



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Aus Kriegsgebieten geflüchtete Familien und ihre Kinder: Entwicklungsrisiken, Behandlungs- angebote, Versorgungsdefizite

Kurzgutachten des Wissenschaftlichen Beirats für
Familienfragen beim Bundesministerium für Familie,
Senioren, Frauen und Jugend

Aus Kriegsgebieten geflüchtete Familien und ihre Kinder: Entwicklungsrisiken, Behandlungsangebote, Versorgungsdefizite

**Kurzgutachten
des Wissenschaftlichen Beirats für Familienfragen beim
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend**

**J. M. Fegert, C. Diehl, B. Leyendecker, K. Hahlweg und der
Wissenschaftliche Beirat¹**

September 2017

¹ Die Autoren danken Susanne Achterfeld, Claudia Catani, Sigrun-Heide Filipp, Thomas Meysen und Valeria Prayon-Blum für die Mitarbeit, insbesondere für die kritische Durchsicht und Kommentierung.

Inhalt

1. Einleitung.....	2
2. Psychosoziale Situation von aus Kriegsgebieten geflüchteten Familien	4
2.1. Psychische Störungen bei geflüchteten Personen	4
2.2. Kinder mit traumatisierten Familienangehörigen.....	6
3. Hilfen für traumatisierte Familien	8
3.1. Erziehungskompetenz stärken	8
3.2. Traumafolgen behandeln	9
3.3. Unterstützende Rahmenbedingungen ermöglichen	10
4. Zugang zur Gesundheitsversorgung für geflüchtete Familien.....	12
4.1. Gesetzliche Grundlagen der Gesundheitsversorgung.....	12
4.2. Zugang zu Gesundheitsversorgung in der Praxis.....	14
4.3. Hindernisse für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung geflüchteter Familien	16
4.4. Hindernisse für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung von mit ihren Eltern geflüchteten Kindern und Jugendlichen.....	17
5. Empfehlungen.....	20
6. Literatur.....	25

1. Einleitung

Der Wissenschaftliche Beirat für Familienfragen beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat 2016 aus Anlass der Veröffentlichung seines Gutachtens „Migration und Familie“ in einer begleitenden Stellungnahme auf den besonderen Unterstützungsbedarf geflüchteter Familien in Deutschland hingewiesen (Wissenschaftlicher Beirat, 2016a). Mit Nachdruck forderte der Beirat darin eine bessere Erkenntnislage zur Wirkung institutioneller Strukturen und Prozesse im Hinblick auf die Teilhabe zugewanderter Familien und deren Kinder sowie eine Moderation der Bemühungen in der Fachpraxis durch die politisch Verantwortlichen. Er äußerte sich sowohl zu aktuellen Herausforderungen betreffend Unterbringung und Versorgung geflüchteter Familien als auch zu den mittel- und langfristigen Voraussetzungen dafür, dass den neu zuwandernden Familien soziale Teilhabe ermöglicht wird, z. B. beim Erlernen der deutschen Sprache, bei der Integration von Kindern und Jugendlichen in das Bildungssystem und der Integration der Erwachsenen in den Arbeitsmarkt. Der Beirat betrachtet dabei die Frage, wie und in welchem Umfang soziale Teilhabe in Bezug auf Bildung, soziale Vernetzung und Gesundheit gelingen wird, als zentralen Maßstab für das Gelingen der Integration. Das Gutachten „Migration und Familie“ (2016b) zeigte zugleich, dass Integration und soziale Teilhabe immer auch eine „Familienangelegenheit“ sind, d. h., dass alle Bemühungen um die Integration von Kindern immer auch auf die jeweilige (Familien-)Situation und etwaige Probleme der Eltern eingehen müssen. Besonders verwies der Beirat in seiner begleitenden Stellungnahme (2016a) darauf, dass die Situation von Familien, die durch Krieg und Flucht räumlich auseinandergerissen wurden, außerordentlich stark belastet ist. Er sah die Zusammenführung von Familien und die aktuell diskutierte Frage des Familiennachzugs deshalb nicht nur aus humanitären Gründen, sondern vor allem unter dem Gesichtspunkt der damit verbundenen Ressourcen und Potentiale für den Einzelnen als auch die Gesellschaft als Ganzes als wichtiges Anliegen an.

Während zu dem damaligen Zeitpunkt noch fast uneingeschränkt von einer lebendigen und kreativen Willkommenskultur und einer Welle großer Hilfsbereitschaft gesprochen werden konnte, zeigt eine Reihe von Befragungen (Übersicht in Plener et al., 2017), dass sich Einstellungen gegenüber Flüchtlingen, insbesondere nach den medial sehr stark diskutierten Ereignissen in der Silvesternacht 2015/2016 in Köln, deutlich verändert haben. Im Rahmen des so genannten „Asylpaket II“ wurde v. a. von der Bundesregierung versucht, diesen veränderten Einstellungen und auch einer veränderten Stimmungslage in der Bevölkerung Rechnung zu tragen: Die bislang eher unbestrittene Tatsache, dass geflüchtete Personen außerordentlich hohen psychischen Belastungen ausgesetzt sind, wurde nun erstmals breiter in der politischen Debatte als „fragwürdiges Abschiebehindernis“ thematisiert. In der Gesetzesbegründung war hierzu wörtlich zu lesen: „Nach den Erkenntnissen der Praktiker werden insbesondere schwer diagnostizier- und überprüfbare Erkrankungen psychischer Art (z. B.

Posttraumatische Belastungsstörungen) sehr häufig als Abschiebehindernis geltend gemacht, was in der Praxis zu deutlichen zeitlichen Verzögerungen bei der Abschiebung führt.“

Aus mehreren Gründen ist diese Einschätzung problematisch. Erstens wurden hier psychische Erkrankungen und speziell das Krankheitsbild der Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) zu Unrecht als schwer überprüfbare Erkrankungen in die Nähe fingierter Abschiebehinderungsgründe gerückt. Zweitens wurde die Annahme, dass bei Geflüchteten Traumatisierungen mit all ihren Symptomen und Auswirkungen vorliegen könnten (wie Panikattacken, massive Schlafstörungen, Depression, Suizidalität), in der öffentlichen Debatte eher bagatellisiert. Selbstredend gilt es festzustellen, dass nicht in jeder geflüchteten Familie, die potentiell traumatisierende Erlebnisse hatte, alle Familienmitglieder psychische Belastungen zeigen oder gar eine posttraumatische Belastungsstörung aufweisen. Gleichwohl sind die Risiken insbesondere geflüchteter Kinder für ein gehäuftes Auftreten posttraumatischer Belastungsstörungen und eine entsprechende Symptombelastung in der Literatur vielfach dokumentiert (Übersicht Witt et al., 2015). Auch der Beirat hatte in seiner oben erwähnten Stellungnahme darauf hingewiesen, dass viele der mit ihren Familien geflüchteten Kinder schon im Herkunftsland traumatisiert worden sind, insbesondere im Zuge der Kriegsbedingungen allgemein oder der Gewalterfahrungen in der Gesellschaft oder ggf. auch in den eigenen Familien. Hinzu kommt, dass viele Kinder zum Teil akuten lebensbedrohlichen Situationen auf der Flucht, z. B. über das Meer, und bedrohliche Situationen im Exilland ausgesetzt waren oder sind. All dies muss nicht zwangsläufig zu einer Traumatisierung bei all diesen Kindern führen, aber das allgemeine Risiko von Traumafolgestörungen ist in dieser Gruppe deutlich erhöht.

Drittens besteht die Gefahr, dass eine Bagatellisierung fluchtbedingter psychischer Belastungen staatliches Handeln in die falsche Richtung lenkt. Es gibt gute empirische Belege für die Wirksamkeit psychosozialer Interventionen für Kinder und Jugendliche, die traumatisierenden Erfahrungen ausgesetzt waren – seien diese Erfahrungen von Menschen gemacht oder in Form natürlicher Katastrophen eingetreten (vgl. Brown et al., 2017). Diese Angebote nicht zu nutzen kann nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern auch für die Gemeinschaft kurz- und langfristig gravierende Nachteile nach sich ziehen.

Vor diesem Hintergrund hielt es der Beirat für erforderlich, die besondere Situation von geflüchteten Familien mit einem – nicht selten mehreren – traumatisierten Familienmitglied(ern) zu erörtern und spezifische Empfehlungen, gerade auch für Gesundheit als einem wichtigen Bereich sozialer Teilhabe, auszusprechen. Zwar lassen sich viele Empfehlungen mit Blick auf andere Bereiche der sozialen Teilhabe, wie sie in dem erwähnten Gutachten dargestellt sind (z. B. Integration in Vereine, Integration in Kindertageseinrichtungen, schulische Integration, Integration in Arbeit), direkt auf geflüchtete Familien übertragen. Doch das Ausmaß potentiell traumatisierender psychischer

Belastungen ist ein Spezifikum bei aus Kriegs- und Konfliktgebieten geflüchteten Personen, das sowohl in familien-fördernden Angeboten für diese Familien als auch in einem erleichterten Zugang zur Gesundheits-versorgung stärkere Beachtung finden muss.

2. Psychosoziale Situation von aus Kriegsgebieten geflüchteten Familien

Menschen reagieren sehr unterschiedlich auf potentiell traumatische Erfahrungen, und nicht jedes potentiell traumatisierende Ereignis führt bei allen Betroffenen mit gleicher Wahrscheinlichkeit zu einer psychischen Störung. Das Vollbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) wird häufiger bei Erwachsenen als bei Kindern gesehen. Kinder reagieren bei vergleichbaren Belastungen häufiger altersentsprechend mit Entwicklungsrückschritten oder -verzögerungen, mit Verhaltens-auffälligkeiten oder mit anderen Belastungssymptomen als mit dem Vollbild der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) (Steil & Rosner, 2009).

2.1. Psychische Störungen bei geflüchteten Personen

Traumatische Ereignisse, die von Menschen verursacht oder herbeigeführt worden sind (wie Vergewaltigung, Kriegshandlungen und Folter), besitzen in der Regel weit dramatischere Auswirkungen auf die Betroffenen als traumatische Ereignisse, die durch „höhere Gewalt“ (d. h. zumindest nicht intentional durch menschliches Tun oder durch Faktoren jenseits menschlichen Handelns) erzeugt worden sind (wie z. B. Verkehrsunfälle oder Naturkatastrophen). In jedem Falle aber ist die „Trauma-Dosis“ ausschlaggebend für die Wahrscheinlichkeit, ob eine Person in der Folge eine PTBS entwickelt oder nicht: Eine steigende Anzahl traumatischer Erfahrungen hängt mit einem zunehmenden (kumulativen) Risiko für eine Erkrankung aus dem Spektrum der Traumafolgestörungen zusammen, das gilt für Erwachsene wie auch für Kinder (Catani et al., 2008a; Neuner et al., 2004).

