

Journal of Health Monitoring · 2017 2(4)
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-112
Robert Koch-Institut, Berlin

Autorinnen und Autoren:

Petra Rattay, Elena von der Lippe,
Lea-Sophie Borgmann, Thomas Lampert



Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland

Abstract

In jeder fünften Familie in Deutschland lebt ein Elternteil allein mit Kindern im Haushalt. Die Lebenssituation Alleinerziehender ist häufig durch Herausforderungen wie die alleinige Zuständigkeit für die Betreuung und Erziehung der Kinder bei oftmals gleichzeitiger Erwerbstätigkeit und den damit einhergehenden Vereinbarkeitsproblemen gekennzeichnet. Trotz vergleichsweise hoher Erwerbsbeteiligung sind Alleinerziehende und ihre Kinder in hohem Maße von Armut betroffen.

Der vorliegende Beitrag geht den Fragen nach, wie gesund alleinerziehende Mütter und Väter im Vergleich zu in Partnerschaft lebenden Eltern sind und inwieweit die Gesundheit von Alleinerziehenden mit dem sozioökonomischen Status, dem Erwerbsstatus sowie der sozialen Unterstützung variiert.

Die Fragen wurden unter Rückgriff auf die Daten der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) aus den Jahren 2009, 2010 und 2012 für die selbst als mittelmäßig oder schlecht eingeschätzte allgemeine Gesundheit, Depressionen, Rückenschmerzen, Adipositas, Rauchen, sportliche Inaktivität und die Nicht-Inanspruchnahme der Zahnvorsorgeuntersuchung analysiert. Die Analysen basieren auf Angaben von 9.806 Frauen und 6.279 Männern mit mindestens einem minderjährigen Kind im eigenen Haushalt.

Bei alleinerziehenden Müttern finden sich für alle einbezogenen Indikatoren der gesundheitlichen Lage (außer Adipositas) signifikant höhere Prävalenzen als bei in Partnerschaft lebenden Müttern. Für alleinerziehende Väter trifft dies auf Depressionen, Rauchen und die Nicht-Inanspruchnahme der Zahnvorsorge zu. Bei den Frauen kann der im Mittel niedrigere sozioökonomische Status einen Teil der gesundheitlichen Belastung der Alleinerziehenden erklären, bei den Männern nicht. Auf Unterschiede im Erwerbsstatus oder eine geringere soziale Unterstützung lässt sich die höhere gesundheitliche Beeinträchtigung von Alleinerziehenden jedoch nicht zurückführen. Vielmehr zeigen sich bei einigen Gesundheitsindikatoren kumulative Effekte zwischen dem Alleinerziehenden-Status und den genannten sozialen Faktoren.

Die vorliegenden Ergebnisse ermöglichen eine differenzierte Betrachtung der Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Lage von alleinerziehenden Müttern und Vätern. Wichtige Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung von Alleinerziehenden stellen die finanzielle Absicherung von Ein-Eltern-Familien sowie eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf dar.

ALLEINERZIEHENDE · EIN-ELTERN-FAMILIE · PARTNERSCHAFT · GESUNDHEIT · GESUNDHEITSVERHALTEN

[Hier gelangen Sie zum Journal of Health Monitoring 2017/4:](#)
[»Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in Deutschland« - kapitelweise](#)

Der Anteil der Ein-Eltern-Familien an allen Familien in Deutschland hat in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen und lag im Jahr 2014 bei 20,3%.

1. Einleitung

Ein-Eltern-Familien stellen historisch betrachtet keine neue familiäre Lebensform dar, allerdings haben sich die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für das Alleinerziehen stark verändert. Die deutliche Zunahme von Ein-Eltern-Familien in Deutschland in den letzten Jahrzehnten ist Ausdruck einer allgemeinen Pluralisierung familiärer Lebensformen [1]. Alleinerziehen ist somit heute eine Lebensform neben anderen und zudem eine zeitlich begrenzte Phase, die oftmals durch eine neue Partnerschaft oder spätestens durch die Verselbstständigung der Kinder endet. Neben gewissen Entscheidungsfreiheiten ist die heutige Lebenssituation Alleinerziehender durch Herausforderungen gekennzeichnet, die sich aus der alleinigen Zuständigkeit für die Haushaltsführung, die Erziehung der Kinder bei oftmals gleichzeitiger Erwerbstätigkeit und geringen finanziellen und zeitlichen Ressourcen ergeben und mit psychosozialen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen einhergehen können.

Im Jahr 2014 lebten laut Mikrozensus in Deutschland 1,46 Millionen alleinerziehende Mütter und 180.000 alleinerziehende Väter mit mindestens einem minderjährigen Kind im Haushalt [2, 3]. Der Anteil der Ein-Eltern-Familien an allen Familien mit minderjährigen Kindern lag damit bei 20,3% [4]. Insgesamt wuchsen im Jahr 2014 2,3 Millionen Kinder unter 18 Jahren in Haushalten mit einem alleinerziehenden Elternteil auf [4]. In neun von zehn Fällen war der alleinerziehende Elternteil die Mutter. 53% der alleinerziehenden Frauen und 63% der alleinerziehenden Männer waren im Jahr 2014 geschieden oder lebten in Trennung vom Ehepartner

beziehungsweise von der Ehepartnerin. Während nur 4% der alleinerziehenden Mütter verwitwet waren, traf dies auf jeden zehnten der alleinerziehenden Väter zu [2]. Alleinerziehende Mütter versorgten im Vergleich zu alleinerziehenden Vätern zudem häufiger zwei und mehr sowie jüngere Kinder. So lebten bei etwa einem Drittel der alleinerziehenden Mütter Kinder im Alter von unter sechs Jahren. Dagegen traf dies auf nur 12% der alleinerziehenden Väter zu [2, 5].

Erwerbstätig waren im Jahr 2014 sowohl 58% der alleinerziehenden als auch der verheirateten Mütter und 57% der Mütter aus nichtehelichen Lebensgemeinschaften. Allerdings gingen etwa vier von zehn der alleinerziehenden oder in einer nichtehelichen Lebenspartnerschaft lebenden erwerbstätigen Mütter einer Vollzeitbeschäftigung nach, während dies nur auf knapp ein Viertel der verheirateten Mütter zutraf. Bei den Vätern von Kindern unter 15 Jahren zeigen sich bei der Erwerbsbeteiligung hingegen gegenläufige Muster: Alleinerziehende Väter waren mit einer Quote von 70% deutlich seltener erwerbstätig als verheiratete (85%) oder in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft lebende Väter (80%). Einer Vollzeiterwerbstätigkeit gingen 95% der erwerbstätigen verheirateten Väter und 92% der Väter aus nichtehelichen Lebensgemeinschaften nach, aber nur 86% der alleinerziehenden Väter [2].

Das Einkommensarmutsrisiko – definiert als ein Einkommen kleiner als 60% des mittleren Einkommens einer Bevölkerung (bedarfsgewichtetes Medianeinkommen) – betrug bei Familien von Alleinerziehenden im Jahr 2014 laut Mikrozensus 42% [4]. 38% der Ein-Eltern-Familien bezogen im Jahr 2015 Leistungen nach

Das Alleinerziehen geht mit weitreichenden Anforderungen einher, aus denen zum Teil Belastungen für die Gesundheit resultieren können.

dem Zweiten Sozialgesetzbuch (SGB II); sie sind damit etwa fünfmal häufiger im SGB-II-Bezug als Zwei-Eltern-Familien. Bei Alleinerziehenden mit drei oder mehr Kindern beträgt der Anteil der SGB-II-Bezieher sogar zwei Drittel. 35% aller alleinerziehenden Eltern im SGB-II-Bezug konnten im Jahresdurchschnitt 2014 trotz Erwerbstätigkeit nicht den Lebensunterhalt für ihre Familie bestreiten. Insgesamt lebten von den 1,92 Millionen Kindern unter 18 Jahren, die SGB-II-Leistungen bezogen, etwa die Hälfte in Ein-Eltern-Haushalten [4].

Mit Blick auf die gesundheitliche Lage Alleinerziehender findet sich insbesondere in Großbritannien und den USA bereits seit den 1980er Jahren ein eigener Forschungsstrang. In Deutschland steht das Thema hingegen erst seit Anfang der 2000er Jahre verstärkt im Fokus von Wissenschaft und Politik [6]. Publikationen, die sich explizit mit der gesundheitlichen Situation von Alleinerziehenden in Deutschland beschäftigen, beziehen sich bislang fast ausschließlich auf alleinerziehende Mütter [6–14]. Gründe hierfür sind die größere Anzahl von Frauen in Ein-Eltern-Familien und die damit einhergehende sehr kleine Stichprobe von alleinerziehenden Vätern in bevölkerungsbezogenen Surveys. Es gibt dennoch einige Studien insbesondere zur psychischen Gesundheit, die Aussagen zu alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland enthalten [15–18].

Trotz erheblicher Unterschiede in den genannten Studien hinsichtlich der Definition von Alleinerziehenden (z. B. mit Blick auf das Alter der Kinder), der Vergleichsgruppe (z. B. verheiratete Mütter oder in Partnerschaft lebende Mütter), des Alters der untersuchten Stichpro-

ben und der Methodik (z. B. mit Blick auf die einbezogenen Kontrollvariablen) kommen die Studien zu ähnlichen Ergebnissen.

So schätzen alleinerziehende Mütter ihren allgemeinen Gesundheitszustand häufiger als schlecht ein als in Partnerschaft lebende Mütter [6, 8–10, 12]. Mit Blick auf die psychische Gesundheit wird beispielsweise bei Depressionen oder bei Störungen im Zusammenhang mit dem missbräuchlichen Konsum psychoaktiver Substanzen wie Alkohol oder Drogen ebenfalls eine höhere Belastung von alleinerziehenden gegenüber in Partnerschaft lebenden Müttern berichtet [6–8, 10, 11, 15–17, 19, 20]. Auch die emotionale Grundstimmung [6, 8, 9] sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität [9, 10] fallen bei alleinerziehenden Müttern schlechter aus.

