Public Health Reporting Germany
Journal of Health Monitoring 2024 9(3) **FOCUS**

ROBERT KOCH INSTITUT

Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland. Ergebnisse der GEDA-Studien 2019–2023

Autorinnen und Autoren: Petra Rattay[1,2], Yasmin Öztürk[3], Raimund Geene[4,5], Stefanie Sperlich[6], Ronny Kuhnert[1], Hannelore Neuhauser[1], Ulfert Hapke[1], Anne Starker[1], Claudia Hövener[1]

Institutionen: 1 Robert Koch-Institut, Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin 2 Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Universitätsklinikum, Institut für Medizinische Soziologie, Düsseldorf 3 Deutsches Jugendinstitut, München 4 Alice Salomon Hochschule, Berlin 5 Berlin School of Public Health, Berlin 6 Medizinische Hochschule Hannover, Medizinische Soziologie, Hannover

Abstract

Hintergrund: Die Lebenssituation Alleinerziehender ist oftmals durch die alleinige Verantwortung für Familie und Haushalt, Vereinbarkeitsprobleme mit dem Beruf und ein hohes Armutsrisiko gekennzeichnet. In vergleichender Perspektive zu Eltern in Partnerhaushalten wurde die Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern unter Berücksichtigung von Unterschieden in der sozialen Lage analysiert.

Methode: Die Analysen basieren auf Daten der GEDA-Studien 2019–2023 (7.999 Frauen, 6.402 Männer). Für die selbsteingeschätzte Gesundheit, chronische Krankheiten, depressive Symptomatik, Rauchen und Bedarf/Inanspruchnahme professioneller Hilfe aufgrund psychischer Probleme wurden Prävalenzen für alleinerziehende und in Partnerhaushalten lebende Mütter und Väter berechnet. In multivariaten Modellen wurde für Einkommen, Bildung, Erwerbsstatus und soziale Unterstützung adjustiert und Interaktionen mit der Familienform einbezogen.

Ergebnisse: Für alleinerziehende Mütter und Väter finden sich bei allen Gesundheitsindikatoren höhere Prävalenzen als für in Partnerhaushalten lebende Eltern. Auch nach Adjustierung bleiben die Unterschiede zwischen den Familienformen bestehen. Die Gesundheit alleinerziehender Mütter variiert zudem teils mit Einkommen, Erwerbsstatus und sozialer Unterstützung.

Schlussfolgerungen: In der Gesundheitsförderung ist zu berücksichtigen, dass Alleinerziehende eine heterogene Gruppe sind. Neben der Stärkung persönlicher Kompetenzen, zielen politische und settingbasierte Maßnahmen darauf, gesundheitliche Benachteiligungen abzubauen.

Keywords: Alleinerziehende, Ein-Eltern-Familie, Familienform, Gesundheit, Gesundheitliche Ungleichheit

Informationen zu Artikel und Zeitschrift

Eingereicht: 21.12.2023
Akzeptiert: 13.05.2024
Veröffentlicht: 03.07.2024

Artikel peer reviewed

Zitierweise: Rattay P, Öztürk Y, Geene R, Sperlich S, Kuhnert R, Neuhauser H et al. (2024) Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland. Ergebnisse der GEDA-Studien 2019 – 2023. J Health Monit. 2024;9(3):e 12121. doi: 10.25646/12121

Petra Rattay
RattayP@rki.de

Robert Koch-Institut, Berlin
Journal of Health Monitoring
www.rki.de/jhealthmonit

Englische Version des Artikels
www.rki.de/jhealthmonit-en

Open access

CC BY 4.0 Lizenzvertrag
Namensnennung 4.0 International

Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
Gemeinsam getragen von RKI und Destatis.

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

1. Einleitung

Der Zehnte Familienbericht der Bundesregierung widmet sich unter dem Titel „Unterstützung allein- und getrennterziehender Eltern und ihrer Kinder – Bestandsaufnahme und Handlungsempfehlungen“ den vielfältigen Aspekten der Lebenssituation von Trennungsfamilien [3]. Auch die gesundheitliche Lage von allein- und getrennterziehenden Eltern wird dabei in den Blick genommen. Der vorliegende Beitrag beschreibt für den Zehnten Familienbericht auf der Basis von aktuellen Querschnittdaten der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) aus den Jahren 2019 bis 2023 unterschiedliche Aspekte der Gesundheit von Alleinerziehenden (Infobox).

Im Jahr 2022 lebten in Deutschland 1,33 Millionen alleinerziehende Mütter und 239.000 alleinerziehende Väter mit mindestens einem minderjährigen Kind zu-

Infobox
Zum Begriff „Alleinerziehende“

Alleinerziehende sind Mütter und Väter, die ohne Ehe- oder Lebenspartnerin bzw. -partner mit minder- oder volljährigen Kindern in einem Haushalt zusammenleben [1], wobei in der amtlichen Statistik häufig eine Eingrenzung auf Haushalte mit mindestens einem minderjährigen Kind erfolgt. Im Sozialrecht werden Alleinerziehende als „Personen, die mit einem oder mehreren minderjährigen Kindern zusammenleben und allein für deren Pflege und Erziehung sorgen“ verstanden (§ 21 Absatz 3 SGB II). Auch in der Forschung ist die Verwendung des Begriffs – trotz unterschiedlicher Operationalisierungen – sehr verbreitet. Der Begriff „Alleinerziehende“ wird inzwischen aber durchaus kritisch betrachtet, da viele Mütter und Väter sich auch nach der Trennung die Erziehung und Betreuung der Kinder in unterschiedlich ausgestalteten Formen teilen. Infolge wurde zusätzlich der Begriff „Getrennterziehende“ eingeführt.

Da die GEDA-Studien keine Differenzierung zwischen Allein- und Getrennterziehenden ermöglichen, wird im vorliegenden Beitrag der Begriff „Alleinerziehende“ als Oberbegriff für Mütter und Väter verwendet, die ohne Partnerin oder Partner mit mindestens einem minderjährigen Kind zusammen in einem Haushalt leben [1]; wohlwissend, dass der Begriff die Vielfalt der unterschiedlichen Familienformen von Getrennt- und Alleinerziehenden nicht hinreichend widerspiegelt [2].

sammen in einem Haushalt [4]. Der Anteil der Familien mit alleinerziehenden Elternteilen an allen Familien betrug 18,5 %. Insgesamt lebten 2,26 Millionen Kinder unter 18 Jahren mit einem alleinerziehenden Elternteil zusammen, wobei der Großteil der Kinder im Haushalt der Mutter lebte (85,6 %) [4].

Familien mit Alleinerziehenden stellen heutzutage eine gesellschaftlich etablierte Familienform neben anderen dar, wobei sich auch die Familienformen von Alleinerziehenden bzw. die Betreuungsmodelle von Trennungsfamilien weiter ausdifferenziert und pluralisiert haben [2, 5]. Allerdings gaben in einer Befragung im Jahr 2020 nur 12 % der Alleinerziehenden eine ausgewogene Aufteilung der Verantwortung für die Kinder zwischen den getrenntlebenden Eltern an [5].

Alleinerziehende zeichnen sich durch eine große Heterogenität ihrer Lebenslagen aus. Sie unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich ihrer familiären Situation und der getroffenen Betreuungsarrangements mit dem anderen Elternteil sowie der Gründe für das Alleinerziehen (Trennung vom oder Tod des anderen Elternteils oder bewusstes Alleinerziehen), sondern auch hinsichtlich soziodemografischer Merkmale, ihrer sozioökonomischen Lage, ihrer personalen, sozialen und zeitlichen Ressourcen sowie der Dauer des Alleinerziehens [2, 5].

Aufgrund der überwiegend alleinigen Verantwortung eines Elternteils für Kindererziehung und -betreuung, Haushalt und Erwerbstätigkeit [5] unterscheidet sich die soziale Situation der Mehrzahl der Alleinerziehenden dennoch in einigen Aspekten von Eltern in Paarhaushalten. Alleinerziehenden fällt es oftmals deutlich schwerer als Eltern aus Partnerhaushalten, Familie und Beruf gut miteinander zu vereinbaren [2, 5]. Um ein ausreichendes Haushaltseinkommen erwirtschaften zu können, sind alleinerziehende Mütter häufiger in Vollzeit erwerbstätig als in Partnerhaushalten lebende Mütter. Alleinerziehende Väter sind hingegen aufgrund ihrer familiären Aufgaben häufiger nicht oder in Teilzeit erwerbstätig als Väter in Partnerhaushalten [5, 6]. Zudem ist die Lebenssituation Alleinerziehender oftmals durch eine finanziell schwierige Lage geprägt [2, 4]. 41,6 % der Haushalte von Alleinerziehenden hatten im Jahr 2021 monatlich ein Einkommen zur Verfügung, das unterhalb der Armutsgefährdungsschwelle lag [7]. 34,6 % der Haushalte von Alleinerziehenden bezogen 2021 Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II), während dies nur auf 6,6 % der Paarhaushalte zutraf [7]. Bei Alleinerziehenden mit drei und mehr Kindern lag der Anteil derjenigen, die Leistungen nach dem SGB II bezogen, bei 86,2 % [7].

In der COVID-19-Pandemie wurden diese bestehenden strukturellen Probleme von Alleinerziehenden nochmals verstärkt [2, 5]. So wurden Alleinerziehende durch die verschiedenen Eindämmungsmaßnahmen wie Kontaktbeschränkungen, Kita- und Schulschließungen, Homeschooling und Homeoffice oftmals in besonderem Maße vor Herausforderungen gestellt. Vor allem, wenn sie Erwerbsarbeit mit ihren familiären Aufgaben im Haushalt und in der Kinderbetreuung vereinbaren mussten oder infolge von Kurzarbeit und eingeschränkten Erwerbsmöglichkeiten Einkommenseinbußen hinnehmen mussten [8]. In Studien wurde entsprechend während der COVID-19-Pandemie für alleinerziehende Mütter eine deutlich höhere Gesamtbelastung gemessen als für Mütter in Partnerhaushalten [2, 5, 8–10].

Insgesamt sehen sich Alleinerziehende somit angesichts begrenzter sozialer, zeitlicher und finanzieller Ressourcen häufig mit besonderen Herausforderungen konfrontiert [5, 11], die sich in ihrer gesundheitlichen Lage widerspiegeln können.

Zahlreiche Studien belegen für Deutschland, dass insbesondere die psychische Gesundheit von alleinerziehenden Müttern [12–19] und Vätern [12, 14, 19] häufiger beeinträchtigt ist als die von in Partnerhaushalten lebenden Eltern. Für die Zeit der Pandemie gibt es nur wenige Studien, die die psychische Gesundheit von Alleinerziehenden im Vergleich zu

in Partnerschaft lebenden Eltern untersucht haben. So wurde bei Alleinerziehenden in der Zeit von März 2020 bis April 2021 eine höhere psychische Belastung [20] sowie im Frühjahr 2020 eine Zunahme der Erschöpfung gegenüber der Zeit vor der Pandemie [21] festgestellt. Ein bereits vor der Pandemie gemessener höherer Stresslevel und eine größere Einsamkeit bei Alleinerziehenden hatten auch in der Pandemie Bestand [21]. Bezüglich des Angstempfindens wurden zum Anfang der Pandemie keine signifikanten Unterschiede zwischen Alleinerziehenden und Eltern in Partnerschaft beobachtet [22].

Auch für die selbsteingeschätzte Gesundheit zeigen Studien, dass alleinerziehende Mütter [18, 23–25] eine schlechtere allgemeine Gesundheit berichten als Mütter in Partnerschaft. Für Väter fallen die Unterschiede nach Familienform nicht statistisch signifikant aus [14]. Für die Pandemiezeit weist die AOK-Familienstudie 2022 für alleinerziehende Eltern eine schlechtere allgemeine Gesundheit als für Eltern aus Partnerhaushalten aus [26].

Bei der körperlichen Gesundheit finden sich hingegen für die Zeit vor der Pandemie nur bei allgemeinen körperlichen Beschwerden [24, 27] sowie einzelnen Indikatoren – wie chronischen Rückenschmerzen [14, 18] oder Gelenkschmerzen [18] – Unterschiede zwischen den Familienformen.

Darüber hinaus rauchen alleinerziehende Mütter [14, 25, 28, 29] und Väter [14] häufiger als Eltern in Partnerschaft. Alleinerziehende Mütter zeigen zudem häufiger einen riskanten Alkoholkonsum [30] und sind seltener sportlich aktiv [14]; für die Väter fallen die Unterschiede nach Familienform hingegen nicht signifikant aus. Alleinerziehende berichten darüber hinaus häufiger, Beratungs- oder sonstige Unterstützungsangebote für Familien [31] sowie Psychotherapien [32] in Anspruch genommen zu haben. Bei der Inanspruchnahme anderer niedergelassener Facharztgruppen zeigen sich hingegen keine Unterschiede nach der Familienform [32]. Studien zum Gesundheitsverhalten von Alleinerziehenden während der Pandemie gibt es für Deutschland nicht.

