von Wohnraum und Energiezufuhr	2007 wurde die Thematik „Gesundheitliche Prävention im sozialen Engagement“ seit November 2007 in die Schulung der Sozialpatinnen und -paten aufgenommen. Sie sollen die Betroffenen zu bleibenden gesundheitsfördernden Verhaltensänderungen anleiten. Dies betrifft beispielsweise Suchtprobleme oder andere Formen psychischer Belastung.
P	Handlungsfelder/ Dimensionen der Gesundheitsförderung	• Suchtmittelkonsum • Selbsthilfestärkung	

24	DIMENSION	INDIKATOREN/KATEGORIEN	ERGÄNZUNGEN
A	Projekttitel	Entwicklung kommunaler Strategien zur Armutsprävention bei Alleinerziehenden. Prekäre Lebenslagen und die Vernetzung öffentlicher Hilfen zur Eingliederung in den Arbeitsmarkt am Beispiel der Stadt Nürnberg	
B	Datenbank	Datenbank des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung	http://www.iab.de/765/section.aspx/Projektdetails/k090423p01
C	Akteursfeld	Modellprojekt zur Netzwerkbildung und Entwicklung kommunaler Strategien zur Armutsprävention bei Alleinerziehenden	http://www.dji.de/index.php?id=499
D	Träger	Stadt Nürnberg und Deutsches Jugendinstitut	
E	Bundesland	Bayern	
F	Krankenkassenbeteiligung	[Nein] Laufzeit 2002 bis 2004 Finanziert durch Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	
G	KGC beteiligt	[keine Angabe]	
H	GPK erfüllt	[Teilweise]	
J	Evaluationsergebnisse	[Ja] Mit dem Handlungskonzept wurden u.a. Checklisten zur Verankerung und Umsetzung kommunaler Handlungskonzepte zur Förderung der Teilhabe von Alleinerziehenden veröffentlicht.	www.dji.de/fileadmin/user_upload/napra/handlungskonzept.pdf
K	Art der Intervention	Netzwerkbildung unterschiedlicher Akteure im Setting Kommune Verhaltensprävention	
L	Lebenswelt/Setting	• Kommune • Familie • Betrieb	
M	Zugang	• Komm-Struktur	
N	Adressierung		
N_1	Benennung der Adressatinnen und Adressaten der Intervention	Alleinerziehende, die Sozialhilfe (Stand 2002) beziehen	
N_2	Alleinerziehende	• Ausschließlich/ spezifisch	
N_3	Kinder (von Alleinerziehenden)	[keine Angabe]	
N_4	(Werdende) Eltern (Alleinerziehende)	• AE Mütter und Väter	
O	Ziele der Intervention	Das Projekt zielte darauf, ein kommunales Handlungskonzept zur nachhaltigen Einmündung Alleinerziehender aus der Sozialhilfe in den Arbeitsmarkt zu entwickeln. Dabei sollten am Beispiel der Alleinerziehenden prekäre Lebenslagen und die Vernetzung öffentlicher Hilfen zur Eingliederung in den Arbeitsmarkt modellhaft entwickelt und erprobt werden	
P	Handlungsfelder/ Dimensionen der Gesundheitsförderung	• keines der 4 Handlungsfelder • Strukturaufbau	

6.2 Interview-Leitfaden Expertengespräche

Dieser Interviewleitfaden wurde für das Fokusgruppengespräch und ab Punkt 2 für die telefonischen Einzelinterviews genutzt.

1. Begrifflichkeiten

Welche Begriffe werden a) über die und b) von den Adressatinnen und Adressaten bevorzugt gewählt?

- Alleinerziehende (bzw. allein Erziehende)
- Ein-Eltern-Familien
- Nachfolge-/Stief-/Patchwork-Familien

2. Lebenslagen

Welche Lebenslagen werden in der Arbeit vorrangig adressiert?

- (allein erziehende) Mütter
- (allein erziehende) Väter
- (Einzel-/Geschwister-)Kinder in Ein-Eltern-Familien
- Folge-/Patchwork-Familien
- Kinderreiche Familien
- Weitere

Hieraus ergeben sich mglw. unterschiedliche Bedeutungen des „Wordings“ oder auch „Labelings“, siehe auch unten.

3. Bedarfslagen

Welche besonderen Bedarfe werden in der Arbeit mit Alleinerziehenden erfahren/fokussiert/herausgestellt?

- Armutsbewältigung/-reduktion bzw. finanzielle Unterstützung
- Kinderbetreuungsbedarfe
- Hilfe bei Trennungskonflikten
- Erziehungsberatung/-austausch/-coaching
- weitere

3a. spezielle Ausdifferenzierungserfordernisse

- Ein- bzw. Mehrkind-Familien
- Kindesalter
- Alter der Eltern
- Soziale Isolation (z.B. Art der Beziehung/Unterstützung durch anderen Elternteil, aktuelle Partnerschaftssituation, Unterstützung durch Verwandte)
- Spezifische ethnische Hintergründe (zB. herkunftsdeutsche Desintegrationsproblematik („White trash“), Migrationshintergründe)

3b. Permanenz der Problemlagen

- Dauer
- Verstetigung/Armutsspirale
- Relevante Altersspannen
- Sozialräumliche , demographische, regionale Lage , z. B.
 - Stadt-Land-Gefälle
 - Ost- West-Differenzierung

3c. Korrelationen der Problemlagen

- Armut
- Arbeitslosigkeit
- Sozial- oder familienrechtliche Verknüpfungen
- Finanzielle Auswirkungen, z. B.
 - Unterhaltsvorschuss
 - Hartz IV/Kindergrundsicherung

Wird dabei in den jeweiligen Fällen alleinerziehend als vor- oder nachrangige Problemlage betrachtet?

4. Gesundheitliche Situation von Alleinerziehenden

Inwieweit decken sich die Ergebnisse des RKI zu Alleinerziehenden mit Erfahrungen aus der praktischen Arbeit?

- relevante Unterschiede alleinerziehender Mütter wie insb.
 - Geringere Lebenszufriedenheit
 - Körperliche und psychische Beeinträchtigungen
 - Gesundheitsriskante Verhaltensweisen

bilden sich überwiegend bei verheiratet getrenntlebenden Müttern ab, abnehmend weniger bei ledigen, geschiedenen bzw. verwitweten Alleinerziehenden.

Bei Adjustierung nach sozialer Lage (SES) löst sich die Spezifik fast vollständig auf, lediglich für emotionale und Verhaltensprobleme von Kindern wird noch eine (abgeschwächte) Signifikanz ausgewiesen.

Offene Frage: Wie relevant erscheint die Art des Trennungsprozesses für gesundheitliche Beeinträchtigungen von Müttern/Vätern und Kindern?

5. Gesundheitsförderung

Welche Strategien und Handlungsansätze der Gesundheitsförderung werden (explizit/ implizit) angewendet? Welche sind erfolgversprechend?