Dagegen zeigen sich in der körperlichen Gesundheit meist nur geringfügige oder keine Unterschiede zwischen alleinerziehenden und in Partnerschaft lebenden Müttern. So finden sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich Hypertonie [6, 10], Schwindel [10], Migräne [6, 9], chronischer Bronchitis [10], Allergien [9], Asthma bronchiale [6], Erkrankungen der Gebärmutter, Eierstöcke oder Eileiter [9], Diabetes mellitus [6], Krebserkrankungen [6] und Schlaganfall [6]. Es gibt jedoch Hinweise, dass alleinerziehende Mütter sich häufiger in ihren Alltagstätigkeiten durch Schmerzen beeinträchtigt fühlen [9, 10]. Mit Blick auf chronische Rückenschmerzen finden sich bei Hancioglu 2015 [6] deutliche Unterschiede zwischen alleinerziehenden und in Partnerschaft lebenden Müttern, während diese bei Lange und Saß 2006 [10] sowie Hoffmann und Swart 2002 [8] nicht signifikant ausfallen.

Bezüglich des Gesundheitsverhaltens wurden insbesondere das Rauchen und die sportliche Aktivität untersucht. Für das Rauchen zeigen alle Studien deutlich erhöhte Prävalenzen für alleinerziehende Mütter [9, 10, 12, 21, 22]. Darüber hinaus sprechen die Studien dafür, dass alleinerziehende Mütter häufiger keinen Sport treiben als in Partnerhaushalten lebende Mütter [9, 12]. Bezüglich des durchschnittlichen Body Mass Index (BMI) sind hingegen nur geringe Unterschiede zu beobachten [8]. Auch in Hinblick auf die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen zeigen sich für die meisten Facharztgruppen keine oder nur geringe Unterschiede. Allerdings werden Psychotherapeutinnen und -therapeuten häufiger von alleinerziehenden Müttern konsultiert als dies bei Müttern aus Paarhaushalten der Fall ist [8]. Vorsorgeuntersuchungen werden hingegen tendenziell seltener in Anspruch genommen [8, 9]. Psychotrope Medikamente, insbesondere Schlafmittel, werden von alleinerziehenden Frauen häufiger konsumiert als von in Partnerschaft lebenden Müttern [9, 10].

Daten zur Gesundheit alleinerziehender Väter in Deutschland sind bislang rar. Laut dem Bericht des Robert Koch-Instituts zur gesundheitlichen Lage von Männern in Deutschland schätzen alleinerziehende Väter ihre Gesundheit häufiger als schlecht ein, geben häufiger eine ärztlich diagnostizierte Depression an und rauchen häufiger als in Partnerschaft lebende Väter [23]. Studien zur psychischen Gesundheit zeigen zudem, dass alleinerziehende Väter in starkem Maße psychisch belastet sind [17, 18] und sogar höhere Prävalenzen für psychische Störungen aufweisen als alleinerziehende Mütter [15, 16]. Beim Übergewicht sowie bei körperlichen Belastungen finden

sich hingegen keine Unterschiede zwischen alleinerziehenden und in Partnerschaft lebenden Vätern [18, 23].

Als Gründe für die teilweise schlechtere gesundheitliche Lage von Alleinerziehenden werden Belastungen diskutiert wie die alleinige Verantwortung für die Betreuung und Erziehung der Kinder, die oftmals prekäre ökonomische Lage, die Doppelbelastung aus Familie und Beruf sowie fehlende soziale und zeitliche Ressourcen. In Studien werden daher in der Regel Ergebnisse zur Gesundheit berichtet, die für verschiedene Parameter der sozialen Lage statistisch kontrolliert sind. So kann analysiert werden, ob das Alleinerziehen an sich mit Beeinträchtigungen der Gesundheit assoziiert ist oder ob diese Beeinträchtigungen eher auf die häufig ungünstigeren sozialen, finanziellen und zeitlichen Ressourcen zurückzuführen sind. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in Untersuchungen für Deutschland die Kontrolle für soziale und ökonomische Faktoren zwar oftmals zu einer Verringerung der Unterschiede in der Gesundheit zwischen alleinerziehenden und in Partnerschaft lebenden Müttern [10, 12, 17, 18, 22] und Vätern [17, 18] führt, sich die Unterschiede aber nicht gänzlich durch die soziale Lage erklären lassen.

In Analysen, die eine Differenzierung innerhalb der Gruppe der Alleinerziehenden vornehmen, zeigen sich zudem deutliche Unterschiede in der Gesundheit alleinerziehender Frauen in Abhängigkeit vom Grad der sozialen Unterstützung oder der finanziellen Situation [8, 9, 11]. Ferner finden sich für alleinerziehende Mütter Hinweise darauf, dass eine hohe Zufriedenheit mit der erhaltenen sozialen Unterstützung [8, 19] oder der finanziellen Situation [9, 19] in Teilen einen „puffernden“ Effekt ausüben

kann. Danach ist die gesundheitliche Lage umso besser, je stärker die sozialen und finanziellen Ressourcen alleinerziehender Mütter sind. Zu alleinerziehenden Vätern liegen bislang keine derart differenzierten Analysen vor.

Der vorliegende Beitrag beabsichtigt, auf Basis eines großen bevölkerungsbezogenen Gesundheitssurveys, ein aktuelles Bild über ausgewählte Parameter der gesundheitlichen Lage alleinerziehender Mütter und Väter zu geben. Die Daten des Robert Koch-Instituts bieten aufgrund der großen Stichprobe die Möglichkeit, auch Aussagen zur gesundheitlichen Lage alleinerziehender Väter zu treffen. Auf dem nationalen Forschungsstand aufbauend wurden für die Analyse Indikatoren ausgewählt, die für den hier betrachteten Altersbereich von 18 bis 59 Jahren eine hohe Public-Health-Relevanz besitzen. Neben der selbst als mittelmäßig oder schlecht eingeschätzten allgemeinen Gesundheit sind dies Depressionen, Rückenschmerzen, Adipositas, Rauchen, sportliche Inaktivität und die Nicht-Inanspruchnahme der Zahnvorsorgeuntersuchung.

Im Einzelnen geht der Beitrag folgenden Fragen nach:

- ▶ Wie gesund sind Alleinerziehende und wie gesund verhalten sie sich im Vergleich zu in Partnerschaft lebenden Eltern?
- ▶ Lässt sich eine stärkere gesundheitliche Belastung von Alleinerziehenden durch Unterschiede im sozioökonomischen Status, im Erwerbsstatus oder in der sozialen Unterstützung erklären?
- ▶ Stellt sich der Zusammenhang zwischen Alleinerziehenden-Status und Gesundheit beziehungsweise

Gesundheitsverhalten für Mütter und Väter unterschiedlich dar?

- ▶ Zeigen sich zwischen alleinerziehenden und in Partnerschaft lebenden Müttern Unterschiede hinsichtlich der Zusammenhänge von sozioökonomischem Status, Erwerbsstatus oder sozialer Unterstützung und Gesundheit beziehungsweise Gesundheitsverhalten?

2. Methode

2.1 Daten

Für die Analysen wurden die gepoolten Daten von drei Erhebungswellen der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) aus den Jahren 2009, 2010 und 2012 verwendet, die vom Robert Koch-Institut im Rahmen des Gesundheitsmonitorings durchgeführt wurden [24]. Bei der GEDA-Studie handelt es sich um eine bundesweite Telefonbefragung von deutschsprachigen Erwachsenen, die in Privathaushalten leben und einen Festnetzanschluss haben. Die Daten wurden mittels computergestützter Telefoninterviews (CATI) erhoben. Die Stichprobenziehung erfolgte nach dem Gabler-Häder-Verfahren, bei dem Zufallsstichproben von Telefonnummern im deutschen Festnetz gezogen werden. Die Stichprobe besteht unter Berücksichtigung aller drei Erhebungen aus 62.606 Frauen und Männern im Alter ab 18 Jahren. Die Kooperationsrate auf Zielpersonenebene, d. h. die Anzahl der realisierten Interviews nach Kontakt zur Zielperson, lag bei 51,2% (2009), 55,8% (2010) und 76,7% (2012). Die Kooperationsrate ist ein Maß für den Erfolg der Interviewerinnen und Interviewer bei der Gewinnung von Personen für die Studie. Die Responserate, d. h. der Anteil der abgeschlos-

senen Interviews an der um neutrale Ausfälle bereinigten Bruttostichprobe, betrug 29,1 % (2009), 28,9 % (2010) beziehungsweise 22,1 % (2012) [24]. Die GEDA-Studie wurde vom Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationssicherheit geprüft. Vor Beginn des Interviews wurde eine informierte mündliche Einwilligung der Befragten eingeholt.

Für die vorliegende Analyse wurde die Stichprobe auf den Altersbereich von 18 bis 59 Jahren begrenzt. Es wurden ausschließlich Personen einbezogen, die

mit mindestens einem eigenen Kind unter 18 Jahren zusammen in einem Haushalt lebten. Dabei wurde nicht zwischen leiblichen, Stief- und Adoptivkindern unterschieden (soziale Elternschaft). Nach Plausibilitätsprüfungen der Altersangaben der Haushaltsmitglieder wurden 50 Befragte ausgeschlossen, so dass in die Analysen Informationen von 9.806 Frauen und 6.279 Männern mit minderjährigen Kindern im eigenen Haushalt eingingen. Die Beschreibung der Stichprobe findet sich in [Tabelle 1](#).

