

32. Reha-Wissenschaftliches Kolloquium

Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung, Hannover, 20. – 22. Februar 2023

Diskussionsforum: Pädagogische Leistungen als Grundpfeiler der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation



32. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium
Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung

20.–22. Februar 2023 | Hannover
Veränderungskultur fördern –
Teilhabe stärken – Zukunft gestalten



Deutsche Rentenversicherung

Familiäre Trennung als Gesundheitsrisiko

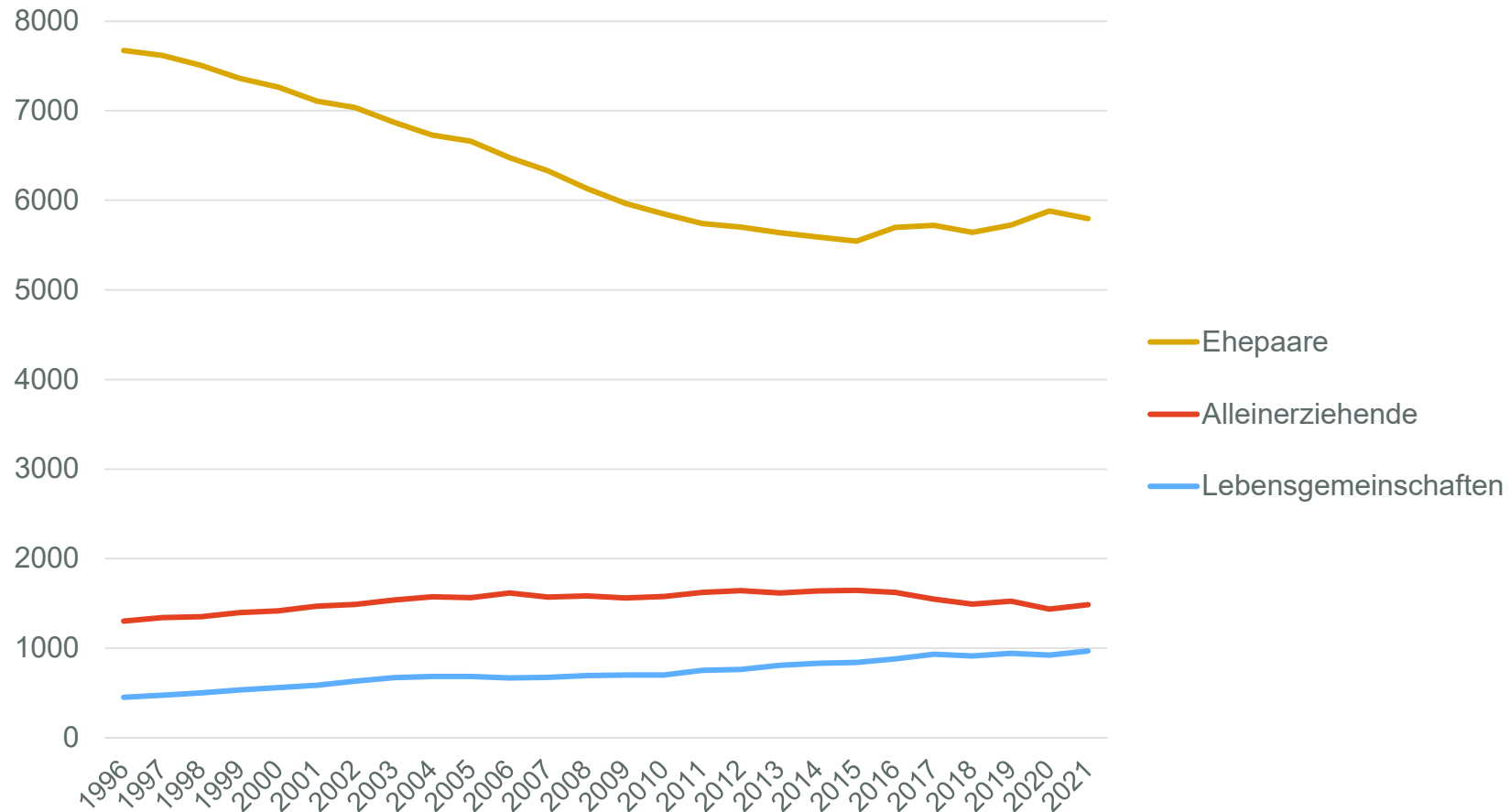
Bedarflagen und gesundheitliche Belastungen Alleinerziehender
und mögliche Angebote in der Rehabilitation am Beispiel von wir2

Matthias Franz
matthias.franz@uni-duesseldorf.de
m.franz@ak-neuss.de

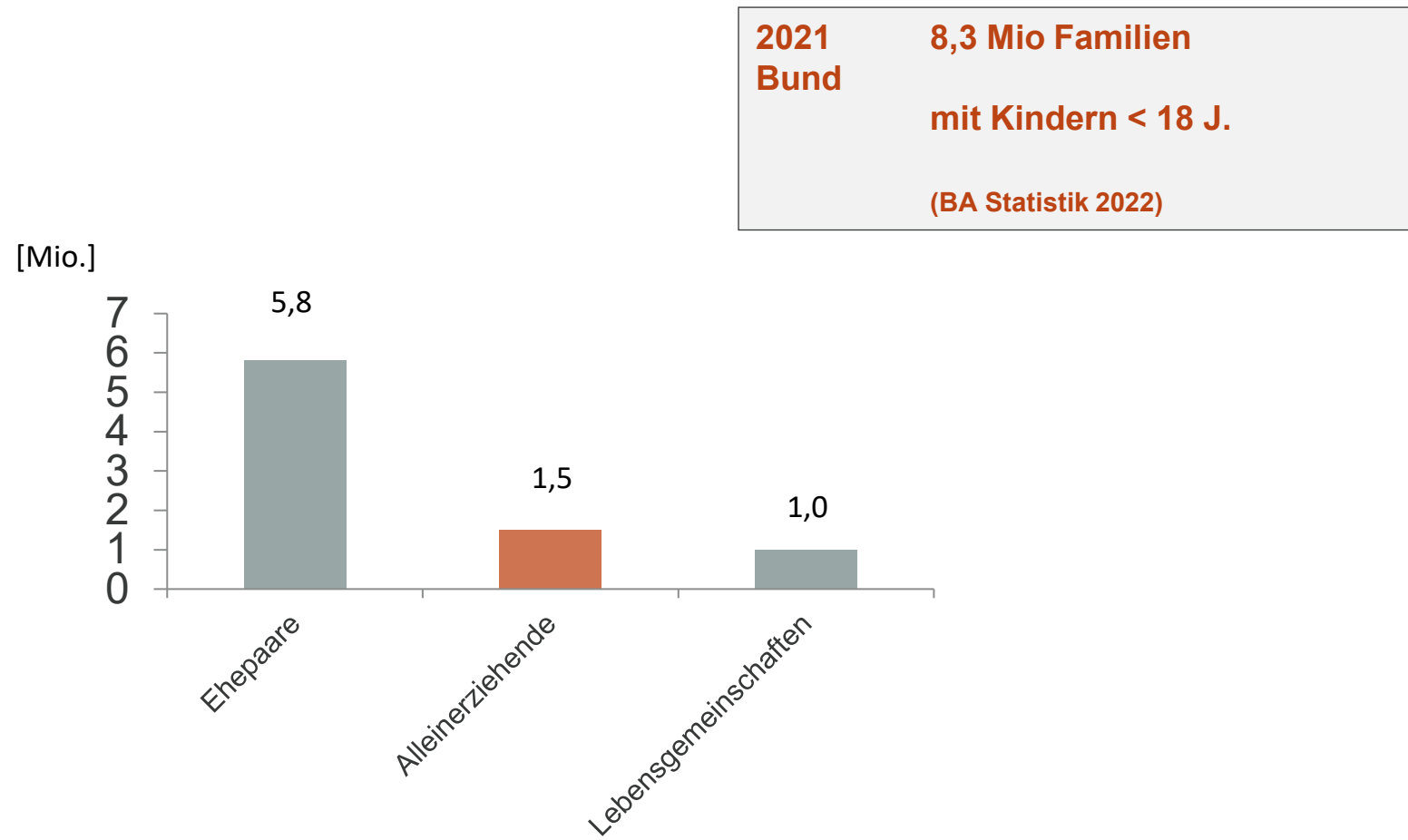


Alleinerziehende: seit Jahrzehnten wachsende Gruppe

Familien mit mindestens einem minderjährigen Kind nach Familienform
in Tausend



Alleinerziehende: seit Jahrzehnten wachsende Gruppe



1,5 Mio Alleinerziehende: enorme Herausforderungen

1,3 Mio alleinerziehende Mütter

- 71 % berufstätig, davon 46 % vollzeit/vollzeitnah (Mütter in Partnerschaft 31 %)
- Einkommensarmutsquote bei 42,7 %, häufig anhaltend
- SGB-II-Quote alleinerziehende Familien 33,5 % (2020), in Paarfamilien 7 %
- 23 % unzufrieden mit Leben (in Partnerschaft 12 %)
- erhebliche Gesundheitsrisiken
- 2,1 Mio Kinder → 45% der Kinder im SGB-II-Bezug aus Einelternfamilien
- 42 % auch nach 8 Jahren noch alleinerziehend

Quellen:

Lenze (2021): Alleinerziehende weiter unter Druck. Bedarfe, rechtliche Regelungen und Reformansätze.
Institut für Demoskopie Allensbach (2020): Lebens- und Einkommenssituation von Alleinerziehenden.

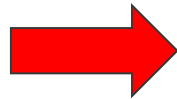
Alleinerziehende: hohe gesundheitliche Belastung

- **Armut**
- sozialer Abstieg
- Verlust sozialer Unterstützung
- Mehrfachbelastungen
- Alleinverantwortlichkeit
- Zeitmangel
- Partnerkonflikt
- eigene Konfliktbeiträge
- Schuldgefühle
- **Einsamkeit**

Alleinerziehende: hohe gesundheitliche Belastung

- **Armut**
 - sozialer Abstieg
 - Verlust sozialer Unterstützung
 - Mehrfachbelastungen
 - Alleinverantwortlichkeit
 - Zeitmangel
 - Partnerkonflikt
 - eigene Konfliktbeiträge
 - Schuldgefühle
 - **Einsamkeit**
- Alkohol, Rauchen
 - Medikamente
 - erhöhter Blutdruck
 - Übergewicht
 - Cholesterinerhöhung
 - Atemwegserkrankungen
 - chronische Schmerzen
 - Nieren-, Lebererkrankungen
 - psychische Erkrankungen
 - **Depression**

Gesundheit **alleinerziehender Mütter** im Vergleich zu in Partnerschaft lebenden Müttern



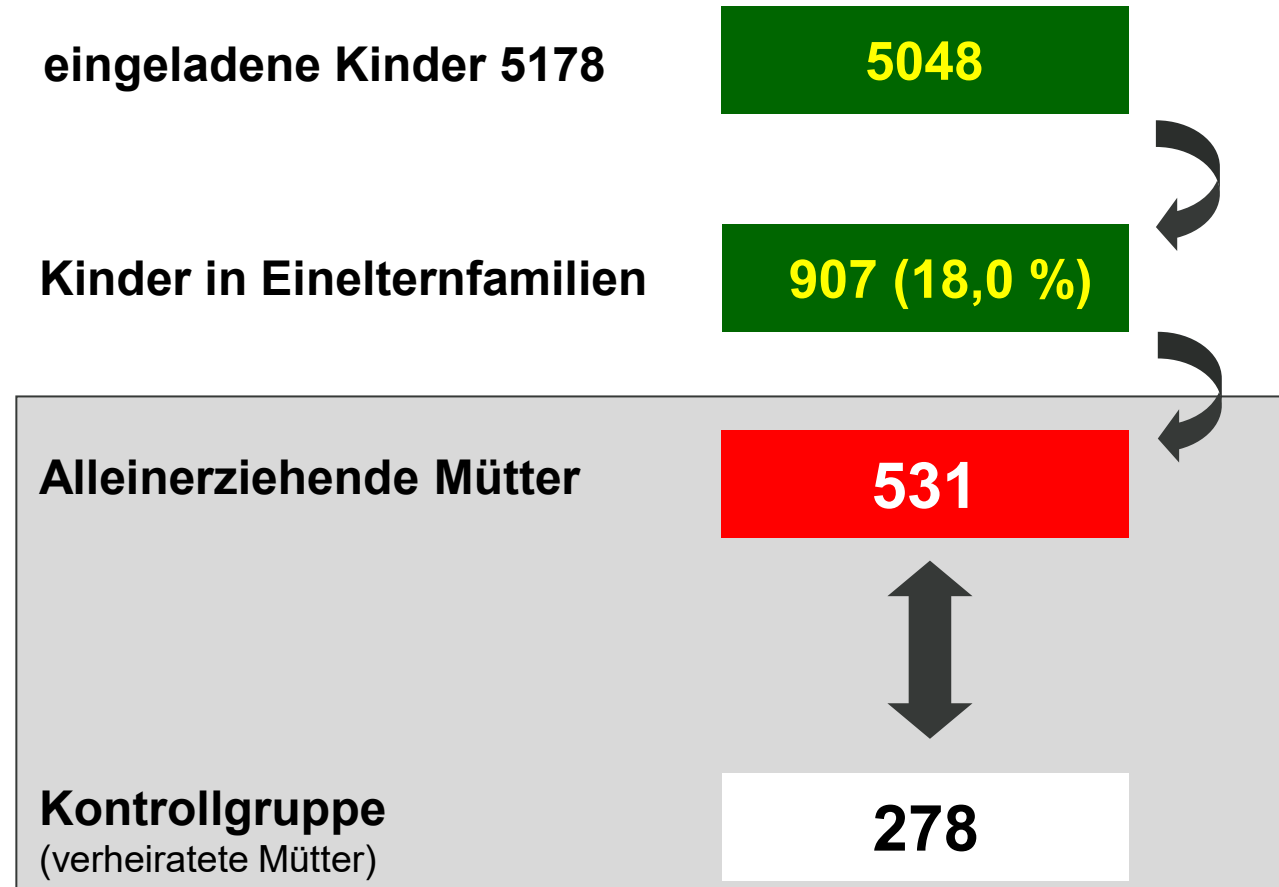
Mütter	Modell 1		Modell 2a (+ SES)		Modell 2b (+ Erwerbsstatus)		Modell 2c (+ soz. Unterstützung)		Modell 3 (vollständig adjustiert)	
	OR	(95 %-KI)	OR	(95 %-KI)	OR	(95 %-KI)	OR	(95 %-KI)	OR	(95 %-KI)
Selbst eingeschätzte Gesundheit (mittelmäßig – sehr schlecht) (n=9.569)	1,57	(1,34–1,83)	1,32	(1,12–1,54)	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)

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

Rattay et al. (2017). Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland. J of Health Monitoring 2(4): 24-44.

