

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg  
Fakultät Life Sciences

# **Bachelorarbeit**

Im Studiengang Gesundheitswissenschaften (B. Sc.)

## **Psychosoziale Anamnese bei Familien mit Migrationshintergrund in der ambulanten pädiatrischen und gynäkologischen Versorgung**

Vorgelegt von

**Marvin Mohr** 

Abgabe am: 24.08.2022

Zitiert nach: APA 7th. Edition (German)

Erstprüfer: Herr Prof. Dr. Andre Klussmann (HAW Hamburg)

Zweitprüferin: Frau PD Dr.<sup>n</sup> Silke Pawils (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)

## Abstract

**Hintergrund:** Der Migrationshintergrund stellt für sich zwar keine psychosoziale Belastung dar, jedoch ist sich die Forschung überwiegend einig, dass die Migration ein kritisches Lebensereignis darstellt. Auch wenn generelle Aussagen angesichts der Heterogenität von Migrant:innengruppen schwierig zu treffen sind, lassen sich dennoch anhand von Studien spezifische gesundheitliche Belastungen von Familien mit Migrationshintergrund beschreiben. Die Zuwanderung bringt psychische und soziale Veränderungen mit sich, welche sich negativ auf das Wohlbefinden auswirken können. Psychosoziale Belastungen können sich unter anderem aufgrund ungünstiger Wohnverhältnisse, der Arbeitssituation oder Stigmatisierung auswirken. Die vorliegende Arbeit untersucht im Rahmen des Projektes KID-PROTEKT, ob sich die psychosozialen Belastungen von Familien mit Migrationshintergrund von denen von Familien ohne Migrationshintergrund unterscheiden. Die Beschreibung der Belastungen erfolgt dabei anhand der im Projekt entwickelten psychosozialen Anamnese.

**Methode:** Es wird eine Sekundärdatenanalyse durchgeführt, welche auf zwei Erhebungsinstrumente beruht: den KID-PROTEKT-Anhaltsbogen und den Interviewleitfaden zur Befragung des medizinischen Fachpersonals. Die statistische Auswertung erfolgt mithilfe des Programms IBM Statistic SPSS Version 28.

**Ergebnisse:** In der vorliegenden Stichprobe verfügen die fremdsprachigen Familien bzw. die Familien mit Migrationshintergrund über signifikant mehr psychosoziale Belastungen als die deutschsprachigen Familien bzw. die Familien ohne Migrationshintergrund ( $\chi^2 = 94,07$ ,  $df = 8$ ,  $p < .001$ ). Der signifikante Unterschied ist allerdings schwach ( $V = .11$ ,  $p < .001$ ).

**Diskussion:** Die Arbeit deutet darauf hin, dass ein Unterschied zwischen den psychosozialen Belastungen besteht. Allerdings gestaltete sich die Operationalisierung des Migrationshintergrundes schwierig. Um einen Selektionsbias zu verhindern, sind die soziodemografischen Angaben des Anhaltsbogens kurzgehalten, weswegen der Migrationshintergrund anhand der Muttersprache ermittelt wurde. Somit ist es wahrscheinlich, dass nicht sämtliche Familien mit Migrationshintergrund, die den Anhaltsbogen beantworteten, abgebildet werden.

**Schlagwörter:** *Familien mit Migrationshintergrund, Psychosoziale Versorgung, Ambulante Versorgung, Gynäkologie, Pädiatrie*

## Inhaltsverzeichnis

<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>I</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis.....</b>	<b>II</b>
<b>1. Einleitung.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Psychosoziale Belastungen in Familien.....</b>	<b>2</b>
2.1 Inanspruchnahme belasteter Familien .....	5
<b>3. Familien mit Migrationshintergrund.....</b>	<b>7</b>
3.1 Begriffsbestimmung Migrationshintergrund.....	7
3.2 Spezifischen Belastungen von Familien mit Migrationshintergrund .....	10
<b>4. Barrieren der Inanspruchnahme .....</b>	<b>15</b>
<b>5. Fragestellungen und Hypothesen .....</b>	<b>18</b>
<b>6. Methode .....</b>	<b>19</b>
6.1 Durchführung und Stichprobenbeschreibung.....	20
6.1.1 Projektbeschreibung KID-PROTEKT .....	20
6.1.2 Datenerhebung in den Praxen .....	21
6.1.3 Datenerhebung Telefoninterviews.....	23
6.2 Instrumente .....	23
6.2.1 KID-PROTEKT-Anhaltsbogen .....	23
6.2.2 Interviewleitfaden zur Befragung der MFAs/Ärzt:innen .....	25
6.3 Statistische Auswertung .....	27
<b>7. Ergebnisse.....</b>	<b>30</b>
7.1 Ergebnisse nach erster Fragestellung.....	30
7.2 Ergebnisse nach zweiter Fragestellung .....	34
<b>8. Diskussion.....</b>	<b>37</b>
8.1 Zusammenfassung und Interpretation zentraler Ergebnisse.....	37
8.3 Limitationen .....	40

<b>9. Fazit und Ausblick .....</b>	<b>42</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>44</b>
<b>Anhang 1: KID-PROTEKT-Anhaltsbogen in gynäkologischen Praxen .....</b>	<b>52</b>
<b>Anhang 2: KID-PROTEKT-Anhaltsbogen in pädiatrischen Praxen .....</b>	<b>54</b>
<b>Anhang 3: Interviewleitfaden zur Befragung der MFAs/Ärzt:innen (TAU).....</b>	<b>56</b>
<b>Anhang 4: Interviewleitfaden zur Befragung der MFAs/Ärzt:innen (QT) .....</b>	<b>60</b>
<b>Anhang 5: Interviewleitfaden zur Befragung der MFAs/Ärzt:innen (ST) .....</b>	<b>66</b>
<b>Anhang 6: SPSS-Syntax.....</b>	<b>74</b>
<b>Eidesstattliche Erklärung.....</b>	<b>80</b>

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Biografisch frühe Risikofaktoren für die Entstehung psychischer und psychosomatischer Krankheiten (eigene Anfertigung nach Egle et al., 2016).....	3
Tabelle 2: Übersicht der verwendeten Variablen für die statistische Auswertung .....	29
Tabelle 3: Häufigkeiten und prozentuale Anteile der Sprachenverteilung gesamt und unterteilt in den drei Interventionsarmen TAU, QT und ST (N=8.480).....	31
Tabelle 4: Stichprobenbeschreibung der teilnehmenden Praxismitarbeiter:innen an der Befragung mithilfe des Interviewleitfadens (N=58) .....	31
Tabelle 5: Soziodemografische Angaben der Familien zum Zeitpunkt des ersten KID-PROTEKT-Anhaltsbogens (N=8.480).....	32
Tabelle 6: Angaben der Familien bezüglich ihres Aufenthaltsgrundes in den pädiatrischen und gynäkologischen Praxen (N=8.480) .....	33
Tabelle 7: Bewertung der Erreichbarkeit von Familien mit Migrationshintergrund aus Sicht der MFAs /Ärzt:innen gesamt und unterteilt in den drei Interventionsarmen TAU, QT & ST (N=58).....	34
Tabelle 8: Häufigkeiten der Belastungsursachen bei den Familien gesamt und unterteilt in deutschsprachig und fremdsprachig (N=8.480) .....	35
Tabelle 9: Belastungsscore kategorisch dargestellt bei den Familien gesamt und unterteilt in deutschsprachig und fremdsprachig (N=8.480) .....	36

## Abkürzungsverzeichnis

BELLA	Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten
CHDS	Christchurch Health and Development Study
Destatis	Statistisches Bundesamt
H0	Nullhypothese
H1	Alternativhypothese
KID-PROTEKT	Kindzentrierte Psychosoziale Grundversorgung im Ambulanten Sektor
IOM	International Organization for Migration
MFA	Medizinische Fachangestellte:r
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
QT	Qualified Treatment
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
ST	Supported Treatment
TAU	Treatment as usual
UKE	Universitätsklinikum Eppendorf
ZuFa	Zusammen für Familien

## 1. Einleitung

Deutschland ist seit jeher ein Land, das stark von Aus-, Ein- und Durchwanderungen und von dem damit einhergehenden gesellschaftlichen und kulturellen Wandel geprägt ist (BMFSFJ, 2021). Im Jahr 2021 betrug der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung in Deutschland 27 Prozent. Das bedeutet, dass jene Menschen entweder selbst zugewandert oder sie sind Kinder von zugewanderten Familienangehörigen (Destatis, 2022). Ein Migrationshintergrund stellt an sich genommen keine Belastung dar. Jedoch wird angenommen, dass ein Migrationshintergrund einen gewissen Einfluss auf die Gesundheit eines Individuums innehat. So beinhaltet dieser ein größeres Risiko zu erkranken, kann aber gleichzeitig gewisse gesundheitliche Vorteile mit sich bringen (Stenzel, 2016). Die Migration nach erfolgt generell häufig im Verbund der Familie (BMFSFJ, 2021). Generell ist davon auszugehen, dass sich unter anderem aufgrund der zunehmenden Immigration der Anteil psychosozial belasteter Familien in der Bundesrepublik steigen wird, wobei bereits circa 24 bis 30 Prozent der Familien mit Kindern im Alter von null bis drei Jahren in Deutschland psychosozial belastet sind. Dies stellt die Gesundheitsversorgung vor große Herausforderungen (Renner et al., 2018; Lorenz et al., 2020).

Da sich psychosoziale Belastungen innerhalb von Familien negativ auf die kindliche Entwicklung auswirken können und für Kinder und Jugendliche mit einem erhöhten Krankheitsrisiko einhergehen, ist es essenziell, diesen präventiv entgegenzuwirken. Dieser Aufgabe nimmt sich das Projekt „KID-PROTEKT – Kindzentrierte Psychosoziale Grundversorgung im ambulanten Sektor“ (KID-PROTEKT) der Forschungsgruppe „Prävention im Kindes- und Jugendalter“ des Universitätsklinikums Eppendorf (UKE) an. Dabei verfolgt das Projekt das Ziel trotz psychosozialer Belastungen in den Familien die gesunde Entwicklung der Kinder und Jugendliche zu fördern. Hierbei werden die Routineuntersuchungen in der ambulanten pädiatrischen und gynäkologischen Versorgung um eine psychosoziale Anamnese ergänzt, um somit stark belastete Familien besser zu erkennen und ihnen entsprechende Unterstützungsangebote zu unterbreiten (GBA, o. J.; UKE, 2022).

Die Erarbeitung und Beantwortung der Fragestellungen in der vorliegenden Arbeit liegen dem Projekt zugrunde. Hierbei werden auf der einen Seite die Angaben der von

den Familien beantworteten Anamnesebögen (KID-PROTEKT-Anhaltbögen) und auf der anderen Seite die Angaben der vom medizinischen Fachpersonal beantworteten Interviewleitfäden erhoben und ausgewertet. Dabei verfolgt die vorliegende Arbeit das Ziel, einen Überblick über psychosoziale Belastungen von Familien mit Migrationshintergrund zu liefern und diese anhand einer statistischen Auswertung den psychosozialen Belastungen von Familien ohne Migrationshintergrund gegenüberzustellen, sie miteinander zu vergleichen und näher zu analysieren.

Hierzu werden zunächst die generellen psychosozialen Belastungen in Familien dargestellt und das Problem in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erläutert. Bevor auf die spezifischen psychosozialen Belastungen von Familien mit Migrationshintergrund eingegangen wird, erfolgt vorerst eine nähere Bestimmung des Begriffs „Migrationshintergrund“ sowie eine Beschreibung der methodischen Schwierigkeiten in der Migrationsforschung. Anschließend werden die spezifischen Barrieren in der Inanspruchnahme für Familien mit Migrationshintergrund beschrieben. Darauf folgt die Darstellung der Fragestellungen und anschließend die Methodenerläuterung, in welcher näher auf die Durchführung der Datenerhebung, die dafür verwendeten Instrumente und die statistische Auswertung eingegangen wird. Anschließend erfolgt der Ergebnisteil, darauf die Diskussion, bevor abschließend ein Fazit gezogen wird und ein Ausblick gestellt wird.

## 2. Psychosoziale Belastungen in Familien

Nach Mall und Friedmann versteht man unter dem Begriff „psychosozial“ jene Faktoren, die sich in der Interaktion zwischen psychischer Konstitution und sozialem Umfeld verorten lassen. Mit Risikofaktoren sind Bedingungen gemeint, die mit vermehrtem Auftreten die Wahrscheinlichkeit von Entwicklungsauffälligkeiten erhöhen. Hierbei wird zwischen verschiedenen Faktoren wie biologischen Risikofaktoren, individuellen Vulnerabilitäten und Umweltfaktoren (Stressoren) unterschieden (Mall & Friedmann, 2016). Der Definition des Pschyrembel zufolge, stellen die psychosozialen Belastungen eine Gesamtheit psychischer und sozialer Einflüsse dar, welche auf Personen einwirken und deren Ressourcen überfordern können (Bengel, 2016). Psychosoziale Stressoren können beispielsweise eine Scheidung, der Tod eines Kindes, langwierige

Erkrankungen, ungewollter Wohnortswechsel, Naturkatastrophen oder eine stark konkurrenzorientierte Arbeitssituation sein (APA, 2022).

Im Rahmen der Operationalisierung von psychosozialen Umweltfaktoren bzw. Stressoren, stehen familiäre Kennzeichen im Fokus vieler Forschungsarbeiten. Hierbei existieren Ansätze mit dem Ziel, die Risikofaktoren zu kategorisieren, welche sich auf die kindliche Entwicklung auswirken können (Mall & Friedmann, 2016). So lassen sich nach Lauch et al. psychosoziale Belastungsfaktoren innerhalb von Familien ähnlich den drei oben genannten Stressoren von Mall und Friedmann, in drei Kategorien einordnen: 1. *Auffälligkeiten der Eltern* (z. B.: schwaches Bildungsniveau, psychische Störung), 2. *Auffälligkeiten der Partnerschaft* (z. B.: Disharmonische Verhältnisse) und 3. *Auffälligkeiten der familiären Lebensbedingungen* (z. B.: schwieriges Wohnumfeld, schwache soziale Integration) (Laucht et al., 2000). Zu den auf die Entstehung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen auswirkenden biografischen Risikofaktoren gehören unter anderem eine längere Trennung in den ersten Lebensjahren von der primären Bezugsperson, niedriger sozioökonomischer Status, ein alleinerziehender Elternteil oder schwerwiegende Erkrankungen in der Kindheit (Vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Biografisch frühe Risikofaktoren für die Entstehung psychischer und psychosomatischer Krankheiten (eigene Anfertigung nach Egle et al., 2016)

Zusammenfassung biografisch früher Risikofaktoren für die Entstehung psychischer und psychosomatischer Krankheiten
Niedriger sozioökonomischer Status/ Arbeitslosigkeit
Schlechte Schulbildung der Eltern
Große Familien und sehr wenig Wohnraum Kriminalität oder Dissozialität eines Elternteils
Chronische familiäre Disharmonie
Mütterliche Berufstätigkeit im ersten Lebensjahr (ohne stabiles Ersatzarrangement)
Unsicheres Bindungsverhalten nach 18./24. Lebensmonat
Psychische Störungen der Mutter/des Vaters
Schwere körperliche Erkrankungen der Mutter/des Vaters
Chronisch krankes/behindertes Geschwister
Ein-Eltern-Familie/alleinerziehende Mutter
Autoritäres väterliches Verhalten
Verlust eines Elternteils
Scheidung, Trennung der Eltern

Häufig wechselnde frühe Bezugspersonen
Sexueller und/oder aggressiver Missbrauch
Emotionale Vernachlässigung/Entwertung
Schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen
Erhöhter Medienkonsum (>1-2 h pro Tag)
Anhaltende Ausgrenzung der Familie und/ oder durch Peers
Altersabstand zum nächsten Geschwister <18 Monate
Längere Trennung (>6 Wochen) von den Eltern in den ersten 7 Lebensjahren
Hohe Risiko-Gesamtbelastung

Durch Langzeitstudien ist es bereits erwiesen, dass die Auswirkungen psychosozialer Belastungen in der Kindheit (bis zum 14. Lebensjahr) die Wahrscheinlichkeit um das fünf bis zwanzigfache erhöht, im Erwachsenenalter eine psychische oder psychosomatische Krankheit zu entwickeln (Egle et al., 2002). Beispielsweise wurde in der Langzeitstudie „Christchurch Health and Development Study“ (CHDS) herausgefunden, dass sexueller Missbrauch im Kindesalter zu Depressionen, Angstzuständen, Verhaltensstörungen, Substanzenmissbrauch und suizidalen Verhalten führen kann (Fergusson & Horwood, 2001). Je länger und akkumulierter dabei psychosoziale Belastungsfaktoren innerhalb von Familien auftreten, desto früher und schwerwiegender entwickeln sich psychische Störungen und Erkrankungen (Egle et al., 2016). So zeigten unter anderem Ergebnisse der „Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten“-Studie (BELLA), dass die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen beim kumulierten Auftreten mehrerer Belastungsfaktoren stark ansteigt (Ravens-Sieberer et al., 2007). Die Trennung der Eltern und das daraus zum Teil resultierende Aufwachsen bei einem alleinerziehenden Elternteil birgt psychosoziale Risikofaktoren für das Kind selbst, welches sich mit der Trennung oftmals veränderten Lebensumständen auseinandersetzen muss, wie zum Beispiel Wohnortwechsel, innerfamiliäre Konflikte oder finanzielle Anpassungen (Hagen & Kurth, 2007). In der CHDS-Langzeitstudie wurde zudem nachgewiesen, dass Kinder, die in ungünstigsten Lebensbedingungen, gekennzeichnet durch beispielsweise ökonomische Nachteile, familiäre Dysfunktionen oder beeinträchtigte Erziehung, aufwachsen, ein 100mal größeres Risiko innehaben mehrere Verhaltensstörungen zu entwickeln (Fergusson & Horwood, 2001). Neben den Kindern können auch die alleinerziehenden Elternteile von psychosozialen Belastungen betroffen sein. So ist die mittlere psychosoziale Belastung in der Gruppe der Alleinerziehenden überdurchschnittlich

ausgeprägt. Aus der Studie wird ersichtlich, dass alleinerziehende Mütter häufiger aufgrund psychischer und psychosomatischer Störungen beeinträchtigt sind (Franz et al., 2006). Ein Teil der gesundheitlichen Belastungen, denen Alleinerziehende ausgesetzt sind, ist auf den eher niedrigeren sozioökonomischen Status zurückzuführen. Der niedrige Status hängt oft mit einer Armutslage zusammen, von welcher Alleinerziehende und ihre Kinder in höherem Maße betroffen sind (Rattay et al., 2017). So sind es vor allem Familien, welche sich in einer Armutslage befinden, die sich häufiger mit multiplen psychosozialen Belastungen konfrontiert sehen (Renner, 2018).

Für bereits stark belastete Familien brachte die COVID-19-Pandemie und die damit einhergehenden Infektionsschutzmaßnahmen eine gewisse Verschärfung der Belastungen mit sich und stellte die Familien vor zusätzlichen Herausforderungen, welche sich auf deren Lebenssituation auswirken. Mit dem plötzlichen Wegbrechen von Kinderbetreuung und ähnlichen Unterstützungsangeboten sahen sich psychosozial belastete Familien teils mit neuen beziehungsweise verschärfenden Belastungsfaktoren konfrontiert. So kamen sowohl Existenzängste und zunehmende interfamiläre Konflikte als auch eine generelle Überforderung mit der Gesamtsituation hinzu. Betroffen davon sind vor allem jene Familien in Armutslagen, welche vermehrt in beengten Wohnverhältnissen leben (Renner et al., 2021).

## 2.1 Inanspruchnahme belasteter Familien

Eine vorliegende Problematik ist, dass insbesondere belastete Familien trotz ihres Bedarfes nur schwierig erreicht werden können und zur Inanspruchnahme präventiver Angebote besonders motiviert werden müssen. Dies macht sich unter anderem darin bemerkbar, dass viele Angebote hauptsächlich von Familien mit einem mittleren und hohen Bildungsniveau angenommen werden (Eickhorst et al., 2016). Das sogenannte Präventionsdilemma wird beispielsweise in Gesundheitsangeboten wie der Frühen Hilfen, einem Präventionsangebot für Familien mit Kindern bis zum Alter von drei Jahren, das Eltern bei der Erlangung von Kompetenzen hinsichtlich der Verbesserung der Lebensbedingungen unterstützt, erkennbar. In den Frühen Hilfen gestaltet sich zurzeit insbesondere die sektorenübergreifende Arbeit als besonders mühevoll. Auch für die pädiatrischen Versorger:innen stellt der Umgang mit psychosozial belasteten Familien

eine Herausforderung dar, wie Ergebnisse des „Zusammen für Familie“-Monitorings (ZuFa) zeigten. Probleme hier sind die mangelnde Zeit für Gespräche, wie auch die nichtangemessene Vergütung jener Gespräche aufseiten der Behandelnden (Renner et al., 2018). Dabei ist gerade die Inanspruchnahme von Prävention und die frühzeitige Erkennung von Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen von großer Bedeutung, um Erkrankungen im späteren Alter bestmöglich vorzubeugen (Kamtsiuris et al., 2007).