- Sozialräumliche Strategien
 - z.B. Quartiersmanagement
- Projekte
- Kurse
- Kampagnen
 - z.B. Sensibilisierung von Fachkräften (Kita, Schule)
- Kernprinzipien der Familiären Gesundheitsförderung
 - Advocate, Enable, Mediate
- Präventionsketten

Auf welche (Projekt)Datenbanken bzw. Interventionen/Interventionsstudien können Sie verweisen?

6. Stigmatisierungsgefahr

Welche Gefahren werden gesehen bei a) expliziter Thematisierung und b) bei Dethematisierung?

- am Arbeitsplatz
- bei der Arbeitsplatzsuche
- in Kitas
- in Schulen
- im Wohnumfeld/Stadtteil

Wie werden Gefahren von Stigmatisierung in der Praxis beobachtet?
Welche Klebeeffekte werden beobachtet?

7. Zentrale Erkenntnisquellen

Woraus speisen sich Erkenntnisse und Wissen über Alleinerziehende im Wesentlichen?

- Erfahrungswissen
- Grundposition/-wahrnehmung im eigenen Verband
- Eigene Befragungen
- Statistiken
- Wissenschaftliche Studien, zB. KiGGS
- Standard-Definitionen, zB. Familienbericht, Bundesgesundheitsbericht

6.3 Interview-Leitfaden für Experteninterviews

Der nachstehende Interviewleitfaden wurde für die schriftlichen (E-Mail) Interviews genutzt.

Fragecluster

Name des/der Rückmeldenden:

1: ja | 2: eher ja | 3: weiß nicht/unzutreffend | 4: eher nein | 5: nein | und/oder Freitextangabe

LEBENSLAGEN	
Welche Lebenslagen werden in Ihrer Arbeit vorrangig adressiert?	
• (allein erziehende) Mütter	
• (allein erziehende) Väter	
• (Einzel-/Geschwister-) Kinder in Ein-Eltern-Familien	
• Folge-/Patchwork-Familien	
• Kinderreiche Familien	
• Weitere	

BEDARFSLAGEN	
Welche besonderen Bedarfe werden in der Arbeit mit Alleinerziehenden erfahren/fokussiert/herausgestellt?	
• Armutsbewältigung/-reduktion bzw. finanzielle Unterstützung	
• Kinderbetreuungsbedarfe	
• Hilfe bei Trennungskonflikten	
• Erziehungsberatung/-austausch/-coaching	
• Weitere	

3a. spezielle Ausdifferenzierungserfordernisse	
• Ein- bzw. Mehrkind-Familien	
• Kindesalter	
• Alter der Eltern	
• Soziale Isolation (zB. Art der Beziehung/Unterstützung durch anderen Elternteil, aktuelle Partnerschaftssituation, Unterstützung durch Verwandte)	
• Spezifische ethnische Hintergründe (zB. herkunftsdeutsche Desintegrationsproblematik („White trash“), Migrationshintergründe)	
• Behinderung/chronische Erkrankung des Kindes/der Eltern	
• Weitere	

3b. Permanenz der Problemlagen	
• Dauer	
• Verstetigung/Armutsspirale	
• Relevante Altersspannen	
• Sozialräumliche, demographische, regionale Lage, z. B.	
• Spezifische ethnische Hintergründe (zB. herkunftsdeutsche Desintegrationsproblematik („White trash“), Migrationshintergründe)	
– Stadt-Land-Gefälle	
– Ost-West-Differenzierung	

3c. Korrelationen der Problemlagen	
• Armut	
• Arbeitslosigkeit	
• Sozial- oder familienrechtliche Verknüpfungen	
• Finanzielle Auswirkungen, z. B.	
– Unterhaltsvorschuss	
– Hartz IV/Kindergrundsicherung	
Wird dabei in den jeweiligen Fällen alleinerziehend als vor- oder nachrangige Problemlage betrachtet?	

GESUNDHEITLICHE SITUATION VON ALLEINERZIEHENDEN	
Inwieweit decken sich die Ergebnisse des RKI (Rattay et al, 2014) zu Alleinerziehenden mit Erfahrungen aus der praktischen/Ihrer wissenschaftlichen Arbeit?	
• relevante Unterschiede alleinerziehender Mütter (im Vergleich zu Müttern in Partnerschaften) wie insb.	
– Geringere Lebenszufriedenheit	
– Körperliche und psychische Beeinträchtigungen	
– Gesundheitsriskante Verhaltensweisen	
bilden sich überwiegend bei verheiratet getrenntlebenden Müttern ab, abnehmend weniger bei ledigen, geschiedenen bzw. verwitweten Alleinerziehenden.	
Bei Adjustierung nach sozialer Lage (SES) löst sich die Spezifik fast vollständig auf, lediglich für emotionale und Verhaltensprobleme von Kindern wird noch eine (abgeschwächte) Signifikanz ausgewiesen.	
Offene Frage: Wie relevant erscheint die Art des Trennungsprozesses für gesundheitliche Beeinträchtigungen von Müttern/ Vätern und Kindern?	

GESUNDHEITSFÖRDERUNG	
Welche Strategien und Handlungsansätze der Gesundheitsförderung werden bisher (explizit/ implizit) angewendet? Welche sind erfolgversprechend?	
• Sozialräumliche Strategien – z. B. Quartiersmanagement • Projekte • Kurse • Kampagnen – z. B. Sensibilisierung von Fachkräften (Kita, Schule) • Kernprinzipien der Familiären Gesundheitsförderung – Advocate, Enable, Mediate – Präventionsketten	
Auf welche (Projekt)Datenbanken bzw. Interventionen/Interventionsstudien können Sie verweisen?	

STIGMATISIERUNGSGEFAHR	
Welche Gefahren werden gesehen bei a) expliziter Thematisierung und b) bei Dethematisierung?	
• am Arbeitsplatz • bei der Arbeitsplatzsuche • in Kitas • in Schulen • im Wohnumfeld/ Stadtteil	
Wie werden Gefahren von Stigmatisierung in der Praxis beobachtet?	
Welche Klebeeffekte werden beobachtet?	

ZENTRALE ERKENNTNISQUELLEN	
Woraus speisen sich Erkenntnisse und Wissen über Alleinerziehende im Wesentlichen?	
• Erfahrungswissen • Grundposition/-wahrnehmung im eigenen Verband • Eigene Befragungen • Statistiken • Wissenschaftliche Studien, z. B. KiGGS • Standard-Definitionen, z. B. Familienbericht, Bundesgesundheitsbericht	

6.4 Ergebnisprotokolle aus Expertengesprächen

Nachstehend finden sich exemplarische relevante Ergebnisse aus dem Fokusgruppeninterview und Ergebnisse von telefonischen Einzelinterviews. Diese beruhen auf Ergebnisprotokollen und Audio-mitschnitten der jeweiligen Gespräche. Die Darstellung richtet sich nach der Gliederung der Fragen-cluster, die in Kapitel 3.2.1 sowie Anlage 7.2. und 7.3. abgebildet wurde.