	Mütter				Väter			
	Alleinerziehend		In Partnerschaft lebend		Alleinerziehend		In Partnerschaft lebend	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
n (ungewichtet)	2.057		7.749		235		6.044	
% (gewichtet)	14,0%		86,0%		2,3%		97,7%	
Alter								
18–29 Jahre	13,1	(11,1–15,4)	10,5	(9,6–11,4)	7,4	(3,7–14,2)	5,1	(4,4–5,9)
30–39 Jahre	29,9	(27,6–32,3)	42,7	(41,4–44,0)	24,4	(17,5–32,9)	32,8	(31,3–34,3)
40–49 Jahre	46,8	(44,2–49,5)	40,8	(39,6–42,1)	51,9	(43,7–60,0)	48,3	(46,7–49,8)
50–59 Jahre	10,2	(8,7–12,0)	6,0	(5,4–6,7)	16,3	(11,4–22,8)	13,9	(12,8–15,0)
Sozioökonomischer Status								
Niedrig	29,5	(26,8–32,4)	14,6	(13,5–15,9)	20,4	(13,9–28,7)	18,9	(17,4–20,5)
Mittel	59,6	(56,8–62,3)	60,6	(59,3–61,9)	61,1	(52,9–68,8)	55,2	(53,6–56,7)
Hoch	10,9	(9,7–12,2)	24,7	(23,8–25,7)	18,5	(13,7–24,6)	25,9	(24,8–27,1)
Erwerbsstatus								
Nicht erwerbstätig	24,1	(21,7–26,7)	29,8	(28,6–31,1)	11,6	(7,2–18,3)	6,4	(5,6–7,4)
Teilzeit erwerbstätig	46,3	(43,6–48,9)	53,3	(52,0–54,6)	11,0	(7,0–16,9)	5,5	(4,9–6,3)
Vollzeit erwerbstätig	29,6	(27,3–32,1)	16,9	(15,9–17,9)	77,4	(69,8–83,5)	88,0	(86,9–89,1)
Soziale Unterstützung								
Gering	21,9	(19,6–24,4)	13,4	(12,4–14,4)	15,9	(11,0–22,4)	12,9	(11,7–14,1)
Mittel	46,6	(43,9–49,3)	49,6	(48,3–50,9)	52,0	(43,6–60,2)	49,8	(48,2–51,3)
Stark	31,5	(29,1–34,1)	37,1	(35,8–38,3)	32,2	(24,8–40,5)	37,4	(35,9–38,9)

KI = Konfidenzintervall

Tabelle 1

Beschreibung der Stichprobe: Alleinerziehende und in Partnerschaft lebende Mütter und Väter nach Alter, sozioökonomischem Status, Erwerbsstatus und sozialer Unterstützung (Häufigkeiten in %, 95 %-Konfidenzintervalle)

Quelle: GEDA 2009, 2010, 2012 (gepoolt)

2.2 Variablen

Die Variablen zur gesundheitlichen Lage wurden in GEDA wie folgt erfragt: Der selbst eingeschätzte allgemeine Gesundheitszustand wurde mittels der Frage „Wie schätzen Sie Ihre Gesundheit im Allgemeinen ein?“ erhoben. Die fünf Antwortkategorien wurden in zwei Gruppen („sehr gut/gut“ und „mittelmäßig/schlecht/sehr schlecht“) zusammengefasst. Depressionen wurden als ärztlich oder psychotherapeutisch diagnostizierte Depressionen oder depressive Verstimmungen in den letzten 12 Monaten erfasst (12-Monats-Prävalenz). Die 12-Monats-Prävalenz für Rückenschmerzen basiert auf der Frage, ob der oder die Befragte in den letzten 12 Monaten mindestens 3 Monate lang anhaltende Rückenschmerzen hatte. Daten zur Adipositas beruhen auf den Angaben der Befragten zu Körpergröße und -gewicht. Gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) liegt eine Adipositas vor, wenn der Body Mass Index (BMI) größer als 30 kg/m^2 ist. Informationen zum Rauchen („ja“/„nein“) wurden mit der Frage „Rauchen Sie zur Zeit – wenn auch nur gelegentlich?“ erfragt. In der vorliegenden Analyse wurden die Antwortkategorien „täglich“ und „gelegentlich“ zu „ja“ zusammengefasst. Die Daten zur sportlichen Inaktivität („ja“/„nein“) basieren auf der Selbstangabe der Befragten, in den letzten 3 Monaten keinerlei Sport getrieben zu haben. Mit Blick auf die Zahnvorsorgeuntersuchung wurden die Studienteilnehmenden nach der Inanspruchnahme der Leistung in den letzten 12 Monaten gefragt („ja“/„nein“).

Um zwischen alleinerziehenden und in Partnerschaft lebenden Müttern und Vätern differenzieren zu können,

wurde auf die Variable zum Partnerstatus zurückgegriffen. Der Partnerstatus ist über das Zusammenleben mit einer Partnerin oder einem Partner in einem Haushalt („ja“/„nein“) unabhängig von deren Familienstand und Geschlecht definiert. Im Datensatz liegen Angaben zu 2.057 alleinerziehenden Müttern und 235 alleinerziehenden Vätern mit minderjährigen Kindern im Haushalt vor.

Alle Analysen erfolgten nach Geschlecht stratifiziert. Darüber hinaus wurden die folgenden Kontrollvariablen einbezogen: Das Alter der Teilnehmenden ging gruppiert in die Analysen ein (18–29 Jahre, 30–39 Jahre, 40–49 Jahre und 50–59 Jahre). Mit Blick auf die Anzahl der Kinder im Haushalt wurde zwischen „1 Kind“, „2 Kinder“ und „3 und mehr Kinder“ unterschieden. Bezüglich des Alters des jüngsten Kindes im Haushalt erfolgte eine Gruppierung in „0–6 Jahre“, „7–10 Jahre“ und „11–17 Jahre“. In Hinblick auf die Wohnregion wurde zwischen „alten Bundesländern“ und „neuen Bundesländern (einschließlich Berlin)“ differenziert. Der sozioökonomische Status wurde mittels eines Indexes bestimmt, in welchen Angaben zu schulischer und beruflicher Bildung, beruflicher Stellung sowie dem bedarfsgewichteten Haushaltsnettoeinkommen eingingen und der eine Klassifikation in „niedrige“, „mittlere“ und „hohe“ Statusgruppen ermöglicht [25]. Beim Erwerbsstatus wurde zwischen „Vollzeit erwerbstätig“, „Teilzeit erwerbstätig“ und „nicht erwerbstätig“ unterschieden. Die Kategorie „nicht erwerbstätig“ umfasst neben Arbeitslosen auch Studierende, Rentnerinnen und Rentner sowie Hausfrauen und -männer. Der Grad der sozialen Unterstützung wurde mittels der Oslo-3-Item-Social-Support-Scale gemessen [26], die eine Dif-

ferenzierung zwischen „geringer“, „mittlerer“ und „starker“ Unterstützung erlaubt.

2.3 Datenanalyse

Für die ausgewählten Gesundheitsindikatoren wurden im ersten Schritt nach Geschlecht stratifizierte Prävalenzen für alleinerziehende und in Paarhaushalten lebende Mütter und Väter berechnet (Forschungsfrage 1).

Im nächsten Schritt wurden mittels binär logistischer Regressionen nach Geschlecht stratifizierte Odds Ratios geschätzt. Das Odds Ratio gibt an, um welchen Faktor die statistische „Chance“ einer gesundheitlichen Beeinträchtigung bei Alleinerziehenden erhöht ist im Vergleich zu in Partnerschaft lebenden Müttern und Vätern (Referenzgruppe). Hierbei kann für die unterschiedliche Zusammensetzung der Gruppen der alleinerziehenden und in Partnerschaft lebenden Eltern (siehe [Tabelle 1](#)) kontrolliert werden. Durch ein schrittweises Einbeziehen der Kontrollvariablen wird deutlich, welche sozialen Faktoren die gesundheitliche Lage von Alleinerziehenden beeinflussen (Forschungsfrage 2). In Modell 1 wurde für Alter, Anzahl der Kinder im Haushalt, Alter des jüngsten Kindes und Wohnregion adjustiert. In Modell 2a wurde zusätzlich der sozioökonomische Status, in Modell 2b der Erwerbsstatus und in Modell 2c die soziale Unterstützung aufgenommen. In Modell 3 wurden alle Variablen gleichzeitig einbezogen.

Abschließend wurde ein gemeinsames Modell für Frauen und Männer berechnet, in das alle Kontrollvariablen sowie ein Interaktionsterm aus Geschlecht und Partnerstatus aufgenommen wurden. Aus dem adjus-

tierten Wald-Test für den Interaktionsterm lässt sich ableiten, ob die Zusammenhänge zwischen Partnerstatus und gesundheitlicher Lage für Mütter und Väter unterschiedlich sind (Forschungsfrage 3).

In einem weiteren Analyseschritt wurde innerhalb der Gruppe der alleinerziehenden sowie der in Partnerschaft lebenden Mütter nach sozioökonomischem Status, Erwerbsstatus und sozialer Unterstützung stratifiziert (Forschungsfrage 4). Dies erfolgte statistisch über den Einbezug von Interaktionen und die Schätzung von Predictive Margins. Hierbei handelt es sich um die im vollständig adjustierten Modell für die einzelnen Subgruppen vorhergesagten Wahrscheinlichkeiten für die Gesundheitsindikatoren. Die Ergebnisse werden in grafischer Form exemplarisch für Depressionen und das Rauchen präsentiert. Aufgrund der kleinen Fallzahl bei den alleinerziehenden Vätern wurde für diese keine Subgruppenanalyse vorgenommen.