Zur Erhöhung der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten wie den Frühen Hilfen bei psychosozial belasteten Familien ist daher eine gezielte und motivierte Ansprache von Familien notwendig. Ein wichtiges Setting stellen dabei Praxen niedergelassener Ärzt:innen dar, da diese generell eine hohe Akzeptanz in der Bevölkerung genießen. Dabei stehen nach Renner insbesondere drei Gesundheitsakteure im Fokus: Gynäkologinnen und Gynäkologen, Pädiaterinnen und Pädiater sowie Hebammen. So besteht die Möglichkeit in gynäkologischen Praxen im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft vertrauliche Kontakte zu jungen Familien herzustellen und aufzubauen, mögliche psychosoziale Belastungen zu dokumentieren und gegebenenfalls auf entsprechende Beratungsgebote frühzeitig aufmerksam zu machen. In den pädiatrischen Praxen kann kurz nach der Geburt durch Früherkennungsuntersuchungen der Kontakt zu belasteten Familien hergestellt werden, während die Unterstützung von Hebammen von vielen Frauen vor als auch nach der Geburt beansprucht wird. Die drei Zugangswege eignen sich deshalb für Präventionsprogramme wie die Frühen Hilfen besonders gut, da die Leistungen von mindestens einem der Gesundheitsakteure vom Großteil der Frauen, auch jener stark belasteten, frühzeitig in Anspruch genommen wird. Auch bei jungen Eltern genießen die Versorgungsangebote eine hohe Akzeptanz und werden vor allem als unterstützend und als nicht stigmatisierend wahrgenommen (Renner, 2010).

Um zu verhindern, dass der Hilfsbedarf von belasteten Familien nicht rechtzeitig erkannt wird, findet zunehmend die Verwendung von Risiko- und/oder Belastungsscreenings statt. So können Screenings auf psychosozialen Belastungen in Settings wie Geburtskliniken, ärztliche Praxen aber auch in Schule eine hilfreiche Methode darstellen, Familien mit Belastungen systematisch zu erfassen und gegebenenfalls an sinnvolle Unterstützungsangeboten weiterzuleiten (Metzner et al., 2017). Dennoch gilt es

zu beachten, dass in den Frühen Hilfen die drei genannten Behandelnden innerhalb des Gesundheitssystems höchstens als „Türöffner“ fungieren und zunächst lediglich den Zugang zu stark belasteten Familien herstellen sollen (Renner et al., 2018). Um Familien eine angemessene Unterstützung zukommen zu lassen, bedarf es vor allem einer gut funktionierenden, intersektoralen Zusammenarbeit zwischen ambulanten Angeboten und Jugendhilfe (Egle et al., 2016).

### 3. Familien mit Migrationshintergrund

#### 3.1 Begriffsbestimmung Migrationshintergrund

Nach dem Glossar der *International Organization for Migration* (IOM) zufolge, lässt sich der Begriff Migrant:in als völkerrechtlich nicht fest definierter Oberbegriff verstehen, welcher sich auf jene Personen bezieht, die sich vorübergehend oder dauerhaft aus unterschiedlichen Motiven von ihrem gewöhnlichen Wohnort entfernen, sei es innerhalb eines Landes oder über eine internationale Grenze hinweg (IOM, 2019). In Deutschland ist dabei die Staatsangehörigkeit allein kein zuverlässiger Indikator für den Migrationsstatus, da ein großer Teil der Migranten und Migrantinnen über einen deutschen Pass verfügen (Geisen et al., 2013). Unter Menschen mit Migrationshintergrund versteht man außerdem nicht nur die Zugewanderten selbst, sondern auch deren Nachkommen, welche in Deutschland geboren sind. So verfügen nach der Definition des Statistischen Bundesamt (Destatis) Personen dann über einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt an besitzt. Demnach umfasst die Definition folgenden Personen: Zugewanderte und nicht-zugewanderte Ausländer:innen, zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte, Aussiedler:innen, Personen, welche durch Adoption eines deutschen Elternteils die deutsche Staatsangehörigkeit erhalten haben sowie Kinder der vier zuvor erwähnten Gruppen mit geborener deutscher Staatsangehörigkeit. Nach den Ergebnissen des Mikrozensus 2021 des Statistischen Bundesamtes zufolge besitzen in Deutschland circa 22 Millionen Menschen einen Migrationshintergrund. Von der circa 82 Millionen umfassenden Gesamtbevölkerung Deutschlands entspricht dies einem Anteil von circa 27 Prozent (Destatis, 2022).

Unter Familien definiert Krüger-Potratz jene Personen, welche eine „*mindestens zwei Generationen umfassende Lebensgemeinschaft bilden*“ (Krüger-Potratz, 2013, S.15). Meist sind dabei die Personen ein Teil eines größeren Verwandtschaftsnetzes, in welchem die Erziehung der Kinder in unterschiedlichen Ausmaßen von Familienmitgliedern beeinflusst wird. Unter Familien mit Migrationshintergrund versteht man jene, in denen mindestens eine Person über einen Migrationshintergrund, nach der oben genannten Definition des Mikrozensus', verfügt (Krüger-Potratz, 2013). Die Migration innerhalb der Familie geht einher mit einer historischen Tradition und ist generell eine weitverbreitete Form der Migration. Dies lässt sich unter anderem bei religiösen Migrant:innen erkennen, wie beispielsweise in der protestantischen Auswandererbewegung im 16. und 17. Jahrhundert. Auch in der Migration von Individuen nimmt die Familie eine wichtige Rolle ein. So wird die Migration eines oder einer Einzelnen oftmals in familiären Netzwerken entschieden, geplant und ausgeführt (Baader et al., 2018). Die Migration innerhalb der Familie ist heutzutage einer der wesentlichen Zuwanderungswege in europäische und andere entwickelte Industrieländer. Hierbei wird nach vier Formen der Familienmigration unterschieden: Gemeinsame Zuwanderung im Familienverbund, der Nachzug von Familienangehörigen nach erfolgter Zuwanderung eines Einzelnen, Zuwanderung von Partnerinnen und Partnern mit der Motivation einer Familiengründung und die Kindesadoption im Ausland (BMFSFJ, 2021).

Generell ist der Anteil von Familien mit Migrationshintergrund in den letzten Jahren gestiegen (BMFSFJ, 2021). Von den in Deutschland insgesamt acht Millionen lebenden Familien besitzen 2,8 Millionen Familien einen Migrationshintergrund, was einem Anteil von 35 Prozent entspricht. Dabei hat in 2,6 Millionen Familien mindestens ein Elternteil eine eigene Migrationserfahrung, was somit 92 Prozent der Familien mit Migrationshintergrund in Deutschland betrifft. Innerhalb der Familien in Deutschland machen die 5,1 Millionen Kinder in Familien mit Migrationshintergrund einen Anteil von 39 Prozent aller Kinder aus. Durchschnittlich haben Familien mit Migrationshintergrund 2,0 Kinder und somit mehr Kinder als Familien ohne Migrationshintergrund, welche im Durchschnitt 1,7 Kinder haben (BMFSFJ II, 2020). Der Anteil migrantischer Familien aus der Türkei stellte im Jahr 2018 den größten Anteil an den hier in Deutschland lebenden Familien dar. So gab es in der Bundesrepublik knapp 490.000 Familien, in

welchen zumindest eine Person mit türkischem Migrationshintergrund lebt (BMFSFJ, 2021).

Die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund ist heterogen bezüglich ihrer Herkunftsländer, Kulturen, Muttersprache wie auch im Hinblick auf ihrer gesundheitlichen Belastungen (Razum & Saß, 2015). Dies stellt auch die Methodik in der Migrationsforschung vor Herausforderungen. Oft wird die Vergleichbarkeit verschiedener empirischer Arbeiten durch den Umstand erschwert, dass der Migrationshintergrund nicht einheitlich definiert ist (Krüger-Potratz., 2013). So erfolgt die Definition des Migrationshintergrunds in der Forschung anhand unterschiedlicher Kriterien wie unter anderem der Nationalität, des Geburtsortes oder der Muttersprache. Neben Problemen in der Operationalisierung von Studien ist auch die Repräsentativität des Öfteren limitiert, da Menschen mit Migrationshintergrund allgemein schwierig zu erreichen sind und ihnen der Umgang mit Fragebogenuntersuchungen schwerfällt, zum Beispiel aufgrund von Sprach- und Verständnisproblemen. Darüber hinaus stellt die Heterogenität der migrierten Personengruppe weitere Probleme dar. Da sich die Migrant:innen in vielen Gesichtspunkten voneinander unterscheiden und einander kaum gleichen, sollten einzelne Gruppen singulär erforscht werden. Außerdem liegt eine andere Verteilung der soziodemografischen Merkmale aufgrund der Zuwanderungsgeschichte vor, welche sich von denen einheimischer Stichproben unterscheidet. In Deutschland findet man meist einen erhöhten Anteil von Männern und generell eine jüngere migrantische Stichprobe im Vergleich zu der Einheimischen vor. Umstritten sind auch hiesige Erhebungsinstrumente, die teils kulturelle Einflüsse aufweisen und zudem oftmals nicht an migrantische Gruppen normiert sind. Auch die Frage, ob Menschen mit Migrationshintergrund an der Population des Herkunftslandes oder an der des Ankunftslandes verglichen werden soll, ist in der Forschung nicht endgültig geklärt (Kirkcaldy et al., 2006). Interkulturelle Differenzen bei der Betrachtung von Krankheit- und Störungskonzepten stellen ebenfalls ein Problem dar, um allgemeingültige Aussagen im Zusammenhang mit psychischen Störungen zu treffen. So wird in Deutschland häufig von hier geläufigen Krankheitsbildern ausgegangen, die sich aber teils stark von denen aus den Herkunftsländern der Migrant:innen unterscheiden (Diop et al., 2020). Generell können sich in Studien außerdem Selektionseffekte durch soziodemografische Merkmale einstellen, dazu gehören neben dem Bildungs- auch der Migrationshintergrund. So zeigen unter anderem Erkenntnisse der Studie von Homuth et al. (2017), dass Familien mit

einem geringen Bildungsstand, niedrigen sozioökonomischen Status oder mit einem Migrationshintergrund eine geringere Teilnahmerate in einer Panelstudie aufwiesen.

### 3.2 Spezifischen Belastungen von Familien mit Migrationshintergrund

Trotz der methodischen Schwierigkeiten ist es möglich, generelle Aussagen über spezifische, psychosoziale Belastungsfaktoren von Menschen und Familien mit Migrationshintergrund zu treffen (Vgl. Kirkcaldy et al., 2006).

Wenn man sich den spezifischen Belastungen von Familien mit Migrationshintergrund nähert, ist es wichtig vorwegzunehmen, dass der Migrationshintergrund per se kein Gesundheitsrisiko darstellt, sondern die mit den sozioökonomischen Umständen einhergehenden psychosozialen Belastungen. Das Migrationsproblem beschreibt somit die Risiken, die erst durch soziale Benachteiligungen entstehen (Wimmer-Puchinger et al., 2006). Dabei weisen Neuzugewanderte sogar zum Zeitpunkt der Migration oftmals einen besseren Gesundheitszustand und eine niedrigere Mortalität gegenüber der nicht migrierten Mehrheitsbevölkerung des Ziellandes auf. Dies ist unter anderem auf den Selektionsprozess hinsichtlich der Vorbereitung auf eine anstehende, oftmals beschwerliche Migration zurückzuführen, in welchem meist junge, männliche und gesunde Zuwanderer vorerst in das Zielland migrieren, bevor der restliche Teil der Familie nachgezogen wird. Jedoch klingt der gesundheitliche Vorteil schnell ab und zur gleichen Zeit kommt es aufgrund unterschiedlicher Benachteiligungen und gesundheitlichen Belastungen zu einem Anstieg der Sterblichkeit. Das Erklärungsmodell des „gesunden Migranten“ ist generell als „Healthy Migrant Effect“ geläufig (Vgl. Razum, 2009; Razum et al., 2000).

Trotz des Vorhandenseins gesundheitlicher Vorteile gegenüber der nicht-migrierten Mehrheitsbevölkerung, wirken durch die Umstände der Migration psychosoziale Belastungsfaktoren auf Familien mit Migrationshintergrund ein. Familien mit Migrationshintergrund kommen in der Regel aus fremden Kulturen und deren Zuwanderung bringt innere (psychische) und äußere (soziale) Veränderungen mit sich, die langfristig ihren Gesundheitszustand negativ beeinflussen können. Die Migration ist dabei ein Lebensereignis, welches prägend für die Familienentwicklung über mehrere

Generationen ist. Generell birgt die Migration von Familien gesundheitliche, soziale sowie ökonomische Chancen aber auch Risiken (RKI, 2008). Jedoch sind die Veränderungen, die mit einer Migration einhergehen dermaßen umfassend und komplex, dass die Migration in der Wissenschaft überwiegend als ein kritisches Lebensereignis angesehen wird, welches die bis zum Zeitpunkt der Migration erlernten Anpassungskompetenzen und Bewältigungsstrategien überfordern kann (Kirkcaldy et al., 2006). Faktoren wie die Entwurzelung und/oder der Zusammenstoß erlernter traditionellen Werte mit denen des Ziellandes können sich dabei auf die psychische Gesundheit auswirken (Stenzel, 2016). Spezifische psychosoziale Belastungsfaktoren bei Familien mit Migrationshintergrund können sich sowohl vor der Migration im Herkunftsland auswirken, wie beispielsweise aufgrund politischer Verfolgung und Folter (RKI, 2008), als auch im Laufe des Migrationsprozesses im Zielland, bedingt durch Unsicherheiten bezüglich der aufenthaltsrechtlichen Situation, Arbeitslosigkeit, ungünstigen Wohnverhältnissen, Stigmatisierung und/oder Fremdenfeindlichkeit (Schouler-Ocak et al., 2015).

Aufteilen lassen sich die oberhalb beschriebenen psychosozialen Belastungsfaktoren im Rahmen der Therapie und Diagnostik von Familien mit Migrationshintergrund in „migrationsspezifische“ und „kulturspezifische“ Konsequenzen. Migrationsspezifische Konsequenzen beschreiben durch die Migration ausgelöste Folgen, welche Familien mit Migrationshintergrund beeinflussen. Durch die Wohnortsverlagerung gehen Folgen einher wie Trennungs- und Verlusterfahrungen, Heimweh, Auflösung von Familienstrukturen, Einsamkeit, Isolation, arbeits- und aufenthaltsrechtliche Umstände und unsichere Zukunftsaussichten (Behrens & Calliess, 2008). Insbesondere Trennungserfahrungen, inklusive der postmigrantischen, von Familien während des Migrationsprozesses können sich auf die Gesundheit einzelner Familienmitglieder auswirken. Studien unter anderem aus den USA und Australien zeigen, dass die Trennung von der Familie in erheblichem Maße zur psychischen Belastung von Migrant:innen beiträgt und sich beispielsweise in Form von Symptomen wie Depression, Angst und Posttraumatischen Belastungsstörungen auswirkt (Miller et al., 2018, Wickes et al., 2019). Denn oftmals erfolgt die Trennung nicht freiwillig, sondern ist erzwungen, resultierend aus einer Kombination von Bedingungen im Herkunftsland, die eine Trennung vor oder während der Migration erforderlich machen, und einschränkenden Maßnahmen im Neuansiedlungsland, welche die Familienzusammenführung nach erfolgter Migration

vor Ort erschweren. Von solch einer Trennung ist das ganze Familiensystem betroffen. Kinder verlieren zeitweise intime emotionale Unterstützung, andere Familienmitglieder finden sich plötzlich in neuen Rollen innerhalb der Familie vor. Kinder können darunter leiden, wenn beispielsweise die Großmutter als ehemalige Hauptbezugsperson durch die Trennung von der Familie separiert wird, sie als Hauptbezugsperson durch ein anderes Familienmitglied ersetzt wird und dadurch eine neue, ungewohnte Rollenverteilung in der Familie entsteht. So stellt die Trennung für Kinder oftmals eine traumatische Lebenserfahrung dar und kann deren Entwicklung erheblich beeinträchtigen (Shadid, 2021). Eine Querschnittsstudie, die sich der psychischen Gesundheit von Kindern widmet, welche an der US-Amerikanischen Grenze zu Mexiko kurzzeitig von ihrer Familie getrennt wurden, stellte erhöhte Werte für emotionale Probleme, Probleme mit Gleichaltrigen und Gesamtschwierigkeiten fest. Verhaltensauffälligkeiten manifestierten sich auch nach der Wiedervereinigung, wobei sich kurzfristige Trennungen ebenso stark auszuwirken scheinen wie Langfristige (MacLean et al., 2020). Auch wenn es sich bei der Studie um ein Extrembeispiel von familiärer Trennung aufgrund restriktiver Migrationspolitik handelt, liefert sie dennoch Hinweise auf die psychosozialen Belastungen, mit denen sich Kinder mit Migrationshintergrund aufgrund von Trennungserfahrungen konfrontiert sehen.

Die zweite Generation der migrierten Familie, meist Kinder- und Jugendliche, sind neben Trennungserfahrungen unmittelbar nach erfolgter Zuwanderung weiteren migrationspezifischen Belastungsfaktoren ausgesetzt, welche sich negativ auf ihre psychische Gesundheit und Entwicklung auswirken können. Die zweite Generation ist oft dem Dilemma ausgesetzt, den Erwartungshaltungen der Eltern zu entsprechen, welche unter Umständen ihre eigenen nicht wahrnehmen konnten, und gleichzeitig ihren persönlichen und psychischen Interessen im Zielland gerecht zu werden. Dazu kommen Beziehungsprobleme, Konflikte mit den Eltern oder auch aufenthaltsrechtliche Probleme (Zapotoczky, 2011). So wurde bei einer Studie, mit Vorbehalt, festgestellt, dass bei türkischstämmigen Adoleszenten mit Wohnsitz Basel-Stadt eine Überrepräsentierung von Suizidversuchen vorliegt, die möglicherweise die Folge psychosoziale Belastungen wie beispielsweise Identitätskrisen darstellen (Yilmaz & Riecher-Rössler, 2008). Hingegen kann sich bei der ersten Generation von Familien mit Migrationshintergrund mit fortschreitenden Altern eine gewisse Frustration über die Lebenssituation einstellen, falls die mit der Migration verbundenen Hoffnungen sich nicht realisieren

ließen. Migrant:innen, welche nicht das notwendige Renteneintrittsalter in Deutschland aufgrund von Krankheit und Arbeitslosigkeit erreichen, deren Rücklagen nicht für eine dauerhafte Rückkehr in das Herkunftsland ausreichen und von familiären Konflikten betroffen sind, besitzen ein höheres Risiko psychische Störungen und Erkrankungen zu erleiden (Brucks, 2004).

Den migrationspezifischen gegenübergestellt, beschreiben die kulturspezifischen Aspekte, die in der Herkunftsgesellschaft erlernten, beziehungsweise verinnerlichteten kulturellen Eigenschaften. Darunter versteht man unter anderem Verhaltensnormen, Werte und Glauben der jeweiligen Gesellschaft, aus welcher ein:e Person kommt. Kulturspezifische Aspekte können innere, transkulturelle Konflikte zur Folge haben, welche oft das Motiv bieten, den Weg in die professionelle Behandlung zu suchen. Diese Konfliktbewältigung trifft auch auf Heranwachsende zu, welche neben generell anstehenden Aufgaben hinsichtlich der Persönlichkeitsentwicklung auch die Integration verschiedener Normen und Werte zu bewerkstelligen haben (Behrens & Callies, 2008).

