

Bachelorarbeit

Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund mit und ohne Fluchterfahrung – ein Vergleich.

Vorgelegt von: Damla Sahan

Studiengang: Gesundheitswissenschaften

Erstprüferin :Prof. Dr. Christine Färber

Zweitprüfer: Prof. Dr. Walter Leal

Abgabedatum: 28. Feb. 2017



Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abkürzungsverzeichnis	1
1. Einleitung	1
2. Definition	3
2.1 Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund	3
2.2 Flüchtlingskinder und geflüchtete Jugendliche	3
3 Forschungsdesign	5
4 Stand der Forschung	6
4.1 Gesundheitszustand von Kindern mit Migrationshintergrund ohne Fluchterfahrung	7
4.1.1 Physische Konstellation	8
4.1.2 Psychische Gesundheit	10
4.2 Physisches und psychisches Befinden von Flüchtlingskindern	11
4.2.1 Körperlicher Gesundheitszustand	12
4.2.2 Psychische Probleme und Erkrankungen	12
5 Handlungsbedarf und Hilfsmöglichkeiten	15
5.1 Notwendige Prävention und Interventionen bei Kindern mit Migrationshintergrund	16
5.1.1 Chancen für eine Verbesserung	17
5.1.2 Grenzen der Handlungsoptionen	17
5.2 Angebrachte Hilfsangebote für Flüchtlingskinder	18
5.2.1 Möglichkeiten der Abhilfe	19
5.2.2 Rahmen der Hilfsmöglichkeiten	22
6 Zwischenfazit	24
7 Forschungsdesign der geplanten Erhebung	25
7.1 Auswahl des Forschungsinstruments und Gewinnung von Probandinnen bzw. Probanden	25
7.2 Planung des Fragebogens	26
7.3 Vorstellung des erstellten Bogens	27
7.4 Geplante Vorgehensweise	30
7.5 Möglichkeiten der Auswertung	31
8 Fazit	33
Literaturverzeichnis	II
Anhang	III

Abkürzungsverzeichnis

AsylbLG	Asylbewerber Leistungsgesetz
BPtK	Bundes Psychotherapeuten Kammer
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DGS	Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention
DeGPT	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie
KiGGS	Langzeitstudie des RKI über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, die in Deutschland leben
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RKI	Robert Koch-Institut
WPGS	Wirtschaftspsychologische Gesellschaft

1. Einleitung

Ebel (15.07.2016) ist Mitarbeiterin der SOS-Projekte. Sie war an den Grenzen Europas und hat sich dort ein Bild von der Lage der Flüchtlingskinder gemacht. Die Situation beschreibt sie als dramatisch, unmenschlich und unglaublich strapaziös. In einem Video hat sie die erschütternden Bilder gezeigt um den Menschen, die der Meinung sind, syrische, afghanische und irakische Flüchtlinge würden nur nach Deutschland reisen um dort sämtliche Vorzüge zu genießen, zu zeigen, was die Flüchtenden und hier vor allem die Kinder, erleben und ertragen müssen. Die Kinder sind in Schlamm und Regen endlose Stunden unterwegs, das Registrierungszentrum an den Grenzen dauert stundenlang und alle müssen anstehen und warten, dann weiter laufen und das ohne eine ordentliche Mahlzeit. Die Kinder sind müde, vom Regen durchweicht und hungrig. Viele sind krank, erkältet, total erschöpft und weinen oder äußern sich gar nicht mehr. Es gibt keinen Schutz vor Regen, kaum Getränke und die wenigen Decken und Kekse von den SOS-Helferinnen und Helfern reichen längst nicht für alle. Bei einer Familie hat Ebel gesehen, dass sie mit Zitterkrämpfen die Warteschlange verlassen musste, was bedeutet, dass dasselbe dann wieder von vorne beginnt, da die Registrierung erledigt werden muss. Bei einer weiteren Familie sind alle sieben Kinder krank und fiebrig. Sie müssen wahrscheinlich trotzdem draußen im Regen übernachten (vgl. Ebel, 15.07.2016).

Das Thema Flüchtlinge ist nach wie vor aktuell, es wird diskutiert und die Menschen werden mehr oder weniger gut versorgt, informiert und integriert. Doch wie steht es tatsächlich um die Gesundheit dieser Kinder und Jugendlichen? Werden sie ausreichend gesundheitlich versorgt? Ist es der psychische Zustand, welcher hauptsächlich Schwierigkeiten verursacht und wie gesund ist die Physis dieser jungen Menschen, die Schlimmstes sehen und erleben mussten und nun auch noch die strapaziöse, erniedrigende und keinesfalls der Gesundheit zuträgliche Flucht ertragen mussten.

Bisher war eine Gruppe über welche viel geschrieben und geforscht wurde, jene der Menschen mit Migrationshintergrund und deren spezifische Probleme, vor allem auch die Gesundheit betreffend. Als Beispiele dafür sind sowohl Babitsch & Borde (2008), als auch Zenk & Gündogdu (2011), Razum et al. (2008) und das Robert Koch-Institut (2015) zu nennen.

Aus diesem Grund bietet sich an, im Rahmen dieser Ausarbeitung die jungen Migranten und die Flüchtlingskinder sowie die Jugendlichen aus dieser Gruppe aus gesundheitlicher und sozialwissenschaftlicher Perspektive zu betrachten und gegenüberzustellen. Lassen sich Gemeinsamkeiten feststellen oder sind die Unterschiede gravierend?

Als Forschungsfrage wurde aus diesen Überlegungen herausgearbeitet:

Gibt es Unterschiede beim Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen, die geflüchtet sind im Vergleich mit jenem von Menschen derselben Altersstufe mit Migrationshintergrund ohne Flucht in ihrer Vita und wo liegen Chancen und Grenzen der Prävention und Intervention?

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit gilt es, ein Untersuchungsdesign zu entwickeln, mit dem die Forschungsfrage empirisch beantwortet werden kann. Dabei geht es nicht um eine Evaluation, sondern um die Planung einer explorativen Datenerhebung mit medizinischen und sozialwissenschaftlichen Daten. Diese sollen Informationen zu Größe, Gewicht und Impfstatus sowie zum Entwicklungsverlauf der Kinder und Jugendlichen beinhalten. Es sollen Informationen geliefert werden und Handlungsoptionen, welche auf der Basis der Daten zu entwickeln sind.

Zunächst sollen die Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund von jenen abgegrenzt werden, die zusätzlich eine Fluchtsituation erlebt haben. Dann gilt es das Forschungsdesign für den ersten Teil der Arbeit festzulegen. Verwendet sollen hierzu Daten werden, welche in der Fachliteratur, auf relevanten Internetseiten und in Form von Studien vorliegen.

Dann wird der aktuelle Stand der Forschung betrachtet. Informationen zu beiden Gruppen werden hinsichtlich der physischen und psychischen Situation getrennt dargelegt. Im Anschluss daran werden Hilfsmöglichkeiten diskutiert. Hier ist es allerdings nur möglich, die bereits vorhandenen Daten aus der Literatur zu verwenden, da jene aus der explorativen Datenerhebung zurzeit noch nicht vorliegen.

Auch hier gilt es, die Chancen und Grenzen der Prävention und Intervention getrennt nach den Bedürfnissen der Flüchtlingskinder und jenen mit Migrationshintergrund ohne Flucht in der Vita, herauszuarbeiten.

Im zweiten Teil der Bachelorarbeit soll eine neue Erhebung geplant werden, um detaillierte, vergleichbare Daten zum Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen mit Fluchterfahrung und dieselben auch von der Gruppe mit Migrationshintergrund zu erhalten. Die Planung dazu ist Teil dieser Ausarbeitung, die Datenerhebung selbst nicht. Abschließend soll im Fazit eine kurze Zusammenfassung, eine nochmalige Überprüfung des vorgestellten Untersuchungsdesigns und ein möglicher Ausblick vorgestellt werden.

Als nächster Schritt werden, wie bereits erwähnt, die Definitionen vorgestellt.

2. Definition

2.1 Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund

„In Deutschland haben rund 20 % der Bevölkerung einen Migrationshintergrund; 7 % der Bevölkerung sind als Nachkommen von Einwanderern in Deutschland geboren“ (Robert Koch-Institut, 2015, S. 175).

Das Robert Koch-Institut (2015) liefert folgende Definition zum Migrationshintergrund: Diesen hat, wer seinen Wohnort vorübergehend oder dauerhaft in ein anderes Land verlegt. Im Jahr 2005 hat das statistische Bundesamt festgelegt, dass nicht einzig die Staatsangehörigkeit eines Menschen für das Vorliegen eines Migrationshintergrundes bestimmend ist. Migrationshintergrund haben somit Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler ebenso wie aus dem Ausland zugewanderte Menschen der ersten Generation und auch die zweite sowie die dritte Generation der Menschen aus dem Ausland und jener, die nach Deutschland als Spätaussiedler zurückgekehrt sind. Migration ist somit nicht mehr die vorübergehende Zuwanderung von Asylsuchenden oder Arbeitskräften, die angeworben wurden. Menschen mit Migrationshintergrund, so die Definition, wollen meist dauerhaft in Deutschland leben und der Migrationshintergrund ist oft über Generationen hinweg prägend für das Leben dieser Menschen. Diese Definition wird mittlerweile häufig im Kontext mit Menschen mit Migrationshintergrund angewendet (vgl. Robert Koch-Institut, 2015, S. 176).

Hier werden bereits die Asylsuchenden von den Menschen mit Migrationshintergrund abgegrenzt, da bei geflüchteten Menschen nicht eindeutig ist, ob sie die Absicht verfolgen, dauerhaft in Deutschland zu leben. Zudem wurde mit dieser Definition geklärt, welche weite Kreise der Migrationshintergrund auch auf die Nachkommen der wieder zurückgekehrten Deutschen, also der Spätaussiedler und der aus dem Ausland zugezogenen Menschen zieht. Die Definition für Flüchtlinge gilt es nun zu liefern um evtl. noch weitere Unterscheidungskriterien zu finden.

2.2 Flüchtlingskinder und geflüchtete Jugendliche

Flüchtlinge werden nach der Genfer Flüchtlingskommission folgendermaßen definiert:

„Flüchtling ist, wer aus der begründeten Furcht vor Verfolgung aus Gründen der Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen seiner politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit er besitzt, und den Schutz des Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will; oder sich als staatenlos infolge solcher Ereignisse außerhalb des Landes befindet, in welchem er seinen gewöhnlichen Aufenthalt hatte und

nicht dorthin zurückkehren kann oder wegen der erwähnten Befürchtungen nicht dorthin zurückkehren will“ (Stauf, 2012, S. 17).

Die Forschung von Kühne und Rüssler (2000) hat ergeben, dass die verstärkte Fluchtmigration mit der Ethnisierung in Ost- und Südosteuropa, auf welche Bürgerkriege und Kriege gefolgt sind und die Anhänger bestimmter Religionen und Ethnien diskriminiert haben, zu begründen ist. In den Jahren 1989 bis 1994 stammten etwa 66 % der Asylbewerber und -bewerberinnen aus diesen Gruppen. Weitere Flüchtlinge kommen aus Krisenherden welche politische und soziale Ursprünge haben und am Rande Europas liegen. Andere Menschen sind vor politischer Verfolgung, Menschenrechtsverletzungen und Diktaturen aus Sri Lanka, Afghanistan, dem Iran und aus Schwarzafrika geflohen (vgl. Kühne & Rüssler, 2000, S. 567).

Zito, so Berthold und Willinger (2009) hat eine Studie durchgeführt, in deren Rahmen sie mit ehemaligen Kindersoldaten und -soldatinnen gesprochen hat. In ihrer Heimat werden sie verfolgt. Nicht immer können sie entkommen. Wenn Kindersoldaten bzw. –soldatinnen aus ihrer bewaffneten Gruppe aussteigen, so sind sie direkt in Lebensgefahr. Problematisch ist gerade für diese Kinder und Jugendlichen die Situation der Flüchtlingsaufnahme in Deutschland (vgl. Berthold & Willinger, 2009, S. 4).

Berthold (2014) macht erneut auf die Lage von Kindern und Jugendlichen, die geflüchtet sind, aufmerksam. Sie machen rund ein Drittel der gesamten Flüchtlinge aus. 65 000 von ihnen haben im Jahr 2014 mit ungesichertem Aufenthaltsstatus in Deutschland gelebt. Medien, Verwaltungsinstitutionen, die Politik und auch die Öffentlichkeit beachten diese Kinder und Jugendlichen weder besonders noch erhalten sie eine spezielle Unterstützung. Sie werden nicht als eigenständige Persönlichkeiten, die Träger von Rechten sind und ebenso nicht mit ihren Bedürfnissen wahrgenommen (vgl. Berthold, 2014, S. 8).

Mithilfe der in diesem Punkt gelieferten Definitionen und Stellungnahmen konnten weitere Fakten verdeutlicht werden, die klare Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund und Flüchtlingskindern, aufzeigen.

Nach den als relevant erachteten Informationen im Vorfeld ist der nächste Schritt der Vorstellung des Forschungsdesigns des ersten Teils dieser Arbeit gewidmet.

3 Forschungsdesign

Da zum Thema Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund hinreichend Daten und auch erste allgemeine Informationen zu Flüchtlingskindern vorliegen, wird es zunächst nicht notwendig sein, Primärdaten zu erheben. Daher ist für den ersten Teil dieser Ausarbeitung eine Sekundärdatenanalyse geplant um den allgemeinen Zustand zur Gesundheit der betreffenden Gruppen darzustellen. Zuerst soll der Stand der Forschung betrachtet werden. Hier werden Studienergebnisse und Informationen aus der Fachliteratur verwendet.

Die Daten aus Literatur und Studienergebnissen gilt es zu recherchieren und daraus das Wesentliche direkt zu übernehmen.