Düsseldorfer Alleinerziehenden-Studie von 2000

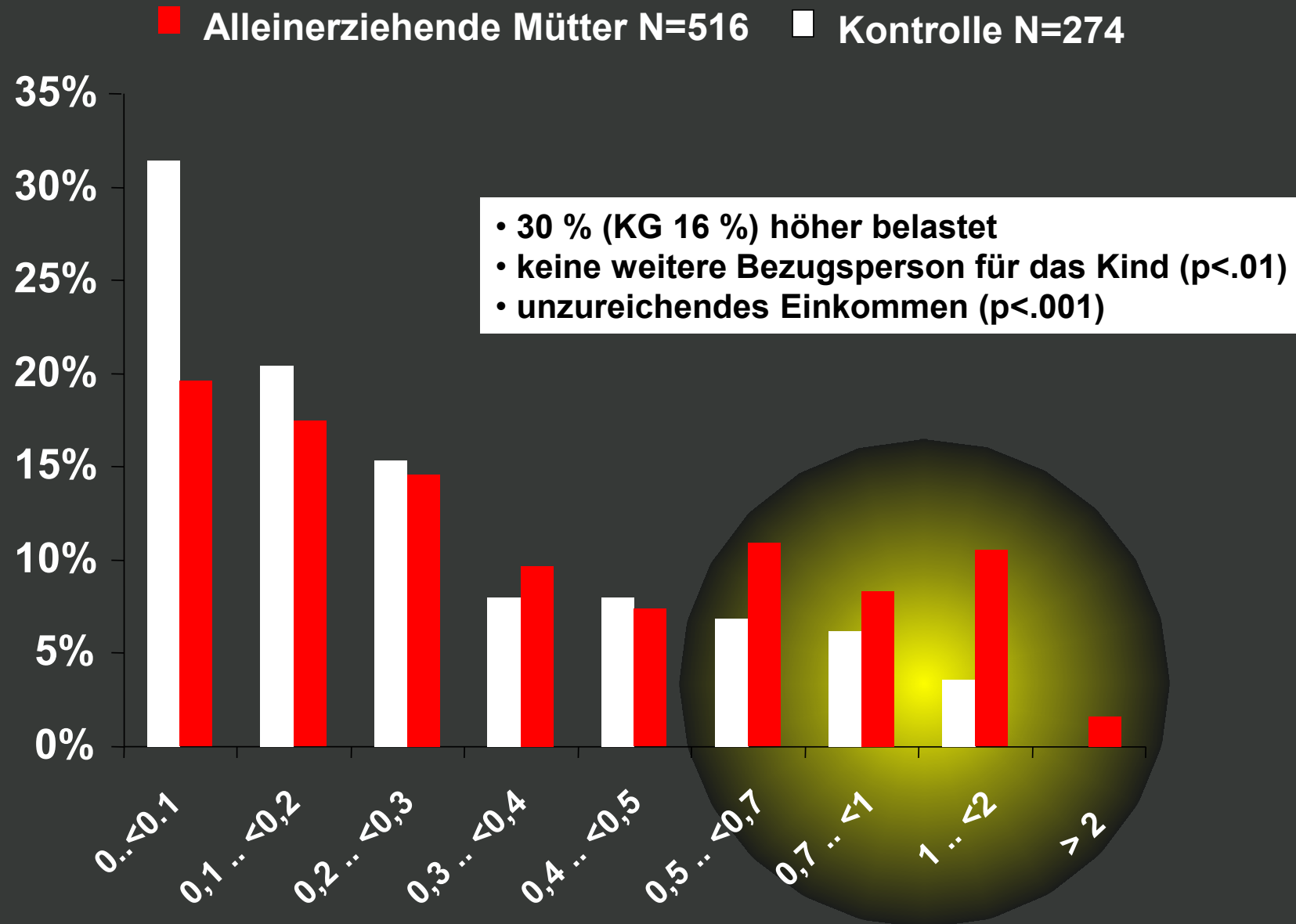
Schulneulinge im Gesundheitsamt



Fragebögen: SCL-90 R, CBCL

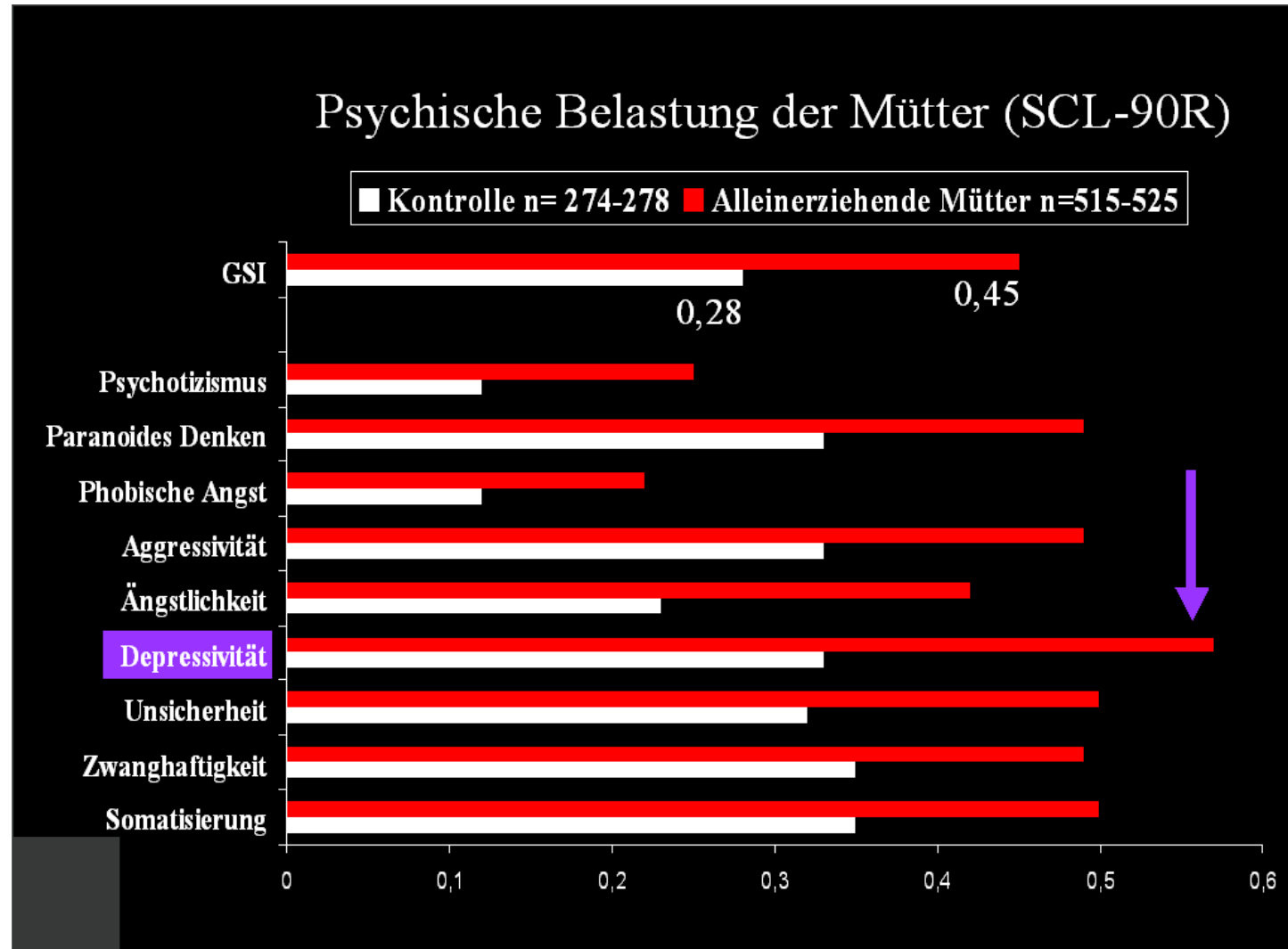
Franz et al. (2003): Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 38: 59-68

Verteilung der psychischen Beeinträchtigung (SCL-90 R GSI)



Düsseldorfer Alleinerziehenden-Studie von 2000

Mütter der Schulneulinge im Gesundheitsamt



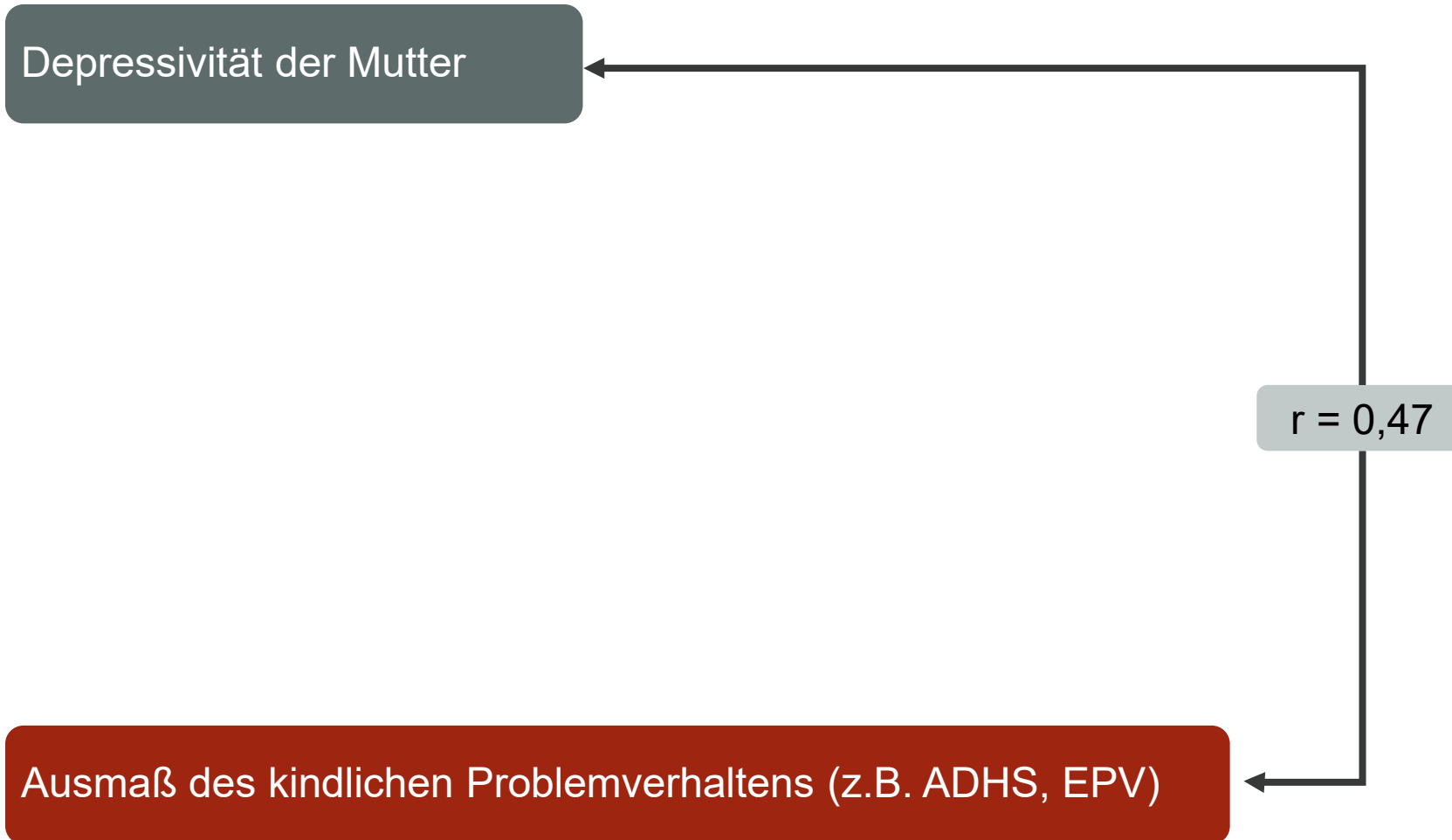
COVID-19:

Einschränkungen für Alleinerziehende besonders hart

- besonders vulnerable und benachteiligte Gruppe
- alleinerziehende Mütter häufiger als Mütter in Paarfamilien vollzeiterwerbstätig
- unzuverlässige oder eingeschränkte Kinderbetreuung und Schulschließungen
- zusätzliche Belastungen durch Kontaktverbote
- Angst vor Arbeitslosigkeit und wachsender wirtschaftlicher Unsicherheit
- verstärken unter Pandemiebedingungen das Risiko für psychosoziale Belastungen
- Corona-bedingte Hochbelastung bei 60 % der alleinerziehenden Müttern

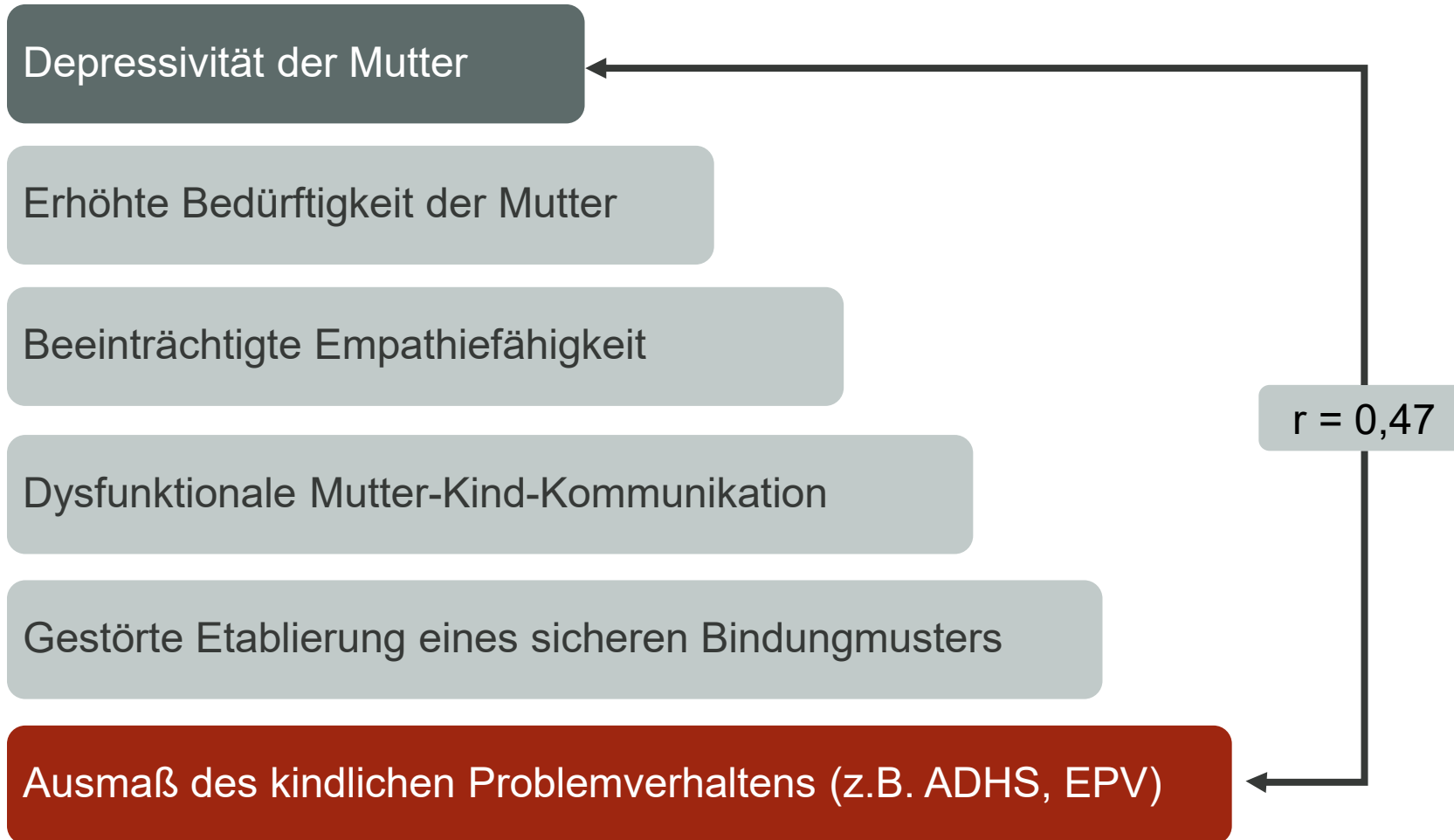
(Kohlrausch & Zucco 2020, Bujard et al. 2020, Zinn et al. 2020)

Depression hat Folgewirkungen



Quelle: Düsseldorfer Alleinerziehenden Studie, 2003.

Depression hat Folgewirkungen



Quelle: Düsseldorfer Alleinerziehenden Studie, 2003.

Die Trennungskinder

→ Deutschland 2021: 142.800 Scheidungen → 121.800 Kinder

Etwa 15 % aller Kinder leben in einer Einelternfamilie

- 20 % der Trennungen „gelingen“
- Fehlen des einen, Überforderung des anderen Elternteils
- höhere Entwicklungsrisiken für die Kinder
- ca. 10 % aller Trennungen hochstrittig
- 85 % (besonders die jüngeren Kinder) bei der Mutter
- jedes fünfte Kind verliert den Kontakt zum Vater
- 2 von 3 Heimkindern stammen aus Trennungsfamilien

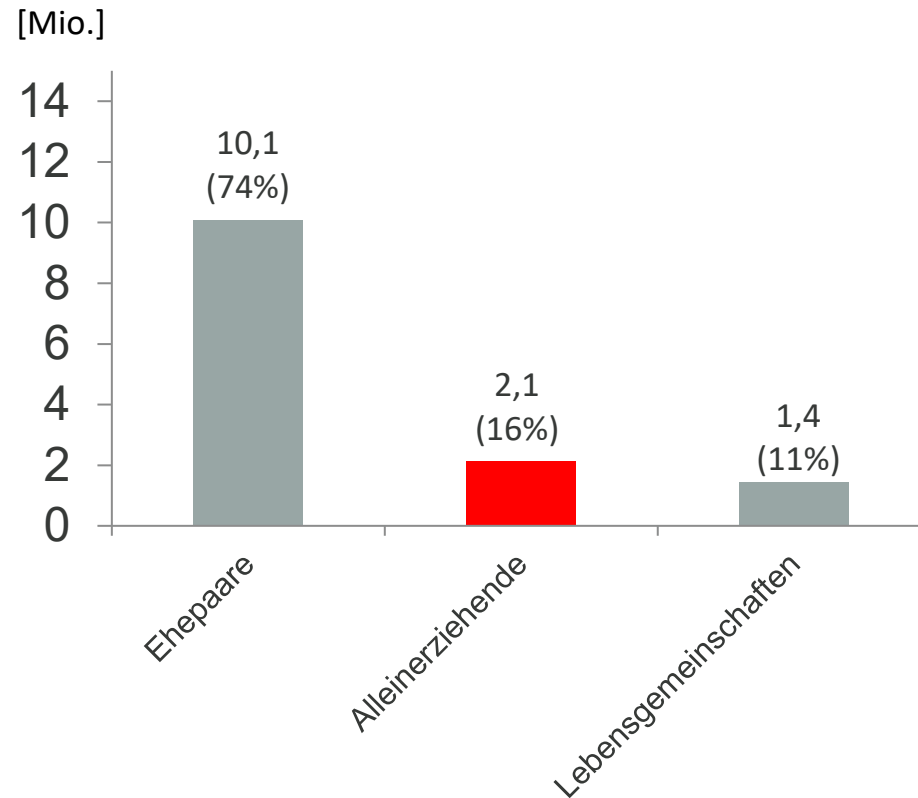
Alleinerziehende Bund: Kinder unter 18 Jahren