Allgemein kann man davon ausgehen, dass ein Migrationshintergrund ein bedeutsamer Vulnerabilitätsfaktor für das Zustandekommen von psychischen Störungen sein kann (Diop et al., 2020). Dies zeigen unter anderem höhere Prävalenzraten psychischer Störungen sowie eine höhere Symptombelastung bei Menschen mit Migrationshintergrund (Brandl et al., 2018). Ergebnisse der Reanalyse des Bundesgesundheits-surveys von 1998/1999 von Bermejo et al. ergaben zudem, dass Zugewanderte im Vergleich zur deutschen Bevölkerung signifikant höhere Prävalenzraten psychischer Störungen, insbesondere affektiver und somatoformer Störungen, aufweisen. So ist die Lebenszeitprävalenz von psychischen Störungen bei Migrant:innen um 8,3 Prozent höher als die der Restbevölkerung (Bermejo et al., 2012). Bei Frauen mit Migrationshintergrund gehören zu den am häufigsten vorkommenden psychischen Störungen depressive Erkrankungen neben Angstzuständen und somatoformen Störungen. Sie sind besonderen Herausforderungen ausgesetzt und sehen sich oft mit einem hohen psychosozialen Stress konfrontiert, welcher sich beispielsweise ungünstig auf den Verlauf einer Schwangerschaft auswirken kann. Negativ beeinflusst werden Migrantinnen hierbei beispielsweise durch mangelhafte Kommunikation mit dem Behandelnden sowie erlebte Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen. Generell scheinen

psychischen Erkrankungen bei Migrantinnen stärker kulturspezifischen Einflüssen zu unterliegen als bei Frauen ohne Migrationshintergrund (Diop et al., 2020). So berichteten zum Beispiel in den Gesundheitssurveys Nordrhein-Westfalens Migrantinnen über ein schlechteres psychisches Wohlbefinden und einen geringeren Gesundheitszustand als deutsche Frauen (Weilandt et al., 2004). Hinsichtlich der Faktoren zur Entwicklung einer postpartalen Depression zeigt sich außerdem, dass neben den Risikofaktoren, welche Frauen mit und ohne Migrationshintergrund gemein haben, zusätzliche migrationsspezifische Belastungen bei Migrantinnen vorliegen (Alhasanat & Fry-McComish, 2015). Zusätzlich kommt dazu, dass Frauen generell eher in Familie und Beruf benachteiligt sind, meist ungelernte Arbeiterinnen und somit auf unattraktive und ungesunde Arbeitsplätze angewiesen sind und sich mit rechtlicher und sozialer Diskriminierung konfrontiert sehen. Insbesondere Migrantinnen aus stark patriarchal geprägten Ländern haben aufgrund von Bildungs- und Spracherwerbschancen eher Probleme Anschluss im Zielland zu finden. So birgt vor allem Arbeitslosigkeit das Risiko sozialer Isolation von Migrantinnen (Wimmer-Puchinger et al., 2006). Ergebnisse des sozioökonomischen Panels Nordrhein-Westfalens zeigt (zumindest auf regionaler Ebene), dass Arbeitsmigrantinnen ab einem Alter von 30 Jahren ihren subjektiven Gesundheitszustand negativer bewerten als deutsche Frauen gleichen Alters (Weilandt et al., 2004). Außerdem sind Frauen mit Migrationshintergrund eher von Partnergewalt betroffen als Frauen ohne Migrationshintergrund, wie es sich vor allem bei Frauen türkischer Herkunft zeigt (BMFSFJ III, 2007).

Familien mit Migrationshintergrund sehen sich wie bereits erwähnt eher mit Lebensumständen konfrontiert, welche sich negativ auf die Gesundheit auswirken können. So unterliegen sie ebenso wie die nicht migrierte Gesamtbevölkerung sozioökonomischen Determinanten (Razum & Saß, 2015). Betrachtet man nicht migrierte Bevölkerungsgruppen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status, zeigten bisherige Erkenntnisse aus der Forschung, dass dieser mit einer erhöhten Prävalenz kardiovaskulärer Risikofaktoren sowie erhöhter Morbidität und Mortalität einhergeht. Demnach verfügen sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen über ein erhöhtes Risiko zu erkranken oder verfrüht zu sterben (Razum, 2009). Dass Menschen mit Migrationshintergrund eher einen niedrigeren sozioökonomischen Status innehaben, lässt sich unter anderem anhand der Erwerbsquote und Erwerbslosenquote erkennen. Väter wie auch Mütter mit Migrationshintergrund sind seltener erwerbstätig als Väter und Mütter ohne

Migrationshintergrund. So waren im Jahr 2018 54 Prozent der Mütter und 85 Prozent der Väter mit Migrationshintergrund erwerbstätig. Dem gegenüber steht eine Erwerbsquote von 76 Prozent bei Müttern und 95 Prozent bei Vätern ohne Migrationshintergrund (BMFSFJ II, 2020). Die Erwerbslosenquote bei Menschen mit Migrationshintergrund lag im Jahr 2021 bei 6,6 Prozent, somit mehr als doppelt so hoch als bei Menschen ohne Migrationshintergrund, bei denen die Erwerbslosenquote bei 2,7 Prozent lag (Destatis, 2022). Außerdem finden sich im Vergleich zur restlichen Bevölkerung Menschen mit Migrationshintergrund häufiger in einer Armutslage wieder, welche oft mit einem geringeren Gesundheitsstatus assoziiert wird (Lampert & Kroll, 2010). Im Jahr 2019 lag die Armutsgefährdungsquote mehr als doppelt so hoch bei Menschen mit Migrationshintergrund (27,8%) wie bei Menschen ohne Migrationshintergrund (11,7%) (bpb, 2020).

Die durch den Ausbruch der COVID-19-Pandemie notwendigen ergriffenen Schutzmaßnahmen wie beispielsweise die Schulschließungen stellten zusätzliche Belastungen dar. So waren Familien mit niedrigen sozioökonomischen Status oder mit Migrationshintergrund eher stärker von den Auswirkungen der Schließungen betroffen (Schlack et al., 2020).

#### 4. Barrieren der Inanspruchnahme

Hinsichtlich der generellen Nutzung von gesundheitlichen Leistungen ist auffällig, dass diese von Menschen mit Migrationshintergrund deutlich weniger wahrgenommen werden als von der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (Machleidt et al., 2007; Mösko et al., 2011; RKI, 2008). Trotz vielfältiger Belastungen und Risiken für die Entwicklung von psychischen Erkrankungen durch die Migration, zeigte sich bisher, dass Familien mit Migrationshintergrund unzureichend in die psychosoziale Versorgung gelangen. Bisher zeigten Untersuchungen eine erhöhte Inanspruchnahme von Notfallleistungen bei Menschen mit Migrationshintergrund, jedoch eine geringere Nutzung von ambulanten psychotherapeutischen Angeboten. So werden Menschen mit Migrationshintergrund überwiegend medikamentös und von allgemein praktizierenden Ärzt:innen behandelt (Machleidt, 2005 & Machleidt et al., 2007). Die mangelhafte Nutzung präventiver Angebote bei Familien mit Migrationshintergrund zeigt sich unter anderem

anhand von Impflücken, vor allem bei Kinder und Jugendliche in der Altersgruppe von 14-17 Jahren (Poethko-Müller et al., 2007), wie auch an der schlechteren Zahngesundheit bei ausländischer Kindern und Jugendlichen (Knopf et al., 2008). Auch bei der Nutzung von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern (U3-9) bis in das 6. Lebensjahr, welche dazu dienen mögliche Fehlentwicklungen, Erkrankungen oder Gesundheitsrisiken bei Kindern rechtzeitig zu erkennen und bei Bedarf gegen diese frühzeitig entgegenzuwirken, lässt sich bei migrantischen Familien eine kontinuierliche Abnahme bei der Inanspruchnahme erkennen. So zeigte sich in der KIGGS-Studie, dass gerade einmal 81,3 Prozent der Kinder mit Migrationshintergrund an der U3 teilnahmen, und sich der Anteil bis auf 67,9 Prozent bei der U9 reduzierte. Vierzehn Prozent der Kinder mit Migrationshintergrund nahmen sogar an keiner der Früherkennungsuntersuchungen teil (Kamtsiuris et al., 2007).

Ein demografisches und sozialstrukturelles Merkmal welche sich auf das Inanspruchnahmeverhalten von Menschen mit Migrationshintergrund auswirken kann, ist der sozioökonomische Status, welcher meist niedriger bei Migrant:innen ist als bei der nicht-migrierten Gesamtbevölkerung. Es ist dabei anzunehmen, dass Menschen mit niedrigerem sozioökonomischem Status über eine geringere kommunikative Kompetenz verfügen und ihnen weniger Informationen über gesundheitliche Versorgungsangebote zur Verfügung stehen (Machleidt et al., 2007). Diese Schwierigkeit in der Versorgung ist auch bei Migrantinnen zu erkennen, von denen eine Vielzahl der sozialen Unterschicht angehören (Wimmer-Puchinger et al., 2006). So herrscht beispielsweise bei Frauen mit Migrationshintergrund ein mangelndes Wissen an Informationen über gynäkologische Versorgungsmöglichkeiten vor, weswegen werdende Mütter mit Migrationshintergrund sich des Öfteren erst in späteren Schwangerschaftsperioden in die gynäkologische Versorgung begeben (Diop et al., 2020).

Die zu Teilen mangelhafte Inanspruchnahme präventiver Angebote und Gesundheitsleitungen sowie Unterrepräsentierung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund ist einerseits auf strukturelle Barrieren im Gesundheitssystem zurückzuführen, mit welchen sich Migrant:innen in Deutschland konfrontiert sehen (Baschin et al., 2012). Zu den strukturellen Barrieren in Aufnahmeland gehören unter anderem eine mangelnde interkulturelle Kompetenz wie auch stigmatisierende, diskriminierende und/oder rassistische Einstellungen auf

der Seite der Behandelnden (Machleidt et al., 2007). Diesbezüglich zeigte beispielsweise eine Studie, dass Menschen mit türkischem Hintergrund oftmals ein mangelndes Verständnis für die türkische Kultur seitens der behandelnden Fachkräfte beklagen (Bermejo et al., 2012). Auch das Fehlen von migrant:innenspezifischen Angeboten, nichtvorhandene muttersprachliche Gesundheitsleistungen, verlängerte Wartezeiten auf einen in der Muttersprache geführten Therapieplatz wie auch schwierige gesetzliche Bedingungen für Migrant:innen mit unsicherem Aufenthaltsstatus stellen weitere strukturelle Barrieren dar (Baschin et al., 2012). Dabei sprechen Ergebnisse der Querschnittstudie von Bermejo et al. (2012) für die Verwendung von kultur- und sprachsensitiven Maßnahmen, welche die Erbringung von Gesundheitsleistung an Menschen mit Migrationshintergrund erleichtern kann.

Das geringere Inanspruchnahmeverhalten professioneller Versorgungsstrukturen hängt andererseits auch mit subjektiv erlebten Hindernissen zusammen. So verhindern vor allem mangelnde Sprachkenntnisse, auch bei Migrant:innen mit höheren Bildungsniveau (Machleidt et al., 2007), kulturell unterschiedliche Krankheitskonzepte wie auch die Sorge vor Diskriminierung und Stigmatisierung eine ausreichende Inanspruchnahme. Unter anderem belegen Ergebnisse einer fragebogengestützten Erhebung, dass sich die Kommunikation mit Familien mit Migrationshintergrund im Setting einer stationären pädiatrischen Versorgung gestaltete als bei nicht-migrantischen Familien (Ullrich et al., 2016). Weitere kulturbedingte Einflussfaktoren sind unter anderem unterschiedliche Einstellungen gegenüber psychosozialer Behandlung, eine kulturspezifisch andere Wahrnehmung von Symptomen und Symptomschwere und die Neigung Unterstützung im familiären und sozialen Umfeld zu suchen (Baschin et al., 2012). Ergebnisse einer Pilotstudie zeigen beispielsweise, dass Menschen mit russischen beziehungsweise sowjetischen kulturellen Hintergrund eine negativere Haltung gegenüber der Psychotherapie besitzen, was mit einer geringeren Verbreitung psychotherapeutischer Konzepte in ihrem Herkunftsland zusammenhängt (Ditte et al., 2006). Diese eher negative Haltung zeigt sich ebenfalls bei jungen türkischen Migrant:innen mit hoher kulturellen Identifikation zu ihrem Herkunftsland, bei welchen eine hohe Skepsis gegenüber der Psychotherapie vorliegt wie auch eine allgemeine Angst vor Stigmatisierung (Calliess et al., 2007). Die Neigung Unterstützung vorerst im familiären Umfeld zu suchen, liegt insbesondere bei Migrant:innen mit spanischen oder italienischen Hintergrund vor. Personen mit russischem Hintergrund setzen dagegen vorerst auf

bewährte Hausmittel, bevor der Weg in die professionelle Versorgung gesucht wird (Bermejo et al, 2012). Außerdem können sich die Erwartungen an die Fachkräfte selbst unterscheiden. In Ländern wie Russland oder Italien werden Ärzt:innen eher als Autoritätspersonen angesehen und von ihnen eine klare Behandlungsanweisung erwartet, während in Deutschland die Patient:innen aktiver in die Verantwortung der Behandlung miteinbezogen werden (Bermejo et al., 2012). Auch bei Migrantinnen können unterschiedliche Vorstellungen und Erwartungen an die behandelnde Person zu Komplikationen in der Behandlung führen. Besonders wenn die Frauen aus Herkunftsländern stammen, in denen es eher unüblich ist, gynäkologische Belange mit einer behandelnden Person männlichen Geschlechts zu klären (Diop et al., 2020).

Wie das gesamte Gesundheitssystem sehen sich auch präventive Angebote wie die Frühen Hilfe mit dem Problem konfrontiert, Familien mit Migrationshintergrund nicht ausreichend zu erreichen. Ergebnisse einer Recherche des „Nationales Zentrum Frühe Hilfe“ (NZFH) liefern Hinweise darauf, dass Probleme bei der Versorgung von psychosozial belasteten Familien in Geburtskliniken aufgrund kultureller und sprachlicher Barrieren auftreten. So gestaltet sich neben Sprachproblemen auch die kultursensible Ansprache psychosozialer Themen oftmals schwierig (Renner, 2018). Um der geringen Inanspruchnahme entgegenzuwirken ist das Setting für die gezielte Ansprache von belasteten Familien wichtig (s. Punkt 2.). Aus den oben bereits erwähnten Gründen eignen sich hierbei besonders niedergelassenen Gynäkolog:innen und Pädiater:innen. Auch bei Familien mit Migrationshintergrund lässt sich erkennen, dass Kinderärzt:innen eine hohe Akzeptanz genießen und Kinder mit Migrationshintergrund über eine längere Zeit in einer pädiatrischen Praxis verweilen und weniger Allgemeinärzt:innen aufsuchen als Kinder ohne Migrationshintergrund (Kamtsiuris et al., 2007).

## 5. Fragestellungen und Hypothesen

Im Rahmen der Bachelorarbeit werden folgende Fragestellungen und Hypothesen genauer betrachtet:

**Frage 1:** Gelingt die Anamnese von psychosozialen Belastungen bei Familien mit Migrationshintergrund vergleichbar wie bei Familien ohne Migrationshintergrund?

Die Auswertung der ersten Fragestellung erfolgt mithilfe einer deskriptiven Beschreibung ausgewählter Items des KID-PROTEKT-Anhaltsbogen sowie des Interviewleitfadens zur Befragung der Medizinischen Fachangestellten (MFAs) und Ärzt:innen. Eine nähere Erläuterung der einzelnen Instrumente und der genauen Vorgehensweise der statistischen Auswertung folgt in der Methodenbeschreibung (ab Punkt 6).

**Frage 2:** Unterscheiden sich die psychosozialen Belastungen der Familien mit Migrationshintergrund von denen der Familien ohne Migrationshintergrund?

**Nullhypothese H0:** Es besteht kein Unterschied = Die psychosozialen Belastungen der Familien mit Migrationshintergrund gleichen denen der Familien ohne Migrationshintergrund

**Alternativhypothese H1:** Es besteht ein Unterschied = Die psychosozialen Belastungen der Familien mit Migrationshintergrund unterscheiden sich von denen der Familien ohne Migrationshintergrund

Um die zweite Fragestellung zu beantworten, werden die Variablen aus den KID-PROTEKT-Anhaltsbogen verwendet, die der Ermittlung von psychosozialen Belastungen der Familie dienen. Es folgt vorerst eine Betrachtung der absoluten Häufigkeiten bevor anhand der Berechnung des Chi-Quadrats und des Cramer-V ein Stichprobenvergleich vollzogen werden kann. Wie auch bei der ersten Fragestellung erfolgt eine ausführlichere Beschreibung der Vorgehensweise in der folgenden Methodenbeschreibung.

## 6. Methode

Für die Beantwortung der Fragestellungen und Hypothesen wird auf den KID-PROTEKT-Originaldatensatz der Forschungsgruppe „Prävention im Kindes und -Jugendalter“ des UKEs zurückgegriffen, welcher für die Bearbeitung der Arbeit zur Verfügung gestellt wird. Die Daten wurden vom Forschungsteam selbst von September 2019 bis Februar 2021 erhoben. Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich also um eine

Sekundäranalyse, da Originaldatensätze von KID-PROTEKT verwendet werden und anhand der Fragestellung neu ausgewertet und interpretiert werden (Vgl. Medjedović, 2014). Das bedeutet, dass anders als bei einer Primärstudie, die Methode der Datenerhebung nicht selbst ausgewählt und festgelegt wurde. Eine Sekundäranalyse besitzt dennoch einige Vorteile. Generell erfordert eine eigene Datenerhebung viel Zeit, die meist nicht ausreichend in der Bearbeitung einer Haus- oder Abschlussarbeit vorhanden ist, um alle Schritte einer empirischen Erhebung sorgfältig zu berücksichtigen. Ein weiterer Vorteil ist, dass in der Regel geeignete Datensätze existieren, mit welchen sich die Forschungsfrage hinreichend beantwortet lässt. Der dritte Vorteil ist, dass Sekundäranalysen auch der Kontrolle von Forschungsergebnissen dienen (Tausendpfund, 2018).

## 6.1 Durchführung und Stichprobenbeschreibung

Bevor genauer auf die Durchführung und die Stichprobenbeschreibung eingegangen wird, folgt eine nähere Projektbeschreibung von KID-PROTEKT, da die Fragestellung der vorliegenden Arbeit ihren Ursprung aus dem Projekt bezieht.

### 6.1.1 Projektbeschreibung KID-PROTEKT

Hintergrund des Projektes ist, dass zunehmend Kinder und Jugendliche psychosomatischen Störungen erleiden. Dabei sind insbesondere Kinder und Jugendliche aus stark psychosozial belasteten Familien betroffen. Um möglichen Entwicklungsstörungen präventiv entgegenzuwirken, ist es ein wichtiges Ziel, psychosozial belastete Familien bestmöglich zu unterstützen. Hierfür findet zunehmend die Verwendung von Risiko- und/oder Belastungsscreenings im ambulanten Setting statt. So können Screenings auf psychosozialen Belastungen in Settings wie Geburtskliniken, Arztpraxen aber auch in Schule eine hilfreiche Methode darstellen, um Familien mit Belastungen systematisch zu erfassen und gegebenenfalls an hilfreiche Unterstützungsangeboten weiterzuleiten. Aufgrund der dargestellten Problematik ist die Zielsetzung des Projektes KID-PROTEKT folgende: Das Projekt untersucht in einem randomisiert-kontrollierten Design (RCT), inwiefern eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Kooperation von Jugendhilfe und Medizin gelingen kann, um eine optimale Versorgung psychosozial belasteter Familien zu gewähren (Pawils et al., 2022).

Für die Optimierung der Zusammenarbeit von Akteur:innen der ambulanten Medizin und Jugendhilfe wird angenommen, dass die derzeitige Regelversorgung „Treatment as usual“ (TAU) nicht für eine bestmögliche sektorenübergreifenden Kooperation ausreicht. Zur Verbesserung dieser werden zwei zusätzliche Varianten einer neuen Versorgungsform eingeführt: das „Qualified Treatment“ (QT) und das „Supported Treatment“ (ST). Zwei wesentliche Elemente beider Varianten sind (1.) die Qualifikation des medizinischen Fachpersonals, also die der Ärzt:innen und der MFAs und die Erweiterung der bereits vorhandenen Routineuntersuchungen, z. B. U-Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen in pädiatrischen Praxen und Schwangerenvorsorge in gynäkologischen Praxen, um die (2.) psychosoziale Anamnese. Diese setzt sich aus zwei Elementen zusammen, einem Fragebogen, dem *KID-PROTEKT-Anhaltsbogen* (s. Anhang 1 & 2), und einem beratenden Gespräch, dem sogenannten „Orientierenden Gespräch“. Dadurch sollen insbesondere belastete Familien besser ermittelt und bei Bedarf an entsprechende Hilfesysteme in Kinder- und Jugendhilfe weitergeleitet werden. Die Variante „Supported Treatment“ enthält zusätzlich auch noch die Lotsensprechstunde, sodass Ärzt:innen/MFAs nach vollzogener Psychosozialen Anamnese bei Bedarf sozialpädagogische Fachkräfte, nämlich die Babylots:innen, zur Fallberatung und -übernahme hinzuziehen können. Die Sprechstunde ist dabei in der Arztpraxis eingerichtet, sodass eine umfangreiche Bedarfserklärung im Praxissetting stattfinden kann. In dem Gespräch der Babylots:innen mit belasteten Familien werden unter anderem Themengebiete wie die sozioökonomische Situation und psychische Gesundheit besprochen (Pawils et al., 2022).

### 6.1.2 Datenerhebung in den Praxen

Insgesamt wurden für das Projekt 24 Arztpraxen in Hamburg und der Metropolregion (Schleswig-Holstein, Niedersachsen) rekrutiert, wovon elf pädiatrische und 13 gynäkologische Praxen sind.

#### **Regelversorgung/Treatment as usual (TAU)**

Der KID-PROTEKT-Anhaltsbogen wurde vor Ort in den pädiatrischen oder gynäkologischen Praxen an die Familien ausgehändigt, die sich entweder aufgrund von Routineuntersuchungen im Rahmen der Schwangerenvorsorge (Gynäkologie) oder zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Pädiatrie) in den Praxen aufhielten. Die

Ausfüllung des Fragebogens erfolgte freiwillig und konnte in der Wartezeit vollzogen werden. Zusätzlich erhielten die Familien ein Informationsblatt sowie eine Einwilligungserklärung in zweifacher Ausführung. Auf der Einwilligungserklärung erfolgte dabei die Notierung von Kontaktdaten der Familien zur Durchführung eines anschließenden Telefoninterviews, welches zur Erhebung der Akzeptanz und Machbarkeit der (neuen) Versorgungsformen aus Sicht der Eltern dient. In dem Fall, dass sich eine Familie gegen die Beantwortung des Fragebogens entschied, wurde diese gebeten, die Gründe für die Nicht-Teilnahme zu nennen. Diese wurden dann auf einer sogenannten Nicht-Teilnahme-Karte vermerkt. Die ausgefüllten KID-PROTEKT-Anhaltsbögen, die unterschriebenen Einwilligungserklärungen inklusive der Kontaktdaten oder die ausgefüllten Nicht-Teilnahmen-Karten wurden schließlich vor Ort in den extra für die Studie aufgestellten Briefkästen eingeworfen. Der Briefkasten war dabei stets verschlossen und für das medizinische Fachpersonal in den Praxen nicht zugänglich. Regelmäßig geleert wurde dieser durch eine Study Nurse, welche die Daten an die Forschungsgruppe „Prävention im Kindes- und Jugendalter“ weiterreichte.

### **Interventionsarm Qualified Treatment (QT)**

Die Aushändigung der KID-PROTEKT-Anhaltsbögen im Interventionsarm „Qualified Treatment“ erfolgte ähnlich dem Ablauf der Regelversorgung TAU. Nach einer erfolgten Ausfüllung des KID-PROTEKT-Anhaltsbogen seitens der Familien, wurde dieser anschließend von dem medizinischen Fachpersonal in den Praxen noch vor Ort ausgewertet. Ist auf Grundlage des Bogens keine psychosoziale Belastung festgestellt worden, wurde dieser wieder an die Familien zurückgegeben. Den Familien stand schließlich offen, ob sie den Fragebogen für Evaluationszwecken der Forschungsgruppe „Prävention im Kindes- und Jugendalter“ weiterreichen und diese in die extra aufgestellten Briefkästen einwerfen wollten. Wurde jedoch anhand des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens eine psychosoziale Belastung festgestellt, wurde den Familien eine Einladung für das Orientierende Gespräch ausgesprochen, welches vor Ort in den Räumlichkeiten der jeweiligen Praxis stattfand. Das Ergebnis des Gespräches wurde vom Praxispersonal mithilfe eines Dokumentationsbogens festgehalten. Anschließend an die erfolgte Durchführung des Gespräches wurden die Familien vom Praxispersonal auf die freiwillige Teilnahme an der Evaluationsstudie der Forschungsgruppe hingewiesen. Hierbei wurde den Familien ebenfalls eine Studienaufklärung und Einwilligungserklärung für die Teilnahme an Telefoninterviews gereicht. Auf letzterem

Dokument wurden dann die Kontaktdaten der Familien festgehalten. Somit wurden in den Praxen des Interventionsarms QT in den aufgestellten Briefkästen neben den ausgefüllten KID-PROTEKT-Anhaltsbögen und den Einwilligungserklärungen inklusive Kontaktdaten, auch die Dokumentationsbögen des Orientierenden Gesprächs gesammelt.

### **Interventionsarm Supported Treatment (ST)**

Die Datenerhebung innerhalb der Interventionsbedingung „Supported Treatment“ gleicht größtenteils denen der Interventionsbedingung „Qualified Treatment“. Der Unterschied besteht in der Alternative, welche sich dem Praxispersonal bietet, bei Bedarf die Familien an die in der Arztpraxis eingerichteten Lotsensprechstunde zu vermitteln und dies somit als Form der Weiterleitung zu dokumentieren. Die Familie wurde anschließend von den sozialpädagogischen Fachkräften, den Babylots:innen, bis zum Fallabschluss betreut. Die Dokumente der Babylots:innen wurden hierbei in einem separaten Briefkasten aufbewahrt und ebenfalls von der Study Nurse der Forschungsgruppe abgeholt (Pawils et al., 2022).

#### **6.1.3 Datenerhebung Telefoninterviews**

Die halb-strukturierten Telefoninterviews mit dem Praxispersonal erfolgte nach Vollerhebung der Datenerhebung der KID-PROTEKT-Anhaltsbögen. Pro Praxis wurden jeweils zwei MFAs sowie ein:e Ärzt:in nach ihrer Bewertung hinsichtlich der Machbarkeit und Akzeptanz des Projektes befragt.

## **6.2 Instrumente**

### **6.2.1 KID-PROTEKT-Anhaltsbogen**

Auf der einen Seite werden erhobene Daten beruhend auf den KID-PROTEKT-Anhaltsbogen (s. Anhang 1 und 2) ausgewertet. Dieser ist ein von der Forschungsgruppe selbstentwickelter, vollstrukturierter Selbstausfüllbogen und enthält 11 Items. Als Paper-Pencil-Fragebogen wurde dieser den Familien in Deutsch, Arabisch, Farsi, Türkisch, Spanisch, Französisch, Englisch oder Russisch in den Arztpraxen ausgehändigt. Die ersten drei Items umfassen das Setting sowie die soziodemografischen Merkmale der Eltern. Das erste Item der Anhaltsbögen, welche in gynäkologischen Praxen

verwendet wurde (s. Anhang 1), diente der Ermittlung der Schwangerschaftswoche, in welcher sich die Patientin befand. Die Schwangerschaftswochen wurden anhand der Kategorien „1.-12.-Schwangerschaftswoche“, „13.-28. Schwangerschaftswoche“; „29.-40. Schwangerschaftswoche“ und „Ich habe bereits entbunden“ erfasst. In den Anhaltbögen, welche in den pädiatrischen Praxen verwendet wurden (s. Anhang 2), widmet sich das erste Item den U-Untersuchungen des Kindes, die in den nominalen Kategorien „U2 (3. - 10. Tag)“; „U3 (4. - 5. Woche)“; „U4 (3. - 4. Monat)“; „U5 (6. - 7. Monat)“; „U6 (10. - 12. Monat)“ und „Sonstige“ erfasst werden. Anschließend wurde das Alter des Elternteils anhand der nominalen Kategorien „jünger als 18 Jahre“; „zwischen 18 und 21 Jahre“; „zwischen 22 und 34 Jahre“ und „35 Jahre oder älter“ sowie auch die Anzahl der im Haus lebenden Kinder mithilfe der nominalen Kategorien „keine“; „1 - 2 Kinder“ und „3 oder mehr Kinder“ erfragt. Von einer weiteren Erfragung von soziodemografischen Angaben der Patient:innen wurde zugunsten einer höheren Teilnehmerrate durch Verhinderung von Reaktanz aufgrund zu vieler Fragen und zu spezifischen Angaben zu sowie zugunsten der Möglichkeit, dass die Teilnehmer:innen zu diesem Zeitpunkt keine umfassende, mehrseitige Einverständniserklärung und Studieninformation ausfüllen müssen (Vgl. Homuth et al., 2017), verzichtet.

Die weiteren acht Items widmen sich den psychosozialen Risikofaktoren hinsichtlich der frühkindlichen Entwicklung innerhalb der Familien. Die Filterfragen beruhen auf empirisch gesicherten Erkenntnissen. Die Eltern können jedes dieser Items bejahen oder verneinen, sodass Hinweise auf mögliche psychosoziale Belastungen geliefert werden und so ein möglicher Bedarf erkannt wird, an einem Orientierenden Gespräch teilzunehmen. Zunächst wird anhand der Variablen *Alleinerziehend* und *Depressive Symptome belastende Erfahrung* ermittelt, ob der Elternteil alleinerziehend war und ob dieser sich in der Zeit davor besonders antriebslos, erschöpft, niedergeschlagen, freudlos gefühlt oder etwas sehr Belastendes erlebt hat. Die folgenden sechs Items *Alltagsbewältigung*, *Partnerschaft*, *Lebenssituation*, *Schwangerschaft* und *Geburt, Kinder und Erziehung* und *Sonstiges*, erfragen die psychosoziale Risiko- bzw. Belastungsfaktoren und ermitteln, ob diesbezüglich die Eltern besondere Belastungen aufweisen. Auf dem Bogen sind die Items wie folgt dargestellt:

- **Alltagsbewältigung:** z.B. durch seelische oder körperliche Erkrankungen/starke Erschöpfung/Einsamkeit/Missbrauch von Medikamenten, Alkohol oder Drogen,
- **Partnerschaft:** z.B. durch Konflikte oder Gewalt in der Partnerschaft bzw. Trennung,
- **Lebenssituation:** z.B. durch Schulden, Arbeitslosigkeit, schlechte Wohnsituation, fehlende Krankenversicherung oder fehlende Sprachkenntnisse,
- **Schwangerschaft und Geburt:** z.B. durch ungeplante Schwangerschaft, Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei Geburt bzw. Frühgeburt,
- **Kinder und Erziehung:** z.B. durch fehlende Unterstützung oder Überforderung bei der Erziehung/schwieriges Verhalten eines Kindes bzw. Zwillinge oder Mehrlinge, Behinderungen, chronische Erkrankungen oder Entwicklungsverzögerungen eines Kindes,
- **Sonstiges:** Gibt es andere belastende Umstände, für die Sie sich Entlastung wünschen? (Anhang 1 & 2)

### 6.2.2 Interviewleitfaden zur Befragung der MFAs/Ärzt:innen

Auf der anderen Seite wird der Interviewleitfaden zur Befragung von MFAs und Ärzt:innen in allen drei Interventionsarmen herangezogen und ausgewertet. Hierbei handelt es sich um einen schriftlichen, halbstrukturierten Interviewleitfaden, welcher je nach Interventionsarm 16, 25 oder 30 Items umfasst. Generell verfolgt der Interviewleitfaden das Ziel eine Einschätzung der Mitarbeitenden hinsichtlich der Akzeptanz und Machbarkeit des Projektes zu ermitteln (s. Anhang 3, 4 & 5)

Der Interviewleitfaden der MFAs und Ärzt:innen der Interventionsbedingung TAU (s. Anhang 3) umfasst insgesamt 16 Items, unterteilt in zwei Teile. Die ersten fünf Items erfragen eine allgemeine Bewertung des Anhaltsbogens seitens des Fachpersonals anhand einer sechsstufigen Likert-Skala von „Sehr gut“ bis „Ungenügend“. In den Items wurde unter anderem erfragt, wie die Integration in den Praxisalltag gelingt und die Praktikabilität des Bogens und dessen Akzeptanz bei den Familien bewertet wird. Der zweite Teil des Interviewleitfadens und die Items 5. bis 16. stellen abschließende Fragen zum Projekt, unter anderem ob das medizinische Fachpersonal einen Mehrwert in dem Projekt KID-PROTEKT sieht, ob ein höherer Zeitaufwand aufgrund der Umsetzung vorlag und ob sich Probleme und Herausforderungen durch die Corona-

Pandemie ergaben. Für die vorliegende Arbeit ist vor allem die fünfte Frage (beziehungsweise in den anderen Bögen die 14. oder 19. Frage) von hoher Bedeutung, da sich diese der Erreichbarkeit von Familien mit Migrationshintergrund im Rahmen des Projektes widmet.

Der Interviewleitfaden für die MFAs und Ärzt:innen der Interventionsbedingung QT (s. Anhang 4) umfasst 25 Items, unterteilt in fünf Unterpunkte. Auch hier dienen die ersten fünf Items der Bewertung des Anhaltsbogens anhand einer sechsstufigen Likert-Skala. Die anschließenden drei Items werden unter der Voraussetzung erfragt, dass mindestens ein Orientierendes Gespräch stattgefunden hat. Ist dieses erfolgt, wird mithilfe der drei Items eine Bewertung hinsichtlich der Gespräche erfragt. Die Items 9. bis 12. beziehen sich auf die Weiterleitungen der Familien. Hier wird das medizinische Fachpersonal unter anderem nach deren Einschätzung befragt, wie leicht ihnen eine Weitervermittlung der Familien an Unterstützungsangeboten fiel, wie gut die Vorschläge seitens der Familien angenommen wurden und wie die Zusammenarbeit zwischen den kooperierenden Einrichtungen bewertet wird. Das darauffolgende Item ermittelt, wie hilfreich die MFAs beziehungsweise die Ärzt:innen die Schulungen im Vorfeld der Projektdurchführung bewerten. Die letzten 12 Items widmen sich den abschließenden Fragen zum Projekt, die identisch mit denen des Interviewleitfadens der Interventionsbedingung TAU sind.

Der Interviewleitfaden für die MFAs und Ärzt:innen der Interventionsbedingung ST (s. Anhang 5) umfasst 30 Items, unterteilt in 6 Unterpunkte. Er ist hinsichtlich der Aufteilung und der Items dem Interviewleitfaden der Interventionsbedingung QT überwiegend sehr ähnlich. Er ist um den 4. Unterpunkt erweitert, der sich auf die Lotsensprechstunde bezieht. Hier wird unter anderem das medizinische Fachpersonal nach deren Bewertung der Zusammenarbeit mit den Babylots:innen oder der Akzeptanz der Lotsensprechstunde bei den Familien befragt. Zudem wurde mithilfe von zwei weiteren Items erfragt, als wie hilfreich das Personal die begleitenden Projekttreffen und die Fallbesprechungen mit den Babylots:innen.

### 6.3 Statistische Auswertung

Bevor näher auf die statistische Auswertung eingegangen wird, gilt es darauf hinzuweisen, dass die Datenerhebung beruhend auf den KID-PROTEKT-Anhaltsbogen bis zu sechsmal erfolgte. Das bedeutet, dass insgesamt sechs unterschiedliche Messzeitpunkte vorliegen. In der vorliegenden Arbeit werden jedoch nur die erhobenen Daten zum ersten Messzeitpunkt betrachtet und ausgewertet, da zum ersten Messzeitpunkt die Gesamtstichprobe am umfassendsten war. Das hat zur Folge, dass die Variablen der anderen Messzeitpunkte der Übersicht halber vom Datensatz entfernt werden. Bei der Betrachtung der im folgenden Teil beschriebenen Variablen gilt es also zu berücksichtigen, dass diese sich jeweils auf den ersten Messzeitpunkt beziehen.

Das Interview mit dem Praxispersonal erfolgte einmalig, weswegen dementsprechend ein einziger Messzeitpunkt vorliegt, auf den sich die Variablen beziehen.

Vor der statistischen Auswertung der Fragestellungen, erfolgt zunächst eine nähere Stichprobenbeschreibung der Gesamtstichprobe. Die deskriptive Stichprobenbeschreibung erfolgt anhand der im KID-PROTEKT-Anhaltsbogen verwendeten Items, welche das Setting erfragen und den soziodemografischen Hintergrund der Familien ermitteln. Die verwendeten Variablen sind nominal und im Datensatz beschriftet mit *Schwangerschaft Untersuchung* (10 Kategorien), *Alter* (4 Kategorien) und *Kinder im Haushalt* (3 Kategorien). Die Darstellung der Stichprobenbeschreibung erfolgt anhand der absoluten Häufigkeiten und prozentualen Anteilen der jeweiligen Variablen. Für die deskriptive Beschreibung der MFAs und Ärzt:innen, welche den Interviewleitfaden beantworteten, dienen die bereits im Datensatz bestehenden Variablen *Praxis*, *Studienarm* und *Berufsgruppe*. Hierbei wird die Variable *Praxis*, welche aufgrund der insgesamt 24 teilnehmenden Praxen entsprechend 24 Ausprägungen beinhaltet, dichotomisiert, um einen vereinfachten Überblick zu ermöglichen. Die neue Bezeichnung für die neu erstellte Variable ist *Praxis dichotom*. Wie bei der Darstellung der Stichprobe beim Anhaltsbogen, erfolgt auch hier die Darstellung der Stichprobe tabellarisch anhand der absoluten Häufigkeiten und prozentualen Anteile.

Infolge der Beantwortung der ersten Fragestellung erfolgt auf der einen Seite eine einfache deskriptive Beschreibung des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens. Dabei wird der Migrationshintergrund der Familien anhand der nominalen Variable *Sprache FB*

ermittelt. Hierfür wird die Variable, welche insgesamt 9 Ausprägungen besitzt, der Einfachheit halber dichotomisiert und in „deutschsprachig“ und „fremdsprachig“ aufgeteilt. Somit werden die sieben Fremdsprachen Arabisch, Farsi, Türkisch, Spanisch, Französisch, Englisch oder Russisch in „fremdsprachig“ eingegliedert. Die neu erstellte Variable wird mit *Sprache dicho* bezeichnet. Die deskriptive Beschreibung der Häufigkeiten des Anhaltsbogen verfolgt das Ziel, einen Überblick über die Familien mit Migrationshintergrund zu verschaffen und somit Hinweise zu liefern, ob die psychosoziale Anamnese in den Praxen ähnlich gut gelingt wie bei den Familien ohne Migrationshintergrund. Zudem liefert die oben erläuterte Stichprobenbeschreibung ebenfalls Informationen, welche dem Vergleich beider Gruppen dienlich ist.

Zusätzlich zu der deskriptiven Beschreibung des Anhaltsbogen, wird auf der anderen Seite eine Auswertung des Interviewleitfadens zur Befragung der MFAs/Ärzt:innen durchgeführt. Hierbei werden zwei Variablen näher analysiert. Eine Variable, welche hier herangezogen wird, bezieht sich je nach Interventionsbedingung auf die 5., 14. oder 19. Frage (s. Anlage 3, 4 und 5) im Interviewleitfaden, welche wie folgt lautet: „Wie gut konnten Familien mit Migrationshintergrund erreicht werden?“ Diese wird wie die restlichen Items mithilfe der sechsstufigen Likert-Skala von „Sehr gut“ bis „Ungenügend“ bewertet. Im Datensatz wird die Frage verkürzt als Variable mit der Bezeichnung *AF 19* bezeichnet. Die zweite Variable, im Datensatz bezeichnet mit *AF 19 Text*, bezieht sich auf die Freitexte, in welchen das Praxispersonal die Möglichkeit hatte, eine generelle Bewertung unabhängig von den gestellten Fragen schriftlich festzuhalten.

Die zweite Fragestellung wird anhand ausgewählter Variablen des KID-PROTEKT-Anhaltsbogen beantwortet werden. Um einen Unterschied in Hinblick auf die psychosozialen Belastungen statistisch zu ermitteln, werden die nominalen dichotomen Variablen für die Erkennung der psychosozialen Belastungen *Alter unter 18*, *Alleinerziehend*, *Depressive Symptome belastende Erfahrung*, *Alltagsbewältigung*, *Partnerschaft*, *Lebenssituation*, *Schwangerschaft und Geburt*, *Kinder und Erziehung* und *Sonstiges* herangezogen. Die Variablen werden jeweils mit *ja* oder *nein* beantwortet. Für die Erfassung der Alterskategorie jünger bzw. älter als 18 Jahren wird eine neue dichotome Variable gebildet, welche ebenfalls mit *ja* (unter 18-Jährige) oder *nein* (über 18-Jährige) beantwortet wird. Somit werden innerhalb der Belastungskategorien

ebenfalls die unter 18-Jährigen abgebildet, weswegen die Variable der Einfachheit halber mit *Alter unter 18* Die einzelnen Belastungsfaktoren werden zu einem Belastungsscore aufsummiert, welcher einen Überblick mithilfe von Kategorien liefert. Die neu erstellte Variable wird als *Belastung Score* bezeichnet. Mit dieser und der Variable *Sprache dicho* wird eine Kreuztabelle erstellt. Anhand dieser soll die Beantwortung der zweiten Frage erfolgen, indem mit der Errechnung des Chi-Quadrats ein Hinweis geliefert wird, ob sich die Belastungsfaktoren der Familien mit Migrationshintergrund signifikant von denen ohne Migrationshintergrund unterscheiden. Da jedoch das Chi-Quadrat allein keinen Hinweis auf die Stärke des Zusammenhanges beziehungsweise Unterschieds liefert, wird zusätzlich das Cramer-V errechnet, damit eine Aussage über die Stärke getroffen werden kann.

Die Auswertung und Analyse des Datensatzes erfolgt mithilfe des Statistikprogramms *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* in der 28. Version.

Tabelle 2: Übersicht der verwendeten Variablen für die statistische Auswertung

Bezeichnung Variable	Vorhanden	Neu erstellt
<b>KID-PROTEKT-Anhaltbogen</b>		
Sprache_FB	✓	
Sprache_dicho		✓
Schwangerschaft_Untersuchung	✓	
Alter	✓	
Alter_unter_18		✓
Kinder_im_Haushalt	✓	
Alleinerziehend	✓	
Depressive_Symptome_belastende_Erfahrung	✓	
Belastung_Alltagsbewältigung	✓	
Belastung_Partnerschaft	✓	
Belastung_Lebenssituation	✓	
Belastung_Schwangerschaft_und_Geburt	✓	
Belastung_Kinder_und_Erziehung	✓	
Belastung_Sonstiges	✓	
Belastung_Score		✓
<b>Interviewleitfaden</b>		
Praxis	✓	
Praxis_dicho		✓
Studienarm	✓	

Berufsgruppe	✓	
AF_19	✓	
AF_19_Text	✓	

## 7. Ergebnisse

In dem folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse beschrieben. Hierbei wird in der statistischen Auswertung zunächst näher auf die deskriptive Beschreibung eingegangen, auf welche dann der analytische Teil folgt.

### 7.1 Ergebnisse nach erster Fragestellung

In der Evaluationsphase, welche vom 01.09.2019 bis 28.02.2021 andauerte, haben insgesamt N=8.480 Familien den KID-PROTEKT-Anhaltsbogen ausgefüllt, davon 6.318 Familien in den pädiatrischen und 2.162 in den gynäkologischen Praxen. Innerhalb der Interventionsbedingungen sieht die Aufteilung wie folgt aus: So nahmen innerhalb des Interventionsarmes TAU n=1.785, aus QT n=2.837 und aus ST n=3.885 Familien an der Befragung teil. Von der Gesamtstichproben wurde insgesamt n=8.213 (97%) Fragebögen in deutscher Sprache und n=267 (3%) in einer der sieben erhältlichen Fremdsprachen beantwortet. Insgesamt wurden N=65 in Arabisch, n=23 in Farsi, n=28 in Türkisch, n=10 in Spanisch, n=11 in Französisch, n=119 in Englisch und n=11 in Russisch beantwortet. Betrachtet man die Gesamtanzahl verteilter Anhaltsbögen in den jeweiligen Interventionsarmen, fällt auf, dass in den Interventionsarmen QT (9%) und ST (24%) deutlich weniger fremdsprachige Bögen verteilt wurden als in der Regelversorgung TAU (67%). Dagegen wurde in der Verteilung der deutschsprachigen Bögen die meisten Bögen in dem Interventionsarm ST (47%) vor QT (34%) und TAU (19%) herausgegeben (s. Tabelle 3).

Tabelle 3: Häufigkeiten und prozentuale Anteile der Sprachenverteilung gesamt und unterteilt in den drei Interventionsarmen TAU, QT und ST (N=8.480)

Angaben der Familien	Häufigkeit n (%)			
	Gesamt	TAU	QT	ST
<b>Sprache dichotom</b>				
Deutschsprachig	8.213 (97%)	1.580 (19%)	2.813 (34%)	3.820 (47%)
Fremdsprachig	267 (3%)	178 (67%)	24 (9%)	65 (24%)
<b>Fremdsprachen</b>				
Arabisch	65 (24%)	49 (75%)	10 (15%)	6 (9%)
Farsi	23 (9%)	21 (91%)	0	2 (9%)
Türkisch	28 (11%)	24 (86%)	1 (4%)	3 (11%)
Spanisch	10 (4%)	4 (40%)	0	6 (60%)
Französisch	11 (4%)	5 (46%)	0	6 (54%)
Englisch	119 (45%)	69 (58%)	12 (10%)	38 (32%)
Russisch	11 (4%)	6 (54%)	1 (10%)	4 (36%)

Anmerkung: Prozente ergeben aufgrund von Rundungen nicht immer genau 100 Prozent

Nach Ende der Evaluationsphase wurde mithilfe des Interviewleitfadens das Praxispersonal bezüglich ihrer Bewertung der Akzeptanz und Machbarkeit des Projektes befragt. Dabei nahmen aus den teilnehmende Praxen insgesamt N=58 Mitarbeiter:innen teil, davon n=34 Medizinische Fachangestellte und n=24 Ärzt:innen. N=28 des Praxispersonals kommen hierbei aus den pädiatrischen Praxen und n=30 aus den gynäkologischen. Dabei teilen sich die Mitarbeiter:innen wie folgt auf die jeweiligen Interventionsarme auf: N=17 aus dem Studienarm TAU, n=21 aus dem Studienarm QT und n=20 aus dem Studienarm ST (s. Tabelle 4).

Tabelle 4: Stichprobenbeschreibung der teilnehmenden Praxismitarbeiter:innen an der Befragung mithilfe des Interviewleitfadens (N=58)

Berufsgruppe	Häufigkeit n (%)			
	Gesamt	TAU	QT	ST
<b>Pädiatrische Praxis</b>				
MFA	16 (57%)	5 (31%)	7 (44%)	4 (25%)
Arzt/Ärztin	12 (43%)	4 (33%)	5 (42%)	3 (25%)
<b>Gynäkologische Praxis</b>				
MFA	18 (60%)	6 (33%)	5 (28%)	7 (39%)

Arzt/Ärztin	12 (40%)	2 (17%)	4 (33%)	6 (50%)
-------------	----------	---------	---------	---------

Anmerkung: Prozente ergeben aufgrund von Rundungen nicht immer genau 100 Prozent

Betrachtet man die die Altersgruppenverteilung der Personen, die den KID-PROTEKT-Anhaltsbogen ausgefüllt haben, zeigt sich, dass am häufigsten die Altersgruppen von „22-34 Jahren“ (66%) und „älter als 35 Jahren“ (30%) vertreten sind. Bei der Anzahl der Kinder im Haushalt wurde am häufigsten „1-2 Kinder“ (76%) angegeben, gefolgt von keine „Kinder im Haushalt“ (12%). Auffällig hierbei ist, dass bei den fremdsprachigen Familien die Antwortkategorie „mehr als drei Kinder“ dreimal häufiger angegeben wurde (34%) als bei den deutschsprachigen Familien (10%). Auch der Anteil der unter 18-Jährige ist bei den fremdsprachigen Patient:innen (2%) doppelt so hoch im Vergleich zu den Deutschsprachigen (<1%) (s. Tabelle 5).

Tabelle 5: Soziodemografische Angaben der Familien zum Zeitpunkt des ersten KID-PROTEKT-Anhaltsbogens (N=8.480)

Angaben der Familien	Häufigkeit n (%)		
	Gesamt	Deutschsprachig	Fremdsprachig
<b>Alter in Jahren</b>			
Unter 18	73 (<1%)	67 (<1%)	6 (2%)
18-21	213 (3%)	202 (3%)	11 (4%)
22-34	5.555 (66%)	5.378 (66%)	177 (66%)
<35	2.538 (30%)	2.472 (30%)	66 (25%)
Fehlend	101 (1%)	94 (1%)	7 (3%)
<b>Anzahl Kinder im Haushalt</b>			
Keine	1.019 (12%)	992 (12%)	27 (10%)
1-2 Kinder	6.427 (76%)	6.285 (76%)	142 (55%)
<3 Kinder	926 (11%)	838 (10%)	88 (34%)
Fehlend	107 (1%)	97 (1%)	10 (4%)

Anmerkung: Prozente ergeben aufgrund von Rundungen nicht immer genau 100 Prozent

Grund für den Aufenthalt von einem Großteil der Familien in einer pädiatrischen Praxis war die U3 (33%) gefolgt von U6 (13%), der U4 (12%) und der U5 (11%). Nur wenige Familien suchten die Praxen für die U2 (4%) oder für sonstige Untersuchungen auf (>1%). Währenddessen suchten Familien die gynäkologischen Praxen am häufigsten für die Schwangerschaftsvorsorge in der 1.-12. Schwangerschaftswoche und die Vorsorge in der 13.-28. Schwangerschaftsvorsorge auf. Seltener wurde der KID-

PROTEKT-Anhaltsbogen von Patient:innen ausgefüllt, die sich entweder im letzten Schwangerschaftsdrittel befanden oder bereits entbunden haben (s. Tabelle 6).

Tabelle 6: Angaben der Familien bezüglich ihres Aufenthaltsgrundes in den pädiatrischen und gynäkologischen Praxen (N=8.480)

Zeitpunkt der Untersuchung	Häufigkeit n (%)		
	Gesamt	Deutschsprachig	Fremdsprachig
<b>Pädiatrische Praxis</b>			
U2 (3. - 10. Lebenstag)	334 (4%)	333 (4%)	1 (<1%)
U3 (4. – 5. Lebenswoche)	2.794 (33%)	2.724 (34%)	70 (26%)
U4 (3. - 4. Lebensmonat)	1.055 (12%)	1.021 (12%)	34 (13%)
U5 (6. – 7. Lebensmonat)	883 (10%)	852 (10%)	31 (12%)
U6 (10. – 12. Lebensmonat)	1.109 (13%)	1.079 (13%)	30 (11%)
Sonstige	50 (1%)	42 (1%)	8 (3%)
<b>Gynäkologische Praxis</b>			
1.-12. Schwangerschaftswoche	734 (9%)	718 (9%)	16 (6%)
13.-28. Schwangerschaftswoche	569 (7%)	551 (7%)	18 (7%)
29.-40. Schwangerschaftswoche	393 (5%)	383 (5%)	10 (4%)
Bereits entbunden	438 (5%)	425 (5%)	13 (5%)
<b>Gesamt fehlend</b>	121 (1%)	85 (1%)	36 (14%)

Anmerkung: Prozente ergeben aufgrund von Rundungen nicht immer genau 100 Prozent

Zieht man nun die Auswertung des Interviewleitfadens hinzu, zeigt sich, dass die Erreichbarkeit von Familien mit Migrationshintergrund vom Praxispersonal insgesamt ( $M = 2,91$ ,  $SD = 1,01$ ) mit befriedigend bewertet wurde. Auch in den einzelnen Studienarmen TAU ( $M = 2,73$ ,  $SD = 0,8$ ), QT ( $M = 3,24$ ,  $SD = 1,14$ ) und ST ( $M = 2,67$ ,  $SD = 0,97$ ) wurde die Erreichbarkeit jeweils mit „befriedigend“ bewertet. Mit einem Mittelwert von 2,67 erhielt dabei der Interventionsarm ST im Vergleich zu den anderen Interventionsarmen die beste Bewertung. Die absoluten Häufigkeiten der jeweiligen Kategorien der Likert-Skala sind der Tabelle 7 zu entnehmen. Die Auswertung der Freitexte liefert unterschiedliche Erkenntnisse: So nannten  $n=10$  Praxismitarbeiter:innen Sprachbarrieren als Problem. Von  $n=6$  wurde der Anhaltsbogen aufgrund der verschiedenen erhältlichen Fremdsprachen gelobt. Nach Meinung von  $n=3$  Mitarbeiter:innen stellte mangelnde Zeit ein zusätzliches Problem dar, um Familien mit Migrationshintergrund mithilfe des fremdsprachigen Anhaltsbogens den Zweck des Projektes zu erläutern.  $N=1$  MFA nannte zudem, dass aufseiten der Befragten Misstrauen gegenüber dem

Anhaltsbogen vorherrschte. N=2 Mitarbeiter:innen einer gynäkologischen Praxis konnten zudem keine näheren Angaben zu der Frage geben, da die Praxis selten von Familien mit Migrationshintergrund aufgesucht wird.

Tabelle 7: Bewertung der Erreichbarkeit von Familien mit Migrationshintergrund aus Sicht der MFAs /Ärzt:innen gesamt und unterteilt in den drei Interventionsarmen TAU, QT & ST (N=58)

Bewertung medizinisches Fachpersonal	Häufigkeit n (%)			
	Gesamt	TAU	QT	ST
<b>Erreichbarkeit von Familien mit Migrationshintergrund</b>				
Sehr gut	4 (7%)	1 (6%)	1 (5%)	2 (10%)
Gut	14 (24%)	4 (24%)	4 (19%)	6 (30%)
Befriedigend	22 (38%)	8 (47%)	8 (38%)	6 (30%)
Ausreichend	12 (21%)	2 (12%)	6 (29%)	4 (20%)
Mangelhaft	1 (2%)	0	1 (5%)	0
Ungenügend	1 (2%)	0	1 (5%)	0
Fehlend	4 (7%)	2 (12%)	0	2 (10%)

Anmerkung: Prozente ergeben aufgrund von Rundungen nicht immer genau 100 Prozent

## 7.2 Ergebnisse nach zweiter Fragestellung

Wie oben bereits bei der Stichprobenbeschreibung erwähnt, ist der Anteil der Befragten unter 18 Jahren bei den fremdsprachigen Patient:innen (2%) doppelt so groß wie bei den Deutschsprachigen. Auf die Frage, ob diejenige Person, welche den KID-PROTEKT-Anhaltsbogen ausfüllte, alleinerziehend sei, haben insgesamt n=603 Personen mit „ja“ beantwortet; das machen 7% der Gesamtstichprobe aus. N=7797 haben die Frage verneint, was einem Anteil von 97% entspricht. Von den n=603 Alleinerziehenden haben n=93 den fremdsprachigen Bogen ausgefüllt und n=510 den Deutschsprachigen. Hier fällt auf, dass der Anteil der Alleinerziehenden bei den fremdsprachigen Patient:innen (35%) deutlich höher liegt als der Anteil Alleinerziehender bei den deutschsprachigen Patient:innen (6%). Bei der näheren Betrachtung der weiteren psychosozialen Belastungsfaktoren fällt auf, dass „Antriebslosigkeit, Erschöpfung, Niedergeschlagenheit, freudlos gefühlt oder Erleben etwas sehr Belastendes“ mit insgesamt n=1.426 (17%) am häufigsten angegeben wurde. Auch hier ist der Anteil der fremdsprachigen Personen (20%), welche diese Frage mit „ja“ beantworteten, höher.

Generell wurden die Kategorien „Alltagsbewältigung“ (6%), „Lebenssituation“ (8%), „Schwangerschaft und Geburt“ (7%), „Kinder und Erziehung“ (6%) ähnlich häufig angegeben. Am seltensten wurde die Kategorie „Partnerschaft“ (3%) als Belastungsfaktor bejaht. Die Unterschiede in den jeweiligen Anteilen zwischen den fremdsprachigen und deutschsprachigen Patient:innen sind größtenteils eher gering. Ein größerer Unterschied liegt in der Kategorie „Lebenssituation“ vor, welche von 26 Prozent der fremdsprachigen Patient:innen als psychosoziale Belastung wahrgenommen wurde. Währenddessen bejahten lediglich sieben Prozent der deutschsprachigen Patient:innen jene Belastung bei der Beantwortung des Anhaltsbogens. In der Kategorie „Schwangerschaft und Geburt“ ist ebenfalls ein kleinerer Unterschied zu erkennen: Bei zwölf Prozent der fremdsprachigen Familien wurde ein auffälliger Befund ermittelt, bei den Deutschsprachigen hingegen sieben Prozent. Die einzigen Belastungskategorien, welche von den deutschsprachigen Patient:innen häufiger angegeben wurden, sind die Kategorien „Alltagsbewältigung“ (6% vs. 4%) und „Kinder und Erziehung“ (6% vs. 3%) (s. Tabelle 8).

Tabelle 8: Häufigkeiten der Belastungsursachen bei den Familien gesamt und unterteilt in deutschsprachig und fremdsprachig (N=8.480)

Angaben der Familien	Häufigkeit n (%)		
	Gesamt	Deutschsprachig	Fremdsprachig
<b>Belastungsursache</b>			
Jünger als 18 Jahre	73 (<1%)	67 (1%)	6 (2%)
Alleinerziehend	603 (7%)	510 (6%)	93 (35%)
Antriebslosigkeit, Erschöpfung, Niedergeschlagenheit, freudlos gefühlt oder Erleben etwas sehr Belastendes	1.426 (17%)	1.373 (17%)	53 (20%)
Alltagsbewältigung	496 (6%)	485 (6%)	11 (4%)
Partnerschaft	269 (3%)	251 (3%)	18 (7%)
Lebenssituation	644 (8%)	575 (7%)	69 (26%)
Schwangerschaft und Geburt	619 (7%)	588 (7%)	31 (12%)
Kinder und Erziehung	485 (6%)	478 (6%)	7 (3%)
Sonstiges	612 (7%)	592 (7%)	20 (8%)

Anmerkung: Prozente ergeben aufgrund von Rundungen nicht immer genau 100 Prozent

In Rahmen von KID-PROTEKT werden diejenigen Familien als psychosozial belastet angesehen, bei welchen mindestens ein auffälliges Ergebnis im Anhaltsbogen festgestellt wurde. Von den N=8.480 Familien lag bei n=5.765 Familien keine Belastung vor,

was einer gesamten Nicht-Belastungsquote von 68 Prozent entspricht. Mindestens eine Belastung konnte bei  $n=1.315$  Familien ermittelt werden. Vergleicht man dabei die Anteile psychosozialer Belastungen der deutschsprachigen Familien mit denen der fremdsprachigen Familien, fällt auf, dass bei den fremdsprachigen Familien (28%) fast doppelt so häufig eine Belastung festgestellt wurde wie bei den Deutschsprachigen (15%). Dem gegenüber steht, dass der Anteil der nicht-belasteten Familien bei den deutschsprachigen Familien (69%) größer gegenüber den fremdsprachigen Familien (41%) war. Bei der Betrachtung der weiteren Belastungsscore-Kategorien fällt ebenfalls auf, dass die jeweiligen prozentualen Anteile der fremdsprachigen Familien höher als jene der Deutschsprachigen sind (s. Tabelle 9). Außerdem liegt der Mittelwert des Belastungsscores bei den fremdsprachigen Familien ( $M = 1,16$ ,  $SD = 1,35$ ) höher als jener der deutschsprachigen Familien ( $M = 0,60$ ,  $SD = 1,13$ ).

Tabelle 9: Belastungsscore kategorisch dargestellt bei den Familien gesamt und unterteilt in deutschsprachig und fremdsprachig (N=8.480)

Angaben der Familien	Häufigkeit n (%)		
	Gesamt	Deutschsprachig	Fremdsprachig
Keine Belastung	5.765 (68%)	5.656 (69%)	109 (41%)
Min. 1 Belastung	1.315 (16%)	1.241 (15%)	74 (28%)
Zwei Belastungen	744 (9%)	702 (9%)	42 (16%)
Drei Belastungen	341 (4%)	320 (4%)	21 (8%)
Vier Belastungen	168 (2%)	157 (2%)	11 (4%)
Mehr als vier Belastungen	131 (2%)	123 (1%)	8 (3%)
Fehlend	16 (>1%)	14 (>1%)	2 (1%)

Anmerkung: Prozente ergeben aufgrund von Rundungen nicht immer genau 100 Prozent

Die Berechnung des Chi-Quadrats ergibt, dass sich der Mittelwert des Belastungsscores bei den fremdsprachigen Familien signifikant von dem Mittelwert der deutschsprachigen Familien unterscheidet ( $\chi^2 = 94,07$ ,  $df = 8$ ,  $p < .001$ ). Demnach wird  $H_0$  abgelehnt und  $H_1$  angenommen. Die Berechnung des Chi-Quadrats sagt demnach aus, dass sich die Belastungen von fremdsprachigen Familien, von denen der deutschsprachigen Familien signifikant unterscheiden bzw. bei den fremdsprachigen Familien mehr Belastungen vorliegen als bei den Deutschsprachigen. Der vorliegende signifikante Unterschied ist allerdings, bei Interpretation des errechneten Cramer-V, schwach ( $V = .11$ ,  $p < .001$ ).

## 8. Diskussion

Abschließend ist festzuhalten, dass der Migrationshintergrund für sich genommen keine psychosoziale Belastung darstellt. Allerdings ist man sich in der Forschung überwiegend einig, dass der Vorgang einer Migration ein kritisches Lebensereignis bedeutet. Auch in Studien deutete es sich bisher an, dass Familien mit Migrationshintergrund im Laufe ihres Lebens eher größeren psychosozialen Stressoren ausgesetzt sind als der nicht migrierte Teil der Bevölkerung. Ziel der vorliegenden Arbeit war es daher, einen Überblick über die vorliegenden psychosozialen Belastungen bei Familien mit Migrationshintergrund zu liefern sowie diese den psychosozialen Belastungen von Familien ohne Migrationshintergrund gegenüberzustellen, sie zu vergleichen und näher zu analysieren. Die Ermittlung der psychosozialen Belastungen der Familien mit und ohne Migrationshintergrund erfolgte mithilfe des KID-PROTEKT-Anhaltsbogen, welcher im Rahmen des Projektes Verwendung in gynäkologischen und pädiatrischen Praxen fand. Jene Praxen eignen sich für die gezielte Ansprache psychosozial belasteter Familien, da diese eine hohe Akzeptanz bei Familien innehaben. In dem nun folgenden Abschnitt werden rückblickend die Ergebnisse zusammengefasst und mitsamt der Methodik kritisch diskutiert.

### 8.1 Zusammenfassung und Interpretation zentraler Ergebnisse

Die Ergebnisse der statistischen Auswertung zeigen, dass drei Prozent aller Familien, welche den KID-PROTEKT-Anhaltsbogen ausfüllten, den fremdsprachigen Bogen verwendeten. Dieser Anteil lässt darauf schließen, dass mindestens drei Prozent der Familien einen Migrationshintergrund besitzen. Vergleicht man diesen Anteil mit dem prozentualen Anteil migrantischer Familien aller Familien in Deutschland, welcher 35 Prozent beträgt, erscheint dieser etwas gering (Vgl. BMFSFJ II, 2020). Daraus kann man unterschiedliche Schlussfolgerungen ziehen. Eine Interpretierung dieses geringen Anteils wäre, dass Familien mit Migrationshintergrund entweder seltener die ambulante pädiatrische beziehungsweise gynäkologische Versorgung aufsuchen, was auf eine geringere Inanspruchnahme schließen ließe, oder die Versorgung zwar ähnlich wie Familien ohne Migrationshintergrund aufsuchen, aber weniger Bereitschaft zeigten, an der Evaluationsstudie teilzunehmen. Außerdem beinhaltet die Ausgabe

fremdsprachiger Bögen an fremdsprachige Familien einen gewissen Aufwand, aufgrund von Problemen wie beispielsweise Sprachbarrieren, die die Kommunikation zwischen Praxispersonal und den Familien erschweren könnten. Auch dies könnte zur Folge haben, dass weniger Familien mit Migrationshintergrund an der Evaluationsstudie teilnahmen und somit der Anteil insgesamt eher gering erscheint.

Innerhalb den Interventionsarmen wurden die deutschsprachigen Bögen am häufigsten in der Versorgungsform ST herausgegeben, vor den Interventionsarmen QT und TAU. Bei den fremdsprachigen Bögen hingegen wurde der Großteil der Bögen in TAU verteilt, vor ST und QT. Am häufigsten wurde der fremdsprachige Bogen in Englisch und Arabisch beantwortet, am seltensten in Spanisch, Französisch oder Russisch. Die geringe Anzahl an herausgegebenen fremdsprachigen Bögen in den neuen Versorgungsformen QT und ST kann mit dem, wie oben bereits erwähnt, verbundenen hohen Aufwand für das Praxispersonal zu erklären sein. Denn bei der Ausgabe der Bögen gehörte es auch zur Aufgabe der Praxismitarbeiter:innen den Familien die Hintergründe der psychosozialen Anamnese (QT & ST), der Lotsensprechstunde (ST) und der Evaluationsstudie näher zu erläutern. Wie bereits erwähnt ist dabei der Aufwand im Austausch mit fremdsprachigen Familien größer, da die Kommunikationsmöglichkeiten aufgrund von Sprachbarrieren eingeschränkt sein können. Dagegen sind die Abläufe in der Regelversorgung TAU geläufiger und mit weniger Aufwand im direkten Austausch mit den Familien verbunden, was die höhere Anzahl herausgebener fremdsprachiger Bögen in jener Interventionsbedingung erklären kann. Dem gegenüber steht die Verteilung der deutschsprachigen Bögen, von denen mehr in den Interventionsarmen QT und ST als in TAU herausgegeben wurden. Dies kann mit der nicht vorhandenen Sprachbarriere und dem damit geringeren Aufwand zusammenhängen.

Die Auswertung der Interviewleitfaden ergab, dass von den drei Interventionsbedingungen der Interventionsarm ST im Hinblick auf die Erreichbarkeit von Familien mit Migrationshintergrund am besten bewertet wurde. Allerdings erhielt er im aufgerundeten Durchschnitt (Mittelwert) ebenso die Bewertung „befriedigend“ wie die zwei weiteren Arme QT und TAU. Die Hindernisse im Umgang mit den Familien mit Migrationshintergrund, welche vom Praxispersonal genannt wurden, wie Sprachbarrieren, Zeitmangel und Misstrauen aufseiten der Familien, gleichen den genannten Barrieren in der Versorgung von migrantischen Familien ähnlicher Forschungsarbeiten.

Vergleichbar sind jene Erkenntnisse unter anderem mit denen der fragebogengestützten Erhebung von Ullrich et al., in welcher die schwierige Gestaltung der Kommunikation mit migrantischen Familien genannt wird. Vom medizinischen Fachpersonal wurde außerdem die mehrsprachige Ausgabe des KID-PROTEKT-Anhaltsbogen gelobt und als hilfreich für den Umgang mit fremdsprachigen Familien bewertet. Diese Bewertung des Praxispersonals deckt sich mit der Einschätzung von Bermejo et al., dass die Verwendung sprachsensitiver Maßnahmen einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund leisten kann.

Generell ist davon auszugehen, dass sich aufgrund der Lebensumstände von Familien mit Migrationshintergrund, die psychosozialen Belastungen von nicht-migrantischen Familien unterscheiden können. Der Chi-Quadrat-Test bestätigt diese Annahme, wonach sich die Belastungen bei fremdsprachigen Familien signifikant von denen deutschsprachiger Familien unterscheiden. Allerdings zeigt die Berechnung des Cramer-Vs, dass es sich lediglich um einen schwachen Unterschied handelt. Die Einteilung aller Belastungen in Belastungskategorien mithilfe der Berechnung des Belastungsscores zeigt, dass in der vorliegenden Stichprobe im Durchschnitt die fremdsprachigen Familien 1,16 Belastungen besitzen, die Deutschsprachigen hingegen 0,60 Belastungen. Somit sehen sich die fremdsprachigen Familien hier mit mehr Belastungen konfrontiert als die Deutschsprachigen. Betrachtet man darüber hinaus die einzelnen Belastungsfaktoren, zeigen sich in der Auswertung des Anhaltsbogens zum Teil größere Unterschiede von Anteilen in den jeweiligen Kategorien: So war der Anteil der Alleinerziehenden bei den fremdsprachigen Familien mit 36 Prozent 6-mal so groß wie bei den Deutschsprachigen. Dieser große Unterschied scheint aber eher auf der hier ausgewählten Stichprobe zu beruhen und spiegelt nicht den generellen Anteil Alleinerziehender in migrantischen und nicht-migrantischen Familien in Deutschland wider. Nach den Mikrozensus sind die Anteile alleinerziehender Migrant:innen (ca. 4%) und Nicht-Migrant:innen (ca. 3%) in der Bundesrepublik nahezu identisch (Destatis, 2022). Das Gefühl von Antriebslosigkeit, Erschöpfung, Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit beziehungsweise das Erleben von etwas sehr Belastendem stimmten fremdsprachige Familien etwas häufiger als Deutschsprachige zu. Dies spricht für die Annahme, dass Familien mit Migrationshintergrund eher Belastendes erleben beziehungsweise ihr psychisches Wohlbefinden generell etwas schlechter einschätzen (Vgl. Brandl et al., 2018; Weilandt et al. 2003). Die allgemeine Lebenssituation als Belastung

wahrzunehmen, aufgrund von beispielsweise Arbeitslosigkeit, schlechter Wohnsituation oder fehlenden Sprachkenntnissen, bejahten 27 Prozent der fremdsprachigen Stichprobe, während nur sieben Prozent der Deutschsprachigen die Lebenssituation als belastend wahrnehmen. Vergleicht man diesen Unterschied mit den bisherigen Erkenntnissen aus der Migrationsforschung, wird die Annahme bestätigt, dass Familien mit Migrationshintergrund unter anderem aufgrund sozioökonomischer Probleme eher psychosozialer Belastungen ausgesetzt sind. Belege für eine schlechtere Lebenssituation liefern unter anderem die Erwerbslosen- oder die Armutsgefährdungsquote, wie auch die eher schlechtere Wohnsituation von Menschen mit Migrationshintergrund (Gesemann & Roth, 2018; Destatis, 2022). Ein kleinerer Unterschied zwischen den Anteilen liegt auch in der Kategorie „Schwangerschaft und Geburt“ vor. Im Hintergrund wurde thematisiert, dass Migrantinnen mit besonderen psychosozialen Herausforderungen konfrontiert sind, welche sich ungünstig auf den Verlauf der Schwangerschaft auswirken können (Vgl. Diop et al., 2020). Jene besonderen Umstände können als Erklärungsansatz dienen, warum mehr fremdsprachige Familien die Schwangerschaft und Geburt als Belastung wahrnehmen als Deutschsprachige. Zu der Kategorie „Kinder und Erziehung“ gaben sechs Prozent der deutschsprachigen Familien an, diese als belastend zu empfinden. Dem gegenüber stehen nur drei Prozent der fremdsprachigen Familien. Dass die fremdsprachigen Familien diese psychosoziale Belastung als weniger belastend als die Deutschsprachigen empfinden, kann auf die soziale Unterstützung innerhalb der Familie zurückzuführen sein, welche laut der Studie von Bermejo et al. beispielsweise Familien mit italienischem oder spanischem Hintergrund besonders aufsuchen. Die Alltagsbewältigung gaben die fremdsprachigen wie auch die deutschsprachigen Familien ähnlich häufig als Belastung an. Der Unterschied in den Anteilen ist zu gering, um daraus Schlüsse ziehen zu können.

### 8.3 Limitationen

Bei der vorliegenden Arbeit gilt es auch die Methodik zu diskutieren. Die statistische Datenanalyse beruht auf bereits vorhandenen Daten des UKEs, welche für den Zweck der KID-PROTEKT-Evaluationsstudie erhoben wurden. Somit handelt es sich um eine Sekundäranalyse, die nach Tausendpfund (2018) Vorteile innehat, welche im Methodenteil dieser Arbeit aufgezählt wurden (s. Punkt 6). Doch neben den genannten

Vorteilen existieren auch Nachteile, die eine Sekundäranalyse mit sich bringt. Da die Operationalisierung nicht eigens vollzogen wurde, besteht die Möglichkeit, dass die verwendeten und bereits existierenden Variablen nicht die optimale theoretische Lösung für die Erörterung der Forschungsfrage darstellen (Tausendpfund, 2018). Demnach lässt sich in der vorliegenden Arbeit die Operationalisierung des Migrationshintergrundes diskutieren. Wie unter anderem Kirkcaldy et al. (2006) feststellten, gestaltet sich die Operationalisierung von Forschungsarbeiten im Feld der Migration schwierig. Die Definition der Menschen mit Migrationshintergrund erfolgt dabei oft anhand unterschiedlicher Kriterien, wie zum Beispiel anhand der Staatsbürgerschaft, des Geburtsortes oder der Muttersprache einer Person. Betrachtet man aber die Definition von Menschen mit Migrationshintergrund des Statistischen Bundesamtes (2022), nach der Menschen in Deutschland dann über einen Migrationshintergrund verfügen, sobald sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht die deutsche Staatsangehörigkeit von Geburt an besitzt, ist bei der vorliegenden Arbeit anzumerken, dass die Erfassung des Migrationshintergrundes beim KID-PROTEKT-Anhaltsbogen lediglich mithilfe der fremdsprachigen Bögen erfasst wurde. Somit werden diejenigen Familien mit Migrationshintergrund nicht berücksichtigt, welche der deutschen Sprache mächtig sind und somit in der Lage waren, den deutschsprachigen Bogen zu beantworten. Man kann davon ausgehen, dass der Anteil migrantischer Familien in der Gesamtstichprobe deutlich höher war, als es hier den Anschein hat. So erscheint der Anteil von drei Prozent verglichen mit dem Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in der gesamten Bundesrepublik (27%; Destatis, 2022) eher niedrig. Dadurch dass der Migrationshintergrund anhand der Fremdsprache definiert wird, ist zusätzlich die Vergleichbarkeit zu anderen empirischen Arbeiten limitiert, da diese womöglich den Migrationshintergrund anhand anderer Kriterien festlegen (Vgl. Kirkcaldy et al., 2006). Allerdings beinhaltet der niedrighschwellige Ansatz, die Teilnehmenden nicht mit einer zu hohen Fragenanzahl und zu spezifischen Angaben im soziodemografischen Teil des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens von einer Teilnahme abzuschrecken, den Vorteil, dass einer Stichprobenselektion vorgebeugt wird (Vgl. Pawils et al., 2022; Homuth et al., 2017). So ist davon auszugehen, dass der Effekt, dass generell eher Personen mit höherem Bildungsgrad an Studien teilnehmen, in der vorliegenden Arbeit schwächer ist.

Bei der Betrachtung der Bewertung der Erreichbarkeit von Familien mit Migrationshintergrund gilt es anzumerken, dass diese lediglich aus der Sicht des Praxispersonals

erfolgte. Wünschenswert wäre hier auch eine Bewertung aus der Perspektive der Betroffenen, also der Familien mit Migrationshintergrund, um ein vollständigeres Bild hinsichtlich der Erreichbarkeit zu erhalten.

Generell gilt, dass Menschen mit Migrationshintergrund keine homogene Gruppe darstellen, weswegen oftmals die Repräsentation migrationsforschender Studien begrenzt ist und somit kaum generell geltende Rückschlüsse auf die Gruppe aller Migrant:innen zulässt (Kirkcaldy et al., 2006; Razum & Saß, 2015). Diese Problematik liegt auch in der vorliegenden Arbeit vor, da sich die fremdsprachigen Familien hinsichtlich ihrer Muttersprache unterscheiden. Aufgrund dieses Unterschiedes lässt sich auf unterschiedliche Herkunftsländer und unterschiedliche kulturelle Hintergründe der jeweiligen Familien schließen. Hinsichtlich der psychosozialen Belastungen lassen die Ergebnisse keine Rückschlüsse für die Gruppe aller Familien mit Migrationshintergrund zu.

## 9. Fazit und Ausblick

Zusammenfassend liefert die vorliegende Arbeit einen Überblick über die psychosozialen Belastungen, welche sich auf die Gesundheit von Familien mit Migrationshintergrund auswirken und stellt diese den Belastungen von Familien mit Migrationshintergrund gegenüber. Hintergrund der Arbeit ist das Projekt KID-PROTEKT der Forschungsgruppe „Prävention im Kindes- und Jugendalter“ des UKEs, auf welchem die Datenerhebung beruht. Anwendung fand das Projekt in gynäkologischen und pädiatrischen Praxen, in denen sich die Familien im Rahmen von Routineuntersuchungen befanden. Jenes Setting wurde als geeignet empfunden, da sie in der Bevölkerung eine hohe Akzeptanz genießen und vom Großteil der Familien regelmäßig aufgesucht werden. In der Studie ließ sich herausfinden, dass die psychosoziale Anamnese auch bei Familien mit Migrationshintergrund in der ambulanten gynäkologischen und pädiatrischen Versorgung gelingt. Die Erreichbarkeit von Familien mit Migrationshintergrund wurde von dem medizinischen Fachpersonal der teilnehmenden Praxen als zufriedenstellend bewertet. Bei der Untersuchung der hier betrachteten Stichproben ließ sich feststellen, dass sich die psychosozialen Belastungen signifikant voneinander unterscheiden und die Familien mit Migrationshintergrund über mehr Belastungen verfügen

als jene ohne Migrationshintergrund. Allerdings ist der vorliegende signifikante Unterschied schwach.

Generell bestätigt die Arbeit die weit verbreitete Annahme in der Forschung, dass sich die psychosozialen Belastungen von Familien mit Migrationshintergrund von jenen der Familie ohne Migrationshintergrund unterscheiden. Allerdings gestaltete sich auch hier die Operationalisierung schwierig: Um eine höhere Reaktanz der Teilnehmenden zu verhindern, wurde die soziodemografische Beschreibung im KID-PROTEKT-Anhaltbogen kurzgehalten. Somit ist anzunehmen, dass einer Selektion innerhalb der Stichprobe vermieden werden konnte. Allerdings hat diese Gestaltung zur Folge, dass der Migrationshintergrund lediglich anhand der Muttersprache festgemacht wurde. Somit ist davon auszugehen, dass der Anteil von Familien mit Migrationshintergrund größer war als der Anteil von drei Prozent der vorliegenden Gesamtstichprobe. Im Hinblick auf zukünftige Forschungsarbeiten wäre es zudem wünschenswert, die Sicht der Betroffenen mit entsprechenden Erhebungsmethoden festzuhalten und darzustellen. In der vorliegenden Studie wäre es interessant gewesen, die Perspektive von Familien mit Migrationshintergrund hinsichtlich ihrer Erreichbarkeit zu erheben, um ein umfassenderes Bild neben der Sicht des Praxispersonals zu erhalten.

## Literaturverzeichnis

- APA Dictionary of Psychology (2022). *Psychosocial Stressor*. Abrufbar unter: <https://dictionary.apa.org/psychosocial-stressor> [22.08.2022]
- Alhasanat, D., & Fry-McComish, J. (2015). Postpartum Depression Among Immigrant and Arabic Women: Literature Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(6), 1882–1894. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0165-5>
- Baader, M. S., Götte, P., & Gippert, W. (Hrsg.). (2018). *Migration und Familie: Historische und aktuelle Analysen*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-15021-1>
- Baschin, K., Ülsmann, D., Jacobi, F., & Fydrich, T. (2012). Inanspruchnahme psychosozialer Versorgungsstrukturen: Theoretisches Modell für Personen mit Migrationshintergrund. *Psychotherapeut*, 57(1), 7–14. <https://doi.org/10.1007/s00278-011-0884-6>
- Behrens, K., & Calliess, I. (2008). Migration und Kultur als Determinanten diagnostischer und therapeutischer Prozesse bei seelisch erkrankten Migranten. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 58(03/04), 162–168. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1067355>
- Bengel, J. (2016). Pschyrembel Online. Psychosoziale Belastung. Abrufbar unter: [https://www.pschyrembel.de/Psychosoziale%20Belastung/S00D8#:~:text=FeedbackGesamtheit%20der%20auf%20eine%20Person,der%20Ressourcen%20dieser%20Person%20f%C3%BChren](https://www.pschyrembel.de/Psychosoziale%20Belastung/S00D8#:~:text=FeedbackGesamtheit%20der%20auf%20eine%20Person,der%20Ressourcen%20dieser%20Person%20f%C3%BChren.). [22.08.2022]
- Bermejo, I., Hölzel, L. P., Kriston, L., & Härter, M. (2012). Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 55(8), 944–953. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1511-6>
- Brandl, E., Dietrich, N., Mell, N., Winkler, J., Gutwinski, S., Bretz, J., & Schouler-Ocak, M. (2018). Klinische und soziodemografische Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Migrationshintergrund in einer Psychiatrischen Institutsambulanz. *Psychiatrische Praxis*, 45(07), 367–374. <https://doi.org/10.1055/s-0043-123735>
- Brucks, U. (2004). Der blinde Fleck der medizinischen Versorgung in Deutschland—Migration und psychische Erkrankung. *psychoneuro*, 30(4), 228–231. <https://doi.org/10.1055/s-2004-826664>

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2021). *Neunter Familienbericht. Eltern sein in Deutschland – Ansprüche, Anforderungen und Angebote bei wachsender Vielfalt*. Abrufbar unter: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/174094/93093983704d614858141b8f14401244/neunter-familienbericht-langfassung-data.pdf> [03.05.2022]
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) II (2020). *Gelebte Vielfalt. Familien mit Migrationshintergrund in Deutschland*. S. 6–12 Abrufbar unter: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/gelebtevielfalt-familien-mit-migrationshintergrund-in-deutschland-116882> [22.08.2022]
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) III (2007). *Gesundheit – Gewalt – Migration. Eine vergleichende Sekundäranalyse zur gesundheitlichen und Gewaltsituation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland*. Abrufbar unter: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/93964/588d6d5da075d2803f8696dfbbe3d35c/gesundheit-gewalt-migration-langfassung-studie-data.pdf> [22.08.2022].
- Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) (2020). *Armutgefährdungsquoten von Migranten*. Abrufbar unter: <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61788/armutsgefaehrdungsquoten-von-migranten/#:~:text=Im%20Jahr%202019%20war%20das,als%20deutsche%20Personen%20mit%20Migrationshintergrund.> [22.08.2022]
- Calliess, I., Schmid-Ott, G., Akguel, G., Jaeger, B., & Ziegenbein, M. (2007). Einstellung zu Psychotherapie bei jungen türkischen Migranten in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 34(7), 343–348. <https://doi.org/10.1055/s-2007-986191>
- Diop, S., Turmes, L., Juckel, G., & Mavrogiorgou, P. (2020). Postpartale Depression und Migration. *Der Nervenarzt*, 91(9), 822–831. <https://doi.org/10.1007/s00115-019-00828-5>
- Ditte, D., Schulz, W., & Schmid-Ott, G. (2006). Einstellung gegenüber der Psychotherapie in der russischen Bevölkerung und in der Bevölkerung mit einem russischen/sowjetischen kulturellen Hintergrund in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 77(1), 64–72.
- Egle, U. T., Franz, M., Joraschky, P., Lampe, A., Seiffge-Krenke, I., & Cierpka, M. (2016). Gesundheitliche Langzeitfolgen psychosozialer Belastungen in der Kindheit – ein Update. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung -*

- Gesundheitsschutz*, 59(10), 1247–1254. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2421-9>
- Egle, U. T., Hardt, J., Franz, M., & Hoffmann, S. O. (2002). Psychosoziale Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter: Möglichkeit der Prävention in der Psychosomatischen Medizin. *Psychotherapeut*, 47(2), 124–127. <https://doi.org/10.1007/s00278-002-0216-y>
- Eickhorst, A., Schreier, A., Brand, C., Lang, K., Liel, C., Renner, I., Neumann, A., & Sann, A. (2016). Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59(10), 1271–1280. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2422-8>
- Fergusson, D. M., & Horwood, J. L. (2001). The Christchurch Health and Development Study: Review of Findings on Child and Adolescent Mental Health. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(3), 287–296. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2001.00902.x>
- Franz, M., Schäfer, R., Gertheinrichs, T., & Thees, R. (2006). Die psychosoziale Belastung alleinerziehender Mütter und ihrer Kinder – Ausprägung und Determinanten. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 56. <https://doi.org/10.1055/s-2006-934249>
- Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss (GBA) (o. J.). *KID-PROTEKT Kindzentrierte Psychosoziale Grundversorgung im ambulanten Sektor. Projektbeschreibung*. Abrufbar unter: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/kid-protekt-kindzentrierte-psychosoziale-grundversorgung-im-ambulanten-sektor.172> [22.08.2022]
- Geisen, T., Studer, T., & Yildiz, E. (Hrsg.). (2013). *Migration, Familie und soziale Lage: Beiträge zu Bildung, Gender und Care*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-94127-1>
- Gesemann, F., & Roth, R. (Hrsg.). (2018). *Handbuch Lokale Integrationspolitik*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-13409-9>
- Hagen, C., & Kurth, B.-M. (2007). *Gesundheit von Kindern alleinerziehender Mütter*. 42. <https://doi.org/10.25646/532>
- Homuth, Christoph, Schmitt, Monja, Lorenz, Christian, & Mann, Daniel. (2017). *Warum ein erneutes Genehmigungsverfahren im laufenden Längsschnitt weitreichende Folgen für die Datenqualität hat*. <https://doi.org/10.25656/01:12964>

- International Organization for Migration (IOM) (2019). *Glossary on Migration*. IML Series No. 34, 2019. Abrufbar unter: [https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml\\_34\\_glossary.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf) [12.05.2022]
- Kamtsiuris, P., Bergmann, E., Rattay, P., & Schlaud, M. (2007). Inanspruchnahme medizinischer Leistungen: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50(5–6), 836–850. <https://doi.org/10.1007/s00103-007-0247-1>
- Kirkcaldy, B., Wittig, U., Furnham, A., Merbach, M., & Siefen, R. G. (2006). Migration und Gesundheit: Psychosoziale Determinanten. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 49(9), 873–883. <https://doi.org/10.1007/s00103-006-0021-9>
- Knopf, H., Rieck, A., & Schenk, L. (2008). Mundhygiene: Daten des KiGGS zum Karies-präventiven Verhalten. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 51(11), 1314–1320. <https://doi.org/10.1007/s00103-008-0700-9>
- Krüger-Potratz, M. (2013). Vier Perspektiven der Beobachtung im Themenfeld Migration – Familie – Bildung. In T. Geisen, T. Studer, & E. Yildiz (Hrsg.), *Migration, Familie und soziale Lage* (S. 13–36). VS Verlag für Sozialwissenschaften. [https://doi.org/10.1007/978-3-531-94127-1\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-531-94127-1_2)
- Lampert, T. & Kroll, L. E. (2010). *Armut und Gesundheit*. Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin. GBE Kompakt 5/2010. Abrufbar unter: [www.rki.de/gbe-kompakt](http://www.rki.de/gbe-kompakt) [03.05.2022]
- Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. H. (2000). Entwicklung von Risikokindern im Schulalter: Die langfristigen Folgen frühkindlicher Belastungen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 32(2), 59–69. <https://doi.org/10.1026//0049-8637.32.2.59>
- Lorenz, S., Ulrich, S. M., Kindler, H., & Liel, C. (2020). Wie viele Familien in Deutschland sind in welchem Ausmaß psychosozial belastet? *Kindheit und Entwicklung*. <https://econtent.hogrefe.com/doi/epdf/10.1026/0942-5403/a000310>
- Machleidt, W. (2005). Migration, Integration and Mental Health. *Psychiatrische Praxis*, 32(2), 55–57. <https://doi.org/10.1055/s-2004-834690>
- Machleidt, W., Behrens, K., Ziegenbein, M., & Calliess, I. (2007). Integration von Migranten in die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 34(7), 325–331. <https://doi.org/10.1055/s-2007-986192>

- MacLean, S. A., Agyeman, P. O., Walther, J., Singer, E. K., Baranowski, K. A., & Katz, C. L. (2020). Characterization of the mental health of immigrant children separated from their mothers at the U.S.–Mexico border. *Psychiatry Research*, *286*, 112555. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112555>
- Mall, V., & Friedmann, A. (Hrsg.). (2016). *Frühe Hilfen in der Pädiatrie*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-49262-8>
- Medjedović, I. (2014). Sekundäranalyse als Forschungsstrategie – Definition und Abgrenzungen. In I. Medjedović, *Qualitative Sekundäranalyse* (S. 19–26). Springer Fachmedien Wiesbaden. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-05488-5\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-658-05488-5_1)
- Metzner, F., Siefert, S., & Pawils, S. (2017). Psychosoziale Beratung in Frauenarztpraxen: Ergebnisse einer bundesweiten, repräsentativen Befragung von niedergelassenen Gynäkologen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *60*(2), 163–170. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2495-4>
- Miller, A., Hess, J. M., Bybee, D., & Goodkind, J. R. (2018). Understanding the mental health consequences of family separation for refugees: Implications for policy and practice. *American Journal of Orthopsychiatry*, *88*(1), 26–37. <https://doi.org/10.1037/ort0000272>
- Möske, M.-O., Pradel, S., & Schulz, H. (2011). Die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *54*(4), 465–474. <https://doi.org/10.1007/s00103-011-1245-x>
- Pawils, S., Kolodziej, D., Wolkwitz, P. & Neumann, J. (2022). *Vorläufiger Evaluationsbericht zum Projekt „Kindzentrierte Psychosoziale Grundversorgung im Ambulanten Sektor“*. Stand April 2022
- Poethko-Müller, C., Kuhnert, R., & Schlaud, M. (2007). Durchimpfung und Determinanten des Impfstatus in Deutschland: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *50*(5–6), 851–862. <https://doi.org/10.1007/s00103-007-0248-0>
- Rattay, P., Lippe, E. von der, Borgmann, L.-S., & Lampert, T. (2017). Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland. In *Journal of Health Monitoring* (Bd. 2). Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-112>
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit

- von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50(5–6), 871–878. <https://doi.org/10.1007/s00103-007-0250-6>
- Razum, O. (2009). Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt<sup>1</sup>. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (S. 267–282). VS Verlag für Sozialwissenschaften. [https://doi.org/10.1007/978-3-531-91643-9\\_15](https://doi.org/10.1007/978-3-531-91643-9_15)
- Razum, O., & Saß, A.-C. (2015). Migration und Gesundheit: Interkulturelle Öffnung bleibt eine Herausforderung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 58(6), 513–514. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2154-1>
- Razum, O., Zeeb, H., & Rohrmann, S. (2000). The 'healthy migrant effect'—not merely a fallacy of inaccurate denominator figures. *International Journal of Epidemiology*, 29(1), 191–192. <https://doi.org/10.1093/ije/29.1.191>
- Renner, I. (2010). Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems: Ergebnisse einer explorativen Befragung von Modellprojekten Früher Hilfen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 53(10), 1048–1055. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1130-z>
- Renner, I., Scharmanski, S., van Staa, J., Neumann, A., & Paul, M. (2018). Gesundheit und Frühe Hilfen: Die intersektorale Kooperation im Blick der Forschung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 61(10), 1225–1235. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2805-0>
- Renner, I., van Staa, J., Neumann, A., Sinß, F., & Paul, M. (2021). Frühe Hilfen aus der Distanz – Chancen und Herausforderungen bei der Unterstützung psychosozial belasteter Familien in der COVID-19-Pandemie. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 64(12), 1603–1610. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03450-6>
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.). (2008). *Schwerpunktbericht: Migration und Gesundheit*. Abrufbar unter: <https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/migration.html> [22.08.2022]
- Schlack, R., Neuperdt, L., Hölling, H., De Bock, F., Ravens-Sieberer, U., Mauz, E., Wachtler, B., & Beyer, A.-K. (2020). *Auswirkungen des COVID-19-Pandemiegeschehens und behördlicher Infektionsschutzmaßnahmen auf die psychische*

- Gesundheit von Kindern und Jugendlichen*. <https://doi.org/10.25646/7173>
- Schouler-Ocak, M., Aichberger, M. C., Penka, S., Kluge, U., & Heinz, A. (2015). Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 58(6), 527–532. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2143-4>
- Shadid, O. (2021). The Mental Health Effects of Migrant Family Separation. *Adolescent Psychiatry*, 60(9), 4.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2022). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2021*. S. 5–7. Abrufbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publicationen/Downloads-Migration/migrationshintergrund-2010220217004.pdf? blob=publicationFile> [22.08.2022]
- Stenzel, M. (2016). Migration und Gesundheit. In J. Stauder, I. Rapp, & J. Eckhard (Hrsg.), *Soziale Bedingungen privater Lebensführung* (S. 283–303). Springer Fachmedien. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-10986-8\\_12](https://doi.org/10.1007/978-3-658-10986-8_12)
- Tausendpfund, M. (2018). Primär- und Sekundäranalyse. In M. Tausendpfund, *Quantitative Methoden in der Politikwissenschaft* (S. 139–166). Springer Fachmedien Wiesbaden. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-20698-7\\_8](https://doi.org/10.1007/978-3-658-20698-7_8)
- UKE Hamburg (2022). *Arbeitsgruppe Prävention im Kindes- und Jugendalter. Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie*. Abrufbar unter: <https://www.uke.de/kliniken-institute/institute/institut-und-poliklinik-f%C3%BCr-medizinische-psychologie/forschung/arbeitsgruppen/ag-pr%C3%A4vention.html> [22.08.2022]
- Ullrich, S., Briel, D., Nesterko, Y., Hiemisch, A., Brähler, E., & Glaesmer, H. (2016). Verständigung mit Patienten und Eltern mit Migrationshintergrund in der stationären allgemeinpädiatrischen Versorgung. *Das Gesundheitswesen*, 78(04), 209–214. <https://doi.org/10.1055/s-0042-102341>
- Wickes, R., van Kooy, J., Powell, R. & Moran, C. (2019). *The social impact of family separation on refugee settlement and inclusion in Australia*. Monash University. Abrufbar unter: [https://arts.monash.edu/data/assets/pdf\\_file/0003/1959123/Oxfam-Monash-report-family-separation-September2019.pdf](https://arts.monash.edu/data/assets/pdf_file/0003/1959123/Oxfam-Monash-report-family-separation-September2019.pdf) [22.08.2022]
- Weilandt, C., Rommel, A., & Raven, U. (2004). *Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in*

NRW. VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-322-80642-0>

Wimmer-Puchinger, B., Wolf, H., & Engleder, A. (2006). Migrantinnen im Gesundheitssystem: Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 49(9), 884–892. <https://doi.org/10.1007/s00103-006-0022-8>

Yilmaz, T. A., & Riecher-Rössler, A. (2008). Suizidversuche in der ersten und zweiten Generation der ImmigrantInnen aus der Türkei. *Neuropsychiatrie*. <https://doi.org/10.5414/NEPBand22261>

Zapotoczky, H. G. (2011). Migration – Folgewirkungen in der nachfolgenden Generation. *Psychopraxis*, 14(4), 20–22. <https://doi.org/10.1007/s00739-011-0307-z>

## Anhang 1: KID-PROTEKT-Anhaltsbogen in gynäkologischen Praxen



Studien-ID

Bitte werfen Sie den ausgefüllten Fragebogen zusammen mit der unterschriebenen Einwilligungserklärung in den KID-PROTEKT-Briefkasten ein. Da sich Ihre persönliche Situation ändern kann, werden wir Sie zu mehreren Zeitpunkten ansprechen.

Bei Fragen kommen Sie gerne auf uns zu.

In welcher Schwangerschaftswoche sind Sie?	<input type="checkbox"/> 1.–12. Schwangerschaftswoche	<input type="checkbox"/> 13.–28. Schwangerschaftswoche	<input type="checkbox"/> 29.–40. Schwangerschaftswoche	<input type="checkbox"/> Ich habe bereits entbunden
<b>Fragen zu Ihrer Person</b>				
Wie alt sind Sie?	<input type="checkbox"/> jünger als 18 Jahre	<input type="checkbox"/> zwischen 18 und 21 Jahre	<input type="checkbox"/> zwischen 22 und 34 Jahre	<input type="checkbox"/> 35 Jahre oder älter
Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt?	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> 1–2 Kinder	<input type="checkbox"/> 3 oder mehr Kinder	
Sind Sie alleinerziehend?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie sich in letzter Zeit besonders antriebslos, erschöpft, niedergeschlagen, freudlos gefühlt oder haben Sie etwas sehr Belastendes erlebt?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Fühlen Sie sich zur Zeit besonders belastet ...</b>		Bitte kreuzen Sie auch an, wenn die Belastung auf eine Ihnen/Ihrem Kind nahestehende Person zutrifft.		
<b>Alltagsbewältigung</b> ... z. B. durch: seelische oder körperliche Erkrankungen / starke Erschöpfung/Einsamkeit / Missbrauch von Medikamenten, Alkohol oder Drogen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Partnerschaft</b> ... z. B. durch: Konflikte oder Gewalt in der Partnerschaft / Trennung?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Lebenssituation</b> ... z. B. durch: Schulden / Arbeitslosigkeit / schlechte Wohnsituation / fehlende Krankenversicherung / fehlende Sprachkenntnisse?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Schwangerschaft und Geburt</b> ... z. B. durch: ungeplante Schwangerschaft / Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei Geburt / Frühgeburt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Kinder und Erziehung</b> ... z. B. durch: fehlende Unterstützung oder Überforderung bei der Erziehung / schwieriges Verhalten eines Kindes / Zwillinge oder Mehrlinge / Behinderungen, chronische Erkrankungen oder Entwicklungsverzögerungen eines Kindes?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Sonstiges</b> Gibt es andere belastende Umstände, für die Sie sich Entlastung wünschen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Bitte wenden →



#### **Hinweis auf eine Studie**

*Die Forschungsgruppe Prävention im Kindes- und Jugendalter des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf führt zurzeit in unserer Praxis eine Studie durch.*

*Leider erhalten viele Familien, die sich Entlastung im Familienalltag wünschen, oftmals keine entsprechende Unterstützung. Ziel der Studie ist es zu untersuchen, wie (werdende) Eltern bei Bedarf am besten an Unterstützung kommen.*

*Wir möchten Sie daher bitten, der Forschungsgruppe Prävention im Kindes- und Jugendalter zu diesem Forschungszweck den Fragebogen ausgefüllt zur Verfügung zu stellen.*

***Ihre Teilnahme an der wissenschaftlichen Auswertung ist freiwillig. Wenn Sie sich nicht beteiligen möchten, erwachsen Ihnen daraus keine Nachteile.***

*Wenn Sie sich für die Teilnahme an der Studie entscheiden, werden Ihre Angaben anonymisiert, das heißt ohne personenbezogene Angaben wie Name, Adresse und Geburtsdatum, von der Forschungsgruppe wissenschaftlich ausgewertet. Der Forschungsgruppe ist eine Zuordnung Ihrer Angaben zu Ihrer Person nicht möglich. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Nur die Studienleitung bzw. die Studienmitarbeiter/innen haben Zugang zu diesen Daten und unterliegen der Geheimhaltungspflicht. Die Daten aus dem Fragebogen werden auf einem geschützten Server des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf gespeichert.*

#### **Wie nehme ich teil?**

*Zur Teilnahme an der Studie bitten wir Sie, den ausgefüllten Fragebogen zusammen mit der unterschriebenen Einwilligungserklärung in den KID-PROTEKT-Briefkasten einzuwerfen.*

*Vielen Dank, dass Sie uns unterstützen!*



## Anhang 2: KID-PROTEKT-Anhaltsbogen in pädiatrischen Praxen



Studien-ID

Bitte werfen Sie den ausgefüllten Fragebogen zusammen mit der unterschriebenen Einwilligungserklärung in den KID-PROTEKT-Briefkasten ein. Da sich Ihre persönliche Situation ändern kann, werden wir Sie zu mehreren Zeitpunkten ansprechen.

Bei Fragen kommen Sie gerne auf uns zu.

Zu welcher Untersuchung sind Sie heute mit Ihrem Kind gekommen?	<input type="checkbox"/> U2 (3.-10. Tag)	<input type="checkbox"/> U3 (4.-5. Woche)	<input type="checkbox"/> U4 (3.-4. Monat)	<input type="checkbox"/> U5 (6.-7. Monat)	<input type="checkbox"/> U6 (10.-12. Monat)	<input type="checkbox"/> Sonstige
---	---	--	--	--	--	-----------------------------------

Fragen zu Ihrer Person	
Wie alt sind Sie?	<input type="checkbox"/> jünger als 18 Jahre <input type="checkbox"/> zwischen 18 und 21 Jahre <input type="checkbox"/> zwischen 22 und 34 Jahre <input type="checkbox"/> 35 Jahre oder älter
Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> 1–2 Kinder <input type="checkbox"/> 3 oder mehr Kinder
Sind Sie alleinerziehend?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie sich in letzter Zeit besonders antriebslos, erschöpft, niedergeschlagen, freudlos gefühlt oder haben Sie etwas sehr Belastendes erlebt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Fühlen Sie sich zur Zeit besonders belastet ...	Bitte kreuzen Sie auch an, wenn die Belastung auf eine Ihnen/Ihrem Kind nahestehende Person zutrifft.	
<b>Alltagsbewältigung</b> ... z. B. durch: seelische oder körperliche Erkrankungen / starke Erschöpfung/Einsamkeit / Missbrauch von Medikamenten, Alkohol oder Drogen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Partnerschaft</b> ... z. B. durch: Konflikte oder Gewalt in der Partnerschaft / Trennung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Lebenssituation</b> ... z. B. durch: Schulden / Arbeitslosigkeit / schlechte Wohnsituation / fehlende Krankenversicherung / fehlende Sprachkenntnisse?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Schwangerschaft und Geburt</b> ... z. B. durch: ungeplante Schwangerschaft / Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei Geburt / Frühgeburt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Kinder und Erziehung</b> ... z. B. durch: fehlende Unterstützung oder Überforderung bei der Erziehung / schwieriges Verhalten eines Kindes / Zwillinge oder Mehrlinge / Behinderungen, chronische Erkrankungen oder Entwicklungsverzögerungen eines Kindes?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Sonstiges</b> Gibt es andere belastende Umstände, für die Sie sich Entlastung wünschen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bitte wenden →



## Hinweis auf eine Studie

Die Forschungsgruppe Prävention im Kindes- und Jugendalter des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf führt zurzeit in unserer Praxis eine Studie durch.

Leider erhalten viele Familien, die sich Entlastung im Familienalltag wünschen, oftmals keine entsprechende Unterstützung. Ziel der Studie ist es zu untersuchen, wie Eltern bei Bedarf am besten an Unterstützung kommen.

Wir möchten Sie daher bitten, der Forschungsgruppe Prävention im Kindes- und Jugendalter zu diesem Forschungszweck den Fragebogen ausgefüllt zur Verfügung zu stellen.

**Ihre Teilnahme an der wissenschaftlichen Auswertung ist freiwillig. Wenn Sie sich nicht beteiligen möchten, erwachsen Ihnen daraus keine Nachteile.**

Wenn Sie sich für die Teilnahme an der Studie entscheiden, werden Ihre Angaben anonymisiert, das heißt ohne personenbezogene Angaben wie Name, Adresse und Geburtsdatum, von der Forschungsgruppe wissenschaftlich ausgewertet. Der Forschungsgruppe ist eine Zuordnung Ihrer Angaben zu Ihrer Person nicht möglich. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Nur die Studienleitung bzw. die Studienmitarbeiter/innen haben Zugang zu diesen Daten und unterliegen der Geheimhaltungspflicht. Die Daten aus dem Fragebogen werden auf einem geschützten Server des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf gespeichert.

## Wie nehme ich teil?

Zur Teilnahme an der Studie bitten wir Sie, den **ausgefüllten Fragebogen zusammen mit der unterschriebenen Einwilligungserklärung in den KID-PROTEKT-Briefkasten einzuwerfen.**

Vielen Dank, dass Sie uns unterstützen!



## Anhang 3: Interviewleitfaden zur Befragung der MFAs/Ärzt:innen (TAU)



Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

HAMBURG

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf | Martinstraße 52 | 20246 Hamburg  
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

<b>Datum:</b>	
<b>Interviewer:</b>	
<b>Befragte:</b>	
<b>Praxis:</b>	

### Interviewleitfaden Arztpraxis (MFAs/ÄrztInnen)

#### 1. Fragebogen

1. Wie ist Ihnen die Integration des KID-PROTEKT Fragebogens in den Arbeitsalltag gelungen? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie bewerten Sie die Praktikabilität des KID-PROTEKT Fragebogens? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wie bewerten Sie die Akzeptanz des KID-PROTEKT Fragebogens bei den Familien? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Wurde der Fragebogen von der Mehrheit der Eltern ohne Skepsis oder Zögern ausgefüllt?		
Ja	Nein	unentschieden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2. Abschließende Fragen zum Projekt

5. Wie gut konnten Familien mit Migrationshintergrund in dem Projekt „KID-PROTEKT“ erreicht werden?

*Bitte bewerten Sie auf einer Schulnotenskala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).*

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>					

6. Sehen Sie einen Mehrwert für Ihre Kinderarztpraxis/Frauenarztpraxis im Projekt „KID-PROTEKT“?

ja  nein



7. Wie viele Zeit pro Tag mussten Sie zusätzlich für die Umsetzung des Projekts „KID-PROTEKT“ aufwenden? Bitte schätzen Sie.

Ca. \_\_\_\_\_ (= \_\_\_\_ Minuten)

8. Wie bewerten Sie den Aufwand des Projekts im Verhältnis zu seinem Nutzen?  
*Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).*

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>					

9. Welche Probleme und Herausforderungen haben sich durch die Corona-Pandemie im Praxis- bzw. Projektablauf ergeben?



<p><b>10. Mit welchen praktischen Problemen waren oder sind Sie konfrontiert?</b> Wie könnten die Abläufe des Projekts „KID-PROTEKT“ innerhalb Ihrer Praxis verbessert werden?</p> <p></p>

<p><b>11. MFA: Könnte die Kinderärzt*in/Frauenärzt*in im Projekt „KID-PROTEKT“ stärker involviert sein?</b></p> <p>ja <input type="checkbox"/>                      nein <input type="checkbox"/>                      weiß nicht <input type="checkbox"/></p> <p>Wenn ja, inwiefern?</p>

<p><b>12. Für wie umsetzbar halten Sie das Projekt für andere Kinderarztpraxen/Frauenarztpraxen in Hamburg &amp; Umgebung?</b></p> <p><i>Bitte bewerten Sie auf einer Schulnotenskala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i></p> <p>1 <input type="checkbox"/>                      2 <input type="checkbox"/>                      3 <input type="checkbox"/>                      4 <input type="checkbox"/>                      5 <input type="checkbox"/>                      6 <input type="checkbox"/></p>

<p><b>13. Können Sie sich vorstellen, dass das Projekt „KID-PROTEKT“ auch ohne Sonderbezahlung für die durchführende Kinderarztpraxis/Frauenarztpraxis umgesetzt werden würde?</b></p> <p>ja <input type="checkbox"/>                      nein <input type="checkbox"/>                      weiß nicht <input type="checkbox"/></p> <p>Wenn nein, warum nicht?</p>

14. Für wie wichtig erachten Sie Ihre Rolle im Projekt /für den Erfolg des Projekts? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Für wie wichtig erachten Sie das Projekt insgesamt? (Bei Nachfrage „Relevanz für die Versorgung?“) <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. MFA: Gab es irgendwelche Vor- oder Nachteile, die sich durch Ihre Verantwortlichkeit im Projekt ergeben haben?


Vielen Dank für das Gespräch!

## Anhang 4: Interviewleitfaden zur Befragung der MFAs/Ärzt:innen (QT)



Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

HAMBURG

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf | Martinistraße 52 | 20246 Hamburg  
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

<b>Datum:</b>	
<b>Interviewer:</b>	
<b>Befragte:</b>	
<b>Praxis:</b>	

### Interviewleitfaden Arztpraxis (MFAs/ÄrztInnen)

#### 1. Fragebogen

1. Wie ist Ihnen die Integration des KID-PROTEKT Fragebogens in den Arbeitsalltag gelungen? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie bewerten Sie die Praktikabilität des KID-PROTEKT Fragebogens? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wie bewerten Sie die Akzeptanz des KID-PROTEKT Fragebogens bei den Familien? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Wurde der Fragebogen von der Mehrheit der Eltern ohne Skepsis oder Zögern ausgefüllt?		
Ja	Nein	unentschlossen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Wie hilfreich fanden Sie den Fragebogen in Bezug auf die Identifizierung von Familien mit psychosozialen Belastungen? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. Orientierende Gespräche**

Bei Ärzten: Haben Sie Orientierende Gespräche geführt? Wenn Nein, überspringen

6. Wie hilfreich fanden Sie den Fragebogen als Grundlage für das Orientierende Gespräch? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Wie leicht viel Ihnen die Durchführung des Orientierenden Gesprächs? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Wie hilfreich beurteilen Sie das Orientierende Gespräch für die PatientInnen? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. Weiterleitung

9. Wie leicht viel Ihnen die Weitervermittlung der Familien an Unterstützungsangebote? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Wie gut wurden Ihre Vorschläge zur Unterstützung von den Familien angenommen? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Wie zufrieden sind Sie mit den Anbindungsmöglichkeiten der PatientInnen an Unterstützungsangebote der Jugendhilfe? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit den kooperierenden Einrichtungen (Jugendhilfe etc.)? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 4. Schulungen/Fallbesprechungen/Projekttreffen

13. Wie hilfreich beurteilen Sie die Schulungen im Vorfeld der Projektdurchführung für Ihre Arbeit mit den Patientinnen/Familien?

*Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).*

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>					

#### 5. Abschließende Fragen zum Projekt

14. Wie gut konnten Familien mit Migrationshintergrund in dem Projekt „KID-PROTEKT“ erreicht werden?

*Bitte bewerten Sie auf einer Schulnotenskala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).*

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>					

15. Sehen Sie einen Mehrwert für Ihre Kinderarztpraxis/Frauenarztpraxis im Projekt „KID-PROTEKT“?

ja  nein



16. Wie viele Zeit pro Tag mussten Sie zusätzlich für die Umsetzung des Projekts „KID-PROTEKT“ aufwenden? Bitte schätzen Sie.

Ca. \_\_\_\_\_ (= \_\_\_\_ Minuten)

17. Wie bewerten Sie den Aufwand des Projekts im Verhältnis zu seinem Nutzen? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Welche Probleme und Herausforderungen haben sich durch die Corona-Pandemie im Praxis- bzw. Projektablauf ergeben?


19. Mit welchen praktischen Problemen waren oder sind Sie konfrontiert? Wie könnten die Abläufe des Projekts „KID-PROTEKT“ innerhalb Ihrer Praxis verbessert werden?


20. MFA: Könnte die Kinderärzt*in/Frauenärzt*in im Projekt „KID-PROTEKT“ stärker involviert sein?		
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
Wenn ja, inwiefern?		

21. Für wie umsetzbar halten Sie das Projekt für andere Kinderarztpraxen/Frauenarztpraxen in Hamburg & Umgebung? <i>Bitte bewerten Sie auf einer Schulnotenskala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Können Sie sich vorstellen, dass das Projekt „KID-PROTEKT“ auch ohne Sonderbezahlung für die durchführende Kinderarztpraxis/Frauenarztpraxis umgesetzt werden würde?

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
--------------------------------	----------------------------------	--

Wenn nein, warum nicht?


23. Für wie wichtig erachten Sie Ihre Rolle im Projekt /für den Erfolg des Projekts?  
*Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).*

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------


24. Für wie wichtig erachten Sie das Projekt insgesamt? (Bei Nachfrage „Relevanz für die Versorgung?“)  
*Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).*

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------


25. MFA: Gab es irgendwelche Vor- oder Nachteile, die sich durch Ihre Verantwortlichkeit im Projekt ergeben haben?


Vielen Dank für das Gespräch!

## Anhang 5: Interviewleitfaden zur Befragung der MFAs/Ärzt:innen (ST)

<b>Datum:</b>	
<b>Interviewer:</b>	
<b>Befragte:</b>	
<b>Praxis:</b>	

### Interviewleitfaden Arztpraxis (MFAs/ÄrztInnen)

#### 1. Fragebogen

1. Wie ist Ihnen die Integration des KID-PROTEKT Fragebogens in den Arbeitsalltag gelungen? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie bewerten Sie die Praktikabilität des KID-PROTEKT Fragebogens? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wie bewerten Sie die Akzeptanz des KID-PROTEKT Fragebogens bei den Familien? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Wurde der Fragebogen von der Mehrheit der Eltern ohne Skepsis oder Zögern ausgefüllt?		
Ja	Nein	unentschlossen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Wie hilfreich fanden Sie den Fragebogen in Bezug auf die Identifizierung von Familien mit psychosozialen Belastungen? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. Orientierende Gespräche**

Bei Ärzten: Haben Sie Orientierende Gespräche geführt? Wenn Nein, überspringen

6. Wie hilfreich fanden Sie den Fragebogen als Grundlage für das Orientierende Gespräch? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Wie leicht viel Ihnen die Durchführung des Orientierenden Gesprächs? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Wie hilfreich beurteilen Sie das Orientierende Gespräch für die PatientInnen? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. Weiterleitung

9. Wie leicht viel Ihnen die Weitervermittlung der Familien an Unterstützungsangebote? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Wie gut wurden Ihre Vorschläge zur Unterstützung von den Familien angenommen? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Wie zufrieden sind Sie mit den Anbindungsmöglichkeiten der PatientInnen an Unterstützungsangebote der Jugendhilfe? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit den kooperierenden Einrichtungen (Jugendhilfe etc.)? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 4. Lotsensprechstunde

13. Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit der Babylotsin?					
<i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Wie bewerten Sie die Akzeptanz der Lotsensprechstunde bei den Patientinnen/Familien?					
<i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Wie bewerten Sie die Nützlichkeit der Lotsensprechstunde für die Patientinnen/Familien?					
<i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 5. Schulungen/Fallbesprechungen/Projekttreffen

16. Wie hilfreich beurteilen Sie die Schulungen im Vorfeld der Projektdurchführung für Ihre Arbeit mit den Patientinnen/Familien?					
<i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Wie hilfreich beurteilen Sie die begleitenden Projekttreffen mit den Babysittinnen? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Wie hilfreich beurteilen Sie die Fallbesprechungen mit der Babysittin? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Abschließende Fragen zum Projekt**

19. Wie gut konnten Familien mit Migrationshintergrund in dem Projekt „KID-PROTEKT“ erreicht werden? <i>Bitte bewerten Sie auf einer Schulnotenskala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Sehen Sie einen Mehrwert für Ihre Kinderarztpraxis/Frauenarztpraxis im Projekt „KID-PROTEKT“?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	

21. Wie viele Zeit pro Tag mussten Sie zusätzlich für die Umsetzung des Projekts „KID-PROTEKT“ aufwenden? Bitte schätzen Sie.	
Ca. _____ (= ____ Minuten)	

22. Wie bewerten Sie den Aufwand des Projekts im Verhältnis zu seinem Nutzen? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Welche Probleme und Herausforderungen haben sich durch die Corona-Pandemie im Praxis- bzw. Projektablauf ergeben?


24. Mit welchen praktischen Problemen waren oder sind Sie konfrontiert? Wie könnten die Abläufe des Projekts „KID-PROTEKT“ innerhalb Ihrer Praxis verbessert werden?


25. MFA: Könnte die Kinderärzt*in/Frauenärzt*in im Projekt „KID-PROTEKT“ stärker involviert sein?						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">ja</td> <td style="text-align: center;">nein</td> <td style="text-align: center;">weiß nicht</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	ja	nein	weiß nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja	nein	weiß nicht				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Wenn ja, inwiefern?						

26. Für wie umsetzbar halten Sie das Projekt für andere Kinderarztpraxen/Frauenarztpraxen in Hamburg & Umgebung?

*Bitte bewerten Sie auf einer Schulnotenskala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).*

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>					

27. Können Sie sich vorstellen, dass das Projekt „KID-PROTEKT“ auch ohne Sonderbezahlung für die durchführende Kinderarztpraxis/Frauenarztpraxis umgesetzt werden würde?

ja	nein	weiß nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht?		

28. Für wie wichtig erachten Sie Ihre Rolle im Projekt /für den Erfolg des Projekts?

*Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).*

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>					

29. Für wie wichtig erachten Sie das Projekt insgesamt? (Bei Nachfrage „Relevanz für die Versorgung?“)

*Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).*

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>					

30. MFA: Gab es irgendwelche Vor- oder Nachteile, die sich durch Ihre Verantwortlichkeit im Projekt ergeben haben?


Vielen Dank für das Gespräch!

## Anhang 6: SPSS-Syntax

### SPSS Syntax KID-PROTEKT-Anhaltsbogen

\*Sprache umcodieren in neue dichotome Variable Sprach dichotom

```
DATASET ACTIVATE DataSet1.  
RECODE Sprache FB (1=1) (2 thru 8=2) INTO Sprach dichotom.  
EXECUTE.
```

\*Alter umcodieren in neue dichotome Variable Alter unter 18

```
RECODE Alter (1=1) (2 thru 4=0) INTO Alter unter 18.  
EXECUTE.
```

\*Belastungskategorien aufsummieren in die neue Variable Belastung Score

```
COMPUTE          Belastung Score=SUM(Alter unter 18,Alleinerziehend,Depres-  
sive Symptome belastende Erfahrung,  
    Belastung Alltagsbewältigung,Belastung Partnerschaft,Belastung Lebenssitua-  
tion,  
    Belastung Schwangerschaft Geburt,Belastung Kinder und Erziehung,Belas-  
tung Sonstiges).  
EXECUTE.
```

\*Absolute Häufigkeiten und prozentuale Anteile der einzelnen Sprachen sowie der Sprachen dichotom gesamt und aufgeteilt in den Interventionsarmen

```
FREQUENCIES VARIABLES=Art der Praxis  
/ORDER=ANALYSIS.
```

```
FREQUENCIES VARIABLES=Interventionsarm  
/ORDER=ANALYSIS.
```

```
SORT CASES BY Sprach dichotom.
```

SPLIT FILE SEPARATE BY Sprache dicho.

FREQUENCIES VARIABLES=Interventionsarm  
/ORDER=ANALYSIS.

SORT CASES BY Sprache FB.

SPLIT FILE SEPARATE BY Sprache FB.

FREQUENCIES VARIABLES=Interventionsarm  
/ORDER=ANALYSIS.

\*Stichprobenbeschreibung anhand von Alterskategorien und von der Anzahl der Kinder im Haushalt gesamt und aufgeteilt in deutschsprachig/fremdsprachig

SPLIT FILE OFF.

FREQUENCIES VARIABLES=Alter Kinder im Haushalt  
/ORDER=ANALYSIS.

SORT CASES BY Sprache dicho.

SPLIT FILE SEPARATE BY Sprache dicho.

FREQUENCIES VARIABLES=Alter Kinder im Haushalt  
/ORDER=ANALYSIS.

\*Grund des Aufenthaltes der Familien in den Praxen gesamt und aufgeteilt in deutschsprachig/fremdsprachig

SPLIT FILE OFF.

FREQUENCIES VARIABLES=Schwangerschaft Untersuchung  
/ORDER=ANALYSIS.

SORT CASES BY Sprache dicho.

SPLIT FILE SEPARATE BY Sprache dicho.

FREQUENCIES VARIABLES=Schwangerschaft Untersuchung  
/ORDER=ANALYSIS.

\*Häufigkeiten der Belastungsursachen bei den Familien gesamt und aufgeteilt in deutschsprachig/fremdsprachig

SPLIT FILE OFF.

FREQUENCIES VARIABLES=Alter unter 18 Alleinerziehend Depressive Symptome belastende Erfahrung  
Belastung Alltagsbewältigung Belastung Partnerschaft Belastung Lebenssituation  
Belastung Schwangerschaft Geburt Belastung Kinder und Erziehung Belastung Sonstiges  
/ORDER=ANALYSIS.

SORT CASES BY Sprache dicho.

SPLIT FILE SEPARATE BY Sprache dicho.

FREQUENCIES VARIABLES=Alter unter 18 Alleinerziehend Depressive Symptome belastende Erfahrung  
Belastung Alltagsbewältigung Belastung Partnerschaft Belastung Lebenssituation  
Belastung Schwangerschaft Geburt Belastung Kinder und Erziehung Belastung Sonstiges  
/ORDER=ANALYSIS.

\*Belastungsscore bei Familien gesamt und aufgeteilt in deutschsprachig/fremdsprachig

SPLIT FILE OFF.

FREQUENCIES VARIABLES=Belastung Score  
/ORDER=ANALYSIS.

SORT CASES BY Sprache dicho.

SPLIT FILE SEPARATE BY Sprache dicho.

FREQUENCIES VARIABLES=Belastung Score  
/ORDER=ANALYSIS.

\*Berechnung Mittelwert Belastungsscore

DESCRIPTIVES VARIABLES=Belastung Score  
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

\*Berechnung Chi-Quadrat und Cramer-V

SPLIT FILE OFF.

CROSSTABS

/TABLES=Sprache dicho BY Belastung Score

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ PHI

/CELLS=COUNT

/COUNT ROUND CELL.

## **SPSS Syntax Interviewleitfaden zur Befragung der MFAs/Ärzt:innen**

\*Variable Praxis umcodieren in neue dichotome Variable Praxis dichotom

```
DATASET ACTIVATE DataSet1.
```

```
RECODE Praxis (1 thru 11=1) (12 thru 24=2) INTO Praxis dichotom.
```

```
VARIABLE LABELS Praxis dichotom 'Praxis aufgeteilt nach PÄD/GYN'.
```

```
EXECUTE.
```

\*Stichprobenbeschreibung der Praxenmitarbeiter:innen aufgeteilt nach PÄD/GYN und den drei Interventionsarmen

```
SORT CASES BY Praxis dichotom.
```

```
SPLIT FILE SEPARATE BY Praxis dichotom.
```

```
CROSSTABS
```

```
  /TABLES=Berufsgruppe BY Studienarm
```

```
  /FORMAT=AVALUE TABLES
```

```
  /CELLS=COUNT ROW COLUMN
```

```
  /COUNT ROUND CELL.
```

\*Auswertung Erreichbarkeit der Familien mit Migrationshintergrund

```
SPLIT FILE OFF.
```

```
FREQUENCIES VARIABLES=AF 19
```

```
  /ORDER=ANALYSIS.
```

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=AF 19
```

```
  /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

```
SORT CASES BY Studienarm.
```

```
SPLIT FILE LAYERED BY Studienarm.
```

```
FREQUENCIES VARIABLES=AF 19  
/ORDER=ANALYSIS.
```

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=AF 19  
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

.

## Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Zuhilfenahme der ausgewiesenen Hilfsmittel angefertigt haben. Sämtliche Stellen der Arbeit, die im Wortlaut oder dem Sinn nach anderen gedruckten oder im Internet verfügbaren Werken entnommen sind, haben ich durch genaue Quellenangaben kenntlich gemacht.

---

Hamburg, den 24.08.2022