Es gibt kaum Bevölkerungsgruppen, die so häufig mit einer Fülle von Belastungsfaktoren und potentiell traumatischen Erlebnissen (Krieg, Haft, Folter, Vertreibung und die oft lebensgefährliche Flucht selbst) konfrontiert werden, wie Flüchtlinge aus Kriegsgebieten. Kinder haben teilweise auch innerhalb der Herkunftsfamilie schon häusliche Gewalt und/oder Gewalt gegen sich selbst und Geschwister erlebt.² Darüber hinaus haben Menschen auch vor der Flucht in ihrem Herkunftsland massive potentiell traumatisierende Ereignisse erfahren, die zur Fluchtentscheidung beigetragen haben. Die Flucht selbst geht nicht selten mit akut lebensbedrohlichen Situationen einher. Im Exilland setzt sich das hohe Ausmaß an Belastung fort: Die neue Lebenssituation ist gekennzeichnet durch

² Internationale Vergleichszahlen zum Vorkommen von Kindesmisshandlung und -missbrauch durch Eltern und Sorgeberechtigte finden sich z. B. im dritten Kapitel des World Report on Violence and Health der World Health Organization (Krug et al., 2002).

unsichere Aufenthaltsbedingungen, Beschäftigungslosigkeit, ungünstige Wohnverhältnisse, und die Herausforderung, sich in einer unvertrauten Welt orientieren und in eine fremde Kultur integrieren zu müssen (UNICEF, 2016). Es ist daher nicht weiter verwunderlich, dass eine solche Fülle von Belastungen psychische Probleme erzeugt und eine hohe Prävalenz psychischer Störungen bedingt. Derzeit lässt sich die Häufigkeit psychischer Störungen bei Flüchtlingen in Deutschland noch nicht eindeutig bestimmen; allerdings gibt es erste Erkenntnisse aus einer Studie mit Kindern aus syrischen Familien in einer deutschen Aufnahmeeinrichtung (Soykoek et al., 2017). Die Autoren stellten bei 26 Prozent der unter 6-Jährigen und bei 33 Prozent der 7- bis 14-Jährigen eine PTBS fest. Buchmüller et al. (2017) kommen zu ähnlichen Ergebnissen für 1- bis 5-jährige Kinder, die mit ihren Familien aus dem Irak und aus Syrien geflüchtet waren. Sie fanden, dass diese Kinder aus Kriegsgebieten auch im Vergleich mit klinischen Referenzstichproben in drei Bereichen - Ängstlichkeit/Depression, sozialer Rückzug und gestörte Aufmerksamkeit - besonders hohe Werte erreichten. Auch hier zeigte ein Drittel der Kinder Symptome, die auf eine PTBS hindeuteten. Diese Zahlen entsprechen Angaben internationaler Studien zur Prävalenz psychischer Störungen bei Geflüchteten. Während die Rate einer Traumafolgestörung (wie der PTBS) in der deutschen Allgemeinbevölkerung bei 3 Prozent liegt (Maercker et al., 2008), ist sie in Stichproben von Geflüchteten um etwa das Zehnfache erhöht (Fazel et al., 2005), wobei neben einer PTBS auch depressive Störungen vorliegen. Insgesamt dürften etwa 50 Prozent der Geflüchteten unter irgendeiner psychischen Störung leiden (Attanayake, 2009; BAfF, 2016; Gäbel et al., 2015).

Posttraumatische Belastungsstörungen nehmen, sofern sie unbehandelt bleiben, bei etwa einem Drittel der Erkrankten einen chronischen Verlauf (Falk et al., 1994; Kessler et al., 1995). Insbesondere Überlebende von Kriegshandlungen und anderen Formen organisierter Gewalt – sowohl Soldaten als auch zivile Opfer – leiden auch noch Jahre nach den traumatischen Erlebnissen unter psychischen Beeinträchtigungen (Catani, 2010). Zu den besonders vulnerablen Gruppen gehören Kinder, die in Kriegsgebieten aufwachsen oder aus solchen geflüchtet sind. Obwohl mehr als 80 Prozent der geflüchteten Minderjährigen dies in Begleitung ihrer Eltern taten (Hebebrand et al., 2016), standen häufiger die so genannten „unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge“ in der Diskussion. Zu deren (psychischer) Situation liegen mittlerweile vermehrt Befunde vor (vgl. Möhrle et al., 2016; Witt et al., 2015), und ihr Schutz unterliegt wenigstens bis zum Erreichen der Volljährigkeitsgrenze den annähernd gleichen Rechten, wie er deutschen Kindern und Jugendlichen in Institutionen der Jugendhilfe gewährt wird inklusive eines uneingeschränkten Zugangs zu therapeutischen Angeboten, auch wenn dieser aufgrund mangelnder Therapieplätze nicht immer in der Praxis umsetzbar ist. Anders stellt sich die Situation der Kinder und Jugendlichen dar, die zusammen mit ihren Eltern geflohen sind und die wie auch ihre Eltern psychisch stark belastet sind, zugleich aber in dieser belasteten Familienkonstellation und in der oft schwierigen Aufnahmesituation, in der diese Familien

kaum hinreichende Möglichkeiten für Rückzug und Ruhe finden, einem besonderen Risiko ausgesetzt sind.

2.2. Kinder mit traumatisierten Familienangehörigen

Kinder aus Flüchtlingsfamilien sind wegen ihrer Traumatisierungen im Heimatland und der vielfältigen Belastungen durch die Flucht besonders gefährdet, gravierende kognitive und sozioemotionale Störungen zu entwickeln und in ihrem weiteren Entwicklungsverlauf nachhaltig beeinträchtigt zu sein. Diese Risiken werden erheblich vergrößert, wenn deren Eltern selbst betroffen und deshalb nicht ausreichend in der Lage sind, ihre elterlichen Aufgaben angemessen zu erfüllen und für ihre Kinder eine sichere und förderliche Umwelt zu schaffen. In Familien mit kriegstraumatisierten Eltern sind ein defizitäres Erziehungsverhalten, ein Mangel an Fürsorge und die Anwendung von Gewalt gegenüber Frauen (Saile et al., 2013a) und Kindern (Catani et al., 2008b; Saile et al., 2013b) deutlich häufiger als in unbelastete(re)n Familien. Unglücklicherweise tragen gerade traumatisierte Kinder mit psychischen Auffälligkeiten in solchen Familien ein zusätzliches Entwicklungsrisiko, indem sie häufiger zu Hause verbale oder körperliche Gewalt erleben (Sriskandarajah et al., 2015a). Denn häufig sind Eltern (und andere Erziehungspersonen) damit überfordert, wie auf die Ängste, manchmal auch das aggressive Verhalten ihrer Kinder angemessen und ohne Ausübung oder Androhung von Gewalt zu reagieren sei. Elterliche (körperliche) Gewalt ist in vielen Fällen Ausdruck von Hilflosigkeit und einem Mangel an positiven Erziehungsstrategien und Formen elterlicher Zuwendung und Fürsorge.

Dabei machen die neueren Forschungsarbeiten deutlich, welcher wichtigen Schutzfaktor ein positives Erziehungsverhalten in Familien, die von Krieg und Gewalt betroffen sind, darstellen kann. So zeigte sich in einer Studie mit Kindern und Eltern nach dem Bürgerkrieg in Sri Lanka, dass ein hohes Ausmaß an elterlicher Fürsorge die negativen Auswirkungen der Kriegstraumatisierung auf die psychische Gesundheit der Kinder deutlich abgepuffert hat (Sriskandarajah et al., 2015b). Umgekehrt zeigte sich in verschiedenen Studien, dass gerade in Familien, die von Krieg betroffen sind, Gewalt gegen Frauen und Kinder besonders häufig ist.

Es ist naheliegend, dass die bei einer PTBS ausgeprägte Übererregungssymptomatik, wie sie sich u. a. in erhöhter Reizbarkeit, Wutausbrüchen, Schreckhaftigkeit, gestörter Aufmerksamkeit manifestiert, sich auch in vermehrter Gewalt innerhalb der Familie äußert. Eine Reihe von Studien belegt dies: In einer Stichprobe von Veteranen des Vietnamkrieges, die entweder eine PTBS entwickelt oder keine PTBS entwickelt hatten, berichteten 70 Prozent der ersten Gruppe bedeutsame eheliche Beziehungsprobleme wie häufigere Streitereien, körperliche Aggressivität oder Probleme mit Intimität, während dies in der zweiten Gruppe nur bei 30 Prozent der Fall war (Riggs et al., 1998). Clark et al. (2010) konnten zeigen, dass direkte Kriegserlebnisse bei Männern mit einer erhöhten

Neigung zu körperlicher und sexueller Gewalt gegenüber ihren Ehefrauen verbunden waren. Der bei kriegs-traumatisierten Männern oftmals erhöhte (schädliche) Konsum von Alkohol scheint ein weiterer entscheidender Risikofaktor für die Ausübung innerfamiliärer Gewalt (gegen Kinder und Frauen) zu sein (Catani et al., 2008b; Saile et al., 2013a, 2013b).

In einer Studie mit Bewohnerinnen von Bürgerkriegsgebieten in Nord-Uganda (Saile et al., 2013a) gaben 80 Prozent der Frauen an, im letzten Jahr häusliche Gewalt erfahren zu haben, 71 Prozent berichteten von körperlicher Gewalt und 23 Prozent von sexueller Gewalt durch ihren Partner. Frauen, die viele Kriegstraumata erlebt hatten und eine stärkere Trauma-Symptomatik zeigten, waren besonders häufig von der häuslichen Gewalt betroffen.

Angesichts der hohen Zahlen zu Gewalt in Paarbeziehungen³ ist es kaum verwunderlich, dass auch Kinder in kriegstraumatisierten Familien häufig Opfer von Gewalt werden. Bei Kindern sind externalisierende Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Aggressivität in Folge der Übererregung, siehe oben) häufige Folgen der Traumatisierung, die ihrerseits bei den Eltern körperliche Bestrafungen hervorrufen können. Außerdem sind Kinder, die bspw. unter einer PTBS leiden, deutlich weniger leistungsfähig, sie können sich schlecht konzentrieren und ihren Aufgaben in Schule oder Haushalt nicht nachkommen. Eltern können solche Defizite als Mangel an Anstrengung oder „Widerstand“ bewerten und diese aus Unkenntnis und/oder Überforderung mit Drohungen, Beleidigungen oder sogar Schlägen sanktionieren. Umgekehrt konnten positive Erziehungspraktiken der Eltern sowohl aggressives Verhalten der Kinder, welches als Folge erlebter politischer Gewalt aufgetreten war, reduzieren (Qouta et al. 2008) wie auch bei ängstlichen, emotional belasteten Kindern stabilisierend wirken (Sriskandarajah et al., 2015b). Dieser Einfluss zeigt sich sowohl bei internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten (Sriskandarajah et al., 2015b) wie auch bei aggressivem Verhalten der Kinder als Folge von erlebter politischer Gewalt (Qouta et al., 2008). Abbildung 1 skizziert diese Zusammenhänge zwischen traumatisierenden Erfahrungen, psychischen Belastungen und familiärer Gewalt.

³ So hat laut der vom BMFSFJ in Auftrag gegebenen Studie „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ jede vierte Frau im Alter von 16–85 Jahren im Verlauf ihres Lebens mindestens einmal körperliche und/oder sexuelle Übergriffe durch einen Beziehungspartner erlebt (BMFSFJ, 2013). Bezüglich häuslicher Gewalt gegen Frauen ist auf das ausdifferenzierte Hilfe- und Unterstützungssystem für von Gewalt betroffene Frauen in Deutschland hinzuweisen (wie Frauenhäuser, Fachberatungsstellen, Beratungshotlines wie „Gewalt gegen Frauen“ oder das bundesweite Hilfetelefon „Schwangere in Not“), das auch geflüchteten Frauen und Mädchen offen steht.