**2021
Bund**

8,3 Mio Familien in D

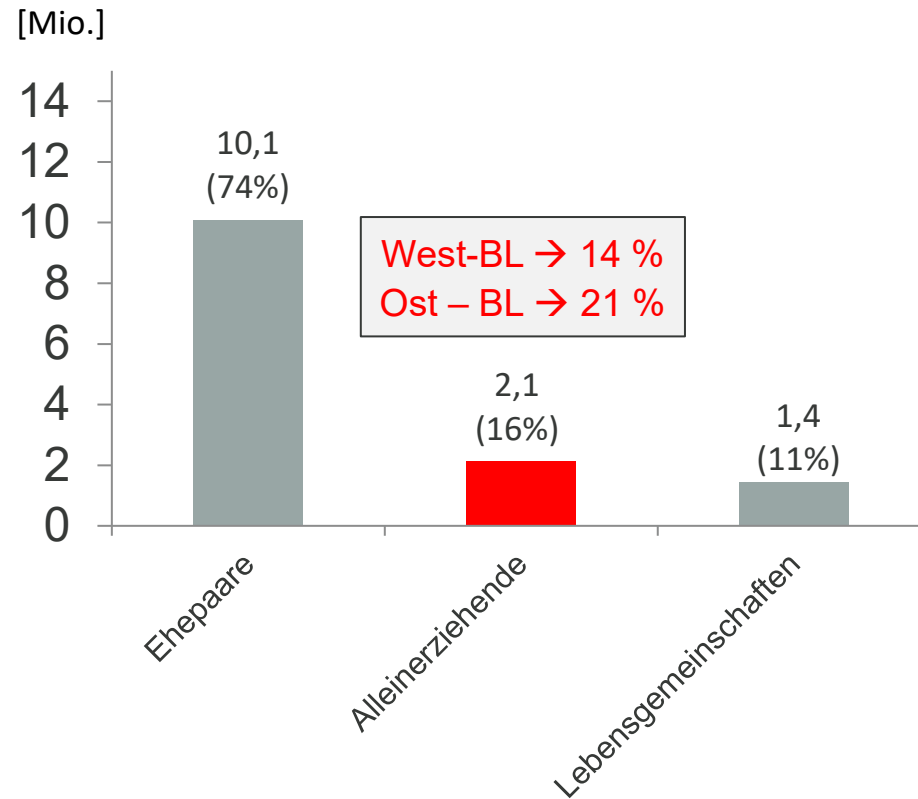
13,7 Mio. Kindern < 18J

(BA Statistik 2022)



Alleinerziehende Bund: Kinder unter 18 Jahren

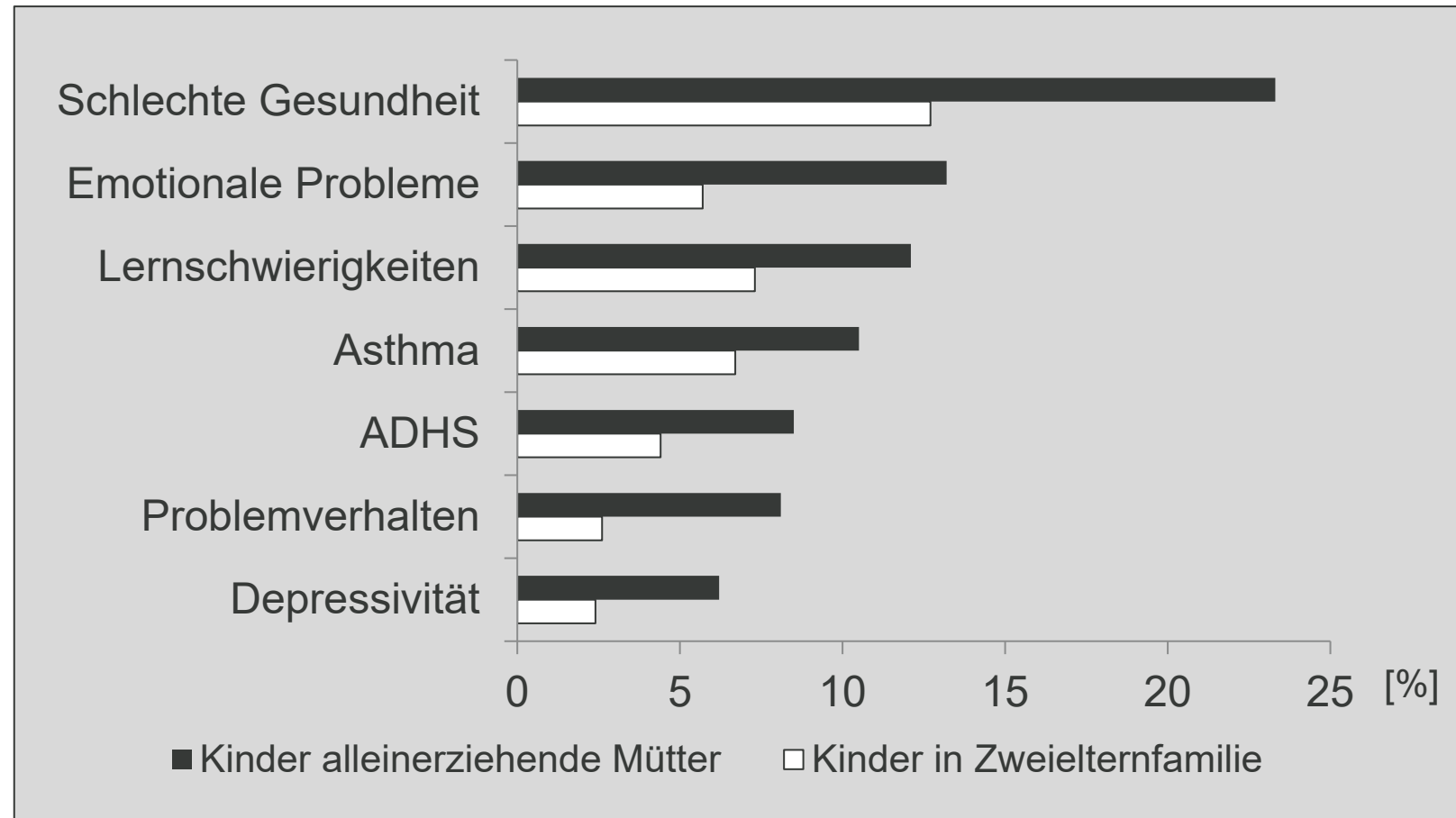
2021
Bund
8,3 Mio Familien in D
13,7 Mio. Kindern < 18J
(BA Statistik 2022)



Family Structure And Children's Physical And Mental Health

Matthew D. Bramlett and Stephen J. Blumberg
Health Affairs, 26, no.2 (2007):549-558

Kinder 9 – 11 Jahre



Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: a population-based study

Gunilla Ringbäck Weitoft, Anders Hjern, Bengt Haglund, Måns Rosén

THE LANCET • Vol 361 • January 25, 2003 • www.thelancet.com

Kinder 5 – 17 Jahre

- 1 Mio. Kinder (EEF 65.000)
- erhöhtes Erkrankungsrisiko bei Einelternstatus
- auch nach Berücksichtigung des SES und psychischer Erkrankung der Eltern

Relatives Risiko

Mädchen	2,1 (1,9-2,3)	Jungen	2,5 (2,3-2,8) *	psychische Erkrankung
	2,0 (1,9-2,2)		2,3 (2,1-2,6)	SV/Suizide
	2,4 (2,2-2,7)		2,2 (2,0-2,4)	alkoholbedingte Störungen
	3,2 (2,7-3,7)		4,0 (3,5-4,5) *	Drogenprobleme

- erhöhte Mortalität bei Jungen aus EEF

Niederländische Längsschnittstudie - TRAILS Kohorte N=2.230

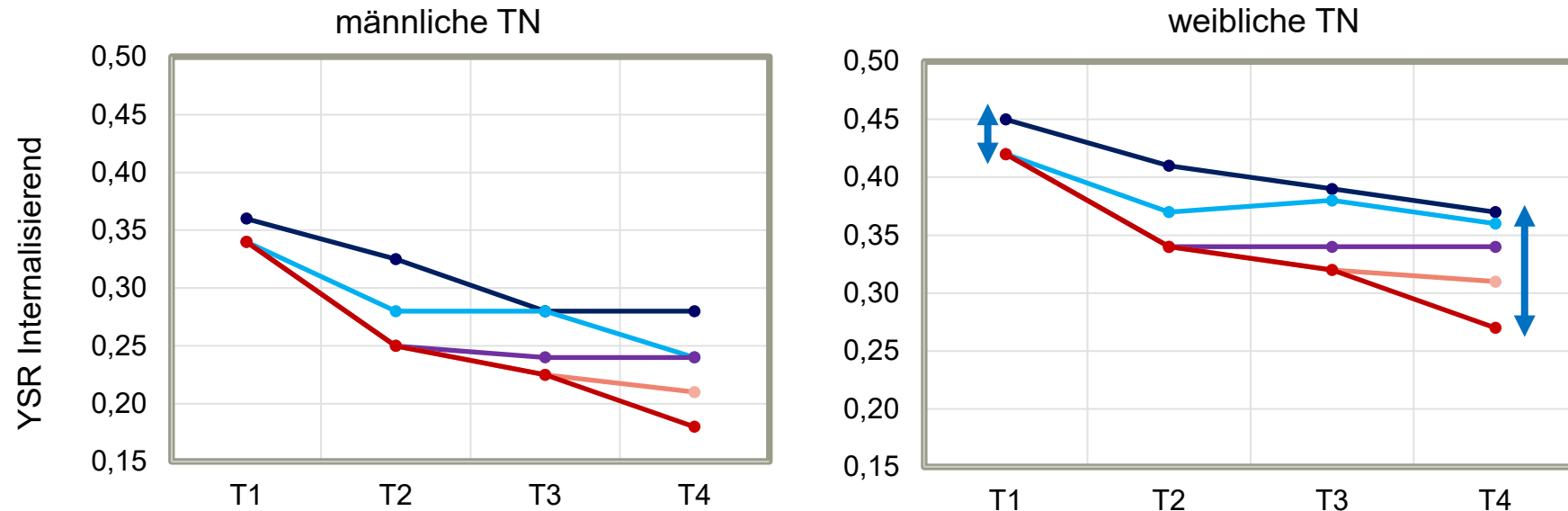
Internalisierendes und externalisierendes Problemverhalten von Jugendlichen

Kinder mit Scheidungserfahrung

- mehr internalisierende und externalisierende Probleme
- Probleme steigen **nach** der Scheidung an
- je früher die Scheidung um so stärkere Symptomlast
- Youth Self-Report

	Messzeitpunkt	Alter
T1	2001/2002	11.1
T2	2003/2004	13.6
T3	2006/2007	16.1
T4	2009/2010	19.1

● Scheidung vor T1 ● Scheidung vor T2 ● Scheidung vor T3 ● Scheidung vor T4 ● Keine Scheidung



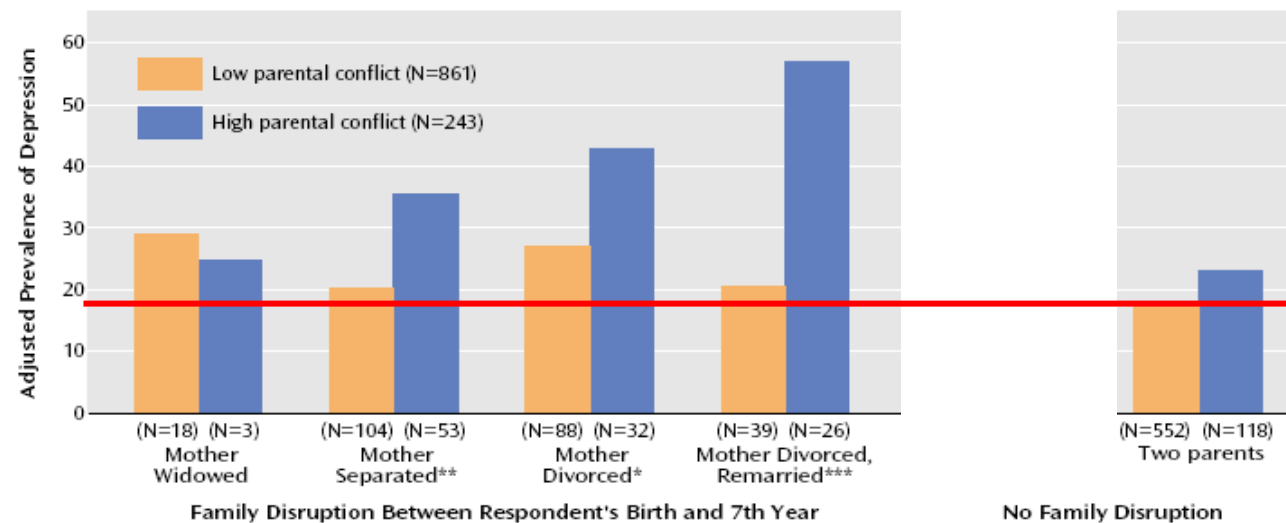
Schulneulinge, Eingangsuntersuchung 2014, Komplettkohorte N = 4.020

Problem (%)	Alleinerziehend (13,3 %)	Paarfamilie	p
Fraglicher Impfschutz			
kein Impfheft	10,1	5,7	.000
Keine Teilnahme			
U7	12,9	7,7	.000
U8	14,4	8,0	.000
U9	18,8	12,1	.000
Problemverhalten			
Konzentration	11,8	5,2	.000
Emotionale Störungen	5,1	1,4	.000
Sprachbeeinträchtigung	32,4	26,2	.003
Verhaltensprobleme	16,9	8,6	.000
Motorische Unruhe	7,1	3,4	.000
Gesundheitsrisiken			
Asthma	7,1	3,4	.000

Depressionsrisiko von Trennungskindern als Erwachsene

FAMILY DISRUPTION AND DEPRESSION

FIGURE 1. Adjusted Lifetime Prevalence of Major Depression Among 1,104 Subjects in the Providence, R.I., National Collaborative Perinatal Project Followed to Adulthood According to Childhood Family Disruption and Retrospectively Reported Parental Conflict^a



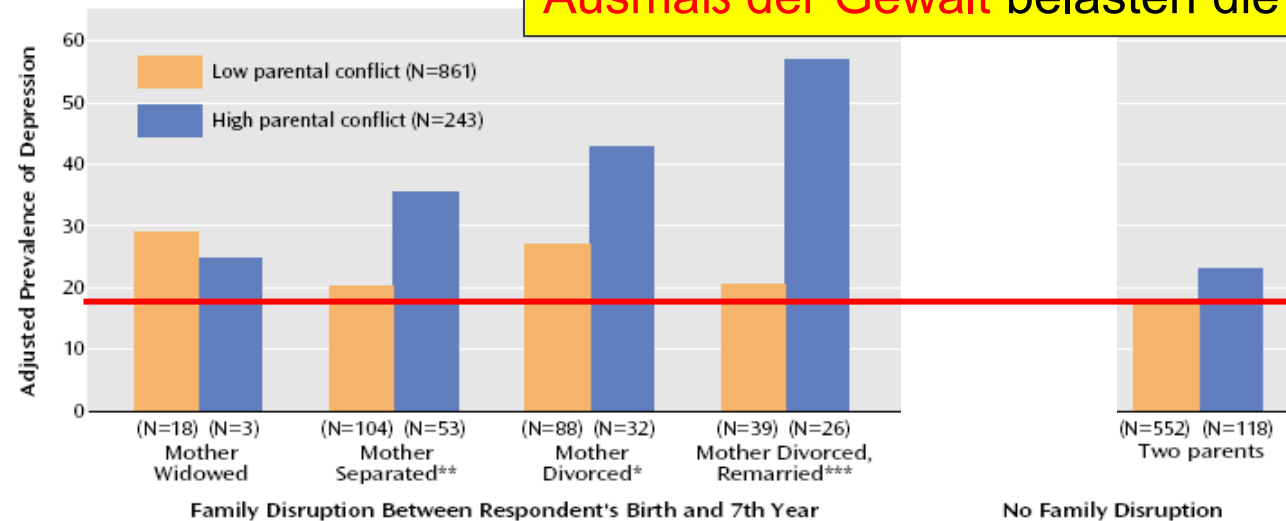
^a The prevalence rates were adjusted for sex, race/ethnicity, family history of mental illness, maternal age at birth, age at interview, and study selection factors by using linear regression. The p values indicate the significance of the differences in the adjusted lifetime prevalence of depression between respondents reporting high versus low parental conflict in each category of childhood family disruption.

*p<0.06. **p<0.05. ***p<0.01.

Depressionsrisiko von Trennungskindern als Erwachsene

FAMILY DISRUPTION AND DEPRESSION

FIGURE 1. Adjusted Lifetime Prevalence of Major Depressive Disorder in the Collaborative Perinatal Project Followed to Adulthood by Reported Parental Conflict^a



Nicht so sehr die Familienform sondern das Fehlen elterlicher Kompetenzen und das Ausmaß der Gewalt belasten die Kinder.

^a The prevalence rates were adjusted for sex, race/ethnicity, family history of mental illness, maternal age at birth, age at interview, and study selection factors by using linear regression. The p values indicate the significance of the differences in the adjusted lifetime prevalence of depression between respondents reporting high versus low parental conflict in each category of childhood family disruption.

*p<0.06. **p<0.05. ***p<0.01.