Der Stand der Forschung wird nun vorgestellt.

4 Stand der Forschung

Hier werden zunächst Studienerkenntnisse zur Gesundheit von Menschen in sozioökonomisch schwacher Situation dargelegt. Dies ist damit begründet, dass Menschen mit Migrationshintergrund oft zu diesem Kreis zählen. Auch Flüchtlinge und ihre Familien befinden sich in der Regel in dieser Lage und sind aus den verschiedensten Gründen, sei es mangelnde Schul- und Ausbildung oder aber der Verlust von allem Materiellen das sie je besessen haben, meist wesentlich schlechter gestellt als die Allgemeinbevölkerung und auch als die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund.

Ebendies bestätigt das Robert Koch-Institut (2015), doch wird von dieser Seite auch darauf hingewiesen, dass vor allem bei Gesundheitssurveys der Migrationshintergrund unterschiedlich definiert wird, was die Vergleichbarkeit von Daten schwierig gestaltet. Informationen zum soziodemografischen Status sind zudem nicht hinreichend vorhanden, einzig die Tatsachen, dass Menschen mit Migrationshintergrund durchschnittlich jünger sind und ihre soziale Lage schlechter als jene der deutschen Bevölkerung ist, kann direkt übernommen werden (vgl. Robert Koch –Institut, 2015, S. 178).

Die Forschungsergebnisse des RKI besagen zu Menschen mit geringem Einkommen, dass diese eine kürzere Lebensdauer erwartet. Bei Frauen sind es acht, bei Männern elf Jahre weniger im Vergleich zur deutschen Bevölkerung. Zudem leiden Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status oft an Schlaganfällen, Herzinfarkt, Depressionen und Diabetes. Die soziale Herkunft wirkt sich auf die gesundheitliche Entwicklung von Kindern und Jugendlichen aus. Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche ernähren sich meist ungesünder, haben Übergewicht und es werden häufiger Verhaltensauffälligkeiten und psychische Erkrankungen festgestellt (vgl. Robert Koch-Institut, 2015, S. 148). Nach der KiGGS stillen Mütter mit schlechter Bildung seltener und wenn, dann nicht länger als vier Monate lang. Psychische Auffälligkeiten haben sich bei über 29 % der untersuchten Mädchen und bei 37 % der Jungen im Alter zwischen 3 und 17 Jahren, die der sozial schwachen Schicht angehören, gezeigt. Bei der sozial gut gestellten Gruppe waren es 8 % Mädchen und 11,6 % Jungen. Auch ADHS und ähnliche Erkrankungen wurden in der sozioökonomisch schlechter gestellten Schicht wesentlich häufiger diagnostiziert (vgl. ebd., S. 152). Der Sozialstatus wirkt sich auf Bewegung, Ernährung und den Gebrauch der elektronischen Medien ebenso aus wie auf den Erwerb von Adipositas oder Übergewicht. Das ist schon bei Kindern zu beobachten und die KiGGS-Studie hat hier aufgezeigt, dass Kinder aus der sozial schwächeren Gruppe selten Vereinssport treiben, weniger körperlich aktiv sind und mehr Zeit vor der Konsole, dem PC oder dem Fernseher verbringen. Ebendiese Kinder konsumieren mehr Weißbrot, Fleisch und Wurst, zuckerreiche Lebensmittel und Limonaden sowie auch Fast-Food.

Während 2,6 % der sozioökonomisch besser gestellten Mädchen adipös sind, trifft das bei der anderen Gruppe auf 10,9 % zu. Einschulungsuntersuchungen haben gezeigt, dass Kinder aus der sozial schwachen Gruppe seltener zu den U-Untersuchungen, bei welchen das frühe Erkennen von Auffälligkeiten der Fokus ist, gebracht werden und motorische, sprachliche sowie kognitive Defizite wurden hier auch wieder verstärkt aufgezeigt. Dasselbe gilt für mangelnde Zahngesundheit und die Belastung durch den Passivrauch zu Hause (vgl. ebd., S. 153).

Weiter berichtet das Robert Koch-Institut (2015): *„Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status sind stärker von Umweltbelastungen betroffen als Personen höherer Statusgruppen“* (ebd., S. 184). Dies lässt sich damit begründen, dass diese Menschen mehr Lärm durch das Wohnen an stark befahrenen Straßen wahrnehmen, was sich auf die Schadstoffe in der Luft auswirkt. Auch Schimmelpilze in der Wohnung gehören zu den Umweltgegebenheiten, welche die Gesundheit dieser Menschen belasten (vgl. ebd., S. 186f).

Nach diesem ersten Einblick in die Gesundheitsrisiken und das Gesundheitsverhalten von Menschen aus sozioökonomisch schlechterem Milieu ist deutlich, dass hier sowohl ungünstigere Gewohnheiten als auch Benachteiligung – vor allem zu Ungunsten der Kinder - vorliegen. Als erste spezifische Gruppe sind nun die Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund zu betrachten, die keine Flucht miterleben mussten.

4.1 Gesundheitszustand von Kindern mit Migrationshintergrund ohne Fluchterfahrung

„Menschen mit und ohne Migrationshintergrund unterscheiden sich nur wenig in ihrer körperlichen Gesundheit“ (Robert Koch-Institut, 2015, S. 175).

Für die Psyche trifft dies nach dem RKI allerdings nicht zu. Der Alkoholgenuss ist bei dieser Gruppe zwar deutlich geringer, allerdings gilt dies auch für das Sporttreiben und die Ernährung beschreibt das Institut ebenfalls als weniger gesund. Zudem nutzen sie seltener die Gesundheitsleistungen welche allen gleichermaßen offenstehen (vgl. Robert Koch-Institut, 2015, S. 175).

Die im letzten Punkt angesprochene soziale Lage der Gruppe bestätigt das RKI insofern, dass ermittelt wurde, Menschen mit Migrationshintergrund haben seltener einen Schulabschluss und für die Hochschulreife trifft dies ebenfalls zu. Besonders für Jugendliche aus der Türkei hat sich das herauskristallisiert, doch ist das es auch bei jenen aus Griechenland, Italien und dem ehemaligen Jugoslawien so, wobei junge Menschen aus Osteuropa die Schule häufig mit höherem Abschluss verlassen. Die Benachteiligung im sozialen Bereich ist

für Menschen mit Migrationshintergrund nachweisbar und das Armutsrisiko ist deutlich im Vergleich zu jenem der einheimischen Bevölkerung erhöht. Dies hat der Mikrozensus 2013 ergeben. Am stärksten sind Zuwanderer und ihre Familien aus der Türkei, der Ukraine und jene aus Afrika armutsgefährdet. Für eingewanderte Griechen, Italiener und Polen und deren Kinder kann dies nicht bestätigt werden (vgl. ebd., S. 177).

Aus ebendiesen Informationen wird deutlich, dass Migranten und ihre Kinder aus bestimmten Herkunftsländern, die allerdings zahlenmäßig überwiegen, meist die negativen Auswirkungen des sozial schwachen Milieus begleitet und sich dies so auch auf die Gesundheit negativ auswirkt.

Das bestätigen auch Babitsch und Borde (2008) indem sie schreiben, dass Menschen mit Migrationshintergrund überproportional sozial benachteiligt und von gesundheitlicher Ungleichheit betroffen sind (vgl. Babitsch & Borde, 2008, S. 3).

Geprägt wird die Gesundheit, so das Robert Koch-Institut (2015) zunächst im Herkunftsland, doch mit längerer Aufenthaltsdauer erfolgt die Anpassung an das Einwanderungsland und Gewohnheiten wie bspw. eine schlechtere Hygiene nehmen ab. Die Integration kann in Bezug auf die Gesundheit allerdings auch lange andauern und generationsübergreifend sein. Laut dem Statistischen Bundesamt haben 2013 bereits 15,9 Mio. dieser Gruppe in Deutschland gelebt. Ca. 5,4 Mio. davon wurden hier geboren, weitere 9,1 Mio. sind deutsche Staatsangehörige und 8,5 % der Bevölkerung Deutschlands haben eine ausländische Staatsangehörigkeit. Der Anteil der Menschen mit türkischem Migrationshintergrund macht 18 % aus, dasselbe gilt für Einwanderer aus früheren sowjetischen Ländern, diesen folgen 9,3 % Migranten aus Ex-Jugoslawien und 9,6 % aus Polen. Andere Menschen mit Migrationshintergrund stammen bspw. aus Spanien, Griechenland, Italien und Rumänien. An Spätaussiedlern waren es 2013 etwa 3,1 Mio. in Deutschland (vgl. Robert Koch-Institut, 2015, S. 176).

Die physische Konstellation und hier insbesondere jene der Kinder und Jugendlichen aus dieser Gruppe soll nun genauer betrachtet werden.

4.1.1 Physische Konstellation

Da die Informationen über Erkrankungen teilweise fehlen oder sich nur auf Teilgruppen beziehen, bzw. aus kleinräumigen Studien stammen, ist es schwierig, generelle Aussagen zu treffen, so das Robert Koch-Institut (2015). Allerdings zeigt sich eine höhere Morbidität und Sterblichkeit bei Migranten und Migrantinnen dann, wenn bspw. Magen- oder Leberkarzinome diagnostiziert werden, die auf frühere Infektionen zurückzuführen sind. Schwangerschaftsdiabetes wird zudem häufiger bei türkischen Frauen festgestellt. Kinder und Jugendli-

che mit Migrationshintergrund, so hat die KiGGS aufgezeigt, weisen bezüglich ihrer körperlichen Gesundheit kaum Unterschiede zu Gleichaltrigen der deutschen Bevölkerung auf. Einzig Blutarmut, Skoliose¹, Migräne und atopische² Erkrankungen treten erhöht bei der Gruppe mit Migrationshintergrund auf. Die Kinder und Jugendlichen aus dieser Gruppe bewegen sich, wie bereits erwähnt, weniger und achten nicht besonders auf gesunde Ernährung. Ebendies hat Auswirkungen für die Entstehung einiger chronischer Leiden. Chronisches Übergewicht tritt bei Kindern mit Migrationshintergrund und hier besonders bei türkischstämmigen, wesentlich häufiger auf als bei anderen Kindern auf. 9,4-mal so viele Menschen mit Migrationshintergrund erkranken neu an Tuberkulose als nichtdeutsche Personen. 2013 sind 48,4 % der Tuberkuloseerkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund nachgewiesen worden. Insbesondere junge Menschen ab 15 Jahren sind davon besonders betroffen. Zudem sind Kinder und Jugendliche überproportional gefährdet, sich bei Reisen in die Heimat mit Hepatitis A zu infizieren. Bezüglich der Kinderkrankheiten gibt es nach der KiGGS-Studie keine gravierenden Differenzen zwischen Kindern und Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund. Bei Kindern mit Migrationshintergrund dauern die Masern zwar länger, dafür bekommen sie seltener Scharlach und Windpocken. Da HIV-Neuerkrankungen durch das RKI registriert werden, wurde offensichtlich, dass etwa 25 % der Neuinfektionen bei Menschen mit Migrationshintergrund auftritt, rund 8 % entfallen auf Menschen aus Subsahara-Afrika (vgl. Robert Koch-Institut, 2015, S. 178ff).

Razum et al. (2008) berichten von ca. 333 Kinder mit Migrationshintergrund, die an Sichelzellenanämie³ erkrankt sind. Erwachsene sind es dagegen etwa 167 vor allem Migrantenkinder sind häufig von Stoffwechselerkrankungen betroffen. Als Ursache dafür werden Verwandtenehen genannt. Diese Ehen, welche in der Türkei und im Mittleren sowie Nahen Osten Tradition stellen einen Risikofaktor für die Häufigkeit von Krankheiten und die Sterblichkeit dar (vgl. Razum et al., 2008, S. 76f).

Weibliche Jugendliche mit Migrationshintergrund wurden von Zenk und Gündogdu (2011) befragt. Hierbei hat sich u. a. herausgestellt, dass sie nicht regelmäßig zum Frauenarzt bzw. der –ärztin gehen. Dies trifft vor allem für Mädchen türkischer Abstammung zu (vgl. Zenk & Gündogdu, 2011, S. 61).

Babitsch und Borde (2008) haben im Laufe ihrer Forschung ermittelt, dass vor allem türkischstämmige Mädchen später als die Jungen und beide Gruppen sehr viel später als deut-

¹Verformung der Wirbelsäule.

²Überempfindlichkeit für allergische Reaktionen der Schleimhäute und der Haut.

³ Genetisch bedingte Erbkrankheit, welche die roten Blutkörperchen betrifft.

sche Kinder und Jugendliche einen Arzt bzw. eine Ärztin aufsuchen (vgl. Babitsch & Borde, 2008, S. 12).

Zum Schmerzempfinden schreiben Razum et al. (2008), dass männliche Jugendliche mit Migrationshintergrund häufig Bauchschmerzen oder Schmerzen in anderen Körperregionen wahrnehmen. Dies ist insbesondere bei Jungen aus der Türkei und dem Libanon der Fall (vgl. Razum et al., 2008, S. 84).

Deutlich wird bei Betrachtung der Datenlage, dass es schwierig ist, zu differenzieren, ob bestimmte Erkrankungen oder Verhaltensweisen, welche die Gesundheit beeinflussen, auf den Migrationshintergrund oder auf den sozioökonomischen Status zurückzuführen sind. Während wenige migrationspezifische Probleme genannt wurden, sind die negativen Voraussetzungen, welche für Menschen aus schlechterer sozialer Situation stammen, jedoch häufig nachweisbar.

Nach einem Einblick in die Erkenntnisse zur körperlichen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund sollen nun Studienergebnisse und Informationen zu ihrem psychischen Befinden dargelegt werden.

4.1.2 Psychische Gesundheit

Das Robert Koch-Institut (2015) schreibt, dass laut Studienergebnissen, Menschen mit Migrationshintergrund höhere Prävalenzen für psychosomatische Erkrankungen und Depressionen haben. Allerdings bedingt bei dieser Bevölkerungsgruppe die oft schlechtere sozioökonomische Stellung die psychischen Probleme mit (vgl. Robert Koch-Institut, 2015, S. 178).

Razum et al. (2008) berichten, dass Mädchen zwischen 10 und 17 Jahren mit türkischen Wurzeln ein hohes Suizidrisiko tragen. Suizidversuche wurden bei einer Untersuchung bei welcher ebendies erforscht werden sollte, in doppelt so starker Ausprägung wie bei deutschen Mädchen festgestellt. Auch der Suizid als Todesursache ist im selben Verhältnis bei dieser Gruppe diagnostiziert worden (vgl. Razum et al., 2008, S. 72).

Auch Boos-Nünning und Karakasoglu (2004) bestätigen die Häufigkeit von psychischen Krankheiten bei Kindern und jungen Frauen mit Migrationshintergrund. Sie nennen zudem für diesen Personenkreis in überproportionaler Höhe auftretende körperliche Krankheiten für welche keine somatische Diagnose vorliegt, da sie von seelischem Leid verursacht werden. Dazu gehören Kopf- und Bauchschmerzen, Anfälle, psychogene Lähmungen und Herzbeschwerden (vgl. Boos-Nünning & Karakasoglu, 2004, S. 419ff). Schlafstörungen und Konzentrationsschwäche wurden bei Mädchen und Frauen mit türkischen Wurzeln häufig diag-

nostiziert während griechisch-, jugoslawisch- und italienisch-stämmige Mädchen davon selten bis gar nicht betroffen sind (vgl., ebd., S. 426).

Sowohl die psychische Belastung durch das Leben im sozial benachteiligten Millieu als auch der starke Leidensdruck, der insbesondere bei Mädchen und Frauen auffällig ist, treten bei der Betrachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen und deren Folgen deutlich hervor. Hier sind Kinder und junge Menschen mit Migrationshintergrund und vor allem jene, die ihre Wurzeln in der Türkei haben offensichtlich stärker als deutsche Kinder belastet. Vor allem die Rollenerwartungen und die Religion spielen hier eine große Rolle wobei die sozioökonomische Lage das ihre dazu beiträgt.

Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund jedoch ohne Fluchterfahrung wurden bezüglich ihres Gesundheitszustandes betrachtet. Nun ist dasselbe für die Kinder und jungen Menschen mit Fluchterfahrung vorgesehen.

4.2 Physisches und psychisches Befinden von Flüchtlingskindern

In der Süddeutschen hat Uhlmann (01.09.2015) berichtet, dass Mediziner aus München 100 syrische Flüchtlingskinder zwischen 0 und 14 Jahren auf ihren Gesundheitszustand untersucht haben und sich dabei gezeigt hat, dass ein Drittel dieser Kinder seelisch krank ist. Insbesondere posttraumatische Belastungsstörungen wurden diagnostiziert. Über 80 % der untersuchten Kinder litten an körperlichen Erkrankungen. Hier überwogen die Zahnprobleme. Die Kinder galten als gefährdet solange sich ihre Versorgung nicht verbessert (vgl. Uhlmann, 01.09.2015).

Flüchtlingskinder aus Kriegsgebieten haben oft grausame Dinge erlebt, die sie nicht vergessen können und mit welchen sie aber auch nicht klarkommen. Sie mussten zusehen, selbst agieren, bspw. als Kindersoldaten bzw. -soldatinnen oder waren in der Opferrolle. Das macht die Psyche krank.

Seifert (1993) hat geschrieben, dass Kriegsoffer Schmerzen erleben mussten und sich ihrer Würde und ihrer Identität oft nicht mehr bewusst sind. Selbstbestimmung ist für sie meist etwas Fremdes geworden. Sie haben Demütigung, jegliche Formen von psychischer und physischer Gewalt sowie Todesangst erleben müssen (vgl. Seifert, 1993, S. 88f).

Als Folgen davon, so Tov (2009), stellen sich wiederkommende Erinnerungsbilder mit stets denselben Szenen, Schlaflosigkeit und Alpträume, ein. Posttraumatische Belastungsstörungen können sich zudem in Form von Vermeidungsverhalten und Verlust jeglichen Interesses auswirken (vgl. Tov, 2009, S. 48f).

Diese psychischen Belastungen und Erkrankungen bringen Kinder und Jugendliche mit, die geflohen sind. Nun sind sie im Aufnahmeland, leiden vielleicht unter weiteren Gesundheitsstörungen und die nächsten Stresssituationen kommen auf sie zu. Sie haben Angst vor Abschiebung, vor den fremden Menschen und Gegebenheiten, vor der völlig anderen Kultur und Viele sowie Vieles aus der Heimat fehlt ihnen. Diese Belastungen und auch die Ablehnung, die diesen Kindern und Jugendlichen entgegengebracht wird, tragen nicht zu psychischer Gesundheit bei sondern sind eher geeignet das Gegenteil zu bewirken. Zunächst sollen aber Informationen zu ihrer körperlichen Gesundheit aufgezeigt werden. Die Psyche wird direkt im Anschluss vertieft betrachtet.

4.2.1 Körperlicher Gesundheitszustand

Zum physischen Zustand von Kindern und Jugendlichen mit Fluchterfahrung bietet weder die Forschung noch die Literatur klare Informationen. Dies könnte damit begründet werden, dass die verstärkte Fluchtmigration erst in letzter Zeit extreme Formen angenommen hat. Es liegen kaum Daten vor, denn sowohl Verwaltung als auch Erstversorgung der Menschen haben besonders viel Aktivität und Lösungsfindung gefordert, sodass die detaillierte Erfassung des Gesundheitszustandes bislang nicht im Vordergrund gestanden hat. Wichtiger war zunächst, die Menschen mit dem Notwendigsten zu versorgen, sie unterzubringen und die dringendsten Krankheiten zu behandeln, Impfungen nachzuprüfen u. dgl. Die Forschung konnte in dieser Zeit noch nicht insofern tätig werden, wie dies bei anderen Gruppen von Menschen, bereits geschehen ist oder immer noch geschieht.

Nun soll geklärt werden, ob es im Bereich psychischer Gesundheitszustand ebenso keine Informationen gibt.

4.2.2 Psychische Probleme und Erkrankungen

Zu psychischen Erkrankungen dagegen, liegen offensichtlich Informationen vor. In diese gilt es nun einen Einblick zu nehmen.

Die BPtK (2015) teilt auf Grundlage von Studienergebnissen und psychotherapeutischen Unterlagen mit, dass Traumatisierung bei Flüchtlingskindern auf den Erlebnissen, die sie machen mussten, basiert. 41 % dieser Kinder und Jugendlichen haben körperliche Angriffe, welche auf andere ausgeübt wurden, gesehen. Bei 26 % der jungen Menschen waren die Opfer Familienmitglieder, 39 % leiden unter Unfallerlebnissen und 38 % belastet das Kriegserlebnis als solches. Diese Erlebnisse können eine PTBS bedingen bei welcher die Erinnerungen, die stets wiederkehren, Leid verursachen. Dazu gehören bspw. Alpträume, Flashbacks und Bilder, die Tag und Nacht immer wieder blitzartig auftauchen und die Betroffene

das Geschehene, wie aktuell erlebt, wahrnehmen lassen. Die Hälfte der Flüchtlingskinder versuchen Situationen zu vermeiden welche die Erlebnisse wachrufen könnten. Sie leiden oft an emotionaler Taubheit, andere Menschen empfinden sie als gleichgültig. Sie können meist schlecht schlafen und sich kaum konzentrieren, zudem sind sie überproportional schreckhaft. Bei diesen Kindern und Jugendlichen werden zudem oft Verhaltensauffälligkeiten, Aggressivität und Entwicklungsstörungen diagnostiziert. Depressionen, Ängste und Suizidgedanken wurden ebenso festgestellt (vgl. BPtK, 2015, S. 4f). Die starke psychische Belastung der Betroffenen wirkt sich auf viele Lebensbereiche aus und die PTBS tritt bei Flüchtlingskindern 15 Mal so häufig auf wie bei gleichaltrigen deutschen Kindern. Weiter können erlebte Traumata Anpassungsstörungen, Persönlichkeitsveränderungen, dissoziale Störungsbilder und Borderline-Erkrankungen verursachen. Die psychischen Belastungen können zudem weitere Krankheiten wie Sucht und Somatisierungsstörungen bedingen. Traumatisierte Menschen sind außerdem empfänglich für Erkrankungen der Lunge, des Herz-Kreislauf-Systems und für Krebs (vgl. ebd., S. 7f).

Niemiec et al. (19.11.2014) berichten über eine Studie, welche in Flüchtlingsunterkünften in München durchgeführt wurde. Befragt wurden 55 Kinder und Jugendliche aus Flüchtlingsfamilien im Alter von 10 bis 18 Jahren, die ausreichend Deutsch konnten um teilzunehmen (vgl. Niemiec et al., 19.11.2014, S. 1ff). Hier wurde deutlich, dass direkte Kriegserlebnisse bei den Befragten Ängste, Depressionen und emotionale Schwierigkeiten verursacht haben. Indirekte Kriegserlebnisse haben zu aggressivem und delinquentem Verhalten sowie zu problematischem Sozialverhalten und zu paranoider Zwanghaftigkeit geführt (vgl. ebd., S. 9). Die Unterbringung in staatlichen Unterkünften führte sowohl zu sozialem Rückzug als auch zu körperlichen Beschwerden. Die erlebte Diskriminierung verstärkt die Verhaltensstörungen der Kinder und Jugendlichen (vgl. ebd., S. 12). Desweiteren hat sich gezeigt, dass Konzentrationsstörungen bei den Betroffenen auftreten. Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass die Kinder im Exil oft die Elternrolle übernehmen müssen, da sich die Erwachsenen bspw. in Bezug auf die fremde Sprache meist schwerer tun und so ihre Kinder mit den Eltern Arzt- und Amtsbesuche erledigen und für sie dolmetschen müssen (vgl. ebd., S. 16 u. BPtK, 2015, S. 9).

Uhlmann (01.09.2015) schreibt über die PTBS im Kontext mit 100 befragten syrischen Flüchtlingskindern. 22 % der Kinder leiden an dieser Störung. Symptome dafür sind Einnässen, Schlaf- und Konzentrationsstörungen sowie auffälliges Verhalten. Bei weiteren 16 % der Kinder und Jugendlichen wurden Anpassungsstörungen diagnostiziert. Da nach der Ankunft in Deutschland die Probleme nicht automatisch gelöst sind, kann sich die PTBS chronifizieren. Aufgrund dessen, dass sich rund 60 % der Kinder isoliert und ein Viertel von allen dis-

kriminiert fühlen, besteht die Gefahr einer Retraumatisierung, so die untersuchenden Medizinerinnen und Mediziner (vgl. Uhlmann, 01.09.2015).

Soweit Daten dazu vorgelegen haben, wurde der physische als auch der psychische Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund thematisiert. Dasselbe fand auch für die Gruppe der Kinder und jungen Menschen, die Fluchterfahrung haben, statt. Nun gilt es aufzuzeigen, wo, basierend auf den vorliegenden Informationen, Handlungsbedarf für die beiden Gruppen besteht und welche Chancen und Grenzen sich hier zeigen können.

5 Handlungsbedarf und Hilfsmöglichkeiten

Hier sollen Handlungsbedarf und -optionen aufgezeigt werden, die bereits verfasst worden sind, denn im zweiten Teil dieser Bachelorarbeit wird eine Studie vorbereitet, welche aktuelle, detaillierte Daten liefern soll und dies kann zu einer neuen Sichtweise führen und auch andere Hilfsmöglichkeiten notwendig machen.

Babitsch und Borde (2008) sind der Meinung, dass Sprachbarrieren die Kommunikation mit Ärzten und Ärztinnen erschweren und dass Menschen mit Migrationshintergrund sowie auch Flüchtlinge, den Gang zum Mediziner und der Medizinerin aus diesem Grund oft meiden. Entscheiden sie sich doch für eine Konsultation so ist es nicht gewährleistet, dass die Informationen richtig gesendet und empfangen werden können (vgl. Babitsch & Borde, 2008, S. 5).

Dies haben auch die Forschungsergebnisse des Robert Koch-Instituts (2015) ergeben. Zudem haben sich hier kulturelle Barrieren und die Angst vor, bzw. das Gefühl der Diskriminierung als schwierig für eine optimale Versorgung der Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund herauskristallisiert (vgl. Robert Koch-Institut, 2015, S. 176).

Für Flüchtlinge, so Zito (2009) stellt sich die Lage besonders schwierig heraus, denn jene mit ungesichertem Aufenthalt bekommen keine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ihre medizinische Versorgung ist für die Dauer von vier Jahren darauf beschränkt, dass nur akute Krankheiten und Schmerzen behandelt werden. Diese Regelung ist im AsylbLG § 4 festgelegt. Selbst die akuten Zustände sind Auslegungssache und deren Finanzierung muss zuerst beim Sozialamt beantragt werden. Psychotherapie für diese Personengruppe wird aus diesem Grund eher abgelehnt. In den EU-Richtlinien ist geregelt, wie besonders schutzbedürftige Flüchtlinge, zu welchen bspw. auch unbegleitete Minderjährige und Gewaltopfer gehören, zu versorgen sind. Ehemalige Kindersoldaten zählen auch zu dieser Gruppe. Sie sollen laut der Richtlinien bei medizinischer und materieller Versorgung besonders berücksichtigt werden. Allerdings ist diese Regelung seit 2003 existent und es gab in Deutschland bisher nicht ein einziges Verfahren, das sich damit beschäftigt hat, bzw. es ist nicht ein Fall bekannt in welchem die speziellen Hilfen gewährt wurde (vgl. Zito, 2009, S. 11f).

Laut dem Robert Koch-Institut (2015) sind in den Herkunftsländern von Migranten und Migrantinnen und Flüchtlingen Infektionsgefahren oft unbekannt und Impfungen sowie andere präventive Maßnahmen gibt es nicht oder sie werden unterlassen. Dies führt dazu, dass diese Menschen ein hohes Risiko dafür tragen ansteckende Krankheiten zu bekommen. Es ist allerdings nicht nachvollziehbar, ob die betreffende Person die Krankheit von der Heimat

mitbringt, auf der Flucht erworben hat oder sich in Deutschland angesteckt hat (vgl. Robert Koch-Institut, S. 177).

Die U-Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen, Angebote zur Zahnvorsorge und Schutzimpfungen werden seltener wahrgenommen wenn die Eltern einen Migrationshintergrund haben. Insbesondere bei Familien, die schlecht integriert sind, tritt dieses Unterlassen stärker auf (vgl. ebd., S. 181 u. Babitsch und Borde, 2008, S. 7).

Präventions- und Interventionsoptionen für die Gruppe der Migrantenkinder ohne Fluchterfahrung werden nun vorgestellt.

5.1 Notwendige Prävention und Interventionen bei Kindern mit Migrationshintergrund

Das Robert Koch-Institut (2015) hat ermittelt, dass sowohl Prävention als auch Intervention migrantenspezifisch stattfinden müssen. Dazu gehört zunächst, dass Menschen mit Migrationshintergrund besser in das Bildungssystem integriert werden um eine bessere Allgemeinbildung zu erwerben. So wäre es für diese Gruppe einfacher, das Gesundheitswesen und dessen Funktionsweise zu verstehen und vor allem auch über Risiken und Krankheiten informiert zu werden. Zudem sollte für Menschen mit Migrationshintergrund eine spezifische Aufklärung stattfinden. Ansätze hierzu sind bereits vorhanden. Das RKI nennt ein deutschlandweites Netzwerk mit bilingualen Gesundheitslotsen mit dem Namen „*Mit Migranten für Migranten*“. Zudem hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung weitere spezifische Projekte für die Gruppe der Migranten und Migrantinnen gelistet. „*Migration und öffentliche Gesundheit*“ ist ein Arbeitskreis der Bundesbeauftragten für Migration, Flüchtlinge und Integration. Desweiteren regt das RKI an, die Forschung verstärkt auf Menschen mit Migrationshintergrund und deren Gesundheit und Versorgung auszulegen. Speziell in der Versorgung sollten Kultur und Religion der Menschen sowie deren Bildungshintergrund berücksichtigt werden, um im Sinne von Diversity-Management die Gleichberechtigung für Menschen mit Migrationshintergrund auch im Gesundheitsbereich umzusetzen (vgl. Robert Koch-Institut, 2015, S. 182).

Razum et al. (2008) schreiben, dass „... *das Deutsche Bündnis gegen Depressionen e.V. das Thema „Depression und Migration“ zu einem seiner inhaltlichen Schwerpunkte gemacht...*“ (Razum et al., 2008, S. 73) hat. Bereits 2006 fand eine Informationskampagne statt um sowohl im Gesundheitswesen tätige Personen auf migrationsspezifische Gegebenheiten in diesem Kontext aufzuklären als auch Betroffene mit Migrationshintergrund zur Krankheit und den Möglichkeiten der Therapie zu informieren (vgl. ebd.). Weiter nennen sie das familiäre Netzwerk in welchem Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund aufwachsen,

als positiven Faktor für deren Gesundheit. Denn dies ist ein schützender Faktor welcher ein Ausgleich zur sozialen Benachteiligung ist (vgl. Razum et al., 2008, S. 74).

Babitsch und Borde 2008 empfehlen, migrationssensible Angebote im Bereich Gesundheitsversorgung und hier vor allem auch in der Prävention zu entwickeln (vgl. Babitsch & Borde, 2008, S. 21).

Wo liegen die Chancen für eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Betroffenen?

5.1.1 Chancen für eine Verbesserung

Die im Vorfeld genannten Empfehlungen würden durchaus Chancen bieten, positiv auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund zu wirken, wenn, wie mit dem Robert Koch-Institut (2015) erklärt, eine umfassende Prävention und Intervention stattfinden würde. Mit besserer Bildung gelingt die Integration und mit Überwindung der Sprachbarriere lassen sich Dinge verstehen und umsetzen. Empathie ist das Wichtigste, was in diesem Kontext eingesetzt werden muss, um das Vertrauen der Eltern zu gewinnen und so Positives für die Gesundheit ihrer Nachkommen zu bewirken.

Informationskampagnen und Netzwerke, wie von Razum et al. (2008) beschrieben, können zudem als besonders hilfreich angesehen werden, insofern die Zielgruppe damit erreicht wird.

Welche Grenzen können die aufgezeigten Handlungsmöglichkeiten erreichen?

5.1.2 Grenzen der Handlungsoptionen

Zenk und Gündogdu (2011) sind der Meinung, dass misslungene Integration die Psyche von Menschen mit Migrationshintergrund besonders belastet. Wenn bereits Kinder und Jugendliche vermittelt bekommen, ausgeschlossen und abgestempelt zu sein und keine Anerkennung erhalten, macht dies ihre Seele letztlich krank (vgl. Zenk & Gündogdu, 2011, S. 9f).

Razum et al. sehen besonders dann Schwierigkeiten, wenn Kinder mit Migrationshintergrund Krankheiten haben, welche eine konstante Mitarbeit der Patientin bzw. des Patienten erfordern. Müssen bspw. Kinder aufgrund einer Stoffwechselkrankheit eine Diät einhalten, so hat sich sowohl in Deutschland als auch in Österreich gezeigt, dass dies bei Kindern mit türkischen Wurzeln nicht so gut wie bei Kindern ohne Migrationshintergrund funktioniert. Hierfür werden die Ernährungsgewohnheiten, die mangelnden Schulungs- und migrationssensiblen Therapieangebote, das Bildungsniveau und der Glaube verantwortlich gemacht. Verschiedene Religionen orientieren sich nämlich daran, die Krankheit als Schicksal hinzunehmen (vgl.

Razum et al., 2008, S. 77). Bezüglich der psychosozialen Belastung bei Kindern und Jugendlichen aus der Gruppe wird davon ausgegangen, dass diese durch Diskriminierung, das Leben in unterschiedlichen Kulturen und die Neuorientierung in Deutschland, verstärkt werden (vgl. ebd., S. 84). Die Suizidgefahr bei türkischen Mädchen kann darin begründet sein, dass sie mit dem Konflikt der beiden Kulturen bzgl. der Frauenrolle nicht zurechtkommen. Dies, so Razum et al., wurde bereits 2006 auf einer Tagung der DGS besprochen. Dabei wurde die kulturelle Seite weniger betont und die verstärkte Suizidalität wurde mit sozialen Einflüssen, mit Gewalterfahrung, den geringen Bildungschancen u. dgl. erklärt. Auch Depressionen sollen laut der DGS auf den Herausforderungen, welche die Migration mit sich bringt, begründet sein. Vor allem in der Pubertät sind Jugendliche durch den Migrationsprozess innerhalb des Entwicklungsprozesses überfordert (vgl. ebd., S. 72f).

Boos-Nünning und Karakasoglu (2004) nennen Studien, welche belegen, dass psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen mit türkischem Migrationshintergrund auf religiösem Druck und der häuslichen Situation basieren (vgl. Boos-Nünning, Karakasoglu, 2004, S. 419ff.)

Das Robert Koch-Institut (2015) weist darauf hin, dass seitens der Institutionen welche für die gesundheitliche Versorgung zuständig sind, die Bedürfnisse der Migrantinnen und Migranten nicht hinreichend wahrnehmen und erfüllen und eine interkulturelle Öffnung systematisch ablaufen sollte (vgl. Robert Koch-Institut, 2015, S. 181).

Welche Hilfsangebote sind notwendig, wo und wie muss gehandelt werden, um die Gesundheit von Flüchtlingskindern zu verbessern?

5.2 Angebrachte Hilfsangebote für Flüchtlingskinder

Flüchtlinge müssen, so Zito (2006) in Lagern oder Gemeinschaftsunterkünften leben, deren Zustand oft extrem schlecht ist. Mehrbettzimmer, in welchen Alleinstehende mit fremden Menschen der unterschiedlichsten Ethnien zusammenleben müssen, haben in der Regel nicht mehr als 4,5 bis 6 m² Fläche pro Bewohner. Bäder, Toiletten und Küchen müssen gemeinsam genutzt werden, sind meist in kaum tragbarem hygienischen Zustand und zudem spärlich eingerichtet, auch ist dort die Einrichtung oft beschädigt. Konflikte sind hier ebenso vorprogrammiert wie das Entstehen bzw. Ausbreiten von Erkrankungen verstärkt möglich ist. Insbesondere für Kinder und Jugendliche und auch für traumatisierte Personen im Allgemeinen sind diese Zustände die schlechteste Lösung (vgl. Zito, 2006, S. 10).

Im Ärzteblatt (11.03.2016) ist zu lesen, dass Mediziner und Medizinerinnen Flüchtlingskinder genauso medizinisch versorgen sollen wie einheimische Kinder und Jugendliche. Denn der-

zeit sind die Kinder von Flüchtlingen durch Regelungen benachteiligt. Auch chronische Erkrankungen sollen bei diesen Patienten und Patientinnen behandelt werden, genauso wie es bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen auch gehandhabt wird. Die unbegleiteten Minderjährigen erhalten über die Obhut des Jugendamts die vollen Leistungen der Krankenversicherung. In fünf Bundesländern bekommen Flüchtlinge eine Gesundheitskarte. Dies wird für die anderen deutschen Länder ebenfalls gefordert um den direkten Gang zur Ärztin oder zum Arzt ohne vorherigen Sozialamtsbesuch für alle Flüchtlinge zu ermöglichen (vgl. Ärzteblatt, 11.03.2016).

Wie genau könnten die gesundheitlichen Defizite von Flüchtlingskindern relativiert werden?

5.2.1 Möglichkeiten der Abhilfe

Schneider (2014) teilt zum Thema folgendes mit: *„UNICEF wird sich gemeinsam mit seinen Partnern weiter dafür einsetzen, die Rechte aller Kinder in allen Ländern durchzusetzen“* (Schneider, 2014, S. 6).

Von speziellen Clearinghäusern schreibt Zito (2009). In diesen werden unter 18-jährige Flüchtlinge zu Beginn ihres Aufenthalts untergebracht um ihre Bedürfnisse und ihren Unterstützungsbedarf zu ermitteln und sinnvolle Maßnahmen für sie auszuwählen. Diese Häuser gibt es allerdings nur in einigen Bundesländern (vgl. Zito, 2009, S. 11).

Berthold und Willinger (2009) beziehen sich auf Zitos Studie und weisen darauf hin, dass beim Asylverfahren darauf zu achten ist, dass traumatisierte Flüchtlinge, wie bspw. Kindersoldaten und -soldatinnen identifiziert werden sollen, um ihnen die richtige Bildung und vor allem spezielle Therapien zukommen lassen zu können. Auch die Feststellung des Alters von Kindern und Jugendlichen sollte im Rahmen des Asylverfahrens eine große Rolle spielen. Dafür sind Fachkräfte mit der entsprechenden Qualifikation, einer neutralen Einstellung und mit kinderrechtlicher und psychologischer Schulung, einzusetzen. Das Aufnahmeverfahren gilt es, ehemaligen Kindersoldaten anzupassen und alle minderjährigen Flüchtlinge sollen Zugang zu Jugendhilfeeinrichtungen bekommen, auf keinen Fall in Gemeinschaftsunterkünften mit Erwachsenen untergebracht werden und keiner Residenzpflicht unterliegen. Therapieplätze müssen ebenso zur Verfügung gestellt werden, wie es notwendig ist, die jungen Menschen in das Schul- bzw. Ausbildungssystem einzugliedern und ihnen Sprachkurse zu bieten. Bei Anhörungen ist sensibel auf Hinweise zu achten, die darauf schließen lassen, dass es sich um ehemalige Kindersoldaten oder -soldatinnen handelt. In diesem Fall ist speziell geschultes Personal einzusetzen und dieser Gruppe der Asylsuchenden sollte in jedem Fall Asyl gewährt werden. Dies gilt auch für über 18-jährige ehemalige Kindersoldatinnen und -soldaten (vgl. Berthold & Willinger, 2009, S. 4).

„Abschiebungen, Abschiebehaft und Untersuchungshaft sind mit den Kinderrechten unvereinbar und sollten grundsätzlich bei allen Minderjährigen unterbleiben“ (ebd.).

Das Robert Koch-Institut (2015) findet derzeit die Datenlage zur Gesundheit von Flüchtlingen, insbesondere auch zu den Verhaltensweisen, welche diese fördern oder ihr schaden, noch unzureichend. Offensichtlich ist dennoch, dass die Asylsuchenden eine heterogene Gruppe sind, bei welcher diesbezüglich verschiedenste Varianten möglich sind. Es sollte laut dem RKI eine hohe Priorität auf das Gesundheitsmonitoring dieser Bevölkerungsgruppe gelegt werden. Dies gilt für den spezifischen Forschungsbedarf und die gesundheitliche Lage neu ankommender Flüchtlinge ebenso wie für Migrantinnen und Migranten, die schon längere Zeit im Land leben (vgl. Robert Koch-Institut, 2015, S. 177f).

Uhlmann (01.09.2015) schreibt: *„Vieles könnte man tun, um zu vermeiden, dass die kindlichen Seelen noch mehr leiden. Eine "Willkommenskultur" kann nach Malls Worten "präventiv" wirken, ebenso wie Kurzinterventionen für gefährdete Kinder und eine gesonderte Unterbringung von Familien“ (Uhlmann, 01.09.2015).* Allerdings sind die Möglichkeiten in vielen Aufnahmeeinrichtungen beschränkt und die gewünschte Versorgung kann kaum geleistet werden, da auch 82 % der Kinder körperlich krank sind und behandelt werden sollten. Zudem müssen 41 % der Kinder erst einmal geimpft werden (vgl. ebd.).

Für den Einsatz von Fachkräften bei der Arbeit mit Flüchtlingen und deren Familien spricht sich das BZgA (20.06.2016) aus. Mittlerweile gibt es Informationen, speziell die Gesundheit von Flüchtlingskindern betreffend, sortiert nach Themen und in vielen Sprachen für Ärztinnen und Ärzte, im medizinischen Bereich und in Kitas Arbeitende sowie für ehrenamtlich Tätige. Linklisten werden stets überarbeitet und erweitert. Zudem können Broschüren und andere Materialien kostenlos im Internet heruntergeladen werden. Auch für die Eltern von Flüchtlingskindern wurden leicht verständliche Broschüren und Infoschriften in mehreren Sprachen bereitgestellt. Kurzfilme zum Bereich Stillen und Kinderernährung sowie Infoschriften in vielen Sprachen, die mit Bildern versehen sind, sollen zudem hilfreich sein. Weitere Informationsmaterialien gibt es zum Thema impfen, Zahnversorgung und kindliche Entwicklung. Über Kita-Plätze, die Flüchtlingskindern zustehen, wird ebenfalls auf leicht verständliche Weise informiert. Desweiteren über Unfallschutz und Sprachförderung. Sowohl Hebammen als auch Arztpraxen können sich mit Broschüren, Infoblättern und rechtlichen Informationen versorgen und Info-Material den Familien weitergeben (vgl. BZgA, 20.06.2016).

Das Bundesministerium für Gesundheit (15.01.2016) schreibt, dass das RKI konkrete Konzepte und wissenschaftliche Expertisen an die Bundesländer gibt, um den Impfschutz von Flüchtlingen zu gewährleisten. Nach dem Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz ist es vor-

gesehen, den Impfschutz bei den betroffenen Personen zu verbessern. Alle Bewohnerinnen und Bewohner von Flüchtlingsseinrichtungen sollen bspw. grundsätzlich gegen Influenza immunisiert werden da die Menschen auf engstem Raum zusammen leben und Risikogruppen schwer identifiziert werden können. Für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge wurden spezielle Impfkonzeppte entwickelt. Auch die Vorgehensweisen für die Erstaufnahmeuntersuchung der Asylsuchenden und das Vorscreening wurden vom RKI festgelegt. Über in Deutschland eher unbekannte und importierte Infektionskrankheiten liegen ebenfalls Informationen vor. Auch damit, wie in Gemeinschaftsunterkünften mit Ausbrüchen verschiedener Infektionen umgegangen werden kann, hat sich das RKI beschäftigt und dazu Schriften herausgegeben. Zudem sind Impfaufklärungsmaterialien in 20 Sprachen verfügbar (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 15.01.2016).

Razum et al. (2008) schreiben, dass es unumgänglich ist, psychisch erkrankte Flüchtlinge direkt psychiatrisch zu behandeln und psychosozial zu betreuen (vgl. Razum et al., 2008, S. 85).

Laut Niemiec et al. (19.11.2014) sind Flüchtlingskinder, die besser integriert sind und deren sozialer Rückhalt durch die Familie und durch Freunde stark ist, psychisch gesünder (vgl. Niemiec et al., 19.11.2014, S. 39).

Auch Zito (2009) schreibt, dass in manchen Fällen trotz Traumatisierung der Kinder und Jugendlichen eine PTBS oder eine ähnliche Störung verhindert werden kann. Hilfreich hierfür sind soziale Anerkennung und Unterstützung (vgl. Zito, 2009, S. 50)

Die BPtK (2015) teilt mit, dass eine PTBS behandelt werden muss um nicht chronisch zu werden. Dazu ist eine Psychotherapie notwendig. Dasselbe gilt für andere psychische Erkrankungen an welchen Flüchtlinge verstärkt leiden. Den größten Teil dieser Behandlungen bei Geflüchteten übernehmen Psychosoziale Zentren. Allerdings ist das nur für einen geringen Prozentsatz der Flüchtlinge möglich, 2014 waren es bspw. 4 %. Die Forderungen der Kammer liegen darin, traumatisierte und psychisch kranke Flüchtlinge zeitnah, zweckmäßig und ausreichend zu behandeln. Psychotherapie mit Dolmetscher oder Dolmetscherin ist hier eine empfehlenswerte Variante. Allerdings müssten dazu folgende Bereiche Veränderungen durchlaufen (vgl. BPtK, 2015, S. 11f): *„Qualifizierte Begutachtung und zeitnahe Gewährung von Psychotherapie nach Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), Ermächtigung von Psychotherapeuten in Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer sowie in Privatpraxen, Finanzierung von Dolmetscherleistungen“* (ebd., S. 12).

Nach Berthold (2014) sollten die Verfahrensberatungsstellen personell und finanziell besser ausgestattet sein um kindgerecht agieren zu können. Zudem sollten Flüchtlinge in Orientie-

nung an das Sozialgesetzbuch versorgt werden. Eine Betriebserlaubnispflicht für Flüchtlingsunterkünfte sollte zudem auferlegt werden. Diese sollten sich an den Betriebserlaubnissen nach § 45 SGB VIII orientieren, denn dann dürften sich Kinder und Jugendliche einbringen und hätten Mitspracheoptionen. Desweiteren benötigen die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Jugendmigrationsdienste Fortbildungen und die Jugendhilfe sollte ihre Erreichbarkeit verbessern. Ein unkompliziertes Kontaktieren in den Einrichtungen und Unterkünften von Flüchtlingen muss zu dieser Hilfseinrichtung möglich sein. Kinder und Jugendliche sollen zudem von Interessensvertretungen für diese Gruppe über ihre Rechte aufgeklärt werden (vgl. Berthold, 2014, S. 48).

Zahlreiche Ansätze zur Prävention und Intervention bei dieser spezifischen Gruppe sind offensichtlich vorhanden, fraglich ist nun, wo und warum die vorgeschlagenen Hilfsangebote an Grenzen stoßen können.

5.2.2 Rahmen der Hilfsmöglichkeiten

„Das deutsche Ausländer- und Asylrecht dagegen schränkt für Kinder aus Flüchtlingsfamilien den Zugang zu Bildung, medizinischer Versorgung und sozialer Teilhabe gravierend ein. So müssen sie beispielsweise vor Arztbesuchen eine behördliche Genehmigung einholen, damit die Behandlungskosten übernommen werden“ (Schneider, 2014, S. 6).

Wie der UNICEF-Geschäftsführer im Vorwort von Bertholds Buch, erklärt auch Berthold (2014) Fakten, die zeigen, dass das AsylbLG Flüchtlingskinder gegenüber anderen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund in Bezug auf medizinische Versorgung benachteiligt. Dies kann zur Folge haben, bzw. ist genauso schon geschehen, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Erstaufnahmeeinrichtungen einem Kind den Zugang zum Krankenhaus verweigern und das betroffene Kind unter Spätfolgen zu leiden hat (vgl. Berthold, 2014, S. 46).

Auch Untersuchungen und Arztbesuche muss das Amt gewähren und auch hier fällen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ohne medizinisches Studium Entscheidungen, welche nicht die ihren sein dürften.

Das Sachleistungsprinzip des AsylbLG, so Berthold (2014) ermöglicht den Kommunen, Flüchtlingen Essenspakete auszugeben. So haben diese Menschen gar keine Wahl, das zu essen was sie mögen. Die Pakete ermöglichen nicht immer Flüchtlingskinder altersgerecht zu ernähren und immer mehr Kommunen zahlen den Menschen kein Geld für Essen aus sondern wählen die Variante mit den Essenspaketen. Zudem gibt es im AsylbLG Sanktionsoptionen welche es möglich machen, Leistungen zu kürzen. Davon sind besonders die Kinder betroffen (vgl. Berthold, 2014, S. 47).

„Die seit März dieses Jahres wirksamen Änderungen des Asylbewerberleistungsgesetzes (§ 6 Abs. 2 AsylbLG) haben hinsichtlich der Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge keine Verbesserung gebracht“ (BPtK, 2015, S. 10).

Wie bereits mit Zito (2009) in Punkt 5 erklärt, bestätigt die BPtK (2015) sechs Jahre später, dass sich die Sachlage um die Genehmigung einer Psychotherapie für Flüchtlinge nach wie vor nicht verbessert hat. Neben der Verschleppung von Begutachtungsverfahren und der mangelnden Qualifikation der Entscheiderinnen und Entscheider sowie darauf beruhenden Fehleinschätzungen werden psychische Krankheiten oft als nicht akut eingestuft, was völlig falsch ist. Medikamente, die mitunter verschrieben werden, reichen selten aus. Wenn auch die Länder Hamburg und Bremen das Bremer Modell umsetzen, welches die Aushändigung einer Gesundheitskarte für Flüchtlinge ab dem Tag ihres Deutschlandaufenthaltes vorsieht, so sind hier auch nicht alle Leistungen inbegriffen und bspw. über eine psychotherapeutische Behandlung entscheidet nach wie vor die Sozialbehörde. Zwar verbessert das Bremer Modell die Gesundheitsversorgung der Flüchtlinge aber das AsylbLG schränkt nach wie vor verschiedene Bereiche ein (vgl. BPtK, 2015, S. 13f). Die Psychotherapien, die bei Flüchtlingen durchgeführt werden, laufen derzeit über Psychosoziale Zentren. Allerdings haben die dort tätigen Therapeutinnen und Therapeuten fast nie einen Kassensitz. Die wenigsten Krankenkassen erstatten also die Kosten. Flüchtlinge, die sich länger als 15 Monate im Land aufhalten bekommen somit ihre Therapie nicht finanziert und müssen sogar begonnene Behandlungen abbrechen. Die Versorgungslücke kann keinesfalls durch niedergelassene Psychotherapeutinnen und –therapeuten aufgefangen werden. Die Wartezeiten auf eine solche Behandlung ist mindestens ein halbes Jahr, sodass zeitnahe Hilfe nicht umgesetzt werden kann und Flüchtlinge somit auch nach den ersten 15 Aufenthaltsmonaten wieder keine Behandlung bekommen (vgl. ebd., S. 16).

Im folgenden Punkt gilt es, die gesammelten Informationen aus dem ersten Teil dieser Ausarbeitung kurz zusammenzufassen und dann zur Erarbeitung der Planung einer neuen Datenerhebung überzugehen.

6 Zwischenfazit

Zusammenfassend kann zum momentanen Zeitpunkt festgehalten werden, dass sowohl Kinder mit Migrationshintergrund als auch jene, die zusätzlich flüchten mussten, überwiegend der sozioökonomisch schlechter gestellten Schicht angehören sind. Schon hier wird zunächst die Benachteiligung deutlich, die Angehörigen dieses Milieus, zukommt. Details hierzu wurden bereits im Vorfeld beschrieben. Insbesondere Flüchtlingskinder sind nach aktueller Datenlage, gesundheitlich und hier vor allem ihre Psyche betreffend, in deutlich schlechterer Lage als jene, die keine Flucht erleben mussten. Zusätzlich zu Faktoren, die in der benachteiligten Bevölkerungsschicht auftreten, wurden migrationspezifische Probleme besprochen. Spezielle Schwierigkeiten der Kinder und Jugendlichen mit Flucht in der Vita kommen bei dieser Gruppe erschwerend hinzu.

Zwar konnte aufgezeigt werden, dass die verschiedensten Institutionen Hilfsmöglichkeiten ausarbeiten, um den Handlungsbedarf, der als dringend kategorisiert werden kann, zu erfüllen. Doch stehen hier noch zahlreiche Hindernisse, wie Gesetze, Verordnungen, Sprachbarrieren u. dgl. im Weg.

Da im ersten Teil dieser Ausarbeitung einzig die vorliegenden Daten verwendet werden konnten und diese im Bezug auf Kinder und Jugendliche mit Fluchthintergrund eher dürftig sind, muss eine neue Erhebung stattfinden. Bei Betrachtung des bisher verwendeten Materials wird deutlich, dass die Informationen allgemein waren, auch jene zu den Kindern und Jugendlichen ohne Fluchthintergrund. Daher gilt es, die neue Erhebung so zu planen, dass genaue, vergleichbare Daten erhoben werden können, die einen direkten Vergleich ermöglichen.

Diese Planung soll nun vorgestellt werden.

7 Forschungsdesign der geplanten Erhebung

Das Untersuchungsdesign, welches es zu planen gilt, soll die Vorbereitung dafür darstellen, zu ermöglichen, die Forschungsfrage empirisch zu beantworten. Hierzu sollen im Rahmen einer explorativen Datenerhebung, sowohl medizinische als auch sozialwissenschaftliche Daten erfragt werden.

Becker (27.08.2016) schreibt auf der Internetseite der WPGS zur explorativen Forschung, dass deren Ziel das Finden ist. Sie wird bei Themen, über deren Zusammenhänge und Ursachen wenig bekannt ist, eingesetzt um Einblicke zu ermöglichen. Durch diese Art der Forschung wird es bspw. möglich, Hypothesen zu erstellen, die im Anschluss überprüft werden können (vgl. Becker, 27.08.2016).

Diekmann (2004) ergänzt, dass es bei explorativem Vorgehen, falls ein strukturierter quantitativer Fragebogen entwickelt werden soll, notwendig ist, zuvor einiges an Vorwissen zum Thema zu liefern. Der Fragebogen stellt somit den zweiten Schritt dar (vgl. Diekmann, 2004, S. 30f).

Im vorliegenden Fall wurde theoretisches Wissen bereits gesammelt. Somit kann nun der zweite Teil, also die Erstellung des Fragebogens, geplant werden.

Basierend auf diesen Daten soll es dann möglich sein, gemeinsam mit den Informationen aus dem ersten Teil dieser Bachelorarbeit, Handlungsoptionen aufzuzeigen und letztlich die Forschungsfrage empirisch und unter Einbezug der im Theoriepart ermittelten Erkenntnisse zu beantworten. Die Durchführung der Erhebung ist nicht Teil dieser Ausarbeitung und somit auch nicht die Beantwortung der Forschungsfrage. Es soll einzig der Weg dazu bereitet werden und so die Grundlage für ein Forschungsprojekt geschaffen werden.

Da bereits darauf hingewiesen wurde, dass es ein Fragebogen ist, der als Forschungsinstrument eingesetzt werden soll, wird dies im nächsten Schritt begründet und Details dazu gilt es zu klären.

7.1 Auswahl des Forschungsinstruments und Gewinnung von Probandinnen bzw. Probanden

Die explorative Forschung bietet die verschiedensten Instrumente an.

Diekmann (2004) nennt in diesem Zusammenhang qualitative Methoden, wie bspw. das Experteninterview, das qualitative Interview oder die unstrukturierte Beobachtung. Zudem erklärt er, dass wie bereits im Vorfeld erwähnt und begründet, ebenso ein strukturierter quantitativer Fragebogen denkbar ist (vgl. Diekmann, 2004, S. 30).

Die Beobachtung fällt im geplanten Projekt heraus, da so die gewünschten Daten nicht zu ermitteln sind. Auch Experteninterviews sind nicht vorgesehen, da im Vorfeld recherchiert wurde, woher die benötigten Informationen kommen könnten und hier weder Ämter, wie bspw. das Gesundheitsamt, noch Ärztinnen und Ärzte oder Krankenkassen, nach deren Angaben, die richtigen Ansprechpartnerinnen bzw. Ansprechpartner sind. Ihnen liegen offensichtlich keine genauen Daten zum entsprechenden Personenkreis vor, aus welchen sich die benötigten Informationen herausfiltern lassen würden. Zudem wäre es schwierig, da sowohl unterschiedliche Praxen als auch verschiedene Krankenkassen für die Kinder und Jugendlichen, ebenso wie bei deutschen Kindern und Jugendlichen, zuständig sind.

Aus diesem Grund wurde entschieden, den Fragebogen zu entwickeln und an Schulen, Kinderbetreuungseinrichtungen und in Flüchtlingsunterkünften bzw. Asylbewerberheimen, zu verteilen. Es geht zwar um den Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen, doch benötigen diese, je nach Alter, Hilfe beim Ausfüllen der Bögen, bzw. müssen diese für sie bearbeitet werden. Daher ist die Unterstützung und Mitarbeit von Eltern und Betreuerinnen oder Betreuern notwendig.

Um erste Hürden zu erleichtern sollen die Bögen in mehrere Sprachen übersetzt werden.

Für die Forscherin bzw. den Forscher bedeutet dies, Kontakte zu Bildungs- und Betreuungseinrichtungen zu knüpfen. Dasselbe gilt für Flüchtlingsunterkünfte, denn nicht alle Kinder sind in Kitas, Kindergärten oder Schulen und auch die Daten der Kleinsten sollen in die Erhebung einfließen. Außerdem wird es teilweise notwendig sein, die Eltern beim Ausfüllen zu unterstützen, sodass Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Unterkünfte mit eingebunden werden sollten. Zudem ist von Ihnen ebenso wie an den Schulen, Kitas etc. zu erfragen, welche Sprachen hauptsächlich von den Familien aus dem Ausland verstanden werden.

Nach diesen organisatorischen Überlegungen soll der Fragebogen geplant werden.

7.2 Planung des Fragebogens

Um mögliche Unterschiede beim Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen, die geflüchtet sind im Vergleich mit jenem von Menschen derselben Altersstufe mit Migrationshintergrund ohne Flucht in ihrer Vita, aufzuzeigen und Chancen und Grenzen der Prävention und Intervention herausarbeiten zu können, soll der Fragebogen erarbeitet werden.

Interessant ist, zu erörtern, ob die Kinder aus beiden Gruppen ausreichend gesundheitlich versorgt werden. Zudem soll erforscht werden, ob Probleme meist im psychischen oder aber mehr im physischen Bereich auffallen.

Sowohl über den Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund als auch zu jenen mit Migrationshintergrund und Fluchterfahrung gilt es hier Details zu ermitteln. Sozialwissenschaftliche Daten sollen ebenso erhoben werden wie medizinische. Neben der Größe und dem Gewicht, gilt es bspw. den Entwicklungsverlauf und den Impfstatus der Betroffenen zu erfragen. Psychische Krankheiten sollen ebenso ermittelt werden wie physische. Wenn psychische Probleme vorliegen, soll ebenfalls erfragt werden, ob eine Therapie stattfindet oder der bzw. die Betroffene anderweitig behandelt wird. Auch Informationen wie die Aufenthaltsdauer in Deutschland, das Erleben von Kriegs- und Fluchtsituationen, der Bildungsstand von Kindern und Eltern sowie zum Umfeld, der Wohnsituation und der Integration, gilt es zu ermitteln. Dies erscheint insbesondere in Bezug auf die herauszuarbeitenden Handlungsansätze, relevant.

Der Fragebogen soll bis auf eine einzige Frage, bei welcher eigene Angaben zu Größe und Gewicht gemacht werden müssen, nur geschlossene Frage enthalten, denn so sind das Ausfüllen und zugleich auch das Auswerten einfacher. Zudem können keine Fehler entstehen, welche durch die unklare Antwortformulierung der oder des Befragten oder durch die Interpretation der oder des Forschenden, bei offenen Fragen möglich wären. Bei der Formulierung der Fragen ist auf Kürze, Prägnanz und sprachliche Einfachheit, bzw. leichte Verständlichkeit zu achten.

Es sind auch Fragen vorgesehen, die Einstufungen aufzeigen sollen. Dies ist insbesondere bei Fragen zur Gesundheit wichtig, so kann bspw. herausgefunden, wie stark eine Belastung für den oder die Ausfüllende ist.

Hierzu nennt Diekmann die Likert-Skala, die aufgrund ihrer Einfachheit seit vielen Jahrzehnten sehr beliebt ist. Sie bietet eine Skalierung an, die meist fünf Stufen enthält, welche bspw. von gar nicht bis kaum zu neutral über stark bis sehr stark enthalten können. Die Zustimmung bzw. Ablehnung zu einer formulierten Aussage der oder des Forschenden wird so vom Probanden oder der Probandin ausgedrückt. Die jeweiligen Dimensionen sind mit Punkten zu versehen, welche bei der Auswertung multipliziert werden und so Vergleiche ermöglichen (vgl. Diekmann, 2004, S. 209ff).

Unter Berücksichtigung der aufgeführten Punkte, wird der Fragebogen erstellt und im nächsten Schritt gilt es, diesen zu präsentieren und zu erklären.

7.3 Vorstellung des erstellten Bogens

Die erste Seite des Fragebogens besteht aus einer freundlichen Begrüßung, der Begründung für die Befragung und dem Festlegen, welche Personengruppe befragt werden soll.

Auch die Tatsache, dass für jedes Kind bzw. jede Jugendliche oder jeden Jugendlichen ein separater Bogen zu bearbeiten ist, wurde schriftlich festgehalten. Die Anonymität der Umfrage wurde hervorgehoben und die Dauer der Umfrage bzw. der letzte Abgabetag ist ersichtlich. Dann erfolgt eine Angabe, wie viel Zeit die Bearbeitung in etwa in Anspruch nimmt⁴ und eine kurze Erklärung dazu, wie die Fragen zu bearbeiten sind. Abschließend folgen Dankesworte und ein freundlicher Abschiedsgruß mit Unterschrift der oder des Forschenden.

Auf der zweiten Seite des Fragebogens werden zunächst persönliche Angaben erfragt. Die Anzahl der gewünschten Antworten ist farbig hervorgehoben. Die erste Frage soll Aufschluss über das Alter der Probandin bzw. des Probanden geben. Es handelt sich um geschlossene Fragen, die im Multiple-Choice-Verfahren zu beantworten sind. Das gilt auch für die zweite Frage, bei welcher das Geschlecht ermittelt wird. Diese Fragen dienen dazu, bspw. herausarbeiten zu können, ob es Unterschiede beim Gesundheitszustand bestimmter Altersgruppen oder in Bezug auf das Geschlecht gibt.

Anweisungen zum Ausfüllen sind auch bei allen weiteren Seiten des Forschungsinstruments farbig hervorgehoben.

Der zweite Block betrachtet die Migrations- und Einreisegesituation des Kindes bzw. Jugendlichen, die bisherige Verweildauer in Deutschland und auch das Erleben von Flucht- oder Kriegssituationen. Auch hier wurde das Multiple-Choice-Verfahren für diese geschlossenen Fragen gewählt. Die vierte Frage dieses Blocks nach erlebtem Krieg oder erlebter Flucht wurde gestellt, um Beziehungen zwischen eben diesen erlebten Situationen und bspw. dem psychischen Zustand betrachten zu können. Die Antworten aus dem zweiten Block sollen zudem bspw. Parallelen zu Gesundheit und Verweildauer im Land oder zu erlebter gesundheitlicher Versorgung und dem Migrationsstatus aufzeigen.

Der dritte Block betrachtet dann den Lebensraum, das Umfeld und die Bildungssituation des Kindes bzw. des oder der Jugendlichen. Die erste Frage zum Lebensraum und Umfeld ist wieder im Multiple-Choice-Fragen zu beantworten und es handelt sich um eine geschlossene Frage. Mit den Antworten darauf lassen sich Schlüsse auf den Grad der Integration ziehen, es lassen sich Belastungssituationen feststellen und es kann ermittelt werden, ob zwischen dem Umfeld und Lebensraum der oder des Befragten und dem Gesundheitszustand und / oder der empfundenen gesundheitlichen Versorgung, Parallelen sichtbar sind.

Frage zwei dieses Blocks ist eine geschlossene Frage, die nach der Likert-Skala aufgebaut wurde. Die Probandinnen und Probanden geben ihren Grad der Zustimmung oder Ablehnung zu vorhandenen Sprachkenntnissen an. Auch diese Aussagen können Aufschluss dar-

⁴ Diese Bearbeitungszeit kann erst eingetragen werden, wenn der Pretest durchgeführt und aus den benötigten Zeiten der Mitwirkenden bei demselben, ein Mittelwert ermittelt wurde.

über geben, wie weit Integration schon stattgefunden hat. Dies ist mit der Aufenthaltsdauer in Deutschland in Kontext zu setzen und auch mit der Beteiligung am Bildungssystem. Zudem lässt sich feststellen, ob bspw. Befragte ohne Deutschkenntnisse mehr Probleme mit der medizinischen Versorgung haben oder stärker an psychischen Problemen leiden. Die dritte, wieder eine geschlossene Frage im Multiple-Choice-Verfahren, betrachtet den Bildungsstand. Bei unter 5-jährigen Kindern soll jener der Eltern angegeben werden, da der eigene nicht angegeben werden kann, da in diesem Alter kein Schulbesuch stattgefunden hat. Jener der Eltern kann Aufschluss über die sozioökonomische Lage oder die frühere Lage, bzw. die Chancen geben. Dasselbe gilt für Kinder und Jugendliche ab 6 Jahren, deren Schulkarriere erfragt werden soll. Hier wird einerseits unterschieden, ob und wie lange eine Schule im Herkunftsland besucht wurde und / oder welche Art von schulischer Einrichtung in Deutschland besucht wird oder wurde. Neben sozioökonomischen Kriterien können hier auch Parallelen zur Gesundheit und zum Empfinden der Versorgungssituation ermittelt werden.

Der letzte Punkt dieses Blocks betrachtet die sozialen Kontakte der oder des Befragten in Deutschland. Mit der geschlossenen Multiple-Choice-Frage soll ermittelt werden, ob Freundschaften besehen und in welchen Kreisen diese sind. So wird wieder die Stufe der Integration deutlich, die, abhängig davon, wie lange das Kind oder der Jugendliche schon in Deutschland lebt, abhängig davon, wo der Proband oder die Probandin wohnt und abhängig davon, welche Schule der oder die Befragte besucht oder ob er oder sie überhaupt eine besucht, auch wieder unter Betrachtung des Gesundheitszustandes, Aufschlüsse über Zusammenhänge geben.

Der vorletzte Fragenblock ist Informationen zur Gesundheit gewidmet. Zunächst wird der Ernährungszustand ermittelt. Hierzu wurde eine Frage entwickelt, die halboffen ist, da der Proband oder die Probandin bzw. je nach Alter deren oder dessen Eltern, Angaben zu Alter, Größe und Gewicht selbst eintragen soll bzw. sollen. Diese Frage dient zunächst der Ermittlung des BMI, um Über- oder Untergewicht herausfiltern zu können und hier evtl. Aussagen über den Zusammenhang von Flucht- und Kriegserlebnissen oder der Aufenthaltsdauer in Deutschland, oder aber bspw. dem Leben im Asylantenheim, treffen zu können. Das Alter ist auch in Bezug auf einige im Vorfeld gestellte Fragen, wie bspw. jene nach der Schulbildung und einige weitere relevant. Zudem lassen sich so auch Aussagen machen, welche evtl. gesundheitliche Probleme für eine bestimmte Altersgruppe ohne Flucht- und Kriegserfahrung, aufzeigen.

Die nächsten Fragen dieses Blocks machen es evtl. möglich, einen Arzt um Hilfe bzw. Information zu bitten. Die Fragen sind alle geschlossen und im Multiple-Choice-Verfahren gestaltet. Es ist hier aber, trotzdem die Fragebögen in verschiedene Sprachen übersetzt werden sollen, möglich, dass evtl. Schwierigkeiten beim Verstehen auftreten oder manche in

Deutschland übliche Untersuchungen wie die U-Untersuchungen bei Kindern, nicht bekannt sind. Zudem kann es sein, dass der oder die Befragte, bzw. deren oder dessen Eltern nicht über den Impfstatus informiert sind. Neben diesem und den U-Untersuchungen wird in weiteren Fragen ermittelt, welche Krankheiten bekannt sind und welche Beschwerden aktuell vorliegen. Auch dieser Fragenblock soll ermöglichen, verschiedene Parallelen aufzuzeigen, ob zu den bis zu diesem Punkt ermittelten Informationen oder aber auch zu jenen, welche im folgenden und damit letzten Frageblock offenbar werden.

Der fünfte Block enthält Fragen zur gesundheitlichen Versorgung der Kinder und Jugendlichen. Die erste Frage ist wieder geschlossen, wurde im Multiple-Choice-Verfahren vorgegeben und betrifft die ärztliche Konsultation. Aussagen zu Arztbesuchen, Routineuntersuchungen Psychotherapie und Medikation sollen hier zeigen, wie gut, im Zusammenhang mit den im Vorfeld ermittelten Belastungen, Erkrankungen und Beschwerden, die Betreuung und Behandlung abläuft und ob es in diesem Punkt Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen, die seit langem oder schon immer in Deutschland leben und Flüchtlingen gibt.

Die letzte Frage ermöglicht den Probandinnen und Probanden, Stellung zu Aussagen über die empfundene gesundheitliche Versorgung in Deutschland zu nehmen. Die geschlossene Frage wurde nach der Likert-Skala aufgebaut. Die Abstufungen reichen von voller Zustimmung bis zu kompletter Ablehnung, der vom Forscher oder der Forscherin formulierten Aussagen. Hier ist es möglich, indem diese Antworten mit anderen im Vorfeld ermittelten Informationen in Bezug gesetzt werden, sowohl Handlungsbedarf aufzuzeigen, als auch bspw. zu ermitteln, ob sich eine bestimmte Altersgruppe oder aber eher die Flüchtlinge oder die Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund schlechter versorgt fühlen.

Ein abschließender freundlicher Satz beendet den Fragebogen und enthält neben dem Dankeschön auch die Unterschrift der Forscherin bzw. des Forschers, was Offenheit und einen persönlichen Bezug signalisiert.

Die Ergebnisse aus dem Fragebogen sollen hilfreich sein, um aufzuzeigen, wo Prävention und Intervention notwendig sind und welche Grenzen es hierbei gibt. Vor allem aber soll auch eine Antwort auf die Frage geliefert werden, ob Kinder und Jugendliche mit Migrations- und Fluchthintergrund über einen besseren oder schlechteren Gesundheitszustand verfügen, als dieselbe Gruppe ohne Fluchterfahrung. Gestützt werden soll die Erhebung durch die bereits durchgeführte Literaturarbeit zu diesem Thema.

7.4 Geplante Vorgehensweise

Die Erstellung des Fragebogens wurde beschrieben, nun gilt es vor dem Verteilen der Bögen noch Folgendes zu beachten:

Nach Diekmann (2004) soll vor der Verteilung der Fragebögen ein Pretest durchgeführt werden. Mitunter ist es notwendig, sogar mehrere solche Tests durchzuführen, um das Forschungsinstrument idealisieren zu können. Im Pretest zeigt sich, ob die Fragen Schwierigkeiten machen und bspw. zweideutig oder schlecht zu verstehen sind. Dies gilt es dann entsprechend zu ändern (vgl. Diekmann, 2004, S. 169). Außerdem lässt sich im Pretest ermitteln, wie viel Zeit die Beantwortung des Fragebogens in etwa in Anspruch nimmt (vgl. ebd., S. 190).

Der Bogen soll also einem Pretest unterzogen werden, dies ist bspw. in Zusammenarbeit mit einer Kita vorstellbar. So könnten dort nach vorheriger Absprache mit der Einrichtungsleitung, zehn Testeltern kontaktiert werden und diese sollen die Bögen, welche sowohl in Deutsch als auch in der Muttersprache der Testpersonen vorliegen müssen, bearbeiten und ihr Feedback dazu abgeben. Zudem können sie befragt werden, wie viel Zeit das Ausfüllen beansprucht hat. Entsprechend den Rückmeldungen kann dann entschieden werden, ob Änderungen am Bogen vorgenommen werden müssen.

Erst wenn der Bogen vollkommen klar und einfach zu verstehen vorliegt, soll er dann in die Sprachen übersetzt werden, welche die künftigen Probanden verstehen, aber auch die deutsche Version soll zusätzlich angeboten werden.

Als Ziel muss dann eine gewisse Zahl ausgefüllter Bögen festgelegt werden, dabei ist zu beachten, dass Bögen nicht immer vollständig und richtig bearbeitet werden und der Rücklauf oft nicht so hoch wie gewünscht ist. Daher scheint eine Ausgabe von 300 Fragebögen als sinnvoll. Zudem gilt es einen Zeitrahmen zu setzen, in welchem die Bögen wieder eingesammelt werden. Hierfür wäre eine Zeit von drei Wochen denkbar.

Nach diesen Informationen zum Fragebogen sollen Optionen zur Auswertung vorgestellt werden.

7.5 Möglichkeiten der Auswertung

Datenauswertung kann über die verschiedensten Methoden geschehen. Ob manuell mit Hilfe des Programms Excel und dessen Filter- und Grafikfunktionen oder über spezielle Software, wie in Online-Fragebögen, die dem User oder der Userin die direkte Auswertung ermöglicht. Eine weitere Option stellen die Software SPSS von IBM und weitere Statistikanalyseprogramme dar. Vorab muss allerdings entschieden werden, welches Ziel mit der Datenauswertung verfolgt wird. Dazu schreiben Berekoven et al.:

Berekoven et al. (2009) stellen die Datenauswertung mit Hilfe deskriptiver, bzw. beschreibender Statistik dar. Diese umfasst alle statistischen Verfahren, mit welchen sich die Daten

aufbereiten und auswerten lassen. Daraus lässt sich zwar kein Schluss auf die Grundgesamtheit schließen und sie können auch nicht verallgemeinert werden, doch sind sie für die gewählte Stichprobe aussagekräftig. Soll auf die Grundgesamtheit geschlossen werden, so muss die Auswertung mittels induktiver Statistik erfolgen, denn diese Verfahren ermöglichen, Annahmen über die erhobenen Daten zu prüfen, erfolgen (vgl. Berekoven et al., 2009, S. 188 u. S. 220).

Zahlreiche weitere Verfahren zur Auswertung erhobener Daten sind existent, wie bspw. die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring, doch darauf soll hier nicht näher eingegangen werden, da diese Analyse zu den Verfahren gehört, welche im vorliegenden Fall nicht geeignet sind. Es gilt somit auch in Bezug auf die Auswertung von Daten immer genau zu entscheiden, welches Verfahren geeignet ist und dies hängt u. a. vom Forschungsziel, der Erhebungsmethode und weiteren in jedem Fall spezifischen Faktoren ab.

Für die hier geplante Erhebung ist eine deskriptive Auswertung mit Hilfe einer Softwarelösung denkbar.

Das Fazit soll nun dazu dienen, wesentliche Informationen dieser Ausarbeitung zusammenzufassen und die Schritte der geplanten Erhebung kritisch zu prüfen. Abschließend gilt es, im Kontext mit der Thematik, einen Blick in die Zukunft zu wagen.

8 Fazit

Diese Bachelorarbeit ist als zweiteiliges Werk zu betrachten. Zunächst wurde mit vorliegenden Daten im Sinne einer Sekundärliteraturanalyse gearbeitet. Dies hat zu der Erkenntnis geführt, dass die vorhandenen Daten aus Forschung und Literatur nicht ausreichend sind, um die Forschungsfrage erschöpfend beantworten zu können.

Es konnten im ersten Teil der Arbeit zwar Definitionen vorgestellt werden und der aktuelle Stand der Forschung zu Kindern und Jugendlichen mit Migrations- und auch mit Fluchthintergrund wurde separat aufgezeigt. Doch hat sich gezeigt, dass die vorliegenden Daten zu wenig vergleichbare Informationen liefern und insgesamt zu wenig detailliert sind.

Um herausarbeiten zu können, ob es Unterschiede beim Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen, die geflüchtet sind im Vergleich mit jenem von Menschen derselben Altersstufe mit Migrationshintergrund ohne Flucht in ihrer Vita gibt und wo Chancen und Grenzen der Prävention und Intervention liegen, wurde daher eine neue Erhebung geplant.

Mit Hilfe des Untersuchungsdesigns, das im zweiten Teil dieser Arbeit erstellt wurde, soll es möglich sein, die Forschungsfrage empirisch zu beantworten. Die explorative Datenerhebung, deren Ziel die Ermittlung medizinischer und sozialwissenschaftlicher Daten ist, soll Gegenstand einer weiteren Forschungsarbeit sein. In deren Rahmen sollen dann auch der Handlungsbedarf und die Hilfsmöglichkeiten detailliert herausgearbeitet werden.

Bei der Planung der neuen Erhebung wurde als Forschungsinstrument der Fragebogen festgelegt, der an Kinder und deren Eltern in Betreuungseinrichtungen und in Flüchtlingsunterkünften, nach vorheriger Kontaktaufnahme und dem Einholen von Genehmigungen, verteilt werden soll. Die gewünschten Informationen sollen die Gesundheit, das Umfeld und die Versorgung von Kindern ab der Geburt bis zum vollendeten 17. Lebensjahr aufzeigen. Dementsprechend wurden Fragen ausgewählt, die ebendiese benötigten Daten liefern sollen. Bei der Planung des Fragebogens wurde darauf geachtet, die Fragen klar und deutlich zu formulieren und die Bögen sollen zudem außer in Deutsch auch in den Sprachen der Probandinnen und Probanden vorliegen. Meist wurden geschlossene Fragen formuliert und es wurde explizit erklärt, wie die Fragen zu beantworten sind. Ein Pretest ist zudem vorgesehen, der mit einer Testgruppe aus demselben Milieu durchgeführt werden soll, um im Zweifelsfall noch Änderungen am Bogen durchführen zu können. Erst dann darf er verteilt werden. Es sollen mindestens 300 Bögen herausgegeben werden, um im Endeffekt, nach Vorlage der Rückläufer und dem Aussortieren nicht verwertbarer Bögen, mindestens 100 brauchbare Exemplare auswerten zu können. Nach drei Wochen sollen die Fragebögen wieder zurück

bei der Forscherin oder dem Forscher sein und dann bspw. mittels einer Software deskriptiv ausgewertet werden.

Die so ermittelten Daten können dann mit den im Laufe dieser Arbeit ermittelten theoretischen Informationen in Zusammenhang gebracht werden und hier ist es denkbar, dass bei verschiedenen Punkten Diskussionen entstehen werden, denn die Praxis entspricht nicht immer den theoretischen Angaben und auch Studienergebnisse unterscheiden sich immer wieder aufs Neue. Ob, wie im Vorfeld erörtert, die Kinder von Flüchtlingen tatsächlich am stärksten benachteiligt sind, gilt es anhand einer neuen Studie ebenso abzugleichen wie die Tatsache, dass die Psyche bei dieser Gruppe das größte Problemfeld darstellt. Erst wenn alle Punkte geklärt sind, gilt es aufs Neue, den Handlungsbedarf deutlich darzustellen und Hilfsmöglichkeiten, in Abgleich mit den bereits erwähnten, herauszuarbeiten.

In Bezug auf die bisherige Forschung, wird mit diesem Projekt ein Exempel gestartet, das ermöglichen soll, detaillierte Daten aufzuzeigen und evtl. als Vorlage für eine weitere Forschung, bzw. ein Panel, zu dienen. Es wird als wichtig angesehen, diese Studie zumindest als Anfang einer vertieften Forschung um die Gesundheit von Flüchtlingen zu werten. Jedoch müssten Erhebungen dieser Art und Tiefe regelmäßig und flächendeckend durchgeführt werden, um handeln zu können.

Zudem wurde im Vorfeld erklärt, dass Gesetze und Verordnungen, also die deutsche Gesetzgebung und die Bürokratie, der meist ein immenser Wert zugemessen wird, klare Hindernisse darstellen, wenn Bewegung in Missstände kommen soll. Hier liegt ein weiterer Punkt vor, welcher in Gedanken an die Zukunft, unter Vorlage der Daten, die es wie erklärt regelmäßig zu ermitteln gilt, hilfreich wäre um bspw. Appelle an die Regierung und sonstige Organisationen mit Fakten belegen zu können und so die Dringlichkeit von Handlungen zu unterstreichen.

-Letztlich zum Wohle jener, die schon genug erleben und erleiden mussten und denen es nun genaueste Aufmerksamkeit zu zollen gilt. Nämlich in erster Linie den Kindern aus dem benachteiligten Milieu und hier allen voran jenen mit Migrationshintergrund und insbesondere auch denjenigen, die noch vor sie erwachsen werden durften, Fluchtsituationen und sonstige unmenschliche Dinge erleben mussten.-

Literaturverzeichnis

- Ärzteblatt (11.03.2016): Ärzte: Flüchtlingskinder bei Gesundheitsversorgung nicht benachteiligen. URL: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/66015>, Abruf am 17.07.2016.
- Babitsch, B., Borde, T. (2008): Berliner Institut für Geschlechterforschung in der Medizin (GiM) in: Gesundheitsversorgung für Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. URL: http://mighealth.net/de/images/a/a9/Babitsch_Borde_Gesundheitsversorgung_von_Migranten.pdf. Abruf am 19.07.2016.
- Becker, F. (27.08.2016): Das Forschungsziel: Explorative Forschung und Hypothesenüberprüfende Forschung. In: <http://www.wpgs.de/content/view/391/347/>. Eigener Zugriff: 27.08.2016.
- Berekoven, L.; Eckert, W.; Ellenrieder, P. (2009): Marktforschung. Methodische Grundlagen und praktische Anwendung, 12. Aufl. Wiesbaden.
- Berthold, T. (2014): In erster Linie Kinder. Flüchtlingskinder in Deutschland. Deutsches Komitee für UNICEF, Köln.
- Berthold, T., Willinger, R. (Hrsg.) (2009): Vorwort der Herausgeber. In: Zito, D.: Zwischen Angst und Hoffnung. Kindersoldaten als Flüchtlinge in Deutschland. Eine Studie von Dima Zito. URL: http://www.tdh.de/fileadmin/user_upload/inhalte/10_Material/Diverses/studie_kindersoldaten.pdf, Abruf am 20.06.2016.
- Boos-Nünning, U., Karakasoglu, Y. (2004): Viele Welten leben. Lebenslagen von Mädchen und jungen Frauen mit griechischem, italienischem, jugoslawischem, türkischem und Aussiedlerhintergrund. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Berlin.
- BPtK (2015): BPtK-Standpunkt: Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen. URL: http://www.bptk.de/uploads/media/20150916_BPtK-Standpunkt_psychische_Erkrankungen_bei_Fluechtlingen.pdf Abruf am 15.07.2016.
- Bundesministerium für Gesundheit (15.01.2016): Impfungen und Gesundheitsversorgung bei Asylsuchenden. URL: <http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/impfungen/gesundheitsversorgung-bei-asylsuchenden.html>, Abruf am 20.06.2016.
- BZgA (20.06.2016): Arbeiten mit Flüchtlingsfamilien. URL: <http://www.kindergesundheit-info.de/fuer-fachkraefte/arbeiten-mit-fluechtlingsfamilien/>, Abruf am 20.06.2016.
- Diekmann, A. (2004): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen, 12. Aufl. In: König B. (Hrsg.): rowohlts enzyklopädie, Reinbek bei Hamburg.
- Ebel, K. (15.07.2016): Frierend und krank: Flüchtlingskinder an der serbischen Grenze. Wenn eine Registrierung wichtiger ist als menschliche Behandlung. URL: <http://www.sos-kinderdoerfer.de/aktuelles/sos-geschichten/fluechtlingskinder-an-grenze>.
- Kühne, P., Rüssler, H. (2000): Die Lebensverhältnisse der Flüchtlinge in Deutschland. Campus Verlag GmbH, Frankfurt.
- Niemiec, B., Magg, B., Gavranidou, M., Rosner, R. (19.11.2014): Eine Studie in Münchener Flüchtlingsunterkünften. Extremer Stress und psychische Gesundheit von jugendlichen Flüchtlingen. Psychische Gesundheit und soziale Ressourcen von jugendlichen Flüchtlingen. URL: <http://www.degpt.de/DeGPT-Dateien/06%20Niemic.pdf>, Abruf am 20.06.2016.
- Razum, O., Zeeb, H., Meesmann, U., Schenk, L., Bredehorst, M., Brzoska, P., Dercks, T., Glodny, S., Menkhaus, B., Salman, R., Saß, A., Ulrich, R., Neuhauser, H., Brucks, U.:

- Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit. In: Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. URL: <http://www.gbe-bund.de/pdf/migration.pdf>, Abruf am 20.07.2016.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin.
- Schneider, C. (2014): Einführung. In Berthold, T.: In erster Linie Kinder. Flüchtlingskinder in Deutschland. Deutsches Komitee für UNICEF, Köln.
- Seifert, R. (1993): Krieg und Vergewaltigung. Ansätze zu einer Analyse. In: Stiglmayer, A. (Hrsg.): Massenvergewaltigung. Krieg gegen die Frauen. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt. S. 87-112.
- Stauf, E. (2012): Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in der Jugendhilfe. Bestandsaufnahme und Entwicklungsperspektiven in Rheinland-Pfalz. Institut für sozialpädagogische Forschung, Mainz.
- Tov, E. (2009): Leben mit der Vergewaltigung: Narrative Identitätskonstruktionen bei Frauen mit sexualisierter Gewalterfahrung. Barbara Budrich Verlag, Opladen.
- Uhlmann, B. (01.09.2015) Studie über syrische Flüchtlinge Ein Drittel der Flüchtlingskinder ist psychisch krank. URL: <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/studie-ueber-minderjaehrige-fluechtlinge-ein-drittel-der-kinder-sind-psychisch-krank-1.2630085>, Abruf am 20.06.2016.
- Zenk, U., Gündogdu, H. (2011): Interkulturelle Kompetenz und praktische Integration. Kulturelle Umwelten. Bildungsverlag Eins, Köln.
- Zito, D. (2009): Zwischen Angst und Hoffnung. Kindersoldaten als Flüchtlinge in Deutschland. Eine Studie von Dima Zito. In: Berthold, T., Willinger, R. (Hrsg.). URL: http://www.tdh.de/fileadmin/user_upload/inhalte/10_Material/Diverses/studie_kindersoldaten.pdf, Abruf am 20.06.2016.

Anhang

Fragebogen

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer, liebe Eltern, liebe Betreuerinnen und Betreuer, für meine Forschungsarbeit führe ich eine Umfrage durch. Die Gesundheit und die gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, die nicht flüchten mussten und jene von Kindern und Jugendlichen mit Fluchterfahrung, soll so erforscht werden.

Für jedes Kind bzw. jede Jugendliche oder jeden Jugendlichen, ab dem Babyalter bis zum vollendeten 17. Lebensjahr, benötige ich einen separat ausgefüllten Fragebogen.

Die Ergebnisse dieser Umfrage, die selbstverständlich völlig anonym durchgeführt wird, sollen in meine Studie einfließen.

Für mich ist es besonders wichtig, viele, genau ausgefüllte und ehrlich beantwortete Fragebögen bis spätestens TT.MM.JJJJ zu erhalten. Bögen, welche ich später bekomme, kann ich nicht mehr in meine Arbeit aufnehmen, da dies meinen Zeitrahmen sprengen würde.

Bitte nehmen Sie sich bzw. nehme Du Dir ca. XX Minuten Zeit und beantworten Sie bzw. beantworte Du die Fragen so, wie es vorgegeben ist.

Meist handelt es sich um Fragen, bei welchen eine Antwort gewünscht ist, oder mehrere Antworten anzukreuzen sind. Zudem sind skalierte Fragen enthalten, bei welchen von absoluter Zustimmung bis zu absoluter Ablehnung der von Ihnen bzw. von Dir als richtig erachtete Wert angekreuzt werden soll. Zudem ist eine Frage dabei, bei welcher ich darum bitte, eigene Angaben zu machen.

Sie helfen mir bzw. Du hilfst mir sehr durch Ihre bzw. Deine Mitarbeit und dafür bedanke ich mich vielmals!

Es grüßt Sie bzw. Dich herzlich, Vorname, Name.

I. Angaben zur Person

Bitte bei Frage 1 und 2 nur je eine Antwortmöglichkeit wählen

1) Alter des Kindes bzw. Jugendlichen

- Unter 5 Jahre
- 5-10 Jahre
- 11-14
- 15-17

2) Geschlecht des Kindes bzw. Jugendlichen

- Weiblich
- Männlich

II. Migration oder Flucht des Kindes oder Jugendlichen

Bitte bei den Fragen 1 bis 3 nur eine Antwortmöglichkeit wählen

1) Migrantin oder Migrant

- Ich und /oder mindestens ein Elternteil und/oder mindestens ein Großeltern teil wurden nicht in Deutschland geboren
- Ich und auch meine Eltern und Großeltern wurden hier geboren

2) Einreise des Kindes oder Jugendlichen nach Deutschland

- mit meinen Eltern
- mit anderen Familienangehörigen
- mit Bekannten
- mit Fremden
- alleine
- wurde hier geboren

3) Ich lebe in Deutschland seit

- weniger als 1 Jahr
- 1-3 Jahren
- mehr als 3 Jahren
- schon immer

4) Flucht- und Kriegserfahrung

Hier ist es möglich, mehrere Antworten zu wählen

- Wo ich herkomme war Krieg
- Ich musste flüchten
- Keines von Beidem

III. Lebensraum und Umfeld, Bildungssituation des Kindes oder Jugendlichen

Bitte nur eine Antwortmöglichkeit wählen

1) Ich wohne

- im Wohnheim für Flüchtlinge bzw. Asylbewerber
- mit der Familie in einer Wohnung oder einem Haus
- in einer Wohnung bzw. einem Haus mit anderen Familien zusammen, die auch geflüchtet sind
- in einer Wohngruppe für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge
- im Kinderheim
- bei Adoptiveltern
- in sonstiger Betreuung

2) Sprachkenntnisse

Bitte pro Zeile eine Auswahl treffen, die am besten zutrifft

	Muttersprache	sprechen verstehen schreiben	sprechen verstehen	wenig verstehen u. sprechen	weder verstehen noch sprechen
Herkunftssprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deutsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) Bildungsstand

Bei dieser Frage bitte auf das zutreffende Alter achten und dann nur eine Auswahl treffen.

Wenn **unter 5 Jahre** alt, dann bitte höchster Bildungsstand der Eltern

- Kein Schulbesuch
- Einfache Schule bis zu 4 Jahre lang
- Schulbesuch bis zu 8 Jahre lang
- Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss
- Abitur
- Studium

Kinder und Jugendliche **ab dem 6. Lebensjahr**:

Schulbesuch im Herkunftsland

- Kein Schulbesuch
- 1-4 Jahre Schulbesuch
- 5-8 Jahre Schulbesuch
- Schulbesuch in weiterführender Schule

Schulbesuch in Deutschland

- Keine Schule
- Förderschule
- Grundschule
- Hauptschule
- Realschule
- Gymnasium
- Berufsschule
- Fachoberschule

4) Freunde in Deutschland

Hier dürfen mehrere Antworten gewählt werden

- Deutsche
- Nur Familie
- Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund

IV. Informationen zur Gesundheit

1) Ernährungszustand

Hier bitte eigene Angaben machen

Alter	Jahre
Größe	cm
Gewicht	kg

Bei den Fragen 2 und 3 bitte nur eine Möglichkeit auswählen und bei Bedarf beim Arzt nachfragen

2) Impfstatus

- nicht bekannt
- Unvollständig
- Vollständig

3) U-Untersuchungen

- nicht bekannt
- Unvollständig
- Vollständig

4) Beschwerden und Erkrankungen

Hier bitte alle zutreffenden Beschwerden und Krankheiten ankreuzen

Bekannte Erkrankungen

- Allergie
- Diabetes
- Epilepsie
- Herzkrankheit
- Lungenkrankheit
- Augenkrankheit
- Magenkrankheit
- Nierenkrankheit

Aktuelle Beschwerden

- Hautkrankheiten
- Wunden
- Kopfschmerzen
- Nackenschmerzen
- Zahnschmerzen
- Ohrenschmerzen
- Bauchschmerzen
- Rückenschmerzen
- Juckreiz
- Schnupfen
- Schluckbeschwerden
- Halsschmerzen
- Husten
- Übelkeit
- Erbrechen
- Durchfall
- Verstopfung
- Menstruationsbeschwerden

Auffälligkeiten

- Übermäßiges Schwitzen
- Starke Ermüdung
- Zittern
- Schlafbeschwerden
- Alpträume
- Antriebslosigkeit
- Unruhe
- Mangelnde Konzentration
- Gedächtnislücken
- Mangelnder Appetit
- Alpträume
- Herzjagen
- Enge- oder Erstickungsgefühl
- Stimmungsschwankungen

V. Gesundheitliche Versorgung

1) Ärztliche Konsultation

Auch hier können mehrere Antworten gewählt werden.

- Ich war seit ich in Deutschland bin noch nie beim Arzt oder der Ärztin
- Ich war hier nur zur Routineuntersuchung
- Ich werde regelmäßig ärztlich betreut
- Ich nehme an einer Psychotherapie teil
- Eine Psychotherapie ist geplant
- Ich bekomme Medikamente für körperliche Erkrankungen und Beschwerden
- Ich bekomme Medikamente für psychische Beschwerden und Krankheiten

2) Empfinden der ärztlichen Versorgung in Deutschland

Bitte zu jeder Zeile die passende Abstufung ankreuzen, von voller Zustimmung (++) bis zu kompletter Ablehnung der Aussage (--)

	++	+	0	-	--
Sehr gute gesundheitliche Versorgung	<input type="checkbox"/>				
Fühle mich verstanden	<input type="checkbox"/>				
Werde ernst genommen	<input type="checkbox"/>				
Bessere Versorgung als in der Heimat	<input type="checkbox"/>				

Geschafft, dies war die letzte Frage. Für die Teilnahme und die Unterstützung bei meiner Studie bedanke ich mich vielmals!

Versicherung

Ich versichere, dass ich die vorstehende Arbeit selbständig angefertigt und mich fremder Hilfe nicht bedient habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß veröffentlichtem oder nicht veröffentlichtem Schrifttum entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht.