6.4.1 Fokusgruppengespräch am 06.01.2017 in Berlin

Ort: Gesundheit Berlin-Brandenburg, Friedrichstr. 231, 10 9060 Berlin

Vgl. Anhang 7.2.

Zu 1. Begriffe

VAMV: benutzen beide Begriffe, Alleinerziehende und Einelternfamilien

„Betroffene“ selbst sehen sich oft nicht als alleinerziehend

SHIA (Berlin): verwenden eher Einelternfamilie,

Betroffene scheue sich oft, sich als alleinerziehend zu bezeichnen, empfinden es teilweise als stigmatisierend

Gibis: Von erreichten Familien (Projekt Familien in Not) sind 60 % Einelternfamilien, steht aber bei der Beratung nicht im Vordergrund

VAMV: tw. bewusste Entscheidung für Familienform, besonders bei „Single Schwangeren“

Einwand von Fr. Schäfer(s): Begriff AE überholt (getrennt erziehend besser)

SHIA Brb: AE oft noch als unvollständig empfunden/gesehen

Kristin Bliß: Begriff „Einelternfamilien“ eventuell aus Sicht des Kindes nicht geeignet (haben ja 2 Eltern)

Fazit: verschiedene Typen von AE/Einelternfamilien, Diversität

Zu 2. Lebenslagen

SHIA: Problemlage: oft gut gebildete Mütter, die AE werden, verlieren oft beruflichen Anschluss

Bzw. arbeiten in weniger qualifizierten Arbeitsverhältnissen

- Ae. Mütter nehmen Angebote wahr
- Ae. Väter: Lebensform ist evtl. öfter bewusste Entscheidung, mit aktiver Suche nach Unterstützungsangeboten

Zu 3. Bedarfslagen

VAMV: Wohl des Kindes steht im Vordergrund z. B. Bedarf an Trennungsmoderation, zur wirtschaftlichen Situation/Beratung

SHIA Berlin: Bedarf Kindergrundsicherung

- Finanzielle Schwierigkeiten bei Wechselmodell, weil Tagessätze gekürzt werden

Gibis: vor allem Kinderbetreuung

Andere Teilnehmende: Umgang, Unterhalt, Rolle des/ Beziehung zum Vater, Weg (zurück) ins Berufsleben, sozialer Rückhalt/ Kontakt zu anderen Familien

- Bei zusätzlicher „Belastung“ (Behinderung Kind, Frühgeburt, usw) häufiger Trennung
- frühzeitigere Angebote wären nötig, damit es nicht zur Trennung kommt
- Je älter das Kind, desto größer ist Bedarf an Erziehungsberatung (Harmonie mit Kind, Bedürfnisse des Kindes wachsen)
- K. Brendel: Zugangsgrund zu welcome ist unterschiedlich, dann werden alle Bedarfe abgedeckt
- Oft auch Bedarf an Zeit, Zuwendung
- Konflikte mit Vater (z. B. um Unterhalt) führen oft zu Verschlechterung der Beziehung zwischen Vater und Kind > ggf. Bedarf an psychologischer Betreuung für das Kind
- SHIA Berlin: auch Bedarf an Zeit für Eltern > „Zeit für mich“ allein, hat präventive Wirkung in Bezug auf Gesundheit
- SHIA Brb.: Oft zu wenig Selbstbewusstsein der Eltern, sozialer Rückzug
- Konflikte der Eltern werden tw. auf Rücken der Kinder ausgetragen > noch mehr Prävention aus Sicht der Kinder notwendig
- Projektarbeit z. B. Babylotsen ist gut, aber zu wenig Kontinuität in der Finanzierung
- Permanenz der Problemlage noch zu wenig erforscht
- Mehr Regelangebote mit interdisz. Angeboten bereitstellen „alles unter einem Dach“
- Problemlagen enden nicht mit neuer Partnerschaft > auch aus Sicht der Kinder weiterhin Bedarfe
- Nach Stabilisierungsphase kann auch neue Konfliktsituation entstehen

Zu 4. Gesundheitliche Situation

- Viele geben an, mit Status (AE) zufrieden zu sein
- Schlechte ökonomische Situation hat starke Auswirkungen
- Art des Trennungsprozesses hat Auswirkungen auf psychische Faktoren der Eltern und Kinder

VAMV: Situation/Probleme vor Trennung bleiben bei Trennung bestehen

Trennung muss verarbeitet werden/Trennungsprozess

- Ressource: Berufsausbildung, Berufseinstieg

Zu 5. Gesundheitsförderung und Prävention

SHIA Berlin: AE kommen oft erst in absoluter Notsituation

VAMV: Angebote müssen stärker im Sozialraum verankert sein

- Aufsuchende Angebote gut, Wege ansonsten oft zu weit/Belastung, Stress zu groß
- vgl. auch Antworten bei anderen Fragen

zu 6. Stigmatisierung

VAMV: weniger in Kita (positiver Prozess über die Jahre), Schule,

eher in Jobcenter

SHIA Berlin: AE vermuten oft Stigmatisierung

Teilweise Stigmatisierung im Wohnumfeld, Bekannte

Eigene Schambesetzung von AEs

SHIA Brb: Fokus auf Kind, dann erübrigt sich Herangehensweise über Familienform

zu 7. Erkenntnisquellen

keine konkreten Rückmeldungen.

Wellcome: Kein Erkenntnis-, sondern ein Umsetzungsdefizit (breite Zustimmung)

aber Widerspruch formuliert: Dies widerspricht der Diskussion!

Experteninterview mit Dr. Stefanie Sperlich

Medizinische Hochschule Hannover. Durchgeführt durch Miriam Boger am 04.02.2017

S: Hinweis auf wissenschaftlichen Zugang,

Erkenntnisse stammen aus Datensatz von ca. 3000 Müttern, AE waren repräsentativ eingeschlossen

- hat Auswertungen bzgl. der Lebenssituation von Müttern gemacht, dabei auf AE gestoßen

Zu 1. Lebenslagen

AE wurden in der Forschung häufig als homogene Gruppe betrachtet, aber es ist wichtig, unterschiedliche Lebenslagen zu betrachten.

