

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences
Studiengang Gesundheitswissenschaften (B. Sc.)

Bachelorarbeit

**Chancen und Risiken von gesundheitsfördernden
Maßnahmen für Schulkinder mit Fluchterfahrung**

vorgelegt von

Olena, Pabat

Matrikelnummer



Erstgutachter:

Dr. Angelica Ensel (HAW Hamburg)

Zweitgutachter:

Wiebke Bendt (HAW Hamburg)

Hamburg, den 29.07.2019

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	3
Abbildungsverzeichnis.....	4
Tabellenverzeichnis.....	4
1. Einleitung.....	5
1.1. Ziel, Fragestellung und Methode der Arbeit.....	5
1.1. Aufbau der Arbeit.....	7
2. Hintergrund.....	5
2.1. Gesundheitsförderung.....	8
2.1.2. Gesundheitsförderung im Setting Schule.....	9
2.2. Gesamtlage der minderjährigen Geflüchteten in Bundesrepublik Deutschland	12
2.2.1. Geflüchtete Schulkinder und Jugendliche.....	12
2.2.2. Aktueller Stand der neu zugewanderten Kinder und Jugendlichen in Deutschlands und Hamburger Schulen.....	16
2.2.3. Gesundheitszustand der Schulkinder und Jugendlichen mit Fluchterfahrung	19
2.2.4. Problemstellung und Bedarf an Gesundheitsförderung.....	23
2.3. Aktueller Stand der Forschung zu Gesundheitsförderung im Setting Schule sowie Schulkinder mit Fluchterfahrung im deutschsprachigen Raum.....	24
3. Methoden.....	27
3.1. Literaturrecherche.....	27
3.1.2. Literaturrecherche über Google Scholar.....	30
3.1.3. Literaturrecherche über PubMed.....	30
3.2. Auswertung der Literaturrecherche.....	31
4. Ergebnisse.....	34
5. Zusammenfassung und Empfehlungen.....	40
Diskussion.....	44
Fazit.....	45
Literaturverzeichnis.....	47
Anhang	
Eidesstattliche Erklärung	

Abkürzungsverzeichnis

Abb. – Abbildung

Bzw. – Beziehungsweise

Ggf. – gegebenenfalls

Usw. – und so weiter

RKI – Robert Koch Institut

GFK - Genfer Flüchtlingskonvention

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

PTBS – Posttraumatische Belastungsstörung

BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge

WHO – World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)

HAW Hamburg – Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Elemente des „Setting-Ansatzes“

Abbildung 2: Syrien: Anzahl der Flüchtlingskinder im Zeitraum von 2013 bis 2016

Abbildung 3: Anzahl der unbegleiteten minderjährigen Asylbewerber*innen in Deutschland von 2009 bis 2018

Abbildung 4: Anzahl der Flüchtlingskinder an Schulen in Österreich in den Schuljahren 2015/2016 bis 2017/2018

Abbildung 5: Anzahl der minderjährigen unbegleiteten im Landesbetrieb Erziehung und Beratung Hamburg gemeldeten Ausländer

Abbildung 6: Ein- und Ausschlusskriterien bei der Literaturrecherche.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Gesundheitsfördernde Projekte

1. Einleitung

Die Schule spielt, neben der Familie, in der Entwicklung gesundheitsfördernder Kompetenzen der Kinder eine bedeutende Rolle. Den Schüler*innen soll vermittelt werden, welchen Stellenwert ihre Gesundheit darstellt und wie sie ihr Leben aufrechterhalten und bessern können. Deshalb sollte Gesundheitsförderung in vielen Schulen zu den Schwerpunkten der Schulentwicklung gehören.

Seit 2015 hat sich Bevölkerungsstand der Bundesrepublik geändert, da die Zahl der geflüchteten Menschen deutlich angestiegen ist. Laut Bundesinnenministerium für Migration und Flüchtlinge sind im Jahr 2015 890.000 Schutzsuchende nach Deutschland eingereist, im nächsten Jahr weitere 210.000 Personen (Hoffmeyer-Zlotnik et al., 2017). Viele davon sind Minderjährige und mehr als Drittel sind schulpflichtig. In Zeitraum 2015 – 2017 haben ca. 70.000 der minderjährigen Geflüchteten die Asylanträge gestellt (Destatis, 2018).

Diese Kinder und Jugendliche werden in Basis- und Internationalen Vorbereitungsklassen auf den Übergang in eine Regelklasse vorbereitet. Währenddessen kommen besondere oder sogar neue Anforderungen auf das deutsche Schulsystem zu und zwar: die Erstbeschulung, Spracherlernen, Vermittlung kultureller und sozialer Kompetenzen, Eingliederung in Regelklassen (vgl. Meyer et al., 2016, S.390). Häufig wird die Arbeitsatmosphäre in den internationalen Klassen gefährdet, nicht nur wegen Sprachbarrieren, sondern auch wegen diversen Gesundheitsproblemen. Viele Flüchtlinge aus Krisengebieten sind aufgrund ihrer Erfahrungen wie Kriegserlebnisse, Elternverlust, Unfälle, Vergewaltigung u.a. häufig traumatisiert und leiden unter physischen, psychischen und psychosomatischen Beschwerden (vgl. Kindler, Johansson, 2010, S. 26). Es ist wichtig, mithilfe von bereits bestehenden oder aktuell laufenden Projekten im deutschen Schulsystem oder in der Gesellschaft die Probleme genau zu analysieren und entsprechende gesundheitsförderliche Maßnahmen zu entwickeln.

1.1. Ziel, Fragestellung und Methode der Arbeit

Die vorliegende Arbeit soll zunächst darstellen, welche Rolle Gesundheitsförderung für Schulkinder spielt und wie sie im Setting Schule organisiert werden kann. Eine besondere Anforderung im aktuellen deutschen Schulsystem sind Schulkinder mit

Fluchterfahrung und es ist zu klären, welche Gesundheitsaspekte bzw. -themen und unter welchen Bedingungen berücksichtigt und behandelt werden sollen.

Außerdem wird mit dieser Arbeit versucht, laufende sowie bereits abgeschlossene gesundheitsfördernde Projekte darzustellen. Das sind die Projekte, die deutschlandweit a) im Setting Schule allgemein; b) auf Problemgruppe „Schulkinder mit Fluchterfahrung“ fokussiert durchgeführt werden. Außerdem soll geklärt werden, ob die in Deutschland bestehenden Projekte den Kriterien für Gesundheitsförderung im Setting Schule entsprechen bzw. wie sie auf besondere Schulgruppen, wie Kinder mit Fluchterfahrung, orientiert sind.

Auf dieser Basis sollen Empfehlungen sowie passende gesundheitliche Maßnahmen für Schulkinder mit Fluchterfahrung anhand der vorhandenen Literatur formuliert werden.

Bevor die Fragestellung der Arbeit eine Formulierung gewonnen hat, kam viele Überlegungen zum gewählten Thema. Wie leben Flüchtlingskinder? Wie lernen sie die deutsche Sprache und wie kommen sie in der Schule zurecht? Wie sind ihre Kontakte im Stadtviertel? Wie gesund sind die geflüchteten Kinder? Auf welche Schwierigkeiten und Probleme treffen sie im Alltag? Bekommen sie ausreichende Unterstützung in neuem Land? Diese und ähnliche Fragen waren der Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit.

Die Arbeit hat letztendlich folgende Fragestellung:

„Wie kann die Gesundheit der Schulkinder mit Fluchterfahrung durch verschiedene gesundheitsfördernde Projekte im Setting „Schule“ unterstützt werden?“

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wird eine Literaturrecherche durchgeführt.

Um einen ersten Überblick zu erlangen erfolgte nach der Auswahl und Eingrenzung der Thematik der Arbeit eine grobe Literaturrecherche zu den themen-relevanten Aspekten wie „Gesundheitsförderung in der Schule“, „Kinder mit Fluchterfahrung“, „schulische Gesundheitsprojekte“. Hierfür wurden zahlreiche Recherchestrategien durchgeführt: vor allem über PubMed (hier wurde Übersetzung der deutschsprachigen Begriffe auf Englisch angewendet wie: Health promotion in school, Health refugee school germany, Refugee children health school, Health promotion refugee project) und Suchmaschinen bzw. Datenbanken bei Bibliotheken der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg; Staatlicher und Universitätsbibliothek Hamburg und der Martha-Muchow Bibliothek. Ergänzend wurde die Internetsuchmaschine Google Scholar für die allgemeine Literaturrecherche wissenschaftlicher Dokumente zu der

Thematik in Form von Zeitschriftenartikel, Bücher und Berichte verwendet. Für die Überprüfung der Zielformulierung sowie der Fragestellung wurden die SMART-Kriterien und das PICO-Schema angewendet. In der vorliegenden Arbeit werden 17 deutschsprachige gesundheitsfördernde Projekte im Setting „Schule“ dargestellt und nach Kategorien wie „Angebotsart; Zielgruppe; Thema bzw. Handlungsfeld; Laufzeit; Ergebnisse“ unterteilt.

1.1. Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit erläutert den theoretischen Hintergrund sowohl zu Gesundheitsförderung generell als auch bezogen auf Setting Schule. Eine weitere theoretische Grundlage bildet die Betrachtung des Gesamtzustandes der minderjährigen Geflüchteten in Bundesrepublik Deutschland. Hierzu werden Zugangsmöglichkeiten in Deutschland und in Hamburger Schulen zusammengefasst dargestellt und die gesundheitliche Situation von geflüchteten Kindern wird analysiert. Außerdem wird die Problemstellung und der Bedarf an Gesundheitsförderung für die Zielgruppe beschrieben. Anschließend folgt die theoretische Erläuterung des aktuellen Standes der Forschung zu Gesundheitsförderung im Setting Schule sowie Schulkinder mit Fluchterfahrung im deutschsprachigen Raum.

Für die Beantwortung der Fragestellung wurde als Methode die Literaturrecherche gewählt. Zu diesem Zweck wurden die Datenbanken Google Scholar und PubMed genutzt. Folgend werden alle durchgeführten Schritte präsentiert.

Als Ergebnisse der ausgewählten Methode werden 17 Projekte zu Themen wie: schulische Gesundheitsförderung allgemein; geflüchtete Schulkinder; Sexualerziehung; Bewegung und Sport; psychische Gesundheit; Chance für gesundes Leben nach der Flucht präsentiert. Mehrere davon sind bereits abgeschlossen oder aktuell noch laufend. Um einen Überblick über die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zu bekommen ist im Anhang eine Tabelle mit der Kategorisierung der gesundheitsfördernden Projekte im Setting Schule zu finden. Zusätzlich werden diese auch im Detail beschrieben.

Im Anschluss folgen die zusammengefassten Inhalte bzw. Ergebnisse der durchgeführten Arbeit.

Außerdem werden Empfehlungen, sowie passende gesundheitsfördernde Maßnahmen speziell für Schulkinder und Jugendliche mit Fluchterfahrung formuliert. Die Vorstellung der Projekte bzw. Formulierung der Handlungsempfehlungen basieren

auf der vorhandenen Literatur und den beschriebenen Projekten. Eine Diskussion und das Fazit schließen die vorliegende Arbeit ab.

2. Hintergrund

Im folgenden Kapitel wird zunächst einen Überblick über Gesundheitsförderung generell sowie Gesundheitsförderung im Setting Schule vermittelt. Darüber hinaus kommt die Darstellung bzw. Definierung der relevanten Begrifflichkeiten, wie Migration, Flucht und Flüchtling, Kinder mit Fluchterfahrung, Gesundheitszustand der geflüchteten Kinder und Jugendlichen sowie Traumatisierung und psychische Belastung usw. Abschließend lassen sich Problemstellung und aktueller Forschungsstand des Themas erwähnen.

2.1. Gesundheitsförderung

Die Ottawa-Charta definiert Gesundheitsförderung als ein Streben „...auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Menschen einzeln als auch in Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können“ (Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986).

Im Jahr 1986 wurde das erste Konzept zur Gesundheitsförderung bei der WHO-Konferenz in Ottawa veröffentlicht. Die ersten Ideen der Gesundheitsförderung basieren auf dem Modell der Salutogenese (vom lateinisch „salus“ - Gesundheit' und altgriechisch „-genesis“ – Entstehung) von Aaron Antonovsky. Das Modell beschäftigt sich mit der Frage, wo und wie die Gesundheit entsteht. Nun wird unter Gesundheitsförderung ein komplexer sozialer und gesundheitspolitischer Ansatz verstanden, der sowohl die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensweisen als auch die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen beinhaltet (vgl. Kaba-Schönhstein, 2018, S. 1). Während bei der Krankheitsprävention die Risikofaktoren verringert oder ganz ausgeschaltet werden, fokussiert sich Gesundheitsförderung darauf, die Schutzfaktoren aufzubauen und Widerstandsressourcen zu entwickeln. Dabei soll die Gesundheit wiederhergestellt

werden oder die Gesundheitsqualität verbessert werden (vgl. Saß, Lampert, et al., 2015, S. 297).

2.1.2. Gesundheitsförderung im Setting Schule

Unter dem Begriff „Setting“ wird ein abgegrenztes soziales System für die Realisierung der Gesundheitsförderungsprogrammen verstanden. Der Begriff wurde Anfang der 1990-er Jahren von WHO konzipiert. „Setting-Ansatz“ wird im deutschsprachigen Raum als „Lebenswelt-Ansatz“ übersetzt (Bals, 2008, S. 16). Laut Ottawa-Charta gehören dazu die Lebensbereiche, in denen Menschen meiste Zeit ihres Lebens verbringen, Bereiche, wo sie z.B. arbeiten, wohnen, spielen, lernen, kommunizieren. Die Bedingungen in jedem Setting haben einen starken Einfluss auf das Verhalten der Bevölkerung sowie auf die Möglichkeit, Gesundheit aufrechtzuerhalten. Klassische Beispiele für ein Setting sind Schulen, Krankenhäuser, Kommunen, Kindertagesstätten, Betriebe (vgl. Suck, 2015, S.144).

Elemente des Kriteriums „Setting“ sind in der untenstehenden Graphik abgebildet. Sie sind auf zwei Ebenen dargestellt: auf Verhältnis- und Verhaltensebene. Unter der Koordinierung sollten gesundheitsfördernde Strukturen also Lebensbedingungen geschaffen werden, sowie individuelle Kompetenzen und Ressourcen gestärkt werden. All dies ermöglicht sich unter der aktiven Beteiligung aller Betroffenen in allen Phasen von Planung und Umsetzung der verhaltens- und verhältnisbezogenen Aktivitäten (Pospiech et al., 2017).

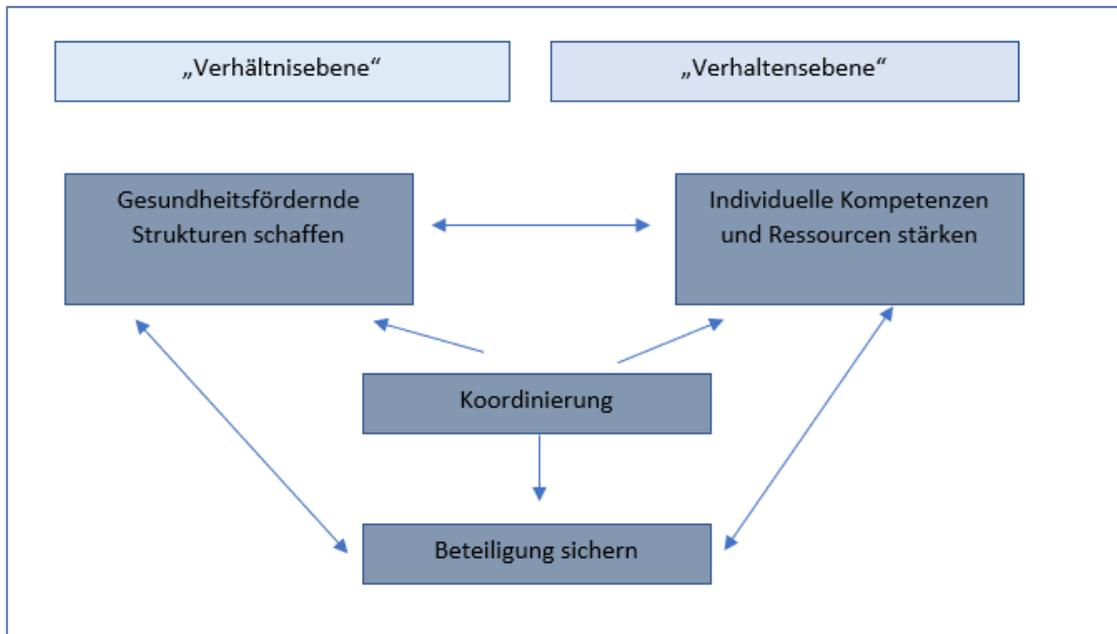


Abb.1: Elemente des „Setting-Ansatzes“ (Eigene Darstellung nach Pospiech et al., 2017).

Neben der Familie, der Gemeinde oder verschiedenen Freizeiteinrichtungen steht die Schule als bedeutsames Setting. Sie gehört zu dem klassischen Handlungsfeld der Gesundheitsförderung. Hier verbringen die Kinder und Jugendliche einen Großteil ihres Lebens. Die Schule ist für sie ein Ort des gemeinsamen Lernens sowie des sozialen Austausches (vgl. Bals, 2008, S.137). Bei der zielorientierten Vernetzung dieser Lebensbereiche könnten positive Ergebnisse für die Gesundheitsförderung der Kinder und Jugendlichen erbracht werden (vgl. Suck, 2015, S. 145). Als Setting ist die Schule für die Umsetzung der Gesundheitsförderung gut geeignet, weil dort alle Kinder und Jugendlichen erreicht werden können. Ein besonderer Vorteil ist der Zugang zu den sozial benachteiligten Schulkindern, die sich flächendeckend in die gesundheitsfördernden Maßnahmen einbeziehen können (vgl. Suck, 2015, S. 145).