Alle Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2010) bezüglich Alter, Geschlecht, Bildung und Bundesland korrigiert. Als statistisch signifikant gelten p-Werte kleiner als 0,05. Die Analysen wurden mit der Statistiksoftware StataSE 14 (StataCorp, College Station, TX, USA) berechnet.

3. Ergebnisse

[Tabelle 2](#) stellt für die ausgewählten Parameter der gesundheitlichen Lage die Prävalenzen im Vergleich von alleinerziehenden und in Paarhaushalten lebenden Müttern und Vätern dar (Forschungsfrage 1). Für alleinerzie-

Alleinerziehende berichten häufiger von ärztlich diagnostizierten Depressionen und rauchen häufiger als in Paarhaushalten lebende Mütter und Väter.

hende Mütter zeigen sich bei allen Indikatoren der gesundheitlichen Lage – bis auf Adipositas – signifikant höhere Prävalenzen als bei in Paarhaushalten lebenden Müttern. Für die alleinerziehenden Väter finden sich bei Depressionen, Rauchen und der Nicht-Inanspruchnahme der Zahnvorsorge signifikant höhere Prävalenzen. Bei der selbst eingeschätzten allgemeinen Gesundheit sowie bei Rückenschmerzen fallen die Unterschiede nach Partnerstatus bei den Vätern geringer aus als bei den Müttern und sind nicht statistisch signifikant. Bei der sportlichen Aktivität zeigt sich bei den Männern ein ähnliches Muster wie bei den Frauen. Aufgrund der kleinen Fallzahl bei den alleinerziehenden Vätern ist der Unterschied aber nicht statistisch abgesichert. Das Vorliegen einer Adipositas variiert weder bei Müttern noch bei Vätern mit dem Partnerstatus.

Inwieweit der sozioökonomische Status, der Erwerbsstatus oder die soziale Unterstützung zwischen Alleinerziehenden-Status und gesundheitlicher Lage vermitteln, zeigt sich in den Tabellen 3 und 4 (Forschungsfrage 2). Zunächst haben bei Kontrolle für Anzahl und Alter der im Haushalt lebenden Kinder sowie die Wohnregion (Modell 1) die deskriptiven Unterschiede zwischen Alleinerziehenden und in Partnerschaft Lebenden Bestand. Bei den Frauen (Tabelle 3) kann der sozioökonomische Status einen gewissen Anteil der höheren gesundheitlichen Belastungen der Alleinerziehenden statistisch erklären. So findet sich nach Einbezug des sozioökonomischen Status (Modell 2a) für die sportliche Inaktivität kein signifikanter Zusammenhang mehr mit dem Partnerstatus. Der Einbezug des Erwerbsstatus (Modell 2b) führt zu keinerlei Verringerung der Odds Ratios, und

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

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

Tabelle 2
Gesundheit und Gesundheitsverhalten von alleinerziehenden und in Partnerschaft lebenden Müttern und Vätern (Prävalenzen, 95 %-Konfidenzintervalle)

Quelle: GEDA 2009, 2010, 2012 (gepoolt)

auch bei der sozialen Unterstützung (Modell 2c) zeigen sich keine relevanten Veränderungen. Bei gleichzeitigem Einbezug aller Kontrollvariablen (Modell 3) finden sich weiterhin für die selbst eingeschätzte allgemeine Gesundheit, Depressionen, Rückenschmerzen, Rauchen und die Nicht-Inanspruchnahme der Zahnvorsorge signifikante Unterschiede zwischen alleinerziehenden und in Paarhaushalten lebenden Müttern. Bei den Vätern (Tabelle 4) führt die Berücksichtigung von Unterschieden im sozioökonomischen Status (Modell 2a) zu keinerlei Veränderung der Odds Ratios. Auch nach Einbezug des Erwerbsstatus (Modell 2b) und der sozialen Unterstützung (Modell 2c) ändern sich die Odds Ratios

kaum, so dass im vollständig adjustierten Modell (Modell 3) weiterhin signifikante Ergebnisse für Depressionen, Rauchen und die Nicht-Inanspruchnahme der Zahnvorsorge vorliegen.

In den vollständig adjustierten Modellen mit der Interaktion zwischen Partnerstatus und Geschlecht (Forschungsfrage 3) ergibt sich nur für die Inanspruchnahme der Zahnvorsorge ein signifikantes Ergebnis (Ergebnisse nicht gezeigt). Dies ist so zu interpretieren, dass der Zusammenhang zwischen dem Alleinerziehenden-Status und der Nicht-Teilnahme an der Zahnvorsorge bei Vätern deutlich stärker ist als bei Müttern. Bei allen anderen Gesundheits-Outcomes unterscheidet sich der Zusam-

Mütter	Modell 1		Modell 2a (+ SES)		Modell 2b (+ Erwerbsstatus)		Modell 2c (+ soz. Unterstützung)		Modell 3 (vollständig adjustiert)	
	OR	(95 %-KI)	OR	(95 %-KI)	OR	(95 %-KI)	OR	(95 %-KI)	OR	(95 %-KI)
Selbst eingeschätzte Gesundheit (mittelmäßig – sehr schlecht) (n=9.569)	1,57	(1,34–1,83)	1,32	(1,12–1,54)	1,58	(1,35–1,85)	1,44	(1,23–1,69)	1,26	(1,07–1,49)
Depression (n=9.549)	2,77	(2,28–3,36)	2,58	(2,10–3,18)	2,82	(2,32–3,43)	2,59	(2,12–3,15)	2,55	(2,06–3,15)
Rückenschmerzen (n=9.565)	1,44	(1,23–1,67)	1,27	(1,09–1,49)	1,44	(1,23–1,67)	1,36	(1,17–1,59)	1,23	(1,05–1,45)
Adipositas (n=9.342)	1,10	(0,90–1,35)	0,87	(0,70–1,08)	1,10	(0,90–1,35)	1,06	(0,86–1,30)	0,85	(0,69–1,05)
Rauchen (n=9.570)	2,30	(2,02–2,62)	1,97	(1,72–2,25)	2,27	(1,99–2,59)	2,27	(1,99–2,59)	1,92	(1,67–2,20)
Sportliche Inaktivität (n=9.567)	1,32	(1,15–1,51)	1,07	(0,93–1,24)	1,30	(1,14–1,50)	1,25	(1,09–1,44)	1,04	(0,90–1,20)
Nicht-Inanspruchnahme der Zahnvorsorge (n=9.557)	1,57	(1,31–1,88)	1,32	(1,09–1,59)	1,56	(1,30–1,87)	1,49	(1,24–1,78)	1,28	(1,06–1,54)

Fettdruck: signifikant ($p < 0,05$) Alle Modelle adjustiert für Alter, Anzahl Kinder, Alter des jüngsten Kindes und Wohnregion.
Referenzgruppe: in Partnerschaft lebende Mütter; KI = Konfidenzintervall, SES = Sozioökonomischer Status

Tabelle 3
Gesundheit und Gesundheitsverhalten von alleinerziehenden Müttern im Vergleich zu in Partnerschaft lebenden Müttern (Ergebnisse binär-logistischer Regressionen; Odds Ratios, 95 %-Konfidenzintervalle)

Quelle: GEDA 2009, 2010, 2012 (gepoolt)

Tabelle 4
Gesundheit und Gesundheitsverhalten von
alleinerziehenden Vätern im Vergleich zu in
Partnerschaft lebenden Vätern (Ergebnisse
binär-logistischer Regressionen; Odds Ratios,
95%-Konfidenzintervalle)

Quelle: GEDA 2009, 2010, 2012 (gepoolt)

Väter	Modell 1		Modell 2a (+ SES)		Modell 2b (+ Erwerbsstatus)		Modell 2c (+ soz. Unterstützung)		Modell 3 (vollständig adjustiert)	
	OR	(95 %-KI)	OR	(95 %-KI)	OR	(95 %-KI)	OR	(95 %-KI)	OR	(95 %-KI)
Selbst eingeschätzte Gesundheit (mittelmäßig – sehr schlecht) (n=6.117)	1,33	(0,86–2,06)	1,29	(0,82–2,04)	1,21	(0,74–1,98)	1,28	(0,82–2,00)	1,16	(0,69–1,94)
Depression (n=6.115)	2,65	(1,44–4,89)	2,62	(1,43–4,80)	2,36	(1,27–4,38)	2,54	(1,37–4,69)	2,23	(1,20–4,16)
Rückenschmerzen (n=6.116)	1,26	(0,78–2,04)	1,23	(0,76–2,00)	1,20	(0,73–1,97)	1,22	(0,75–2,01)	1,15	(0,69–1,92)
Adipositas (n=6.100)	1,14	(0,67–1,93)	1,11	(0,64–1,91)	1,14	(0,67–1,95)	1,12	(0,65–1,92)	1,12	(0,64–1,94)
Rauchen (n=6.122)	1,67	(1,17–2,37)	1,63	(1,14–2,31)	1,60	(1,13–2,27)	1,66	(1,17–2,37)	1,59	(1,12–2,26)
Sportliche Inaktivität (n=6.120)	1,29	(0,90–1,85)	1,24	(0,87–1,78)	1,25	(0,88–1,79)	1,26	(0,88–1,82)	1,21	(0,84–1,74)
Nicht-Inanspruchnahme der Zahnvorsorge (n=6.119)	2,29	(1,58–3,31)	2,27	(1,54–3,34)	2,28	(1,57–3,30)	2,25	(1,55–3,27)	2,27	(1,54–3,34)