Unterschiede bzgl. Erwerbssituation > erwerbstätig ja/nein

- erwerbstätige haben weniger finanzielle Sorgen, aber es geht ihnen nicht unbedingt besser bzgl. der Belastungen z. B. Vereinbarkeit Beruf-Familie
- Belastungsprofile unterscheiden sich in einzelnen Gruppen
- Gesundheitsförderung muss an konkrete Lebenssituation angepasst sein

- weitere Lebenslagen sind anhand von strukturellen Merkmalen klassifizierbar:
- erwerbstätige AE, haben häufiger höhere Schulbildung, und jüngstes Kind ist schon älter
- nicht erwerbstätige mit älteren Kindern sind oft diejenigen, die geringere Schulbildung und dadurch weniger Chancen auf dem Arbeitsmarkt haben
- Zeitpunkt der Mutterschaft, evtl. musste Schule/Ausbildung/Studium unterbrochen werden und es gab Hindernisse beim Wiedereinstieg
- größere finanzielle Sorgen/Armutsproblematik

Belastungsfaktoren:

- finanzielle Sorgen
- Vereinbarkeit Beruf und Familie
- Wahrnehmung von Belastungen durch die berufliche Situation
- Probleme aufgrund des ständigen Familieneinsatzes
- Probleme mit den Kindern (Konflikte mit den Kindern, Schulprobleme, Erziehungsprobleme)
- Unterschiedliche Gruppen haben unterschiedliche Belastungsprofile, es gibt keine Gruppe, die in allen Bereichen besser abschneidet
- Verweis auf Publikation

Zu 2. Bedarfslagen

- muss individuell abgestimmt sein
z. B. bei Müttern (hat nur Mütter betrachtet) mit Kindern unter 3 Jahren ist Erhöhung der Erwerbstätigkeit bis zu Vollzeit erwerbstätigkeit nicht immer sinnvoll, da es auch zusätzliche Belastungen mit sich bringt/bringen kann
- dazu auch Studien, die VZ-Erwerbstätigkeit nicht empfehlen (wenn Kinder noch sehr jung sind)
- besondere Bedarfslage bei AE mit älteren Kindern, die noch nicht (wieder) erwerbstätig sind:
 - Erwerbsintegration
 - Qualifizierungsmaßnahmen (damit AE qualifizierte Beschäftigung bekommen, die zum Lebensunterhalt ausreicht)
- Vorteile von Weiterqualifikation (Selbstbild, Mutter-Kind-Interaktion) (vgl. DJI, 2005, Unterstützung für Alleinerziehende)
- Wahlmöglichkeiten müssen da sein. Z. B. auch nicht vorschreiben, dass jemand VZ-berufstätig sein muss

Weiterqualifikation:

- Schnittstellen zur psychischen Gesundheit
- Selbstwertgefühl, Familienklima
- Vollzeiterwerbstätigkeit bei AE korrelierte in Studie von Fr. Sperlich mit gesundheitsriskantem Verhalten (z. B. Tabakkonsum)
- Bedarfslage: Wahlfreiheit auf dem Arbeitsmarkt
- Chancen auf qualifizierte Tätigkeit verbessern
- Armutsbewältigung
- Ressourcen der AE stärken, Stress minimieren (Erziehungsberatung, Coaching)
 - Vorsicht! dabei auch strukturelle Aspekte berücksichtigen

- Stressreduktion ist nicht nur eine Frage von subjektiven Kompetenzen
- Stressbelastung entsteht auch oft aufgrund der Lebenssituation

Ausdifferenzierungserfordernisse:

- Soziale Isolation
- Einflussfaktor: Haben Frauen soziale Unterstützung bzw. können sie auf soziale Unterstützung zugreifen?
- in Studie keine Erkenntnisse zu AE mit Migrationshintergrund (zu geringe Fallzahl)
- zwischen AE in neuen und alten Bundesländern gibt es Unterschiede im Selbstverständnis
- Lebensform AE ist im Osten selbstverständlicher (aber keine Erkenntnisse aus eigener Forschung)

Minute 23

Machen sich Belastungen aus Haus- und Familienarbeit gesundheitlich bemerkbar?

- hat gemeinsam mit Siegfried Geyer dazu geforscht, dass Modell der Gratifikationskrisen (nach Johannes Sigrüst) auf Haus- und Familienarbeit übertragen
- geringe (gesellschaftliche) Anerkennung der Haus- und Familienarbeit ist für Mütter besonders belastend
- Rollenbild hat sich gewandelt, heute Ideal: Frauen sollen beides leisten (Familie und Beruf)
- AE, die sich in den ersten Jahren nach der Geburt noch intensiver um Haus- und Familienarbeit kümmern (müssen), erfahren dadurch weniger Anerkennung
- Hintergrund betrachten: Wie ist das öffentliche Bild der AE, Wertschätzung dieser Familienform
- Mutterrolle wird in öffentlicher Wahrnehmung weniger geschätzt z. B. durch Begriff „Nur-Mutter“, Hausfrau, siehe auch Diskussion „Herdprämie“
- von diesem Stigmatisierungspotential sind AE häufiger betroffen
- evtl. Gesundheitsförderungspotential bei Modifikation der öffentlichen Wahrnehmung?
- aktuell AE in den Medien/Veröffentlichungen eher als „Risikogruppe“ präsent
- Betrachtung bisher zu defizitär AE haben auch Ressourcen, wie z. B. Stressbewältigungsstrategien, die sogar stärker ausgeprägt sind als bei Müttern in partnerschaftlichen Lebensformen
- zwar haben auch negative Bewältigungsstrategien wie z. B. Tabakkonsum stärkeres Gewicht, aber auch positive: aktives Coping (Probleme anpacken) > AE haben überdurchschnittliche Fähigkeiten

3. Gesundheitlichen Situation

- AE haben erhöhtes ges. Risiko
- 3 Untergruppen (vgl. Studie) unterscheiden sich untereinander bei Gesundheitsoutcomes
- insgesamt schneiden sie im Vergleich zu Müttern in Partnerschaften schlechter ab

Es ist aber wichtig, verschiedene gesundheitliche Outcomes getrennt zu betrachten

- bei „allgemeiner subjektiver Gesundheit“ Unterschiede geringer
- 2 AE-Gruppen sind nicht stärker belastet als andere Mütter
- bei „psychischer Gesundheit“ sind AE deutlich benachteiligt
- bei „ges. Risikofaktoren“ sind AE mit gehäuften „Belastungen“ (geringere Schulbildung, viele Kinder, geringe Erwerbstätigkeit) benachteiligt

Minute 34

Gesundheitliche Belastungen sind insgesamt stark mit strukturellen Belastungen assoziiert.