Unter „gesundheitsfördernder Schule“ wird eine Schule verstanden, die sich mit Themen der Gesundheitsförderung in allen Schulbereichen (Schulorganisation, Curriculum, Vernetzung, Arbeitsgemeinschaft, Unterricht) auseinandersetzt und die entsprechenden Maßnahmen als eine Pflicht versteht. Sie orientiert an der Verbesserung der Bildungs- und Schulqualität sowie der Förderung der Gesundheit aller Beteiligten an der Schule. Ihre Arbeit richtet sich auf das Anstreben ganzheitlicher Gesundheit und die Prinzipien der Gesundheitsförderung gemäß der Ottawa Charta:

„Partizipation, Befähigung zur Selbstbestimmung, Langfristigkeit, Chancengleichheit in Geschlecht, sozialer, ethnischer und religiöser Herkunft (vgl. Qualitätskriterien Gesundheitsfördernde Schule, Radis; SNGS. Luzern, Lausanne, 2015).

Von Bundesland zu Bundesland unterscheiden sich die Aufträge zur Gesundheitserziehung bzw. -förderung in den Schulgesetzen. So sollen die Schüler*innen in Berlin lernen, „...ihre körperliche, soziale und geistige Entwicklung durch eine gesunde Lebensführung positiv zu gestalten“ (Suck, 2015, S. 143). Demgegenüber sollen die Schulkinder in Niedersachsen beim gesundheitsbewussten Leben unterstützt werden und in Brandenburg „...zur Verantwortungsübernahme für eigene Gesundheit“ befähigt werden (Suck, 2015, S. 143).

Die RKI Gesundheitsberichterstattung weist darauf hin, dass Kinder als die gesündeste Bevölkerungsgruppe betrachtet wird (Schubert et al. 2004, S. 11). Demgegenüber stehen die Hinweise von Ärzten und Gesundheitswissenschaftlern, dass gesundheitliche Störungen und gesundheitsschädigende Verhaltensweisen im Kindes- und Jugendalter zunehmen. So beeinträchtigt dies die Entwicklung im Kindesalter und stellen zugleich Gesundheitsrisiken für das Erwachsenenalter dar (vgl. Schubert et al. 2004, S. 11).

Laut RKI sind für die Darstellung der gesundheitlichen Lage verschiedene Indikatoren anzuwenden. Vor allem gehören dazu Lebenserwartung, Säuglingssterblichkeit und Mortalitätsraten sowie Verbreitung von Krankheiten und die Häufigkeit von Auftreten der Krankheitsfolgen. Jedoch sind die genannten Indikatoren nicht immer ausreichend, da sie die gesundheitliche Lage nur bezüglich Krankheit und Tod abbilden. Es sollte auch die Lebensqualität und der subjektive Gesundheitszustand der Person, in diesem Fall des Kindes, erwähnt werden (vgl. Schubert et al. 2004, S. 34).

Basierend auf den Forderungen der WHO sind folgende Kriterien bzw. Hauptaufgaben, die den gesundheitsfördernden Schulen zu Grunde liegen, zu beachten:

1. Die Schüler*innen verfügen in ihrem Schulalltag über gesundheitsförderliche Lern- und Arbeitsbedingungen wie z. B.: Bewegungsmöglichkeiten, ein gesundes Ernährungsangebot, Ergonomie, Infrastruktur und eine zu bewältigende Arbeitsbelastung.

2. Ein angenehmes Schul- und Klassenklima wird durch gemeinsam erarbeitete, reflektierte und in das Schulprogramm involvierte Regeln und Werte geschaffen, die auch den Schulalltag positiv verstärken.
3. Gesundheitsprävention als Unterrichtsthema erfordert ein fachübergreifendes, lehrplangemäßes und kompetentes Unterrichten, das durch eine gezielte Projektarbeit unterstützt wird.
4. Durch externe Kooperationsexperten*innen bekommt das Lehrpersonal die Unterstützung, mit Gesundheitsproblemen der SchülerInnen kompetent und professionell umgehen zu können (vgl. Suck, 2015, 152).

Das Bundesministerium für Gesundheit nennt zahlreiche relevante Themenkomplexe für Setting Schule. Im Vordergrund befinden sich Strategien zur Stressvermeidung und Stressbewältigung sowie Konflikterkennung. Daneben sollen umweltbedingte Erkrankungen (Lärmanfälligkeit, Allergien, Hautkrankheiten) sowie Präventionsmaßnahmen für Infektionskrankheiten im Unterricht behandelt und ein gesundes Ernährungsverhalten ausgebildet werden. Zu unterrichtsrelevanten Themen gehören unter anderem Doping und die Prävention des Arzneimittelmisbrauchs in Verbindung mit einem gesunden Lebensverhalten. Von Bedeutung ist außerdem die Förderung der psychischen Gesundheit, vor allem die Prävention von Depressionen und Traumatisierungen (vgl. Suck, S. 153).

2.2. Gesamtlage der minderjährigen Geflüchteten in Bundesrepublik Deutschland

2.2.1. Geflüchtete Schulkinder und Jugendliche

Der Bevölkerungsstand der Bundesrepublik Deutschland hat sich in den letzten Jahren aufgrund der hohen Zahlen der neu angekommenen geflüchteten Menschen ersichtlich geändert. Laut Bundesinnenministerium für Migration und Flüchtlinge sind im Jahr 2015 890.000 Schutzsuchende nach Deutschland eingereist, im nächsten Jahr weitere 210.000 Personen (BAMF, 2018). Da knapp die Hälfte der Asylanträge von geflüchteten Menschen aus Syrien gestellt wurde, ist Syrien in der „Flüchtlingskrise“ das Herkunftsland, aus dem die meisten Menschen nach Deutschland ankommen und Asyl beantragen (Statista, 2019). Auch Menschen aus Afghanistan und dem Irak stellten Asylanträge in Deutschland im Vergleich zu anderen Herkunftsländern deutlich häufiger (Hoffmeyer-Zlotnik et al, 2017, S. 37). Viele der Geflüchteten sind

Minderjährige und mehr als ein Drittel sind schulpflichtig. In Zeitraum von 2015 – 2017 haben ca. 70.000 der minderjährigen Geflüchteten Asylanträge gestellt (Destatis, 2018).

Wie bereits erwähnt, kommen die meisten Geflüchteten nach Deutschland aus Syrien. Aus der Grafik ist zu sehen, dass die Anzahl der syrischen Kinder, die auf der Flucht sind, im Zeitraum 2013 bis 2016 deutlich gestiegen ist. Im Jahr 2016 befanden sich ca. 2,4 Millionen syrischer Kinder auf der Flucht.

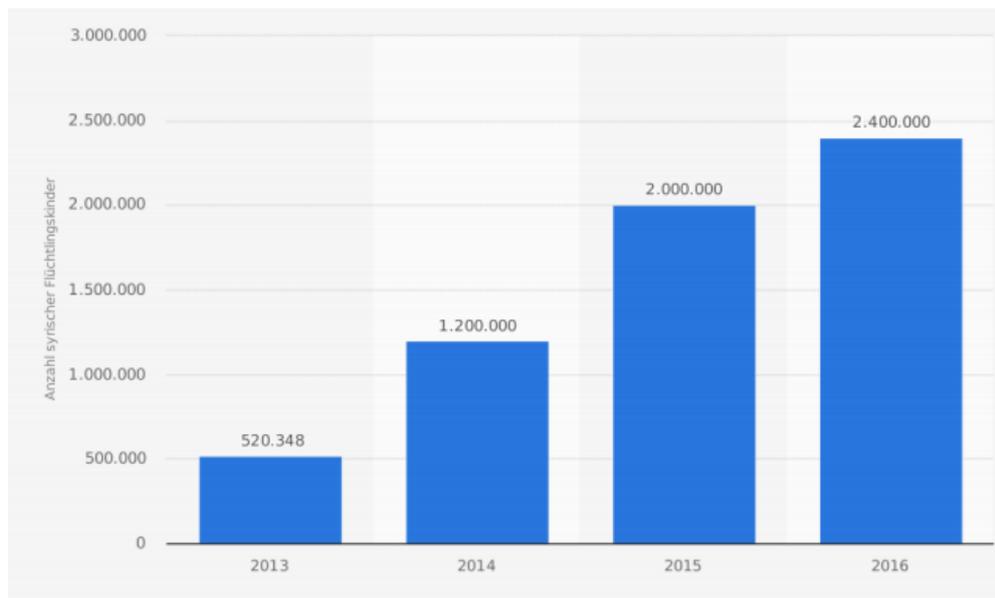


Abb. 2: Syrien: Anzahl der Flüchtlingskinder im Zeitraum von 2013 bis 2016 (Statista, 2019).

Leider stehen keine Daten zur Verfügung, wie viele davon nach Deutschland angekommen sind. Anhand der Berichte von Statista stehen verglichen mit der Schweiz und Österreich kaum Daten über die Anzahl der geflüchteten Minderjährigen sowie Erwachsenen in Deutschland zu Verfügung (Statista, 2019). In der folgenden Grafik wird die Anzahl der unbegleiteten minderjährigen Asylbewerber*innen in Deutschland im Zeitraum von 2009 bis 2018 dargestellt. Hier ist vor allem die rasante Steigung von Jahr 2014 bis Jahr 2016 von 4.398 auf 35.939 Asylanträge von unbegleiteten Minderjährigen zu erkennen.

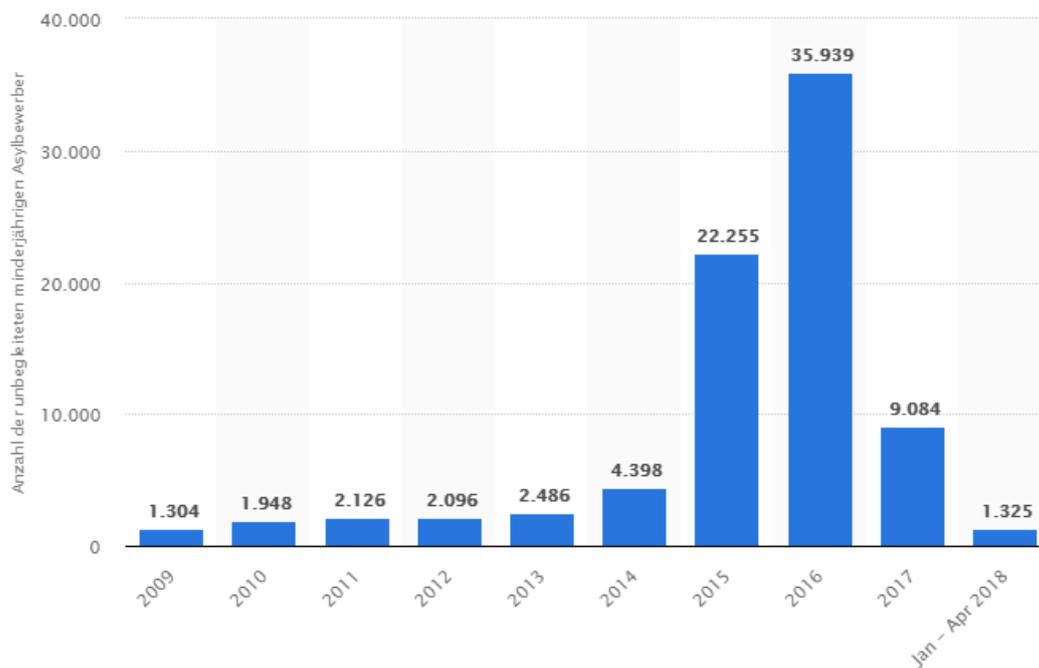


Abb. 3: Anzahl der unbegleiteten minderjährigen Asylbewerber*innen in Deutschland von 2009 bis 2018 (Statista, 2019).

Als „Schutzsuchende“ werden Ausländer*innen genannt, die sich unter Berufung auf humanitäre Gründe in Deutschland aufhalten. Oftmals werden als Synonyme für geflüchtete Menschen auch andere Begriffe wie Flüchtlinge, Asylbewerber oder Asylberechtigte verwendet. Schutzsuchende in Deutschland werden nach drei Kategorien unterschieden:

- Schutzsuchende mit offenem Status;
- Schutzsuchende mit anerkanntem Status;
- Schutzsuchende mit abgelehntem Status (Destatis, 2018).

Die Genfer Flüchtlingskonvention (GFK) bezeichnet einen „Flüchtling“ als Person, die „aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will; oder die sich als staatenlose infolge solcher Ereignisse außerhalb des Landes befindet, in welchem sie ihren

gewöhnlichen Aufenthalt hatte, und nicht dorthin zurückkehren kann oder wegen der erwähnten Befürchtungen nicht dorthin zurückkehren will“ (GFK Art.1).

Hofbauer definiert „Flüchtlinge“ als Personen, die Krieg, Bürgerkrieg, politische Verfolgung oder andere Formen „organisierter Gewalt“ erlebt haben und deswegen gezwungen waren, ihre Heimat zu verlassen. Unter anderem sind auch Wirtschafts-, Klima- oder auch Umweltflüchtlinge zu unterscheiden, sie werden aber rechtlich in verschiedenen Gruppen definiert (Hofbauer, S. 11). Die Kinder der oben beschriebenen Personen gelten als Flüchtlingskinder bzw. Kinder mit Fluchterfahrung (vgl. Adam, 2008, S. 21; Adam, Inal, 2013, S. 19).

Als „unbegleiteter minderjährige Flüchtling“ (UM) wird ein Drittstaatsangehörige oder Staatenlose unter 18 Jahren bezeichnet. Er reist in einen EU-Mitgliedstaat ohne Begleitung eines für ihn nach dem einzelstaatlichen Recht verantwortlichen Erwachsenen bzw. Personensorge- oder Erziehungsberechtigten an. Außerdem befindet er sich in einem EU-Staat nicht tatsächlich in der Obhut eines solchen Erwachsenen (vgl. Hoffmeyer-Zlotnik et al, 2017, S. 49).

Internationale Organisationen wie UNHCR, UNICEF, Save the children und Terre de Hommes nennen spezifische Fluchtursachen und -hintergründe bei Kindern und Jugendlichen:

- Tod von Eltern oder Elternteilen (vor allem aufgrund Kriegs und Krankheiten wie HIV/AIDS);
- Familiäre Konflikte;
- Gewalt, sexueller Missbrauch und Genitalverstümmelung;
- Gefahr der militärischen Zwangsrekrutierung;
- Zwangsprostitution;
- Diskriminierung in Gesellschaft und Schule: Einschränkung der Bildungsmöglichkeiten (Korntheuer, 2016, S. 70).

2.2.2 Aktueller Stand der neu zugewanderten Kinder und Jugendlichen in Deutschlands und Hamburger Schulen

Die Bundesregierung Deutschland hat im Mai 2016 ein neues Integrationsgesetz beschlossen um auf die politischen und gesellschaftlichen Entwicklungen reagieren zu können. Somit sollten sich geflüchtete Menschen mit einer „guten Bleibeperspektive“ in die Gesellschaft, Bildung und den Arbeitsmarkt zügig integrieren lassen. Um dies zu gewährleisten obliegt die Verantwortung dafür dem Staat, der Gesellschaft und jedes einzelnen nach Deutschland kommenden Individuums (vgl. BMAS, 2016, S. 1).

Seit 1951 existiert Genfer Flüchtlingskonvention und hat zur Aufgabe, die Rechte von geflüchteten Menschen zu schützen und zu gewährleisten. Sie regelt ein Recht auf Bildung in den Vertragsstaaten im Art. 22 Abs. 1: „...die Flüchtlinge bekommen dieselbe Behandlung wie ihre Staatsangehörigen hinsichtlich des Unterrichts in Volksschulen“ (GFK). So müssen die neuzugewanderten und geflüchteten Kinder und Jugendliche ohne deutsche Sprachkenntnisse in Basis- und Internationalen Vorbereitungsklassen auf den Übergang in eine Regelklasse vorbereitet werden.

Ende 2016 hat Statistisches Bundesamt (Destatis) ein Projekt zur Quantifizierung des Bestands an Ausländer*innen, die sich aus humanitären Gründen in Deutschland aufhalten, durchgeführt. Im Jahr 2019 wurden die Ergebnisse veröffentlicht und daraus ist ersichtlich, dass Schutzsuchende zu diesem Zeitpunkt überwiegend männlich (64%) und unter 30 Jahre alt (60%) waren. Die Befragten waren im Durchschnitt 29 Jahre alt und die Hälfte war jünger als 27 Jahre. Rund 229.000 Kinder und Jugendliche mit Fluchterfahrung zwischen 6 und 17 Jahren haben zu diesem Zeitpunkt eine Schule in Deutschland besucht (Eberle, 2019, S. 30). Da es keine aktuellen Daten über Anzahl der Schulkinder mit Fluchterfahrung an Schulen Deutschlands vorliegen, werden die Daten eines anderen deutschsprachigen Landes vorgestellt. Am Beispiel von Österreich lässt sich sehen, wie stark sich der Anteil der geflüchteten Kinder an deren Schulen geändert hat. Bis einschließlich Schuljahr 2017/2018 haben rund 20.000 Kinder und Jugendlichen mit Fluchterfahrung österreichische Schulen besucht (Statista, 2019).