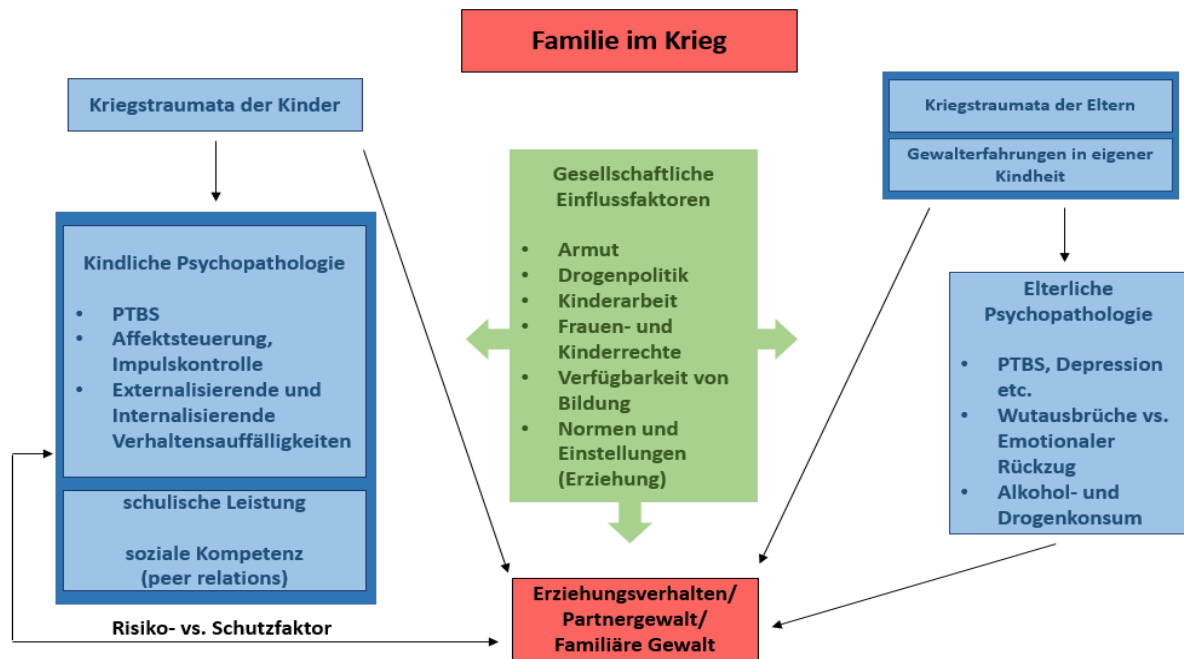


Abbildung 1. Zusammenhänge zwischen gesellschaftlichen, individuellen und familiären Faktoren mit Gewalt in der Familie (Catani, 2016).

3. Hilfen für traumatisierte Familien

3.1. Erziehungskompetenz stärken

Auf Grund der geschilderten Befundlage wird international – wie z. B. durch den UNHCR (Hochkommissar der Vereinten Nationen für Flüchtlinge; s. Williams, 2012) – schon lange gefordert, die Erziehungskompetenz von Flüchtlingseltern zu unterstützen und entsprechende Trainings für Eltern schon in Flüchtlingsunterkünften anzubieten. Dabei sollen den Eltern positive Erziehungsfertigkeiten vermittelt werden, die ihnen trotz ihrer eigenen traumatischen Erfahrungen und trotz ihrer in der Folge der Traumatisierung oft „schwierigen“ Kinder den Umgang mit ihren Kindern und die Alltagsbewältigung erleichtern sollen. Eltern sind für lange Zeit (und in belasteten Situationen ohnehin) die wichtigsten Bezugspersonen, und es muss alles versucht werden, dass auch in Flüchtlingsfamilien die Familie ein sicherer und stabiler Ort für Kinder und Jugendliche ist und bleibt. Dabei gilt es allerdings zu beachten, dass die meisten Flüchtlingsfamilien aus Kulturen kommen, in denen die erweiterte Familie einen hohen Stellenwert hat und folglich auch die sozialen Netzwerke im Herkunftsland sehr familienzentriert gewesen sind. Kontakte zur "Großfamilie", vor allem über das Internet, haben deshalb für viele betroffene Familien eine besondere Bedeutung, insbesondere da doch sehr viele geflüchtete Familien ohne die ganze Großfamilie hier ankommen. Insofern ist aber auch nicht mit einer wesentlichen Unterstützung durch die Großfamilie zu rechnen. Allerdings geht die von der frühesten Kindheit an erlebte Familienzentrierung mit einer sehr oft klaren Werte-

transmission einher, in welcher u. a. Erwachsene als „Respektspersonen“ repräsentiert sind und ein autoritärer Erziehungsstil (inklusive der häufigeren Anwendung körperlicher Bestrafung) verbreitet ist. Solche Strukturen stehen eher im Widerspruch zu Werthaltungen der Aufnahmegesellschaft in Deutschland, in der autoritative Beziehungsstile favorisiert werden und vor allem das Recht von Kindern auf gewaltfreie Erziehung seit 2000 gesetzlich verankert ist (vgl. Gutachten „Bildung, Betreuung und Erziehung für Kinder unter drei Jahren – elterliche und öffentliche Sorge in gemeinsamer Verantwortung“ des Wissenschaftlichen Beirats für Familienfragen, 2008).

Es wird berichtet, dass Flüchtlingsfamilien häufig eine „Kulturschockkurve“ durchlaufen (Issmer & Drewes, 2016). Bei Ankunft in der Aufnahmegesellschaft herrschen eher Zufriedenheit, Hoffnung und eine optimistische Erwartung vor, die mehr oder minder bald einer Ernüchterung und einem Schock im Angesicht all des Fremden weichen muss. Diese Phase gehe oftmals „mit einer Rückbesinnung auf Werte und Traditionen der Herkunftskultur einher, gleichzeitig ergeben sich Umbrüche im Familiensystem. Eltern können sich unfähig fühlen, die Rolle der Versorger der Familie hinreichend auszufüllen, Kinder hingegen werden „parentifiziert“, indem sie zum Beispiel Gänge zu Ämtern übernehmen. [...] Familien mit Zuwanderungsgeschichte sind besonders in dieser Phase unterstützungsbedürftig“ (Issmer & Drewes, 2016, S. 43).

Kinder und Jugendliche können Ressourcen für den Umgang mit Belastungen entwickeln, was am besten gelingt, wenn sie in einer von Sicherheit und Verlässlichkeit geprägten Umgebung leben, in der zugleich Grenzen gesetzt und klare Regeln definiert werden, die von allen in diesem (Familien-) System geteilt werden. Umso dringender ist es notwendig, dass in Familien mit traumatisierten Familienmitgliedern sowie in Familien mit Fluchtbelastung generell Eltern mit den Grundzügen einer so definierten „positiven“ Erziehung und den daraus folgenden Erziehungsregeln vertraut gemacht und entsprechende Unterstützungsangebote bereitgestellt werden.

3.2. Traumafolgen behandeln

Den Mitgliedern geflüchteter Familien und insbesondere jenen, die an einer Traumafolgestörung leiden, muss ein möglichst rascher Zugang zu Gesundheitsleistungen und zu zielführender Hilfe ermöglicht werden, um das Familiensystem insgesamt zu entlasten. Bei der Therapie von Kindern ist der Einbezug der Eltern regelhaft erforderlich; in vergleichbarer Weise sollte im Rahmen der Behandlung eines Erwachsenen, z. B. nach einem Suizidversuch, die gesamte Familie psychologische Unterstützung erhalten und in die Behandlung eingebunden werden. Es gibt zahlreiche Befunde, die zeigen, dass verschiedene, in unserem Gesundheitssystem in der Regel verfügbare therapeutische Methoden wie kognitive Verhaltenstherapie, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) und narrative Expositionstherapie auch nach traumatischen Ereignissen resp. in Krisensituationen hoch wirksam sind. Darüber hinaus zeigte sich auch eine Wirksamkeit von

Interventionen in der Gruppe, z. B. in der Kindertageseinrichtung oder Schule (Brown et al., 2017; Elbert et al., 2017).

Das deutsche Gesundheitssystem ist derzeit allerdings nur unzureichend vorbereitet auf die Behandlung der zahlreichen Flüchtlinge mit psychischen Störungen. Während im Kontext des zu reformierenden Sozialen Entschädigungsrechts die Bedeutung früher Interventionen, z. B. innerhalb von generell einzuführenden Traumaambulanzen, diskutiert wird (Rassenhofer et al., 2016), haben traumatisierte Mitglieder geflüchteter Familien meist keinen unmittelbaren Zugang zu therapeutischer Versorgung. Nach §4 AsylbLG haben Asylsuchende in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthaltes in Deutschland nur einen eingeschränkten Anspruch auf Gesundheitsleistungen. In der Regel werden Kosten nur übernommen, wenn es sich um eine „erforderliche“ Behandlung „akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“ handelt; Psychotherapie fällt üblicherweise nicht unter diese Einschlusskriterien. Das Regelversorgungssystem über niedergelassene ärztliche und psychologische Psychotherapeuten ist ohnehin an der Grenze der Leistungsfähigkeit, und es bestehen fast überall lange Wartelisten für deutsche Patienten. Die Kapazität der 23 psychosozialen deutschen Flüchtlingszentren zur Behandlung von Patienten mit PTBS beträgt z. B. pro Jahr ca. 10.000 Patienten (BAfF, 2016), und das bei einer Zahl von geschätzt 250.000 Therapiebedürftigen. Während gleichwohl die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Einzelpersonen zumindest in Ansätzen möglich ist, gibt es bisher keine breitflächige Hilfe für Familien mit minderjährigen Kindern und Jugendlichen.

Eine Betreuung wird oft zusätzlich erschwert durch Sprachbarrieren: Psychotherapie im Regelsystem ist bei einem Großteil der Patienten nur mit Dolmetschern möglich, die in der Praxis von den Krankenkassen nicht und von den Kommunen allenfalls nach einem aufwendigen Antragsverfahren finanziert werden. Um eine gute Qualität der Übersetzungen und damit auch der Therapien zu gewährleisten, fehlt es an Ausbildung und Supervision von Sprachmittlern und Dolmetschern. Erschwerend hinzu kommen geringe Kenntnisse des kulturellen Hintergrunds der Patienten auf Seiten der Therapeuten, ein unterschiedliches Verständnis von Erziehung und Krankheit, Schuld- und Schamgefühle auf Seiten der Geflüchteten und traumabedingte Gedächtnis- und Beziehungsstörungen (s. Hecht El Minshawi, 2017; BAfF, 2016, S. 15).

3.3. Unterstützende Rahmenbedingungen ermöglichen

Zusätzlich zu den direkten Therapieangeboten für Kinder und Jugendliche sind weitere Maßnahmen erforderlich, um unterstützende Rahmenbedingungen für das Gelingen ihrer Eingliederung zu schaffen. Gerade der Besuch einer Kindertageseinrichtung (Kita), einer Kindertagespflege oder einer Grundschule stellt für Kinder mit Fluchthintergrund eine wichtige Voraussetzung für die Teilhabe in unserer Gesellschaft dar. Basierend auf einer vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung

(IAB), dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) und dem Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) hierzu gemeinsam durchgeführten repräsentativen Studie von mehr als 4.500 erwachsenen Geflüchteten, analysierten Gambaro et al. (2017) die Bildungsteilhabe der Kinder.⁴ Erfreulicherweise zeigte sich, dass mehr als 94 % der über dieses Sample erfassten Kinder im Grundschulalter mit Fluchthintergrund im Jahr 2016 eine Schule besuchten. Bedauerlich allerdings, dass nur knapp die Hälfte dieser Kinder eine Sprachförderung erhielt. Ebenfalls erfreulich ist die Tatsache, dass die 3 bis 6-jährigen Kinder Geflüchteter sich in der Nutzung von Kindertageseinrichtungen nur unwesentlich von allen in Deutschland lebenden Kindern dieser Altersgruppe unterscheiden. Ab dem 3. Lebensjahr, wo noch ein Viertel der geflüchteten Kinder keine Bildungseinrichtung nutzt, sinken die Anteile auf 18,1 Prozent im 4. Lebensjahr, 14,4 Prozent im 5. Lebensjahr, um dann mit dem regulären Eintritt in die Schule minimal zu werden (die reguläre Betreuungsquote beträgt dann 93,6 %). Dieses positive Ergebnis darf aber die Problematik gerade im Bereich der frühen Kindheit (0 bis 3 Jahre) nicht kaschieren. In den ersten drei Lebensjahren nutzen stets mehr als zwei Drittel aller geflüchteten Kinder keine Bildungseinrichtung (nur 15% besuchen eine Kindertageseinrichtung, zum Vergleich: 28% aller in Deutschland lebenden Kinder der gleichen Altersgruppe besuchen eine Kindertageseinrichtung), obwohl früher Spracherwerb und Integration in diesem Kontext sicher am besten gefördert werden könnten (1. Lebensjahr 91 %, 2. Lebensjahr 82,2 %, 3. Lebensjahr 66,3 %, siehe Gambaro et al., 2017). Diese insgesamt erfreuliche deskriptive Analyse zur Teilhabedimension Bildung kann aber keine qualitativen Aussagen zur Wirkung der Angebote machen. Wichtige Anknüpfungspunkte für weitere Maßnahmen zur Unterstützung betroffener Kinder liegen neben den oben beschriebenen Ansätzen bei den Eltern, insbesondere bei den Fachkräften, die an der Betreuung von Flüchtlingen beteiligt sind und bei den in Bildungseinrichtungen tätigen Personen. Ihnen sollte ermöglicht werden, ihr Wissen über die Situation von Familien, Eltern, Kindern und Jugendlichen mit Fluchterfahrungen zu erweitern und ihre Kompetenzen im Umgang mit ihnen zu stärken, damit ihnen die Unterstützung in den diversen institutionellen Einrichtungen bestmöglich gelingen kann (siehe hierzu Baisch et al., 2016).