- Wenn man für strukturelle Risikofaktoren (Einkommen, berufliche Belastung) adjustiert, verringern sich Unterschiede zw. AE und Nicht-AE
- dann nur noch signifikante Unterschiede bei „Zukunftsangst“ – Subscala „Angst“, Instrument (HADS-D)
- Indikator „Depression“ nicht mehr signifikant unterschiedlich
- gesundheitlichen Risikofaktoren/Gesundheitsverhalten sind relevant für Prävention
- fallen in relativ jungem Alter der Mütter noch nicht so ins Gewicht, später aber relevant auch für sich chronifizierende Erkrankungen
- Risikofaktoren hängen mit Lebenssituation zusammen

4. Gesundheitsförderung

- wissenschaftlicher Datensatz lässt leider keine Aussagen zu
- VZ-Erwerbstätigkeit wird in Literatur oft als Maßstab angesetzt
- muss aber individuell passen
- besonders bei AE mit kleineren Kindern kann es dadurch zu stärkeren Belastungen kommen
- VZ-Erwerbstätigkeit ist kein „Allheilmittel“
- In einer zahlenmäßig kleinen Gruppe von ganz überwiegend Vollzeit erwerbstätigen Alleinerziehenden war auffällig, dass der Tabakkonsum hier deutlich überdurchschnittlich war
- VZ-Erwerbstätige in ihrer Gruppe hatten mittlere Schulbildung (nur kleine Gruppe VZ-erwerbstätig)
- Mütter mit überdurchschnittlicher Schulbildung und überdurchschn. beruflicher Position waren im Durchschnitt 26 h berufstätig (auch besseres Einkommen)
- betont Wert der Weiterqualifikation

VZ-Erwerbstätigkeit birgt Risiko von zusätzlichen Belastungen

- Zeitressourcen, auch Self care kommt zu kurz
- strukturelle Voraussetzung schaffen
- Diskussion: VZ-Arbeit für AE = 30 Stunden mit Lohnausgleich (strukturelle Maßnahme)
- Umsetzungsschwierigkeiten, da auch andere Gruppen wie pflegende Angehörige Ausgleich bräuchten
- auch Kindergesundheit betrachten

Fazit: strukturelle Faktoren spielen ausschlaggebende Rolle (auch unabhängig von Lebensform)

6.4.2 Experteninterview mit Solveig Schuster

Bundesverband der alleinerziehenden Mütter und Väter VAMV e.V., Berlin.

Durchgeführt von Miriam Boger am 08.03.2017

Zu 1. Lebenslagen

- hauptsächlich AE Mütter (90%), spiegelt sich auch in Mitgliederstruktur wider, 10 % ae. Väter
- beziehen auch „Umgangsväter“ mit in ihre Arbeit ein, wobei Bedarf der „hauptsächlich betreuenden“ Mütter im Vordergrund steht
- „Alleinerziehen“ weicht auf > z. B. Väter haben zunehmend mehr Anteil an der Betreuung/ Erziehung
- wird auch von VAMV unterstützt
- vgl. Leitbild gemeinsame Sorge
- Gruppe der AE ist heterogen, unterschiedliche Konstellationen werden betrachtet, aber nicht explizit bearbeitet
- in Landes- und Ortverbänden eher individuelle / bedarfsgerechte Betreuung (der Lebenssituation entsprechend)

Begriff „getrennt erziehend“ wird aber kritisch betrachtet

- Begriff ist evtl. unpassend, da sie ja nicht „getrennt voneinander erziehen“ (sollen)
- starke Veränderung, was „Alleinerziehen“ bedeutet

Zu 2. Bedarfslagen

- in Bundesverband Fokus in erster Linie auf Armutsbewältigung
- finanzielle Absicherung des betreuenden Elternteils und des Kindes
- eng mit Kinderbetreuungsbedarf verknüpft

Bedingt sich gegenseitig mit Möglichkeit zur Arbeitsaufnahme

- „Spagat“ zwischen der Notwendigkeit eine Vollzeitbeschäftigung aufzunehmen (da TZ oft nicht ausreicht, auch weil tw. Angebote angenommen werden (müssen) die unterhalb der berufl. Qualifizierung liegen) und den Herausforderungen der Familienarbeit
- Kinderbetreuungsangebot in Einrichtungen reicht nicht aus
- Angebote auf dem Arbeitsmarkt sind noch nicht bedarfsgerecht
- flexible Arbeitszeiten/Home office kann aber dazu führen, dass zu wenig Zeit für eigene Erholung bleibt
- Kindererziehung ist auch Arbeit
- Erziehungs- und Trennungsberatung wird von Ortsverbänden geleistet

2a. spezielle Ausdifferenzierungserfordernisse

- werden in Arbeit des Bundesverbandes nur angerissen
- bei Familien mit jüngeren Kindern und Mehrkindfamilien ausgeprägtere Problemlagen
- in Hinblick auf Problematik auf dem Arbeitsmarkt fußzufassen
- Alter der Eltern: jüngere AE, die keinen Ausbildungsabschluss haben
- wird noch zu wenig differenziert/ noch zu wenige differenzierte Forderungen
- kann VAMV im Detail nicht immer leisten (Kapazitäten fehlen)

- Auseinandersetzung mit Heterogenität wird aber als hilfreich empfunden
- soziale Isolation wird eher in Landesverbänden bearbeitet
- dieses und weitere Themen wie z. B. Behinderungen, chronische Erkrankungen werden aufgegriffen durch Vernetzung mit anderen Verbänden/Trägern, die nicht unbedingt spezifische Angebote für AE anbieten
- VAMV bringt spezifische Sicht mit ein
- auch Wechselwirkung zw. sozialer Isolation und Wohnsituation (Welches Wohnumfeld kann ich mir leisten? Bin ich eventuell isoliert, weil ich am Stadtrand wohne oder in Regionen mit schlechterer Angebotsstruktur?)
- zu Stigmatisierung auch

Stadt-Land, Ost-West-Gefälle relevant

- in ländlichen Regionen weniger Angebote, dadurch, dass die Verbände eher in größeren Städten angesiedelt sind
- dazu kommt auch Tendenz, das AE eher in Städte ziehen
- Stigmatisierung in konservativen, ländlichen Regionen größer
- Armutsspirale, z. B. auch durch geringfügige Beschäftigung und ALG II Bezug führt zu geringerem Rentenanspruch
- selbst qualifizierte AE haben Probleme passende Arbeitsstelle zu finden
- Flexibilität und hoher Arbeitsumfang werden oft erwartet
- Ziel des VAMV auch Arbeitslosigkeit und Armut zu verhindern
- siehe Problemlagen oben
- Politische Mitwirkung notwendig (Arbeitsministerium, Familienministerium)
- Bezug auf Kindergrundsicherung > alle Leistungen zusammengefasst (Kindergeld, Wohngeld, Kinderzuschlag, Unterhaltsvorschuss), damit das nicht alles einzeln beantragt werden muss
- das könnte Druck rausnehmen, Bürokratie abbauen
- wenn Anträge gestellt werden müssen (z. B. im SGB II-Bezug-> Bildungs- und Teilhabepaket usw.) stellt das auch gleichzeitig eine Stigmatisierung dar
- 3-Klassensystem bei Einkommen:
- Vielverdiener profitieren von Steuervergünstigungen durch Kinderfreibeträge
- Wenn ich wenig verdiene, bekomme ich „nur“ Kindergeld
- ALG II-Bezug > Kindergeld wird auf Bezüge angerechnet
- Das führt dazu, dass Kinder abhängig sind von Lebensform/Einkommen der Eltern
- Chancenungleichheit für Kinder und auch für Eltern, weil sie als AE oft (s.o.) benachteiligt sind z. B. bei Ausbildung, Arbeitsplatzsuche
- AE als nachrangige Problemlage
- Frauen und Mütter sind generell benachteiligt auf Arbeitsmarkt
- Umfang der Berufstätigkeit bzw. Wunsch nach Berufstätigkeit hängt auch von verschiedenen Faktoren ab
- z. B. wirtschaftlicher Druck oder Wunsch nach (Vollzeit)Berufstätigkeit, da ich dann bessere Karrieremöglichkeiten habe
- Motive/Gründe müssen beachtet werden