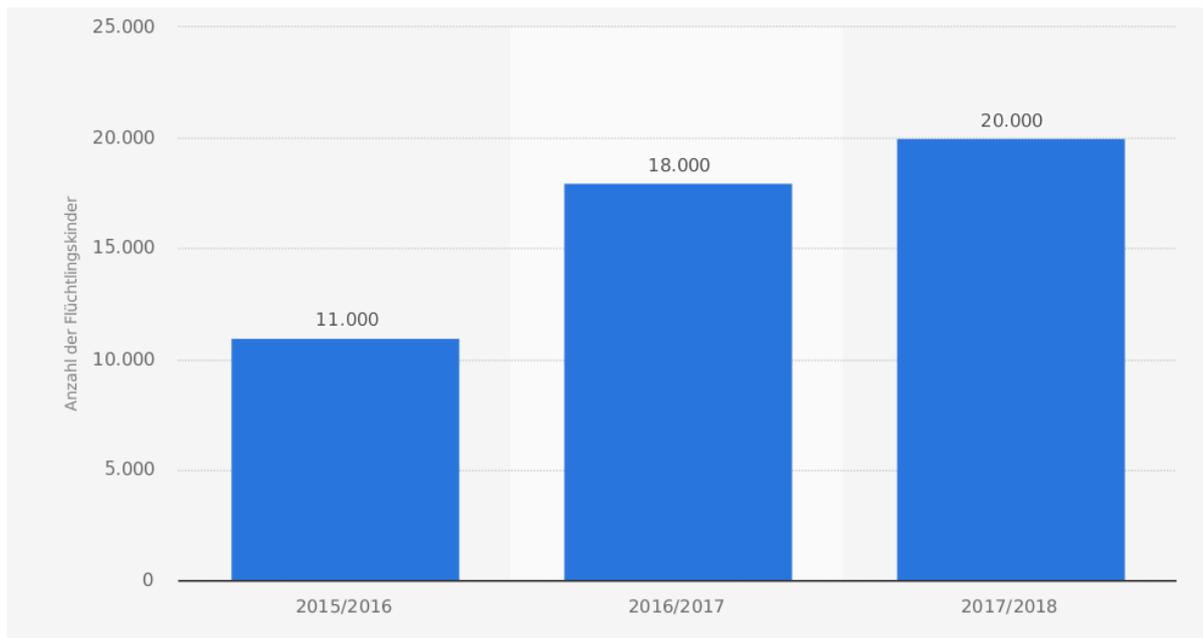


Abb.4: Anzahl der Flüchtlingskinder an Schulen in Österreich in den Schuljahren 2015/2016 bis 2017/2018 (Statista, 2019).

Das Recht auf Bildung und die Schulpflicht sind in Deutschland nicht auf Bundes- sondern auf Landesebene geregelt. Je nach Bundesland unterscheiden sich die Regelungen zur Schulpflicht sowie Schulform für geflüchtete Schüler. Dementsprechend gilt für neuzugewanderte Kinder und Jugendliche das Schulgesetz des jeweiligen Bundeslandes, in dem sie wohnhaft sind (vgl. Massumi et al, 2015, S. 36). Selten können neuzugewanderte Kinder in den Regelklassen aufgenommen werden und dem Unterricht folgen. Am meisten sind entsprechende vorgelagerte Förderklassen einzusetzen. Dadurch werden Kinder sprachlich und strukturell befähigt sowie zu normalem Schulbetrieb und Schullalltag angewöhnt. Für die Schulverwaltung und die Lehrkräfte bedeutet dies sowohl eine weitere Aufgabe zu Bewältigung als auch eine große Chance für Entwicklung (vgl. Meyer, 2016, S. 358).

Unabhängig von unterschiedlichen Modellen und Konzepten zur Beschulung gilt es für geflüchtete Kinder und Jugendlichen bundesweit eine Integrierung und Vorbereitung sowie Unterstützung eines sprachlichen Gelingens. In Hamburg werden die Kinder und Jugendlichen unter 16 Jahre mit keinen oder geringen Deutschkenntnissen zu einer Alphabetisierungsklasse oder einer Internationalen Vorbereitungsklasse (IVK) zugewiesen. Dies erfolgt durch das Schulinformationszentrum (SIZ) der zuständigen Behörde, wo erste Einschätzung des Leistungsvermögens der Kinder und

Jugendlichen (Deutschkenntnisse, Lesevermögen, Kenntnis der lateinischen Schriftzeichen, Beherrschung der Grundrechenarten und Englischkenntnisse) vorgenommen wird (HmbSG, 2018). Weitere intensivere pädagogische Diagnostik findet im Anschluss durch die den Kindern und Jugendlichen zugewiesene Schulen. Die internationalen Vorbereitungsklassen (IVK) existieren in Hamburg seit 2012 und können mit einem Auffangklassensystem verglichen werden (vgl. Krumwiede-Steiner, 2017, S. 19; Pittelkow, 2015, S. 24). Nach erfolgreichem Besuch von IVK gehen Kinder und Jugendliche mit Fluchterfahrung in die Regelklasse (Karakayali, 2017, S. 229). Die neu zugewanderten Jugendlichen ab 16 Jahren haben die Möglichkeit unabhängig von ihrem Aufenthaltstitel einen zweijährigen Bildungsgang AvM-Dual zu machen. Dadurch lässt sich ihre Lage möglichst schnell fachlich und sprachlich verbessern, ihr Alltag sowie der Übergang in Ausbildung, Arbeit oder weiterführende Bildungsangebote werden bewältigt (vgl. Müller, 2019, S.18; 20).

Es steht keine Information zu Verfügung, wie viele Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund Hamburger Schulen besuchen. Jedoch ist bekannt, welchen Anteil von minderjährigen unbegleiteten Ausländern bei Landesbetrieb Erziehung und Beratung gemeldet wurden. In Jahren 2014 – 2016 wurde ihre Anzahl ersichtlich vergrößert.

	Aufnahmejahr								
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
männlich	372	517	544	783	1100	2975	1133	578	500
	91%	84%	87%	94%	92%	92%	91%	89%	85%
weiblich	38	97	79	50	98	265	132	74	86
	9%	16%	13%	6%	8%	8%	9%	11%	15%
gesamt	410	614	623	833	1198	3240	1265	652	586
davon minderjährig	115	417	405	487	876	2572	960	403	305

Abb. 5: Anzahl der minderjährigen unbegleiteten im Landesbetrieb Erziehung und Beratung Hamburg gemeldeten Ausländer (Müller, 2019, S.20).

Zwischen Bildung und gelingender Integration gibt es einen grundlegenden Zusammenhang. Eine gute Bildung ist für die Perspektive im Berufsleben sowie den gesellschaftlichen Aufstieg von hoher Bedeutung. Die Schule ist ein passender Ort für die jungen Menschen um dort die Kontakte mit den Gleichaltrigen zu knüpfen. Außerdem ermöglicht der Schulbesuch Strukturierung des Alltages sowohl für Kinder

als auch für ihre Familie. So ist es für Kinder mit wochen- oder monatelangem Fluchtweg wichtig, da sie sich an ein geordnetes Leben angewöhnen müssen. Laut aktuellen Forschungsdaten wirkt die Schulzugehörigkeit mächtig auf das Gefühl des Dazugehörens, auf das subjektive Wohlbefinden, auf das Erfolg beim Einleben und später beim Beruf (vgl. Adam, Inal, 2013, S. 47). Die Aufgabe deutscher Schulen ist den Kindern mit Fluchterfahrung durch Vorbereitungs- und besondere Förderklassen die Spracherlenen zu ermöglichen, damit sie in der Lage sind am Regelunterricht teilnehmen zu können (Meyer, 2016, S.390).

Häufig wird über segregierte Schulen gesprochen. Unter Segregation wird die Entmischung der Menschen nach bestimmten Eigenschaften verstanden, die sich in einer Region oder Bereich beschäftigen. Unter Beobachtungsgebiet kann eine Stadt, ein Bezirk, Universität oder Schule fallen. Segregiert wird aber die Population, die dort lebt oder lernt. Als „segregierte Schule“ werden die Schulen oder auch die Klassen mit der überdurchschnittlich hohen bzw. unterdurchschnittlich niedrigen Quote der Schüler mit Migrationshintergrund oder mit sozialer Benachteiligung gemeint. Ein Beispiel dafür ist die gesonderte Schulbildung für einheimische und neuzugewanderte Kinder (vgl. Morris-Lange, 2018, S.9).

Das deutsche Schulsystem ist gezielt die Kinder und Jugendliche mit Migrations- sowie Fluchthintergrund zu belehren und zu erziehen. Darunter ist eine Zusammensetzung sowohl aus dem Bildungssystem der Länder, aus Schulen, Schultypen und Schularten als auch aus Klassen, Peergroups und einzelnen Individuen zu erkennen. Die Hauptaspekte solches System ist Mitschülerklima, die durch Hilfsbereitschaft und Zusammenhalt, Lehrer-Schüler-Klima, Fürsorglichkeit, Schul- und Unterrichtskultur sowie Partizipation erreicht wird (vgl. Adam, Inal, 2013, S. 40).

2.2.3 Gesundheitszustand der Schulkinder und Jugendlichen mit Fluchterfahrung

Junge Generation allgemein leidet neben physischen auch unter psychischen gesundheitlichen Beschwerden. Im Vordergrund der Hauptbelastung steht der tägliche Stress und wird als ein Ungleichgewicht beim Umgang mit Konfliktsituation zwischen Anforderungen und Fähigkeiten eines Individuums betrachtet. Es fällt den Betroffenen schwer ihre Stressoren in Ressourcen zu transformieren. Außerdem bekommen sie dadurch kein gesundheitliches Nutzen, sondern eher Belastung. Zahlreiche

Untersuchungen weisen eine Reihe von Befindlichkeitsstörungen bereits bei Schüler*innen nach, die auf ein hohes Stressniveau und mangelnde Bewältigungsstrategien ankündigen (vgl. Suck, 2015, S. 142).

Neben dem Schulerfolg der neu zugewanderten Kinder sollte auch die Rolle ihrer Gesundheit nicht unterschätzt werden. Die Gesundheit der jungen Generation, ihre Determinanten und Rahmenbedingungen befinden sich im Fokus des gesundheitspolitischen und öffentlichen Interesses. Laut der Studie von Robert Koch Institut steigen die gesundheitlichen Störungen und gesundheitsschädigende Verhaltensweisen und dementsprechend sind die Prognose zu Gesundheitschancen in dieser Bevölkerungsgruppe nicht eindeutig (vgl. Bergmann et al, 2008, S. 7).

Uhlmann berichtet über Ergebnisse einer medizinischen Untersuchung von 100 syrischen Flüchtlingskindern zwischen 0 und 14 Jahren über ihren Gesundheitszustand. Laut der durchgeführten Studie ist ein Drittel dieser Kinder seelisch erkrankt und leidet unter posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS). Außerdem berichtet Uhlmann, dass über 80% der untersuchten Kinder körperliche Erkrankungen sowie Zahnprobleme beweisen. 25 Prozent der Teilnehmer informieren über erlebte Diskriminierung (vgl. Uhlmann, 2015).

Laut der Auswertungen des Robert Koch Instituts zu meldepflichtigen Infektionskrankheiten leiden minderjährige Geflüchtete unter Infektionskrankheiten häufiger als erwachsene Geflüchtete. Darüber hinaus wird über eine „unerwartet hohe Prävalenz von ausgewählten Infektionskrankheiten“ berichtet (vgl. Tangermann, Hoffmeyer-Zlotnik, 2018, S. 42).

Das Leben der minderjährigen Geflüchteten wird neben den rechtlichen Aspekten auch durch zahlreiche Alltagsprobleme erschwert. So müssen sie innerhalb der ersten Wochen ihres Aufenthaltes in Bundesrepublik Deutschland eine medizinische Erstuntersuchung erhalten (vgl. Lechner, Huber, 2017, S. 86). Der Zugang zu medizinischer Versorgung bleibt für diese Gruppe doch beschränkt. Sie haben unterschiedliche Ansprüche auf medizinische Leistungen und es ist von ihrem aktuellen Aufenthaltsstatus abhängig. Zunächst erhalten sie als Kinder der Asylbewerber*innen sowie Geduldeten nur eine eingeschränkte Versorgung nach §4 und nach §6 des Asylbewerberleistungsgesetzes. Sobald sie einen regulären Aufenthaltstitel erhalten, spätestens nach 15 Monaten, verfügen sie auf eine

Regelversorgung nach dem SGB XII mit gleichen Leistungen wie bei gesetzlichen Versicherungen (vgl. Benholz, 2016, S. 20). Für jeden Arztbesuch ist zunächst ein Berechtigungsschein beim Jugend- oder Sozialamt zu beantragen. Manche Schüler*innen mit Fluchterfahrung bekommen keine Krankenversicherung und sind auf die Hilfe ehrenamtlich arbeitender Ärzte angewiesen. Besonders problematisch ist solche Lage für Mädchen in Pubertätsphase, da sie auf Untersuchung bei Frauenärzten verzichten müssen (vgl. Benholz, 2016, S. 20). Darüber hinaus wird die medizinische Versorgung von unbegleiteten Minderjährigen mit Fluchterfahrung durch Kinder- und Jugendhilfe geregelt und festgelegt (vgl. Lechner, Huber, 2017, S. 82). Dennoch sind unbegleitete Minderjährige mit Fluchterfahrung von speziellen Problemen betroffen. Sie müssen mit anderen Jugendlichen und Betreuer*innen in Heimen zusammenleben und sich an neue Regeln anpassen. Unter diesen Umständen kommen häufig Missverständnisse oder Konflikte in ihrem Alltag vor. Als Folge daraus sind vor allem massive Schlafstörungen und psychosomatische Beschwerden zu erkennen. Basierend auf der Posttraumata werden auch autoaggressive Handlungen oder besondere Reizbarkeit und Flashbacks beobachtet. Die Betroffenen konzentrieren sich am Schulunterricht schlechter und weisen niedrige Leistungen nach (vgl. Benholz, 2016, S. 21).

Enorme Herausforderung stellen die Schulkinder mit Fluchthintergrund dar, die jahrelang chronisch und vielfältig traumatisiert sind. Es werden soziale und emotionale Beschwerde bei denen nachgewiesen und der sonderpädagogische Förderbedarf ist zu leisten (vgl. Adam, Inal, 2013, S. 8). So behaupten die Psychologen Martina Ruf, Maggie Schauer und Thomas Elbert (2010), dass fast alle der von ihnen untersuchten begleiteten Flüchtlingskinder eine Wiederholung von traumatischen Ereignissen erlebt haben. Etwa ein Fünftel der Kinder reagierte im weiteren Leben mit der Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung (vgl. Kindler, Johansson, 2010, S.10).Traumatisierte Erlebnisse verändern das psychologische, physiologische und soziale Gleichgewicht der Menschen so, dass die bestimmte Erinnerung aus der Vergangenheit alle anderen Erfahrungen mindert und die Gegenwart drastisch beeinträchtigt (vgl. Adam, Inal, 2013, S. 19). Im Jahr 1887 wurde psychische Traumatisierung zum ersten Mal von Neurologe Charcot definiert. Er beschreibt die sogenannten hysterischen Anfälle als Dissoziationen, als das Ergebnis traumatisierender und für Betroffene nicht aushaltbarer Erlebnisse. Nach Sigmund

Freud sind die erlebten traumatischen Geschehnisse im Unbewussten abgespeichert. Die erfahrenen Affekte bleiben in einem veränderten Bewusstseinszustand verschlüsselt und tauchen unter Umständen im Alltag auf. Pedersen erweitert diese Thematik mit „Flüchtlingsneurose“. Seiner Meinung nach entstehen Ängste, Halluzinationen, Persönlichkeitsänderungen und Amnesien dadurch, dass die Menschen politische Verfolgung und Flucht erleiden (vgl. Adam, Inal, 2013, S. 20). Schulkinder mit selbst erlebten Kriegs- oder Fluchtereignissen sind genauso betroffen, wie die Erwachsene. Sie werden oft in kriegerische Auseinandersetzungen einbezogen, obwohl sie dafür noch jung sind (vgl. Adam, Inal, 2013, S. 28; Benholz et al, 2016, S. 21). Mögliche Folge der traumatischen Ereignisse, wie Erleben von körperlichem oder sexuellem Missbrauch, von Krieg oder anderen durch Menschen verursachten Katastrophen, tragischer Verlust von Familien- oder Elternanteil usw. sind die posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS). Am Beispiel der Kinder mit Fluchterfahrung lässt sich ein Störungsbild erkennen: belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma oder Erinnerungslücken (Bilder, Alpträume, partielle Amnesie); Überregungssymptome (Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen); emotionale Taubheit (allgemeiner Rückzug, Interesseverlust, innere Teilnahmslosigkeit); teilweise veränderte Symptomausprägungen (z.B. wiederholtes Durchspielen des traumatischen Erlebens, Verhaltensauffälligkeiten, Aggressivität) (vgl. Kindler, Johansson, 2010, S. 26). Als Begleitsyndrome bei PTBS sind Ängstlichkeit, Depressivität, Suizidgedanken, Drogeneinnahme oder Alkoholmissbrauch zu finden. Seit Anfang 1990-er Jahren gehört PTBS zu Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) (vgl. Adam, Inal, 2013, S. 22).

Die Kinder- und Jugendreaktionen auf Trauer, Trauma und Heimatverlust unterscheiden sich sehr. Nun werden nur einzelne Reaktionen und Verhaltensweisen erwähnt, die am häufigsten auftreten. Für die bessere Lesbarkeit sind Jugendliche sowie Kinder unter „Kind“ genannt.

- Das Kind ist scheu, sehr zurückgezogen, spricht kaum und beteiligt sich nicht an gemeinsamen Aktivitäten.
- Das Kind ist sehr unruhig, läuft viel hin und her, ist schreckhaft und leicht reizbar.
- Das Kind ist aggressiv gegenüber sich selbst oder anderen.