Wie dringend dies geboten ist, zeigen die Ergebnisse der BeWAK-Studie 2016 (Befragung zur Wertschätzung und Anerkennung von Kitaleitungen, N = 2.100 Befragte): auf einer 6-stufigen Skala von „trifft voll und ganz zu“ bis „trifft überhaupt nicht zu“ auf die Frage hin, ob sie sich auf die Herausforderungen mit den Flüchtlingskindern gut vorbereitet fühlen, haben lediglich 2,4% dieser Aussagen vollumfänglich zugestimmt. Werden die drei Kategorien der Zustimmung zusammengefasst, so fühlen sich 43% vorbereitet, gegenüber 57,1% der Befragten, die sich nicht hierauf vorbereitet fühlen. Ähnliche Befunde zeigten sich in einer Studie der Mercator-Stiftung:

⁴ 45 % der in der Stichprobe erfassten Kinder sind aus Syrien geflohen, ein weiterer Anteil von jeweils 12 % und 9 % kommt aus Afghanistan und dem Irak.

„Lehrkräfte werden im Schulalltag zu oft alleingelassen“ (Morris-Lange et al., 2016, S.4). Lehrkräfte werden in den meisten Bundesländern immer noch unzureichend auf den Schulalltag in der Einwanderungsgesellschaft vorbereitet. In der Lehrerfortbildung gibt es bundesweit immer noch zu wenig Qualifizierungsangebote zu Sprachförderung und (dem Umgang mit) kultureller Vielfalt (Informationen hierzu z.B. auf der Homepage des Sachverständigenrats deutscher Stiftungen für Integration und Migration: www.svr-migration.de).

Positiv zu erwähnen ist noch ein niedrigschwelliger Ansatz zur Integration von jungen Kindern (und häufig auch von ihren Eltern) in die sogenannten Brückenprojekte in NRW. Hierbei handelt es sich um Bildungs- und Betreuungsangebote für Kinder, die aus unterschiedlichen Gründen noch keinen Kitaplatz haben: entweder weil sie und ihre Familien noch keine dauerhafte Unterkunft haben, weil sie erst später im Jahr einen Kitaplatz bekommen werden oder weil sie kurz vor dem Übergang in die Schule stehen. Durch diese Angebote werden Kinder erreicht, die ansonsten mit ihren Eltern weitgehend alleine gelassen und wenig Anregung und Alltagsstruktur erfahren würden. Durch einen guten Betreuer-Kind-Schlüssel gelingt es in diesen Projekten, den Kindern (und ihren Eltern) in einer Phase großer Unsicherheit ein strukturiertes Angebot zu machen, erste Deutschkenntnisse zu vermitteln und den Übergang in die Kita oder die Grundschule vorzubereiten (Busch et al., 2017). Aber auch diese weitgehend sehr erfolgreichen Projekte stehen vor ähnlichen Fragen und Problemen wie reguläre Kitas und Schulen: Wie mit Kindern, die nicht Deutsch sprechen, kommunizieren? Wie mit traumatisierten Kindern umgehen, die plötzlich aggressiv oder apathisch reagieren? Wie mit traumatisierten oder depressiven Eltern umgehen? Entsprechende fachliche Unterstützungsangebote, z. B. für Lehrerinnen und Lehrer, fehlen weitgehend, da kaum entsprechende Fachleute – wie Schulpsychologen oder Psychotherapeuten – hierfür zur Verfügung stehen. In Niedersachsen beträgt z. B. die Relation Schulpsychologe zu Schüler 1 zu 15.000, in Nordrhein-Westfalen 1 zu 8.400 und in Berlin 1 zu 5.000 (Drewes, 2016).

4. Zugang zur Gesundheitsversorgung für geflüchtete Familien

4.1. Gesetzliche Grundlagen der Gesundheitsversorgung

Innerhalb der ersten 15 Monate ihres Aufenthalts im Bundesgebiet ist der Zugang zum Gesundheitssystem für nach Deutschland geflüchtete Menschen im Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG, konkret § 4 und § 6) geregelt. Ihr Anspruch auf Leistungen ist allerdings eingeschränkt und entspricht nicht dem Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung: Gemäß §4 AsylbLG (Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt) haben sie Anspruch auf die ärztliche Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen. Dazu gehört auch die Versorgung mit Arznei- und Verbandsmitteln sowie die „Gewährung sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen. Zahnersatz wird nur im Einzelfall

und nur, wenn dies aus medizinischen Gründen unaufschiebbar erscheint, gewährt“. Die Behandlung chronischer Krankheiten ist hierbei in der Regel nicht vorgesehen. Tritt im Rahmen einer chronischen Erkrankung allerdings ein akuter Krankheits- oder Schmerzzustand ein, so ist dieser wiederum gemäß § 4 AsylbLG zu behandeln. Schwangeren und Wöchnerinnen wird hingegen ein umfassender Anspruch auf „ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel“ wie gesetzlich Versicherten gewährt. Im Rahmen des Asylverfahrensbeschleunigungsgesetzes (Oktober 2015) wurde das Leistungsangebot erweitert und zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten um Schutzimpfungen und medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen ergänzt. Unter letzteres fallen auch die sog. U-Untersuchungen für Kinder.

Ergänzend zu § 4 AsylbLG eröffnet § 6 Abs.1 AsylbLG die Gewährung Sonstiger Leistungen, „wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich, zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten [...] sind“. § 6 Abs. 2 ermöglicht zusätzlich, „Personen, [...], die besondere Bedürfnisse haben, wie beispielsweise unbegleitete Minderjährige oder Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben“, die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe zu gewähren. Aufgrund der generalklauselartigen Formulierung von § 4 und § 6 AsylbLG gibt es hier einen gewissen Interpretationsspielraum und auch noch keine einheitliche Auslegung, was die mögliche Leistungsgewährung angeht. Zusammenfassend kann allerdings festgestellt werden, dass bei einer weit gefassten Auslegung, die gewährte Hilfe – sofern medizinisch erforderlich – erheblich ausgebaut werden kann und sich so der regulären Krankenversorgung weitgehend annähert. So kommt z. B. der Wissenschaftliche Dienst des Bundestages zu folgender Feststellung: „Sind Leistungen zum Schutz des Lebens unverzichtbar und werden diese nicht bereits durch § 4 AsylbLG erbracht, sind sie als sonstige Leistungen gemäß § 6 AsylbLG zu gewähren. Beispiele für unerlässliche Leistungen zur Sicherung der Gesundheit sind die Kostenübernahme einer Behandlung chronischer Erkrankungen, einschließlich der hierfür erforderlichen Versorgung mit Arzneimitteln, oder die Kostenübernahme von ärztlich verordneten Hilfsmitteln wie Orientierungshilfen für Blinde, Hörhilfen, Körperersatzstücke, orthopädische Hilfsmittel oder Brillen.“ (Wissenschaftliche Dienste, 2016).

Auch in der Praxis der medizinischen Behandlung von geflüchteten Personen stellen die Sprachbarrieren ein besonders großes Problem da. Ein Dolmetscher/eine Dolmetscherin muss zusätzlich zu der eigentlichen Krankenbehandlung beim zuständigen Sozialamt beantragt werden. Häufig stellt sich zudem noch die Frage, wer die Kosten für eine Dolmetschertätigkeit auf welcher rechtlichen Grundlage übernimmt (siehe hierzu z. B. DKG 2015, S.7). Dass auch hier eine Kostenerstattung mit § 6 Absatz 1 AsylbLG gerechtfertigt werden kann, zeigt die Antwort der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage bezüglich der gesundheitlichen Versorgung nach dem

Asylbewerberleistungsgesetz: „Leistungsberechtigten kann [...] nach § 6 Abs. 1 AsylbLG ein Anspruch auf Dolmetscherkosten eröffnet sein, wenn die Hinzuziehung eines Dolmetschers im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich oder zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten oder zur Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht erforderlich ist.“ (Deutscher Bundestag, 2014, S.10).

Nach 15 Monaten Aufenthalt im Bundesgebiet haben Asylsuchende gemäß § 2 Abs. 1 AsylbLG dann Anspruch auf Leistungen entsprechend dem SGB XII (Sozialhilfe), also auf dieselbe medizinische Versorgung wie Sozialhilfeempfänger. Diese ist umfangreicher als die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Leistungsrechtlich und verfahrensmäßig werden Asylsuchende wie regulär gesetzlich Krankenversicherte behandelt, sie erhalten also auch eine elektronische Gesundheitskarte (eGK) und sind nicht grundsätzlich von Zuzahlungen bei Arznei-, Hilfs- und Heilmitteln befreit (Kassenärztliche Vereinigung Berlin, 2017).

Die oben genannten Regelungen gemäß Asylbewerberleistungsgesetz umfassen alle Personen, die nach Deutschland flüchten, also auch Kinder und Jugendliche. Hier gilt es allerdings zu unterscheiden, ob diese in Begleitung ihrer Eltern oder unbegleitet eingereist sind. Kommen Kinder in Begleitung ihrer Eltern, so unterliegen sie genau den gleichen Regelungen wie ihre Eltern, d. h. sie haben grundsätzlich also ebenfalls nur beschränkten Zugang zum Gesundheitswesen gemäß Asylbewerberleistungsgesetz. Kommen Kinder und Jugendliche hingegen unbegleitet nach Deutschland, so werden sie unmittelbar vom Jugendamt in Obhut genommen (§ 42 Abs. 1 S.1 Nr. 3, § 42a SGB VIII). Für sie gilt rechtlich das Primat der Kinder- und Jugendhilfe gemäß SGB VIII (Meysen & Achterfeld, 2017). Folglich haben sie auch ab dem Zeitpunkt der Einreise bzw. Inobhutnahme Anspruch auf eine Krankenversicherung gemäß § 42 Abs. 2 bzw. nach § 40 SGB VIII (siehe hierzu Handlungsleitfaden der Stadt Bremen, 2013, S. 26). Im Gegensatz zu den begleiteten Kindern und Jugendlichen haben sie also sofort Anspruch auf eine Gesundheitskarte und damit einen leichteren und deutlich erweiterten Zugang zur Regelversorgung, auch wenn dies nicht automatisch bedeutet, dass sie auch die benötigten Therapien erhalten (z.B. aufgrund fehlender Therapieplätze und mangelnder Verständigungsmöglichkeiten bzw. mangels geeigneter Übersetzer).