Als mögliche Erklärungsmechanismen für eine oftmals schlechtere Gesundheit und ein teils weniger gesundheitsförderliches Verhalten von Alleinerziehenden werden Belastungen diskutiert, die sich aus sozioökonomisch ungünstigeren Lebensbedingungen und einer geringeren sozialen Unterstützung ergeben können [18, 33, 34]. Studien für Deutschland zeigen jedoch, dass sich stärkere gesundheitliche Beeinträchtigungen von Alleinerziehenden in Teilen, aber nicht gänzlich auf Unterschiede in der sozioökonomischen Lage und der sozialen Unterstützung zurückführen lassen [13, 14, 19, 25]. Studien verdeutlichen zudem, dass Alleinerziehende keine homogene Gruppe sind, sondern sich teils große Unterschiede in der Gesundheit in Abhängigkeit von der finanziellen Situation, dem Bildungsstand, dem Erwerbsstatus oder der sozialen Unterstützung zeigen [14, 18, 35–37].

Obwohl die COVID-19-Pandemie insbesondere bei Alleinerziehenden oftmals zu großen finanziellen und psychosozialen Belastungen geführt hat [2, 5, 8–10], wurde für Deutschland nur ansatzweise erforscht [20–22, 26], wie sich die gesundheitliche Lage von Alleinerziehenden unter den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der letzten Jahre darstellt. Die vorliegenden Studien beziehen sich im Wesentlichen auf die psychische Gesundheit und auf eng begrenzte Zeiträume in der Pandemie, basieren auf kleinen Fallzahlen von Alleinerziehenden und sind durch eine mangelnde Repräsentativität gekennzeichnet.

Dieser Beitrag hat daher das Ziel, die aktuelle gesundheitliche Situation von Alleinerziehenden (a) anhand unterschiedlicher Gesundheitsparameter mit hoher Public-Health-Relevanz in der Altersgruppe von 18 bis 59 Jahren (b) sowohl für alleinerziehende Mütter als auch alleinerziehende Väter und (c) unter Berücksichtigung der Diversität der sozialen Lebensbedingungen von Alleinerziehenden und in Partnerhaushalten lebenden Eltern zu analysieren.

Im Einzelnen geht der Beitrag folgenden Fragen nach:

1. Zeigen sich in Hinblick auf die soziale Lage sowie die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten Unterschiede zwischen alleinerziehenden Müttern/Vätern und in Partnerhaushalten lebenden Müttern/Vätern?
2. Lassen sich die Unterschiede in der Gesundheit und im Gesundheitsverhalten zwischen alleinerziehenden Müttern/Vätern und in Partnerhaushalten lebenden Müttern/Vätern durch Unterschiede im Einkommen, in der Bildung, im Erwerbsstatus oder in der sozialen Unterstützung erklären?
3. Variieren die Zusammenhänge zwischen der Familienform (alleinerziehend vs. im Partnerhaushalt lebend) und der Gesundheit bzw. dem Gesundheitsverhalten bei Müttern mit dem Einkommen, der Erwerbssituation und der sozialen Unterstützung?

2. Methode

2.1 Daten

Die Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) ist eine bundesweite Querschnittbefragung der in Deutschland lebenden Wohnbevölkerung im Alter ab 15 Jahren und wird seit 2008 regelmäßig vom Robert Koch-Institut im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt. Für die vorliegende Analyse wurden die Daten der Studien GEDA 2019/2020, GEDA 2021 und GEDA 2022/2023 gepoolt (Versionen vom 08.02.2024). Insgesamt stehen Daten für den Zeitraum von April 2019 bis November 2023 zur Verfügung (bis auf eine Erhebungspause von Januar bis Juni 2021).

Die GEDA-Studie wird als Telefonbefragung mit einem programmierten, vollständig strukturierten Fragebogen (Computer Assisted Telephone Interview, CATI) durchgeführt. Die Auswahl der Teilnehmenden erfolgt durch eine Zufallsstichprobe von Festnetz- und Mobilfunknummern (Dual-Frame-Methode) [38]. Die Grundgesamtheit umfasst die in Privathaushalten lebende Bevölkerung ab 15 Jahren, deren gewöhnlicher Aufenthaltsort zum Zeitpunkt der Datenerhebung in Deutschland liegt. Die Stichprobengrößen sowie die Rücklaufquoten für die einzelnen GEDA-Wellen sind Annex Tabelle 1 zu entnehmen. Insgesamt nahmen 90.671 Personen an den einbezogenen GEDA-Wellen teil. Eine ausführliche Beschreibung der Methodik der GEDA-Studie findet sich bei Allen et al. [39].

In die vorliegende Analyse gingen nur Personen ein, 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). Personen unter 18 Jahren und ab 60 Jahren wurden ausgeschlossen, da in diesen Altersgruppen der Anteil der Personen mit minderjährigen Kindern gering ist. Nach Plausibilitätsprüfungen der Altersangaben der Haushaltsmitglieder wurden 50 Befragte ausgeschlossen. Für die Altersgruppe 18 bis 59 Jahre liegen somit Daten von 7.999 Müttern und 6.402 Vätern vor. Von diesen sind 1.276 alleinerziehende Mütter und 339 alleinerziehende Väter.

2.2 Variablen

Outcome-Variablen

Der selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheitszustand wurde anhand der Frage „Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?“ erhoben. Die fünf Antwortkategorien wurden in sehr gut/gut (gut) und mittelmäßig/schlecht/sehr schlecht (nicht gut) gruppiert. Nachfolgend wird die Prävalenz eines als nicht gut eingeschätzten Gesundheitszustands berichtet.

Mit Blick auf eine chronische Erkrankung (ja/nein) wurde im Fragebogen den Teilnehmenden die Frage gestellt: „Haben Sie eine chronische Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem? Damit gemeint sind Krankheiten oder gesundheitliche Probleme, die mindestens 6 Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden.“

Das Vorliegen einer depressiven Symptomatik (ja/nein) innerhalb der letzten zwei Wochen wurde mit dem Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) als Selbstauskunft der Befragten erfasst. Die Frage lautete: „Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?“ Der PHQ-2 umfasst die ersten beiden Items des PHQ-9: „Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten“ und „Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit“. Die Antwortkategorien sind: überhaupt nicht (0), an einzelnen Tagen (1), an mehr als der Hälfte der Tage (2), beinahe jeden Tag (3). Für den Score wurden die Werte beider Items addiert. Somit liegt der PHQ-2-Gesamtwert zwischen 0 und 6. Liegt der Wert bei 3 oder höher, ist das Vorliegen einer depressiven Symptomatik wahrscheinlich [40].

Informationen zum Rauchen (ja/nein) wurden anhand der Frage „Rauchen Sie Tabakprodukte, einschließlich Tabakerhitzer? Bitte schließen Sie elektronische Zigaretten oder ähnliche Produkte aus.“ erhoben. Für die vorliegende Analyse wurden die Antwortkategorien „täglich“ und „gelegentlich“ (ja) sowie „nein, nicht mehr“ und „ich habe noch nie geraucht“ (nein) zusammengefasst.

Bezüglich der Inanspruchnahme professioneller Hilfe aufgrund von psychischen Belastungen wurde zum einen der selbsteingeschätzte Bedarf an professioneller Hilfe (ja/nein) berücksichtigt. Hierzu wurde den Teilnehmenden die Frage gestellt: „Hatten Sie in den letzten 12 Monaten jemals den Eindruck, Sie sollten aufgrund von Problemen mit Ihren Gefühlen bzw. nervlicher Belastung oder Alkohol- oder Drogenkonsum professionelle Hilfe in Anspruch nehmen?“ Zum anderen wurde die selbstberichtete Inanspruchnahme professioneller Hilfe (ja/nein) mittels der Frage „Haben Sie in den letzten 12 Monaten professionelle Hilfe in Anspruch genommen aufgrund von Problemen mit Ihren Gefühlen bzw. nervlicher Belastung oder Alkohol- oder Drogenkonsum?“ erfasst. Die beiden Variablen wurden erst ab Februar 2022 und nur in einer Teilstichprobe erhoben.

Prädiktor-Variable

Um alleinerziehende Mütter und Väter zu identifizieren, wird auf den Partnerstatus zurückgegriffen, der anzeigt, ob eine Partnerin oder ein Partner im selben Haushalt wie die befragte Person lebt (alleinerziehend vs. in Partnerhaushalt lebend). Es spielt dabei keine Rolle, ob neben der Partnerin oder dem Partner und minderjährigen Kindern weitere Personen (erwachsene Kinder, Eltern der befragten Person etc.) im Haushalt leben. Auch der Familienstand sowie das Geschlecht der Partnerin bzw. des Partners sind nicht von Bedeutung [vgl. 6].

Stratifizierungs-, Kontroll- und Mediatorvariablen

Als Stratifizierungsmerkmal ging das Geschlecht der Befragten (weiblich/männlich) in die Analyse ein. Hierzu wurde auf die Geschlechtsidentität zurückgegriffen, die mittels der Frage „Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?“ erhoben wurde. Aufgrund der geringen Fallzahl werden Angaben nichtbinärer Personen nicht ausgewiesen.

Adjustiert wurde für die Kontrollvariablen Alter (18–29 Jahre, 30–39 Jahre, 40–49 Jahre und 50–59 Jahre), Wohnregion (Westdeutschland, Ostdeutschland und Berlin), Geburtsland (Deutschland vs. nicht Deutschland) und Untersuchungsjahr. Daneben gingen die Anzahl der minderjährigen

Kinder im Haushalt (ein Kind, zwei Kinder sowie drei und mehr Kinder) und das Alter des jüngsten Kindes im Haushalt (0–6 Jahre, 7–10 Jahre und 11–17 Jahre) ein, da diese zwischen den Familienformen stark variieren [4].

Als Mediatorvariablen wurden Einkommen, Bildung, Erwerbsstatus und soziale Unterstützung berücksichtigt. Beim Einkommen wurde das Haushaltsäquivalenzeinkommen herangezogen, das Unterschiede in der Zusammensetzung des Haushalts berücksichtigt. Dieses wurde mittels des Medianeinkommens in 2021 in niedrig (< 60 %), mittel (60 % – < 150 %) und hoch (≥ 150 %) eingeteilt [41]. Bezüglich der Bildung der Befragten wurde der höchste formale Bildungsabschluss mittels der CASMIN-Klassifikation (Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations) den Gruppen niedrig, mittel und hoch zugewiesen [42]. Beim Erwerbsstatus wird zwischen Vollzeit, Teilzeit und nicht erwerbstätig (einschließlich Arbeitslosen, Studierenden, Rentnerinnen und Rentnern sowie Personen, die einen Freiwilligendienst oder Hausarbeit leisten) unterschieden. Die Zuordnung wurde von den Befragten selbst vorgenommen. Die soziale Unterstützung wurde mittels der Oslo 3 Item Social Support Scale gemessen [43], die eine Kategorisierung in geringe, mittlere und starke Unterstützung ermöglicht.

2.3 Statistische Analyse

Im ersten Schritt wurden für die sozialen Determinanten sowie die einzelnen Gesundheitsoutcomes nach Geschlecht stratifizierte Prävalenzen für alleinerziehende und in Partnerhaushalten lebende Mütter und Väter berechnet (Fragestellung 1). Zusätzlich wird der p-Wert des Chi^2-Tests berichtet.

Im zweiten Schritt wurden für alle Gesundheits-Outcomes Prevalence Ratios (PR) mittels Poisson-Regressionen unter Einbezug aller Kontrollvariablen (Modell 1) sowie der schrittweisen weiteren Hinzunahme der Mediatorvariablen ermittelt. Abschließend werden die PRs für die vollständig adjustierten Modelle berichtet. So wird ersichtlich, ob die in der deskriptiven Analyse gefundenen Unterschiede in der Gesundheit und im Gesundheitsverhalten zwischen alleinerziehenden und in Partnerhaushalten lebenden Müttern und Vätern auch nach Berücksichtigung soziodemografischer und sozialer Determinanten signifikant sind (Fragestellung 2).

Im dritten Schritt wurden für die Mütter mittels Poisson-Regressionen (Modell 1: adjustiert für die Kontrollvariablen) mit Interaktionstermen aus (a) Partnerstatus und Einkommen, (b) Partnerstatus und Erwerbsstatus und (c) Partnerstatus und sozialer Unterstützung Predicitive Margins und vorhergesagte Wahrscheinlichkeiten berechnet. Die vorhergesagten Wahrscheinlichkeiten, die als adjustierte Prävalenzen zu interpretieren sind, werden grafisch dargestellt (Fragestellung 3). Als Outcome-Variablen wurden in diesen Analyseschritt die selbsteingeschätzte Gesundheit, die depressive Symptomatik, Rauchen und die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe aufgrund psychischer Probleme einbezogen.

In die multivariaten Modellierungen gingen nur Fälle ein, für die vollständige Angaben zu den Kontroll- und Mediatorvariablen vorliegen.

Als statistisch signifikant gelten p-Werte kleiner als 0,05. Darüber hinaus werden die 95 %-Konfidenzintervalle berichtet. Alle Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur bezüglich Alter, Geschlecht, Bildung und Bundesland korrigiert [39]. Aufgrund der modulweisen Erhebung in GEDA 2022/2023 wurden für diese Wellen zwei Gewichtungsfaktoren berechnet. Ein Gewichtungsfaktor ist für Variablen, die in der Kernbefragung und damit in jedem Modul erhoben wurden, und ein zweiter Gewichtungsfaktor ist für Berechnungen mit Variablen aus einzelnen Modulen, die nicht fortlaufend in GEDA 2022/2023 erhoben wurden, bestimmt. Die Detailtiefe der Anpassungsgewichtung unterscheidet sich in den einzelnen GEDA-Erhebungswellen aufgrund des unterschiedlichen Stichprobenumfangs. Bei GEDA 2022/2023 kann die Anpassung an die Bevölkerung nur grob erfolgen. Altersgruppen und Bundesländer wurden entsprechend zusammengefasst, um eine Mindestanzahl an Teilnehmenden pro Gewichtungszelle zu erreichen. Die Analysen wurden mit der Statistiksoftware StataSE 17 (StataCorp, College Station, TX, USA) berechnet.