3. Gesundheitlichen Situation

- wird vom Bundesverband noch zu wenig thematisiert
- großer Einfluss: Wie ist Trennungssituation verlaufen? Wie war meine Lebensvorstellung?
- Einfluss sozio-ökonomische Situation
- Wie ist Situation zwischen den Eltern nach der Trennung?
- finanzielle Situation kann sich auch auf Gesundheit auswirken (z. B. Qualität der Ernährung)
- muss aber auch differenziert betrachtet werden
- aus persönlicher Erfahrung (Bekannte) sparen AE eher an sich selbst als an den Kindern
- könnte Auswirkungen auf eigene Gesundheit und indirekt auf Gesundheit der Kinder haben
- Betonung der starken Bindung zw. betreuendem Elternteil und Kind bei AE

Zu 4. Gesundheitsförderung

- GeFö eher Thema in Orts- und Landesverbänden, durch verschieden Angebote aufgegriffen
- z. B. Begleitungen für Antragsverfahren für Eltern-Kind-Kuren
- Wir2 war in der Überlegung es in Landes- und Ortsverbänden anzubieten/aufzunehmen
- sie arbeiten aber autonom/treffen selbst Entscheidung. Es hängt also von der jeweiligen personellen und finanziellen Ausstattung vor Ort ab
- Bundesverband kann nur Impuls geben
- Könnte positive Auswirkungen haben dadurch, dass das Angebotsspektrum in den Landes- und Ortsverbänden erweitert würde
- Kampagnen/Öffentlichkeitsarbeit: Warum ist Situation so schwierig?
- Alleinerziehen soll als normal angesehen werden, gleichwertige Familienform
- hängt aber stark mit eigenem Empfinden zusammen
- Sehe ich selbst Alleinerziehen als Problem? Was sind/waren meine Vorstellungen? Habe ich mich bewusst entschieden?
- Qualifizierung von Fachkräften
- könnte hilfreich sein, darzustellen, dass AE und ggf. resultierende Probleme nicht unbedingt „selbstverschuldet“ sind

Zu 5. Stigmatisierungsgefahr

- am Arbeitsplatz: Stigmatisierungspotential hängt von Team ab und Organisation der Arbeitsabläufe
- hängt auch von Einstellungen der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber (AG) ab, auch davon, ob sie selbst Familie haben
- bei Arbeitsplatzsuche:
 - Schwierigkeit des VAMV: je stärker unterstrichen wird, dass Situation für AE schwieriger ist, desto einfacher kann das evtl. zu Benachteiligung führen, wenn AG das als Belastung sehen
 - Aber Problemlage muss thematisiert werden, um zu einer Veränderung zu kommen

- in Kita ggf. Stigmatisierung noch nicht so ausgeprägt
 - in Schulen in Zsh. mit Armut wird Stigmatisierungsgefahr erhöht
 - z. B. Ausstattung mit Lernmitteln
 - Schulische Probleme könnten auf Alleinerziehen/Trennung zurückgeführt werden
 - im Schulbereich auch oft die Frage, was ich mir leisten kann
 - z. B. Privatschule, Nachhilfe, ggf. Kosten der Nachmittagsbetreuung (wenn vorhanden)
 - besser kostenfreies Angebot
-
- Klebeeffekte
 - Einfluss der Kinderbetreuung auf Inanspruchnahme (Ausbildung, Kurs, Veranstaltung, Sport, Freizeit) gegeben
 - Angebote müssen vor Ort/im Stadtteil sein

6.5 Ergebnisse der Recherche 2 in der Projektdatenbank Gesundheitliche Chancengleichheit

Die in rot gelisteten Projekte erfüllen die Kriterien (vgl. 4.2.) und wurden in die Analyse (4.4.) und die Projektdatenblätter (6.1.) übernommen. Die schwarz gelisteten Projekte könnten ebenfalls interessante Ergebnisse generieren. In Ermangelung standardisierter Qualitätsinformationen (keine Good Practice-Projekte) bedarf es dazu jedoch einer detaillierten Recherche incl. Qualitätsüberprüfung z. B. durch vertiefte Projektbefragungen. Diese konnten im Rahmen begrenzter Ressourcen und der kurzen Laufzeit innerhalb dieses Projektes nicht realisiert werden. Eine entsprechende Bearbeitung empfiehlt sich jedoch für ein ergänzendes Anschlussprojekt.

NR.	TITEL	ORT	TRÄGER
KATEGORIE A: VORRANGIGE ADRESSIERUNG ALLEINERZIEHENDER			
1	Alleinerziehende	66740 Saarlouis	Caritasverband Saar-Hochwald e.V.
2	Ernährungserziehung durch flexible Kinderbetreuung in Einelternfamilien	10407 Berlin	Träger: SelbstHilfInitiative Alleinerziehender e.V., LV Berlin
3	Familienbildung	10407 Berlin	SelbstHilfInitiative Alleinerziehender e.V., LV Berlin
4	abba – Aktivierung, Begleitung, Beschäftigung Alleinerziehender	10963 Berlin	Goldnetz e.V.
5	BETA – Beratungsstelle für Eltern in Trennungssituationen und Alleinerziehende	38102 Braunschweig	Deutsches Rotes Kreuz KV Braunschweig-Salzgitter e.V.
6	PALME (als abgeschlossenes Vorgängerprojekt von Wir2)	40225 Düsseldorf	Institut für Seelische Gesundheit und Prävention
7	Alleinerziehende	66740 Saarlouis	Caritasverband Saar-Hochwald e.V.
8	Schwanger und / oder allein (erziehend)?	69117 Heidelberg	Pro Familia Heidelberg e.V.
9	Gesundheit und Miteinander ins Viertel – Angebote für allein Erziehende und ihre Kinder	70173 Stuttgart	Landeshauptstadt Stuttgart – Stabsstelle für individuelle Chancengleichheit von Frauen und Männern
10	Gruppe für allein erziehende Mütter und Väter und ihre Kinder	74613 Öhringen	Kreisdiakonieverband Hohenlohekreis
11	Informations- und Wohlfühltag für allein erziehende Mütter und allein stehende Schwangere	74889 Sinsheim	Diakonisches Werk des Kirchenbezirks Sinsheim
12	Gruppenarbeit mit Alleinerziehenden	76726 Gernersheim	Caritasverband für die Diözese Speyer e.V.
13	'Endlich fragt mich mal einer'	71332 Waiblingen	Landratsamt Rems-Murr-Kreis Gesundheitsamt
14	allfabeta	81667 München	siaf e.V.
15	Gruppe allein erziehender Frauen und ihrer Kinder	87435 Kempten	Pro Familia – Beratungsstelle Kempten
16	Gruppe für Alleinerziehende	89407 Dillingen	Landratsamt Dillingen Staatl. Gesundheitsamt
17	Treffpunkt für allein Erziehende	96317 Kronach	Diakonisches Werk Kronach-Ludwigsstadt/Michelau e.V.