4.2. Zugang zu Gesundheitsversorgung in der Praxis

Zum ersten Mal in Kontakt mit dem deutschen Gesundheitssystem kommen Asylsuchende in der Regel nach Ankunft in der Aufnahmeeinrichtung im Rahmen der gesetzlich verpflichtenden Erstuntersuchung (§ 62 Abs. 1 AsylG), bei der vor allem übertragbare Krankheiten erkannt und behandelt werden sollen. In einigen Aufnahmeeinrichtungen wird auch direkt vor Ort im Wege eines Sprechstundenmodells medizinische Versorgung während des Aufenthalts angeboten (BMG, 2016).

Dafür, dass Asylsuchende Zugang zu den Leistungen gemäß Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) erhalten, sind die Länder bzw. die von ihnen per Landesgesetz bestimmten Behörden verantwortlich. Wie dies allerdings im Einzelnen umgesetzt wird, ist aktuell je nach Bundesland bzw. Gemeinde anders geregelt: Grundsätzlich muss vor Behandlungsbeginn dem Arzt/der Ärztin ein vom Kostenträger ausgestellter Behandlungsschein vorgelegt werden. Hierfür müssen Asylsuchende zunächst persönlich bei dem für sie zuständigen Sozialamt vorsprechen. Ob dieser Schein ausgestellt wird oder nicht, liegt im Ermessen des zuständigen Amtsmitarbeiters. Sofern eine erneute oder weitergehende Untersuchung/Behandlung durch einen Facharzt erforderlich ist, muss erneut auch ein neuer Behandlungsschein beantragt werden. Um dieses Prozedere zu vereinfachen, sind viele kommunale Leistungsträger dazu übergegangen, pauschal Behandlungsscheine an Asylsuchende auszuteilen, welche dann drei Monate gültig sind und die es den Asylsuchenden so auch ermöglichen, einen Arzt ihrer Wahl aufzusuchen. Bei einmalig ausgestellten Behandlungsscheinen liegt meistens auch eine Arztbindung vor.⁵

Einige Bundesländer haben sich allerdings dazu entschlossen, bereits vor Ablauf der 15-monatigen Wartezeit, anstelle von Behandlungsscheinen elektronische Gesundheitskarten (eGK) an die Asylsuchenden auszustellen. Die Aufwendungen und einen Verwaltungskostenanteil bekommen die Krankenkassen von den Trägern des AsylbLG erstattet. Asylsuchende erhalten durch die Gesundheitskarten zwar keinen höheren Leistungsumfang als nach AsylbLG, die Karte erleichtert allerdings sowohl ihnen den unbürokratischen Zugang zu ärztlicher Versorgung als auch den behandelnden Ärzten und Ärztinnen die Abrechnung mit dem Kostenträger. Diese auftragsweise Betreuung durch die Krankenkassen auch innerhalb der Wartezeit wird durch § 264 Abs. 1 SGB V ermöglicht, welcher im Rahmen des Asylverfahrensbeschleunigungsgesetzes entsprechend ergänzt wurde und die Krankenkassen dazu verpflichtet, Rahmenverträge mit den Ländern/Landkreisen abzuschließen, wenn diese dies wünschen. Aktuell wird dieses Modell in Bremen, Hamburg, Berlin, Brandenburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz angewendet (Stand: April 2017; GKV, 2017). Hier gilt allerdings zu beachten, dass die Vereinbarungen zwar einem Grundmuster folgen, hinsichtlich konkreter Leistungsansprüche im Detail aber voneinander abweichen. Zudem ist es den einzelnen Kommunen/Gemeinden in den Flächenländern freigestellt, ob sie ihr Beitrittsrecht zur Landesvereinbarung erklären, so dass durch Abschluss eines Rahmenvertrages zwischen Land und Krankenkasse nicht automatisch eine flächendeckende

⁵ Auch im Falle einer Krankenhausbehandlung ist eine vorherige Kostenübernahmeerklärung durch den zuständigen Sozialleistungsträger erforderlich. Die Krankenhauseinweisung durch den niedergelassenen Arzt reicht nicht aus. Notfälle sind hier ausgenommen (DKG, 2015, S.6).

Betreuung durch die Krankenkassen und damit Ausgabe der eGK an alle Leistungsberechtigten innerhalb eines Bundeslandes gegeben ist (GKV, 2017).⁶

Angesichts der großen Unterschiede in der Umsetzung des AsylbLG konstatiert der GKV-Spitzenverband, „dass ein einheitlicher Zugang zu Leistungen der gesundheitlichen Versorgung für Asylsuchende in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts in Deutschland nicht besteht und in Anbetracht der gesetzlichen Vorgaben und der föderalen Rahmenbedingungen auch nicht erreicht werden kann“. Auch die Neuerungen des Asylverfahrensbeschleunigungsgesetzes habe hier keine substantielle Besserung herbeiführen können (GKV, 2017).

4.3. Hindernisse für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung geflüchteter Familien

Das Verfahren der individuell ausgestellten Behandlungsscheine ist aus medizinischer Sicht sehr kritisch zu beurteilen, da hier Mitarbeiter des Sozialamts, die in der Regel nicht über die entsprechenden medizinischen Kenntnisse verfügen, über den Zugang zur medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung entscheiden. Die Gewährung einer Behandlung sollte aber grundsätzlich unter medizinischen Gesichtspunkten stattfinden. Da die Paragraphen §§ 4, 6 AsylbLG offen formuliert und daher auslegungsbedürftig sind, erscheint es umso wichtiger, dass qualifiziertes Personal über die Gewährung einer Behandlung entscheidet. Selbst für Fachleute ist es nicht immer einfach, zwischen akuten und nicht akuten Krankheitszuständen zu unterscheiden.

Für die betreffenden Familien gilt es zusätzlich zu bedenken, dass Eltern nicht selber entscheiden können, ob sie ihr Kind einem Arzt vorstellen möchten, wenn sie zuerst beim Sozialamt vorsprechen müssen und auf das positive Votum der Behörde angewiesen sind. Krankenkassenkarten hingegen würden es ihnen ermöglichen, mit ihrem Kind eigenverantwortlich direkt zu einem Arzt ihrer Wahl gehen zu können.

Für die Ärzteschaft stellen die verschiedenen Abrechnungsarten, vor allem aber die nicht ganz eindeutige Rechtslage eine Herausforderung dar. Sie müssen sehr gut informiert sein, was sie in

⁶ Zu der Frage, ob die Abwicklung über elektronische Krankenkassenkarten teurer ist als über den üblichen Weg der Behandlungsscheine, gibt es noch keine abschließenden Erkenntnisse. Erste Zahlen deuten allerdings darauf hin, dass das eGK-Verfahren nicht teurer zu sein scheint, im Gegenteil sogar wahrscheinlich eher kostengünstiger, was vor allem auf den geringeren Verwaltungsaufwand zurückzuführen ist, da Personalressourcen in den Sozialämtern eingespart werden und Ärztinnen/Ärzte die Abrechnungen wie gewohnt elektronisch abwickeln können. So zeigen Bozorgmehr und Razum in ihrer Studie (2015), in der sie Daten der Jahre 1994 bis 2013 auswerteten, dass die jährlichen Pro-Kopf-Ausgaben für die medizinische Versorgung bei Asylsuchenden mit eingeschränktem Zugang höher ausfielen als bei Asylsuchenden mit regulärem Leistungsanspruch. Vergleichszahlen der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration der Freien und Hansestadt Hamburg (Burmester, 2014) vor und nach Einführung der eGK zeigten, dass die Leistungsausgaben pro Kopf gleich geblieben sind, während beträchtliche Summen an administrativen Kosten eingespart werden konnten. Nicht nur humanitäre Gründe sprechen also dafür, Hindernisse im Zugang zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung abzubauen, sondern auch ökonomische (Frank et al., 2017).

welchem Fall abrechnen können (wie lange ist jemand schon in Deutschland, ist er begleitet/unbegleitet, können Sonstige Leistungen vorgebracht werden, wird über Behandlungsschein oder Krankenkassenkarte abgerechnet usw.). Wie kompliziert dies in der Praxis ist, ist z. B. aus dem Leitfaden der KV Berlin (2017) zum Thema „Medizinische Versorgung von Asylsuchenden“ ersichtlich.

Razum et al. (2016) folgern aus ihrer Studie, dass die derzeit vorherrschende Unterschiedlichkeit in der Art und Weise, wie ein Asylsuchender bei einer Erkrankung behandelt wird, von drei zufälligen Faktoren abhängt: 1. von der Gemeinde, der er zugewiesen wurde, 2. von der Person, die ihn im Sozialamt betreut sowie 3. von den juristischen Kenntnissen der Ärzte, die ihn behandeln. Zudem weisen diese Autoren darauf hin, dass durch den Umweg über das Sozialamt Verzögerungen entstehen und so die Früherkennung und rechtzeitige Behandlung von Erkrankungen behindert werden könnten. Zudem sehen sie die Therapiefreiheit der Ärzte eingeschränkt, da diese nicht sicher sein könnten, welche Behandlungskosten von den Behörden übernommen werden und welche nicht.

Um Unsicherheiten auf Seiten der Behandelnden sowie der Behandelten zu verringern, scheint die flächendeckende Einführung der Gesundheitskarte ein durchaus logischer Schritt zu sein. Allerdings kann die Abrechnung über die eGK diese Unsicherheit auch nicht gänzlich aufheben, da die an geflüchtete Personen ausgegebenen Karten von den Krankenkassen speziell gekennzeichnet werden können. In der Kategorie „Besondere Personengruppe“ findet sich für Asylsuchende ein entsprechender Eintrag, so dass deren aktueller Aufenthaltsstatus und der damit einhergehende Leistungsanspruch für die Ärztin/den Arzt nach wie vor ersichtlich ist, sie/er also den eingeschränkten Leistungszugang berücksichtigen muss.⁷ Allerdings würde die elektronische Gesundheitskarte helfen, auf beiden Seiten bürokratische Hürden zu verringern.

4.4. Hindernisse für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung von mit ihren Eltern geflüchteten Kindern und Jugendlichen

Die aktuelle Rechtslage im Hinblick auf den Zugang zum Gesundheitswesen stellt sich besonders für Kinder und Jugendliche als problematisch dar: Wie bereits erwähnt, werden nach Deutschland geflüchtete Kinder und Jugendliche asyl- und aufenthaltsrechtlich wie ihre Eltern behandelt (Meysen & Achterfeld, 2017), d. h. auch sie haben in den ersten 15 Monaten nach Einreise nur eingeschränkten Zugang zur medizinischen Versorgung. Je nachdem, wie alt ein Kind ist, könnte dies gravierende Folgen für seine weitere Entwicklung haben. So kann sich ein verspäteter Zugang zu Heilmitteln wie einer Brille für ein sehgeschädigtes oder zu einem Hörgerät für ein hörgeschädigtes Kind sich gravierend auf die sprachliche (und insgesamt kognitive) Entwicklung

⁷ Zusätzlich fehlt auf den Karten die Kennzeichnung als Europäische Krankenversichertenkarte, da Flüchtlinge nur innerhalb Deutschlands Leistungen erstattet bekommen.

auswirken und dessen Teilhabe am Sozialleben massiv beeinträchtigen. Dasselbe gilt, wenn psychotherapeutische Angebote nicht zur Verfügung stehen, um traumatische Erlebnisse zu verarbeiten. Zwar eröffnet § 6 (AsylbLG) gerade im Falle von Kindern die Möglichkeit, Hilfen dieser Art in Form „Sonstiger Leistungen“ anzubieten, „wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich, zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten [...] sind“, in der Praxis sind damit allerdings immer wieder Probleme verbunden (s. oben).