Die Beschreibung der Stichprobe findet sich in Annex Tabelle 2.

3. Ergebnisse

In den GEDA-Studien der Jahre 2019 bis 2023 geben 18,0 % der Mütter und 5,5 % der Väter an, alleinerziehend zu sein. Die soziale und ökonomische Lebenssituation von alleinerziehenden und in Partnerhaushalten lebenden Müttern und Vätern unterscheidet sich signifikant (Fragestellung 1, Tabelle 1). Sowohl bei alleinerziehenden Müttern als auch bei alleinerziehenden Vätern lebt häufiger nur ein minderjähriges Kind im Haushalt; außerdem ist das jüngste Kind bei Alleinerziehenden älter als bei in Partnerhaushalten lebenden Eltern. Alleinerziehende Mütter und Väter haben monatlich ein geringeres Haushaltseinkommen zur Verfügung und fühlen sich weniger stark sozial unterstützt als in Partnerhaushalten lebende Mütter und Väter. Alleinerziehende Mütter haben zudem häufiger einen niedrigen Bildungsabschluss und sind häufiger in Vollzeit erwerbstätig als Mütter in Paarhaushalten, während alleinerziehende Väter seltener in Vollzeit arbeiten als Väter in Partnerhaushalten. Bei der Bildung zeigen sich bei den Vätern keine Unterschiede zwischen den Familienformen.

Tabelle 1: Soziale Lage von alleinerziehenden und in Partnerhaushalten lebenden Müttern und Vätern (n = 7.861 Frauen, 6.262 Männer). Quelle: GEDA 2019/2020, GEDA 2021, GEDA 2022/2023 (gepoolt)

	Mütter			Väter		
	Alleinerziehend	In Partnerhaushalt lebend	p-Wert	Alleinerziehend	In Partnerhaushalt lebend	p-Wert
	n = 1.276	n = 6.723		n = 339	n = 6.063	
	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)		% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	
Insgesamt	**18,0 (16,7 – 19,3)**	**82,0 (80,7 – 83,3)**		**5,5 (4,7 – 6,4)**	**94,5 (93,6 – 95,3)**	
Anzahl der Kinder			< 0,001			< 0,001
Ein Kind	59,9 (55,9 – 63,9)	44,2 (42,5 – 45,9)		67,8 (60,3 – 74,5)	46,1 (44,2 – 47,9)	
Zwei Kinder	32,5 (28,8 – 36,3)	40,7 (39,1 – 42,3)		26,4 (20,5 – 33,4)	40,3 (38,5 – 42,1)	
≥ Drei Kinder	7,6 (5,6 – 10,3)	15,2 (13,9 – 16,5)		5,8 (3,0 – 10,7)	13,6 (12,4 – 15,0)	
Alter des jüngsten Kindes			< 0,001			< 0,001
0 – 6 Jahre	30,2 (26,4 – 34,3)	50,1 (48,4 – 51,8)		23,6 (17,2 – 31,6)	51,0 (49,2 – 52,9)	
7 – 10 Jahre	24,9 (21,6 – 28,6)	19,7 (18,4 – 21,0)		25,8 (19,9 – 32,9)	20,3 (18,9 – 21,8)	
11 – 17 Jahre	44,9 (41,0 – 48,9)	30,2 (28,8 – 31,7)		50,5 (42,4 – 58,6)	28,6 (27,0 – 30,3)	
Einkommen			< 0,001			< 0,001
Niedrig	35,3 (31,3 – 39,5)	15,0 (13,6 – 16,4)		22,6 (15,8 – 31,2)	12,0 (10,7 – 13,5)	
Mittel	60,5 (56,3 – 64,5)	70,4 (68,9 – 71,9)		65,0 (56,8 – 72,4)	67,8 (66,1 – 69,5)	
Hoch	4,2 (3,1 – 5,6)	14,6 (13,7 – 15,6)		12,5 (9,2 – 16,7)	20,1 (18,9 – 21,5)	
Bildung			< 0,001			0,105
Niedrig	21,1 (17,5 – 25,3)	11,9 (10,5 – 13,4)		23,5 (16,3 – 32,7)	17,5 (15,8 – 19,4)	
Mittel	64,6 (60,6 – 68,4)	60,7 (59,1 – 62,3)		52,4 (44,3 – 60,4)	52,1 (50,2 – 53,9)	
Hoch	14,3 (12,6 – 16,1)	27,4 (26,2 – 28,6)		24,0 (19,4 – 29,4)	30,4 (29,1 – 31,8)	
Erwerbsstatus			< 0,001			< 0,001
Nicht erwerbstätig	23,0 (19,3 – 27,1)	21,4 (19,9 – 22,9)		12,9 (7,3 – 21,6)	5,6 (4,6 – 6,7)	
Teilzeit	46,8 (42,8 – 50,8)	56,9 (55,2 – 58,6)		11,1 (6,5 – 18,2)	6,2 (5,4 – 7,2)	
Vollzeit	30,2 (26,8 – 33,8)	21,7 (20,4 – 23,1)		76,0 (67,0 – 83,2)	88,2 (86,8 – 89,5)	
Soziale Unterstützung			< 0,001			0,001
Gering	17,9 (14,8 – 21,6)	9,7 (8,6 – 11,0)		23,8 (16,4 – 33,3)	8,6 (7,5 – 9,9)	
Mittel	45,3 (41,3 – 49,5)	41,0 (39,4 – 42,7)		43,5 (35,6 – 51,7)	44,4 (42,5 – 46,2)	
Stark	36,7 (32,9 – 40,7)	49,3 (47,6 – 51,0)		32,7 (25,8 – 40,4)	47,0 (45,1 – 48,8)	

95 %-KI = 95 %-Konfidenzintervall

Sowohl für alleinerziehende Mütter als auch für alleinerziehende Väter finden sich bei allen Gesundheitsindikatoren signifikant höhere Prävalenzen als für in Partnerhaushalten lebende Mütter und Väter (Fragestellung 1, Tabelle 2).

In den Poisson-Regressionen zeigen sich auch bei Kontrolle für Alter, Wohnregion, Geburtsland, Untersuchungsjahr, Anzahl der Kinder und Alter des jüngsten Kindes (Modell 1) sowohl bei Müttern (Tabelle 3) als auch bei Vätern (Tabelle 4) bei allen Outcomes signifikant höhere Prevalence

Tabelle 2: Gesundheit und Gesundheitsverhalten von alleinerziehenden und in Partnerhaushalten lebenden Müttern und Vätern (gewichtete Prävalenzen in %). Quelle: GEDA 2019/2020, GEDA 2021, GEDA 2022/2023 (gepoolt)

	Mütter				Väter			
		Alleinerziehend	In Partnerhaushalt lebend			Alleinerziehend	In Partnerhaushalt lebend	
	n	Prävalenz (95 %-KI)	Prävalenz (95 %-KI)	p-Wert	n	Prävalenz (95 %-KI)	Prävalenz (95 %-KI)	p-Wert
Selbsteingeschätzte Gesundheit (mittelmäßig bis sehr schlecht)	7.998	29,7 (26,1–33,6)	17,5 (16,1–18,9)	<0,001	6.402	32,5 (24,6–41,5)	14,7 (13,3–16,1)	<0,001
Chronische Krankheit	7.987	47,0 (43,0–51,0)	39,9 (38,2–41,6)	0,001	6.394	48,2 (40,1–56,4)	33,0 (31,2–34,7)	<0,001
Depressive Symptomatik	7.936	19,6 (16,5–23,2)	9,8 (8,8–11,0)	<0,001	6.367	22,5 (15,8–31,0)	10,5 (9,3–11,9)	<0,001
Rauchen	6.661	43,7 (39,3–48,3)	22,0 (20,4–23,7)	<0,001	5.243	44,4 (35,6–53,4)	31,8 (29,8–33,9)	0,005
Selbsteingeschätzter Bedarf an professioneller Hilfe	2.005	32,6 (25,8–40,1)	22,4 (19,7–25,4)	0,006	1.692	27,7 (16,6–42,4)	13,2 (10,7–16,2)	0,007
Selbstberichtete Inanspruchnahme professioneller Hilfe	2.006	25,9 (19,9–33,0)	12,7 (10,7–15,1)	<0,001	1.692	24,5 (13,2–40,8)	7,8 (5,9–10,4)	<0,001

95 %-KI = 95 %-Konfidenzintervall

Ratios (PRs) für Alleinerziehende als für in Partnerhaushalten Lebende.

Alleinerziehende berichten häufiger gesundheitliche Beeinträchtigungen als Eltern in Partnerhaushalten.

In den nachfolgenden Modellen wurde zusätzlich zu den Kontrollvariablen jeweils eine Mediatorvariable einbezogen, um zu prüfen, ob die in Modell 1 gefundenen Unterschiede bei Adjustierung für die Mediatorvariablen bestehen bleiben (Fragestellung 2).

Bei der selbsteingeschätzten Gesundheit, chronischen Krankheiten sowie einer depressiven Symptomatik ist bei Müttern der stärkste Rückgang der PRs bei Adjustierung für das Einkommen festzustellen. Aber auch die Adjustierung für Bildung und soziale Unterstützung geht bei den Müttern mit einer Reduzierung der PRs einher. Bei den Vätern ist bei diesen drei Outcomes beim Einbezug der sozialen Unterstützung sowie des Erwerbsstatus der stärkste Rückgang der PRs zu verzeichnen, gefolgt vom Einkommen.

Einkommen, Bildung, Erwerbstätigkeit und soziale Unterstützung variieren zwischen den Familienformen, sie können Unterschiede in der Gesundheit zum Teil, aber nicht gänzlich erklären.

Beim Rauchen führt sowohl bei Müttern als auch Vätern der Einbezug der Bildung und des Einkommens zu einem Rückgang der PRs für die Alleinerziehenden.

In Hinblick auf den Bedarf und die Inanspruchnahme professioneller Hilfe ist bei Müttern bei Adjustierung für die soziale Unterstützung und bei Vätern für die soziale Unterstützung und den Erwerbstatus eine Verringerung der PRs zu verzeichnen.

Aber auch nach Einbezug aller Kontroll- und Mediatorvariablen finden sich bei Müttern und Vätern für alle Outcomes – mit Ausnahme einer chronischen Krankheit – signifikant höhere PRs für die Alleinerziehenden. Die in den unadjustierten Prävalenzen zum Ausdruck kommenden Unterschiede lassen sich somit in Teilen, aber nicht gänzlich auf die unterschiedliche soziale Zusammensetzung der Gruppen der alleinerziehenden und in Partnerhaushalten lebenden Mütter und Väter zurückführen. Nur bei chronischen Krankheiten lassen sich die gefundenen Unterschiede gänzlich durch die sozialen Determinanten erklären.

Mit Blick auf Fragestellung 3, ob die Zusammenhänge zwischen Familienform und gesundheitlicher Lage mit dem Einkommen, der Erwerbssituation oder der sozialen Unterstützung variieren (Abbildung 1), zeigt sich für die selbst eingeschätzte Gesundheit sowie die depressive Symptomatik, dass der Einkommensgradient bei den Alleinerziehenden stärker ausgeprägt ist als bei den in Partnerhaushalten Lebenden. Die höchsten adjustierten Prävalenzen für eine als nicht gut eingeschätzte Gesundheit sowie eine depressive Symptomatik finden sich bei Alleinerziehenden der niedrigen Einkommensgruppe. Mütter der hohen Einkommensgruppe weisen seltener eine nicht gute allgemeine Gesundheit oder eine depressive Symptomatik auf als Mütter der niedrigen Einkommensgruppe und zwar unabhängig vom Partnerstatus.