Fettdruck: signifikant ($p < 0,05$) Alle Modelle adjustiert für Alter, Anzahl Kinder, Alter des jüngsten Kindes und Wohnregion.
Referenzgruppe: in Partnerschaft lebende Väter; KI = Konfidenzintervall, SES = Sozioökonomischer Status

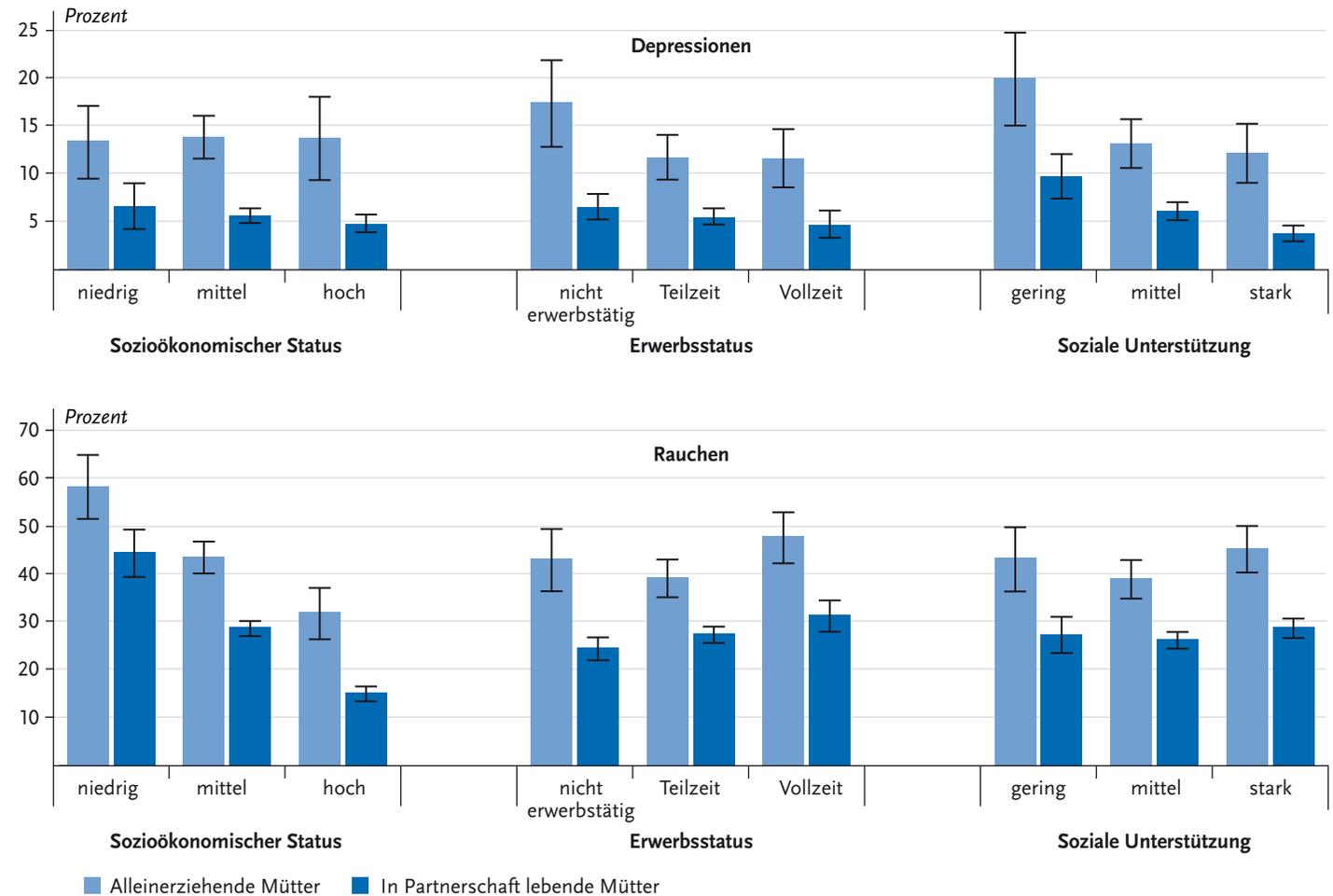
menhang zwischen Partnerstatus und Gesundheit nicht grundsätzlich zwischen Müttern und Vätern – auch wenn bei den Vätern einige Unterschiede in den Prävalenzen zwischen Alleinerziehenden und in Paarhaushalten Lebenden geringer ausfallen beziehungsweise aufgrund der geringen Fallzahl nicht signifikant sind.

Mit Blick auf die Interaktionen zwischen sozioökonomischem Status, Erwerbsstatus oder sozialer Unterstützung und dem Partnerstatus (Forschungsfrage 4) findet sich bei den Müttern für keinen Gesundheitsindikator ein signifikantes Ergebnis. Die Haupteffekte des Partnerstatus sowie des sozioökonomischen Status, des Erwerbsstatus und der sozialen Unterstützung auf die

gesundheitlichen Beeinträchtigungen summieren sich somit auf. Zeigen sich für den Alleinerziehenden-Status sowie für die genannten Faktoren der sozialen Lage signifikante Odds Ratios (für die sozialen Faktoren hier nicht im Detail dargestellt), gehen diese mit einer deutlich erhöhten Wahrscheinlichkeit für eine gesundheitliche Beeinträchtigung einher. In [Abbildung 1](#) sind exemplarisch für Depressionen und das Rauchen die vorhergesagten Wahrscheinlichkeiten für alleinerziehende und in Partnerhaushalten lebende Mütter stratifiziert nach sozioökonomischem Status, Erwerbsstatus und sozialer Unterstützung dargestellt. Es zeigt sich, dass innerhalb jeder Subgruppe Alleinerziehende eine höhere Wahr-

Abbildung 1
 Vorhergesagte Wahrscheinlichkeiten für Depressionen und Rauchen von alleinerziehenden und in Partnerschaft lebenden Müttern, stratifiziert nach sozioökonomischem Status, Erwerbsstatus und sozialer Unterstützung (Ergebnisse binär-logistischer Regressionen mit Interaktionen)
 Quelle: GEDA 2009, 2010, 2012 (gepoolt)

Ist die Lebenssituation durch einen niedrigen sozioökonomischen Status, eine fehlende Erwerbstätigkeit oder eine geringe soziale Unterstützung gekennzeichnet, kann das die gesundheitliche Beeinträchtigung von Alleinerziehenden verstärken.



scheinlichkeit für eine Depression oder das Rauchen aufweisen als in Partnerschaft lebende Mütter. Ferner wird deutlich, dass die Wahrscheinlichkeit einer Depression bei alleinerziehenden Müttern, die nicht erwerbstätig sind oder nur eine geringe soziale Unterstützung erhalten, deutlich höher ist als in den anderen Subgruppen. Ein ähnliches Bild zeigt sich beim Rauchen unter Einbezug

des sozioökonomischen Status. Die Wahrscheinlichkeit zu rauchen ist mit knapp 60% bei alleinerziehenden Müttern mit niedrigem sozioökonomischem Status am höchsten. Gleichzeitig ist die Wahrscheinlichkeit zu rauchen bei alleinerziehenden Müttern der hohen Statusgruppe geringer als bei in Partnerschaft lebenden Müttern der niedrigen Statusgruppe.

4. Diskussion

Für alleinerziehende Mütter finden sich für eine mittelmäßig bis sehr schlecht eingeschätzte allgemeine Gesundheit, Depressionen, Rückenschmerzen, Rauchen, sportliche Inaktivität und die Nicht-Inanspruchnahme der Zahnvorsorge signifikant höhere Prävalenzen als bei Müttern aus Paarhaushalten. Bei den alleinerziehenden Vätern zeigen sich höhere Prävalenzen bei Depressionen, beim Rauchen sowie bei der Nicht-Inanspruchnahme der Zahnvorsorge. Die Prävalenz für Adipositas variiert weder bei Müttern noch bei Vätern mit dem Partnerstatus.

Diese Ergebnisse decken sich weitgehend mit dem nationalen und internationalen Forschungsstand. Mehrere Studien zeigen, dass alleinerziehende Mütter ihre allgemeine Gesundheit schlechter einschätzen als in Partnerschaft lebende Mütter [6, 12, 27–35]. Bei Vätern fallen die Unterschiede bei der selbst eingeschätzten allgemeinen Gesundheit hingegen etwas moderater aus [27, 28, 36]. Auch mit Blick auf die psychische Gesundheit bestätigen zahlreiche Studien die hier berichteten höheren Prävalenzen für alleinerziehende Mütter [11, 37–42] und Väter [15, 16, 40, 42]. Für das Rauchen finden sich ebenfalls mehrere Studien, die für alleinerziehende Mütter [12, 22, 32, 33, 43–45] und Väter [43] höhere Prävalenzen berichten. Ergebnisse zu Rückenschmerzen [6, 29], Adipositas [8, 33], sportlicher Inaktivität [9, 12] und zur Inanspruchnahme der Zahnvorsorge [46] bei alleinerziehenden Müttern gibt es vergleichsweise selten, sie stehen aber weitgehend in Einklang mit den hier berichteten Ergebnissen.