Mit der aktuellen Rechtslage verstößt Deutschland in mehrfacher Hinsicht gegen internationale Abkommen, die die Rechte des Kindes schützen sollen. Zum einen stellt ihre Gleichbehandlung mit den Eltern eine nicht erlaubte Diskriminierung gegenüber den in Deutschland ansässigen Altersgenossen gemäß Art. 2 Abs. 2 der UN Kinderrechtskonvention (KRK) dar, wonach die Vertragsstaaten sicherzustellen haben, dass „das Kind vor allen Formen der Diskriminierung oder Bestrafung wegen des Status [...] seiner Eltern, seines Vormunds oder seiner Familienangehörigen geschützt wird“. Laut Meysen & Achterfeld (2017) wird dies besonders deutlich, wenn geflüchtete Kinder und Jugendliche mit geistiger und/oder körperlicher Behinderung von Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII explizit ausgeschlossen werden (§ 23 Abs. 2 SGB XII). Auch steht die aktuelle Regelung, begleiteten Kindern und Jugendlichen in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts in Deutschland nur eingeschränkt Zugang zum Gesundheitswesen zu gewähren, im Widerspruch zu Artikel 24 Abs. 1 der UN Kinderrechtskonvention. Hier hat sich Deutschland dazu verpflichtet, „das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit“ sowie das Recht auf „Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit“ anzuerkennen. Ebenso steht diese Regelung aber auch im Widerspruch zum Grundsatz des Kindeswohlvorranges (UN KRK Art. 3) wie auch der Gleichbehandlung von Kindern: Die begleitet eingereisten Kinder und Jugendlichen erleben nicht nur eine Diskriminierung gegenüber den in Deutschland ansässigen Minderjährigen, sondern auch gegenüber den geflüchteten Kindern und Jugendlichen, die unbegleitet eingereist sind. Letztere erhalten im Zuge ihrer Inobhutnahme durch das Jugendamt einen Leistungsanspruch auf Krankenversicherung gemäß SGB VIII, was sie leistungsrechtlich und verfahrensmäßig mit regulär gesetzlich Krankenversicherten gleichsetzt.

Kinder und Jugendliche im schulpflichtigen Alter, die aus Kriegsgebieten nach Deutschland geflüchtet sind, kommen auch anlässlich der Schuleingangsuntersuchungen mit dem Gesundheitssystem in Kontakt. Dies betrifft diejenigen, die in die erste Klasse kommen, genauso wie ältere Kinder, die als sogenannte „Seiteneinsteiger“ an einer verpflichtenden Schuleingangsuntersuchung teilnehmen. Eine Studie in NRW verglich Kinder, die nur innerhalb Deutschlands den Wohnort gewechselt hatten, mit Kindern, die aus Kriegsgebieten geflohen waren (N= 483), und offenbarte eine deutliche

Ungleichbehandlung (Jäger et al., 2017). Bei 26 Prozent der aus Deutschland zugezogenen, jedoch nur bei 1,45 Prozent der aus Kriegsgebieten zugezogenen Kinder wurde eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit festgestellt; psychologische Behandlung wurde ausschließlich für die deutschen Kinder, jedoch für kein einziges der Kinder aus der Gruppe der Geflüchteten empfohlen. Dies deutet darauf hin, dass deutschen (Kinder-)Ärzten u. a. die diagnostischen Instrumente fehlen, die es ihnen erlauben würden, mögliche Leistungsdefizite auch bei Kindern, die kein Deutsch sprechen, festzustellen. Die meisten der untersuchten Kinder gehörten der Altersgruppe der 7- bis 11-Jährigen und damit jener Gruppe an, für die keine Screening-Untersuchungen zum Entwicklungsstand beim Kinderarzt vorgesehen sind. Wie jedoch schon erwähnt, ist bei dieser Altersgruppe geflüchteter Kinder anzunehmen, dass etwa ein Drittel von ihnen Symptome aufweist, die für eine PTBS sprechen. Ganz offensichtlich ist die Untersuchung sog. „Seiteneinsteiger“ besonders wichtig, da auf diesem Wege den Kindern der einzige planmäßige Kontakt mit dem Gesundheitssystem eröffnet wird.

5. Empfehlungen

1.) Psychosozialen Risiken von aus Kriegsgebieten geflüchteten Familien muss frühzeitig Rechnung getragen werden.

In Familien, die aus Kriegsgebieten geflüchtet sind, besteht ein deutlich erhöhtes Risiko für die Entwicklung von behandlungsbedürftigen Traumafolgestörungen, die sich auch im offenen Verhalten manifestieren, das Funktionieren im Alltag erschweren oder gar verhindern und in der Regel das gesamte Familiensystem belasten. Frühe Beratung, Hilfen und Unterstützungsangebote für diese Familien, z. B. in Bezug auf gemeinsame Aktivitäten mit den Kindern, Zugang zu Bildung und anregende Formen der Freizeitgestaltung, aber auch Möglichkeiten der Belastungsreduktion im Alltag sind (lebens-)wichtig.

2.) Belastete Familien mit Kindern sollten möglichst - im besten Sinne des Wortes - „familienfreundlich“ untergebracht werden.

Hierzu gehören auch ein Schutz der Privatsphäre und Maßnahmen in den Einrichtungen, die vor erneuter Belastung durch Bedrohung und Übergriffe wie auch vor Reizüberflutung und Lärm schützen, denn die Bedeutung geregelten Schlafs für die Wiedererlangung psychischer Stabilität ist nicht zu unterschätzen („Schlafhygiene“). Die äußeren Umstände der Unterbringung tragen wesentlich zur wahrgenommenen Sicherheit auf Seiten der Familien, ihrem Wohlbefinden und damit zu ihrer psychischen Stabilisierung bei. Erstaufnahmekonstrukturen müssen und können aufgrund des gesunkenen Zuwanderungsdrucks adäquate Möglichkeiten der Unterbringung für Familien gewährleisten.

Bezüglich der häuslichen Gewalt gegen Frauen sei hier nochmals auf das ausdifferenzierte Hilfe- und Unterstützungssystem für von Gewalt betroffene Frauen hingewiesen, das auch geflüchteten Frauen und Mädchen offen steht. Über diese Angebote sollte mehr informiert werden.

3.) Traumatisierte Eltern benötigen Zugang zu geeigneten Angeboten zur Stärkung ihrer Erziehungskompetenzen.

Eltern, die aus Kriegsgebieten geflüchtet sind, brauchen Hilfen zur Wiedergewinnung oder Stärkung ihrer Erziehungskompetenzen. Diese Hilfen müssen familienorientiert und kultursensitiv sein, denn nicht selten löst die Ankunft in der Fremde bei diesen Eltern einen „Kulturschock“ aus; sie werden konfrontiert mit anderen Ansichten über Erziehung und das Aufwachsen von Kindern (wie über das Zusammenleben in Familien insgesamt). Die Reaktionen auf einen solchen Schock mögen individuell sehr verschieden sein und von

Depressivität, zu Resignation, Kindesvernachlässigung oder einem destruktiven Erziehungsverhalten reichen bis hin zu Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung, die ihrerseits von Gewalt gegen Kinder und Erwachsene in der Familie begleitet sein können. Hilfen für solche Eltern können schon darin liegen, sie mit dem Prinzip der gewaltfreien Erziehung resp. dem Verbot von Körperstrafen vertraut zu machen und ihnen alternative erzieherische Lösungswege aufzuzeigen. Eltern sollen darin unterstützt werden, ihre Kinder liebevoll, konsequent und gewaltfrei zu erziehen. Dieses Prinzip der sogenannten „autoritativen“ Erziehung hat sich in vielerlei Hinsicht als förderlich erwiesen („Freiheit in Grenzen“, vgl. Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zu Stärkung familialer Beziehungs- und Erziehungskompetenzen, 2005). Es trägt dazu bei, Kinder in ihren Entwicklungs- und Entfaltungsmöglichkeiten nachhaltig zu stärken, die gelebten Beziehungen innerhalb der Familie zu bereichern und im Falle außergewöhnlicher Belastungen zumindest deren Folgewirkungen zu mindern. Die späte Einführung des Prinzips gewaltfreier Erziehung in das deutsche BGB im Jahr 2000 hat zu einem nachhaltigen Einstellungswandel in der deutschen Bevölkerung gegenüber Körperstrafen geführt (Plener et al., 2016) und illustriert, dass ein Wertewandel in Erziehungsfragen durchaus möglich ist.

4.) Familien, die mit ihren Kindern aus Kriegsgebieten geflüchtet sind, brauchen leichten Zugang zu vielfältiger Unterstützung.

Eltern in diesen Familien brauchen eine vielfältige, nachhaltig wirksame Unterstützung zur Wiederherstellung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens aller Familienmitglieder. Hier bieten sich die Ausweitung von Modellprogrammen wie „Elternchance II: Starke Netzwerke Elternbegleitung für geflüchtete Familien“ des BMFSFJ oder solche Programme an, die vor allem auf regionaler Ebene erfolgreich sind, wie beispielsweise das Projekt „Interkulturelle Bildungsboten und Bildungsbotinnen der Stadt Herne“. In diesem – wie auch in Projekten anderer Städte – werden zugewanderte Eltern ausgebildet, andere Eltern zu unterstützen und ihnen bei Problemen und Konflikten zur Seite zu stehen.

Eine Aufgabe dieser Größenordnung verlangt den Einsatz bereits bestehender und bewährter, kostengünstiger und wissenschaftlich abgesicherter Programme.

Solche Programme müssen folgende Bedingungen erfüllen:

- Evidenzbasierung
- Nachweis kultureller Informiertheit (d. h. nicht nur Übersetzung vorliegender Programme)

- Breite und flexible Verfügbarkeit bzw. entsprechende Disseminationsmöglichkeiten
- Bereitstellen von Support für die helfenden Personen im Umfeld der Geflüchteten

Angesichts des gravierenden Mangels an sprachkundigen Fachleuten erscheint es vielversprechend, sich der kostengünstigen IT-Technologie zu bedienen und z. B. Online-Programme zu verwenden. Solche Programme (z. B. für Smartphones) würden es vielen geflüchteten Eltern ermöglichen, die Grundzüge positiver, gewaltfreier Erziehung in ihrer Sprache kennen zu lernen. Der Einsatz der IT-Technologie ist kosteneffizient, orts- und zeitunabhängig und kann helfen, Sprachbarrieren schneller zu überwinden. Dies ist von besonderer Relevanz, da der Zugang zu professionell geführten Elterntrainings, wie sie z. B. im Zusammenhang mit Familienberatungsangeboten üblich sind, aufgrund der Sprachprobleme nicht in hinreichender Zahl möglich ist. Die Nutzung von Online-Angeboten kann den individuellen Bedürfnissen angepasst werden, Anonymität ist gegeben und eine Stigmatisierung (die möglicherweise vor allem in herkunftsgemischten Gruppenangeboten erfolgen kann) wird vermieden. Vielfältige Formen von Online-Intervention haben sich bei unterschiedlichen psychischen Problemen und Erkrankungen als gut wirksam erwiesen, teils vergleichbar mit face-to-face Interventionen. Die Akzeptanz von Online-Intervention ist gut (Berger, 2015).

5.) Informationsveranstaltungen zum angemessenen Umgang mit traumatisierten Personen, insbesondere Kindern, sollen entwickelt und breitflächig disseminiert werden.

Adressaten solcher Informationsveranstaltungen sollen frühpädagogische Fachkräfte, Lehrer(innen), ehrenamtliche Helfer(innen) und ggf. auch das Personal sein, das mit den geflüchteten Familien beruflich zu tun hat. Angesichts der hohen Herausforderungen, denen sich insbesondere das Erziehungs- und Lehrpersonal stellen muss, sollten die entsprechenden Angebote nicht zu umfangreich sein. Anzustreben sind sowohl kürzere Präsenzveranstaltungen als auch entsprechende E-Learning-Module, in welchen Informationen über die emotionalen Reaktionen und etwaigen Verhaltensauffälligkeiten von Erwachsenen und Kindern im Umfeld belastender Ereignisse einschließlich möglicher depressiver Störungen, Angststörungen und der diversen Traumafolgen vermittelt werden. Es sollten praktische erzieherische Hinweise gegeben werden, wie belasteten Kindern im Alltag geholfen werden kann. Wichtig erscheint dabei auch, Gemeinsamkeiten und interkulturelle Unterschiede in Bezug auf Religion, Familienleben und Erziehung zu erörtern. Dazu müssten Templates für individuelle anpassbare Vorträge in verschiedenen Sprachen (deutsch, englisch, arabisch, türkisch etc.) entwickelt werden, die von geschulten Personen

angeboten werden. Das BMFSFJ bündelt die Informationen über entsprechende Angebote und über Schutzkonzepte auf einer Homepage (www.gewaltschutz-gu.de). Der Zugang zu schon bestehenden Angeboten für Fachkräfte muss erleichtert werden. Bundesweit muss der Ausbau solcher Angebote auch unter Nutzung moderner Technologien erfolgen.

6.) Ausbildung und Supervision von Sprachmittlern und Dolmetschern müssen ausgebaut werden.

Im Rahmen dieser Ausbildung sollte sichergestellt werden, dass die in der Sprachvermittlung Tätigen in der Lage sind, auch als Kulturvermittler zu fungieren und als Multiplikatoren den Zugang zu psychoedukativen Programmen zu erleichtern. Da eine der größten Hürden im Zugang zum Gesundheitssystem resp. den bestehenden Unterstützungs- und psychotherapeutischen Angeboten in der die Sprachbarriere liegt, muss die Übernahme von Sprachmittlerkosten für alle Mitglieder aus diesen Familien gesichert sein.

7.) Kinder und Jugendliche brauchen einen schnellen Zugang zu Bildung.

Zur Kompensation von Bildungszeiten, die durch Krieg und Flucht verloren wurden, und zur Erleichterung der Integration ist rascher Zugang zu Bildung unabdingbar. Dies erfordert schon möglichst früh in den Flüchtlingsheimen und später wohnortnah niedrighschwellige Sprach- und Bildungsangebote für Kinder und ihre Eltern. Der gute Zugang von mit ihrer Familie geflüchteten Kindern zu einer Kita oder der Grundschule ist eine gute Voraussetzung für die Ermöglichung der Teilhabe (Gambaro et al., 2017). Sogenannte Brückenprojekte wie sie das Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration (MKFFI) in NRW anbietet, könnten hier unterstützend wirken. Bei den unter Dreijährigen besteht eindeutiger Nachholbedarf in Bezug auf die Förderung in einer Kita. Die Bundesprogramme „Kita-Einstieg“ und „Sprach-Kitas“ des BMFSFJ sind hier ein erster wichtiger Schritt. Bei schulpflichtigen Kindern und Jugendlichen ist eine Re-Organisation von Schuleingangsuntersuchungen, insbesondere für sog. Seiteneinsteiger, unerlässlich, da die Gesundheitsämter eine wichtige Kontaktstelle für diese Gruppe darstellen. Defizite in der Sprachförderung von Schulkindern sollten so rasch wie möglich behoben werden (vgl. Gambaro et al., 2017).

8.) Kinder und Jugendliche sollten ab ihrer Einreise umfassenden Zugang zum Gesundheitssystem erhalten - unabhängig davon, ob sie mit ihren Familien oder unbegleitet geflohen sind.

Die bisher bestehende Eingrenzung auf Krisenversorgung und die völlig heterogene praktische Umsetzung der gesetzlichen Regelungen führen in der Praxis sowohl bei den Nutzenden wie bei den Angehörigen der Heilberufe zu zahlreichen Problemen und Unsicherheiten. Entsprechend ist eine flächendeckende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für alle Geflüchteten bundesweit anzustreben. Dies ist geboten, um den rechtzeitigen Zugang zum Gesundheitssystem für die betroffenen Familien zu erleichtern und den Verwaltungsaufwand sowie Rechtsunsicherheiten bei den Heilberufen merklich zu reduzieren.

Erste Erfahrungen legen nahe, dass mit dem Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte keine höheren Kosten für das System verbunden sind und zentrale Vorteile der hiesigen Gesundheitsversorgung, wie z. B. die freie Arztwahl, die für eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung gerade bei belasteten Familien hohe Bedeutung hat, zu sichern helfen. Gleichzeitig kann der Verwaltungsaufwand bei der oft fachfremden administrativen Überprüfung des jeweiligen Zugangs zu den Heilberufen entfallen bzw. deutlich reduziert werden.

Insgesamt sollte die wichtige Rolle des Gesundheitssystems bei der Identifizierung von Hilfebedürfnis und eine evtl. entsprechende Weitervermittlung zu weiteren Hilfen beachtet werden.

9.) Angesichts der hohen Belastungsrisiken sollten Screenings zur Abklärung von Interventionsbedarfen durchgeführt werden.

Angehörige der Gesundheitsberufe sollten durch entsprechende Screening-Instrumente (in zahlreichen Sprachen vorliegend) in die Lage versetzt werden, sich rasch einen Eindruck von möglicherweise bestehenden psychischen Problemen, insbesondere Suizidalität, Suchtproblemen, etc. zu verschaffen. Die geschlechtsspezifischen Risiken Opfer von Gewalt zu werden und Geschlechtsunterschiede in den emotionalen und Verhaltensfolgen sollten bei der Diagnostik berücksichtigt werden (geschlechtsspezifische Normwerte bei Screening-Instrumenten). Gleichzeitig sollten diese Instrumente es erlauben zu erkennen, welche Ressourcen (im Einzelfall) bei der Bewältigung der Anpassungsaufgaben und im Umgang mit den Traumafolgen genutzt werden können (Sukale et al. 2016a, Sukale et al. 2016b).

6. Literatur

Attanayake, V., McKay, R., Joffres, M., Singh, S., Burkle Jr, F., & Mills, E. (2009). Prevalence of mental disorders among children exposed to war: A systematic review of 7,920 children. *Medicine Conflict and Survival*, 25(1), 4-19.

Berger, T. (2015). *Internetbasierte Interventionen bei psychischen Störungen. Fortschritte der Psychotherapie*, Band 57. Göttingen: Hogrefe.

BeWAK Studie (2016). *Trotz mangelnder Ressourcen - Leitungskräfte als Motor für Integration. Eine Umfrage von Wolters Kluwer Deutschland*. Köln: Wolters Kluwer Deutschland GmbH, abgerufen: 24. Mai 2017 via: https://www.nifbe.de/images/nifbe/Aktuelles_Global/2016/bewak_studie_2016.pdf.

BMFSFJ (2013). Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Ergebnisse der repräsentativen Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Kurzfassung. Berlin, 5. Auflage, abgerufen: 6. Juni 2017 via: <https://www.bmfsfj.de/blob/94200/d0576c5a115baf675b5f75e7ab2d56b0/lebenssituation-sicherheit-und-gesundheit-von-frauen-in-deutschland-data.pdf>.

Bozorgmehr, K. & Razum, O. (2015). Effect of restricting access to health care on health expenditures among asylum-seekers and refugees: A quasi-experimental study in Germany, 1994-2013. *PLoS One* 10(7):e0131483.

Brown, R. C., Witt, A., Fegert, J. M., Keller, F., Rassenhofer, M., & Plener, P. L. (2017). Psychosocial interventions for children and adolescents after man-made and natural disasters: a meta-analysis and systematic review. *Psychological Medicine*, 47(11), 1893-1905.

Buchmüller, T., Lembcke, H., Busch, J., Kumsta, R., & Leyendecker, B. (2017/under review). Mental health problems of young refugee children in Germany – First indications for a refugee specific symptom pattern.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2016). *Ratgeber Gesundheit für Asylsuchende in Deutschland*. 3. Auflage. Berlin: BMG.

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) (2016). *Flüchtlinge in unserer Praxis. Informationen für ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen*. Berlin: BAfF.

Burmester, F. (2014). Auswirkungen der Zusammenarbeit mit der AOK Bremen/Bremerhaven aus Sicht der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration. In: *Gesundheitsversorgung Ausländer Best Practice Beispiele aus Hamburg*, Hamburg, abgerufen: 2. Mai 2017 via: <http://www.hamburg.de/contentblob/4465734/data/gesundheitsversorgung-auslaender.pdf>.

Busch, J., Buchmüller, T., Lemcke, H., Bihler, L., & Leyendecker, B. (2017/ under review). Building bridges to safe havens – transition of young refugee children to early childcare.

Catani, C., Jacob, N., Schauer, E., Kohila, M., & Neuner, F. (2008a). Family violence, war, and natural disasters: a study of the effect of extreme stress on children's mental health in Sri Lanka. *BMC Psychiatry*, 8, 33.

Catani, C., Schauer, E., & Neuner, F. (2008b). Beyond individual war trauma: Domestic violence against children in Afghanistan and Sri Lanka. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(2), 165–176.

- Catani, C. (2010). Krieg im Zuhause – ein Überblick zum Zusammenhang zwischen Kriegstraumatisierung und familiärer Gewalt. *Verhaltenstherapie*, 20(1), 19-27.
- Catani, C. (2016). Familie im Krieg. Transgenerationale Weitergabe von Gewalt und psychische Gesundheit im Kontext von Krieg und Verfolgung. Vortrag, Braunschweig: TU Braunschweig, Institut für Psychologie, 20.04.2016.
- Clark, C. J., Everson-Rose, S. A., Siglia, S. F., Btoush, R., Alonso, A. & Haj-Yahia, M. M. (2010). Association between exposure to political violence and intimate-partner violence in the occupied Palestinian territory: A cross-sectional study. *Lancet*, 375(9711), 310-316.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2015). Hinweise zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Krankenhäusern, Stand: November 2015, abgerufen: 18. April 2017 via:
http://www.dkgev.de/media/file/22105.RS463-2015_Anlage_Gesundheitsversorgung_von_Fluechtlingen_und_Asylsuchenden.pdf.
- Deutscher Bundestag (2014). Gesundheitliche Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz - Berlin: BT-Drucksache 18/2184, 22.7.2014.
- Baisch, B., Lüders, K., Meiner-Teubner, C., Riedel, B., & Scholz, A. (2016). Flüchtlingskinder in der Kindertagesbetreuung. Ergebnisse der DJI-Kita-Befragung „Flüchtlingskinder“ zu Rahmenbedingungen und Praxis im Frühjahr 2016, abgerufen: 24. Mai 2017 via:
<https://www.dji.de/medien-und-kommunikation/publikationen/detailansicht/literatur/24217-fluechtlingskinder-in-kindertagesbetreuung.html>.
- Drewes, S. (2016). Flüchtlingskinder in Schulen. „Ein Gefühl der Sicherheit“. Interview in der ZEIT, Nr. 29/2016.
- Elbert, T., Wilker, S., Schauer, M., Neuner, F. (2017). Dissemination psychotherapeutischer Module für traumatisierte Geflüchtete – Erkenntnisse aus der Traumaarbeit in Krisen- und Kriegsregionen. *Der Nervenarzt*, 88(1), 26-33.
- Falk, B., Hersen, M., & Van Hasselt, VB. (1994). Assessment of Post-Traumatic Stress Disorder in older adults: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 14(5), 383-415.
- Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309-1314.
- Frank, L., Yesil-Jürgens, R., Razum, O., Bozorgmehr, K., Schenk, L., Gilsdorf, A., Rommel, A. & Lampert, T. (2017). Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2(1).
- Freie Hansestadt Bremen (2013). Qualitätsstandards: Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (umF) in Bremen - Erstkontakt und Unterbringung. September 2013, Bremen.
- Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M., & Neuner, F. (2005). Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(1), 12-20.
- Gambaro, L., Liebau, E., Peter, F. H., & Weinhardt, F. (2017). Viele Kinder von Geflüchteten besuchen eine Kita oder Grundschule: Nachholbedarf bei den unter Dreijährigen und der Sprachförderung von Schulkindern. *DIW-Wochenbericht*, 84(19), 379-386.