Tabelle 3: Gesundheit und Gesundheitsverhalten von alleinerziehenden Müttern im Vergleich zu in Partnerhaushalten lebenden Müttern (Prevalence Ratios, Poisson-Regressionen, alle Modelle adjustiert für Alter, Wohnregion, Geburtsland, Untersuchungsjahr, Anzahl der Kinder und Alter des jüngsten Kindes). Quelle: GEDA 2019/2020, GEDA 2021, GEDA 2022/2023 (gepoolt)

		Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 5	Modell 6
	n		Modell 1 + Einkommen	Modell 1 + Bildung	Modell 1 + Erwerbsstatus	Modell 1 + Soziale Unterstützung	Vollständig adjustiertes Modell
		PR (95 %-KI)	PR (95 %-KI)	PR (95 %-KI)	PR (95 %-KI)	PR (95 %-KI)	PR (95 %-KI)
Selbsteingeschätzte Gesundheit (mittelmäßig bis sehr schlecht)	7.823	**1,59** (1,36 – 1,85)	**1,38** (1,18 – 1,61)	**1,45** (1,24 – 1,69)	**1,52** (1,31 – 1,77)	**1,45** (1,23 – 1,69)	**1,27** (1,09 – 1,48)
Chronische Krankheit	7.813	**1,15** (1,04 – 1,26)	1,10 (0,99 – 1,21)	**1,12** (1,01 – 1,23)	**1,14** (1,03 – 1,25)	**1,11** (1,01 – 1,23)	1,08 (0,98 – 1,19)
Depressive Symptomatik	7.767	**1,95** (1,58 – 2,40)	**1,64** (1,32 – 2,04)	**1,76** (1,42 – 2,19)	**1,85** (1,50 – 2,29)	**1,74** (1,40 – 2,16)	**1,49** (1,19 – 1,86)
Rauchen	6.511	**1,81** (1,59 – 2,07)	**1,70** (1,48 – 1,95)	**1,62** (1,42 – 1,86)	**1,79** (1,57 – 2,05)	**1,77** (1,55 – 2,03)	**1,56** (1,36 – 1,80)
Selbsteingeschätzter Bedarf an professioneller Hilfe	1.970	**1,50** (1,15 – 1,96)	**1,47** (1,12 – 1,93)	**1,53** (1,17 – 1,99)	**1,49** (1,15 – 1,94)	**1,42** (1,11 – 1,83)	**1,46** (1,13 – 1,89)
Selbstberichtete Inanspruchnahme professioneller Hilfe	1.971	**1,98** (1,42 – 2,77)	**1,98** (1,40 – 2,80)	**2,00** (1,43 – 2,80)	**1,94** (1,41 – 2,66)	**1,89** (1,38 – 2,59)	**1,94** (1,40 – 2,69)

PR = Prevalence Ratio, 95 %-KI = 95 %-Konfidenzintervall, Fettdruck = p-Wert < 0,05
Referenzgruppe (PR = 1): In Partnerschaft lebende Mütter

Tabelle 4: Gesundheit und Gesundheitsverhalten von alleinerziehenden Vätern im Vergleich zu in Partnerhaushalten lebenden Vätern (Prevalence Ratios, Poisson-Regressionen, alle Modelle adjustiert für Alter, Wohnregion, Geburtsland, Untersuchungsjahr, Anzahl der Kinder und Alter des jüngsten Kindes). Quelle: GEDA 2019/2020, GEDA 2021, GEDA 2022/2023 (gepoolt)

		Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 5	Modell 6
	N		Modell 1 + Einkommen	Modell 1 + Bildung	Modell 1 + Erwerbsstatus	Modell 1 + Soziale Unterstützung	Vollständig adjustiertes Modell
		PR (95 %-KI)	PR (95 %-KI)	PR (95 %-KI)	PR (95 %-KI)	PR (95 %-KI)	PR (95 %-KI)
Selbsteingeschätzte Gesundheit (mittelmäßig bis sehr schlecht)	6.235	**1,99** (1,51 – 2,62)	**1,75** (1,34 – 2,28)	**1,87** (1,45 – 2,42)	**1,70** (1,31 – 2,21)	**1,70** (1,29 – 2,23)	**1,44** (1,12 – 1,84)
Chronische Erkrankung	6.228	**1,34** (1,11 – 1,62)	**1,30** (1,08 – 1,57)	**1,33** (1,10 – 1,61)	**1,25** (1,05 – 1,49)	**1,27** (1,05 – 1,53)	1,20 (1,00 – 1,43)
Depressive Symptomatik	6.207	**2,31** (1,60 – 3,35)	**2,01** (1,41 – 2,86)	**2,16** (1,50 – 3,11)	**1,95** (1,33 – 2,84)	**1,88** (1,28 – 2,77)	**1,56** (1,07 – 2,27)
Rauchen	5.102	**1,52** (1,24 – 1,87)	**1,37** (1,12 – 1,69)	**1,39** (1,14 – 1,70)	**1,46** (1,19 – 1,79)	**1,46** (1,18 – 1,80)	**1,30** (1,06 – 1,59)
Selbsteingeschätzter Bedarf an professioneller Hilfe	1.639	**2,23** (1,29 – 3,85)	**2,14** (1,25 – 3,68)	**2,22** (1,29 – 3,84)	**1,96** (1,04 – 3,68)	**2,08** (1,19 – 3,64)	**1,85** (1,00 – 3,42)
Selbstberichtete Inanspruchnahme professioneller Hilfe	1.639	**2,74** (1,40 – 5,37)	**2,67** (1,36 – 5,25)	**2,74** (1,39 – 5,41)	**2,37** (1,26 – 4,46)	**2,51** (1,36 – 4,63)	**2,23** (1,18 – 4,21)

PR = Prevalence Ratio, 95 %-KI = 95 %-Konfidenzintervall, Fettdruck = p-Wert < 0,05
Referenzgruppe (PR = 1): In Partnerschaft lebende Väter

Beim Erwerbsstatus finden sich die höchsten adjustierten Prävalenzen für eine als nicht gut eingeschätzte Gesundheit sowie eine depressive Symptomatik in der Gruppe der nicht erwerbstätigen Mütter. Das trifft sowohl für die alleinerziehenden als auch die in Partnerschaft lebenden Mütter zu. In der Gruppe der Nichterwerbstätigen sind die adjustierten Prävalenzen für beide Gesundheitsoutcomes bei den alleinerziehenden Müttern höher als bei in Partnerhaushalten lebenden Müttern. In der Gruppe der Vollzeit erwerbstätigen Mütter unterscheiden sich die adjustierten Prävalenzen für beide Familienformen nicht signifikant. Die adjustierten Prävalenzen für die Teilzeit erwerbstätigen Mütter unterscheiden sich innerhalb der Familienformen nicht von den adjustierten Prävalenzen der Vollzeit erwerbstätigen Mütter. Schaut man hingegen nur auf die Teilzeit erwerbstätigen Mütter, sind die adjustierten Prävalenzen bei den Alleinerziehenden höher als bei den Müttern aus Paarhaushalten.

Die Gesundheit alleinerziehender Mütter variiert teils stärker mit Einkommen, Erwerbsstatus und sozialer Unterstützung als die von Müttern aus Paarhaushalten.

Bei der sozialen Unterstützung finden sich weder innerhalb der Gruppe der Mütter mit geringer sozialer Unterstützung noch innerhalb der Gruppe der Mütter mit starker Unterstützung Unterschiede in den adjustierten Prävalenzen nach Familienform. Die adjustierten Prävalenzen liegen bei beiden Familienformen bei geringer sozialer Unterstützung über denen bei starker sozialer Unterstützung. In der Gruppe mit mittlerer sozialer Unterstützung zeigen sich hingegen größere Unterschiede in den adjustierten Prävalenzen nach Familienform. Alleinerziehende Mütter haben bei einer mittleren sozialen Unterstützung häufiger eine nicht gute allgemeine Gesundheit oder eine depressive Symptomatik.

Beim Rauchen zeigt sich bei den Alleinerziehenden keine Varianz in den adjustierten Prävalenzen nach Einkommen, Erwerbsstatus oder sozialer Unterstützung. Die adjustierten Prävalenzen liegen in allen Subgruppen bei ca. 40 %. Bei den in Partnerhaushalten lebenden Müttern variieren die adjustierten Prävalenzen hingegen in unterschiedlicher Weise mit dem Einkommen, dem Erwerbsstatus und der sozialen Unterstützung. Bei Stratifizierung nach dem Bildungsabschluss der Mütter (Annex Abbildung 1) finden sich hingegen auch bei den Alleinerziehenden deutliche Unterschiede in den adjustierten Prävalenzen für das Rauchen. Auffällig ist bei den Alleinerziehenden, dass sowohl in der niedrigen

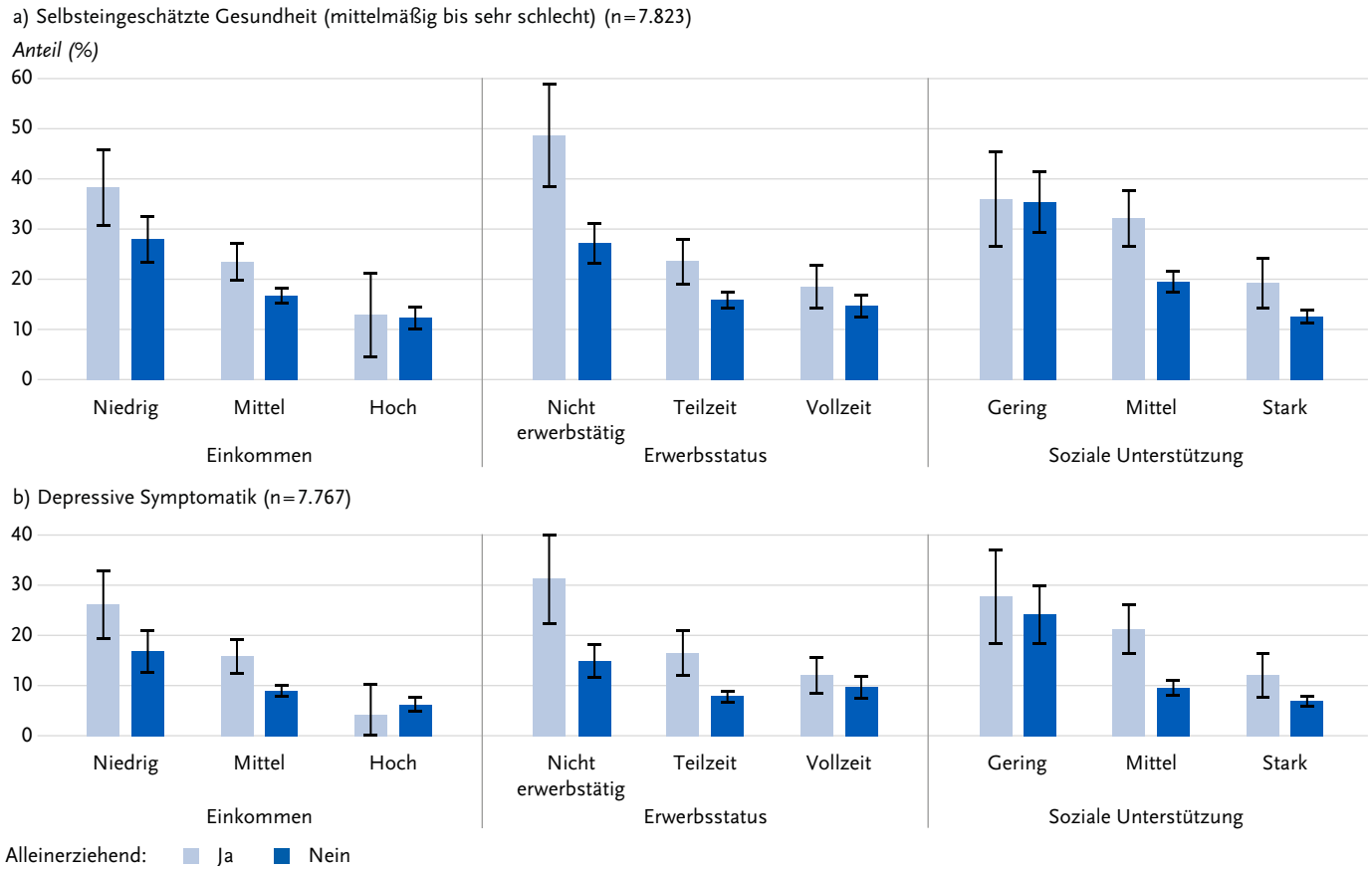


Abbildung 1: Gesundheit und Gesundheitsverhalten von alleinerziehenden Müttern im Vergleich zu in Partnerhaushalten lebenden Müttern, stratifiziert nach Einkommen, Erwerbsstatus und sozialer Unterstützung (vorhergesagte Wahrscheinlichkeiten in %, 95%-Konfidenzintervalle, Poisson-Regressionen mit Interaktionen zum Partnerstatus, alle Modelle adjustiert für Alter, Wohnregion, Geburtsland, Untersuchungsjahr, Anzahl der Kinder und Alter des jüngsten Kindes). Quelle: GEDA 2019/2020, GEDA 2021, GEDA 2022/2023 (gepoolt)