- Das Kind spielt ständig Krieg, kämpft viel, malt Tod und Gewalt.
- Das Kind ist oft krank, klagt über Kopf- oder Bauchschmerzen.
- Das Kind ist ungewöhnlich reif, schlüpft in die Rolle von Erwachsenen.
- Das Kind „fällt zurück in eine frühere Entwicklungsstufe“.
- Das Kind ist fröhlich, unbekümmert, passt sich an, zeigt keinerlei Auffälligkeiten.
- Das Kind ist fröhlich, unbekümmert, aber unfähig, sich zu konzentrieren und Neues zu lernen (vgl. Shah, 2015, S.16; Kindler, Johansson, 2010, S. 26).

2.2.4. Problemstellung und Bedarf an Gesundheitsförderung

Wegen der aktiven Involvierung der Autorin über verschiedene Projekte und Aktionen in Thema „Flüchtlinge“ hat dies ermöglicht, eine Vorstellung davon zu bekommen, dass Geflüchtete generell sowie die junge Generation sich mit dem Thema Gesundheit selten beschäftigen. An erster Stelle kümmern sich die neu geflüchteten Erwachsene um solche wichtigen Fragen wie Aufenthalt, Bildung, Finanzierung des Lebens und währenddessen leiden sie häufig unter gesundheitlichen Erkrankungen. Kinder und Jugendliche mit Fluchterfahrung beschäftigen sich weniger mit ihrer Gesundheit und erhalten von ihren Eltern in bestimmten Lebensphasen nicht ausreichend Information dazu, wie sie sich gesundheitlich verbessern können. Deswegen ist es bereit an dieser Stelle von Bedeutung, die junge geflüchtete Generation zu unterstützen und ihr zu zeigen, wie sie ihre Gesundheit durch erforderliche Maßnahmen und Aktionen aufrechterhalten können.

Obwohl die Gesellschaft in Thema Flüchtlinge sowie Flüchtlingskinder seit 2015 involviert ist, gibt es aktuell immer noch Mangel an veröffentlichte aussagekräftige Daten in diesem großen Themenbereich. So sind die Angaben zur Aufenthaltsdauer, zur materiellen und medizinischen Versorgung, zur Unterbringung, Beschulung und Bildung, Betreuung und Erziehung, zu den Übergängen in Ausbildung oder Arbeit von Kindern und Jugendlichen mit Fluchterfahrung häufig unvollständig oder komplett fehlen. Zu Thema Schulkinder und Jugendlichen mit Fluchterfahrung werden eher die (menschen-) rechtlichen Analysen durchgeführt. Während immer mehr Studien über gesundheitliche Ausgangssituation Geflüchteter sowie ihrer Kinder in Deutschland durchgeführt werden, bleiben aktuell nur unzureichende Erkenntnisse veröffentlicht.

Beispielsweise legen manche Studien den Schwerpunkt auf die Themen „psychische Belastungen, Trauma und Traumabewältigung bei Flüchtlingen“, dennoch dauert es bis die Ergebnisse präsentiert werden (vgl. Kindler, Johansson, 2010, S. 25).

Mit der Zunahme von Geflüchteten nimmt das Thema Flucht und Gesundheit an Relevanz in der Gesellschaft deutlich zu. Es ist notwendig geworden, zeitnah Handreichungen zur Orientierung für die Fachpraxis zu entwickeln und Informationen für politische Akteure bereitzustellen (vgl. Lechner, Huber, 2017, S.12). Darüber hinaus fokussieren sich gesundheitsunterstützende Maßnahmen und Empfehlungen auf Schüler*innen generell und nicht auf geflüchtete Schulkinder speziell. Während die Gesundheitsförderung sich am häufigsten für Flüchtlinge aller Altersgruppen eignet, stehen für geflüchtete Kinder im Vergleich weniger Angebote zur Verfügung, obwohl sie als Zielgruppe ziemlich seriös betrachtet wird.

Die geflüchteten Kinder bleiben in deutscher Gesellschaft auch wenn nur für begrenzte Zeit. Aufgrund dessen ist die Aufgabe des Staates diese neu angekommene Bevölkerung der deutschen Alltagskultur entsprechend einzubeziehen sowie aus der sozialen aber auch der gesundheitlichen Sicht möglichst zu entwickeln.

2.3. Aktueller Stand der Forschung zu Gesundheitsförderung im Setting Schule sowie Schulkinder mit Fluchterfahrung im deutschsprachigen Raum

Das Thema „Gesundheitsförderung in der Schule“ sowie „Schüler*innen mit Fluchterfahrung“ gewinnen heute zunehmend an Bedeutung und werden auf der bundesweiten Ebene immer mehr beforscht. Die zur Verfügung stehenden Materialien machen vor allem einen allgemeinen Überblick über Integration der Geflüchteten in Deutschland. Folgend wird eine Reihe der Studien sowie Forschungsprojekten dargestellt, die sich mit Themen „Gesundheitsförderung in der Schule“, „geflüchtete Schüler*innen“ sowie „Maßnahmen zu schulischer Gesundheitsförderung“ beschäftigen.

Laut Lechner und Hubert (Deutsches Jugendinstitut e. V.) gab es zum Zeitpunkt ihres Projektstarts im Jahr 2015 kaum abgeschlossene Studien in diesem Themenfeld. Sie berichten über Stellungnahmen und Expertisen, die sich mit Lieferung der

Hintergrundinformationen zu den Lebenslagen und zur rechtlichen Situation vor allem unbegleiteter minderjährigen Geflüchteter beschäftigt haben.

Demgegenüber stellt eine Studie die Lebenswelt sowie den Alltag minderjähriger Geflüchteter „In erster Linie Kinder – Flüchtlingskinder in Deutschland“ des Deutschen Komitees für UNICEF e. V. (2014) dar. Obwohl sie primär auf Expertenbefragungen basiert ist, werden hier jedoch Fallbeispiele geflüchteter Kinder vorgestellt (Lechner, Huber, 2017, S.12).

Gravelmann bietet einen guten Überblick über Thema in seiner Arbeit „Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in der Kinder- und Jugendhilfe“. Zudem formuliert er Praxisempfehlungen für Fachkräfte sowie die Sonderausgabe „Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge – In erster Linie Kinder und Jugendliche!“ des Sozialmagazins und das „Handbuch unbegleitete minderjährige Flüchtlinge“. Außerdem gibt es eine Reihe von laufenden Studien zu diesem Thema, für die jedoch noch keine Ergebnisse derzeit vorliegen. Vor allem gehört dazu die quantitative Längsschnittstudie „Refugees in the German Educational System (ReGES)“ des Leibniz-Institutes für Bildungsverläufe. Sie erläutert die Integration von jungen Geflüchteten in das Bildungssystem sowie die DJI-Studie mit „Neu zugewanderte Jugendliche an allgemeinbildenden Schulen“ (Lechner, Huber, 2017, S.13).

Die Hamburgische Gemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG) forscht zu zahlreichen gesundheitsfördernden Themen u.a. auch zu schulbezogenen Aspekten. Jedes Schuljahr erfolgen die Ausschreibungen des Gesundheitspreises für Hamburger Schulen und wird dann jährlich über die Ergebnisse berichtet. Die HAG will Gesundheitsförderung in der Schule nachhaltig verankern, damit alle Beteiligten gesund lernen, leben und arbeiten können (Roggenbach, 2006).

Zwei große Krankenkassen wie die Techniker und die AOK beschäftigen sich regelmäßig mit Gesundheitsförderung im Setting Schule. Dafür setzen sie umfassende Projekte und Aktionen in Zusammenarbeit mit Schüler*innen sowie Schulpersonal an. Allerdings liefern die aktuellen Studien der obengenannten Krankenkassen keine Information über Maßnahmen, die die Gesundheit der Schulkinder mit Fluchterfahrung fördern können.

Generell forscht die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu verschiedenen Gesundheitsaspekten für Schüler*innen, aber im Speziellen auch für Gruppen mit

Migrations- sowie Fluchthintergrund. Insbesondere wird in der vorliegenden Arbeit das Projekt für Schüler „komm auf Tour“ erwähnt (BZgA, 2019).

Im Jahr 2016 hat das österreichische Bundesministerium für Bildung umfangreiche Materialien über gesundheitsfördernde Maßnahmen in der Schule veröffentlicht. Die Daten geben einen Überblick über mögliche schulische Maßnahmen, jedoch werden keine spezifischen Empfehlungen für den Flüchtlingsanteil genannt (BMB, 2016).

Das Deutsche Jugendinstitut beschäftigt sich mit sozialen Fragen über Lebenslage, Erfahrungen sowie Verhalten von minderjährigen Geflüchteten in Deutschland. Anhand der Ergebnisse einer im Jahr 2015 durchgeführten Studie sind Materialien über Gesundheits- sowie Bildungsperspektiven junger Geflüchteten verfügbar (Lechner, Huber, 2017).

Das Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung hat eine vollständige Befragung zum Lebenssituation von Geflüchteten erstellt. Die Inhalte über Gesundheitszustände der Betroffenen sowie erste Ergebnisse der Befragung werden in der vorliegenden Arbeit verwendet (von Gostomski, 2016).

Die Fachstellen Shelter und BAFF (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer) geben einen Überblick über traumatisierte geflüchtete Minderjährige, Folgebeschwerden von Traumata sowie mögliche Behandlungen diesbezüglich.

Zwei Projekte wie ZANZU und profamilia beziehen sich auf Thema „Sexualerziehung der Neuzugewanderten“ und stellen der Zielgruppe thematische Inhaltmaterialien zur Verfügung.

Außerdem befasst sich die Diakonie Deutschland auf Themen Flucht, Migration und Gesundheit. Vor allem werden viele Aktionen und Kampagnen zu relevanten Themen durchgeführt sowie regelmäßig Informationsmaterial für Betroffene oder Interessente zur Verfügung gestellt.

3. Methoden

Nachfolgend erfolgt eine Beschreibung der durchgeführten Literaturrecherche mit den genutzten Bibliotheken und Datenbanken, Such- und Schlagwörtern sowie die Ein- und Ausschlusskriterien für die Verwendung der Literatur. Der Inhalt der vorliegenden Arbeit wird anhand der Richtlinien und Hinweisen aus der Fachliteratur verfasst (Esselborn-Krumbiegel, 2004; Brink, 2013). Die Bedeutung, Übersetzung, die Synonyme sowie die Grammatik mehrerer Begriffe werden mithilfe des Online-Wörterbuchs „PONS“ und „Duden“ erfasst. Für die Überprüfung der Zielformulierung sowie der Fragestellung werden die SMART-Kriterien und das PICO-Schema angewendet. Die Fragestellung wird wie folgt aufgebaut und überprüft:

PICO-Schema

P – Population – Schulkinder und Jugendliche mit Fluchterfahrung

I – Intervention - Gesundheitsförderung

C – Control – gesundheitsfördernde Projekte im Setting Schule

O – Outcome – Gesundheits- sowie Lebensqualität der Zielgruppe

Im Anschluss folgen eine Auswertung bzw. eine Anpassung der ausgewählten Projekte.

3.1. Literaturrecherche

Zur Beantwortung der Forschungsfrage „Wie kann die Gesundheit der Schulkinder mit Fluchterfahrung durch verschiedene gesundheitsfördernde Projekte im Setting „Schule“ unterstützt werden?“ wird eine Literaturrecherche durchgeführt. Um einen Überblick zu verschaffen wird nach der Auswahl und Eingrenzung der Thematik eine grobe Literaturrecherche zu den themenrelevanten Aspekten wie „Gesundheitsförderung in der Schule“, „Kinder mit Fluchterfahrung“, „schulische Gesundheitsprojekte“ durchgeführt. Für eine bessere Übersicht wird die Suche zunächst in folgende Themenfelder bzw. Unterkategorien unterteilt:

Gesundheitsförderung und Maßnahmen im Setting Schule: hier geht es um Definitionen, Kriterien, Maßnahmen, Besonderheiten der Gesundheitsförderung in der Schule.

Flüchtlinge in Deutschland: dabei werden Informationen über Gründe und Folgen der Flucht, geflüchtete Kinder in Deutschland, Gesundheitsstand der minderjährigen Flüchtlinge, psychische Erkrankungen und Traumatisierung, Chancen auf Schulbesuch und Gesundheitsversorgung, Vorbereitungsklassen usw. gewonnen.

Projekte: gesundheitsfördernde Projekte in der Schule; für Flüchtlinge; für Flüchtlingskinder; Programmen für geflüchtete Schüler usw.

Vor einer detaillierten Bearbeitung der ausgewählten Literaturinhalte findet zunächst eine Zuordnung des vorhandenen Materials nach thematischen Schwerpunkten statt. Da die wichtigsten Themenfelder Gesundheitsförderung im Setting Schule sowie Gesundheitszustand der Schüler und Jugendlichen mit Fluchterfahrung sind, teilt sich die erhaltene Information auf zwei entsprechende Bereiche auf. Jeweils in jedem Themenbereich findet eine konstruktive Erarbeitung aller gewonnenen Information statt. Zu unterscheiden ist, ob das Material dem theoretischen Inhalt wie dem Hintergrund und den erforderlichen Maßnahmen oder eher dem praktischen Teil der Arbeit wie Projekten und laufenden Studien besser dient.

Für die vorliegende Arbeit werden die Suchmaschinen bzw. Datendanken bei den Bibliotheken der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg, der Staatlichen und Universitätsbibliothek Hamburg und der Martha-Muchow Bibliothek genutzt. Insgesamt konnten sowohl Standardwerke und abgeschlossene Projekte als auch aktuelle bzw. laufende Studien berücksichtigt werden. Zusätzlich wird die Internetseite „beluga“ angewendet. In dieser Datenbank lassen sich Titel aus mehreren wissenschaftlichen Bibliotheken in Hamburg und weiteren Institutionen erfassen, dadurch können viele relevanten Publikation identifiziert werden. Darüber hinaus wird die größte deutsche Datenbank für Sozialwissenschaften vom Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften – GESIS – verwendet. Dabei stehen weitere themenrelevante Fachdatenbanken wie SOLIS, SOFIS sowie „sowibank“ für die Recherche zur Verfügung.

Es werden gedruckte sowie digitale Sachpublikationen in Zeitungen und Zeitschriften, laufende sowie abgeschlossene Projekte und Studien berücksichtigt. Außerdem wird die während des Studiums gesammelte Erfahrung der Autorin, vor allem die empirische, einbezogen. Da diese Arbeit begrenzte zeitliche und inhaltliche Rahmen aufweist, werden keine weiteren Suchhilfen genutzt.

Unten folgt eine Zusammenfassung aller angewendeten Ein- und Ausschlusskriterien bei der Literaturrecherche.

Einschlusskriterien	
Themenbezug	Gesundheitsförderung in der Schule, Flüchtlingskinder und Jugendliche sowie dafür entsprechende Projekte
Zeitraumen	1999 – 2019
Publikationsart	Wissenschaftliche Literatur, alle Publikationsarten
Ort, Region	Hamburg, Deutschland, Österreich sowie deutschsprachige Regionen in der Schweiz.
Sprache	Deutsch, Englisch in Übersetzung
Ausschlusskriterien	
Themenrelevanz	Keine Übereinstimmung mit der Themenrelevanz
Zugang	Fehlende Zugangsmöglichkeiten aufgrund von privaten Sperrungen, Mitgliedschaft, Kosten usw.
Sprache	Andere Sprache
Zeitraum	Früher als 1999

Abb. 6: Ein- und Ausschlusskriterien bei der Literaturrecherche (Eigene Darstellung).

In der Arbeit werden die Publikationen innerhalb des Zeitraums 1999 bis 2019, also von den letzten 20 Jahren, berücksichtigt. Insofern werden eine ausreichende Aktualität sowie eine überschaubare Bandbreite der verwendeten Publikationen gewährleistet. Der Rechercheprozess wird vor allem in der deutschen Sprache oder in der englischen Übersetzung durchgeführt. Aufgrund der begrenzten Zeiträume, des sprachlichen Aufwands sowie territorialer Relevanz wird die Literatur innerhalb dieser Arbeit ausschließlich aus dem deutschsprachigen Raum einbezogen. Sollte die Literatur einen Themenbezug aufgrund eines anderen Schwerpunktes haben, aber inhaltlich nicht relevant sein, werden solche Publikationen aus der Recherche

ausgeschlossen. Analog werden die Veröffentlichungen in der weiteren Bearbeitung nicht erfasst, falls sie keinen freien Zugang ermöglichen oder weitere Beschränkungen beinhalten.

3.1.2. Literaturrecherche über Google Scholar

Die Internetsuchmaschine Google Scholar wird für eine allgemeine Literaturrecherche wissenschaftlicher Dokumente verwendet. Dabei werden verschiedene Zeitschriftenartikel, Bücher sowie Berichte zum gewählten Thema zu recherchieren.

Die Recherche über Google Scholar erfolgt im folgenden Verlauf:

Die Suche findet an 3 Terminen innerhalb einer Woche statt. Für den gesamten Suchprozess werden weitere Filter angewendet: begrenzter Zeitrahmen (1999 – 2019), deutschsprachige Seiten sowie die Sortierung nach Relevanz.

Die ersten Schlagwörter „Flüchtlingskinder Gesundheit“ ergeben 1.780 Ergebnisse. Möglichst viele Seiten werden zunächst nach freiem Zugang sowie inhaltlich geprüft. Die Publikationen, die als themenrelevant galten, werden weiter analysiert sowie in der Arbeit verwendet. Die Themenbereiche der gewonnenen Quellen über die Suchmaschine Google Scholar werden folgend dargestellt.

