

Elterliche Trennung als Gesundheitsrisiko

Herausforderungen und Hilfen am Beispiel des wirz Bindungstrainings

Alleinerziehende sind hohen psychosozialen und gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt, die sich auch ihren Kindern mitteilen. Das bindungswissenschaftlich und entwicklungspsychologisch basierte Programm „wirz“ stellt ein nachhaltig wirksames Elterntaining für Alleinerziehende und deren Kinder zur Verbesserung psychischer und psychosomatischer Beschwerden dar. Das Programm wird im Rahmen eines gestuften Versorgungsmodells erfolgreich im kommunalen (wirz) sowie in der stationären psychosomatischen Rehabilitation (wirzkompakt, wirzReha) eingesetzt. Aktuell wird die in der stationären psychosomatischen Rehabilitation im Rahmen eines sechswöchigen Eltern-Kind-Aufenthaltes angebotene Programmvariante wirzReha in einer vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und von der Deutschen Rentenversicherung geförderten, randomisierten kontrollierten Studie untersucht.



Matthias Franz¹

Dirk Rampoldt¹

Daniel Hagen¹

Marco Jung¹

Ida Helga Oster¹

Ralf Schäfer¹

Gunter Thielen²

¹ Medizinische Fakultät, Universitätsklinikum
Düsseldorf
Klinisches Institut für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie

² Walter Blüchert Stiftung, Gütersloh

Gesundheitsrisiken für Alleinerziehende und ihre Kinder

Prävalenz

Die aus einer konflikthaften elterlichen Trennung entstehende Einelternefamilie ist eine in Deutschland seit Jahrzehnten häufiger werdende Familienform. Der Anteil der 1,5 Millionen Alleinerziehenden an allen Familien mit minderjährigen Kindern liegt in Deutschland bei 18,6 %. Etwa 16 % (2,2 Millionen) aller minderjährigen Kinder wachsen bei nur einem Elternteil auf, in etwa 88 % aller Fälle bei der Mutter. Des Weiteren zeigen sich regionale Unterschiede. Demnach leben in Ostdeutschland rund 22 % der Kinder bei einem alleinerziehenden Elternteil, in Westdeutschland dagegen nur etwa 15 % [1].

Die Situation Alleinerziehender

Alleinerziehende sind hohen psychosozialen Belastungen ausgesetzt. Zahlreiche Studien belegen eine ökonomische [2] und gesundheitliche Benachteiligung [3], die schon in der Düsseldorfer Alleinerziehenden-Studie nachgewiesen werden konnte [4]. Darüber hinaus sind insbesondere alleinerziehende Mütter im Vergleich zu Müttern in Paarfamilien häufiger sowohl durch Einsamkeit und Zukunftsängste als auch durch die partnerschaftliche Konfliktsituation und damit häufig einhergehende Schuldgefühle belastet. Zusätzlich weisen Alleinerziehende überdurchschnittliche Belastun-

gen durch die alleinige Verantwortung im Alltag und bei der Kindererziehung, durch berufliche Belastungen, Zeitmangel und durch finanzielle Sorgen beziehungsweise ein erhöhtes Armutsrisiko auf [1, 5]. Aufgrund dieser komplexen und etwa bei der Hälfte der alleinerziehenden Mütter jahrelang anhaltenden, vielfältigen Belastungen bestehen bei ihnen erhöhte Prävalenzraten für chronische somatische Erkrankungen, Schmerzen, Befindlichkeitsstörungen sowie psychische Erkrankungen. In Bezug auf psychische Krankheiten treten insbesondere Depressionen, Angststörungen oder Substanzmissbrauch bei alleinerziehenden Müttern signifikant und bis zu zwei- bis dreimal häufiger auf als bei Müttern in Partnerschaften [5, 6, 7]. Aufgrund dessen wünschen sich Trennungseltern neben finanzieller vor allem auch psychologische Unterstützung [8].

Die Situation der betroffenen Kinder

Den betroffenen Kindern fehlen nach konflikthafter elterlicher Trennung häufig die Väter. Diese bringen ebenfalls wie die Mütter wichtige Beiträge für die kindliche Entwicklung ein [9]. Das Fehlen des einen und die anhaltende strukturelle und emotionale Überforderung des betreuenden Elternteils können negative Folgen für die Trennungskinder nach sich ziehen. Dementsprechend zeigen Kinder und Jugendliche aus Einelternefamilien häufiger als Kinder aus Paarfamilien Beeinträchtigun-

gen sowohl hinsichtlich ihrer Gesundheit als auch hinsichtlich ihrer sozialen und kognitiven Entwicklung. So können sich kindliche Schuldgefühle oder Selbstwertprobleme in Bezug auf die elterliche Trennung und Verhaltens- und Schulprobleme entwickeln. Darüber hinaus bestehen bei Kindern aus Trennungsfamilien erhöhte Risiken für beispielsweise Übergewicht, Drogenmissbrauch, Rauchen, ADHS und psychische Beeinträchtigungen [7, 10, 11, 12]. Auch im Erwachsenenalter leiden ehemalige Trennungskinder aus konfliktbelasteten Familien häufiger unter psychischen Störungen wie Depressionen oder Substanzmissbrauch, einhergehend mit einem deutlich höheren Nikotinkonsum, häufigerer Arbeitslosigkeit, einer geringeren Lebenszufriedenheit, mehr Beziehungskonflikten, einem erhöhten eigenen Scheidungsrisiko sowie einem höheren Mortalitätsrisiko [10, 13].

Dabei ist wichtig, dass nicht der Status Trennungsfamilie per se mit psychosozialen und gesundheitlichen Belastungen einhergehen muss. Entscheidend ist das Bestehen pathogener Belastungsfaktoren wie familiäre Gewalt und Konflikte beziehungsweise elterliche Überforderung und eingeschränkte Elternkompetenzen. Diese Belastungen sind jedoch in Trennungsfamilien häufiger vorhanden und erhöhen deshalb im Vergleich zu Paarfamilien das kindliche Risiko für psychische Beeinträchtigungen und Problemverhalten bis ins Erwachsenenalter [13, 14].

Besondere Belastung Alleinerziehender und ihrer Kinder während der SARS-CoV-2-Pandemie

Die Gruppe der Alleinerziehenden ist während der SARS-CoV-2-Pandemie durch damit einhergehende Restriktionen, wie zum Beispiel Kontaktverbote, fehlende oder eingeschränkte Kinderbetreuung und weitere soziale Marginalisierung, besonders belastet. Aufgrund dieser Faktoren werden die ohnehin bereits vorhandenen psychosozialen Belastungen weiter verstärkt, wodurch sich auch das Risiko der Alleinerziehenden für ökonomische sowie gesundheitliche Beeinträchtigungen, wie zum Beispiel für psychosomatische Erkrankungen, zusätzlich erhöhen kann. Auch die Kinder können unter den Coronavirus bedingten Kontakteinschränkungen zusätzlich belastet werden. Aufgrund dieser zusätzlichen Restriktionen erhöht sich die bereits ohnehin oft vorhandene

elterliche Überlastung innerhalb der Familie weiter, wodurch auch das kindliche Risiko für psychische Beeinträchtigungen und Problemverhalten weiter steigen kann [15, 16, 17].

Zusammenhang zwischen konfliktreicher elterlicher Trennung und Beeinträchtigungen für Alleinerziehende und ihre Kinder

Die Zusammenhänge zwischen konfliktreicher elterlicher Trennung und langfristig erhöhten psychosozialen und gesundheitlichen Risiken – sowohl für die betroffenen Eltern als auch für ihre Kinder – lassen sich nur teilweise durch das Zusammentreffen von Alleinerziehendenstatus und ungünstigen sozioökonomischen Faktoren wie Armut oder geringe Schulbildung erklären [10]. Die oben erwähnten Risikofaktoren und insbesondere eine anhaltende mütterliche Depression, unter der alleinerziehende Mütter zweibis dreimal häufiger leiden als Mütter aus Paarfamilien [3], können nachgewiesenermaßen die emotionale, kognitive und soziale Entwicklung der betroffenen Kinder beeinträchtigen [18]. So konnte zum Beispiel im Rahmen einer aktuellen Schuleingangsuntersuchung an einer großen Gesamtkohorte von Schulneulingen erneut gezeigt werden, dass Kinder alleinerziehender Eltern im Vergleich zu Kindern aus Paarfamilien deutlich häufiger auffällige Befunde in verschiedenen Entwicklungsbereichen aufwiesen wie zum Beispiel Sprachentwicklung, Zahlenvorwissen, visuelle Wahrnehmung, Konzentrationsfähigkeit, Frustrationstoleranz. Außerdem nahmen alleinerziehende Eltern seltener kinderärztliche Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch [12].

Depressive Mütter wenden nicht nur vermehrt dysfunktional-ungünstige Erziehungspraktiken an, sondern sind auch in der Emotionsverarbeitung und in ihren empathischen Fähigkeiten eingeschränkt. Hierdurch wird auch die Mutter-Kind-Beziehung beziehungsweise die Bindung zu ihren Kindern beeinträchtigt [19]. Studien zeigen, dass eine erfolgreiche Behandlung der mütterlichen Depression zwar das elterliche Stressempfinden reduziert, aber nicht automatisch zu einer Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung führt. Der Grund dafür liegt darin, dass eine feinfühligere Wahrnehmung und das angemessene und zuverlässige Eingehen auf die Bedürfnisse des Kindes, die

sich in kindlichen Affektsignalen äußern, eine elementare Voraussetzung für die Entwicklung eines sicheren Bindungsmusters und eines positiven Selbstwertempfindens des Kindes darstellen [20, 21]. Aufgrund dessen sollten Präventionsprogramme und Interventionen für depressiv beeinträchtigte Mütter aus bindungstheoretischer Sicht auch auf eine Verbesserung der Elternkompetenzen und Feinfühligkeit fokussieren.

„wirz“ als Unterstützungsprogramm für Alleinerziehende und ihre Kinder

Auf dieser Grundlage wurde das „wirz“ Bindungstraining (früher: PALME) am Klinischen Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Universitätsklinik Düsseldorf entwickelt. Dabei handelt es sich um ein manualisiertes und evaluiertes Elterntraining für psychosozial beziehungsweise psychosomatisch belastete Alleinerziehende mit Kindern im Vor- und Grundschulalter. Das Programm spricht auch Alleinerziehende mit mehr als einem Kind an. Das strukturierte Gruppenprogramm basiert auf entwicklungspsychologischen, psychodynamischen und bindungswissenschaftlichen Grundlagen. Im Zentrum stehen die Förderung der Affektwahrnehmung bei Mutter/Vater und Kind, das Verständnis für die Bedeutung der beziehungsregulativen Intentionalität und der noch eingeschränkten sprachsymbolischen Repräsentation der kindlichen Affekte sowie der kindgerechte Umgang mit Affektsignalen und (korrespondierenden eigenen) Gefühlen. Durch die Stärkung der emotionalen und elterlichen Kompetenzen sollen die Eltern-Kind-Bindung gestärkt und so auch kindliche Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten verringert werden. Ein weiteres Ziel der vier aufeinander aufbauenden Module ist, die häufig bestehende Depressivität alleinerziehender Eltern zu verringern und Änderungen im Umgang mit Belastungen zu ermöglichen. Des Weiteren kommt auch der Trennung des Paarkonfliktes von der gemeinsamen Elternverantwortung eine große Bedeutung zu.

Die Gesundheit der Alleinerziehenden, ihre Beziehung zu sich selbst und ihren Kindern wird durch einen individuell erlebniszentrierten, emotionalen Lernzyklus innerhalb eines intensiven, stark

affektmobilisierenden und selbstwertregulativ positiv rückgekoppelten Gruppenprozesses mit Bezugnahme auch auf die eigene Biographie einschließlich der eigenen Kindheit der Alleinerziehenden gefördert. Dadurch kann das Erlebte und Gelernte besonders gut verarbeitet, langfristig verinnerlicht und für den Perspektivwechsel hin zum Kind genutzt werden. Eine Besonderheit von wir2 ist dabei der stark affektzentrierte Gruppenprozess, der von beziehungsstärkenden Feinfühlighkeits-Übungen Zuhause mit dem Kind begleitet wird. Hier wird ein zuvor von den Eltern in der Gruppe affektiv selbst erlebtes und kognitiv konsolidiertes Thema Zuhause mit dem Kind erprobt und erlebt. In der nächsten Gruppensitzung berichten die Alleinerziehenden dann von ihren häufig sehr bewegenden Erfahrungen. Die emotionale Offenheit und die teilnehmend-spiegelnde Rückmeldung der Gruppe führen zu einer Stärkung der Gruppenkohäsion, die zunehmend als vertrauensbildend und selbstwertstabilisierend erlebt wird.

Durchgeführt werden die wir2-Gruppen auf Basis eines detaillierten Manuals [22] von einem Leitungspaar, das vom wir2-Team in Düsseldorf in einer strukturierten und qualitätsgesicherten dreitägigen Intensivschulung ausgebildet wird. Das wir2-Programm für die Alleinerziehenden umfasst grundsätzlich 20 Sitzungen zu je 90 Minuten. Die Sitzungen sind in vier aufeinander aufbauende Module gegliedert: Im 1. Modul geht es um die emotionale Selbstwahrnehmung der Alleinerziehenden. Im 2. Modul steht die Stärkung der Feinfühligkeit der Alleinerziehenden gegenüber den Affektsignalen der Kinder im Vordergrund. Ziel ist das einfühlsame Wahrnehmen kindlicher Bedürfnisse ohne Übertragung eigener Konflikte auf die Mutter/Vater-Kind-Beziehung. Im 3. Modul wird die Gesamtsituation der Familie fokussiert, inklusive der Rolle und Bedeutung des jeweils anderen Elternteils und der Trennung des Paarkonfliktes von der Elternverantwortung. Im letzten Modul 4 geht es konkret um das Suchen und Finden neuer Lösungen im Alltag (Bedeutung von Regeln, Umgang mit Stress, Förderung der Selbstachtsamkeit). Innerhalb eines gestuften Versorgungsmodells wird es (1) für Alleinerziehende mit einer beeinträchtigten Alltagsbewältigung im kommunalen Setting als ambulante Gruppe, (2) für

alleinerziehende Eltern mit psychosomatischen Erkrankungen als dreiwöchiges Programm in der stationären psychosomatischen Rehabilitation finanziert von den Krankenkassen (wirzkompakt) und (3) als sechswöchiges Angebot für Alleinerziehende, deren Erwerbsfähigkeit gefährdet ist, von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) finanziert, ebenfalls in psychosomatischen Fachkliniken angeboten (wirzReha).

Durchführung und Wirksamkeit von wir2 im ambulanten kommunalen Setting

Seit 2015 bietet die gemeinnützige Walter Blüchert Stiftung das Programm wir2 im Rahmen eines Kooperationsmodells interessierten Institutionen und öffentlichen Trägern an. wir2 wird bundesweit in kommunalen Settings zu meist in Kitas, Bildungseinrichtungen oder Familienzentren von bis heute etwa 700 geschulten Gruppenleiterinnen und Gruppenleitern mit 20 wöchentlichen Sitzungen, also etwa über ein halbes Jahr hinweg, angeboten. Es richtet sich in diesem Setting an Alleinerziehende, die in ihrer Alltagsbewältigung beeinträchtigt und psychosozial belastet sind. Modellhaft wird wir2 vom Verband der Ersatzkassen e.V. Hessen und der Kommune zum Beispiel in Kassel realisiert und auf der gesetzlichen Grundlage des Präventionsgesetzes finanziert. Inzwischen fördert zudem die BARMER Krankenkasse präventive Strategien für Alleinerziehende und insbesondere wir2 in zahlreichen Kommunen.

Die nachhaltige Wirksamkeit des wir2 Bindungstrainings für das kommunale Setting wurde in einer RCT-Studie nachgewiesen [23, 24]. Hier zeigte sich nach der Durchführung der wir2-Gruppen sowohl im Vergleich zur Ausgangsmessung als auch im Vergleich zur Kontrollgruppe eine statistisch signifikante Reduktion der Depressivität und der psychisch-psychosomatischen Gesamtbelastung. Ebenfalls statistisch signifikant war eine Reduktion der Ängstlichkeit und der somatischen Beschwerden der Mütter und auch des kindlichen Problemverhaltens. Das Wohlbefinden und die emotionalen Kompetenzen der Mütter nahmen signifikant zu. Im Langzeitverlauf über sechs Monate nach dem Ende der Intervention stabilisierten sich die psychischen Belastungsmaße, wobei die Effekte auch zwölf Monate nach der Intervention noch

nachweisbar waren. Dabei lagen die Effektstärken für die Reduktion sowohl der depressiven Symptomatik als auch der allgemeinen psychogenen Belastung im mittleren bis hohen Bereich [23, 24]. Bezogen beispielsweise auf die Depressivität (Subskala der SCL-90-R [25]) betrug die Größe des Verlaufsunterschiedes zwischen der randomisierten Interventionsgruppe (wir2) und der Kontrollgruppe direkt nach Beendigung der Intervention Hedge's $g = 0,71$ zu Gunsten der Interventionsgruppe. Der Effekt in der Interventionsgruppe selbst war nachhaltig und noch ein Jahr nach Beendigung der wir2-Gruppe nachweisbar (Cohen's $d = 1,2$). Auch das Ausmaß kindlicher Verhaltensauffälligkeiten verringerte sich signifikant bei den Kindern, deren Eltern an dem Programm teilgenommen hatten.

Im Rahmen der begleitenden Evaluation (naturalistische Beobachtungsstudie) der bisher durchgeführten ambulanten Gruppen ergab sich bezüglich der Depressivität ebenfalls ein mittlerer Effekt gemessen mit dem HEALTH-49 [26] (vor wir2: $M = 1,54$; $SD = 0,89$; nach wir2: $M = 0,94$; $SD = 0,74$; $t(166) = 9,25$, $p < .001$; Cohen's $d_z = 0,73$). Die mit dem HEALTH-49 gemessenen somatoformen Beschwerden sanken auch mit mittlerem Effekt (vor wir2: $M = 1,30$, $SD = 0,87$; nach wir2: $M = 0,91$; $SD = 0,72$; $t(167) = 6,79$, $p < .001$; Cohen's $d_z = 0,49$). Bezüglich der Depressivität zeigte sich gemessen mit dem PHQ-9 [27] ebenfalls ein mittlerer Effekt (vor wir2: $M = 11,48$; $SD = 5,08$; nach wir2: $M = 7,91$; $SD = 4,26$; $t(91) = 6,82$, $p < .001$; Cohen's $d_z = 0,76$). Der Mittelwert des SDQ-Gesamtproblemwertes für kindliche Verhaltensauffälligkeiten [28] lag laut Beurteilung durch die alleinerziehenden Eltern vor wir2 bei $M = 11,74$ ($SD = 6,37$) und nach wir2 bei $M = 10,46$ ($SD = 6,11$; $t(166) = 6,11$, $p < .01$; Cohen's $d_z = 0,20$).

Durchführung und Wirksamkeit von wir2 im stationären Setting

Für psychosomatisch stärker belastete Alleinerziehende wurden zusätzlich zum wohnortnahen ambulanten wir2-Angebot weitere Programmversionen für die stationäre psychosomatische Rehabilitation entwickelt.

wirzkompakt (3 Wochen)

Das Programm wirzkompakt richtet sich an Alleinerziehende, die aufgrund ihrer psychosomatischen Beschwerden

krankgeschrieben wurden. Bei diesem Programm werden die Inhalte der 20 Sitzungen auf insgesamt 13 Sitzungen verdichtet. Die alleinerziehenden Mütter beziehungsweise Väter werden gemeinsam mit ihren Kindern während einer dreiwöchigen stationären psychosomatischen Rehabilitation in dafür besonders qualifizierte Kliniken der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt (zum Beispiel Klinik Maximilian in Scheidegg, Silberberg Klinik in Bodenmais oder Mikina Fachklinik in Bad Schönborn). In der begleitenden Evaluation der durchgeführten Gruppen zeigten sich auch für das dreiwöchige Programm wir2kompakt eine signifikante Verbesserung der bestehenden psychisch-psychosomatischen Beeinträchtigungen, insbesondere der Depressivität gemessen mit dem HEALTH-49 [26] (vor wir2kompakt: $M = 1,66$; $SD = 0,83$; nach wir2kompakt: $M = 0,76$, $SD = 0,61$; $t(208) = 15,34$, $p < .001$; Cohen's $d_z = 1,24$). Die Effektstärke bei den somatoformen Beschwerden war ebenfalls groß (vor wir2kompakt: $M = 1,55$; $SD = 0,84$; nach wir2kompakt: $M = 0,82$, $SD = 0,65$; $t(206) = 15,04$, $p < .001$; Cohen's $d_z = 0,97$). Auch laut PHQ-9 [27] senkte sich die Depressivität mit sehr hoher Effektstärke (vor wir2kompakt: $M = 12,40$; $SD = 5,46$; nach wir2kompakt: $M = 5,80$, $SD = 3,88$; $t(122) = 15,34$, $p < .001$; Cohen's $d_z = 1,39$). Der SDQ-Gesamtproblemwert [28] der Kinder sank in diesem Setting relativ am

stärksten (vor wir2kompakt: $M = 12,79$; $SD = 6,02$; nach wir2kompakt: $M = 10,04$, $SD = 5,62$; $t(174) = 8,06$, $p < .001$; Cohen's $d_z = 0,47$).

wir2Reha (6 Wochen)

Die Programmversion wir2Reha (www.reha-alleinerziehende.de) richtet sich an Alleinerziehende, deren Erwerbsfähigkeit aufgrund gravierender oder chronifizierter, psychosomatischer Beschwerden bedroht ist. Innerhalb eines sechswöchigen stationären Aufenthaltes in einer besonders spezialisierten psychosomatischen Fachklinik (s. u.) werden Alleinerziehende zusammen mit ihren Kindern nach Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme aufgenommen und durchlaufen das volle wir2-Programm über 20 Sitzungen innerhalb von sechs Wochen. Dabei ist die Kinderbetreuung vor Ort während des Klinikaufenthaltes gewährleistet. Die DRV fördert und finanziert dieses Angebot und auch der Bundesverband alleinerziehender Mütter und Väter (VAMV e. V.) weist interessierte Alleinerziehende darauf hin.

Die Ergebnisse aus den naturalistischen Beobachtungsdaten der bislang in diesem Setting durchgeführten wir2Reha-Gruppen weisen auch hier auf eine gute Wirksamkeit dieses Programms innerhalb der stationären Rehabilitation hin. So reduzierte sich auch im Rahmen dieses Programms die Depres-

sivität gemessen mit dem HEALTH-49 [26] signifikant mit hoher Effektstärke (vor wir2Reha: $M = 2,01$; $SD = 1,02$; nach wir2Reha: $M = 1,16$, $SD = 0,69$; $t(179) = 12,21$, $p < .001$; Cohen's $d_z = 0,85$). Bei den somatoformen Beschwerden waren die Ausgangswerte besonders erhöht (vor wir2Reha: $M = 1,90$; $SD = 1,00$) und sanken signifikant mit mittlerer Effektstärke (nach wir2Reha: $M = 1,34$, $SD = 0,69$; $t(180) = 9,69$, $p < .001$; Cohen's $d_z = 0,56$). Die Depressivität reduzierte sich auch gemessen mit dem PHQ-9 [27] signifikant mit hoher Effektstärke (vor wir2Reha: $M = 14,47$; $SD = 5,60$; nach wir2Reha: $M = 8,85$, $SD = 5,61$; $t(172) = 13,99$, $p < .001$; Cohen's $d_z = 1,00$). Der SDQ-Gesamtproblemwert [28] der Kinder ging leicht zurück (vor wir2Reha: $M = 12,20$; $SD = 6,35$; nach wir2Reha: $M = 10,11$, $SD = 6,38$; $t(187) = 5,41$, $p < .001$; Cohen's $d_z = 0,33$). Ein Vergleich zwischen den drei verschiedenen Settings für die HEALTH-49-Skala Depressivität ist in Abbildung 1 nachzuvollziehen.

wir2Reha-Studie gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und der Deutschen Rentenversicherung

Vor dem Hintergrund dieser positiven Ergebnisse des sechswöchigen Programms im stationären Setting wird nun aktuell eine randomisierte und kontrollierte Studie vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und von der DRV gefördert, um die Wirksamkeit des Programms wir2Reha in der stationären psychosomatischen Rehabilitation weiter zu untersuchen (www.reha-alleinerziehende.de). Durchgeführt wird die Studie von der Universitätsklinik Düsseldorf gemeinsam mit der CELENUS Klinik Schömberg und der DEKIMED – Deutsche Klinik für Integrative Medizin und Naturheilverfahren in Bad Elster.

An der Studie teilnehmen können Alleinerziehende mit Kindern im Alter zwischen drei und zehn Jahren, die die deutsche Sprache beherrschen und die Diagnose einer psychosomatischen Erkrankung aufweisen. Die DRV unterstützt dieses Programm und weist Alleinerziehende mit Begleitkindern den beiden spezialisierten Kliniken zu. Auch niedergelassene Ärzte, Beratungsstellen, Psychologen und Psychotherapeuten können Alleinerziehende dabei unterstützen an dem Programm teilzunehmen sowie ihre Gesundheit und ihr Wohlbe-

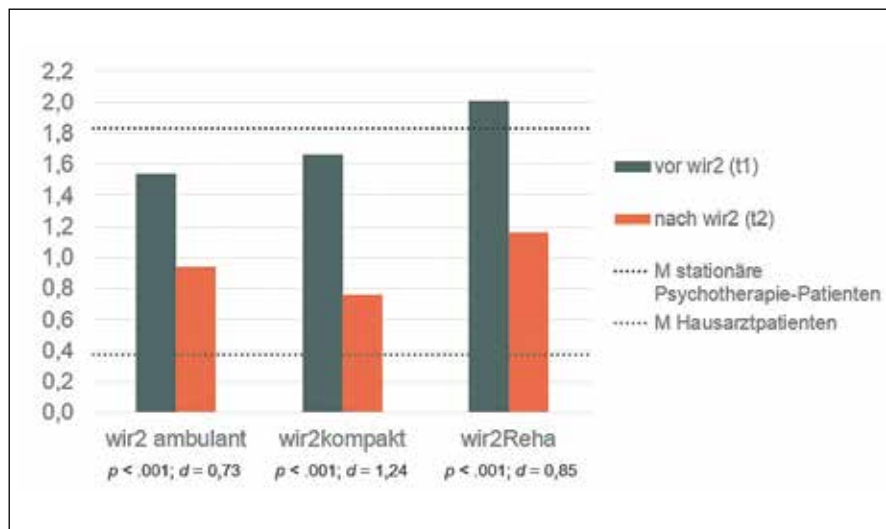


Abb. 1: Mittels HEALTH-49 gemessene Depressivität in den drei verschiedenen wir2-Settings zu Beginn (t1) und zum Ende (t2) der wir2-Gruppe (wir2 im kommunalen Setting: $N = 167$; wir2kompakt: $N = 209$; wir2Reha: $N = 180$). Bei 1,83 liegt der Referenzwert der Normierungsstichprobe für stationäre Psychotherapiepatienten bei Aufnahme, bei 0,37 der Referenzwert der Normierungsstichprobe für Hausarztpatienten (0,21 Teilstichprobe Gesunde, 0,77 Teilstichprobe Kranke).

finden zu verbessern, indem sie diese über die laufende Studie informieren und sie bei der Beantragung der Rehabilitationsmaßnahme gemeinsam mit ihren Kindern in einer der beiden Fachkliniken unterstützen. Nach erfolgreichem Studienabschluss ist das bundesweite Rollout dieses Programms zusammen mit der DRV geplant.

Fazit für die Praxis

Mit dem wir2-Programm steht eine wissenschaftlich evaluierte psychosoziale Intervention zur Verfügung, die das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit von Alleinerziehenden und ihren Kindern deutlich und nachhaltig verbessern kann. Das Programm erfüllt sämtliche Qualitätskriterien moderner psychosozialer Intervention im Bereich der präventiven und rehabilitativen Versorgung. Aufgrund der positiven Ergebnisse und seiner methodisch anspruchsvollen Evaluation wurde das wir2-Programm 2010 unter anderem in der höchsten Evidenzkategorie der „Grüne Liste Prävention“ des Landespräventionsrats Niedersachsen eingestuft und vom GKV-Bündnis für Gesundheit sowie im ersten Nationalen Präventionsbericht als Modell guter Praxis aufgeführt.

Innerhalb eines gestuften Versorgungsangebotes kann wir2 in seinen unterschiedlichen Programmvarianten für Alleinerziehende belastungsdifferenziert

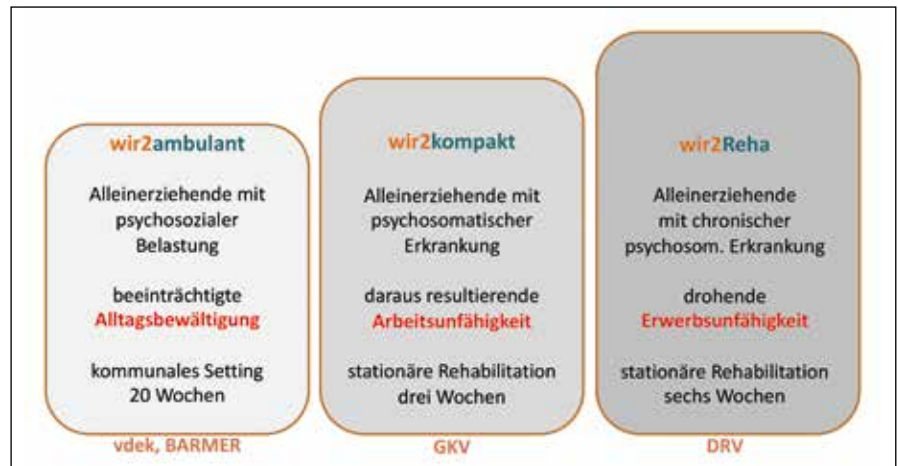


Abb. 2: Gestuftes Versorgungsmodell von wir2 im kommunalen Setting sowie stationär in der drei- (wir2kompakt) und sechswöchigen (wir2Reha) stationären psychosomatischen Rehabilitation.

und erfolgreich in kommunalen Lebenswelten und der klinisch-stationären psychosomatischen Rehabilitation eingesetzt werden (siehe Abbildung 2). Insofern stellt dieses bindungsorientierte Elterntaining eine zielgenaue Unterstützungsmöglichkeit für die zu häufig immer noch allein gelassene Bevölkerungsgruppe der Alleinerziehenden dar. Die Kinderärztliche Praxis könnte hier einen sehr wichtigen Beitrag zur Verbreitung dieser Angebote leisten, indem gerade hier die Gruppe der alleinerziehenden Eltern noch mehr in den Aufmerksamkeitsfokus rückt und Betroffene über die Möglichkeit solcher zielgruppenspezifischen Angebote wie wir2Reha aufgeklärt werden.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzanschrift:

Univ.-Prof. Dr. med. Matthias Franz
 Universitätsklinikum Düsseldorf
 Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 Gebäude 15.16
 Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf
 E-Mail: matthias.franz@uni-duesseldorf.de

Interessenkonflikt:

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Red.: Huppertz