▾ Fortsetzung nächste Seite ▾

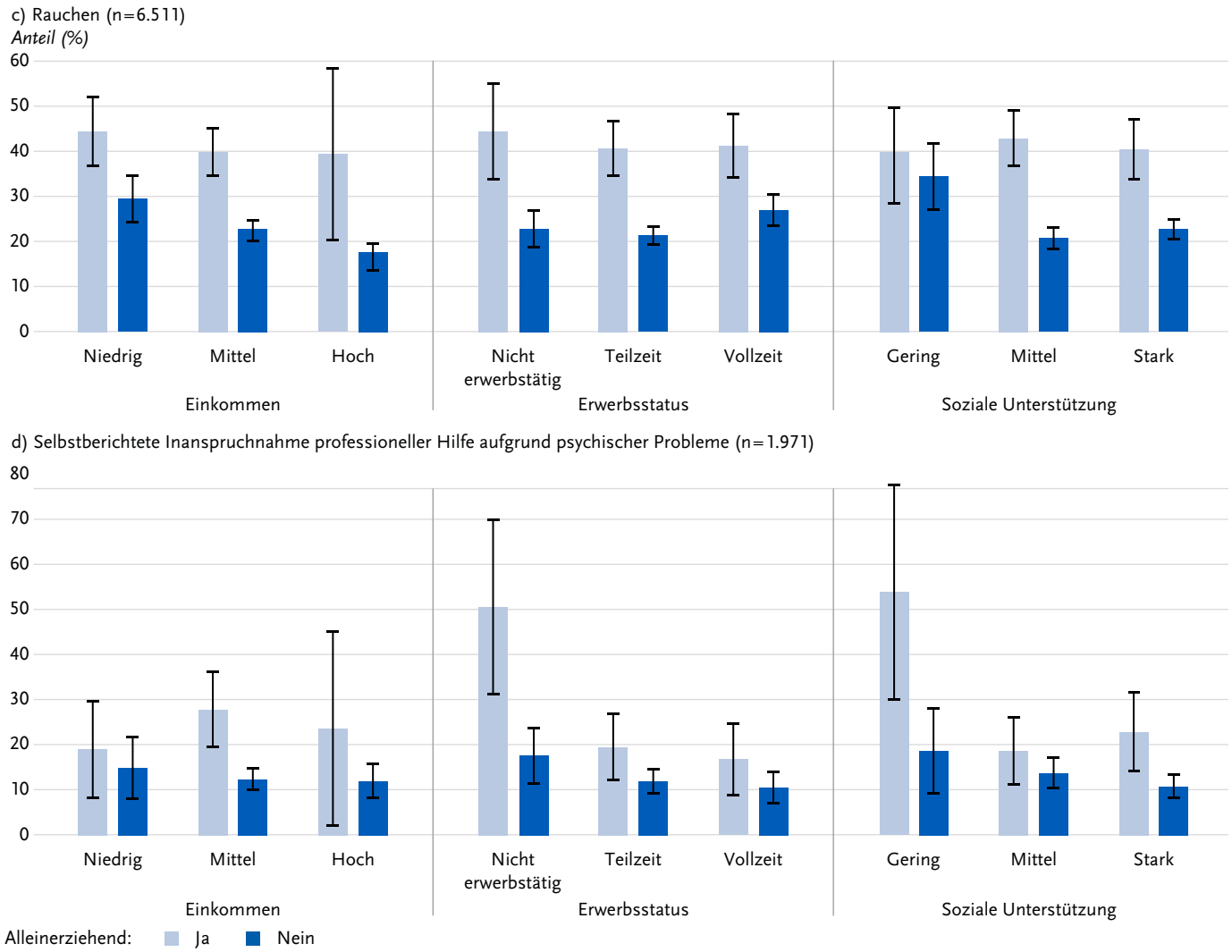


Abbildung 1 (Fortsetzung): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von alleinerziehenden Müttern im Vergleich zu in Partnerhaushalten lebenden Müttern, stratifiziert nach Einkommen, Erwerbsstatus und sozialer Unterstützung (vorhergesagte Wahrscheinlichkeiten in %, 95%-Konfidenzintervalle, Poisson-Regressionen mit Interaktionen zum Partnerstatus, alle Modelle adjustiert für Alter, Wohnregion, Geburtsland, Untersuchungsjahr, Anzahl der Kinder und Alter des jüngsten Kindes). Quelle: GEDA 2019/2020, GEDA 2021, GEDA 2022/2023 (gepoolt)

als auch der mittleren Bildungsgruppe die adjustierten Prävalenzen mehr als doppelt so hoch ausfallen wie in der hohen Bildungsgruppe.

Bei der selbstberichteten Inanspruchnahme professioneller Hilfe aufgrund psychischer Probleme zeigen sich kaum Einkommensunterschiede. Nur in der mittleren Einkommensgruppe ist die Inanspruchnahme bei den alleinerziehenden Müttern höher als bei Müttern aus Partnerhaushalten. Professionelle Hilfe aufgrund psychischer Probleme wird insbesondere von Alleinerziehenden in Anspruch genommen, die nicht erwerbstätig sind oder nur eine geringe soziale Unterstützung erhalten; die Inanspruchnahmequote liegt bei ihnen um die 50 %.

4. Diskussion

4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse und Abgleich mit dem Forschungsstand

Die vorliegende Analyse ergibt sowohl für alleinerziehende Mütter als auch alleinerziehende Väter im Vergleich zu Eltern in Paarhaushalten signifikant höhere Prävalenzen in Bezug auf eine als nicht gut eingeschätzte allgemeine Gesundheit, chronische Krankheiten, eine depressive Symptomatik, den Tabakkonsum sowie den selbsteingeschätzten Bedarf an und die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe aufgrund psychischer Probleme.

Insgesamt decken sich die hier beschriebenen häufigeren gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Alleinerziehenden in den Jahren 2019 bis 2023 zu großen Teilen mit nationalen und internationalen Forschungsergebnissen zu unterschiedlichen Zeitpunkten.

So zeigen mehrere Studien, dass alleinerziehende Mütter ihre allgemeine Gesundheit im Vergleich zu Müttern in Part-

nerhaushalten häufiger als nicht gut einschätzen [14, 23, 26, 44]. Sperlich et al. [23] stellen für eine nicht gute allgemeine Gesundheit in den Jahren zwischen 1994 und 2018 eine Vergrößerung der Unterschiede zwischen alleinerziehenden und in Paarhaushalten lebenden Müttern fest. In der Tendenz findet sich eine Vergrößerung der Unterschiede in den Prävalenzen zwischen alleinerziehenden und in Partnerhaushalt lebenden Eltern auch im Vergleich der Ergebnisse der GEDA-Studien 2009–2012 [14] und 2019–2023. Die Differenz zwischen den Prävalenzen der beiden Familienformen beträgt bei den Müttern 2009–2012 8,5 % und 2019–2023 12,2 %. Bei den Vätern ergibt sich 2009–2012 eine Differenz der Prävalenzen von 5,9 % und 2019–2023 von 17,8 %. Ob die Vergrößerung der Unterschiede statistisch signifikant ist, wurde allerdings in diesem Beitrag nicht überprüft.

In Hinblick auf die beobachtete häufigere depressive Symptomatik bei alleinerziehenden Müttern und Vätern finden sich auch in anderen Studien stärkere Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit [13, 14, 45, 46]. Allerdings kommen in den Studien unterschiedliche Indikatoren und Instrumente zur Messung der psychischen Gesundheit zum Einsatz, sodass die Prävalenzen nicht direkt vergleichbar sind. Gleiches gilt für die Ergebnisse der GEDA-Studien 2009–2012, die auf Angaben der Befragten zu ärztlich oder psychotherapeutisch diagnostizierten Depressionen beruhen [14]. Aber sowohl in GEDA 2009–2012 als auch in GEDA 2019–2023 sind die Prävalenzen für eine ärztlich diagnostizierte Depression in den letzten zwölf Monaten bzw. eine depressive Symptomatik in den letzten zwei Wochen bei alleinerziehenden Müttern und Vätern doppelt so hoch wie in der Vergleichsgruppe.

Studien zum Rauchverhalten bestätigen ebenfalls die hier beobachteten deutlich höheren Prävalenzen bei alleinerziehenden Müttern [14, 28, 29] und Vätern [14].

Die Ergebnisse zur höheren Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei psychischen Problemen durch alleinerziehende Mütter und Väter stehen in Einklang mit ähnlichen Befunden wie beispielsweise einer höheren Inanspruchnahme von Psychotherapien durch alleinerziehende Mütter [32] und von Beratungs- oder sonstigen Unterstützungsangeboten für Familien [31].

Im zweiten Schritt wurde in der vorliegenden Analyse der Frage nachgegangen, ob die gefundenen Unterschiede in den Prävalenzen auf das Alleinerziehen oder auf Unterschiede in der Zusammensetzung beider Elterngruppen hinsichtlich demografischer und sozialer Determinanten zurückzuführen sind. Bei den Müttern verringern sich die Effekte der Familienform bei der selbsteingeschätzten Gesundheit, chronischen Krankheiten, einer depressiven Symptomatik und dem Rauchen insbesondere bei Berücksichtigung des Einkommens, aber auch der Bildung und der sozialen Unterstützung. Unterschiede im Erwerbsstatus können die höheren Prävalenzen von alleinerziehenden Müttern bei den genannten Outcomes nicht erklären. Bei den Vätern ist hingegen ein Rückgang der Effekte des Alleinerziehens insbesondere bei Einbezug des Erwerbsstatus, aber auch der sozialen Unterstützung und in etwas schwächerer Form des Einkommens festzustellen. Bildung ist bei ihnen kein Mediator – außer beim Rauchen. Mit Blick auf den Bedarf und die Inanspruchnahme von professionellen Hilfsangeboten bei psychischen Problemen kommt Unterschieden in der sozialen Unterstützung eine wichtige Rolle zu. Insgesamt lassen sich die häufigeren gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei Alleinerziehenden somit in Teilen, aber nicht in Gänze auf eine stärker sozial benachteiligte Lage zurückführen [13, 14, 19, 25].

Allerdings konnte in der vorliegenden Analyse nur ein kleiner Teil möglicher Erklärungsfaktoren berücksichtigt werden. Nicht kontrolliert wurde für unterschiedliche Formen von Belastungen und Stress, die bei Alleinerziehenden durch die oftmals alleinige Verantwortung für die Betreuung und Erziehung der Kinder, die Doppelbelastung aus Familie und Beruf sowie fehlende soziale und zeitliche Ressourcen häufiger auftreten [11]; dies gilt insbesondere für die Zeit der Pandemie [10]. Auch vorangegangener oder aktueller Stress aufgrund von Konflikten mit der ehemaligen Partnerin oder dem ehemaligen Partner könnten in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen [47]. Da subjektiv empfundene Belastungen in der GEDA-Studie nicht erhoben wurden, konnten diese nicht in die Analyse einbezogen werden. In Studien, in denen subjektiv wahrgenommene Belastungen und Unzufriedenheiten mit der finanziellen Situation oder der vorhandenen sozialen Unterstützung berücksichtigt wurden, konnten gesundheitliche Unterschiede zwischen Alleinerziehenden und in Partnerhaushalten lebenden Eltern teils gänzlich durch diese Faktoren erklärt werden [13, 48, 49].

Neben diesen kausalen Effekten können aber auch Selektionseffekte eine Rolle spielen. So ist denkbar, dass schwere und beeinträchtigende chronische oder psychische Erkrankungen bei Müttern und Vätern Stress und Paarkonflikte verursachen oder verstärken können, die dann eine Trennung und damit das Alleinerziehen zur Folge haben können [50, 51]. Längerfristig bestehende Partnerschaftskonflikte vor der Trennung können sogar stärkere Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit der Familienmitglieder haben als die Trennung oder Scheidung an sich [50]. Allerdings kann eine Längsschnittstudie für Deutschland zeigen, dass die subjektive Gesundheit über die Dauer des Alleinerziehens kontinuierlich sinkt [18]. Daraus wird gefolgert, dass weniger eine schlechte Gesundheit zur Trennung, sondern vielmehr das Alleinerziehen zu einer schlechteren Gesundheit führt [18].

Der höhere Bedarf sowie die höhere Inanspruchnahme professioneller Hilfe aufgrund von psychischen Problemen lassen sich vermutlich durch höhere Prävalenzen für unter-

schiedliche psychische Beeinträchtigungen erklären, obgleich diese Hypothese in der vorliegenden Analyse nicht überprüft wurde.

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass die verschiedenen skizzierten Erklärungsmechanismen ineinandergreifen [18] und bei den verschiedenen Gesundheitsindikatoren unterschiedlich stark zum Tragen kommen. Hierzu bedarf es weitergehender Forschung mit Längsschnittdaten.

Eine weniger gute allgemeine Gesundheit sowie eine depressive Symptomatik finden sich insbesondere bei nicht erwerbstätigen oder armutsgefährdeten alleinerziehenden Müttern und bei jenen mit geringer sozialer Unterstützung.