Darüber hinaus werden weitere Suchwörter angewendet wie: „Flüchtlinge Vorbereitungsklasse“ (545 Seiten gefunden) sowie internationale Vorbereitungsklasse (1060 Seiten gefunden). Um mehr Information über Gegenstand der Gesundheit der Schulkinder mit Fluchterfahrung zu gewinnen, findet eine zusätzliche Recherche mit den Schlagwörtern „Flüchtlinge Vorbereitungsklasse Gesundheit“ statt.

Die Recherche für das weitere Themenfeld wird mit Schlagwörtern „Gesundheitsförderung“ (19.000 Ergebnisse) sowie „Gesundheitsförderung Setting Schule“ (ca. 7.400 Seiten) durchgeführt. In die Arbeit werden die Seiten einbezogen, die den Einschlusskriterien entsprechen. Ihre Darstellung folgt unten.

3.1.3. Literaturrecherche über PubMed

Ergänzend erfolgt die Recherche auch über PubMed. Die Datenbank PubMed ermöglicht Zugang zu verschiedenen Publikationen im medizinischen Bereich. Für die vorliegende Arbeit wird nach gesundheitsbezogenen Themenfeldern recherchiert, vor

allem zu den Themenfeldern Gesundheitszustand sowie typische Erkrankungen der Kinder mit Fluchterfahrung. Für diesen Suchprozess werden 2 Filter angepasst: Inhalte von den letzten 10 Jahren; in englischer Sprache. Die Ergebnisse werden nach Bedarf mithilfe des PONS-Wörterbuches übersetzt. Unten folgt die Übersetzung der deutschsprachigen Begriffe auf Englisch, die in der Suche angewendet werden:

Gesundheitsförderung in der Schule - Health promotion in school

Gesundheit Flüchtling Schule Deutschland - Health refugee school germany

Flüchtling Kinder Gesundheit Schule - Refugee children health school

Gesundheitsförderung Flüchtling Projekt - Health promotion refugee project

Als erstes werden die Schlagwörter „Health promotion in school“ zur Suche genommen. Sie ergeben maximale Ergebnisse - über 500 Seiten. All diese Publikationen haben verschiedene Schwerpunkte werden aber zunächst analysiert und je nach Relevanz in die Arbeit einbezogen.

Im nächsten Schritt kommt die Suche mit Schlagwörtern „Health refugee school germany“ und liefert dazu 3 Ergebnisse. Dennoch bleibt nach der Anwendung der Einschlusskriterien nur eine Seite, die weiterbearbeitet werden kann.

Die Suchwörter „refugee children health school“ ergeben insgesamt 16 Seiten. Allerdings bleibt nach der Übersetzung bzw. Überprüfung des freien Zugangs sowie territorialer Zugehörigkeit lediglich eine Seite für den deutschsprachigen Raum. Da dieses Angebot kostenpflichtig ist, wird es aufgrund dessen aus der Recherche ausgenommen.

Nach der Suche mit den Schlagwörtern „refugee health project“ steht eine Publikation zur Verfügung, die anhand einem Studienprotokoll die statistischen Daten über Behandlung von Schlafstörungen bei traumatisierten Flüchtlingen liefert.

3.2. Auswertung der Literaturrecherche

Bereits bei den ersten Recherchen stellte sich heraus, dass es Informationen überwiegend über Gesundheitsförderung in der Schule allgemein und kaum für Schulkinder mit Fluchterfahrung gibt. Diese Tendenz veränderte sich jedoch während

der weiter durchgeführten Suche sowie bei der Analyse der Ergebnisse. Im folgenden Abschnitt werden die Gesamtergebnisse dargestellt.

Die Schlagwörter „Flüchtlingskinder Gesundheit“ haben 1780 Ergebnisse ergeben, davon sind die am meisten getroffenen Themen: psychische sowie seelische Erkrankungen, Fluchtfolgen und Traumatisierungen, Therapieangebote, traumapädagogische Arbeit, Flucht und Recht, Versorgungsangebote und usw. Die meisten Ergebnisse haben keinen freien Zugang und/oder sind kostenpflichtig. Darüber hinaus steht eine Vielzahl der Publikationen in Fachzeitschriften, Journals, Büchern und/oder als Evaluationsberichte der Programme sowie Projekte zur Verfügung. Insofern konnten sie für die vorliegende Arbeit eingesetzt werden. Als Resultat konnten 246 Seiten identifiziert und nach ihrer Bearbeitung teilweise als Quellen in die Arbeit integriert werden. Diese Suchergebnisse haben bereits ermöglicht, einen Überblick über Projekte der Gesundheitsförderung in der Schule zu schaffen, sowie weitere Schwerpunkte der Recherche zu spezifizieren. So lassen sich 19.000 Ergebnisse mit dem Schlagwort „Gesundheitsförderung“ sowie ca. 7.400 Ergebnisse mit dem Suchwort „Gesundheitsförderung Setting Schule“ ausfindig zu machen. Die Inhalte der gefundenen Seiten liefern hauptsächlich das Material über Gesundheitsförderung in der Schule bezogen auf das gesamte Schulpersonal sowie Schüler*innen. Außerdem stehen Projekte und Programme zur Verfügung, die auf Verbesserung bzw. Stabilisierung des Gesundheitsverhaltens während der Schulzeit gezielt sind.

Um die theoretische Basis zum Thema der vorliegenden Arbeit ausreichend zu formulieren, werden auch weitere Publikationen aus Bibliotheken der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg, der Staatlichen und Universitätsbibliothek Hamburg und der Martha-Muchow Bibliothek genutzt. Wie es oben erwähnt wurde, eignet sich die Internetseite „beluga“ für den Suchprozess ebenso gut. Die größte deutsche Datenbank für die Sozialwissenschaften von Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften – GESIS – hat zusätzliche Information, vor allem über gesundheitsfördernde Konzepte und Kriterien im Setting Schule, geliefert.

Die weiteren Schlagwörter im Suchprozess über Google Scholar sind „Flüchtlinge Vorbereitungsklasse“ sowie „internationale Vorbereitungsklasse“. Sie ergeben jeweils 545 und 1060 Seiten. Dennoch stellt sich nach der Überprüfung dieser Seiten heraus,

dass sie vorwiegend die Informationen über Leistungen der geflüchteten Schüler und fast keine Information über ihren Gesundheitszustand liefern. Aufgrund dessen wird eine andere Suchstrategie angewendet, nämlich „Flüchtlinge Vorbereitungsklasse Gesundheit“. Als Ergebnis konnten 246 Seiten gefunden werden, bei denen der freie Zugang teilweise möglich ist. Sie liefern Informationen aus dem ganzen deutschsprachigen Raum: sowohl aus Österreich als auch aus Deutschland. Letztendlich wurden nur die Seiten einbezogen, die den Einschlusskriterien entsprechen.

Als nächstes erfolgt die Recherche über PubMed. Daraus lässt sich schließen, dass der Suchprozess über Datenbank PubMed im Vergleich zu den anderen Recherchestrategien weniger Ergebnisse liefert. Vor allem fehlen hier die Quellen über die nach Deutschland geflüchteten Kinder sowie die Angebote für ihre Gesundheitsversorgung. Dennoch verfügt PubMed ausreichend Material sowohl zum Themenbereich Gesundheitsförderung im Setting Schule, als auch psychische Erkrankungen bei Geflüchteten. Außerdem sind die über PubMed verfügbaren Artikel häufig nicht aus dem deutschsprachigen Raum.

Nachdem die Literatur den zuvor beschriebenen Vorgängen und Kriterien entsprechend ausgewählt wurde, erfolgte sowohl eine qualitative Informationsauswertung generell als auch eine individuelle Auswertung themenrelevanter Projekte. Zunächst erfolgt eine inhaltliche Gesamtauswertung des heraus gesuchten Materials. Durch Anwendung der verfügbaren Literatur werden die laufenden sowie abgeschlossenen Projekte im Zeitraum der letzten 20 Jahren im deutschsprachigen Raum herausgearbeitet und zusammenfassend in der Arbeit dargestellt, um letztlich notwendige gesundheitsfördernde Maßnahmen für die Zielgruppe ableiten zu können.

Von Bedeutung ist, die Inhalte der verfügbaren Projekte zu bearbeiten und zu analysieren. Obwohl die Projekte dieselbe Thematik spezifizieren, unterscheiden sie sich je nach Schwerpunkt und Handlungsfeld. Insgesamt wurde ca. 22 deutschsprachige gesundheitsfördernde Projekte im Setting „Schule“ recherchiert. 17 davon gelten als relevant und werden in die Tabelle eingetragen. Diese ließen sich nach Kategorien wie „Angebotsart; Zielgruppe; Thema bzw. Handlungsfeld; Laufzeit; Ergebnisse“ ordnen.

Es lässt sich feststellen, dass die recherchierte Literatur und die Auswertung dieser, ausreichend Material zur Beantwortung der Fragestellung liefert.

4. Ergebnisse

Folgend lassen sich verschiedene Projekte darstellen, die mehr oder weniger die Fragestellung der vorliegenden Arbeit beantworten. Alle unten vorgestellten Projekte sind über das Literaturverzeichnis zu finden.

Unter den ausgewählten Projekten befindet sich ein Projekt, das im Vergleich zu den anderen am frühesten durchgeführt wurde. Das Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung initiierte im Zeitraum 1998 - 1999 ein Programm „Multikulturelles Kinderleben“, das sich mit Alltagserfahrungen ausländischer bzw. geflüchteter Schulkinder auseinandersetzte. Damit sollte der Alltag im multikulturellen Zusammenleben aus Sicht der Kinder dargestellt werden. Außerdem wurden mehr Informationen über Heterogenität der Lebenssituationen von Kindern ausländischer Herkunft gewonnen. Dabei haben die Autoren mithilfe von persönlichen Befragungen versucht, zahlreiche Themen, wie das soziale Umfeld, das Gesundheitsverhalten sowie Wohnbedingungen der Zielgruppe zu erfragen und zu präsentieren. Das Bundesministerium für Frauen, Senioren, Familie und Jugend (BMFSFJ) hat das Projekt in München, Frankfurt am Main und Köln gefördert und im Jahr 2000 erschienen die ersten Untersuchungsergebnisse.

ZuBaKa ist ein im Jahr 2016 in Frankfurt am Main entstandenes Sozialprojekt mit dem Schwerpunkt geflüchtete Kinder. Es ist ein modulares System aus Projekten, Kursen und weiteren Aktivitäten mit dem Ziel, den Schulalltag in Intensiv- bzw. Integrationsklassen zu ergänzen und den gesamten Ankommensprozess der neu zugewanderten Kinder im Schulalter zu begleiten. Das Schulangebot richtet sich vor allem auf die Erstororientierung, Berufsvorbereitung und die sozialen Aspekte des Ankommens in Deutschland. Seit seiner Gründung hat das Projekt vor allem mit Schulleitung, Lehrkräften und Schüler*innen deutschlandweit intensiv zusammengearbeitet und dadurch mehrere Schulkinder mit Fruchterfahrung über das Setting Schule unterstützt. Unter verschiedenen Aspekten orientiert sich das Team dieses Projektes auf die psychische Gesundheit der minderjährigen Geflüchteten beim Schulbesuch. Die zahlreichen Auszeichnungen und Preise dieser Sozialorganisation zeigen, dass die Ziele und Strebungen erreicht werden und neue Perspektiven sowie Ideen in der ständigen Erarbeitung sind.

REFUGIUM - Rat mit Erfahrung: Flucht und Gesundheit – Information und Multiplikation – ist ein Projekt, das auf die Stärkung der Gesundheitsressourcen von Flüchtlingen in Unterkünften und Aktivierung ihrer Potenziale für Gesundheitsförderung und Prävention abzielt. Das Projekt hat Prof. Dr. Christine Färber und die Lehrbeauftragten Nita Kama in dem Forschungsprojekt „Flüchtlingsgesundheit“ im Rahmen der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW Hamburg) im Jahr 2015 entwickelt um neu geflüchtete Menschen zu erreichen. Die Erreichbarkeit der Zielgruppe – Geflüchtete ab 12 Jahren – ist durch Multiplikatoren*innen geplant. Sie werden dafür in Workshops ausgebildet um Gesundheitsinformationen in didaktisch aktivierender und partizipativer Form an Geflüchtete zu vermitteln. Am Standort der HAW Hamburg bietet REFUGIUM diese Ausbildung für Geflüchtete als Multiplikator*innen für Gesundheitsförderung und Prävention. In 16 Unterrichtsstunden werden die Teilnehmer*innen zu folgenden Themen ausgebildet:

- Prävention von Infektionskrankheiten (Impfen);
- Bewegungs- und Mobilitätsförderung;
- Ernährung;
- Zahn-/ Mundgesundheit;
- Psychische Gesundheit.

Abschließend erhalten sie ein Zertifikat der HAW Hamburg und führen die thematischen Workshops in Fluchtunterkünften durch.

Das Angebot ist in Deutsch und Englisch sowie in Albanisch, Arabisch, Bulgarisch, Dari/Farsi, Russisch und Türkisch erhältlich. Zu den Ergebnissen dieses Projektes zählt folgendes:

- Erhalt der Ausbildung als REFUGIUM-Multiplikator*innen;
- Wissens- und Interessenszuwachs bei Geflüchteten;
- Wichtiger Beitrag zu Integration;
- Erfahrungsaustausch;
- Bestätigung des Bedarfes an gesundheitsförderndes Kinderprogramm usw.

“MiMi-Gewaltprävention für geflüchtete Frauen, Kinder und Migrantinnen“ (MiMi-Gewaltprävention) ist ein Projekt des Ethno-Medizinischen Zentrums e.V. in Kooperation mit der Dualen Hochschule Baden-Württemberg Villingen-Schwenningen (DHBW), das sich mit vielen Fragen der Migration, Integration sowie Gesundheit in deutscher Gesellschaft beschäftigt. MIMI-das Gesundheitsprojekt ist ein Beispiel von

vielen weiteren Projekten dieser Organisation, die regelmäßig durchgeführt werden. Das Programm entstand im Jahr 2003 und erreicht jährlich neue wichtige Ziele bei Migranten*innen und Geflüchteten. Es werden die Informationen wie: Mütter- und Kindergesundheit, Ernährung und Bewegung, Impfschutz, Diabetes, Pflege, Vorsorgeuntersuchungen, Seelische Gesundheit, Suchtprävention oder Medizinische Rehabilitation in den Sprachen: Arabisch, Albanisch, Dari, Deutsch, Farsi, Paschto, Kurdisch/ Kurmanci, Türkisch, Serbisch/Kroatisch/Bosnisch, Russisch, Englisch und Französisch zur Verfügung gestellt. Die MiMi-Gesundheitsinitiative bestimmen Partizipation, Bildung von Gesundheitskompetenz und Hilfe zur Selbsthilfe. Die Zielgruppe sind nicht nur Erwachsene, sondern auch Kinder und Jugendliche im Schulalter. So erhalten beispielsweise minderjährige Bewohner in Hamburger Flüchtlingsunterkünfte von MiMi-Mitarbeiter*innen regelmäßige Besuche mit Bewegungsangeboten, Mannschaftsspielen sowie anderen spannenden Aktivitäten. Bisher berichtet MiMi über keinen Kontakt mit deutschen Schulen mit dem Anteil von geflüchteten Kindern, die Zusammenarbeit bleibt zukünftig aber gewünscht.

„Spannende Schule – entspanntes Miteinander“ – ist ein von Hamburgischer Arbeitsgemeinschaften (HAG), Hamburger Krankenkassen und Krankenkassenverbände initiiertes und finanziertes Projekt. Im Zeitraum 2003 – 2006 wurde das Projekt an Hamburgischen Schulen in vier Stadtteilen mit hoher sozialer Benachteiligung durchgeführt. Alle am Schulalltag Beteiligten sollten im Laufe des Projektes ihre Ausgangslage verbessern sowie das Risikoverhalten und soziale Ungleichheit reduzieren. Außerdem sind mit dem Projekt weitere Ziele zu erreichen: Stress- und Konfliktbewältigung; Schaffung eines gesundheitsfördernden Arbeits- und Lernumfeldes in der Schule; Minimierung sozialer Benachteiligung durch Verhaltens- und Verhältnisänderungen; Verbesserung des Selbstbewusstseins usw. Laut dem Bericht von der HAG lassen sich wichtige positive Veränderungen in Schulalltag je Schule nennen: Verbesserung der Schulklima, des Wohlbefindens sowie der Gesundheit der Beteiligten; seltenere Streiten und Aggressionen; Feststellung negativer Lebensverhalten bei Schüler*innen usw. (Roggenbach, 2006).

Seit 1998 existiert eine gemeinnützige Stiftung CHILDREN FOR TOMORROW in Hamburg. Im Jahr 2011 begann ihre enge Zusammenarbeit mit Universitätsklinikum Eppendorf mit dem Ziel eine therapeutische Behandlung den Kindern und Jugendlichen zu leisten, die Krieg, Flucht oder organisierten Gewalt erlebt haben. Unter zahlreicher Arbeit der Stiftung lässt sich ein im Jahr 2013 entstandenes Projekt

äußern. Die Autoren Huberts und Inal erarbeiten pädagogische Unterrichtsmodule sowie psychologische Grundlagen und präsentieren konkrete Entwürfe für den Unterricht mit Kindern und Jugendlichen mit Migration- und Fluchthintergrund. Mithilfe von diesen Materialien bekommen Pädagogen*innen eine Unterstützung beim Integrieren der neu zugewanderten Kinder sowie beim Kontaktaufbau mit Gleichaltrigen.