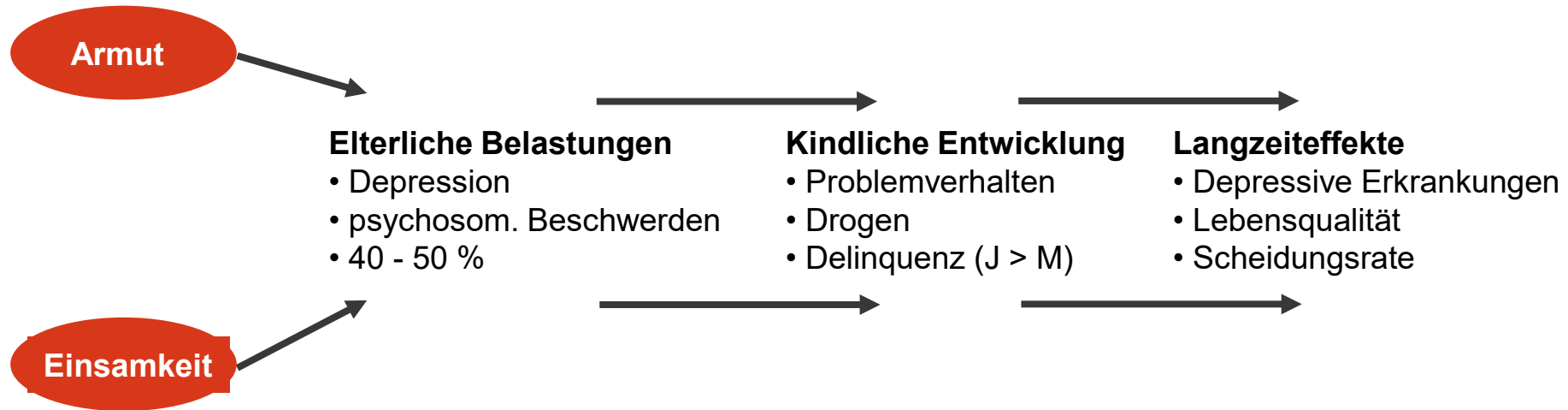
Generell gilt...

Kinder aus **Trennungsfamilien** haben höhere Risiken

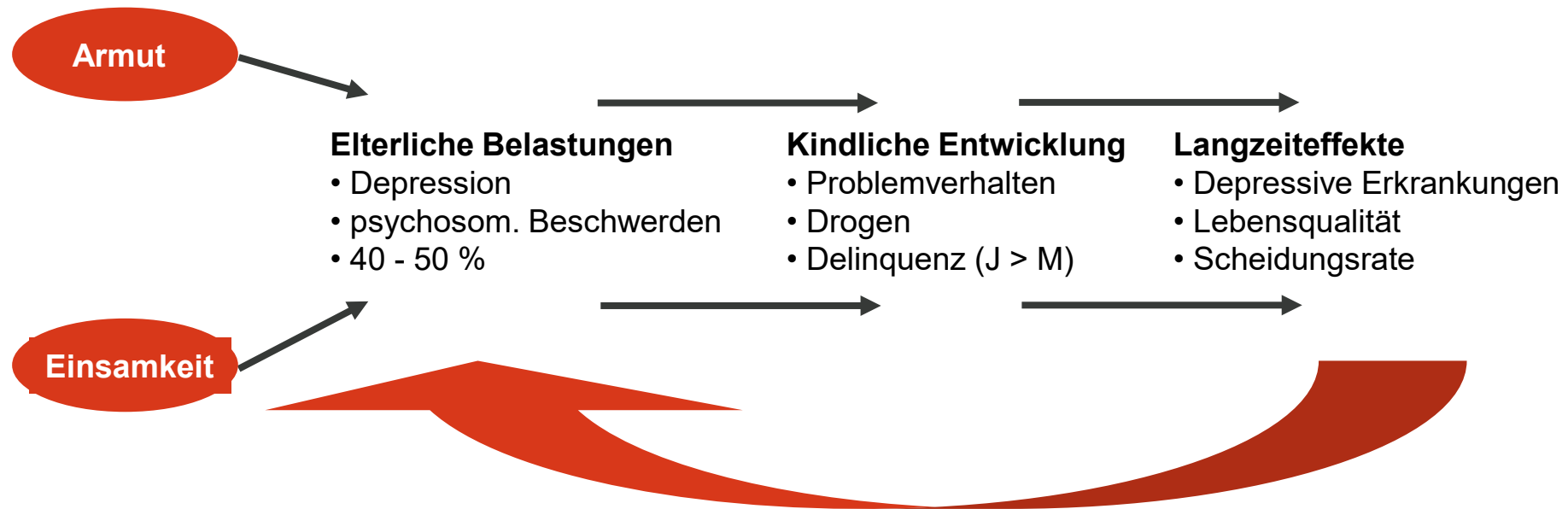
- für schulische, emotionale und soziale Beeinträchtigungen
- bis ins Erwachsenenalter
- **besondere Risiken**
 - beeinträchtigte Elternkompetenzen
 - familiäre Gewalt und Vernachlässigung
 - psychische Beeinträchtigung der Eltern
 - Hochstrittigkeit
 - frühe konflikthafte Trennung
- besonders belastet: die Jungen (ADHS, Drogen, Delinquenz)

Was also tun ?

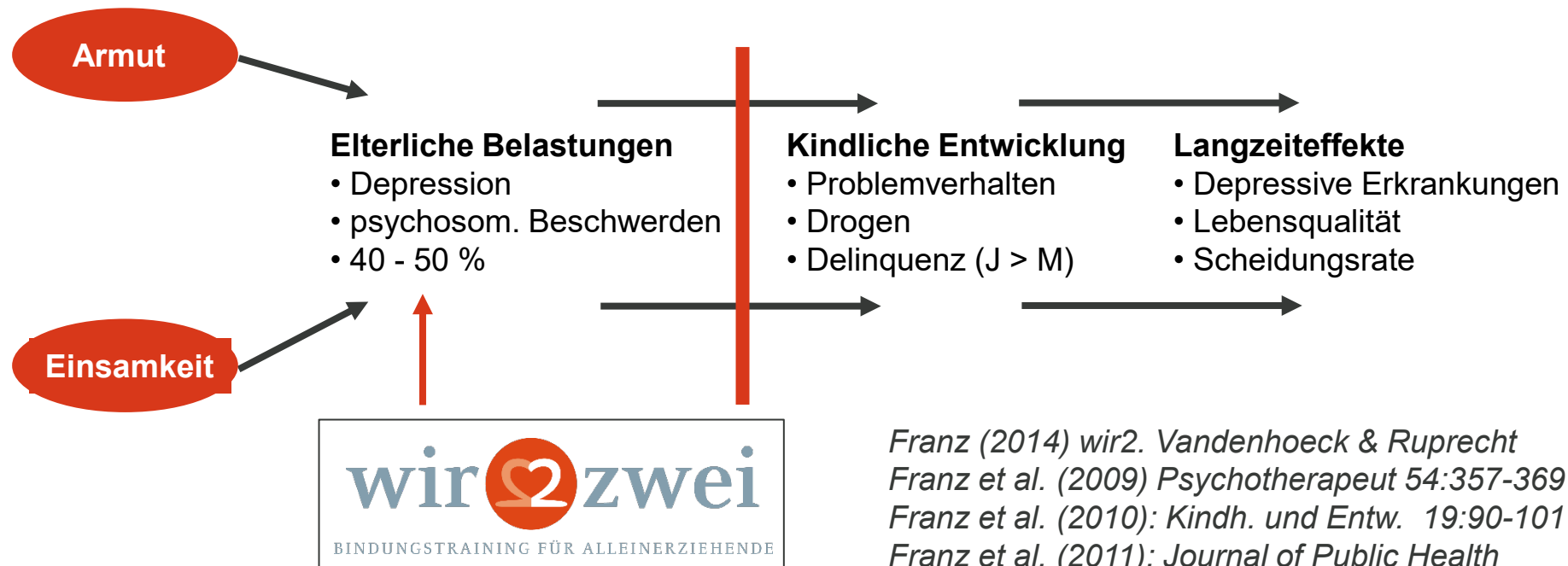
transgenerationale Risikoketten



transgenerationale Risikoketten



wir2 – Risikoketten durchbrechen



Franz (2014) *wir2*. Vandenhoeck & Ruprecht
Franz et al. (2009) *Psychotherapeut* 54:357-369
Franz et al. (2010): *Kindh. und Entw.* 19:90-101
Franz et al. (2011): *Journal of Public Health*
Wehrauch et al. (2014): *Journal of Public Health*

wir2 – Bindungstraining für Alleinerziehende

Zielgruppe

- Alleinerziehende
- mit Kindern im Vor- und Grundschulalter

Ziele

- Reduktion der psychischen Beeinträchtigung
- insbesondere der Depressivität
- Stärkung der elterlichen Feinfühligkeit
- Stabilisierung Elter-Kind-Beziehung
- Trennung Paarkonflikt und Elternverantwortung
- Einübung sozialer Kompetenzen



wir2 – Bindungstraining für Alleinerziehende

Konzept

- 20 wöchentliche Sitzungen à 90 Minuten
- 4 Module (Elternteil, Kind, Familie, Alltag)
- 8 bis 12 Teilnehmer*innen, inkl. Kinderbetreuung

- interaktioneller Gruppenprozess
- bindungsorientiert, emotionsbezogen
- begrenzte Regression
- Affektmobilisierung
- Perspektivwechsel

- trainiertes Leitungspaar (m / w), bislang 800 Personen geschult
- dreitägige Gruppenleitungsschulung



Franz (2014) Vandenhoeck & Ruprecht

wir2 – Bindungstraining für Alleinerziehende



Manual

- theoretisch fundiertes Konzept
- strukturierter Gruppenablauf
- didaktisch optimierte Materialien
- detaillierte Informationen zu jedem Sitzungsthema
- interaktioneller Gruppenprozess
- Feinfühligkeits-Übungen für Mutter und Kind



Franz (2014) Vandenhoeck & Ruprecht

wir2: Ergebnisse zur langfristigen Wirkung Wirknachweis – Studiendesign

Kontrollierte, randomisierte Wirksamkeitsstudie (BMBF)

- 61 psychosozial beeinträchtigte alleinerziehende Mütter
- hohe Depressionsausprägung
- Kooperationspartner Kommunen Neuss und Hilden
- Rekrutierung in Kitas
- RCT, varianzanalytisches Modell (Gruppe x Messzeitpunkt), prä, post, 6 Monate
- psychische Beeinträchtigung, emotionale Kompetenzen der Mütter
- kindliche Verhaltensauffälligkeiten

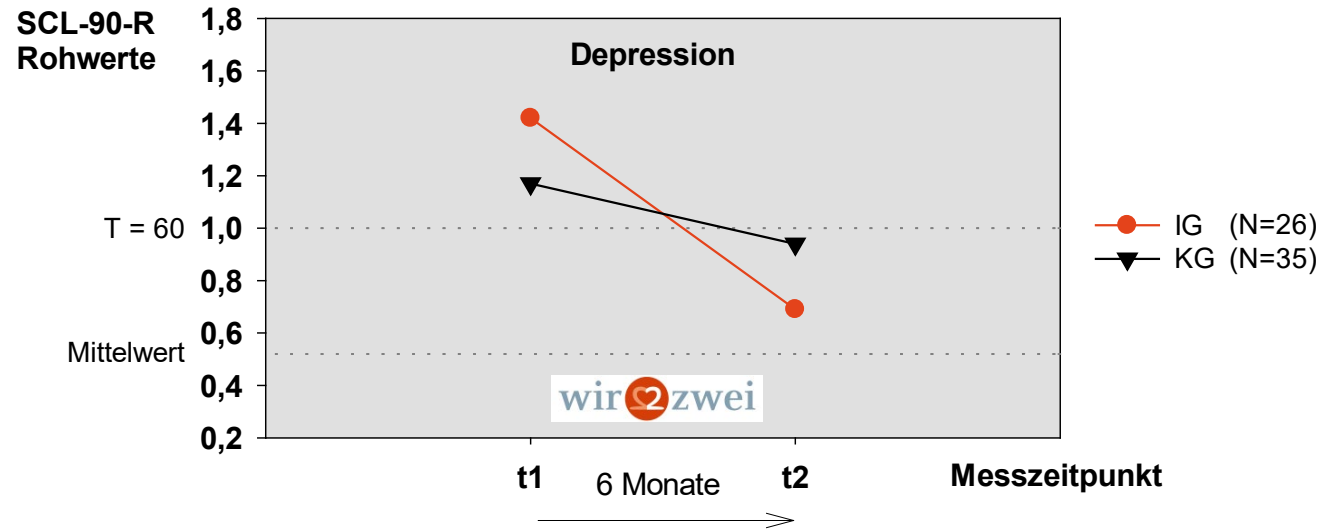
Franz et al. (2009) Psychotherapeut 54: 357–369

Franz et al. (2010) Kindheit und Entwicklung 19: 90-101

Weihrauch et al. (2014) Journal of Public Health 22:139–153

Depression t12

Symptom-Checkliste (Franke, 2002)

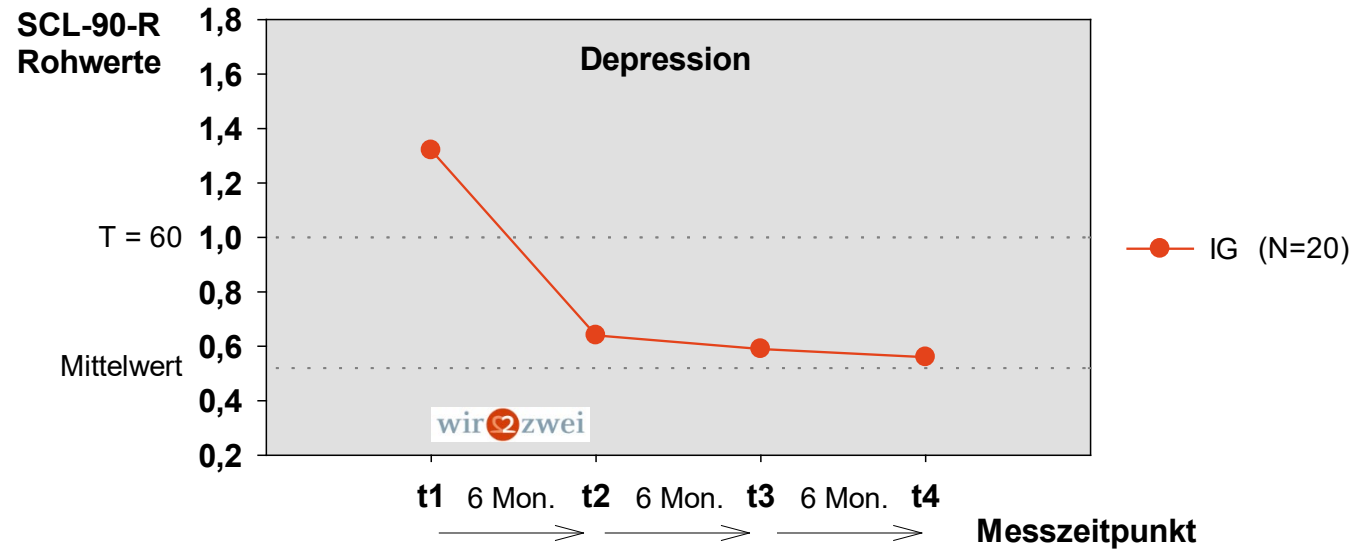


	t1		t2		Effekt Gruppe x Messzeit	Eta ²	Hedges' g [§]
	M	SD	M	SD			
IG	1,42	0,79	0,69	0,58	F(1/59) = 6.10*	0.09	-0.71
KG	1,17	0,75	0,94	0,64			

* p<0.05 § ausgangslagenkorrigierter, standardisierter (gepoolte SD) Mittelwertsunterschied zu t2 zwischen IG und KG

Depression t1234

Symptom-Checkliste (Franke, 2002)

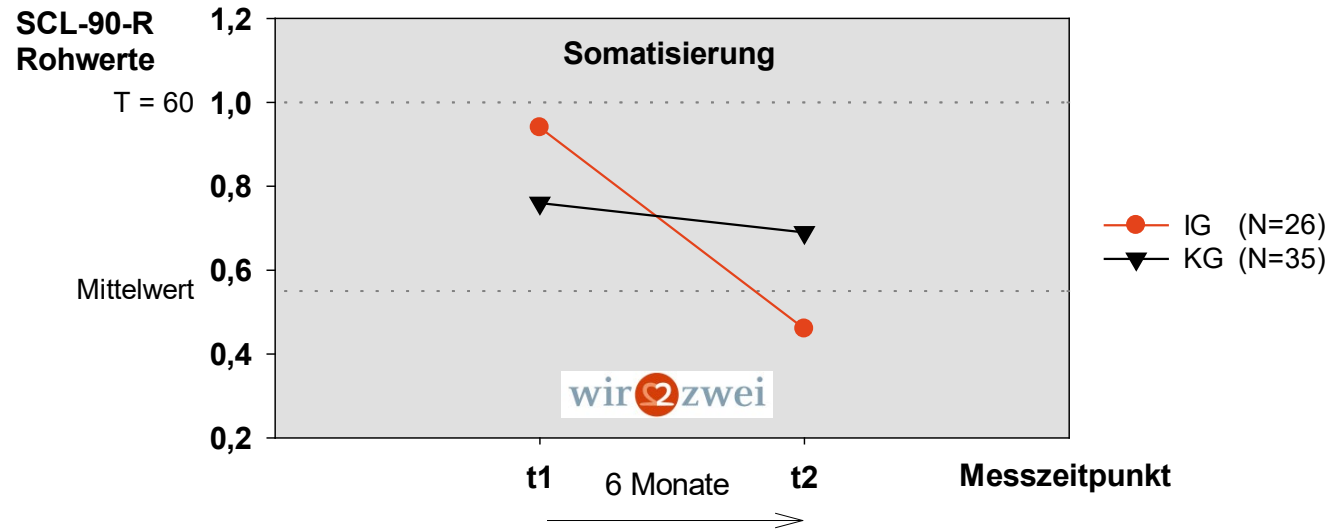


t1		t2		t3		t4		Effekt Messzeit	Eta ²	Cohens d
M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
1,32	0,74	0,64	0,54	0,59	0,54	0,56	0,52	F(2/32) = 15.53***	0.45	1.20