Im letzten Schritt wurde für Mütter analysiert, ob die Zusammenhänge zwischen Partnerstatus und Gesundheit mit dem Einkommen, dem Erwerbsstatus und der sozialen Unterstützung variieren. Bei alleinerziehenden Müttern zeigen sich bei der selbsteingeschätzten und psychischen Gesundheit sowie der Inanspruchnahme professioneller Hilfe aufgrund psychischer Probleme teils große Unterschiede nach Einkommen, Erwerbsstatus und sozialer Unterstützung. Die Gesundheit alleinerziehender Mütter variiert teils stärker mit den genannten sozialen Determinanten als dies bei in Partnerhaushalten lebenden Müttern der Fall ist. Alleinerziehende mit hohem Einkommen, Vollzeiterwerbstätigkeit und starker sozialer Unterstützung weisen hinsichtlich der drei Gesundheitsoutcomes nahezu keinerlei Unterschiede zu Müttern in Partnerschaft auf. Dies könnte u. a. damit zusammenhängen, dass alleinerziehende Mütter mit Vollzeiterwerbstätigkeit und hohem Einkommen eher externe Dienstleistungen in Form von Haushalts- und Kinderbetreuungshilfen in Anspruch nehmen können, was ggf. zu einer Stressreduktion und einer besseren Gesundheit beitragen kann. Bei armutsgefährdeten Müttern finden sich bei einer nicht gut eingeschätzten Gesundheit sowie der depressiven Symptomatik hingegen die höchsten Prävalenzen. Signifikante Unterschiede zwischen den Familienformen zeigen sich bei diesen beiden Gesundheitsoutcomes jedoch nur für den Erwerbsstatus zuungunsten der Alleinerziehenden. Zahlreiche Studien zum Thema der multiplen Rollen belegen, dass eine Nichterwerbstätigkeit generell bei Müttern und auch bei Alleinerziehenden mit einer schlechteren Gesundheit assoziiert ist [18, 52]. Für Deutschland wurde zudem gezeigt, dass Alleinerziehende in Hinblick auf die selbsteingeschätzte Gesundheit in stärkerem Maße von der Aufnahme einer Vollzeiterwerbstätigkeit profitieren als in Partnerhaushalten lebende Mütter [36]. Eine Erwerbstätigkeit kann zwar aufgrund begrenzter zeitlicher Ressourcen von Alleinerziehenden durchaus zu Vereinbarkeitsproblemen und Stress führen. Gleichzeitig kann sie Alleinerziehenden eine größere finanzielle Unabhängigkeit von Unterstützungsleistungen, ein höheres Selbstwertgefühl und soziale Kontakte jenseits der Familie ermöglichen. Bei Belastungen in einem Lebensbereich kann so der andere Lebensbereich ggf. Ausgleich und Entlastung schaffen [18]. Hierbei ist anzunehmen, dass diese Mechanismen in stärkerem Maße für besser gebildete Mütter gelten [52]. Andererseits ist ein Selektionseffekt dahingehend zu vermuten, dass eine gute subjektive Gesundheit bei Alleinerziehenden die Voraussetzung dafür darstellt, neben den familiären Verpflichtungen zusätzlich Vollzeit erwerbstätig zu sein.

Professionelle Hilfe aufgrund von psychischen Problemen nehmen insbesondere nicht erwerbstätige Alleinerziehende sowie Alleinerziehende mit nur geringer sozialer Unterstützung in Anspruch. Da sie größere gesundheitliche Belastungen aufweisen, kann die höhere Inanspruchnahme als „bedarfsgerecht“ gewertet werden.

Beim Rauchen finden sich hingegen bei den Alleinerziehenden keinerlei Unterschiede hinsichtlich des Einkommens, des Erwerbsstatus und der sozialen Unterstützung. In Hinblick auf den Erwerbsstatus und die soziale Unterstützung zeigte sich dies bereits in den Ergebnissen der GEDA-Studien 2009–2012. Hier war allerdings für den sozioökonomischen Status ein starker sozialer Gradient zu erkennen. In der aktuellen Analyse wird deutlich, dass die Unterschiede beim Rauchen nicht mit dem Einkommen, sondern dem Bildungsstand assoziiert sind. Dies entspricht Befunden, wonach für gesundheitsrelevantes Verhalten vor allem Bildung relevant ist [53].

Zusammengefasst unterstreichen die vorliegenden Ergebnisse, dass Alleinerziehende keine homogene Gruppe sind, sondern sich die Lebensform in unterschiedliche Lebens- und gesundheitliche Lagen ausdifferenziert [35].

4.2 Limitationen und Stärken

Die Stärken der vorliegenden Analyse liegen in der Größe und Repräsentativität der Stichprobe sowie der Aktualität der Daten. Darüber hinaus ermöglichen es die Daten, unterschiedliche Gesundheitsoutcomes und soziale Determinanten zu analysieren und so ein umfassendes Bild der gesundheitlichen Lage von Alleinerziehenden zeichnen zu können. Die Größe der Stichprobe erlaubt es, in einem bevölkerungsrepräsentativen Survey auch Aussagen zur gesundheitlichen Lage von alleinerziehenden Vätern zu treffen, wobei die Fallzahl für differenzierte Moderationsanalysen dennoch zu klein ist.

Die Hauptlimitation der vorliegenden Analyse liegt darin, dass es sich bei den GEDA-Studien um Querschnittstudien handelt, die keine Aussagen zur Richtung des Zusammen-

hangs zwischen Familienform und Gesundheit bzw. Gesundheitsverhalten erlauben (Kausalität vs. Selektion). Die Überprüfung von Zusammenhängen erfolgt lediglich über die schrittweise Adjustierung für ausgewählte soziale Determinanten und kann keine Kausalität belegen. Da in den GEDA-Studien keine Längsschnittdaten erfasst werden, können auch Dynamiken in der familiären Situation von Alleinerziehenden nicht abgebildet werden. Der vorliegende Beitrag berichtet zwar nach Geschlecht stratifizierte Ergebnisse, unterschiedliche Gründe für das Alleinerziehen bei Müttern und Vätern wurden jedoch nicht analysiert. Die GEDA-Studien erlauben zudem keine Differenzierung der Gruppe der Alleinerziehenden in Hinblick auf den Umfang der geleisteten Kinderbetreuung. Die in dieser Analyse als Alleinerziehende bezeichnete Gruppe umfasst auch die Getrennterziehenden, ohne diese in den Daten explizit identifizieren zu können. Nicht berücksichtigt wurde ferner, ob Alleinerziehende eine Partnerin oder einen Partner haben, die oder der nicht im selben Haushalt lebt. Die Lebenslage von Alleinerziehenden kann somit in dieser Studie nicht in ihrer ganzen Komplexität abgebildet werden. Hierzu bedarf es weiterführender Studien, die eine differenziertere Erfassung von Getrennt- und Alleinerziehenden, Längsschnittdaten und qualitative Methoden umfassen.

Auch wenn die hier verwendeten Daten der GEDA-Studien 2019–2023 die Zeit der COVID-19-Pandemie einschließen, wurde keine Trendanalyse zur Veränderung der Gesundheit von Alleinerziehenden vor, während und nach der COVID-19-Pandemie vorgenommen. Für eine differenzierte Betrachtung einzelner Phasen der Pandemie sind die Fallzahlen bei den Alleinerziehenden sehr klein.

4.3 Schlussfolgerungen

Insgesamt finden sich unter den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der vergangenen fünf Jahre (inklusive Pandemie) ähnliche Ergebnisse bezüglich der gesundheitlichen Lage von Alleinerziehenden wie in den Jahren zuvor: Alleinerziehende weisen in Hinblick auf verschiedene Aspekte der Gesundheit höhere Beeinträchtigungen auf. Vor diesem Hintergrund scheinen die Verminderung der strukturell bestehenden sozialen Benachteiligung von Alleinerziehenden sowie die Förderung ihrer Gesundheit als zielführend. Da der Großteil der Alleinerziehenden Mütter sind und ihre oftmals prekäre soziale Lage auch Folge struktureller Benachteiligungen von Frauen ist, muss die Gesundheitsförderung von Alleinerziehenden auch auf die Verringerung geschlechtsbezogener Ungleichheiten in der Gesundheit zielen. In den Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V werden Alleinerziehende explizit als Zielgruppe von Prävention und Gesundheitsförderung benannt [54].

Den konzeptionellen Rahmen für die Förderung der Gesundheit von Alleinerziehenden bildet die „familiäre Gesundheitsförderung“ [55]. Dem Konzept liegt ein breites Verständnis von Familie zugrunde, das alle intergenerativen Haushaltsformen, unabhängig von sozialen oder biologischen Eingrenzungen, umfasst. Die familiäre Gesundheitsförderung zielt darauf, die Gesundheit der Familienmitglieder weniger individuell, sondern vorwiegend systemisch über die Familie als Ganzes zu fördern, indem die Rahmenbedingungen für familiäres Leben gesundheitsförderlich ausgestaltet und Ressourcen von Familien gestärkt werden. Mit Blick auf Alleinerziehende und ihre Familien setzen Maßnahmen familiärer Gesundheitsförderung sowohl an der Verbesserung von Rahmenbedingungen für Familien als auch an spezifischen Settings von Alleinerziehenden und der Stärkung sozialer Netzwerke an [55].

Die Diversität der sozialen, ökonomischen und gesundheitlichen Lage von Alleinerziehenden sollte in der Gesundheitsförderung und Prävention berücksichtigt werden.

Im Sinne des „Health in All Policies“-Ansatzes der Weltgesundheitsorganisation (WHO) [56] kann durch Maßnahmen in verschiedenen Politikbereichen (Familien-, Arbeitsmarkt-, Sozial-, Wohnungs- oder Finanzpolitik) die Lebenssituation von Alleinerziehenden verbessert und speziell das strukturell bedingte hohe Armutsrisiko gesenkt werden [57]. Insbesondere eine nachhaltige Familienpolitik, die nach Bertram et al. [58] als Trias einer finanziellen Transfer-, Zeit- und Infrastrukturpolitik zu verstehen ist, wird als zentrales Element der Gesundheitsförderung für alleinerziehende Menschen angesehen [59]. Die Berliner Landesgesundheitskonferenz benennt als Gesundheitsziele für Alleinerziehende die Schaffung passender Betreuungsmöglichkeiten für eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die Unterstützung von Familien mit kleinen Einkommen und die Bekämpfung der Kinderarmut [59]. Dabei ist zu berücksichtigen, dass insbesondere Alleinerziehende mit jüngeren Kindern Zeit für die Familie brauchen und ggf. phasenweise nicht oder nur in begrenztem Umfang erwerbstätig sein können oder wollen. Bertram und Bujard fordern daher eine Flexibilisierung von Arbeitszeitmodellen im Lebensverlauf, die den unterschiedlichen Zeitbedürfnissen in unterschiedlichen Lebensphasen gerecht wird und sozialstaatlich abgesichert ist [60]. Der Verband alleinerziehender Mütter und Väter fordert zudem die gesellschaftliche Anerkennung von Alleinerziehenden und ihren Kindern als gleichberechtigte familiäre Lebensformen [61].

Neben den gesellschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen ist die Schaffung von gesundheitsförderlichen alltäglichen Lebens-, Lern- und Arbeitsbedingungen ein weiterer wichtiger Ansatzpunkt [54]. Familien prägen zwar maßgeblich die Gesundheit ihrer Mitglieder, sie bilden dennoch kein eigenständiges Setting im Sinne des Settingansatzes der WHO [55], denn sie sind in ihrer Autonomie grundgesetzlich geschützt und können entsprechend mit Methoden des Settingansatzes nicht „bearbeitet" werden [55]. Familien sind aber eingebettet in Lebenswelten wie Kita, Schule und Kommune. Eine gesundheitsförderliche Ausgestaltung dieser Settings kann sozial benachteiligte Eltern und ihre Kinder unabhängig von der Familienform und ohne Stigmatisierung einzelner Familienformen entlasten und sie darin unterstützen, ein möglichst gesundes Leben zu führen.

Auf der Ebene der Förderung persönlicher Kompetenzen finden sich u. a. primärpräventive Angebote (Ernährungsberatung etc.), Angebote zur Unterstützung von sozial benachteiligten Familien im Bereich der Frühen Hilfen, der Kinder- und Jugendhilfe oder in Familienzentren sowie niedrigschwellige Beratungs- und Mediationsangebote für Eltern in kritischen Trennungsprozessen. Der Wissenschaftliche Beirat für Familienfragen beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend weist in seinem Gutachten „Gemeinsam getrennt erziehen" darauf hin, dass mit der steigenden Vielfalt von Betreuungsarrangements in Trennungsfamilien auch der Beratungsbedarf steigt [62].

Darüber hinaus sollte der Heterogenität der Lebenslagen von Alleinerziehenden durch differenzierte Angebote Rechnung getragen werden. Für Mütter mit hohem Einkommen und hoher beruflicher Position erscheinen vor allem Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf relevant. Bildungsbenachteiligte oder nicht erwerbstätige Alleinerziehende könnten eher von komplexeren Interventionsmaßnahmen profitieren, die zusätzlich die Themen existenzsicherndes Einkommen und Weiterqualifizierung adressieren [vgl. 35].

Mit Blick auf Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit von Alleinerziehenden kommt eine systematische Übersichtsarbeit zu dem Ergebnis, dass diese bislang überwiegend verhaltenspräventiv ausgerichtet sind und verhältnispräventive Maßnahmen nur selten evaluiert wurden [63]. Wichtig wäre zu evaluieren, ob mit Maßnahmen für sozial benachteiligte Familien auch bei Alleinerziehenden und ihren Kindern die gesundheitliche Lage verbessert und strukturelle Benachteiligungen abgebaut werden können [63].

Datenschutz und Ethik
Die GEDA-Studie insgesamt sowie die Wellen GEDA 2019/2020, GEDA 2021 und GEDA 2022/2023 unterliegen der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Die Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat die Studie GEDA 2019/2020-EHIS unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und der Durchführung des Studienvorhabens zugestimmt (Antragsnummer EA2/070/19).
Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre mündliche Einwilligung (informed consent).

Datenverfügbarkeit
Die Autorinnen und Autoren geben an, dass für die den Ergebnissen zugrunde liegenden Daten einige Zugangsbeschränkungen gelten. Der Datensatz kann nicht öffentlich zugänglich gemacht werden, da die Einwilligung (informed consent) der Studienteilnehmenden die öffentliche Bereitstellung der Daten nicht abdeckt. Der minimale Datensatz, der den Ergebnissen zugrunde liegt, ist im Forschungsdatenzentrum des Robert Koch-Instituts archiviert und kann von Forschenden auf begründete Anfrage eingesehen werden. Der Datenzugriff ist vor Ort im Secure Data Center des Forschungsdatenzentrums des Robert Koch-Instituts möglich. Anfragen können per E-Mail an fdz@rki.de gestellt werden.