NR.	TITEL	ORT	TRÄGER
KATEGORIE B: IMPLIZITER BEZUG AUF ALLEINERZIEHENDE DURCH ADRESSIERUNG NUR EINES ELTERNTEILS, AUSGEDRÜCKT DURCH AUSRICHTUNG IM PROJEKTTITEL ODER TRÄGERNAMEN			
18	Psychologische Erstberatung für Frauen mit Migrationshintergrund	01099 Dresden	Frauen- und Mädchengesundheitszentrum Medea e.V.
19	Gesunderhaltung von Mutter und Kind	01159 Dresden	Stadtverwaltung Dresden Gesundheitsamt
20	Stillförderprogramm für sozial Benachteiligte / sozial-medizinisches Elternprogramm	15517 Fürstenwalde	Pro Familia Beratungsstelle Fürstenwalde im Gesundheitszentrum Nord
21	„Familienlotsen“ im Rahmen des „familienNetzwerks Hamburg-Hamm“	20535 Hamburg	Alida Schmidt-Stiftung – Bereich Frauen, Kinder und Familien
22	Frauenkommunikationszentrum Aranat e.V. – Psychosoziale Beratung zu Lebenskrisen, Essstörungen, Gesundheitsberatung, Beratung bei Partnergewalt, Treffpunkt und Gruppenangebote	23558 Lübeck	Frauenkommunikationszentrum Aranat e.V.
23	Eutiner Babynetz	23701 Eutin	'Eutiner Babynetz' c/o Kreis Ostholstein
24	Schwangerenberatung und Unterstützung junger Mütter	24376 Kappeln	Träger: Sozial-Forum e.V.
25	'Mut tut gut!' – Stärkung der psychischen Gesundheit für erwerbslose Frauen	24116 Kiel	Psychosoziale Frauenberatungsstelle donna klara
26	Beratung und Treffangebote für Frauen in schwierigen psychosozialen Lebenssituationen	24109 Kiel	Frauentreff – Beratung, Treffpunkt und Information für Frauen e.V.
27	JUMP- Junge-Mütter-Projekt in Husum und Friedrichstadt	25813 Husum	Ev. Familienbildungsstätte Husum
28	Seminarangebot für Frauen zu verschiedenen Themen der Gesundheitsförderung	27333 Bücken	Frauenbildungs- und Tagungshaus Altenbücken
29	Beratung – Information – Selbsthilfe – Nachsorge	28219 Bremen	FrauenGesundheitsZentrum Bremen e.V.
30	Frauengesundheit in Tenever	28325 Bremen	Frauengesundheit in Tenever, Frauen und Gesundheit e.V.
31	Soziale, integrative Beschäftigungsmöglichkeiten	28325 Bremen	Mütterzentrum Osterholz-Tenever e.V.
32	Frauenberatungsstelle Bielefeld	33613 Bielefeld	Psychologische Frauenberatung
33	KARLA 3 – Aufenthalt und Beratung für Frauen in sozialen Schwierigkeiten	34117 Kassel	Träger: Diakonisches Werk Kassel
34	"Mobile Müttersprechstunde"	35037 Marburg	Gesundheitsamt Marburg-Biedenkopf Arbeitskreis Jugendzahnpflege
35	Gesundheitsprävention für Frauen	35039 Marburg	Bürgerinitiative für Soziale Fragen e.V.
36	Frauenberatungsstelle	42551 Velbert	Bergische Diakonie, Soziale Dienste Niederberg, Fachstelle Sucht
37	Familie aktiv	45277 Essen	Fachstelle Prävention und Bildung, Sozialdienst katholischer Frauen Essen-Mitte
38	Selbstbehauptung und Selbstverteidigung für Frauen	45326 Essen	Jugendhilfe Essen gGmbH

NR.	TITEL	ORT	TRÄGER
39	Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge für Frauen verschiedener Nationalitäten	66663 Merzig	Arbeiterwohlfahrt Landesverband Saarland, Sozialpädagogisches Netzwerk
40	Frauencafé	67433 Neustadt	Caritasverband im Dekanat Bad Dürkheim
41	Programm Mutter und Kind	73035 Göppingen	Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Göppingen e.V.
42	PIA.F.E	79336 Herbolzheim	IN VIA Katholischer Verband für Mädchen- und Frauensozialarbeit in der Erzdiözese Freiburg e. V.
43	FrauenGesundheitsZentrum	80336 München	FrauenGesundheitsZentrum e.V.
44	Tabakentwöhnung in Mutter-Kind-Kureinrichtungen	80804 München	IFT – Institut für Therapieforschung
45	Mädchen- und Frauenladen sie´ste	89077 Ulm	Frauennetz West e.V.
46	Liliput – Beratung für Mutter und Kind	90459 Nürnberg	Lilith e.V., Verein zur Unterstützung von Frauen mit Drogenproblematik
47	Cafe Elli	90762 Fürth	ELAN GmbH
48	Internationales Mädchen- und Frauenzentrum	95028 Hof	Internationales Mädchen- und Frauenzentrum
KATEGORIE C: WEITERE IDENTIFIZIERTE PROJEKTE MIT BESONDEREN ANSÄTZEN			
49	Familienhebammen im Kinder- und Familienzentrum (KiFaZ) Barmbek Basch/ Hamburg	22081 Hamburg	Verband Kinder- und Jugendarbeit Hamburg e.V.
50	Adebar – Beratung und Begleitung für Familien	22767 Hamburg	GWA St.Pauli-Süd e.V. / Kölibri
51	Schutzengel Flensburg	24939 Flensburg	Schutzengel GmbH
52	Eltern-AG	39112 Magdeburg	MAPP-Empowerment gGmbH
53	Mo.Ki – Monheim für Kinder	40789 Monheim am Rhein	Stadt Monheim
54	Netzwerk für Familien (NeFF), Dormagen	41539 Dormagen	Stadt Dormagen
56	Elternschule für eine gesunde Familie	55131 Mainz	Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG)
57	Schwangeren- und Familienhilfe, Sexual- und Partnerschaftsberatung, Beratung bei sexueller Gewalt, Sexualerziehung	56068 Koblenz	pro familia Beratungsstelle Koblenz
58	Mobiler Sozialpädagogischer Dienst der Stadt Neubrandenburg	17034 Neubrandenburg	Stadt Neubrandenburg – Fachbereich Schule, Kultur, Jugend und Sport
59	Gesund Kurs halten in Lurup	22547 Hamburg	BÖV 38 e.V. Begegnung Bewegung Beteiligung in Lurup
60	Mehrgenerationenhaus München	80937 München	Euro-Trainings-Centre e.V.
61	Sozialpaten im Bündnis für Augsburg	86150 Augsburg	Freiwilligen-Zentrum Augsburg gGmbH

6.6 Projektstandüberblick zum Jahresbeginn 2017

Als Auftaktinput und zur Strukturierung des Expertengesprächs am 6. Januar 2017 in Berlin wurden die nachfolgenden Folien projiziert.



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

Expertengespräch
6.1.2017, Berlin

Prof. Dr. Raimund Geene MPH
Miriam Boger MPH




Überblick

1. Hintergrund und Allgemeines
2. Soziale Lage
3. Gesundheitliche Lage
4. Ansätze zur Prävention und Gesundheitsförderung
5. Diskussionsfragen

Prof. Dr. Raimund Geene, Hochschule Magdeburg-Stendal, Miriam Boger, KinderStärken e.V.





Hintergrund

- Alleinerziehende bzw. Einelternfamilien sind als **vulnerable Gruppe** definiert
(neben älteren Menschen, Menschen mit Behinderung, Menschen mit Migrationshintergrund, Kinder aus sucht- und psychisch belasteten Familien)
- Ziel der Recherche: Bestandsaufnahme von Interventionen
- Übergeordnetes Ziel: **Verminderung sozial bedingter Ungleichheit** von Gesundheitschancen sowie gezielte Stärkung der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

(§ 20 Abs. 1 SGB V und Leitziele des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit)

Prof. Dr. Raimund Goertz, Hochschule Magdeburg-Stendal, Hilmar Beyer, KinderStärken e.V.





Allgemeines

- **Definition:** Ein Elternteil lebt ohne Partner_in mit mindestens einem minderjährigen Kind im Haushalt
- **Anteil** der Einelternfamilien an allen Familienformen:

• 1996	13,8 %	(= 1,3 Mio)
• 2014	20,5 %	(= 1,6 Mio)
• Berlinweit aktuell	ca. 30 %	
- ohne Migrationshintergrund 26,0 %
- mit Migrationshintergrund 17,9 %
- ca. neun von zehn Alleinerziehenden sind Mütter

Prof. Dr. Raimund Goertz, Hochschule Magdeburg-Stendal, Hilmar Beyer, KinderStärken e.V.





Soziale Lage

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

Prof. Dr. Ralf-Uwe Giersch, Hochschule Magdeburg-Stendal, Hilke Boger, KinderStärken e.V.





Gesundheitliche Lage

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

Prof. Dr. Ralf-Uwe Giersch, Hochschule Magdeburg-Stendal, Hilke Boger, KinderStärken e.V.





Gesundheitliche Lage der Kinder

Auswertung von KiGGS-Daten mit Adjustierung nach sozialem Status:

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

Prof. Dr. Raimund Goernz, Hochschule Magdeburg-Stendal, Hilbert Beyer, KinderStärken e.V.




Diskussionsfragen

1. Begrifflichkeiten

Welche Begriffe werden a) über die und b) von den Adressät/innen bevorzugt gewählt?

2. Lebenslagen

Welche Lebenslagen werden in der Arbeit vorrangig adressiert?

- (allein erziehende) Mütter/Väter
- (Einzel-/Geschwister-) Kinder in Ein-Eltern-Familien
- Folge-/ Patchworkfamilien
- Kinderreiche Familien
- Weitere

Prof. Dr. Raimund Goernz, Hochschule Magdeburg-Stendal, Hilbert Beyer, KinderStärken e.V.



Diskussionsfragen

3. Bedarfslagen

Welche besonderen Bedarfslagen werden in der Arbeit mit Ein-Eltern-Familien erfahren/fokussiert/ herausgestellt?

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

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

→ „Alleinerziehend“: zentral oder nachgelagert?

Prof. Dr. Ralfmund Giese, Hochschule Magdeburg-Stendal, Miriam Boger, KinderStärken e.V.



Diskussionsfragen

4. Gesundheitliche Situation

Inwieweit decken sich die Ergebnisse der GBE mit Erfahrungen aus der praktischen Arbeit?

z.B. bei alleinerziehenden Müttern:

- Geringere Lebenszufriedenheit
- Körperliche und psychische Belastungen
- Gesundheitsriskante Verhaltensweisen

bilden sich überwiegend bei verheiratet getrennt lebenden Müttern ab, abnehmend weniger bei ledigen, geschiedenen bzw. verwitweten Müttern

Prof. Dr. Ralfmund Giese, Hochschule Magdeburg-Stendal, Miriam Boger, KinderStärken e.V.




Diskussionsfragen

5. Gesundheitsförderung und Prävention

Welche Ansätze werden (explizit/implizit) angewendet? Welche sind erfolgsversprechend?

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

Prof. Dr. Raimund Goetz, Hochschule Magdeburg-Stendal, Hilare Boger, KinderStärken e.V.




Diskussionsfragen

6. Stigmatisierungsgefahr

Welche Gefahren werden gesehen a) bei expliziter Thematisierung und b) bei Dethematisierung
(bspw. am Arbeitsplatz, bei der Arbeitsplatzsuche, in Kitas, in Schulen, im Wohnumfeld/Stadtteil, bei Angeboten)

* Praxiserfahrungen
* Klebeeffekte

7. Zentrale Erkenntnisquellen

Woraus speisen sich Erkenntnisse und Wissen über Alleinerziehende im Wesentlichen?
(Erfahrungen, Grundposition/-wahrnehmung im eigenen Verband, eigene Befragungen, Statistiken, wissenschaftliche Studien, Standard-Definitionen z.B. Familienbericht, Bundesgesundheitsbericht)

Prof. Dr. Raimund Goetz, Hochschule Magdeburg-Stendal, Hilare Boger, KinderStärken e.V.




Vielen Dank

...für Ihr Interesse und die interessante Diskussion!

raimund.geene@hs-magdeburg.de

boger@kinderstaerken-ev.de

Prof. Dr. Raimund Geene, Hochschule Magdeburg-Stendal, Holger Boger, KinderStärken e.V.





GKV-Bündnis für
GESUNDHEIT



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