*** p<0.001

Somatisierung t12

Symptom-Checkliste (Franke, 2002)

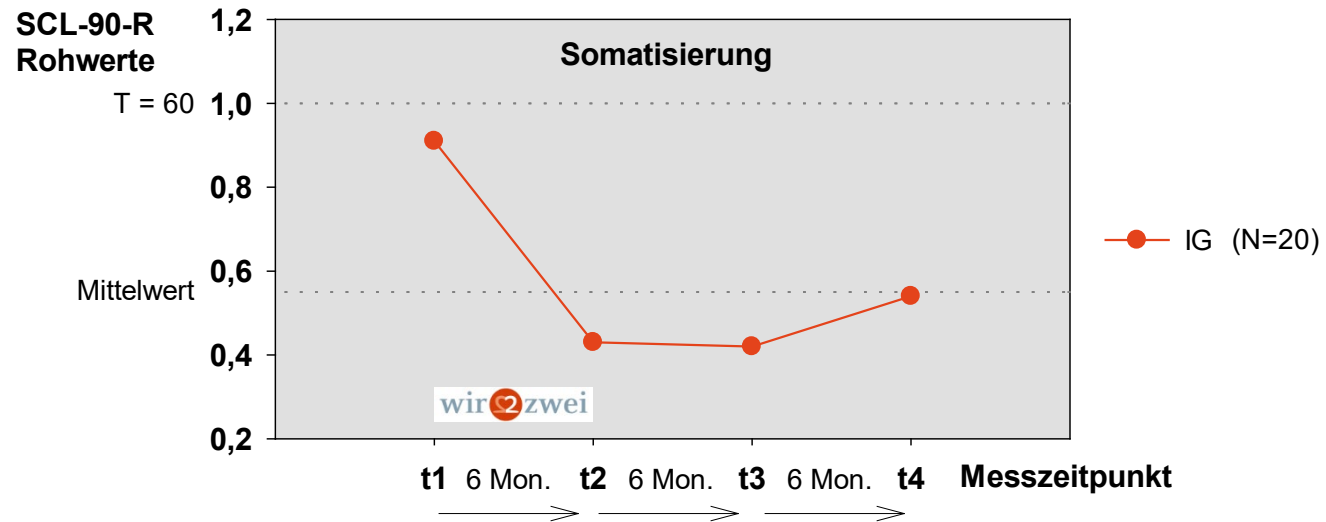


	t1		t2		Effekt Gruppe x Messzeit	Eta ²	Hedges' g
	M	SD	M	SD			
IG	0,94	0,59	0,46	0,29	F(1/59) = 7.95**	0.12	-0.87
KG	0,76	0,59	0,69	0,45			

** p<0.01

Somatisierung t1234

Symptom-Checkliste (Franke, 2002)

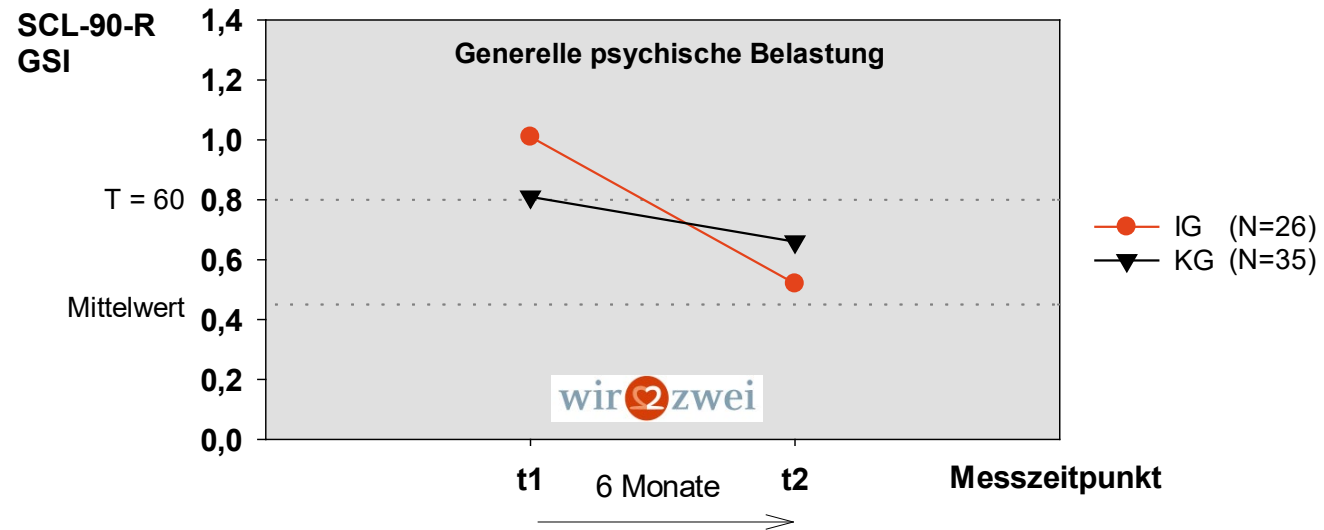


t1		t2		t3		t4		Effekt Messzeit	Eta ²	Cohens d
M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
0,91	0,59	0,43	0,31	0,42	0,48	0,54	0,58	F(2/37) = 8.68**	0.31	0.63

** p<0.01

Psychische Belastung t12

Symptom-Checkliste (Franke, 2002)

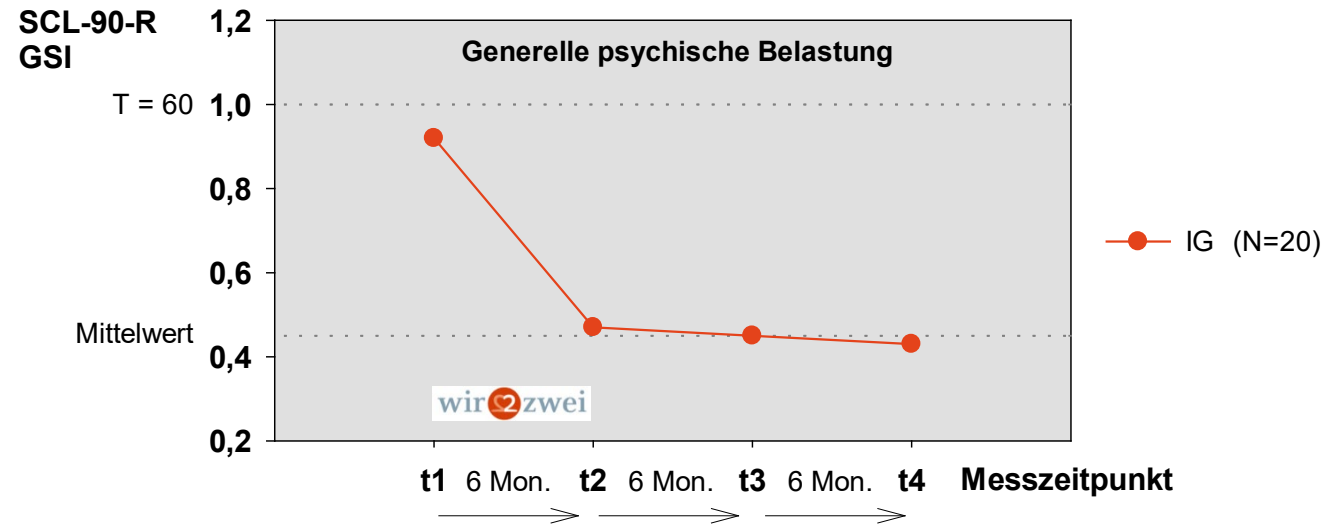


	t1		t2		Effekt Gruppe x Messzeit	Eta ²	Hedges' g
	M	SD	M	SD			
IG	1,01	0,52	0,52	0,37	F(1/59) = 7.52**	0.11	-0.70
KG	0,81	0,54	0,66	0,45			

** p<0.01

Psychische Belastung t1234

Symptom-Checkliste (Franke, 2002)

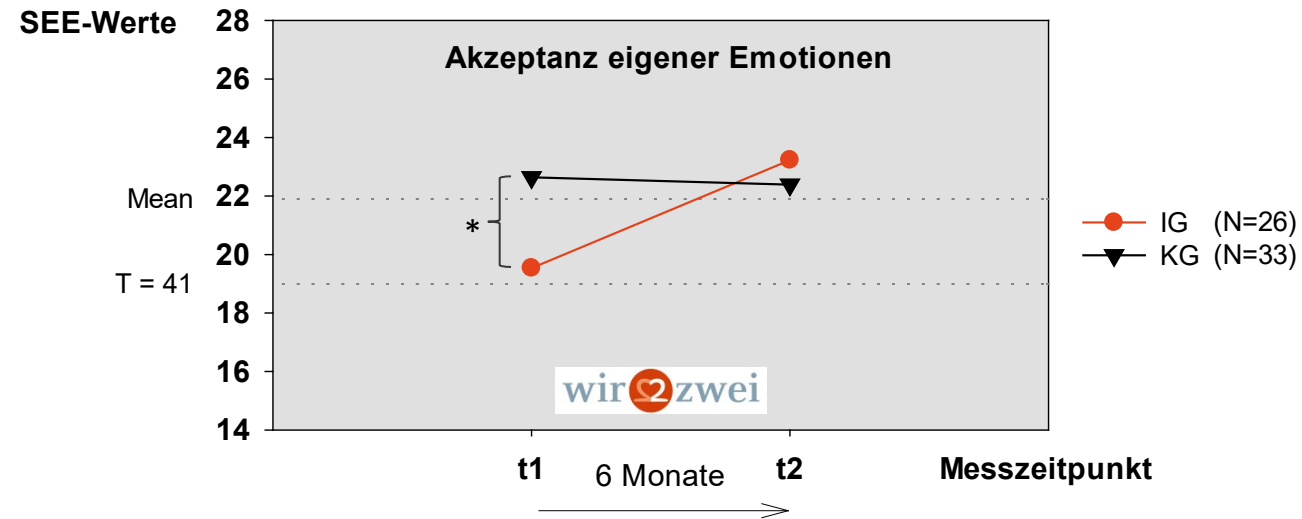


t1		t2		t3		t4		Effekt Messzeit	Eta ²	Cohens d
M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
0,92	0,44	0,47	0,36	0,45	0,39	0,43	0,37	F(2/31) = 15.53***	0.45	1.21

*** p<0.001

Emotionale Kompetenz t12

Skalen zum Erleben von Emotionen (Behr und Becker, 2004)

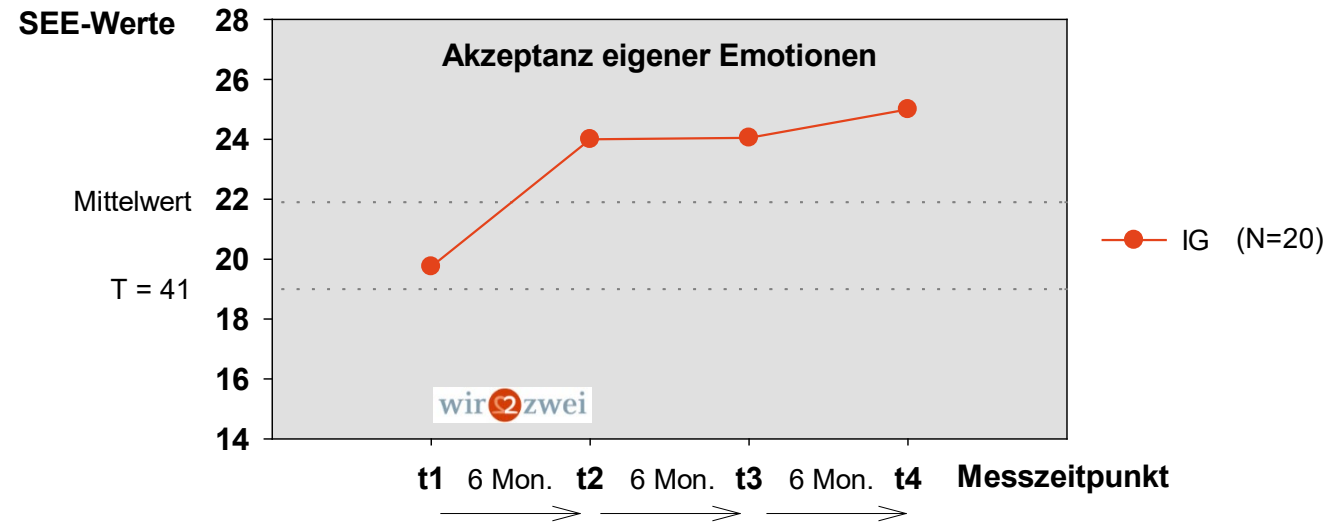


	t1		t2		Effekt Gruppe (ANCOVA)	Eta ²	Hedges' g
	M	SD	M	SD			
IG	19,54	4,88	23,23	3,49	F (1/56) = 5.62*	0.09	-0.85
KG	22,64	4,65	22,39	3,98			

* p<0.05

Emotionale Kompetenz t1234

Skalen zum Erleben von Emotionen (Behr und Becker, 2004)

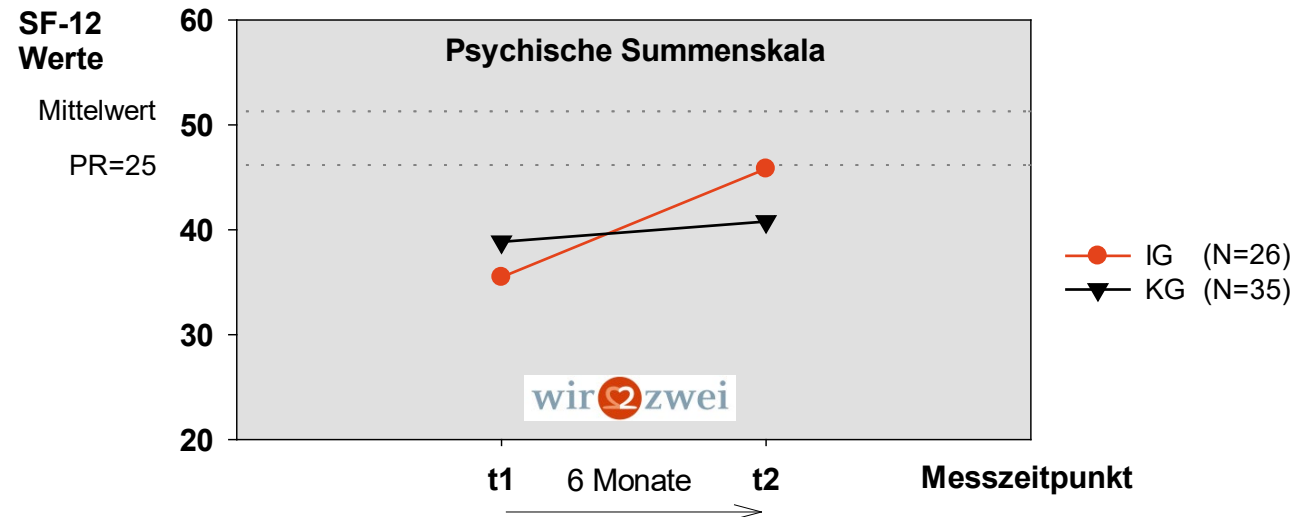


t1		t2		t3		t4		Effekt Messzeit	Eta ²	Cohens d
M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
19,75	5,22	24,00	3,28	24,05	3,83	25,00	4,08	F(2/34) = 11.16***	0.37	-1.12

*** p<0.001

Gesundheitsbezogene Lebensqualität t12

SF-12 Fragebogen zum Gesundheitszustand (Bullinger & Kirchberger, 1998)