Förderungshinweis
Die GEDA-Studie wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert. Die Mitwirkung der Koautorin Yasmin Öztürk und des Koautors Raimund Geene erfolgte im Rahmen ihrer Tätigkeit in der Kommission für den Zehnten Familienbericht der Bundesregierung.

Beiträge der Autorinnen und Autoren
Maßgebliche Beiträge zur Konzeption der Arbeit: PR; zum Design der Arbeit: PR; zur Erhebung der verwendeten Daten: /; zur Analyse der verwendeten Daten: PR; zur Interpretation der verwendeten Daten: PR, YÖ, SS, RG, UH, HN, RK, AS, CH; Ausarbeitung des Manuskripts: PR, YÖ; kritische Überarbeitung bedeutender Inhalte: PR, SS, RG, UH, HN, RK, AS, CH; Finale Version des Manuskripts gelesen und der Veröffentlichung zugestimmt: PR, YÖ, SS, RG, UH, HN, RK, AS, CH.

Interessenkonflikt
Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung
Unser Dank gilt insbesondere allen Teilnehmenden der GEDA-Studien sowie dem GEDA-Team im Robert Koch-Institut. Namentlich bedanken wir uns bei Lina Wollgast für die kritische Überprüfung der Syntax in Stata und die Kontrolle der in den Tabellen berichteten Werte sowie bei Margrit Kalckloesch für die Unterstützung bei der Erstellung der Abbildung.

Literatur

1 Statistisches Bundesamt. Alleinerziehende. 2023 [cited 11.12.2023]. Available from: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Glossar/alleinerziehende.html.

2 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, editor. Allein- oder getrennterziehen – Lebenssituation, Übergänge und Herausforderungen. Monitor Familienforschung. Berlin: BMFSFJ; 2021 [cited 11.12.2023]. Available from: https://www.bmfsfj.de/resource/blob/184762/dccbbfc49afd1fd4451625c01d61f96f/monitor-familienforschung-ausgabe-43-allein-oder-getrennterziehen-data.pdf.

3 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, editor. Zehnter Familienbericht: Lisa Paus beruft die Mitglieder der Sachverständigenkommission. Meldung vom 12.01.2023. 2023 [cited 11.12.2023]. Available from: https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/lisa-paus-beruft-die-mitglieder-der-sachverstaendigenkommission-208790.

4 Statistisches Bundesamt. Mikrozensus – Haushalte und Familien. Erstergebnisse 2022. 2023 [cited 11.12.2023]. Available from: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Publikationen/Downloads-Haushalte/statistischer-bericht-mikrozensus-haushalte-familien-2010300227005-erstergebnisse.xlsx?__blob=publicationFile.

5 Institut für Demoskopie Allensbach. Lebens- und Einkommenssituation von Alleinerziehenden. 2020 [cited 11.12.2023]. Available from: https://www.ifd-allensbach.de/fileadmin/IfD/sonstige_pdfs/8229_Alleinerziehende_Lebenssituation.pdf.

6 Hochgürtel T, Sommer B. Familie, Lebensformen und Kinder. Auszug aus dem Datenreport 2021. In: Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung. 2021 [cited 11.12.2023]. Available from: https://www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/Datenreport/Downloads/datenreport-2021-kap-2.pdf?__blob=publicationFile.

7 Funcke A, Menne S. Kinder- und Jugendarmut in Deutschland. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. 2023 [cited 11.12.2023]. Available from: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Familie_und_Bildung/Factsheet_BNG_Kinder-_und_Jugendarmut_2023.pdf.

8 Bujard M, Laß I, Diabaté S, Sulak H, Schneider NF. Eltern während der Corona-Krise: Zur Improvisation gezwungen. BiB.Bevölkerungs. Studien 1/2020. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. 2020 [cited 11.12.2023]. Available from: https://www.bib.bund.de/Publikation/2020/pdf/Eltern-waehrend-der-Corona-Krise.pdf?__blob=publicationFile&v=7.

9 Geis-Thöne W. Der Lockdown trifft die Alleinerziehenden besonders hart. IW-Kurzbericht 58/2020. Köln: Institut der deutschen Wirtschaft; 2020 [cited 11.12.2023]. Available from: https://www.iwkoeln.de/studien/wido-geis-thoene-der-lockdown-trifft-die-alleinerziehenden-besonders-hart-468553.html.

10 Bujard M, von den Driesch E, Ruckdeschel K, Laß I, Thönnissen C, Schumann A, et al. Belastungen von Kindern, Jugendlichen und Eltern in der Corona-Pandemie. BiB.Bevölkerungs.Studien 2/2021. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. 2021 [cited 11.12.2023]. Available from: https://www.bib.bund.de/Publikation/2021/pdf/Belastungen-von-Kindern-Jugendlichen-und-Eltern-in-der-Corona-Pandemie.pdf;jsessionid=82BA1A8D31C994FD9A-8BEE91D2181150.intranet662?__blob=publicationFile&v=3.

11 Sperlich S, Collatz J. Ein-Elternschaft - eine gesundheitsriskante Lebensform? Reanalyse der Daten aus Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und ihre Kinder. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation. 2006;72:127-37.

12 Helbig S, Lampert T, Klose M, Jacobi F. Is parenthood associated with mental health? Findings from an epidemiological community survey. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2006;41(11):889-96. doi: 10.1007/s00127-006-0113-8.

13 Sperlich S, Arnhold-Kerri S, Geyer S. What accounts for depressive symptoms among mothers?: the impact of socioeconomic status, family structure and psychosocial stress. Int J Public Health. 2011;56(4):385-96. doi: 10.1007/s00038-011-0272-6.

14 Rattay P, von der Lippe E, Borgmann LS, Lampert T. Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland. J Health Monit. 2017;2(4):24-44. doi: 10.17886/rki-gbe-2017-112.

15 Neises G, Grüneberg C. Socioeconomic situation and health outcomes of single parents. J Public Health. 2005;13:270-8. doi: 10.1007/s10389-005-0120-3.

16 Liang LA, Berger U, Brand C. Psychosocial factors associated with symptoms of depression, anxiety and stress among single mothers with young children: A population-based study. J Affect Disord. 2019;242:255-64. doi: 10.1016/j.jad.2018.08.013.

17 Franz M, Lensche H, Schmitz N. Psychological distress and socioeconomic status in single mothers and their children in a German city. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2003;38(2):59-68. doi: 10.1007/s00127-003-0605-8.

18 Hancioglu M. Alleinerziehende und Gesundheit. Die Lebensphase „alleinerziehend“ und ihr Einfluss auf die Gesundheit (Dissertation). Bochum: Ruhr-Universität; 2015.

19 Müters S, Hoebel J, Lange C. Diagnose Depression: Unterschiede bei Frauen und Männern. GBE Kompakt. 2013;4(2).

20 Li J, Bünning M, Kaiser T, Hipp L. Who suffered most? Parental stress and mental health during the COVID-19 pandemic in Germany. Journal of Family Research. 2022;34(1):281-309. doi: 10.20377/jfr-704.

21 Hiekel N, Kühn M. Mental Health before and during the COVID-19 Pandemic: The Role of Partnership and Parenthood Status in Growing Disparities between Types of Families. J Health Soc Behav. 2022;63(4):594-609. doi: 10.1177/00221465221109195.

22 Naumann E, Mata J, Reifenscheid M, Möhring K, Wenz A, Rettig T, et al. Die Mannheimer Corona-Studie: Schwerpunktbericht zum Angstempfinden in der Bevölkerung. Untersuchungszeitraum 20. März bis 16. April 2020. 2020 [cited 11.12.2023]. Available from: https://www.uni-mannheim.de/media/Einrichtungen/gip/Corona_Studie/Schwerpunktbericht_Angstempfinden_Mannheimer_Corona_Studie.pdf.

23 Sperlich S, Adler FM, Beller J, Safieddine B, Tetzlaff J, Tetzlaff F, et al. Getting Better or Getting Worse? A Population-Based Study on Trends in Self-Rated Health among Single Mothers in Germany between 1994 and 2018. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(5). doi: 10.3390/ijerph19052727.

24 Sperlich S, Arnhold-Kerri S, Geyer S. Soziale Lebenssituation und Gesundheit von Müttern in Deutschland. Bundesgesundheitsbl. 2011;54:735–44. doi: 10.1007/s00103-011-1283-4.

25 Timm A. Die gesundheitliche Lage von alleinerziehenden Müttern. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung. 2008 [cited 11.12.2023]. Available from: http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itaoarticles/200803-Beitrag.pdf.

26 an der Heiden I, Ochmann R, Bernhard J. AOK-Familienstudie 2022. Eine Befragung von Eltern mit Kindern im Alter von 4 bis 14 Jahren. Studie für den AOK-Bundesverband. 2023 [cited 11.12.2023]. Available from: https://www.aok.de/pk/magazin/cms/fileadmin/pk/pdf/aok-familienstudie-2022.pdf.

27 von der Lippe E, Rattay P. Seelische und körperliche Belastung von Müttern und Vätern in Deutschland. Ergebnisse der GEDA-Studie 2009 und 2010. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation. 2014;93(1):5-20.

28 Sperlich S, Illiger K, Geyer S. Warum rauchen Mütter? Analyse des Einflusses der Lebenslage und psychischer Faktoren auf den Tabakkonsum von Müttern minderjähriger Kinder. Bundesgesundheitsbl. 2011;54(11):1211–20.

29 Sperlich S, Maina MN, Noeres D. The effect of psychosocial stress on single mothers‘ smoking. BMC Public Health. 2013;13:1125. doi: 10.1186/1471-2458-13-1125.

30 Varnaccia G, Manz K, Zeiher J, Rattay P, Lange C. Risky Alcohol Consumption and Heavy Episodic Drinking among Parents in Germany: Results of a Nationwide Cross-Sectional Study. J Environ Public Health. 2019;2019:3673479. doi: 10.1155/2019/3673479.

31 Reim J. Inanspruchnahme von Beratungs- und sonstigen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kinder. In: Sachverständigenkommission des Neunten Familienberichts, editor. Eltern sein in Deutschland - Materialen zum Neunten Familienbericht. München: Deutsches Jugendinstitut; 2021. p. 889-974.

32 Hoffmann B, Swart E. Selbstwahrnehmung der Gesundheit und ärztliche Inanspruchnahme bei Alleinerziehenden - Ergebnisse des Bundesgesundheitssurveys. Gesundheitswesen. 2002;64(04):214-23. doi: 10.1055/s-2002-25205.

33 Rousou E, Kouta C, Middleton N, Karanikola M. Single mothers‘ self-assessment of health: a systematic exploration of the literature. Int Nurs Rev. 2013;60(4):425-34. doi: 10.1111/inr.12044.

34 Keim-Klärner S. Social Networks and the Health of Single Parents. In: Klärner A, Gamper M, Keim-Klärner S, Moor I, von der Lippe H, Vonneilich N, editors. Social Networks and Health Inequalities. Cham: Springer; 2022.

35 Sperlich S. Gesundheitliche Risiken in unterschiedlichen Lebenslagen von Müttern: Analysen auf der Basis einer Bevölkerungsstudie. Bundesgesundheitsbl. 2014;57(12):1411-23. doi: 10.1007/s00103-014-2066-5.

36 Kühn M, Dudel C, Werding M. Maternal health, well-being, and employment transitions: A longitudinal comparison of partnered and single mothers in Germany. Soc Sci Res. 2023;114:102906. doi: 10.1016/j.ssresearch.2023.102906.

37 Borgmann LS, Rattay P, Lampert T. Alleinerziehende Eltern in Deutschland: Der Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und psychosozialer Gesundheit. Gesundheitswesen. 2019;81(12):977–85. doi: 0.1055/a-0652-5345.

38 von der Heyde C. Das ADM-Stichprobensystem für Telefonbefragungen. 2013 [cited 11.12.2023]. Available from: https://www.gessgroup.de/wp-content/uploads/2016/09/Beschreibung-ADM-Telefonstichproben_DE-2013.pdf.

39 Allen J, Born S, Damerow S, Kuhnert R, Lemcke J, Müller A, et al. Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) – Hintergrund und Methodik. J Health Monit. 2021;6(3):72-87. doi: 10.25646/8558.

40 Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. Med Care. 2003;41(11):1284-92. doi: 10.1097/01.Mlr.0000093487.78664.3c.

41 Statistische Ämter des Bundes und der Länder. Mediane und Armutsgefährdungsschwellen. 2023 [cited 11.12.2023]. Available from: https://www.statistikportal.de/de/sbe/ergebnisse/einkommen-armutsgefaehrdung-und-soziale-lebensbedingungen/armutsgefaehrdung-und-9.

42 Brauns H, Scherer S, Steinmann S. The CASMIN educational classification in international comparativ research. In: Hoffmeyer-Zlotnik J, Wolf C, editors. Advances in cross-national comparison. New York: Kluwer; 2003. p. 221-44.

43 Dalgard OS, Dowrick C, Lehtinen V, Vazquez-Barquero JL, Casey P, Wilkinson G, et al. Negative life events, social support and gender difference in depression: a multinational community survey with data from the ODIN study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2006;41(6):444-51. doi: 10.1007/s00127-006-0051-5.

44 Van de Velde S, Bambra C, Van der Bracht K, Eikemo TA, Bracke P. Keeping it in the family: the self-rated health of lone mothers in different European welfare regimes. Sociol Health Illn. 2014;36(8):1220-42. doi: 10.1111/1467-9566.12162.

45 Rousou E, Kouta C, Middleton N, Karanikola M. Mental health among single mothers in Cyprus: a cross-sectional descriptive correlational study. BMC Womens Health. 2019;19(1):67. doi: 10.1186/s12905-019-0763-9.

46 Wade TJ, Veldhuizen S, Cairney J. Prevalence of psychiatric disorder in lone fathers and mothers: examining the intersection of gender and family structure on mental health. Can J Psychiatry. 2011;56(9):567-73. doi: 10.1177/070674371105600908.

47 Sander S, Strizzi JM, Øverup CS, Cipric A, Hald GM. When Love Hurts - Mental and Physical Health Among Recently Divorced Danes. Front Psychol. 2020;11:578083. doi: 10.3389/fpsyg.2020.578083.

48 Kim GE, Choi HY, Kim EJ. Impact of economic problems on depression in single mothers: A comparative study with married women. PLoS One. 2018;13(8):e0203004. doi: 10.1371/journal.pone.0203004.

49 Kim GE, Kim EJ. Factors affecting the quality of life of single mothers compared to married mothers. BMC Psychiatry. 2020;20(1):169. doi: 10.1186/s12888-020-02586-0.

50 Hahlweg K. Prävention von Scheidung: Ergebnisse einer 25-Jahres Follow-up Studie. In: Gesellschaft BW, editor. Jahrbuch 2018 der Braunschweigischen Wissenschaftlichen Gesellschaft. Braunschweig: Cramer; 2019. p. 39-58.

51 Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention. Deutschland Barometer 2018: Auswirkungen der Depression auf Partnerschaft und Familie. 2018 [cited 11.12.2023]. Available from: https://www.deutsche-depressionshilfe.de/forschungszentrum/deutschland-barometer-depression/2018.

52 Struffolino E, Bernardi L, Voorpostel M. Self-reported health among lone mothers in Switzerland: Do employment and education matter? Population-E. 2016;71(2):187-213.

53 Geyer S, Hemström O, Peter R, Vågerö D. Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice. J Epidemiol Community Health. 2006;60(9):804-10. doi: 10.1136/jech.2005.041319.

54 Träger der Nationalen Präventionskonferenz. Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V, weiterentwickelte Fassung vom 29. August 2018. 2018 [cited11.12.2023]. Available from: https://www.npk-info.de/fileadmin/user_upload/ueber_die_npk/downloads/1_bundesrahmenempfehlung/bundesrahmenempfehlung_BRE_praevention_barrierefrei.pdf.

55 Geene R. Familiäre Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Richter M, Klotz T, Stock S, editors. Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung: Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. Göttingen: Hogrefe; 2018. p. 371-90.

56 Weltgesundheitsorganisation (WHO), editor. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Genf: WHO; 1986.

57 Hübgen S. Armutsrisiko Alleinerziehend. Aus Politik und Zeitgeschichte - Familienpolitik. 2017;67(30–3):22-7.

58 Bertram H, Rösler W, Ehlert N. Nachhaltige Familienpolitik. Zukunftssicherung durch einen Dreiklang von Zeitpolitik, finanzieller Transferpolitik und Infrastrukturpolitik. 2005 [cited 11.12.2023]. Available from: https://www.bmfsfj.de/blob/93352/15683b249f2ac820f7e8ed9c59ca6740/bertram-gutachten-nachhaltige-familienpolitik-data.pdf.

59 Berliner Landesgesundheitskonferenz. Gesundheitsziel „Gesund teilhaben". Gesundheitsziele für alleinerziehende Menschen. Teilziel: Gesundheit und Teilhabe alleinerziehender Menschen stärken. Beschlossen durch die Berliner Landesgesundheitskonferenz am 05.07.2023. 2023 [cited 11.12.2023]. Available from: https://www.berlin.gesundheitfoerdern.de/fileadmin/user_upload/Gesundheitsziele/Gesund_teilhaben/2023_Gesundheitsziele_Alleinerziehende_bf.pdf.

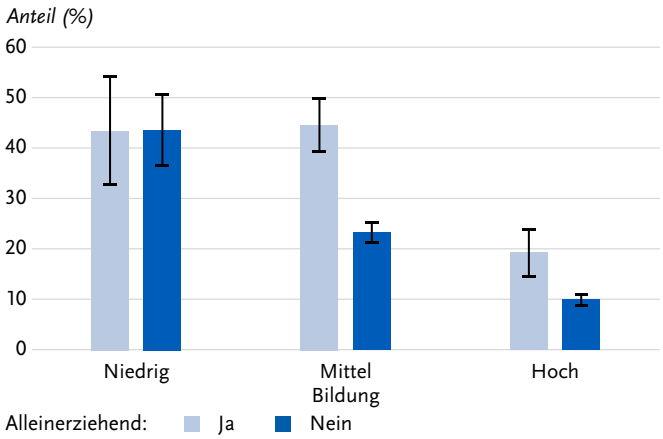
60 Bertram H, Bujard M. Zur Zukunft der Familienpolitik. In: Bertram H, Bujard M, editors. Zeit, Geld, Infrastruktur. Zur Zukunft der Familienpolitik. Soziale Welt, Sonderband 19. Baden-Baden: Nomos; 2012. p. 3-24.

61 Verband alleinerziehender Mütter und Väter. Bessere Politik für Alleinerziehende! Grundsatzprogramm 2021. 2021 [cited 11.12.2023]. Available from: https://vamv-live-1a5003a80f6644c3855ee16bd7019-03bb958.divio-media.com/filer_public/19/27/1927b2aa-afad-4176-8534-e5797a5449b2/vamv_grundsatzprogramm-2021_web.pdf.

62 Walper S, Kreyenfeld M, Beblo M, Hahlweg K, Nebe K, Schuler-Harms M, et al. Gemeinsam getrennt erziehen. Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats für Familienfragen beim BMFSFJ. Berlin: Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen beim BMFSFJ. 2021 [cited 11.12.2023]. Available from: https://www.bmfsfj.de/resource/blob/186694/14f09ddddab459a2e2cefaab6b45c630/gemeinsam-getrennt-erziehen-wissenschaftlicher-beirat-data.pdf.

63 Kuschick D, Kuck J, Rattay P, Pachanov A, Geene R. Familiäre Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden und ihren Kindern. Präv Gesundheitsf. 2022;17:488–98. doi: 10.1007/s11553-021-00905-1.

64 American Association for Public Opinion Research (AAPOR). Standard definitions – final disposition codes of case codes and outcome rates for surveys. Deerfield: AAPOR; 2016.



Annex Abbildung 1: Rauchen von alleinerziehenden Müttern im Vergleich zu in Partnerhaushalten lebenden Müttern, stratifiziert nach Bildung (Poisson-Regressionen mit Interaktion zum Partnerstatus, vorhergesagte Wahrscheinlichkeiten in %, 95 %-Konfidenzintervalle), adjustiert für Alter, Wohnregion, Geburtsland, Untersuchungsjahr, Anzahl der Kinder und Alter des jüngsten Kindes. Quelle: GEDA 2019/2020, GEDA 2021, GEDA 2022/2023 (gepoolt)

Annex Tabelle 1: Überblick über die verwendeten GEDA-Studien: Versionen, Rücklaufquoten, Stichprobenumfang insgesamt und für die Analyse. Quelle: GEDA 2019/2020, GEDA 2021, GEDA 2022/2023 (gepoolt)

Studie	Welle	Verwendete Version	Responserate (RR3)[1]	n insgesamt	n Analyse
GEDA 2019/2020	GEDA2019/2020 gesamt	GEDA1920_v4	–	26.507	4.403
	GEDA2019/2020-EHIS		21,6 %		
GEDA 2021	Welle 1–5	GEDA21_v2	-	5.030	866
	Welle 1		17,6 %		
	Welle 2		17,6 %		
	Welle 3		19,6 %		
	Welle 4		22,5 %		
	Welle 5		17,6 %		
GEDA 2022/2023	Welle 1–10	GEDA22_Abt2_v1	–	33.149	5.222
	Welle 1		18,3 %		
	Welle 2		16,1 %		
	Welle 3		19,2 %		
	Welle 4		18,7 %		
	Welle 5		19,5 %		
	Welle 6		19,1 %		
	Welle 7		19,6 %		
	Welle 8		19,2 %		
	Welle 9		19,0 %		
	Welle 10		19,0 %		
	Welle 11	GEDA22_t11_v4	19,6 %	4.011	625
	Welle 12	GEDA22_t12_v3	19,8 %	3.964	616
	Welle 13	GEDA22_t13_v2	19,2 %	3.966	554
	Welle 14	GEDA22_t14_v4	18,9 %	2.008	321
	Welle 15	GEDA22_t15_v2	18,6 %	2.002	300
	Welle 16	GEDA22_t16_v2	18,7 %	2.012	287
	Welle 17	GEDA22_t17_v2	18,8 %	2.005	273
	Welle 18	GEDA22_t18_v2	18,1 %	2.007	331
	Welle 19	GEDA22_t19_v2	17,4 %	2.006	305
	Welle 19	GEDA22_t20_v2	18,9 %	2.004	327

[1] Standards der American Association for Public Opinion Research (AAPOR) [64]

Annex Tabelle 2: Beschreibung der Stichprobe

	Frauen		Männer	
	n (ungewichtet)	% (gewichtet)	n (ungewichtet)	% (gewichtet)
Insgesamt	**7.999**	**58,9**	**6.402**	**41,1**
Familienform (Partnerstatus)				
Alleinerziehend	1.276	18,0	339	5,5
In Partnerhaushalt lebend	6.723	82,0	6.063	94,5
Missing	0		0	
Alter (in Jahren)				
15–29	285	7,3	147	3,6
30–39	2.553	43,2	1.772	35,2
40–49	3.722	38,9	2.789	40,5
50–59	1.439	10,6	1.694	20,7
Missing	0		0	
Wohnregion				
Westdeutschland	6.398	82,5	5.043	80,3
Ostdeutschland	1.013	13,4	937	15,5
Berlin	585	4,1	420	4,2
Missing	3		2	
Geburtsland				
Deutschland	6.779	82,0	5.459	81,0
Nicht Deutschland	1.208	18,0	929	19,0
Missing	12		14	
Untersuchungsjahr				
2019	1.140	14,7	951	14,0
2020	1.257	13,8	1.011	13,1
2021	483	6,0	416	6,2
2022	2.784	34,8	2.144	34,1
2023	2.335	30,6	1.880	32,5
Missing	0		0	
Anzahl der Kinder				
Ein Kind	3.651	47,0	2.771	47,3
Zwei Kinder	3.335	39,2	2.750	39,5
≥ Drei Kinder	1.013	13,8	881	13,2
Missing	0		0	
Alter des jüngsten Kindes (in Jahren)				
0–6	3.097	46,5	2.944	49,5
7–10	1.772	20,6	1.383	20,6
11–17	3.130	32,9	2.075	29,8
Missing	0		0	
Einkommen				
Niedrig (<60%)	934	18,6	470	12,6
Mittel (60%–<150%)	5.457	68,6	4.207	67,7
Hoch (≥150%)	1.608	12,7	1.725	19,7
Missing	0		0	
Bildung				
Niedrig	443	13,6	496	17,9
Mittel	3.661	61,4	2.492	52,1
Hoch	3.880	25,0	3.399	30,0
Missing	15		15	

▾ Fortsetzung nächste Seite ▾

	Frauen		Männer	
	n (ungewichtet)	% (gewichtet)	n (ungewichtet)	% (gewichtet)
Erwerbsstatus				
Nicht erwerbstätig	1.256	21,6	235	6,0
Teilzeit	4.524	55,1	443	6,5
Vollzeit	2.206	23,2	5.719	87,5
Missing	13		5	
Soziale Unterstützung				
Gering	581	11,2	419	9,5
Mittel	3.173	41,8	2.772	44,3
Stark	4.108	47,0	3.072	46,2
Missing	137		139	
Selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheit				
Mittelmäßig/schlecht/sehr schlecht	1.320	19,7	813	15,6
Sehr gut/gut	6.678	80,3	5.589	84,4
Missing	1		0	
Chronische Erkrankung				
Ja	3.256	41,2	2.110	33,8
Nein	4.731	58,8	4.284	66,2
Missing	12		8	
Depressive Symptomatik				
Ja	746	11,6	5.858	11,2
Nein	7.190	88,4	509	88,8
Missing	63		35	
Rauchen				
Ja	1.263	25,9	1.226	32,5
Nein	5.398	74,1	4.017	67,5
Missing	1.338		1.159	
Selbsteingeschätzter Bedarf an professioneller Hilfe				
Ja	503	24,2	232	14,0
Nein	1.502	75,8	1.460	86,0
Missing	5.994		4.710	
Selbstberichtete Inanspruchnahme professioneller Hilfe				
Ja	322	15,1	136	8,7
Nein	1.684	84,9	1.556	91,3
Missing	5.993		4.710	