GKV Spitzenverband (2017). Fokus: Asylbewerber/Flüchtlinge 16.01.2017, abgerufen: 18. April 2017 via: https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/fluechtlinge_asylbewerber/fluechtlinge.jsp.

Hebebrand, J., Anagnostopoulos, D., Eliez, S., Linse, H., Pejovic-Milovancevic, M., & Klasen, H. (2016). A first assessment of the needs of young refugees arriving in Europe: what mental health professionals need to know. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(1), 1-6.

Hecht El Minshawi, B. (2017). *Muslimen in Alltag und Beruf. Integration von Flüchtlingen*. Berlin: Springer.

Issmer, C. & Drewes, S. (2016). Kinder und Jugendliche mit Fluchterfahrung. *Psychologische Rundschau*, 67, 42-44.

Jäger, P., Lembcke, H., Schillen, P., Claassen, K., Leyendecker, B., Ott, N., & Busch, J. (2017/ in Begutachtung). Psychosoziale Diagnostik bei Kindern mit Fluchthintergrund im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen für Seiteneinsteiger.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin (2017). Informationen für die Praxis - Thema: Medizinische Versorgung Asylsuchender, Stand: April 2017, abgerufen: 2. Mai 2017 via: https://www.kvberlin.de/20praxis/70themen/asyl/praxisinfo_asylsuchende.pdf.

Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.

Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B. & Lozano R.E. (Hrsg.) (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.

Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörung in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 79(5), 577-586.

Meysen, T. & Achterfeld, S. (2017/im Druck). Geflüchtete Kinder und Jugendliche im Spannungsfeld von Kinder- und Jugendhilfe-, Familien- und Ausländerrecht. In: R. Lehner & F. Wapler (Hrsg.). *Herausforderungen der Flüchtlingspolitik*. Berlin: Berliner Wissenschaftsverlag.

Möhrle, B., Dölitzsch, C., Fegert, J.M. & Keller, F. (2016). Verhaltensauffälligkeiten und Lebensqualität bei männlichen unbegleiteten Flüchtlingen in Jugendhilfeeinrichtungen in Deutschland. *Kindheit und Entwicklung*, 25(4), 204-215.

Morris-Lange, S., Wagner, K. & Altinay, L. (2016). Lehrerbildung in der Einwanderungsgesellschaft - Qualifizierung für den Normalfall Vielfalt. SVR-Forschungsbereich und Mercator-Institut für Sprachförderung und Deutsch als Zweitsprache.

Neuner, F., Schauer, M., Karunakara, U., Klaschik, C., Robert, C., & Elbert, T. (2004). Psychological trauma and evidence for enhanced vulnerability for posttraumatic stress disorder through previous trauma among West Nile refugees. *BMC Psychiatry*, 4(1), 34.

Plener, P. L., Rodens, K.P. & Fegert, J.M. (2016). Ein Klaps auf den Hintern hat noch niemandem geschadet": Einstellungen zu Körperstrafen und Erziehung in der deutschen Allgemeinbevölkerung. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V., *BVKJ Schwerpunktthema 2016: Kinder- und Jugendschutz*: 20-25.

Plener, P. L., Groschwitz, R. C., Brähler, E., Sukale, T., & Fegert, J. M. (2017). Unaccompanied refugee minors in Germany: Attitudes of the general population towards a vulnerable group. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(6), 733-742.

- Qouta, S., Punamaki, R.L., Miller, T. et al (2008). Does war beget child aggression? Military violence, gender, age and aggressive behavior in two Palestinian samples. *Aggressive Behavior*, 34(3), 231-244.
- Rassenhofer, M., Laßhof, A., Felix, S., Heuft, G., Schepker, R., Keller, F. & Fegert, J.M. (2016). Effektivität der Frühintervention in Traumaambulanzen - Ergebnisse des Modellprojekts zur Evaluation von Ambulanzen nach dem Opferschadungsgesetz. *Psychotherapeut*, 63(1), 197-207.
- Razum, O., Wenner, J. & Bozorgmehr, K. (2016). Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland. *Das Gesundheitswesen*, 78(11), 711-714.
- Riggs, D.S., Byrne, C.A., Weathers, F.W., et al. (1998). The quality of the intimate relationships of male Vietnam veterans: Problems associated with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11(1), 87-101.
- Saile, R., Neuner, F., Ertl, V. & Catani, C. (2013a). Prevalence and predictors of partner violence in the aftermath of war: A survey among couples in Northern Uganda. *Social Science & Medicine*, 86, 17-25.
- Saile, R., Ertl, V., Neuner, F. & Catani, C. (2013b). Does war contribute to family violence against children? Findings from a two-generational multi-informant study in Northern Uganda. *Child Abuse & Neglect*, 38(1), 135-146.
- Sriskandarajah, V., Neuner, F., & Catani, C. (2015a). Predictors of violence against children in Tamil families in northern Sri Lanka. *Social Science & Medicine*, 146, 257–265.
- Sriskandarajah, V., Neuner, F. & Catani, C. (2015b). Parental care protects traumatized Sri Lankan children from internalizing behavior problems. *BMC Psychiatry*, 15, 203.
- Soykoek, S., Mall, V., Nehring, I., Henningsen, P., & Aberl, S. (2017). Post-traumatic stress disorder in Syrian children of a German refugee camp. *The Lancet*, 389(10072), 903-904.
- Steil, R., & Rosner, R. (2009). Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. *Posttraumatische Belastungsstörungen*, 321-343.
- Sukale, T., Rassenhofer, M., Plener, P.L. & Fegert, J.M. (2016a). Belastungen und Ressourcen unbegleiteter und begleiteter Minderjähriger mit Fluchterfahrung. *Das Jugendamt*, 4, 174-138.
- Sukale, T., Hertel, C., Möhler, E., Joas, J., Müller, M., Banaschewski, T., Schepker, R., Kölch, M.G., Fegert, J.M. & Plener, P.L. (2016b). Diagnostik und Ersteinschätzung bei minderjährigen Flüchtlingen. *Der Nervenarzt*, 88(1), 3-9.
- UNICEF (2016). Uprooted. The growing crisis for refugee and migrant children. New York: UNICEF.
- Williams, N. (2012). Child welfare and the UNHCR: A case for pre-settlement refugee parenting education. *Development in Practice*, 22(1), 110-122.
- Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestags (2016). Medizinische Untersuchung von Flüchtlingen - WD 6 – 3000 - 009/16, WD 3 – 3000 - 029/16. 2. Februar 2016, abgerufen: 18. April 2017 via: <https://www.bundestag.de/blob/416274/1c209778acafc85d6238e7e8232c5290/wd-6-009-16-pdf-data.pdf>.
- Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen (2005). *Stärkung familialer Beziehungs- und Erziehungskompetenzen. Kurzfassung*. Mühlheim/Ruhr: Heining & Müller GmbH. Download via: <https://www.bmfsfj.de/blob/95354/076596362455af26733a2bedf0a32d6e/staerkung-familialer-beziehungs-und-erziehungskompetenzen-data.pdf>.

Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen (2008). *Bildung, Betreuung und Erziehung für Kinder unter drei Jahren – elterliche und öffentliche Sorge in gemeinsamer Verantwortung*. Berlin: DruckVogt GmbH. Download via:

<https://www.bmfsfj.de/blob/93382/c12b49783ca9fda82f0b03c9b05a295b/bildung-betreuung-und-erziehung-kurzugutachen-data.pdf>.

Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen (2016a). Geflüchtete Familien in Deutschland: Bedarf an gezielter Unterstützung, Forschung und politischer Moderation. Stellungnahme. Berlin. 28. Januar 2016. Download via:

http://www.ffp.de/tl_files/dokumente/2016/Stellungnahme_Fluechtlinge_WissBeirat.pdf.

Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen (2016b). *Migration und Familie: Kindheit mit Zuwanderungshintergrund*. Berlin, Heidelberg: Springer. Download der Kurzfassung via:

<https://www.bmfsfj.de/blob/83738/889bf8299d1ca2d70ec8a271113aaba8/kurzfassung-migration-und-familie-2016-data.pdf>.

Witt, A., Rassenhofer, M., Fegert, J.M. & Plener, P.L. (2015). Hilfebedarf und Hilfsangebote in der Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. Eine systematische Übersicht. *Kindheit und Entwicklung*, 24(4), 209-224.

Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats für Familienfragen

(Stand: September 2017)

Gegenwärtige Mitglieder:

Fegert, Prof. Dr., Jörg M. (Vorsitzender)

Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

Schuler-Harms, Prof. Dr., Margarete (Stellvertretende Vorsitzende)

Helmut Schmidt Universität Hamburg, Professur für Öffentliches Recht, insbes. Öffentliches Wirtschafts- und Umweltrecht

Werding, Prof. Dr., Martin (Stellvertretender Vorsitzender)

Ruhr-Universität-Bochum, Lehrstuhl für Sozialpolitik und Sozialökonomie

Andresen, Prof. Dr., Sabine

Goethe-Universität Frankfurt am Main, Institut für Sozialpädagogik und Erwachsenenbildung

Beblo, Prof. Dr., Miriam

Universität Hamburg, Fachbereich Sozialökonomie

Diehl, Prof. Dr., Claudia

Universität Konstanz, Fachbereich Geschichte und Soziologie

Diewald, Prof. Dr., Martin

Universität Bielefeld, Fakultät für Soziologie

Fangerau, Prof. Dr., Heiner

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin

Gerlach, Prof. Dr., Irene

Evangelische Fachhochschule RWL Bochum, Fachbereich: Soziale Arbeit
Forschungszentrum Familienbewusste Personalpolitik

Hahlweg, Prof. em. Dr., Kurt

Technische Universität Braunschweig, Institut für Psychologie, Abteilung für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Diagnostik

Kreyenfeld, Prof. Dr., Michaela

Max-Planck-Institut für demografische Forschung und Professur für Soziologie an der Hertie School of Governance

Leyendecker, Prof. Dr., Birgit

Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Psychologie

Nebe, Prof. Dr., Katja

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Professur für Bürgerliches Recht, Arbeitsrecht und Recht der Sozialen Sicherheit

Ott, Prof. Dr., Notburga
Ruhr-Universität-Bochum, Lehrstuhl für Sozialpolitik und öffentliche Wirtschaft

Rauschenbach, Prof. Dr., Thomas
Direktor des Deutschen Jugendinstitutes e.V. (DJI)

Spieß, Prof. Dr., C. Katharina
Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) und Freie Universität Berlin (FU)

Walper, Prof. Dr., Sabine
Forschungsdirektorin des Deutschen Jugendinstitutes e.V. (DJI)

Ständige Gäste:

Dorbritz, Dr., Jürgen
Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Forschungsdirektor des Bereichs Migration und Mobilität

Keil, Prof. em. Dr. theol. Dr. phil., Siegfried
Philipps-Universität Marburg, Fachbereich Evangelische Theologie, Fachgebiet Sozialethik

Assistenz des Beirats:

Prayon-Blum, Dr., Valeria
Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

Dieses PDF ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung;
es wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

Herausgeber:

Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend
Referat Öffentlichkeitsarbeit
11018 Berlin
www.bmfsfj.de



Für weitere Fragen nutzen Sie unser
Servicetelefon: 030 20179130
Montag–Donnerstag 9–18 Uhr
Fax: 030 18555-4400
E-Mail: info@bmfsfj.service.bund.de

Einheitliche Behördennummer: 115*
Zugang zum 115-Gebärdentelefon: 115@gebaerdentelefon.d115.de

Stand: September 2017

Gestaltung: www.avitamin.de

- * Für allgemeine Fragen an alle Ämter und Behörden steht Ihnen auch die einheitliche Behördenrufnummer 115 von Montag bis Freitag zwischen 8.00 und 18.00 Uhr zur Verfügung. Diese erreichen Sie zurzeit in ausgesuchten Modellregionen wie Berlin, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen u.a. Weitere Informationen dazu finden Sie unter www.115.de.