Das Projekt „HonigHelden! – Kinder für morgen stark machen“ hat CHILDREN FOR TOMORROW in Kooperation mit der Hamburgs Schulbehörde im Juni 2017 gegründet. Das Projekt hat zum Ziel speziell auf die Bedürfnisse geflüchteter Kinder im Alter von 6-10 Jahren einzugehen sowie die Therapie vor Ort in den Grundschulen anzubieten. Außerdem sind mit diesem Projekt folgende Ziele zu erreichen: Stabilisierung traumatisierter Kinder in Gruppenangeboten; Vorbeugung schwerer mentaler Erkrankungen; Identifizierung der schwer erkrankten Kinder zu einem frühen Zeitpunkt; Behandlung jüngerer Flüchtlingskinder in Einzelsettings; Vermittlung zwischen schulischem Personal und den geflüchteten Familien; Elternsprechstunden; Supervision und Fortbildungen für Lehrer*innen. Als Therapieversorgung der geflüchteten Kinder im Setting Schule ist das Projekt zu diesem Zeitpunkt deutschlandweit einzigartig. Dennoch lässt sich ein zur Behandlung geflüchteter Kinder an Grundschulen erstelltes Behandlungskonzept auf andere Schulen in Hamburg und in Deutschland projizieren.

„Tutmirgut - gesunde Schule“ ist ein auf schulische Prävention bzw. Gesundheitsförderung oder Aufklärung gezieltes Projekt, das durch Gesundheitsamt sowie Verein zur Förderung der Gesundheit im Rhein-Sieg-Kreis e.V. (kivi e.V.) in rund 50 Grundschulen des Rhein-Sieg-Kreises seit 2008 durchgeführt wird. Das Projekt richtet sich an alle Kinder im Grundschulalter (6-10 Jahre) und orientiert sich an Themen wie Stärkung der individuellen Bewältigungsressourcen (z. B. Stressbewältigung/Entspannung); Gesunde Ernährung; Sport und Bewegung; Netzwerkbildung und Organisationsentwicklung. Die Schulen bekommen Beratung sowie Begleitung in den Themen der Gesundheitsförderung. Jede Schule ist einem dauerhaften Schulentwicklungsprozess festgesetzt und ihre Zertifizierung wird alle drei Jahre durch den Rhein-Sieg-Kreis erneuert sowie qualitativ gesichert. Die Erarbeitung der geeigneten strukturellen und angebotsbezogenen Maßnahmen zur

Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung der Schule für die Zielgruppe sowie Begünstigung deren Umsetzung ist durch schulinterne Projektgruppen vorgesehen.

"Gesund macht Schule - ein Settingprogramm zur Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung für die Primarstufe", das durch die AOK Rheinland/Hamburg seit 2001 organisiert und finanziert wird. Das Angebot ist auf Prävention bzw. Gesundheitsförderung oder Aufklärung gezielt und richtet sich an alle Schulkinder im Alter von 6 bis 10 Jahre sowie derer Lehrer*innen und Eltern. Dabei sollte die Zusammenarbeit von Lehrer*innen, Schüler*innen, Eltern und Ärzte*innen im Rahmen gesundheitsförderlicher Maßnahmen stattfinden. Unter anderem geht es um Förderung von gesundheitsbewussten Einstellungen und Verhaltensweisen; Initiierung von Partnerschaften zwischen Schulen und ÄrztInnen; Anknüpfen der stärkeren Einbindung der Eltern in das schulische Leben; Ermöglichen einer gesundheitsförderlichen Gestaltung von Schulen und Umgebung. Darüber hinaus eignet sich das Projekt allgemein auf Setting Schule ohne Berücksichtigung des Anteils von geflüchteten Schulkindern.

Als nächstes Beispiel ist Projekt „Gesundheitsförderung in Willkommensklassen an Grundschulen“ im Kreis Dortmund zu nennen. Um die Gesundheitschancen der Kinder mit Fluchterfahrung zu stärken hat Gesundheitsamt im Jahr 2017 gezielte Gesundheitsförderung im Schulalltag vorgestellt. Den Kindern aus Willkommensklassen werden Gesundheitsthemen interessant und verständlich vermittelt. Dabei sind folgende Ziele zu erreichen: Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit und Unterstützung des Rechts der Kinder auf besten erreichbaren Gesundheitszustand; Stärkung Ressourcen der Kinder zur Bewältigung von Alltagsbelastungen und Erwerb von Strategien für Wohlbefinden und gesunde Lebensweise usw. Zielgruppe sind die Kinder mit Flucht- und Migrationserfahrung (6-10 Jahre) aus den Dortmunds Schulen, wobei die Inhalte auch bundesweit angewendet werden können. Das Projekt wurde für ein Schuljahr geplant und kann aber jährlich wiederholt werden (vgl. Beck, Fleck, Renken, 2017).

“Die Fachstelle Trauma“ ist ein Beratungsangebot für minderjährige begleitete oder unbegleitete Flüchtlinge, die aufgrund von traumatischen Erfahrungen seelisch belastet sind. Sie ergänzt das Angebot zu den bestehenden psychotherapeutischen Angeboten der Regelversorgung für Kinder und Jugendliche sowie deren Familien.

Laut der Autoren der Fachstelle gelingt die Integration besser durch Verarbeitung der vor, während oder nach der Flucht erlebten traumatischen Ereignisse. Die

Durchführung der Beratung findet in Bochum auf Wunsch der Klienten (Kinder und Jugendlichen von 1 bis 18 Jahren sowie angehöriger Familienmitglieder bzw. Betreuer*innen) in der Muttersprache statt. Ziele des Projektes sind folgende: Aufklärung und Beratung über Traumatisierung und Traumafolgestörungen; emotionale Entlastung und Stabilisierung des Kindes/Jugendlichen; Unterstützung im Umgang mit dem traumatisierten Kind/Jugendlichen; Vermittlung von psychotherapeutischen Angeboten; Begleitung bei ambulanten Erstgesprächen; Informationsvermittlung zur kindlichen Entwicklung bzw. defizitären Entwicklung von Kindern und Jugendlichen aus Kriegsgebieten ggfs. Vermittlung von Förderangeboten beispielsweise der Frühförderung; Fachberatung für Fachkräfte aus den unterschiedlichen Kontexten zur Sensibilisierung der Flucht- sowie Traumaproblematik; Verbesserung der Handlungsmöglichkeiten der Fachkräfte im alltäglichen Umgang mit Flüchtlingskindern und deren Familien; Angebot der Supervisionen für Fachkräfte nach belastenden Situationen mit Flüchtlingen usw.

Nachdem die humanitäre Migration sowie neue damit verbundene Herausforderungen in der deutschen Gesellschaft angestiegen sind, wurden viele Städte damit konfrontiert. Am Beispiel der Stadt Wuppertal hat sich hier eine große syrische Community entwickelt. Die Stadt und vor allem das HELIOS Universitätsklinikum Wuppertal (HUKW), sowie Kranken- und Kinderkrankenpflegeschule des institutioneigenen Bildungszentrums (BZ) haben darauf zügig reagiert. So entstand im Juni 2016 Projekt „Integrationsklasse 2017: „U wanna be our trainee?!“ mit dem Ziel den Menschen mit Migrationshintergrund, besonders mit Fluchterfahrung, eine berufliche Perspektive anzubieten und somit das Ankommen in der neuen Heimat zu protegieren. Es wurde ermöglicht, 30 zusätzliche Ausbildungsplätze im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege den jungen Menschen mit Fluchtbiografie anzubieten. Der Schwerpunkt des Projektes liegt auf der Konzeption spezifischer Maßnahmen – wie Pflegepraktika, individuelle Sprachförderung, fachlicher Unterricht, persönliche Betreuung etc. - und ist hierbei von besonderer Bedeutung. Außerdem wird so der unmittelbare Kontakt zu Geflüchteten durch aktive Begegnungsorte wachsen. Erfolgreiche Teilnahme sowie Abschluss der Ausbildung stehen für Chancengleichheit, verbessern das Selbstverständnis, ein Teil der Gesellschaft zu sein. Das Erlernen eines Berufes ergibt ein festes Einkommen sowie die wirtschaftliche Unabhängigkeit; soziale Kontakte werden dabei interethnisch ausgebaut und die individuelle Selbstverwirklichung sowie das Gesundheitsverhalten eventuell

unterstützt. Das Projekt eignet sich für die junge Generation mit Fluchterfahrung (19 – 29 Jahre alt) im Kreis Wuppertal.

In der angehängten Tabelle sind auch andere Projekte dargestellt, die den Suchkriterien entsprechen. Weitere Projekte wie „Kids Welcome“, „VERBUNDPROJEKT SHELTER: Begleitete und unbegleitete geflüchtete Minderjährige“ und andere weisen eine ähnliche Thematik, wie die bereits analysierten Projekte, dennoch werden nicht die Details erläutert, sie werden nur in der Tabelle skizziert.

Andere Projekte mit dem Schwerpunkt „Gesundheitsförderung im Setting Schule“ wie: „Komm mit in das gesunde Boot“, "Sport gegen Gewalt, Intoleranz und Fremdenfeindlichkeit", „komm auf Tour“, „Check dich selbst: Quiz für Jugendliche“ liefern Informationen sowie Handlungsmöglichkeiten für Schulkinder und Jugendliche allgemein. Dennoch eignen sie sich auch genauso gut für Personen mit Fluchterfahrung. Die aktive Teilnahme an solchen Projekten, Programmen und/oder Kursen fördert die Verbesserung physischer sowie psychischer Gesundheit, erweitert Wissen über Sexualerziehung bzw. Pubertät, knüpft Kontakte zu Gleichaltrigen und weckt neue Interessen.

Abschließend lässt es sich sagen, dass die zeitliche Durchführung der vorgestellten Projekte innerhalb einer Zeitspanne von zwanzig Jahren, zwischen 1998 – 2019, liegt und die durchgeführten Projekte einen breiten Bereich im Themenfeld Gesundheit abdecken.

1. Zusammenfassung und Empfehlungen

In diesem Kapitel erfolgt eine Zusammenfassung der durchgeführten Arbeit sowie weitere Empfehlungen bezogen auf die ausgewählte Problematik. Vor allem erfolgt eine Darstellung der Ergebnisse der gewählten Methodik innerhalb dieser Arbeit.

Deutschland ist in den letzten Jahren zu einem wichtigen Zufluchtsland für geflüchtete Menschen geworden. Aufgrund dessen, müssen in der Gesellschaft neue Bedingungen geschaffen werden, um Informationen über gesundheitsrelevante Themen erhalten zu können und somit Kompetenzen der neu angekommenen Menschen zu fördern. Es besteht ein Bedarf, die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention auf gesundheitspolitischer Ebene zu stärken und finanziell auszubauen. Es sollten neben den verhaltens- auch verhältnispräventive

Maßnahmen umgesetzt werden. Hierfür ist das im Juli 2015 verabschiedete Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention angesetzt. Die Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung sind künftig zu verbessern und dafür gibt es geplante jährliche Finanzierungen von den Krankenkassen (RKI, 2015, S. 273).

Die Pädagogen*innen sowie das ganze System Schule stehen vor einer enormen Herausforderung durch die Kinder, die in sozialen Brennpunkten aufwachsen, Verhaltensauffälligkeiten aufweisen, sowie emotionale Probleme haben und fachübergreifende Hilfe benötigen. Kinder und Jugendliche mit Fluchterfahrung können sich für die Schule begeistern und schaffen hohe Bildungserfolge, wenn im Unterricht geeignete methodische und didaktische Schritte initiiert werden. Dafür ist ein tiefes Verständnis für die innere Welt und die emotionalen Probleme der Schulkinder, sowie derer Familien zu erreichen. Pädagogische, sozialpädagogische oder politische Ansätze reduzieren Belastungen und Beschwerden bei Kindern mit Fluchterfahrung und fördern sie im Bildungsweg abhängig von ihren Fähigkeiten und Kenntnissen (vgl. Adam, Inal, 2013, S. 7). Die Aufgabe der Schule ist die Mitwirkung an der Gesundheitsförderung der Schüler*innen. So kann ein hohes Maß an Bewegungs-, Gesundheits- und Sozialkompetenz herausgebildet werden, indem die gesundheitsfördernden Maßnahmen z. B. im Sportunterricht sowie eine vielseitige körperlich-sportliche Allgemeinbildung initiiert werden. Eine Vernetzung mit inner- und außerschulischen Partnern, sowie systematische Offenheit nach außen ermöglicht eine Weiterentwicklung der Schulen in eine gute und gesunde Schule.

Weitere Fachkräfte, besonders aus dem Gesundheitsbereich, zu beteiligen wäre auch optional. Die Schul- und Sozialmitarbeiter mit Sprachkenntnissen haben eine wichtige Rolle, da sie die geflüchteten Kinder besser verstehen und unterstützen können (vgl. McElvany et al., 2017, S. 52). Betroffene Kinder haben Schwierigkeiten in ihrem neuen Alltag Vertrauen zu aufzuzeigen. Eine Möglichkeit, einen positiven Einfluss auf sie zu haben, besteht darin, eine Beziehung zu ihnen aufzubauen. Am Beispiel der Schule könnte es eine Bezugsperson sein, die eine Bindung herstellt und das Kind mit Fluchterfahrung stärkt und ermutigt (Vgl. Shah, 2015, S.17). Eine Person, welcher das Kind vertraut, kann den Prozess des Lernens und der Weiterentwicklung positiv beeinflussen. Außerdem sollten neu angekommene Kinder das Gefühl haben, dass sie Angehörige einer Gemeinschaft sind. Das bedeutet, dass sie sich als ein Teil oder Mitglied der Schule, der Gemeinde oder Stadt fühlen und nicht als fremde

behandelt werden. Für eine erfolgreiche Förderung der Kinder und Jugendlichen mit Fluchterfahrung im Setting Schule sollten die Lehrer*innen über Herkunftsländer, aktuelle sowie vergangene Lebenssituation der SchülerInnen Bescheid wissen (Benholz, 2016, S.41). Außerdem sollte Schulpersonal über das Wissen von psychischen Belastungen oder Beschwerden verfügen um eine förderliche Lernumgebung zu schaffen (Vgl. Adam, Inal, 2013, S. 50).

Die Schule ist für geflüchtete Kinder ein sicherer Ort, wo sie Struktur, Nahrung, Bewegungsangebote z. B. im Sportunterricht, Hygiene bzw. Sauberkeit, Höflichkeit usw. vorfinden. Alle diese Kriterien spielen wichtige Rolle für das Wohlbefinden der heranwachsenden Generation. Sobald die Kinder sich außerhalb des Schulgebäudes befinden ist unklar in welchen Umständen sowie Bedingungen sie leben müssen (Zierahn, 2015, S. 28). Deswegen ist es von Bedeutung, dass sie regelmäßig zur Schule gehen und ihre Chancen auf ein besseres Leben erhöhen. Die niedrige Qualität des Aufenthaltsstatus, gesetzliche Beschränkungen, institutionelle sowie soziale Benachteiligung, Alltagsdiskriminierung, traumatische Erlebnisse aus der Vergangenheit usw. sind die Schwierigkeiten, auf die die neu zugewanderten Flüchtlinge am häufigsten treffen und bewältigen müssen. Genauso wie Erwachsene sind auch Geflüchtete im Schulalter von diesen Problemen betroffen (Gag, Foges, 2014, S. 53).

Eine Zusammenarbeit zwischen den Internationalen, Willkommens- oder/und Vorbereitungsklassen und den Hochschulen bzw. Studierenden konnte auf Schulkinder positiv wirken. Dies hilft beispielsweise die Schüler mit Fluchthintergrund zu stärken, sowie Ressourcen zu entdecken. So können die Schüler*innen erfahren, wie andere Menschen mit Migrations- oder Fluchthintergrund sich integrieren und welche möglichen Ziele es im Leben zu erreichen gilt; sich mit Erfahrungen und Ideen austauschen, das soziale Umfeld erweitern usw.

In der vorliegenden Arbeit sind mehrere Risikofaktoren wie Sprachkenntnisse, niedrige sozioökonomische Lage, Traumatisierung, physische sowie psychische Beschwerden usw. erwähnt worden, die den Gesundheitszustand der Schulkinder mit Fluchterfahrung negativ beeinflussen können. Da die Gesundheit ein mehrdimensionaler Gegenstand ist, sind verschiedene Faktoren zu beachten, um Chancen der geflüchteten Kinder auf eine normale Gesundheitsentwicklung zu erhöhen. Es sollte eine komplexe und intensive Arbeit mit mehreren Akteuren wie der Schulverwaltung sowie Schulpersonal, Familienangehörige oder

Erziehungsberechtigte, sowie mit Kindern und Jugendlichen allein stattfinden (vgl. McElvany et al., 2017, S. 53). Die gesundheitsfördernden Projekte sind nur eine Möglichkeit dafür und sind aber in manchen Situationen leider nicht ausreichend. Dennoch ist zu beachten, dass viele nützlichen Ideen und Erkenntnisse sich erst mit der Zeit und mit gesammelter Erfahrung oder nach den ersten Ergebnissen von Programmen und Projekten entwickeln. Ebenso können neue Strebungen bzw. Pläne formuliert werden, sobald die vorher erreichten Ziele evaluiert sind. Aktive Mitarbeit aller Beteiligten im Schulprozess vor allem bei Schulkindern mit Fluchterfahrung, sowie deren Lehrer*innen, wird ebenso positive Ergebnisse im Prozess der Gesundheitsförderung leisten. Eine regelmäßige Kontrolle sowie die Besprechung der Gesundheitslage von geflüchteten Kindern sollte aus der Sicht der Schulverwaltung nicht unterlassen werden. Außerdem sind tägliche Bewegung und Sport von großer Bedeutung. Dadurch können die Kinder vor allem ihren physischen Gesundheitszustand verbessern sowie emotionale Stabilität aufbauen. Darüber hinaus entwickelt regelmäßige körperliche Aktivität die motorischen Fähigkeiten, das Selbstkonzept sowie das Sozialverhalten des Kindes, was wiederum die Gesundheit positiv beeinflussen kann (vgl. Uhlmann, 2015; McElvany et al., 2017, S. 61). Sport und diverse Bewegungsarten gelten für Kinder als Ressource ihrer Gesundheit und Persönlichkeitsentwicklung. Sie funktionieren mit den Eigenschaften eines „Integrationsmotors“, der „alle Sprachen spricht“ und Menschen aller Kulturen „spielend verbindet“ (Benholz et al, 2016, S.131).