Mit Blick auf die Frage, ob es beim Zusammenhang zwischen dem Alleinerziehen und Gesundheit Unterschiede zwischen Frauen und Männern gibt, fallen bei Klose und Jacobi 2004 [16] sowie Wade et al. 2011 [42] die Interaktionen für Geschlecht und Partnerstatus bezogen auf das Vorliegen einer psychischen Störung nicht signifikant aus. Auch bei Chiu et al. 2017 finden sich weder für die selbst eingeschätzte allgemeine noch mentale Gesundheit Unterschiede zwischen alleinerziehenden Müttern und Vätern [47]. Dies deckt sich weitgehend mit den hier vorgestellten Ergebnissen: Bis auf die Inanspruchnahme der Zahnvorsorge findet sich kein statistisch abgesicherter Hinweis darauf, dass sich der Zusammenhang zwischen Partnerstatus und Gesundheit bei Müttern und Vätern grundsätzlich unterscheidet. Es muss allerdings bedacht werden, dass die statistische Power aufgrund der relativ kleinen Fallzahl bei den alleinerziehenden Vätern begrenzt ist. Dass der Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme der Zahnvorsorgeuntersuchung und dem Partnerstatus bei Vätern deutlich stärker ausfällt als bei Müttern, könnte damit in Zusammenhang stehen, dass Männer in Partnerschaften von dem höheren Vorsorgebewusstsein ihrer Partnerinnen zu profitieren scheinen [48].

Ferner konnte gezeigt werden, dass die Ergebnisse auch nach Kontrolle für Anzahl der Kinder, Alter des jüngsten Kindes, Wohnregion sowie sozioökonomischen Status, Erwerbsstatus und soziale Unterstützung weitgehend stabil bleiben. Die hier vorgestellten Unterschiede in den Prävalenzen zwischen Eltern mit und ohne Partner oder Partnerin im Haushalt können somit größtenteils nicht auf Unterschiede in der sozialen Lage

zurückgeführt werden. Das Alleinerziehen ist also weitgehend unabhängig von den analysierten sozialen Faktoren mit der gesundheitlichen Lage assoziiert. Der Forschungsstand hierzu ist jedoch heterogen. In einigen Studien können geringe finanzielle Ressourcen und eine geringere soziale Unterstützung Alleinerziehender die höhere Wahrscheinlichkeit einer Depression [38, 41, 42, 49] beziehungsweise einer als schlecht eingeschätzten Gesundheit [34, 50] vollständig statistisch erklären. In anderen Studien hingegen bleiben die Unterschiede auch nach Kontrolle für sozioökonomische Faktoren [28, 30, 43, 44, 51] oder soziale Unterstützung [43, 51] signifikant. Zu einem gewissen Anteil scheint die Heterogenität der Ergebnisse damit zusammenzuhängen, dass subjektiv wahrgenommene finanzielle Belastungen und die subjektive Unzufriedenheit mit der vorhandenen sozialen Unterstützung Unterschiede in der gesundheitlichen Lage von Alleinerziehenden und in Paarhaushalten lebenden Eltern besser erklären können als vergleichsweise objektive Angaben zu Einkommen oder Anzahl der Personen im sozialen Umfeld, wie sie auch in der GEDA-Studie erhoben wurden [19]. In Hinblick auf den Erwerbsstatus kommen mehrere Studien zu dem Ergebnis, dass alleinerziehende Mütter unabhängig von ihrer Erwerbstätigkeit einen signifikant schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als Mütter aus Partnerhaushalten [29, 31]. Dies deckt sich mit den hier vorgestellten Ergebnissen.

Eine mögliche alternative Erklärung für die teilweise beeinträchtigte gesundheitliche Lage von Alleinerziehenden könnte sein, dass weniger das Alleinerziehen an sich, als vielmehr eine vorangegangene konflikthafte Partnerbe-

ziehung sowie Trennung oder Scheidung einen negativen Effekt auf die Gesundheit haben können [52]. Ferner können Avison et al. 2008 zeigen, dass Depressionen im jungen Erwachsenenalter eine Trennung vom Partner beziehungsweise von der Partnerin begünstigen können [53]. Auch die größere psychosoziale Belastung durch die alleinige Verantwortung für die Familie und die Erziehung der Kinder sowie Konflikte mit dem ehemaligen Partner oder der ehemaligen Partnerin können einen Einfluss auf die Gesundheit Alleinerziehender haben [54]. Des Weiteren könnte sich eine geringe Zeitsouveränität – insbesondere bei erwerbstätigen Alleinerziehenden – ungünstig auf die gesundheitliche Lage auswirken [55]. So können beispielsweise die geringere Inanspruchnahme der Zahnvorsorge oder auch eine geringere sportliche Aktivität in Zusammenhang mit fehlenden zeitlichen Ressourcen stehen. In den genannten Studien wird dieser Aspekt allerdings nicht untersucht.

Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass Alleinerziehende keine homogene Gruppe sind, sondern ihre gesundheitliche Lage mit dem sozioökonomischen Status, dem Erwerbsstatus sowie der erfahrenen sozialen Unterstützung variiert. Diese sozialen Faktoren stellen somit wichtige Ressourcen für die Gesundheit von Alleinerziehenden dar. Allerdings wirken diese sozialen Ressourcen bei Alleinerziehenden nicht grundsätzlich anders als bei Eltern, die in Partnerschaften leben. Wenn das Alleinerziehen mit einem geringen sozioökonomischen Status, einer fehlenden Erwerbstätigkeit oder einer geringen sozialen Unterstützung einhergeht, zeigt sich jedoch bei einigen Aspekten der gesundheitlichen Lage eine kumulative Benachteiligung. Interna-

tional finden sich insbesondere für Mütter Studien zu Interaktionen zwischen dem Alleinerziehenden- und Erwerbsstatus mit variierenden Ergebnissen, die mit unterschiedlichen Sozialsystemen in Verbindung gebracht werden [31, 32, 35].

Insgesamt ist bei der Einordnung der Ergebnisse in den internationalen Forschungsstand zu berücksichtigen, dass die Studien aufgrund variierender Studiendesigns nur eingeschränkt vergleichbar und Ergebnisse internationaler Analysen aufgrund unterschiedlicher Sozialsysteme nur bedingt auf Deutschland übertragbar sind. So zeigen internationale Vergleiche, dass auch in den westlichen Ländern die Ergebnisse teils unterschiedlich ausfallen [56] und sich dies zumindest in Teilen auf sozialpolitische Regelungen zurückführen lässt [50].

4.1 Stärken und Schwächen der Analyse

Eine Stärke der Studie ist, dass sie aufgrund der Größe der Stichprobe Ergebnisse zur Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter ermöglicht. Allerdings sind aufgrund der kleinen Fallzahl bei den alleinerziehenden Vätern Subgruppenanalysen nur begrenzt möglich. Eine weitere Limitation liegt darin, dass es sich bei den GEDA-Studien um Querschnittstudien handelt, die keine Aussage zur Richtung des Zusammenhangs zwischen Partnerstatus und Gesundheit erlauben. Aufgrund des Querschnittsdesigns kann nicht analysiert werden, ob das Alleinerziehen oder vielmehr eine vorangegangene Trennung oder Scheidung mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen assoziiert ist. Da in den GEDA-Daten zudem weder Angaben zu den Gründen des Alleinerzie-

hens noch zum Zeitpunkt der Trennung oder zur Dauer des Ein-Eltern-Status vorliegen, kann ebenfalls nicht untersucht werden, ob und wie sich diese Aspekte kurz- und langfristig auf die Gesundheit im Lebensverlauf auswirken. Darüber hinaus wurden weitere Faktoren, die für die gesundheitliche Lage von Alleinerziehenden von Bedeutung sein könnten, nicht in der Analyse berücksichtigt. Hierzu zählt beispielsweise das Vorhandensein eines Partners oder einer Partnerin, der oder die nicht im Haushalt lebt. Des Weiteren konnte diese Analyse der Vielfalt der heutigen Familienformen von getrennt lebenden Eltern nicht gerecht werden. So können beispielsweise Familien, bei denen die Kinder in zwei oder mehreren getrennten Haushalten leben (sogenannte „Wechselmodelle“), nicht identifiziert werden. Ferner dürfen die hier vorgestellten Unterschiede in der gesundheitlichen Lage von alleinerziehenden und in Partnerschaft lebenden Eltern nicht dahingehend verallgemeinert werden, dass die gesundheitliche Lage von Alleinerziehenden in all ihren Facetten schlechter ist. So fanden beispielweise chronische somatische Erkrankungen, die oftmals im jungen Erwachsenenalter noch keine hohe Verbreitung aufweisen, in dieser Analyse keine Berücksichtigung. Forschungsbedarf besteht daher in Hinblick auf eine möglichst differenzierte Erfassung der Lebenssituation sowie die Analyse weiterer Aspekte der gesundheitlichen Lage Alleinerziehender. Für die Zukunft sind unter anderem differenzierte Analysen zu Zusammenhängen zwischen sozialer und gesundheitlicher Lage von Alleinerziehenden unter Berücksichtigung von Unterschieden in Bildung, Einkommen und beruflicher Stellung geplant.

Die finanzielle Absicherung von Ein-Eltern-Familien sowie eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf stellen wichtige Beiträge zur Gesundheitsförderung von Alleinerziehenden dar.

4.2 Schlussfolgerungen

Auch wenn sich die große Mehrheit der alleinerziehenden Mütter und Väter durch eine gute Gesundheit auszeichnet, kann das Alleinerziehen mit Beeinträchtigungen der gesundheitlichen Lage einhergehen. Auswirkungen auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Alleinerziehenden zeigen sich vor allem dann, wenn zu der alleinigen Verantwortung für die Kinder weitere Benachteiligungen hinzukommen. Hier ist insbesondere das deutlich erhöhte Armutsrisiko von Ein-Eltern-Familien zu nennen, das wiederum selbst in starkem Maße mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen assoziiert ist. Hinzu können psychosoziale Belastungen treten, die sich mitunter aus einer geringeren Zeitsouveränität und fehlenden sozialen Ressourcen ergeben.

In den Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V werden Alleinerziehende explizit als Zielgruppe benannt: „Insbesondere Alleinerziehende und ihre Kinder sind durch ihre Lebenslage häufig erheblichen psychosozialen und materiellen Belastungen ausgesetzt und sollten bei Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten daher besonders berücksichtigt werden“ [57].