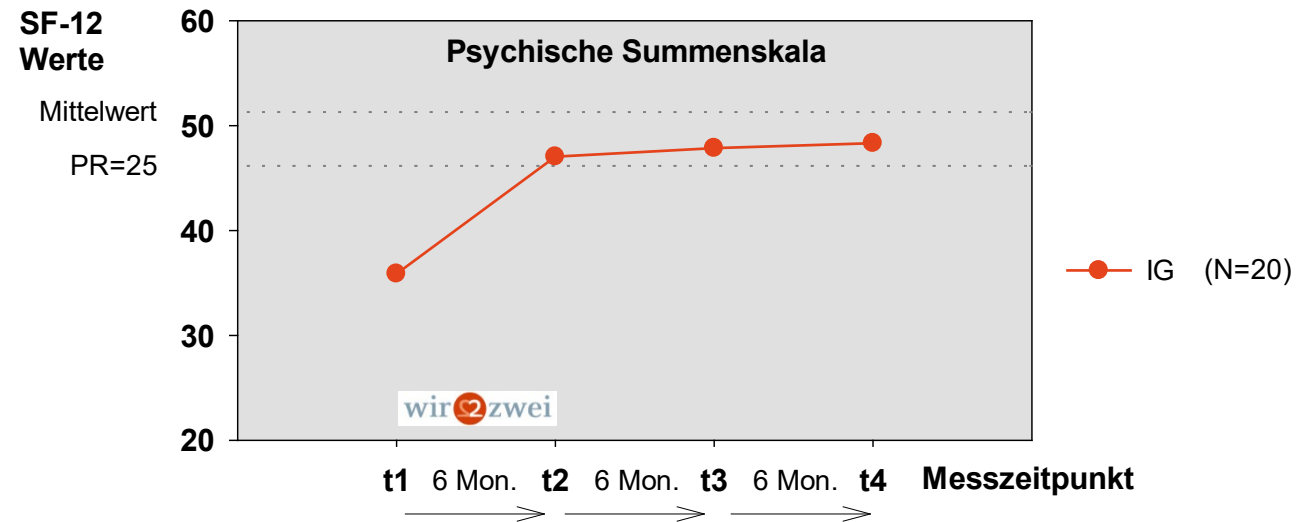


	t1		t2		Effekt Gruppe x Messzeit	Eta ²	Hedges' g
	M	SD	M	SD			
IG	35,49	8,65	45,82	9,44	F (1/59) = 6.93*	0.11	0.83
KG	38,86	10,12	40,80	10,26			

* p<0.05

Gesundheitsbezogene Lebensqualität t12

SF-12 Fragebogen zum Gesundheitszustand (Bullinger & Kirchberger, 1998)



t1		t2		t3		t4		Effekt Messzeit	Eta ²	Cohens d
M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
35,89	8,95	47,05	8,74	47,87	8,35	48,34	9,74	F (3/57) = 10.23**	0.35	-1.33

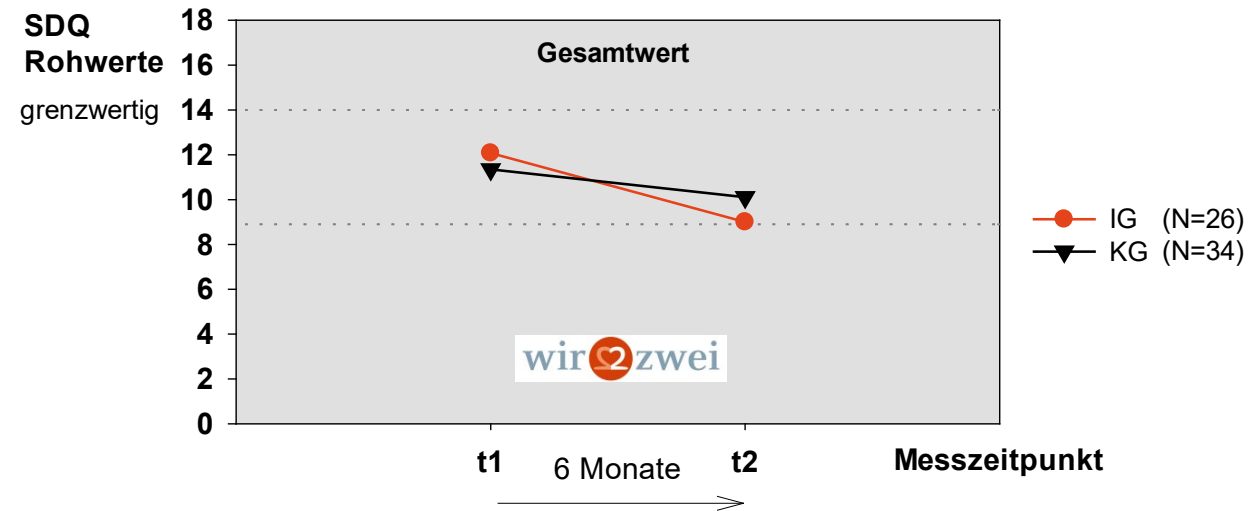
** p<0.01



wir2 im Urteil der teilnehmenden Mütter	[%]
Mein Selbstvertrauen wurde gestärkt	69
Mein psychisches Befinden ist gebessert	73
Die Beziehung zu meinem Kind wurde gestärkt	69
Vermittelte Inhalte helfen im Alltag	92
Ich verstehe besser, was in meinem Kind vorgeht	92
wir2 war insgesamt für mich hilfreich	100
Ich würde wir2 weiter empfehlen	100

Kindliches Problemverhalten t12 – Mütter

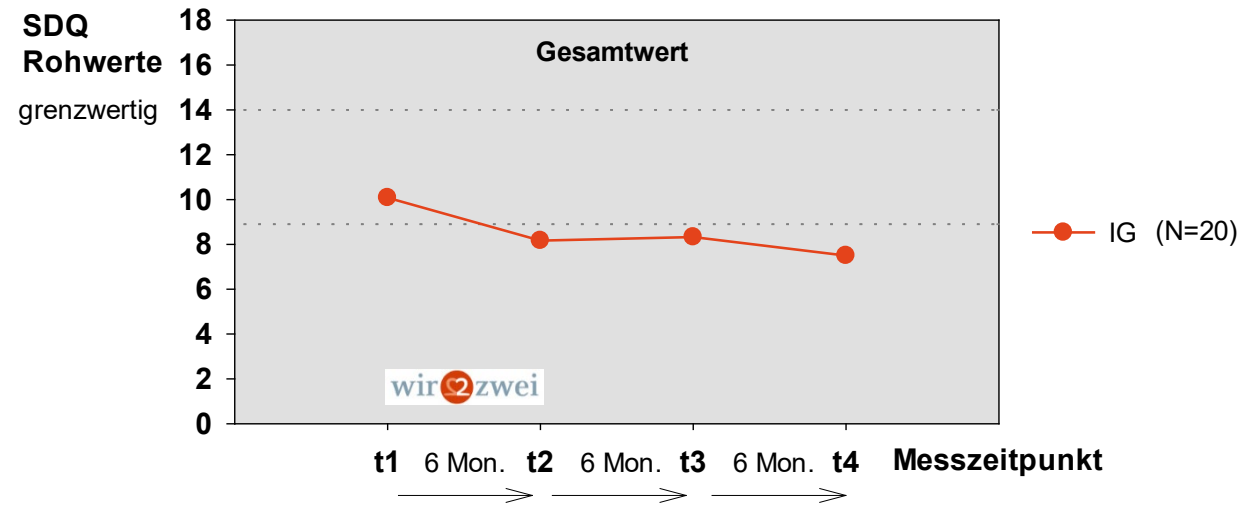
Strengths and Difficulties Questionnaire (Klasen et al., 2000)



	t1		t2		Effekt Gruppe x Messzeit	Eta ²	Hedges' g
	M	SD	M	SD			
IG	12,08	5,62	9,00	4,91	F (1/58) = 1.95	0.03	-0.33
KG	11,35	6,35	10,11	5,06			

Kindliches Problemverhalten t1234 – Mütter

Strengths and Difficulties Questionnaire (Klasen et al., 2000)



t1		t2		t3		t4		Effekt Messzeit	Eta ²	Cohens d
M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
11,6	5,60	8,60	4,52	9,00	5,80	9,20	5,98	F(3/57) = 3.92*	0.17	0.41

* p<0.05

Effekte

Mütter

- weniger depressiv
- weniger psychisch und psychosomatisch belastet
- kompetenter im Umgang mit eigenen Emotionen
- höhere Zufriedenheit mit der Beziehung zum Kind

Kinder

- Abnahme von Verhaltensproblemen
- Reduktion von Konflikten in der Mutter-Kind-Beziehung

Nachhaltigkeit

- Effekte noch nach einem Jahr nachweisbar

wir2 erfüllt alle Qualitätskriterien moderner psychosozialer Interventionsprogramme

• spezifische Bedarfslage	→ belastete Zielgruppe
• theoretisch-konzeptionelle Grundlage	→ Bindungstheorie, Affektentwicklung
• wissenschaftliche Evaluation (BMBF)	→ Wirksamkeit, RCT-Studie
• Nachhaltigkeit	→ stabile Langzeiteffekte
• Verankerung in Lebenswelten	→ Verhältnisprävention
• Standardisierung	→ Manual, Multiplikatorenschulung
• Qualitätssicherung	→ laufende Evaluation
• Gemeinnützigkeit, Öffentlichkeit	→ WBS, UKD
• Skalierbarkeit	→ unterschiedliche Settings
• Finanzierung auf rechtliche Grundlage	→ PräVGes, GKV, DRV
• Zertifizierung höchste Evidenzkategorie	→ gelistet in Grüne Liste Prävention



Leitfaden Prävention (2018)

- bezeichnet die Alleinerziehenden explizit als wichtige Zielgruppe für Präventionsprogramme



GKV-Bündnis für Gesundheit (2017)

- Bestandsaufnahme von Interventionen zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden
- führt wir2 als Modell guter Praxis auf



Nationaler Präventionsbericht (2019)

- „Mit dem wir2-Elterntraining wird ...eine wirksamkeitsgeprüfte Maßnahme angeboten.“

wir2: Gestuftes Versorgungsangebot

wir2ambulant

Alleinerziehende mit
psychosozialer
Belastung

beeinträchtigte
Alltagsbewältigung

kommunales Setting
20 Wochen

vdek, Barmer

wir2kompakt

Alleinerziehende mit
psychosomatischer
Erkrankung

daraus resultierende
Arbeitsunfähigkeit

stationäre Rehabilitation
3 Wochen

GKV

wir2Reha

Alleinerziehende mit
chronischer psychosom.
Erkrankung

drohende
Erwerbsunfähigkeit

stationäre Rehabilitation
6 Wochen

DRV

wir2: Gestuftes Versorgungsangebot

wir2ambulant

Alleinerziehende mit
psychosozialer
Belastung

beeinträchtigte
Alltagsbewältigung

kommunales Setting
20 Wochen

vdek, Barmer

wir2ambulant

- 20 wöchentliche Gruppensitzungen, 6 Monate
- ca. 800 geschulte GruppenleiterInnen in Kitas, Beratungsstellen, Familienzentren
- Finanzierung durch Sozialträger, Jugendämter, GKV

Kasseler Modell

- kooperative Finanzierung auf Grundlage des Präventionsgesetzes
- vdek Hessen, Stadt Kassel, Walter Blüchert Stiftung

BARMER

- bundesweite Förderung von wir2 in 30 Kommunen

wir2: Gestuftes Versorgungsangebot

wir2ambulant

Alleinerziehende mit
psychosozialer
Belastung

beeinträchtigte
Alltagsbewältigung

kommunales Setting
20 Wochen

vdek, Barmer

wir2kompakt

Alleinerziehende mit
psychosomatischer
Erkrankung

daraus resultierende
Arbeitsunfähigkeit

stationäre Rehabilitation
3 Wochen

GKV

wir2kompakt im stationären Setting → Aufnahme von Mutter/Vater und Kind Psychosomatische Rehabilitation: 3 Wochen (GKV)

→ Verdichtung von 20 wir2-Sitzungen auf 13 durch Nutzung vorhandener Angebote



Klinik Maximilian

Kurstraße 21
88175 **Scheidegg** / Allgäu
Telefon: 08381 808-0
info@klinik-maximilian.de



Silberberg Klinik

Rechensöldenweg 8-10
94249 **Bodenmais**
Telefon: 09924 7710
info@silberberg-klinik.de



Alpenblick Klinik Hotzenplotz

Hennematt 7b
79736 **Rickenbach**
Telefon: 0800 1171955
info@mutter-kind-kur-klinik-hotzenplotz.de



Fachklinik Norderheide

Norderweg 1
25852 **Bordelum**
Telefon: 04671 40 50
norderheide@ak-familienhilfe.de

Informationen für diese 3 Kliniken auch zentral beim Gesundheitsservice Leverkusen

Service-Telefon: 0214 35769-111



DEUTSCHER ARBEITSKREIS
FÜR FAMILIENHILFE E.V.



Vom Schwarzwald bis an die See

wir2: Gestuftes Versorgungsangebot

wir2ambulant

Alleinerziehende mit
psychosozialer
Belastung

beeinträchtigte
Alltagsbewältigung

kommunales Setting
20 Wochen

vdek, Barmer

wir2kompakt

Alleinerziehende mit
psychosomatischer
Erkrankung

daraus resultierende
Arbeitsunfähigkeit

stationäre Rehabilitation
3 Wochen

GKV

wir2Reha

Alleinerziehende mit
chronischer psychosom.
Erkrankung

drohende
Erwerbsunfähigkeit

stationäre Rehabilitation
6 Wochen

DRV



Newsletter Rehabilitation Nr. 2/2017

3. "wir2" – ein Reha-Konzept für Alleinerziehende

In Deutschland wachsen 20 Prozent aller Kinder (rund 2,2 Millionen) bei nur einem Elternteil auf. Dieser ist häufig schwierigen Lebenslagen ausgesetzt und gesundheitlich überdurchschnittlich belastet. Diese Belastungen wirken sich oft auf die Ein-Eltern-Kind-Beziehung aus, da die Zeit und die finanziellen Mittel fehlen, um das Kind angemessen zu umsorgen. "wir2" ist ein intensives, emotions- und bindungsbezogenes Elterntaining für alleinerziehende Eltern mit Kindern im Vor- und Grundschulalter, welches in einem besonderen Setting nicht nur für Mütter, sondern auch für Väter umgesetzt wird. Die Deutsche Rentenversicherung Bund kann die Kosten für ein "wir2"-Elterntaining im Rahmen einer psychosomatischen Reha-Leistung übernehmen. Informationen zu "wir2" gibt es auf der Internetseite www.wir2-bindungstraining.de

Wenn Sie Fragen zu den Reha-Angeboten haben, in deren Rahmen "wir2" möglich ist, wenden Sie sich bitte an die Newsletter-Redaktion: oeffentlichkeitsarbeit-reha@drv-bund.de

Hier+Jetzt

Hier+Jetzt

EIN NEUER ANFANG

Alleinerziehende Mütter und Väter stehen unter besonders starkem Druck. Bei manchen führt die Mehrfachbelastung in die Depression. Hilfe für Alleinerziehende bietet das Programm „wir2“, das von der Deutschen Rentenversicherung Bund unterstützt wird

TEXT: MIRKO HEINEMANN

Eigentlich lief es ganz gut für Jessica Maack. Die alleinerziehende Mutter half als Freiwillige bei der Freiburger Tafel aus, sie verteilte Lebensmittel an Bedürftige. Bald wurde daraus eine hauptamtliche Tätigkeit, 30 Stunden pro Woche. Der Vater übernahm die Tochter im Kindergartenalter an jedem zweiten Wochenende. „Auch das war okay“, erinnert sich Maack. Schwierig wurde es, als ihre Chefin erkrankte und die gesamte betriebliche Verantwortung plötzlich auf der alleinerziehenden Mutter lastete. „Ich hatte das Gefühl, alles nicht mehr schaffen zu können.“ Jessica Maack glitt in die Depression. Das Verhältnis zu ihrer Tochter wurde schlagartig schlechter, ständig gab es Streit.

Die Situation spitzte sich zu, bis es zu mehreren Zusammenbrüchen mit Angstzuständen und Panikattacken kommt. Psychopharmaka helfen nur bedingt, die Alleinerziehende ist völlig erschöpft. Ihre Familienhelferin empfiehlt ein neues Angebot der Deutschen Rentenversicherung Bund. Es heißt „wir2“ und ist Teil einer sechswöchigen psychosomatischen Rehabilitation in einer Klinik in Süddeutschland. Zielgruppe sind alleinerziehende Mütter und Väter mit Kindern im Alter von drei bis zehn Jahren.

Gestärkt und zuversichtlich

Seit fünf Wochen absolvieren Jessica Maack, 29, und ihre sechsjährige Tochter nun das „wir2“-Training in der Celenus Klinik Schömberg, mitten im Schwarzwald. Wenn die Mutter ihre Geschichte erzählt, glaubt man, sie

»Wir haben den Auftrag, unseren Versicherten mit Rehabilitation zu helfen.«

Mathias Schiller,
Abteilung Rehabilitation,
Deutsche Rentenversicherung Bund

 Weitere Informationen:
wir2-bindungstraining.de

spreche von einem anderen Menschen als dem, der depressiv in die Klinik kam. Die junge Frau versprüht Optimismus. „Ich fühle mich gestärkt, bin wieder zuversichtlich.“ Das Beste aber sei, dass sie wieder Nähe zu ihrem Kind zulassen könne.

Jessica Maack ist kein Einzelfall. In Deutschland wachsen 20 Prozent aller Kinder bei nur einem Elternteil auf. Daraus ergeben sich hohe Anforderungen im Alltag. „Alleinerziehende sind häufig schwierigen Lebenslagen ausgesetzt und gesundheitlich überdurchschnittlich belastet“, erläutert Astrid Kreuz, die das „wir2“-Programm in der Celenus Klinik leitet. „Die Belastungen wirken sich oft auf die Eltern-Kind-Beziehung aus, da die Zeit und die finanziellen Mittel fehlen, um das Kind angemessen zu umsorgen.“

In Schömberg werden schwerpunktmäßig Depressionen, chronische Schmerzkrankungen, Tinnitus und Stressfolgeerkrankungen behandelt. „wir2“, das Angebot für Alleinerziehende, wurde im Juni 2016 gestartet. „Bis Mitte 2018 haben wir hier 72 alleinerziehende Mütter, drei Väter und eine alleinerziehende Großmutter behandelt“, sagt Astrid Kreuz. 98 Kinder waren beteiligt, davon 56 Schulkinder. Das Feedback ist sehr gut. Ehemalige Patienten geben „wir2“ eine Note von 1,35 – das ist ein Spitzenwert.