Durch Musik, Kochen, Spielen oder/und Tanzen lässt sich das Gefühl der Gemeinschaft bei geflüchteten Schulkindern, die verschiedene Sprachen sprechen und unzureichend Deutsch können, erzielen (Proll et al, 2016, S. 11).

Mit der vorliegenden Arbeit wurde versucht darzustellen, welche Rolle die Gesundheitsförderung für Schulkinder spielt. Außerdem wurde erwähnt wie die gesundheitsfördernden Maßnahmen im Schulalltag involviert werden. Als Zielgruppe der durchgeführten Arbeit sind Schulkinder und Jugendliche mit Fluchterfahrung ausgewählt worden und es wurde versucht die wichtigsten Aspekte ihres Lebens- sowie Gesundheitsverhalten nach der Flucht darzustellen. Darüber hinaus konnten diese Arbeit 17 ausgewählten Projekte aus dem Bereich Gesundheitsförderung aufzeigen, die sich mehr oder weniger für geflüchtete Schulkinder eignen. Außerdem lässt sich die Fragestellung „Wie kann die Gesundheit der Schulkinder mit Fluchterfahrung durch verschiedene gesundheitsfördernde Projekte im Setting

„Schule“ unterstützt werden?“ anhand der durchgeführten Literaturrecherche beantworten. Zusammenfassend lässt sich behaupten, dass die ausgewählten Projekte eine gesundheitsfördernde Wirkung auf Kinder und Jugendliche mit Fluchterfahrung leisten. Je nach Thematik der vorgestellten Projekte werden mehrere Gesundheitsziele bei der Zielgruppe erreicht.

Die ausgewählten Methoden konnten Vor- und Nachteile aufzeigen. Im Laufe der Arbeit hat sich herausgestellt, dass es nicht zu allen Themenfeldern sowie nicht über alle Datenbanken ausreichend Information zur Verfügung steht. Die Recherche über Google Scholar hat genügend Material zu überwiegend allen formulierten Fragen erzielt, während die Datenbank PubMed dieselbe Thematik aus einer anderen Perspektive präsentieren konnte und nicht ausreichend Informationen geliefert hat. Mit allen angewendeten Recherchestrategien ergibt sich aber ein positives Bild über das zur Verfügung stehende Material.

Diskussion

„Es dauert einfach eine gewisse Zeit, bis Mädchen und Jungen sich öffnen, bis sie die Schulregeln begreifen, den Umgang mit neuen Menschen und Dingen erlernen“ (Zierahn, 2015, S. 28). Anders gesagt brauchen die mehr oder weniger traumatisierten Kinder mit Fluchterfahrung mehr Zeit und Geduld bis sie sich auf ein neues Leben einstellen bzw. gewöhnen können. Von der Seite des Schulpersonals bedeutet dies, dass sie ausreichend Unterstützung und Verständnis anbieten.

Erst dann wird dieses Problem entsprechend berücksichtigt bzw. behandelt, wenn es gleichwertig mit den anderen üblichen Gesundheitsfragen im Setting Schule betrachtet bzw. gelöst wird. Es braucht aber eine gewisse Zeit, bis sich die Schule, bezüglich der besonderen Bedürfnisse der geflüchteten Kinder verändert und modernisiert. Obwohl die gesundheitsfördernden Maßnahmen eher auf Schulkinder generell abgezielt sind, beinhalten sie den Fakt, dass die heutige Schule im Wandel ist und sich kulturell sowie inhaltlich verändert. Es sollte immer mehr auf Schüler*innen mit Migrations- und Fluchthintergrund geachtet werden, besonders auf ihr Gesundheitsverhalten und vor allem auf psychischen Zustand. Wie es zuvor bereits erwähnt wurde, können sich die Folgen der Fluchttraumatisierung im weiteren Lebensverlauf der Kinder bemerkbar machen und gesundheitsschädlich sein.

Es ist umstritten, ob und wie ein Projekt sowie Idee der Gesundheitsförderung erfolgreich ist. Es ist auch häufig von subjektiven Aspekten der Kinder abhängig, ob die Ziele bzw. Pläne sich erreichen oder realisieren lassen. Die persönliche Bereitschaft des Kindes aktiv mitzuarbeiten, sich den anderen Personen zu öffnen oder z. B. eigene Gesundheitsverhalten zu verbessern, ergeben letztendlich das gesamte Resultat. Dies konnte der Grund dafür sein, warum die Gesundheitsprojekte häufig Misserfolge aufweisen oder nur teilweise ihre Ziele erreicht haben.

Außerdem ist bei dem Thema Flüchtlinge und Gesundheit der sprachliche Aspekt zu berücksichtigen. Beispielsweise war das Ergebnis sowie die Qualität der zahlreichen Begegnungen der Autorin zu geflüchteten Menschen während des Studiums von dem gegenseitigen Sprachverständnis abhängig. In diesem Fall ist von Bedeutung, dass die Person bzw. das Kind die Sprache beherrscht und in der Lage ist, das Angebot zu anerkennen bzw. anzunehmen.

Häufig erfolgt die Prüfung des Kriteriums „gesunde Schule“, wo folgende Aspekte wie Organisationsstruktur, Gesundheitszustand von Lehrer*innen sowie Schüler*innen, Qualität der Fortbildungen, Jahresziele in den Schulen evaluiert werden (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2008, S.6).

Darüber hinaus liegen keine eindeutigen und allgemeingültigen Aussagen bezüglich der Richtigkeit bzw. Vollständigkeit für gesundheitsfördernde Schulen, sowie für entsprechende Maßnahmen vor. Die Auswertung der gesundheitsfördernden Maßnahmen im Setting Schule findet je Schule oder Schulgemeinschaft bezogen auf bestimmtes Programm bzw. Aktion statt. Es kann also zu Überprüfungen kommen, wenn dort bestimmte Aktivitäten oder konkrete Handlungen geplant bzw. durchgeführt werden. Es existieren jedoch keine globalen bzw. generellen Kriterien, die die Qualität der Gesundheitsförderung im Setting Schule bewerten können. Je nach durchgeführten Maßnahmen bezüglich Gesundheitsförderung z. B. von Gesundheitstagen oder Informationsunterricht über Ernährung, Bewegung, Selbstwahrnehmung usw. werden die Ergebnisse evaluiert.

Fazit

Diese Arbeit beschäftigte sich mit dem breiten Themenfeld der Gesundheitsförderung für Schulkinder und Jugendlichen, die Fluchthintergrund haben. Obwohl mehrere Punkte analysiert und erwähnt wurden, bleibt das Thema aus Sicht der

Informationsverfügbarkeit immer noch wenig beforscht. Mehrere Daten über Gesundheit der geflüchteten Schulkinder, verfügbare Angebote sowie ihre Teilnahme an einer Gesundheitsförderung in der Schule fehlen immer noch oder befinden sich im Anfangsstadium der Erforschung. Bezüglich der vorgestellten Thematik sollte weitergeforscht werden, da hier noch mehrere Aspekte zu analysieren sind. Die Evaluationsergebnisse der ausgewählten Projekte können beispielsweise die Erkenntnisse der Fragestellung erweitern und vermutlich eine bessere Vorstellung über die Gesundheitschancen der geflüchteten Kinder bieten. Genauso ergeben die weiteren Methoden wie Befragungen sowie Hausbegegnungen neue Perspektive für die Erfassung des ausgewählten Themas.

Literaturverzeichnis

1. „HonigHelden! – Kinder für morgen stark machen“. Projekt von Stiftung Children for Tomorrow, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Hamburg. <https://www.children-for-tomorrow.com/honighelden/> Stand 27.07.2019
2. „Spannende Schule – entspanntes Miteinander“. Projekt von Hamburgischer Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG). Hamburg. <http://www.hag-gesundheit.de/magazin/veroeffentlichungen/broschueren/2006>. Stand 17.07.2019.
3. Adam, H. (2008). Seelische Gesundheit von Flüchtlingskindern: eine empirische Untersuchung an Hamburger Schulen. Hamburg: Univ., FB Medizin, Habil.-Schr.
4. Adam, H., Inal, S. (2013). Pädagogische Arbeit mit Migranten und Flüchtlingskindern. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
5. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2008). Evaluation von Gesundheitsförderung im Setting Schule. Bergisch Gladbach. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_evaluation/setting_schule/Praev_Eva_Handbuch_3_Setting_Schule_2008-06.pdf. Stand 19.07.2019.
6. Bals, T., Hanses, A., Melzer, W. (2008). Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings. Ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppenorientierten Lebenswelten. Weinheim/München: Juventa Verlag.
7. Baum, H. (2017). Vielfalt gestalten. Flüchtlingskinder in der Kita. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder.
8. Beck, J., Fleck, S., Renken, F. (2017). Unterrichtskonzepte für das Programm Gesundheitsförderung in Willkommensklassen an Grundschulen. Projekt von Gesundheitsamt. Dortmund. https://www.dortmund.de/media/p/gesundheitsamt/pdf_gesundheitsamt/gesundheitsfoerderung/2017_Broschuere_GesundheitsFoe-Willkommen_WEB.pdf. Stand 26.07.2019.
9. Benholz, C., Frank, M., Niederhaus, C. (2016). Neu zugewanderte Schülerinnen und Schüler – eine Gruppe mit besonderen Potentialen. Münster/New York: Waxmann.

10. Bergmann, E., Eis, D., Ellert, U. et al. (2008). Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Berlin: Robert Koch Institut.
11. Brink, A. (2013). Anfertigung wissenschaftlicher Arbeiten. Ein prozessorientierter Leitfaden zur Erstellung von Bachelor-, Master- und Diplomarbeiten. Wiesbaden: Springer Gabler.
12. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). (2018). Das Bundesamt in Zahlen 2017. Asyl, Migration und Integration. Nürnberg. <http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2017.html?nn=9121126>. Stand 19.07.2019.
13. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). (2016). Gesetzesentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Integrationsgesetzes. https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/entwurf-integrationsgesetz.pdf?__blob=publicationFile&v=4. Stand 19.07.2019.
14. Bundesministerium für Bildung (BMB). (2016). Die gesundheitsfördernde Schule. Gesundheitsförderungsmaßnahmen des BMB im Kontext der Rahmengesundheitsziele. Wien. https://bildung.bmbwf.gv.at/schulen/unterricht/uek/gesundheit_gfs.pdf?6kdmey. Stand 22.07.2019.
15. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZfGA). (2019). Kindergesundheit-info.de: Infomaterial. <https://www.kindergesundheit-info.de/infomaterial-service/>. Stand 27.07.2019.
16. Die Genfer Flüchtlingskonvention (GFK). Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28. Juli 1951 (In Kraft getreten am 22. April 1954). Protokoll über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 31. Januar 1967 (In Kraft getreten am 4. Oktober 1967). https://www.unhcr.org/dach/wp-content/uploads/sites/27/2017/03/GFK_Pocket_2015_RZ_final_ansicht.pdf. Stand 19.07.2019.
17. Eberle, J. (2019). Schutzsuchende. Ein Konzept zur Quantifizierung des Bestands an Ausländerinnen und Ausländern, die sich aus humanitären Gründen in Deutschland aufhalten. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Destatis). https://www.destatis.de/DE/Methoden/WISTA-Wirtschaft-und-Statistik/2019/01/schutzsuchende-012019.pdf?__blob=publicationFile&v=1. Stand 19.07.2019.

18. Esselborn-Krumbiegel, H. (2004). Von Idee zum Text. Eine Anfertigung zum wissenschaftlichen Schreiben. Paderborn: Verlag Ferdinand Schöningh.
19. Fachstelle Trauma für minderjährige Flüchtlinge. Projekt von Diakonie Ruhr, Bochum. https://www.diakonieruhr.de/rat_und_hilfe/menschen_in_notlagen___fluechtlingshilfe/fachstelle_fuer_minderjaehrige_fluechtlinge_mit_traumatisierung. Stand 27.07.2019.
20. Gesund macht Schule - ein Settingprogramm zur Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung für die Primarstufe. Projekt von AOK Rheinland/Hamburg und Ärztekammer Nordrhein. Düsseldorf. <https://www.gesundmachtschule.de/>. Stand 17.07.2019.
21. Hamburgisches Schulgesetz (HmbSG) vom 16. April 1997 § 28 a Sprachförderung (2018). Hamburg: Behörde für Schule und Berufsbildung. <https://www.hamburg.de/contentblob/1995414/3ccecba460184cf0d867cc3a5e7e13b2/data/schulgesetzdownload.pdf;jsessionid=6D4D2E698DDB9F743028D7AF0176BAF7.liveWorker2>. Stand 19.07.2019.
22. Hoffmeyer-Zlotnik, P., Grote, J., Konar, Ö., Tangermann, J. (2017). Migration, Integration, Asyl, Politische Entwicklungen in Deutschland 2016: Jährlicher Bericht der deutschen nationalen Kontaktstelle für das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN). Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. <http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/EMN/Politikberichte/emn-politikbericht-2016-germany.html>. Stand 19.07.2019.
23. Integrationsklasse 2017: "U wanna be our trainee?!". Projekt von Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Wuppertal. <https://www.praeventionskonzept.nrw.de/datenbank/dist/index.php/search/view?pruid=245592>. Stand 27.07.2019
24. Kaba-Schönhstein, K. (2018). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Berlin: BZgA.
25. Karakayali, J., zur Nieden, B., Kahveci, C., Groß, S., Heller, M. (2017). Die Kontinuität der Separation. Vorbereitungsklassen für neu zugewanderte Kinder und Jugendliche im Kontext historischer Formen separierter Beschulung. Berlin: Waxmann. https://www.waxmann.com/index.php?eID=download&id_artikel=ART102186&uid=frei. Stand 19.07.2019.

26. Kids Welcome. Projekt von Baschu e.V. Hamburg. <http://kids-welcome.org/unsere-arbeit/>. Stand 17.07.2019.
27. Kindler, H., Johansson, S. (2010). Flüchtlingskinder, Jugendhilfe und Kinderschutz. Impulse: Das Bulletin des Deutschen Jugendinstituts. 1/2014. München: Deutsches Jugendinstitut e. V. (DJI).
28. Korntheuer, A. (2016). Die Bildungsteilhabe junger Flüchtlinge: Faktoren von Inklusion und Exklusion in München und Toronto. Münster: Waxmann.
29. Krumwiede-Steiner, F., Zielonka, J., Schneider, J. (2017). Flüchtlingsklassen unterrichten: Hintergrundwissen, Organisationshilfen und Arbeitsmaterialien. Hamburg: Persen.
30. Lechner, C., Huber, A. (2017). Ankommen nach der Flucht. Die Sicht begleiteter und unbegleiteter junger Geflüchteter auf ihre Lebenslagen in Deutschland. München: Deutsches Jugendinstitut e. V.
31. Massumi, M., von Dewitz, N., Grießbach, J., Terhart, H., Wagner, K., Hippmann, K., Altinay, L. (2015). Neu zugewanderte Kinder und Jugendliche im deutschen Schulsystem. Köln: Mercator-Institut für Sprachförderung und Deutsch als Zweitsprache. Zentrum für Lehrer*innenbildung der Universität zu Köln. http://bag-e-h.de/wp-content/uploads/2016/03/MI_ZfL_Studie_Zugewanderte_im_deutschen_Schulsystem_final_screen.pdf. Stand 19.07.2019.
32. McElvany, N., Jungermann, A., Bos, W., Günter Holtappels, H. (2017). Ankommen in der Schule. Chancen und Herausforderungen bei der Integration von Kindern und Jugendlichen mit Fluchterfahrung. Münster/New York: Waxmann Verlag. <https://books.google.de/books?id=pz16DgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=true>. Stand 19.07.2019.
33. Meyer, H., Ritgen, K., Schäfer, R. (2016). Flüchtlingsrecht und Integration. Wiesbaden: Kommunal- und Schulverlag.
34. MiMi – Das Gesundheitsprojekt von Gewaltprävention mit Migranten für Migranten. Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. Hannover. <https://www.mimi-gegen-gewalt.de/das-projekt/ueber-mimi-gesundheitsfoerderung/>. Stand 27.07.2019.
35. Morris-Lange, S. (2018). Schule als Sackgasse? Jugendliche Flüchtlinge an segregierten Schulen. Berlin: SVR-Forschungsbereich.
36. Müller, K. (2019). Unbegleitete minderjährige Ausländer. Inobhutnahme und Betreuung im Landesbetrieb Erziehung und Beratung. Hamburg: Landesbetrieb Erziehung und Beratung.

<https://www.hamburg.de/contentblob/2672526/098719ff7a6bf7073d7172a9b9984e91/data/doku-2010.pdf>. Stand 19.07.2019.