Ein wichtiges Element der Gesundheitsförderung für Alleinerziehende ist eine nachhaltige Familienpolitik, die Benachteiligungen, die sich aus der Lebenslage ergeben, auszugleichen und insbesondere das hohe Armutsrisiko sowie psychosoziale Belastungen zu verringern vermag. Laut Bertram et al. 2005 [58] setzt sich eine nachhaltige Familienpolitik aus finanzieller Transfer-, Zeit- und Infrastrukturpolitik zusammen.

In der vom Bundesministerium der Finanzen und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend beauftragten Gesamtevaluation der ehe- und familienbezogenen Maßnahmen und Leistungen in Deutschland [59] werden als wichtige Elemente einer nachhaltigen Familienpolitik Leistungen wie die Subventionierung der Kinderbetreuung, der Unterhaltsvorschuss, der steuerliche Entlastungsbetrag für Alleinerziehende, der Kinderzuschlag und das Elterngeld genannt. Der Verband alleinerziehender Mütter und Väter merkt allerdings an, dass viele der aktuellen familienpolitischen Leistungen aufgrund des Subsidiaritätsprinzips im Sozialrecht keinen ausreichenden Beitrag zur Verringerung der Armutsbetroffenheit von Alleinerziehenden leisten. So werden beispielsweise sowohl das Eltern- und Kindergeld als auch der Unterhaltsvorschuss bei dem Bezug von Leistungen nach SGB II angerechnet [60]. Verschiedene Akteure diskutieren vor diesem Hintergrund einen Systemwechsel in Richtung einer Kindergrundsicherung [60–64].

Neben finanziellen Transferleistungen spielt für Alleinerziehende auch Zeitpolitik eine wichtige Rolle, da Alleinerziehende durch ihre Doppelrolle als Ernährerin oder Ernährer der Familie und als Erzieherin oder Erzieher der Kinder in besonderem Maße von Problemen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf betroffen sind. Hierbei ist zu bedenken, dass eine stärkere Erwerbsbeteiligung Alleinerziehender zwar einerseits das Armutsrisiko verringern kann, in der Regel aber auch mit weniger Zeit für die Familie einhergeht. Sinnvoll erscheint daher eine weitere Flexibilisierung der Arbeits(zeit)modelle über den Lebensverlauf, die auch eine phasenweise Verringerung

der Arbeitszeit oder gar einen temporären Berufsausstieg beinhalten kann und unterschiedlichen Zeitbedürfnissen in unterschiedlichen Lebensphasen Rechnung trägt [61]. Um Erwerbsarbeit und Familie gut vereinbaren zu können, sind insbesondere Alleinerziehende zudem auf eine gute Betreuungsinfrastruktur angewiesen. Der Verband alleinerziehender Mütter und Väter nennt als wichtige Maßnahmen unter anderem die Verbesserung von Quantität und Qualität der Kinderbetreuung, den Ausbau von Ganztagschulen sowie die Organisation von Randzeitenbetreuung in Kindertagesstätte und Hort [65].

Darüber hinaus könnten familienpolitische Anreize zu einer partnerschaftlichen Arbeitsteilung von Eltern gegebenenfalls auch nach der Trennung oder Scheidung des Paares eine verantwortungsvolle gemeinsame Elternschaft fördern. So finden sich heute neben dem Modell, in dem das Kind seinen Lebensmittelpunkt bei einem Elternteil hat, zunehmend auch Modelle, bei denen ein Kind mit beiden Elternteilen im Wechsel lebt und eine stärkere Aufteilung der Familienarbeit zwischen den getrennt lebenden Elternteilen erfolgt. Allerdings scheint dieser Lebensentwurf insbesondere bei starken Konflikten zwischen den getrennt lebenden Elternteilen wenig praktikabel. Auch sind rechtliche Rahmenbedingungen und familienpolitische Leistungen bislang noch nicht ausreichend auf diese Familienformen zugeschnitten [66].

Nach Geene und Töpitz 2017 können insbesondere integrierte kommunale Aktivitäten im Rahmen sogenannter „Präventionsketten“ dazu beitragen, multiprofessionell und intersektoral arbeitende Netzwerke aufzubauen und damit Angebote für soziale benachteiligte Eltern, zu denen oftmals auch Alleinerziehende zählen, trans-

parenter, passgenauer und leichter zugänglich zu machen [67]. Durch kommunale Angebote wie beispielweise die Frühen Hilfen, Familienzentren, Beratungs- und Mediationsangebote sowie Angebote der Jugendhilfe oder Arbeitsagenturen können sowohl alleinerziehende als auch in Partnerschaften lebende Mütter und Väter mit sozial bedingt ungünstigeren Gesundheitschancen ohne Stigmatisierung in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen erreicht werden [57, 67].

Alles in allem ist anzunehmen, dass niedrigschwellige lebensweltorientierte Angebote in Kombination mit einer besseren finanziellen Absicherung von Ein-Eltern-Familien sowie Möglichkeiten der besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung von Alleinerziehenden leisten können.

Literatur

1. Peuckert R (2012) Familienformen im sozialen Wandel. 8. Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
2. Krack-Roberg E, Rübenach S, Sommer B et al. (2016) Familie, Lebensformen und Kinder. In: Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg) Datenreport 2016. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, S. 42-77
3. Bundesagentur für Arbeit (Hrsg) (2014) Analyse des Arbeitsmarktes für Alleinerziehende in Deutschland 2014. Analytikreport der Statistik. Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg
4. Lenze A, Funcke A (2016) Alleinerziehende unter Druck. Rechtliche Rahmenbedingungen, finanzielle Lage und Reformbedarf. Im Auftrag der Bertelsmann Stiftung. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
5. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2010) Alleinerziehende in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 2009. https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2010/Alleinerziehende/pressebroschuere_Alleinerziehende2009.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 14.06.2017)

6. Hancioglu M (2015) Alleinerziehende und Gesundheit. Die Lebensphase „alleinerziehend“ und ihr Einfluss auf die Gesundheit (Dissertation). Fakultät für Sozialwissenschaft. Ruhr-Universität, Bochum
7. Franz M, Lensche H, Schmitz N (2003) Psychological distress and socioeconomic status in single mothers and their children in a German city. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 38(2):59-68
8. Hoffmann B, Swart E (2002) Selbstwahrnehmung der Gesundheit und ärztliche Inanspruchnahme bei Alleinerziehenden – Ergebnisse des Bundesgesundheitsssurveys. *Gesundheitswesen* 64(04):214-223
9. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2003) Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 14. Robert Koch-Institut, Berlin
http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/reUzuR53jx9JI/PDF/27ZIDy-KPODMF_59.pdf (Stand: 14.06.2017)
10. Lange C, Saß AC (2006) Risikolagen und Gesundheitssituation allein erziehender Frauen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 72(2):121-126
11. Sperlich S, Collatz J (2006) Ein-Elternschaft - eine gesundheitsrisikante Lebensform? Reanalyse der Daten aus Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und ihre Kinder. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 72(2):127-137
12. Timm A (2008) Die gesundheitliche Lage von alleinerziehenden Müttern. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itaoarticles/200803-Beitrag.pdf (Stand: 14.06.2017)
13. Sperlich S, Maina MN (2014) Are single mothers' higher smoking rates mediated by dysfunctional coping styles? *BMC Women's Health* 14:124
14. Sperlich S (2014) Gesundheitliche Risiken in unterschiedlichen Lebenslagen von Müttern: Analysen auf der Basis einer Bevölkerungsstudie. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 57(12):1411-1423
15. Helbig S, Lampert T, Klose M et al. (2006) Is parenthood associated with mental health? Findings from an epidemiological community survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41(11):889-896
16. Klose M, Jacobi F (2004) Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors? *Arch Womens Ment Health* 7(2):133-148
17. Müters S, Hoebel J, Lange C (2013) Diagnose Depression: Unterschiede bei Frauen und Männern. *GBE Kompakt* 4(2), RKI, Berlin
<http://edoc.rki.de/series/gbe-kompakt/2013-2/PDF/2.pdf> (Stand: 14.06.2017)
18. von der Lippe E, Rattay P (2014) Seelische und körperliche Belastung von Müttern und Vätern in Deutschland. Ergebnisse der GEDA-Studie 2009 und 2010. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 93(1):5-20
19. Köngeter A (2011) Macht Alleinerziehen krank? Der psychische Gesundheitszustand alleinerziehender Mütter unter besonderer Berücksichtigung heterogener Lebenslagen in Deutschland (Bachelorarbeit). GRIN Verlag, München.
20. Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES-Institut) (2014) Belastung durch chronischen Stress. Sonderauswertung der Befragung der DAK-Gesundheit im Rahmen des Schwerpunktthemas 2014 „Rushhour des Lebens“. Im Auftrag der DAK-Gesundheit.
<https://www.dak.de/dak/download/belastung-durch-chronischen-stress-sonderauswertung-1432950.pdf> (Stand: 14.06.2017)
21. Sperlich S, Illiger K, Geyer S (2011) Warum rauchen Mütter? Analyse des Einflusses der Lebenslage und psychischer Faktoren auf den Tabakkonsum von Müttern minderjähriger Kinder. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 54(11):1211-1220
22. Sperlich S, Maina MN, Noeres D (2013) The effect of psychosocial stress on single mothers' smoking. *BMC Public Health* 13:1125
23. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Bericht zur gesundheitlichen Lage der Männer in Deutschland. Robert Koch-Institut, Berlin
http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/retiNCKWE1D/PDF/25aj-8cibVGnqM.pdf (Stand: 14.06.2017)
24. Lange C, Jentsch F, Allen J et al. (2015) Data resource profile: German Health Update (GEDA) - the health interview survey for adults in Germany. *Int J Epidemiol* 44(2):442-450
25. Lampert T, Kroll L, Müters S et al. (2013) Messung des sozioökonomischen Status in der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 56(5/6):131-143
<http://edoc.rki.de/oa/articles/rejqMMgfXdpeQ/PDF/22v4qib-HmrjBg.pdf> (Stand: 14.06.2017)
26. Dalgard OS, Bjork S, Tambs K (1995) Social support, negative life events and mental health. *Br J Psychiatry* (1):29-34