Das „wir2-Bindungstraining“ basiert auf neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen. Es umfasst 20 Gruppensitzungen zu je 90 Minuten und praktische Übungen in vier Modulen und bewirkt eine starke und nachhaltige

Besserung psychischer und psychosomatischer Beschwerden. Entwickelt wurde es von einem Team um Professor Matthias Franz an der Universitätsklinik Düsseldorf, es wird stetig evaluiert und unter anderem von der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Walter Blöcher Stiftung unterstützt. Den Antrag zur Rehabilitation stellen Versicherte selbst, der behandelnde Arzt gibt einen Befundbericht ab.

„Wir haben den Auftrag, Versicherten, die von Erwerbsminderung bedroht oder bereits erwerbsgemindert sind, mit Rehabilitation zu helfen“, erklärt Mathias Schiller aus der Abteilung Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund. „Mit „wir2“ haben wir ein erfolgreiches Angebot im Programm, das sich explizit an alleinerziehende Eltern richtet.“ Außer in Schömberg können Patientinnen und Patienten das „wir2“-Training noch in der Celenus DEKIMED Klinik im sächsischen Bad Elster wahrnehmen.

Die meisten Rehabilitanden sind zwar alleinerziehende Mütter mit ihren Kindern,

Das Programm „wir2“ stärkt Alleinerziehende und ihre Kinder.

»Alleinerziehende sind häufig schwierigen Lebenslagen ausgesetzt.«

Astrid Kreuz, Projektleitung Psychosomatische Fachklinik Schömberg

aber „wir2“ spricht Väter gleichermaßen an. Männer wie Roman Misko, alleinerziehender Vater eines zehnjährigen Sohnes. „Es gibt mehr von uns, als viele glauben“, sagt Misko. Die Mutter, mit der er sich bei der Erziehung im Wochentakt abwechselte, wurde alkoholkrank und fiel als Erziehungspartnerin aus. Ähnlich wie bei Jessica Maack gelangte Roman Misko mit der wachsenden beruflichen Belastung an seine Grenzen – und darüber hinaus. Als leitende Pflegefachkraft in Vollzeit, mit hohen Ansprüchen im Beruf und einem schulpflichtigen Kind erlebte er 2012 seinen ersten Zusammenbruch. Unter Psychopharmaka machte er weiter, bis vor zwei Jahren Herzrhythmusstörungen als Ausdruck einer psychosomatischen Funktionsstörung verbunden mit depressiven Beschwerden diagnostiziert wurden. Seine behandelnden Ärzte rieten ihm daher zu einer psychosomatischen Rehabilitation.

Rehabilitanden müssen mitziehen

Roman Misko, heute 54 Jahre alt, wirkt gelöst. Es ist schwer zu glauben, was er durchgemacht hat. Wie Jessica Maack ist auch er voll des Lobes über seine Therapeuten und „wir2“. Astrid Kreuz relativiert den Überschwang. „Sowohl Jessica Maack als auch Roman Misko bringen ein hohes Maß an Bereitschaft mit, an sich zu arbeiten“, so Kreuz. Trotz der guten Bilanz gebe es keine Garantie auf Erfolg. „Die Rehabilitanden müssen mitziehen.“

Die meisten, die nach Schömberg kommen, leiden unter einer Depressionserkrankung. Diese könne sich auf die Kinder übertragen und deren Entwicklung beeinträchtigen, erklärt Kreuz. „Die Kinder reagieren zunächst körperlich, später dann psychisch.“ Bei den Miskos äußerte sich dies im vollständigen Rückzug des Sohnes. „Er schloss die Zimmertür hinter sich und kam einfach nicht mehr heraus“, erzählt der Vater. Wie sich das Verhältnis der beiden im Laufe des „wir2“-Bindungstrainings veränderte, habe er gemerkt, als sein Sohn sich einmal neben ihn gesetzt habe. „Plötzlich entstand ein intensiver Moment der Nähe, wie wir ihn lange nicht mehr gehabt hatten.“ ◊

wir  zwei → wir2Reha 6 Wo stat. Reha (DRV)



CELENUS Klinik Schömburg GmbH
Dr.-Schröder-Weg 12, 75328 Schömburg
Frau Melina Poullos, Telefon: 07084 50 0
E-Mail: m.poullos@klinik-schoemberg.de
www.klinik-schoemberg.de



MEDIAN Klinik Bad Gottleuba
Königstraße 39, 01816 Gottleuba-Berggießhübel
Herr Karsten Vetterlein, Telefon: 035023 64-3407
E-Mail: karsten.vetterlein@median-kliniken.de
www.klinik-bad-gottleuba.de

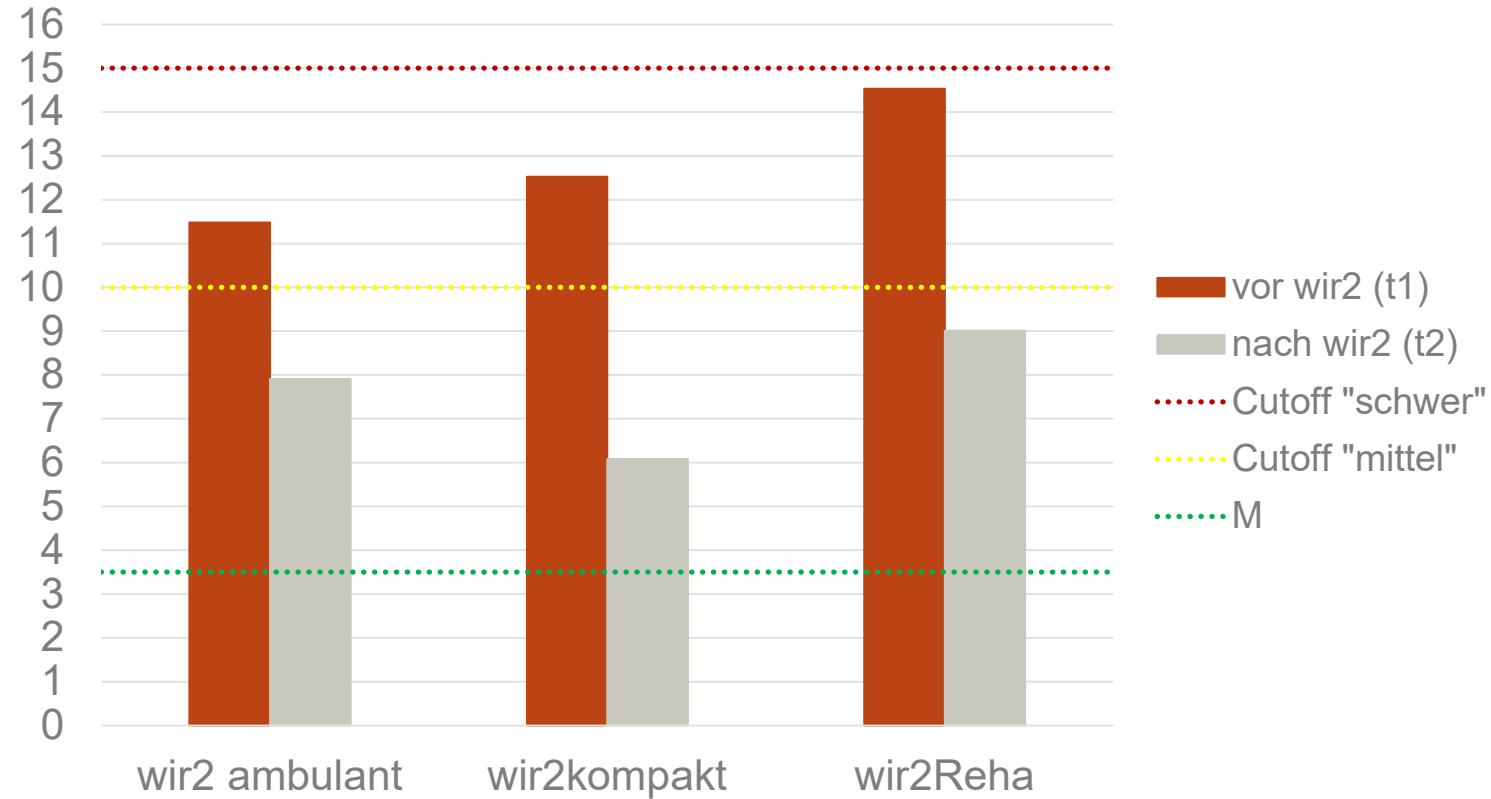
wir2Reha

- Rehabilitation in Psychosomatischen Fachkliniken
- Grundstruktur von wir2, alle 20 Sitzungen
- Aufnahme von Mutter/Vater und Kind
- mehrere Sitzungen pro Woche
- Schulung und pädagogische Betreuung der Kinder

Problem: Alleinerziehende sind nicht zentral für gezielte Zuweisung identifizierbar



wir2: Gestuftes Versorgungsmodell PHQ-9 (Modul „Depressivität“)



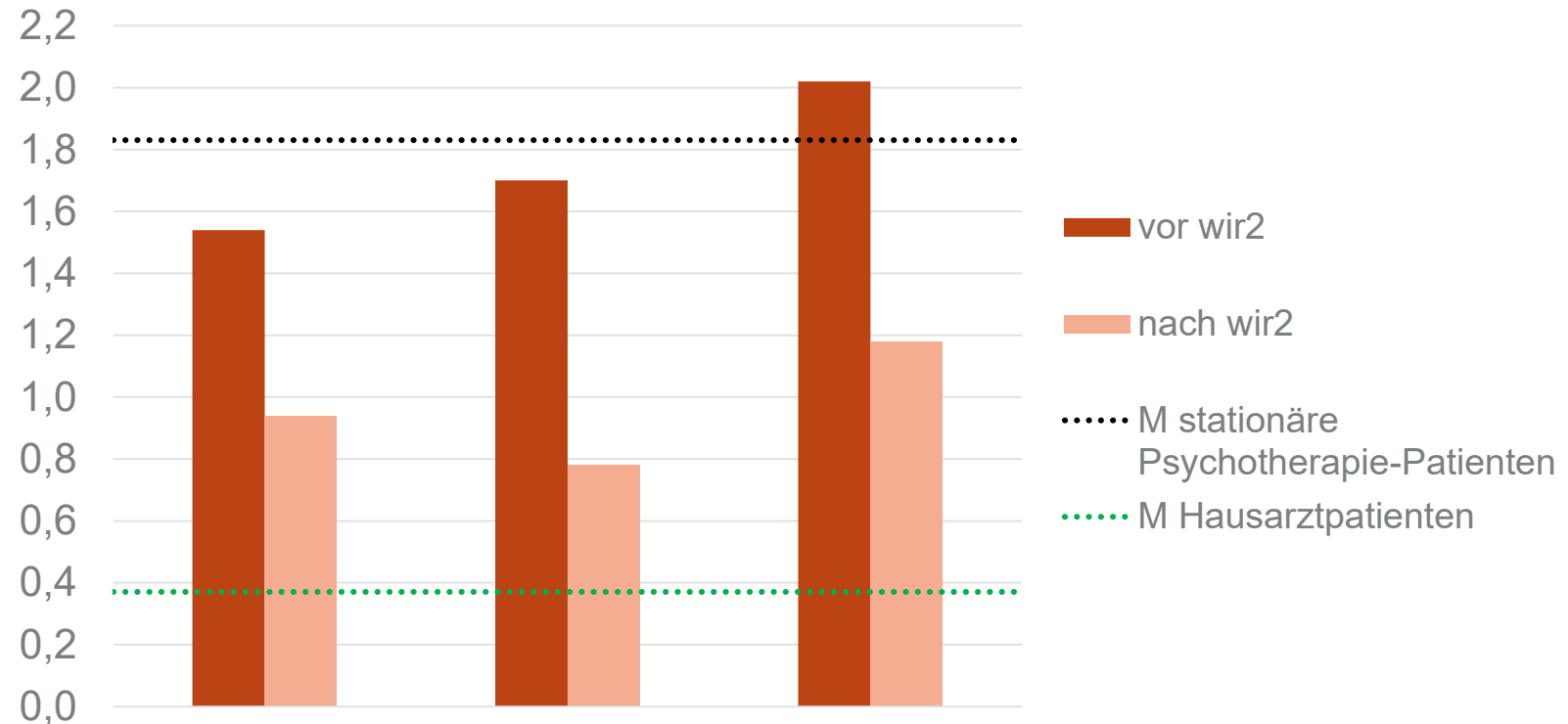
	wir2 ambulant		wir2 kompakt		wir2Reha	
	t1	t2	t1	t2	t1	t2
	N=92	N=92	N=234	N=234	N=208	N=208
Mittelwert	11,48	7,91	12,52	6,08	14,53	9,01
SD	5,08	4,26	5,26	4,07	5,44	5,48
t-Wert	t(91)=6,82		t(233)=20,03		t(207)= 15,39	
Cohen's d	0,76		1,37		1,01	
	p<.001		p<.001		p<.001	

Englische Version:
Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)
Deutsche Version:
© Prof. Dr. Bernd Löwe, 2015,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf



wir2: Gestuftes Versorgungsmodell

HEALTH-49 – Depressivität



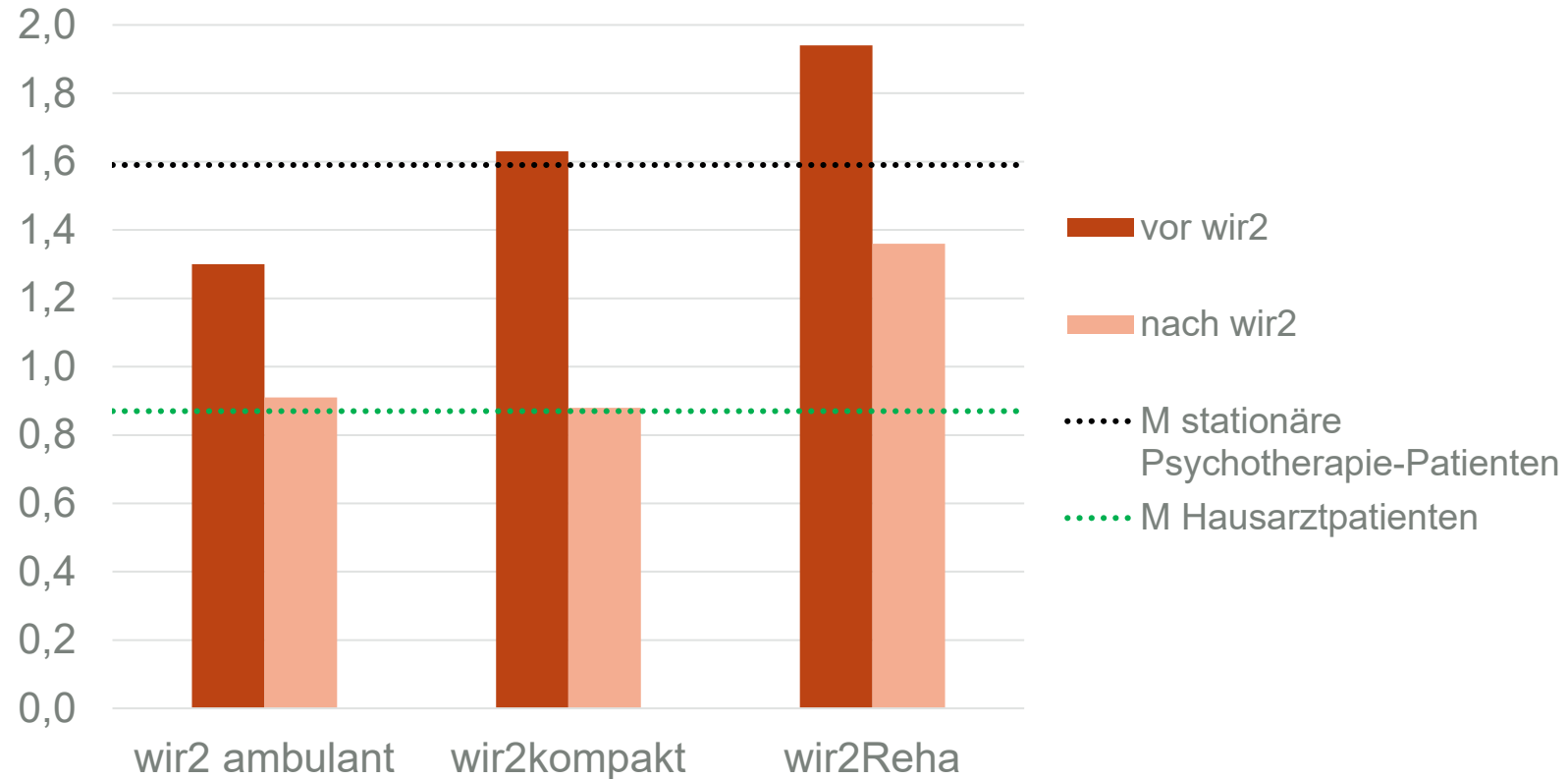
	wir2 ambulant		wir2 kompakt		wir2Reha	
	t1	t2	t1	t2	t1	t2
Mittelwert	1,54	0,94	1,70	0,76	2,02	1,18
SD	0,89	0,74	0,85	0,59	0,99	0,92
t-Wert	t(166)=9,24		t(379)=23,91		t(223)=14,28	
Cohen's d		0,73		1,29		0,89
		p<.001		p<.001		p<.001

Rabung et al. (2007): Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der »Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis« (HEALTH-49)



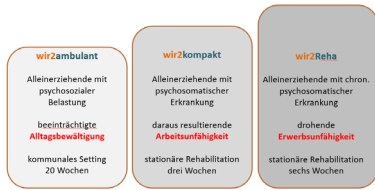
wir2: Gestuftes Versorgungsmodell

HEALTH-49 – Somatoforme Beschwerden



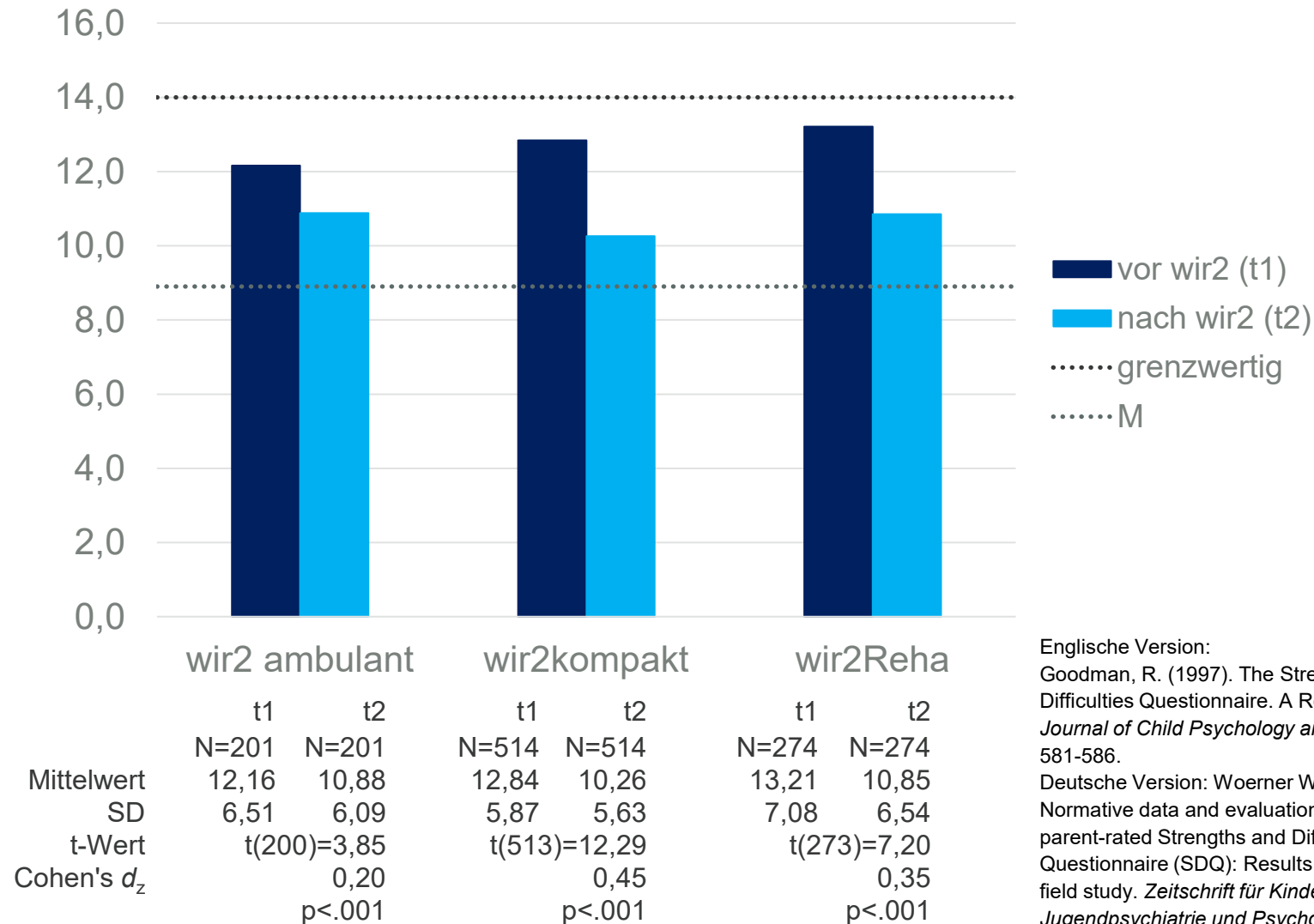
	wir2 ambulant		wir2 kompakt		wir2 Reha	
	t1	t2	t1	t2	t1	t2
Mittelwert	1,30	0,91	1,63	0,88	1,94	1,36
SD	0,87	0,72	0,83	0,67	0,99	0,96
t-Wert	t(167)=6,78		t(377)=20,15		t(224)=11,27	
Cohen's d	0,49		0,99		0,60	
	p<.001		p<.001		p<.001	

Rabung et al. (2007): Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der »Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis« (HEALTH-49)



wir2: Gestuftes Versorgungsmodell

SDQ – Summenwert (Kinder)



Englische Version:
Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire. A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.

Deutsche Version: Woerner W. et al. (2002). Normative data and evaluation of the German parent-rated Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Results of a representative field study. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30, 105-112.



Das gestufte Versorgungsangebot von wir2

- unterschiedliche Ausgangsbelastung der Alleinerziehenden
- nach Belastung stratifizierte Zuweisung in drei Settings
- überall starke Effekte auf klinische Zielmaße

→ sensitiv und effektiv

BARMER

 **GESUNDHEITSSERVICE
MANAGEMENT**

 **Deutsche
Rentenversicherung**

 **CELENUS**

**WALTER
BLÜCHERT
STIFTUNG**

UKD **Universitätsklinikum
Düsseldorf**

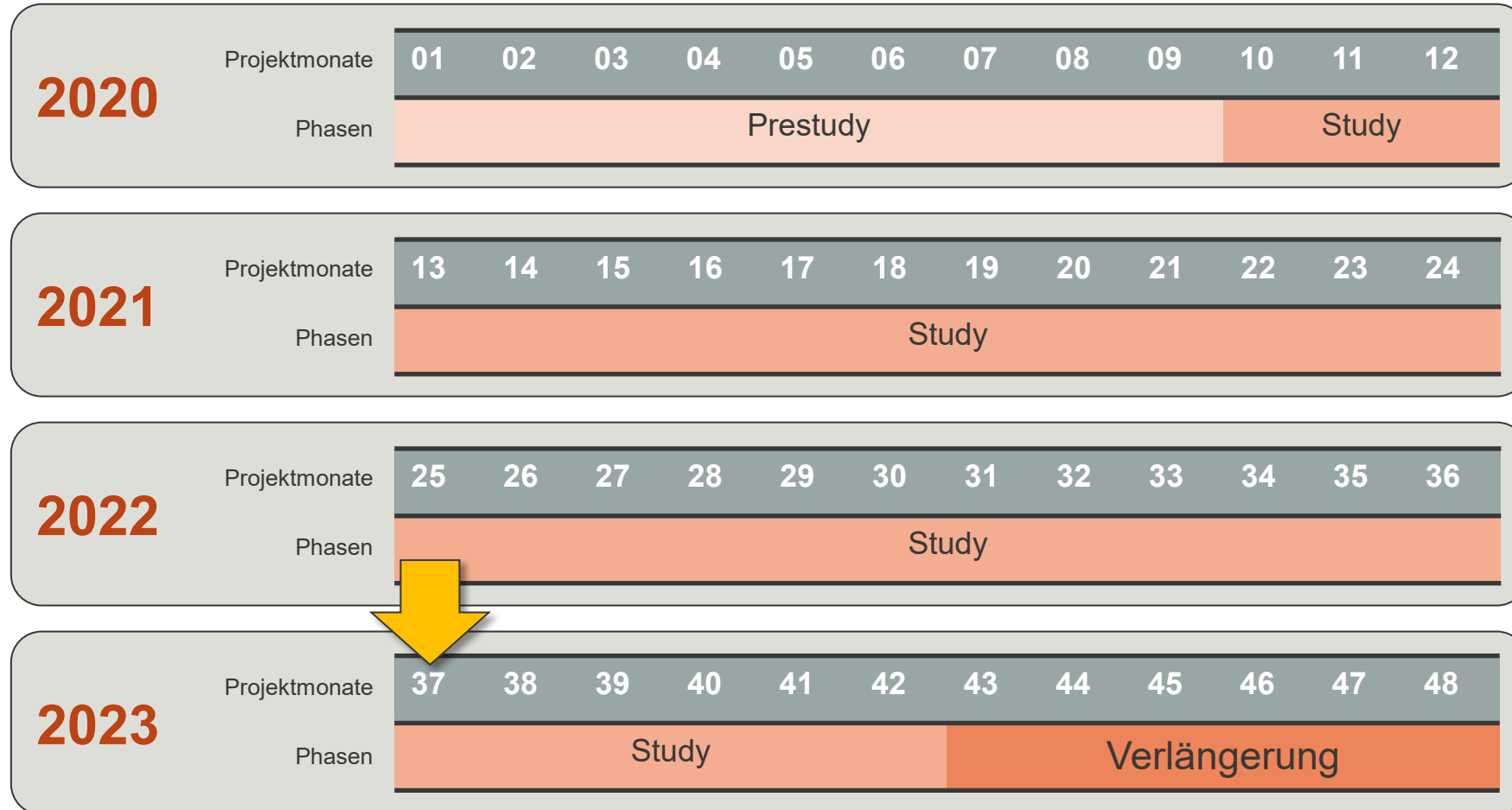
Aufgrund der positiven Effekte von wir2Reha

- Förderung einer RCT-Studie durch die DRV-Bund/BMBF
- 6 Wochen psychosomatische Rehabilitation mit wir2Reha (IG)
- Vergleich: übliches Reha-Programm (KG)
- für Alleinerziehende mit Begleitkindern (ca. 3-10 Jahre)
- in den Kliniken Bad Elster und Schöenberg

- Möglichkeit der Zuweisung
- Reha-Antrag z.B. über DRV-Bund
- mit Zuweisungswunsch in diese spezialisierten Reha-Kliniken

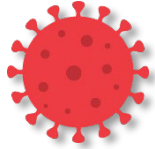
wir2

wir2Reha: Aktueller Stand des Forschungsprojektes



wir2

wir2Reha: Aktueller Stand des Forschungsprojektes

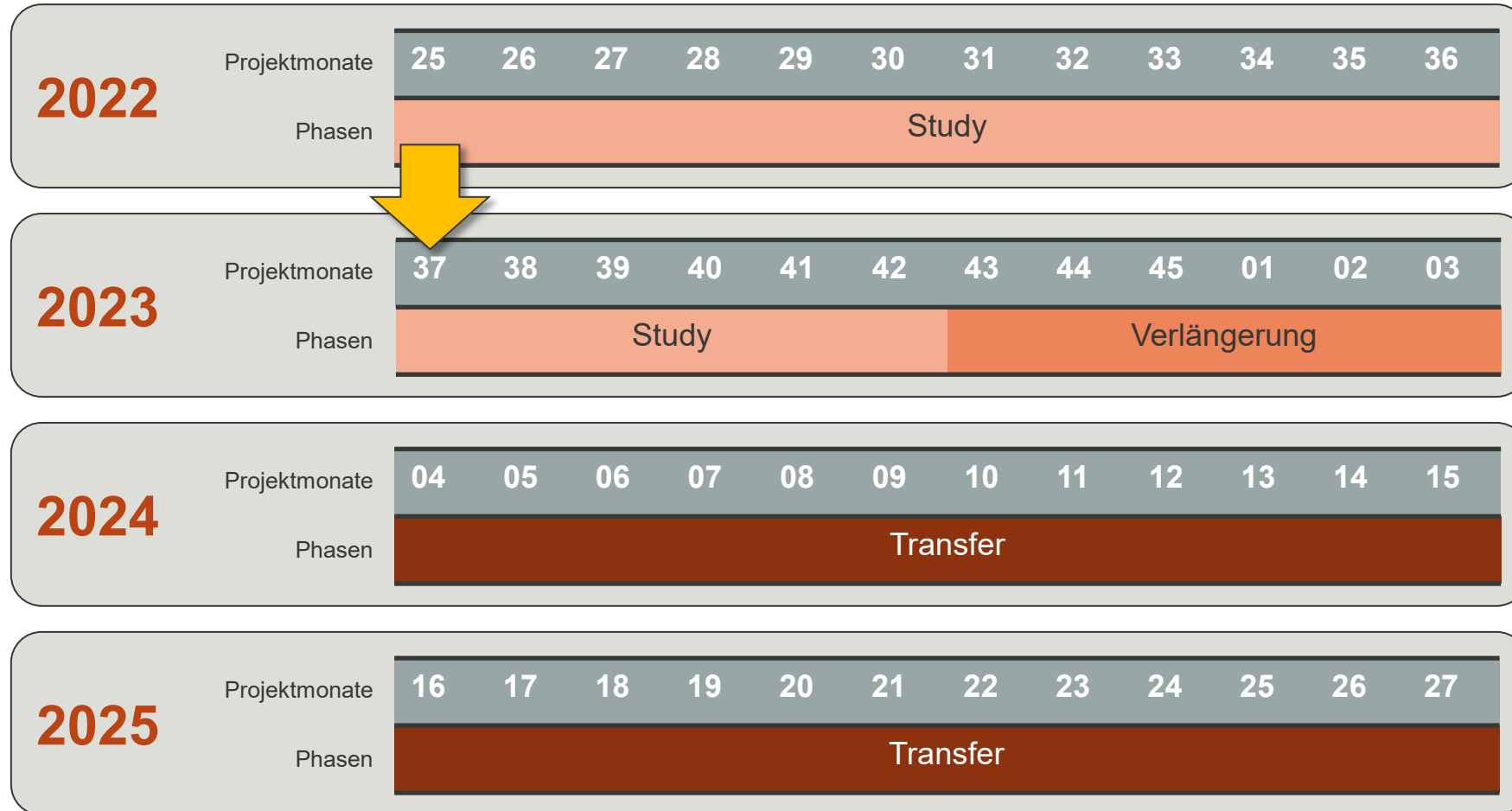


	Fragebögen bisher:			Gruppen (IG/KG)
	T1	T2	T3	
Schömborg	98	83	23	22 (11/11)
Bad Elster	2	2	2	1 (1/0)
Bad Gottleuba	12	10	2	4 (2/2)
Gesamt	112	95	27	27

Zeitraum: 10.2020-12.2022

wir2

wir2Reha: Möglichkeit eines neuen Forschungsprojektes



32. Reha-Wissenschaftliches Kolloquium

Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung, Hannover, 20. – 22. Februar 2023

Diskussionsforum: Pädagogische Leistungen als Grundpfeiler der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation



32. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium
Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung

20.–22. Februar 2023 | Hannover
Veränderungskultur fördern –
Teilhabe stärken – Zukunft gestalten



Deutsche Rentenversicherung

Zusammenfassung

- Alleinerziehende und ihre Kinder leiden unter hohen psychosoz. Belastungen
- erhebliche Gesundheitsrisiken, Chronifizierung
- benötigen spezifische Unterstützungsangebote
- wir2 innerhalb eines gestuften Versorgungsmodells effektiv
- kostengünstiges und praxistaugliches Angebot auch in der Rehabilitation



Franz M, Karger A

Scheiden tut weh.
Elterliche Trennung aus Sicht der Väter und Jungen

Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen

MIT ZAHLREICHEN ÜBUNGEN
DES wir2-BINDUNGSTRAININGS

wir  zwei
BINDUNGSTRAINING FÜR ALLEINERZIEHENDEN

MATTHIAS FRANZ
ALLEINERZIEHEND
SELBSTBEWUSST
UND STARK

fischer & gann



Matthias Franz

Alleinerziehend. Selbstbewusst und stark.

Fischer und Gann, Munderfing

Urheberrechtlich geschütztes Material



Prof. Gunter Thielen (Hg.)
Rocco Thiede

Was
Alleinerziehende
und ihre Kinder
nach der Trennung
brauchen

Lasst uns nicht allein!

Mit einem wissenschaftlichen Nachwort
von Prof. Dr. Matthias Franz



HERDER

Urheberrechtlich geschütztes Material

Thielen G, Thiede R

Lasst uns nicht allein.

Herder, Freiburg

Kontakt

Alexius/Josef Krankenhaus Neuss

Prof. Dr. Matthias Franz

Nordkanalallee 99

41464 Neuss

m.franz@ak-neuss.de

wir2@ak-neuss.de

Walter Blüchert Stiftung

Anita Offel-Grohmann

Eickhoffstr. 5

33330 Gütersloh

anita.offel-grohmann@walter-bluechert-stiftung.de

TEL 05241.17949-19

FAX 05241.17949-28

www.wir2-bindungstraining.de

wir  zwei

 Deutsche
Rentenversicherung

UKD Universitätsklinikum
Düsseldorf

 **CELENUS**

 **MEDIAN**

WALTER
BLÜCHERT
STIFTUNG

 **ST. AUGUSTINUS GRUPPE**
wegweisend. menschlich. stark.