37. Multikulturelles Kinderleben. Projekt von Deutschen Jugendinstitut. München.
[https://www.dji.de/medien-und-](https://www.dji.de/medien-und-kommunikation/publikationen/detailansicht/literatur/549-ergebnisse-der-kinderbefragung-zusammenfassung-und-resuemee.html)

[kommunikation/publikationen/detailansicht/literatur/549-ergebnisse-der-kinderbefragung-zusammenfassung-und-resuemee.html](https://www.dji.de/medien-und-kommunikation/publikationen/detailansicht/literatur/549-ergebnisse-der-kinderbefragung-zusammenfassung-und-resuemee.html). Stand 27.07.2019.

38. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1. Stand 19.07.2019.

39. Paulus, P. (2009). Anschub.de – ein Programm zur Förderung der guten gesunden Schule. Waxmann. Münster/ New York/ München/ Berlin.

40. Pittelkow, C. (2015). So werden minderjährige Flüchtlinge in Hamburg beschult: Basisklassen und Internationale Vorbereitungsklassen. In Hamburg macht Schule: Zeitschrift für Hamburger Lehrkräfte und Elternräte: Pädag.-Beitr.-Verl., Vol. 27, No. 1, S. 24-27. <http://docplayer.org/19077891-So-werden-minderjaehrige-fluechtlinge-in-hamburg-beschult.html>. Stand 19.07.2019.

41. Pospiech, S., Amler, M., Kilian, H. (2017). Kriterien für gute Praxis der sozialbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. Berlin: Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit.

42. Projekt „Flüchtlingsambulanz für Kinder, Jugendliche und ihre Familien“. Stiftung Children for Tomorrow, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Hamburg.
<https://www.children-for-tomorrow.com/fluechtlingsambulanz/>. Stand 27.07.2019.

43. Projekt ZuBaKa: der Zukunftsbaukasten. Frankfurt am Mail.
<https://www.zubaka.de/unterst%C3%BCtzung-1/f%C3%B6rderer/>. Stand 17.07.2019.

44. Proll, B., Engert, A., Kramer, K., Meyer, M., Brüntrup, J., Stork, A. (2016). Flucht - Schule – Begegnungen. In Hamburg macht Schule: Zeitschrift für Hamburger Lehrkräfte und Elternräte: Pädag.-Beitr.-Verl., Vol. 28, No. 4, S. 6-27.
<https://www.hamburg.de/contentblob/7541628/6536dc880cd186b693d7dc7790ecface/data/hms-4-16.pdf>. Stand 19.07.2019.

45. REFUGIUM: Rat mit Erfahrung: Flucht und Gesundheit – Information und Multiplikation. Projekt von Buhck-Stiftung und BürgerStiftung. Hamburg.
<https://refugium.budrich.de/mehr-information-zum-konzept-zu-erfahrungen-und-zur-entwicklung/>. Stand 17.07.2019.

46. Roggenbach, B. (2006). Gesundheitsförderung im Schulalltag durch konstruktive Stress- und Konfliktbewältigung. Spannende Schule – entspanntes Miteinander. Hamburg: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG).
47. Saß, A., Lampert, T. et al. (2015). Gesundheit in Deutschland – Einzelkapitel: Wie steht es um Prävention und Gesundheitsförderung (S. 241 – 298)? Berlin: Robert Koch-Institut.
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/04_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile
. Stand 19.07.2019.
48. Schubert, I., Horch, K., Kahl, H., Köster, I., Meyer, C., Reiter, S. (2004). Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Berlin: Robert Koch-Institut. http://www.gbe-bund.de/pdf/gesundheit_von_kinder_und_jugendlichen.pdf. Stand 19.07.2019.
49. Shah, H. (2015). Flüchtlingskinder und jugendliche Flüchtlinge in der Schule. Stuttgart: Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg. <https://km-bw.de/site/pbs-bw-new/get/documents/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/kultusportal-bw/Publicationen%20ab%202015/2015-10-21-Fluechtlingskinder-Screen.pdf>. Stand 19.07.2019.
50. Statista. (2019). Syrien: Anzahl der Flüchtlingskinder im Zeitraum 2013 bis 2016. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/524018/umfrage/kinder-auf-der-flucht-aus-syrien/>. Stand 19.07.2019.
51. Statista. BMBWF (Österreich). (2019). Anzahl der Flüchtlingskinder an Schulen in Österreich in den Schuljahren 2015/2016 bis 2017/2018. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/912107/umfrage/fluechtlingskinder-an-schulen-in-oesterreich/>. Stand 19.07.2019.
52. Statistisches Bundesamt (Destatis). (2018). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Schutzsuchende: Ergebnisse des Ausländerzentralregisters. Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publicationen/Downloads-Migration/schutzsuchende-2010240177004.pdf?__blob=publicationFile&v=4. Stand 19.07.2019.
53. Suck, J. (2015). Gesundheitsförderung an Schulen aus ethischer Sicht. Frankfurt am Main: Peter Lang.
54. Tangermann, J., Hoffmeyer-Zlotnik, P. (2018). Unbegleitete Minderjährige in Deutschland. Herausforderungen und Maßnahmen nach der Klärung des

aufenthaltsrechtlichen Status. Fokusstudie der deutschen nationalen Kontaktstelle für das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN). Berlin: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Working Paper 80.

55. Traumatisierungsketten durchbrechen – Handlungsunsicherheiten überwinden – Schutzsysteme stärken. Projekt von Bundesweiter Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (BAfF). Berlin. <http://www.baff-zentren.org/aktivitaeten-und-projekte/traumatisierungsketten-durchbrechen-handlungsunsicherheiten-ueberwinden-schutzsysteme-staerken/>. Stand 27.07.2019.

56. Tutmirgut - gesunde Schule. Projekt von kivi e.V.Siegburg. <https://www.kivi-ev.de/index.php/tutmirgut>. Stand 17.07.2019.

57. Uhlmann, B. (2015). Studie über syrische Flüchtlinge. Ein Drittel der Flüchtlingskinder ist psychisch krank. Süddeutsche Zeitung. 1.09.2015. <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/studie-ueberminderjaehrige-fluechtlinge-ein-drittel-der-kinder-sind-psychisch-krank-1.2630085>. Stand 19.07.2019.

58. VERBUNDPROJEKT SHELTER: Begleitete und unbegleitete geflüchtete Minderjährige. Universitätsklinikum Ulm. Ulm. <https://shelter.elearning-kinderschutz.de/>. Stand 27.07.2019.

59. von Gostomski, B., Christian et al. (2016). IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten: Überblick und erste Ergebnisse. IAB-Forschungsbericht. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB). <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/149618/1/872587827.pdf>. Stand 19.07.2019.

60. Zanzu: Mein Körper in Wort und Bild. Projekt von Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln. <https://www.zanzu.de/de/>. Stand 27.07.2019.

Anhang

Tabelle 1. Gesundheitsfördernde Projekte (Eigene Darstellung).

Projektnummer	1	2	3	4
Titel	Anschub.de „Allianz für nachhaltige Schulgesundheit und Bildung in Deutschland“	Integrationsklasse 2017: "U wanna be our trainee?!"	Gesund macht Schule - ein Settingprogramm zur Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung für die Primarstufe	Tutmirgut - gesunde Schule
Zielgruppe, Alter	alle Schulmitglieder, jedes Alter	junge Erwachsene mit Flucht- und Migrationshintergrund, 19-29 Jahre	Kinder im Grundschulalter, 6-10 Jahre	Kinder im Grundschulalter, 6-10 Jahre
Handlungsfeld / Thema	Entwicklung aller deutschen Schulen zu guten gesunden Schulen	Integration von geflüchteten jungen Menschen in die Gesellschaft und den Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen durch Ausbildung	Zusammenarbeit von Lehrer*innen, Schüler*innen, Eltern und Ärzten*innen in Rahmen gesundheitsförderlicher Maßnahmen; Förderung von gesundheitsbewussten Einstellungen und Verhaltensweisen; Patenschaften zwischen Schulen und ÄrztInnen; stärkere Einbindung der Eltern in das schulische Leben; Bewirkung einer gesundheitsförderlichen Gestaltung von Schulen und Umgebung	Stärkung der individuellen Bewältigungsressourcen (z. B. Stressbewältigung/ Entspannung); Gesunde Ernährung; Sport und Bewegung; Netzwerkbildung; Organisationsentwicklung
Setting	Schule	Ausbildungs- sowie Arbeitsplatz	Schule	Schule
Laufzeit, Ort	2002 - 2015, Hamburg	01.06.2016, Wuppertal	ab Januar 2001; Nordrhein-Westfalen, Hamburg	ab August 2008, NRW Kreis: Rhein-Sieg-Kreis
Initiierung, Finanzierung	Bertelsmann-Stiftung	Jobcenter Wuppertal; Internationaler Bund - Freier Träger der Jugend-, Sozial- und Bildungsarbeit e.V. Wuppertal	AOK Rheinland/Hamburg; Ärztekammer Nordrhein	Rhein-Sieg-Kreis, Gesundheitsamt
Web-Seite	https://www.bertelsmannstiftung.de/de/publikationen/publikation/did/die-gute-gesunde-schule-gestalten-1/	https://www.praeventionskonzept.nrw.de/datenbank/dis/index.php/search/view?pr oid=245592	http://www.aok.de/rh	https://www.kivi-ev.de/index.php/tutmirgut
Ergebnisse Anwendungsrelevanz Skala 1-5	Eine bundesweite Plattform für Bildung und Gesundheit; Organisation von Erfahrungsaustausch zwischen den Ländern z. B. Bayern, Berlin oder Nordrhein-Westfalen; Unterstützung von Landesprogrammen beim Auf- und Ausbau ihrer Strukturen und bei der Qualitätssicherung und Wirksamkeit des Programms für gute gesunde Schule; Anschub der innovativen Projekte zum Thema Bildung und Gesundheit	noch nicht bekannt, Ausbildung läuft	Konzept; Praxisbeispiele; nachweisbarer und signifikanter Lernerfolg von Kindern mit Migrationshintergrund; erfolgreiche Elternarbeit; Ernährungsprojekte und Rezepte	Einbeziehung aller Schulmitglieder; Verhalten- und Verhältnisänderung; Beschäftigung für und mit dem "gesunden Potenzial"
	3	4	4	4

Projektnummer	5	6	7	8
Titel	Trauma isierungsketten durchbrechen – Handlungsunsicherheiten überwinden – Schutzsysteme stärken	Zanzu: Mein Körper in Wort und Bild	REFUGIUM: Rat mit Erfahrung: Flucht und Gesundheit – Information und Multiplikation	„HonigHelden! – Kinder für morgen stark machen“
Zielgruppe, Alter	alle Menschen mit Fluchterfahrung, jedes Alter	Migranten sowie Geflüchtete, ab 12 Jahren	Geflüchtete, ab 12 Jahren	geflüchtete Kinder, 6-10 Jahre
Handlungsfeld / Thema	Früherkennung von psychisch erkrankten und/oder traumatisierten Personen; Aufklärung über mögliche Behandlungen und Betreuung; Entwicklung mobiler Beratung in Unterkünften; Analyse struktureller Bedingungen der psychosozialen Betreuung und Behandlung von Asylsuchender; Sensibilisierung der Versorgungsbedarfe im Kontext „Flucht und Trauma“; Verbesserung der Qualität, Effektivität und Effizienz des Gesundheitswesens für Betroffene	Informa tionen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit in 13 Sprachen: Körper; Schwangerschaft und Geburt; Verhütung; HIV und andere sexuell übertragbaren Infektionen; Sexualität sowie Beziehungen; Rechte sowie Gesetze im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit	Teilmodule in 8 Sprachen: Prävention von Infektionskrankheiten (Impfen); Bewegungs- und Mobilitätsförderung; Ernährung; Zahn-/ Mundgesundheit; Psychische Gesundheit	Stabilisierung traumatisierter Kinder in Gruppenangeboten; Vorbeugung schwerer mentaler Erkrankungen; Identifizierung schwer erkrankter Kinder zu einem frühen Zeitpunkt; Behandlung jüngerer Flüchtlingskinder in Einzelsettings; Vermit lung zwischen schulischem Personal und den geflüchteten Familien; Elternsprechstunden; Supervision und Fortbildungen für Lehrer
Setting	Aufnahmeeinrichtung, Schule, Beratungsstelle	Gesundheitseinrichtungen, Arztpraxen	Fluchtunterkunft	Schule
Laufzeit, Ort	01. Juli 2018 – 30. Juni 2020, Deutschland	Februar 2016, Deutschland	ab September 2015, Hamburg	seit Juni 2017, Hamburg
Initiierung, Finanzierung	Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds; Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V.	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Sensoa, WHO	HAW Hamburg, Hochschule für angewandte Wissenschaften, De-part-ment Gesundheitswissenschaften	CHILDREN FOR TOMORROW, Schulbehörde
Web-Seite	http://www.baff-zentren.org/aktivitaeten-und-projekte/traumatisierungsketten-durchbrechen-handlungsunsicherheiten-ueberwinden-schutzsysteme-staerken/	https://www.zanzu.de/de/ueber-uns/	https://refugium.budrich.de/mehr-information-zum-konzept-zu-erfahrungen-und-zur-entwicklung/	https://www.children-for-tomorrow.com/honighelden/
Ergebnisse	bisher unbekannt	Zugang auf umfangreiche Informa tionen; selbstbestimmte und informierte Entscheidungen; verantwortungsvolle Handlungen	Ausbildung als REFUGIUM-Multiplikator*innen; Wissen- und Interessezuwachs; wichtiger Beitrag zu Integration; Erfahrungsaustausch; Bedarf an gesundheitsförderndes Kinderprogramm	Erstellung eines Behandlungskonzepts zur Behandlung geflüchteter Kinder an Grundschulen basierend auf den gewonnenen Erfahrungen des Monitorings und der Evaluation; Übertragung auf andere Schulen in Hamburg sowie in Deutschland
Anwendungsrelevanz Skala 1-5	4	4	4	5

Projektnummer	13	14	15	16	17
Titel	VERBUNDPROJEKT SHELTER: Begleitete und unbegleitete geflüchtete Minderjährige	MiMi – Das Gesundheitsprojekt	Kids Welcome	ZuBaKa	Multikulturelles Kinderleben
Zielgruppe, Alter	geflüchtete Minderjährige, unter 18 Jahren	Migranten sowie Geflüchtete, jedes Alter	geflüchtete Kinder und Jugendliche, unter 18 Jahren	geflüchtete Kinder und Jugendliche, unter 18 Jahren	Flüchtlingskinder, 5-11 Jahre
Handlungsfeld / Thema	Traumafolgen und psychische Belastungen im Kontext von Flucht und Asyl; Umgang mit selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten bei Kindern und Jugendlichen mit Fluchterfahrungen; Schutzkonzepte für Betreuungsorganisationen	Informationen zu Mütter- und Kindergesundheit, Ernährung und Bewegung, Impfschutz, Diabetes, Pflege, Vorsorgeuntersuchungen, seelische Gesundheit, Suchtprävention oder medizinische Rehabilitation; Gesundheitstage, Gestaltung der Erholungsräume	erste Unterstützung der Geflüchteten nach Ankommen; Kinderbetreuung und Spielen auf Deutsch; Schuttbegleitung sowie Unterstützung; Schutz und Sicherheit; Zahnhygiene; Gesundheitsversorgung in Form Obstprogramm und Shiny Teeth; BABYMOBIL	Verbesserung der Startbedingungen bei Flüchtlingskindern; Begleitung und Integration im Schulalltag, Unterstützung psychischer Gesundheit; sprachliche und soziale Förderung	Multikulturalität im Alltag geflüchteter Kinder; Gestaltung des Lebens in der Schule und Wohn- sowie Sozialumfeld;
Setting	Online-Kurs	Flüchtlingsunterkunft, Sprachkurs, Kulturzentrum sowie andere	Schule, Flüchtlingsunterkunft	Schule	Schule und Kinderbetreuungseinrichtungen
Laufzeit, Ort	2016-2019, bundesweit	seit 2003, bundesweit	seit Sommer 2015, Hamburg	2016, Frankfurt am Main	1998 - 1999; München, Frankfurt am Main und Köln
Initiierung, Finanzierung	Universität Bielefeld, Hochschule Landshut, Universität Hildesheim, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Ulm	Ethno-Medizinisches Zentrum e.V., Duale Hochschule Baden-Württemberg Villingen-Schwenningen (DHBW)	Ehrenamtliche Organisation, Baschu e.V.	Spende, verschiedene Förderungsaktive	Bundesministerium für Frauen, Senioren, Familie und Jugend (BMFSFJ)
Web-Seite	https://shelter.elearning-kinderschutz.de/	https://www.mimi-gegen-gewalt.de/das-projekt/ueber-mimi-gesundheitsfoerderung/	http://kids-welcome.org/unser-e-arbeit/	https://www.zubaka.de/unterst%C3%BCtzung-1/%C3%B6rdnerer/	https://www.dji.de/medien-und-kommunikation/publikationen/detailansicht/literatur/549-ergebnisse-der-kinderbefragung-zusammenfassung-und-resuemee.html
Ergebnisse Anwendung	fachliche thematisierte Präsentationen, Wissensgewinn bei Teilnehmer*innen	Best Practice Beispiel und Case Study der Weltgesundheitsorganisation WHO; Ausbildung der Moderator*innen, mehrsprachige Ratgeber und Leitfäden zu Gesundheitsthemen; verstärkte Eigenverantwortung für Gesundheit und Prävention sowie langfristige Abbau von Ungleichheiten bezüglich der Gesundheitschancen	aktive unterstützende Programme; neue Ideen und Engagement	über 350 Schüler*innen in 8 Schulen erreicht; regelmäßige Auszeichnungen und Preise	Gesamtlage erfahren; Relevanz für Fachkräfte dargestellt; Bericht erstellt
Anwendungsrelevanz Skala 1-5	5	5	5	5	5

Eidesstattliche Erklärung

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

Ort, Datum

Vorname Nachname