27. Westin M, Westerling R (2007) Social capital and inequality in health between single and couple parents in Sweden. *Scand J Public Health* 35(6):609-617
28. Benzeval M (1998) The self-reported health status of lone parents. *Soc Sci Med* 46(10):1337-1353
29. Baker D, North K (1999) Does employment improve the health of lone mothers? The ALSPAC Study Team. *Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. Soc Sci Med* 49(1):121-131
30. Fritzell S, Burstrom B (2006) Economic strain and self-rated health among lone and couple mothers in Sweden during the 1990s compared to the 1980s. *Health Policy* 79(2-3):253-264
31. Fritzell S, Vannoni F, Whitehead M et al. (2012) Does non-employment contribute to the health disadvantage among lone mothers in Britain, Italy and Sweden? Synergy effects and the meaning of family policy. *Health Place* 18(2):199-208
32. Burstrom B, Whitehead M, Clayton S et al. (2010) Health inequalities between lone and couple mothers and policy under different welfare regimes - the example of Italy, Sweden and Britain. *Soc Sci Med* 70(6):912-920
33. Young LE, James AD, Cunningham SL (2004) Lone motherhood and risk for cardiovascular disease: the National Population Health Survey (NPHS), 1998-99. *Can J Public Health* 95(5):329-335
34. Rousou E, Kouta C, Middleton N et al. (2013) Single mothers' self-assessment of health: a systematic exploration of the literature. *Int Nurs Rev* 60(4):425-434
35. Struffolino E, Bernardi L, Voorpostel M (2016) Self-reported health among lone mothers in Switzerland: Do employment and education matter? *Population-E* 71(2):187-213
36. Janzen BL, Green K, Muhajarine N (2006) The health of single fathers: demographic, economic and social correlates. *Can J Public Health* 97(6):440-444
37. Brown GW, Moran PM (1997) Single mothers, poverty and depression. *Psychol Med* 27(1):21-33
38. Crosier T, Butterworth P, Rodgers B (2007) Mental health problems among single and partnered mothers. The role of financial hardship and social support. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 42(1):6-13
39. Cairney J, Pevalin DJ, Wade TJ et al. (2006) Twelve-month psychiatric disorder among single and married mothers: the role of marital history. *Can J Psychiatry* 51(10):671-676
40. Cooper C, Bebbington PE, Meltzer H et al. (2008) Depression and common mental disorders in lone parents: results of the 2000 National Psychiatric Morbidity Survey. *Psychol Med* 38(3):335-342
41. Targosz S, Bebbington P, Lewis G et al. (2003) Lone mothers, social exclusion and depression. *Psychol Med* 33(4):715-722
42. Wade TJ, Veldhuizen S, Cairney J (2011) Prevalence of psychiatric disorder in lone fathers and mothers: examining the intersection of gender and family structure on mental health. *Can J Psychiatry* 56(9):567-573
43. Rahkonen O, Laaksonen M, Karvonen S (2005) The contribution of lone parenthood and economic difficulties to smoking. *Soc Sci Med* 61(1):211-216
44. Siahpush M (2004) Why is lone-motherhood so strongly associated with smoking? *Aust N Z J Public Health* 28(1):37-42
45. Jun H-J, Acevedo-Garcia D (2007) The effect of single motherhood on smoking by socioeconomic status and race/ethnicity. *Soc Sci Med* 65(4):653-666
46. McGrath C, Yeung C, Bedi R (2002) Are single mothers in Britain failing to monitor their oral health? *Postgrad Med J* 78(918):229-232
47. Chiu M, Rahman F, Kurdyak P et al. (2017) Self-rated health and mental health of lone fathers compared with lone mothers and partnered fathers: a population-based cross-sectional study. *J Epidemiol Community Health* 71(5):417-423
48. Kotwal AA, Lauderdale DS, Waite LJ et al. (2016) Differences between husbands and wives in colonoscopy use: Results from a national sample of married couples. *Prev Med* 88:46-52
49. Cairney J, Boyle M, Offord DR et al. (2003) Stress, social support and depression in single and married mothers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 38(8):442-449
50. Curtis L, Phipps S (2004) Social transfers and the health status of mothers in Norway and Canada. *Soc Sci Med* 58(12):2499-2507
51. Wang JL (2004) The difference between single and married mothers in the 12-month prevalence of major depressive syndrome, associated factors and mental health service utilization. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39(1):26-32
52. Amato PR (2010) Research on divorce: Continuing trends and new developments. *J Marriage Fam.* 72(3):650-666

53. Avison WR, Davies L, Willson A et al. (2008) Family structure and mothers' mental health: A life course perspective on stability and change. *Advances in Life Course Research* 13:233-255
54. Sperlich S, Arnhold-Kerri S, Geyer S (2011) What accounts for depressive symptoms among mothers? The impact of socioeconomic status, family structure and psychosocial stress. *Int J Public Health* 56(4):385-396
55. SINUS Institut (2014) AOK-Familienstudie 2014. Teil 1: Repräsentativbefragung von Eltern mit Kindern von 4 bis 14 Jahren. Im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. http://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2014/aok_familienstudie_2014_gesamtbericht_band_1.pdf (Stand: 14.06.2017)
56. Berkman LF, Zheng Y, Glymour MM et al. (2015) Mothering alone: cross-national comparisons of later-life disability and health among women who were single mothers. *J Epidemiol Community Health* 69(9):865-872
57. Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V. Verabschiedet am 19.02.2016. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Praevention/160219_Bundesrahmenempfehlungen_.pdf (Stand: 10.10.2017)
58. Bertram H, Rösler W, Ehlert N (2005) Nachhaltige Familienpolitik. Zukunftssicherung durch einen Dreiklang von Zeitpolitik, finanzieller Transferpolitik und Infrastrukturpolitik. <https://www.bmfsfj.de/blob/93352/15683b249f2ac820f7e8ed9c59ca6740/bertram-gutachten-nachhaltige-familienpolitik-data.pdf> (Stand: 14.06.2017)
59. Prognos AG (2014) Endbericht. Gesamtevaluation der ehe- und familienbezogenen Maßnahmen und Leistungen in Deutschland. Im Auftrag des Bundesministeriums der Finanzen und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. https://www.prognos.com/uploads/tx_atwpubdb/140827_Prognos_Gesamtevaluation_Familienleistungen_Endbericht.pdf (Stand: 14.06.2017)
60. Verband alleinerziehender Mütter und Väter (2014) Stellungnahme des VAMV zur Gesamtevaluation ehe- und familienbezogener Leistungen in Deutschland. https://www.vamv.de/uploads/media/VAMV__Stellungnahme_Gesamtevaluation_Fampol_2014.pdf (Stand: 14.06.2017)
61. Stock G, Bertram H, Fürnkranz-Prskawetz A et al. (Hrsg) (2012) Zukunft mit Kindern. Fertilität und gesellschaftliche Entwicklung in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Campus Verlag, Frankfurt/New York
62. Lenze A (2014) Alleinerziehende unter Druck. Rechtliche Rahmenbedingungen, finanzielle Lage und Reformbedarf. Im Auftrag der Bertelsmann Stiftung. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
63. Bertram H (Hrsg) (2013) Reiche Kinder, kluge Kinder: Glückliche Kinder? Der UNICEF Bericht zur Lage der Kinder in Deutschland. Beltz Verlag, Weinheim/Basel
64. Bündnis Kindergrundsicherung. www.kinderarmut-hat-folgen.de (Stand: 14.06.2017)
65. Verband alleinerziehender Mütter und Väter (2012) Es wird Zeit: Familienpolitik auch für Alleinerziehende! Stellungnahme des VAMV zum Achten Familienbericht „Zeit für Familie“. https://www.vamv.de/uploads/media/VAMV_Stellungnahme_8_Familienbericht.pdf (Stand: 14.06.2017)
66. Verband alleinerziehender Mütter und Väter (2016) Stellungnahme des VAMV zur öffentlichen Anhörung am 14. März 2016 im Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend des Bundestages zur Lebenssituation Alleinerziehender und ihren Kindern. https://www.vamv.de/uploads/media/VAMV_Stellungnahme_AE_Anhoerung_BT_FamAuss_Mrz16.pdf (Stand: 14.06.2017)
67. Geene R, Töpritz K (2017) Systematische nationale und internationale Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Alleinerziehenden und Auswertung der vorliegenden Evidenz der Ansätze. Studie im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenkassen. Hochschule Magdeburg-Stendal (unveröffentlichter Bericht)

Impressum

Journal of Health Monitoring

Institution der beteiligten Autorinnen und Autoren

Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin

Korrespondenzadresse

Petra Rattay
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: RattayP@RKI.de

Interessenkonflikt

Die korrespondierende Autorin gibt für sich, die Koautorinnen und den Koautor an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Förderungshinweis

Die GEDA-Studie wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Franziska Prütz,
Martina Rabenberg, Alexander Rommel, Dr. Anke-Christine Saß,
Stefanie Seeling, Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz

Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

Zitierweise

Rattay P, von der Lippe E, Borgmann LS et al. (2017) Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(4): 24–44. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-112

ISSN 2511-2708



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit