

Förderung der gesunden psychischen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund

Wissenschaftliche Literatur, Maßnahmen und Projekte

Impressum

**Förderung der gesunden psychischen
Entwicklung von Kindern und Jugendlichen
mit Migrationshintergrund, Köln, BZgA, 2013**

Herausgeberin

Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA)
Referat Qualifizierung; Fortbildung
Ostmerheimer Straße 220
51109 Köln
Tel.: 0221 / 8992 - 0
Fax: 0221 / 8992 - 300

Projektleitung

Stephan Blümel
E-Mail: stephan.bluemel@bzga.de

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des
Bundesministeriums für Gesundheit.

Alle Rechte vorbehalten.

Durchführung der Recherche und Erstellung

des Berichtes: aHa-Texte Köln
(Ludwig Janssen, Petra Otto, Rainer Neutzling)

Lektorat: René Zey, Frechen

Satz: cp: coordination & projektarbeit

Veröffentlichung: April 2013

Vorwort

Schon seit Jahrzehnten prägen Zuwanderung und kulturelle Vielfalt die Bundesrepublik Deutschland. Viele Menschen, die aus den unterschiedlichsten Ländern zu uns kommen, kennen entweder die Angebote des deutschen Gesundheitswesens nicht oder haben zum Beispiel aufgrund anderer kultureller Prägung Zugangsschwierigkeiten und Probleme, die Angebote sachgerecht zu nutzen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) will den Menschen mit Migrationshintergrund den Zugang zu präventiven und gesundheitsfördernden Informationen, Angeboten und Leistungen erleichtern.

Die BZgA legt daher zum einen großen Wert auf die Migrationssensibilität ihrer Angebote, um Menschen mit Migrationshintergrund einfühlsam anzusprechen. Zum anderen unterstützt die Bundeszentrale Fachkräfte mit Informationen zum Stand der aktuellen Forschung, zu erfolgreichen Strategien, Methoden und Beispielen guter Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention sowie mit Arbeitsmaterialien.

Die hier vorgelegte Zusammenstellung bietet eine Fülle konkreter Hinweise auf Informationsquellen sowie Maßnahmen und Projekte zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Dies soll Fachkräften helfen, mit ihrer Arbeit Zugangsbarrieren wie Informationsdefizite, kulturspezifische Besonderheiten beim Krankheits- und Gesundheitsverständnis, unterschiedliches Kommunikationsverhalten und nicht zuletzt Sprachschwierigkeiten zu überwinden. Verbesserte Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung für Migrantinnen und Migranten fördern die gesundheitliche Chancengleichheit. Sie dienen damit auch der Integration in die Gesellschaft.

Köln, im März 2013

Prof. Dr. Elisabeth Pott

Direktorin der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung

Inhalt

1 Einleitung	6
2 Ausgangspunkte der Recherche	7
3 Literatur	8
3.1 Grundlegende wissenschaftliche Literatur	8
3.2 Grundlegende wissenschaftliche Literatur zu Flüchtlingskindern	21
4 Epidemiologische Daten	28
4.1 Vorbemerkungen zum Stand der Forschung	28
4.2 Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS)	29
4.2.1 Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS)	29
4.2.2 Die BELLA-Studie	31
4.3 Weitere Einzelstudien/Abhandlungen	32
4.3.1 Bildung und Schule	33
4.3.2 Seelische Gesundheit und Migration (SeGeMi)	35
4.3.3 Nutzung von Präventionsangeboten	36
4.4 Psychische Gesundheit bzw. Belastung von Flüchtlingskindern: Statistik, empirische Erkenntnisse, Präventions- und Therapieangebote ..	39
5 Projekte und Maßnahmen (Psychische Entwicklung und Gesundheit allgemein)	45
5.1 Inhaltliche Leitlinie der Recherche	45
5.2 Vorbemerkungen zum methodischen Vorgehen, zu Auswahlkriterien und Ergebnissen der Recherche	46
5.3 Strukturierte Programme	47
5.4 Maßnahmen und Projekte auf regionaler Ebene	58
5.5 Spezifische Maßnahmen und Projekte für Flüchtlingskinder	71

6 Spezifische Störungen/Auffälligkeiten (Epidemiologie und Maßnahmen) zu Flüchtlingskindern	76
6.1 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	76
6.2 Alkohol- und Drogensucht	79
6.3 Depressionen	83
6.4 Essstörungen	85
6.5 Gewalt	85
6.6 Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS)	87
6.7 Psychosen	88
6.8 Suizid	89
7 Informationsangebote	91
7.1 Allgemeine Informationsquellen zu Migration und Gesundheit	91
7.2 Fachverbände	94
7.3 Hilfe, Beratung und Informationen für Betroffene und Angehörige	96
7.3.1 Angebote in anderen Sprachen	98
7.4 Allgemeine Informationen über psychische Erkrankungen	100

1 Einleitung

In den letzten Jahren wurde vermehrt diskutiert, ob und inwieweit psychische Belastungsreaktionen und Verhaltensauffälligkeiten bei (Teilgruppen von) Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund häufiger auftreten. Ursachen könnten in belastenden Erlebnissen im Herkunftsland und im Migrationsprozess (zum Beispiel durch Krieg, Flucht) sowie in Deutschland (zum Beispiel durch unterschiedliche Wertevermittlung, Erziehungsstile und Diskriminierungserfahrungen sowohl bei den Zugewanderten wie den hier Geborenen) liegen.

Bei einem Expertenworkshop der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit dem Thema „Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund“ im November 2011 wurde festgestellt, dass ein erheblicher Informationsbedarf zu wissenschaftlichen Grundlagen und konkreten Maßnahmen besteht.

Deshalb wurde eine Recherche beauftragt, die zentrale Publikationen zu Ursachen und Epidemiologie von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund sowie (in dieser Form erstmals) beispielhafte Maßnahmen guter Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention zur Förderung der psychischen Gesundheit zusammentragen sollte.

Mit der Ausführung der Recherche wurde die Agentur aHa-Texte Köln beauftragt, die die Arbeiten im Zeitraum September bis Dezember 2012 ausführte.

Die vorliegende Übersicht (Stand: Ende 2012) ist das Ergebnis dieser Arbeiten und richtet sich an alle in der Gesundheitsförderung und Prävention Tätige –

zum Beispiel Lehrerinnen und Lehrer, Fachkräfte aus den Bereichen Gesundheitsförderung und Erziehung sowie in Jugend(Freizeit)Einrichtungen Tätige –, denen sie Hintergrundinformation, Orientierung und Anregung für die praktische Arbeit geben möchte. Das methodische Vorgehen, die Auswahlkriterien, Erfahrungen und allgemeinen Ergebnisse der Recherche werden zu Beginn der jeweiligen Kapitel erläutert.

Bei der Recherche hat sich herausgestellt, dass es eine Vielzahl von Aktivitäten (insbesondere auf regionaler Ebene) gibt. Die dargestellten Maßnahmen sind daher als beispielhafte Auswahl zu verstehen, um die unterschiedlichen Strategien und Methoden zu illustrieren. Gibt es noch nicht berücksichtigte Aspekte – insbesondere bei Zugangswegen und Methoden –, so können diese (mit den entsprechenden Hinweisen auf Quellen und beispielhafte Maßnahmen) als Ergänzung zu den Ergebnissen aufgenommen werden.

Senden Sie Ihre Hinweise bitte an

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
(BZgA, Ref. 2-24)**

Herrn Stephan Blümel

Postfach 91 01 52

51071 Köln

E-Mail: stephan.bluemel@bzga.de

2

Ausgangspunkte der Recherche

Da es im Wesentlichen um eine Recherche von wissenschaftlicher Literatur und erfolgreichen Maßnahmen (illustriert durch Good-Practice-Beispiele) ging, war die Beteiligung von Expertinnen und Experten notwendig, die entsprechende Hinweise gaben. In die Auswertung sind Gespräche mit folgenden Expertinnen und Experten eingeflossen:

- Christa Grüber-Stankowski, Leiterin der Frühförderungsstelle Köln-Bayenthal
- Kurt Holl, Amaro Kher und Rom e. V.
- Manuela Richter-Werling, Geschäftsführerin Schulprojekt Irre menschlich
- Ilya Rivin, Fortbildungskoordinator für den Bereich Sozialarbeit bei der Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland
- Martina Ruf-Leuschner, Psychologische Forschungs- und Modellambulanz für Flüchtlinge
- Renate Schepker, Leiterin der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Zentrum für Psychiatrie (ZfP) Südwürttemberg
- Herbert Schilling, wissenschaftlicher Referent der Bundeskonferenz der Erziehungsberatung e. V. (bke)
- Arif Ünal und Satı Arikpınar, Gesundheitszentrum für Migrantinnen und Migranten in Köln
- Andreas Zintel, Bezirksamt Neukölln, Gesundheitsamt, Bereich Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Die Befragung wurde durch eine allgemeine Internetrecherche mit unterschiedlichen Kombinationen der Stichworte „Kinder“, „Jugendliche“, „Migration(shintergrund)“, „psychische Erkrankung“ und „psychisch krank“ ergänzt. Darüber hinaus wurde mit den gleichen Begriffen in folgenden Datenbanken gesucht:

- Deutsches Institut für medizinische Information und Dokumentation (DIMDI): www.dimdi.de
- Deutsche Zentralbibliothek für Medizin: www.zbmed.de
- Zeitschriftenkatalog: www.subito.de
- Fach- und Zeitschriftenbibliotheken zum Thema Psychiatrie an Universitäten
- Fachzeitschriften, u. a.: JuKIP, Kinderärztliche Praxis, Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrische Praxis, Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Außerdem wurden die Literaturlisten von Veröffentlichungen ausgewertet.

3.1 Grundlegende wissenschaftliche Literatur

Ziel der Recherche war es, wissenschaftliche Grundlagenwerke zu identifizieren, die eine Einführung und einen Überblick über die Thematik bieten. Bei jedem Werk werden die (mit besonderer Berücksichtigung der für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund relevanten) Inhalte zusammenfassend dargestellt, sodass die Leserinnen und Leser den Nutzen für ihre Arbeit besser abschätzen können. Die Auswahl beruht auf Ergebnissen der Internet- und Datenbankrecherchen sowie den Hinweisen von Expertinnen und Experten (siehe S. 7).

Grundlegende Fachliteratur zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund ist kaum zu finden. Die wenige spezifische Literatur bietet eine sehr gute systematisch-konzeptionelle Einführung in die Thematik, kann dabei aber zum Teil nur epidemiologische Daten älteren Datums berücksichtigen. Deswegen (und weil es häufig auch um relevante „Querschnittsbereiche“ geht) wurden auch solche Fachbücher bzw. Tagungsbände (APK) aufgenommen, die sich allgemein mit der Lebenswelt bzw. dem Thema psychische Gesundheit und Migration bzw. bei Kindern und Jugendlichen beschäftigen. Neben der ausführlichen Vorstellung von einigen grundlegenden Fachbüchern enthält die Übersicht zudem relevante Buch- und Zeitschriftenbeiträge.

**Aktion Psychisch Kranke (APK) (Hrsg.):
Seelische Gesundheit und Teilhabe von
Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe!
Tagungsdokumentation Kassel, 8./9.
November 2010. Bonn 2011.**

Als Nahtstelle zwischen Bundesparlament und Bundesministerien und psychiatrischer Fachwelt ergibt sich der Handlungsspielraum der Aktion Psychisch Kranke aus den gemeinsamen Vorstellungen der im Bundestag vertretenen Parteien und der psychiatrischen Fachwelt bezüglich der Erreichung gemeindepsychiatrischer Reformziele. Die Projekte der APK werden in der Mehrheit vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Weitere Auftraggeber waren das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und verschiedene Landesministerien für Gesundheit und/oder Soziales. 2010 hat eine Fachtagung zum Thema „Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe!“ stattgefunden.

Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund hat bei der Tagung zwar explizit keine Rolle gespielt, ist aber durch das Merkmal „Schichtzugehörigkeit“ implizit berücksichtigt worden. In einem Beitrag (Ulrich Schneekloth) wird auf KiGGS Bezug genommen und ausgeführt: „Die geistig-seelische Entwicklung von Kindern verläuft nicht kontinuierlich und ist sehr störungsanfällig. Kinder aus armutsgefährdeten Familien, Kinder mit einem Migrationshintergrund und Kinder von Alleinerziehenden sind insgesamt häufiger betroffen ... Bezieht man sich auf die Herkunft der Kinder, so wird deutlich, dass fast die Hälfte der Kinder der Unterschicht einen Migrationshintergrund hat: Schichtzugehörigkeit und Migrationshintergrund bedingen sich.“

Ansonsten sind in dem Tagungsband Beiträge zu den Rahmenbedingungen für seelisch gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen zu finden (die auch für junge Menschen mit Migrationshintergrund grundlegend sind). Die Handlungsfelder und Praxisbeispiele beschäftigen sich mit „Übergänge Jugendlicher in Arbeit und Ausbildung“, „Abgestimm-

te Angebote in der Kommune“, „Steuerung durch kooperative Hilfeplanung“, „Hilfen bei Substanzproblemen“, „Schnittstelle Jugendhilfe-Jugendpsychiatrie“, „Prävention“, „Die Weichen werden früh gestellt – Chancen und Problematik früher Hilfen“, „Schule als Entwicklungsraum“, „Sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ sowie „Inklusion durch Sozialraumorientierung“. Die Praxisbeispiele bieten Anregungen für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund im Kontext ihrer sozialen Lage.

» www.apk-ev.de/publikationen/Band%2037.pdf

**Ergün Arslan, Klaus Ganser, Daniel Speer –
Verbund Sozialtherapeutischer Einrichtungen
e. V. (VSE) Hannover/Männerbüro Hannover
e. V./Bildungswerk ver.di in Niedersachsen
e. V. (Hrsg.): Jungenarbeit mit türkischen und
kurdischen Migrantenjungen. Hannover 2011.**

Die Broschüre ist das Ergebnis einer Kooperation zwischen dem Verbund Sozialtherapeutischer Einrichtungen e. V. (VSE) Hannover, dem Männerbüro Hannover e. V. und dem Bildungswerk ver.di. Als Mitarbeiter dieser Einrichtungen arbeiten die Autoren mit Jungen, die einen türkischen oder kurdischen Migrationshintergrund haben. Das 43-seitige Heft informiert ausführlich über familiäre Hintergründe und die Bandbreite kultureller Wert- und Normvorstellungen türkischer und kurdischer Jungen.

Beschrieben werden unterschiedliche Familien(herkunfts)modelle, die darüber hinaus im Kontext von Aspekten wie Familienzusammenhalt, Ehre, Gewalt, Rollenverständnis, Erziehungsmaximen etc. beleuchtet und in ihren Transformationsprozessen erfasst werden, die häufig zu Widersprüchen zwischen Herkunftskultur und „Leitkultur“ des Einwanderungslandes führen.

Besonders anschaulich sind die ausführlichen Fallbeispiele verschiedener „Jungentypen“, mit denen im Rahmen sozialtherapeutischer bzw. sozialpädagogischer Hilfen gearbeitet wurde. Unterschieden werden etwa „traditionell-religiös orientierte Jungen“, „kollektivistisch orientierte Jungen“, „suchende Jungen“, „strukturlose Jungen“ etc. Darüber hinaus werden Anforderungen an eine Jungenarbeit herausgearbeitet, die auch den Kriterien der interkulturellen Kompetenz genügen.

Im Anhang finden sich u. a. die „Leitlinien für eine professionelle Jungenarbeit“, die vom Arbeitskreis Jungenarbeit Hannover entwickelt und 2011 der Kommission Kinder- und Jugendhilfeplanung der Landeshauptstadt Hannover zugeleitet wurden.

» http://vse-hannover.de/dokumente/Jungenarbeit_mit_tuerkischen_ku.pdf

**Ursula Boos-Nünning und Yasemin Karakasoglu – Bundesministerium für Familie,
Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Viele
Welten leben. Lebenslagen von Mädchen
und jungen Frauen mit griechischem, italie-
nischem, jugoslawischem, türkischem und
Aussiedlerhintergrund. Berlin 2004.**

Die Studie „Viele Welten leben“ beruht auf einer Mehrthemenuntersuchung von 950 Mädchen und jungen Frauen mit griechischem, italienischem, jugoslawischem und türkischem Migrationshintergrund sowie Aussiedlerfamilien aus der GUS. Sie wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend finanziell gefördert.

Die Befragung gibt Aufschluss über die Bedingungen und Voraussetzungen sowie die Bewältigungsformen von jugend-, frauen- und herkunftsspezifischen Aspekten ihrer Lebenswelten. Ziel war es, Tätigen in Pädagogik, Soziologie und Psychologie sowie in Schule, Berufsberatung und Jugendhilfe differenzierte Kenntnisse über die Lebenssituationen, Lebensorientierungen sowie die persönlichen wie familiären Ressourcen und Hindernisse zu vermitteln.

Die Untersuchung gliedert sich in drei Teile. Teil 1 gibt einen Überblick über den Forschungsstand. In Teil 2 werden die Ergebnisse zu elf Themenkomplexen vorgestellt, darunter persönliche und gruppenspezifische Merkmale und Schicksale, Traditionen der Herkunftsfamilien, sozialräumliche Bedingungen zur Gestaltung der Freizeit, schulische Erfolge oder Misserfolge, Sprachkompetenzen, Geschlechterrollen und Partnerschaftsmodelle, Inanspruchnahmebarrieren, Religiosität als Wertorientierung, in der sich Migrationsjugendliche nicht nur von Deutschen gleichen Alters, sondern auch untereinander unterscheiden etc. Teil 3 thematisiert Folgerungen der Studienergebnisse für die Politik und Pädagogik.

» www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/viele-welten-lang.property=pdf,bereic h=,rwb=true.pdf

**Theda Borde und Matthias David (Hrsg.):
Migration und psychische Gesundheit.
Belastungen und Potenziale. Frankfurt 2011
(2., unveränderte Auflage 2007).**

Der Tagungsband (5. Migrationssymposium im Rahmen des 12. Kongresses „Armut und Gesundheit“) beschäftigt sich nicht spezifisch mit Kindern und Jugendlichen, bietet aber eine Reihe von Beiträgen, die für den Kontext von Interesse sind. Im Vordergrund der 14 Aufsätze steht die psychische Versorgung von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund. Die Beiträge wurden für die Neuauflage 2011 nicht überarbeitet oder ergänzt.

Neben einer Bestandsaufnahme der psychischen Gesundheit von Migrantinnen und Migranten in Deutschland und der vielfältigen interkulturellen Missverständnisse zwischen ihnen und Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern des Gesundheitswesens stehen Ressourcen im Mittelpunkt. Theoretische Überlegungen werden ebenso vorgestellt wie Forschungsergebnisse und Modelle einer guten psychiatrischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten in der Praxis. Dazu gehören u. a. Beiträge zu den Themen Suchtstörungen und Schwangerschaft.

Ernestine Wohlfahrt u. a. beschäftigen sich mit dem Thema „Mögliche psychische Folgen von Wanderung und Migration bei Kindern und Jugendlichen“. Die Bedeutung der interkulturellen Kompetenz wird von Murat Ozankan und Atik Zeynep am Beispiel der Migrantenambulanz der Rheinischen Klinik Langenfeld dargestellt. İlhan Kizilhan beschreibt die Potenziale und Belastungen psychosozialer Netzwerke und hebt hervor, dass funktionierende Migrationsnetzwerke und geschulte Akteurinnen und Akteure zu fördern sind. Meryam Schouler-Ocak verdeutlicht in ihrem Beitrag über Depressionen bei Migrantinnen, dass „unterschiedliche Vorstellungen zum Krankheitsverständnis, Krankheitskonzept und auch zu Behandlungserwartungen sowie Behandlungsvorstellungen bestehen.“ (S. 88)

Vorgestellt werden drei qualitative Untersuchungen, von denen eine sich mit den Auswirkungen der Migration auf die Identitätsbildung von Kindern und Jugendlichen beschäftigt, die unfreiwillig in Begleitung ihrer Eltern migriert sind (Wohlfahrt, E.; Kluge, U.; Özbek, T.: Psychische Folgen von Wanderung und Migration bei Kindern und jungen Erwachsenen).

Theda Borde und Matthias David (Hrsg.): Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit. Frankfurt 2010 (2., unveränderte Auflage 2005).

Die 18 Beiträge des Buches beruhen im Wesentlichen auf Vorträgen zur Tagung „Armut und Gesundheit“ aus dem Jahr 2004, in dem es schwerpunktmäßig um Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund ging. Sie wurden mit der Neuauflage des Buches 2010 nicht überarbeitet oder ergänzt. Die Beiträge beschäftigen sich unter anderem mit geburtshilflichen Risiken, psychischen Entwicklungsrisiken, Erziehungsverhalten, Traumaverarbeitung, Gesundheitsrisiken von Flüchtlingskindern, Asthma und Allergie sowie kultureller und sozialer Benachteiligung. Neben theoretischen Beiträgen sind auch solche über Projekte zu finden, beispielsweise über gesundheitsförderliche Schulen in sozialen Brennpunkten, Kiezdetektive oder gesundheitliche Förderung von arabischen Mädchen.

Dietrich Delekat beschäftigt sich in dem Beitrag „Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin“ mit der Rolle von Betreuungseinrichtungen, den Themen Rauchen und dem Konsum von elektronischen Medien. Haci-Halin Usculan u. a. thematisieren elterliches Erziehungsverhalten, die Gewaltbelastung von Migrantenjugendlichen, Rainer-Georg Siefen thematisiert psychische Entwicklungsrisiken bei Kindern. Zwei Beiträge (Urte Finger-Trescher und Joachim Gardemann) beschäftigen sich mit Trauma und Traumaverarbeitung bzw. mit Kindern auf der Flucht.

Abschließend untersucht Theda Borde die Repräsentation ethnischer Minderheiten in Studien und Gesundheitsberichten und kommt zu folgendem Ergebnis: „Neben der Notwendigkeit, ethnische Minderheiten in repräsentativen quantitativen Studien ihrem Bevölkerungsanteil entsprechend einzubeziehen, besteht darüber hinaus Bedarf an qualitativ ausgerichteten Untersuchungen auf dem bisher wenig erforschten interkulturellen Gebiet.“ (Seite 284)

Margarita Esterleyn: Migration und psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen aus der ehemaligen Sowjetunion. München 2009.

Bei dem Buch handelt es sich um eine Bachelorarbeit im Fachbereich Pädagogik – Interkulturelle Pädagogik der Universität Bielefeld. Die Autorin wertet migrationspezifische Forschungsliteratur am Beispiel der Migrantenkinder aus der ehemaligen Sowjetunion und eine Expertenbefragung aus.

Ausgangspunkt der Arbeit ist die Zuwanderung von Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion, die in den 90er-Jahren ihren Höhepunkt erreicht hatte. Die Zahl der Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler stieg von 47.572 im Jahr 1988 auf 195.576 im Jahr 1992 und hatte 1994 mit 218.214 ihren Höhepunkt erreicht. Seitdem ist ein kontinuierlicher Rückgang zu verzeichnen.

Esterleyn beschreibt Lebenssituation und Bedingungen der jugendlichen Menschen in der ehemaligen Sowjetunion, Motive und Hintergründe der Migration, Phasen der Migration und ihre Auswirkungen auf den Gesundheitszustand von jugendlichen russischsprachigen Migrantinnen und Migranten sowie die ökonomische und soziale Lage von jugendlichen Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern in Deutschland. Unter der Überschrift „Psychische Gesundheit in der Migration“ beschreibt sie die Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen allgemein, den psychischen Gesundheitszustand und psychische Belastungen bei russischsprachigen Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, den Zusammenhang von Integration und psychischer Gesundheit, die Suche nach Identität und ihre Auswirkung auf die Psyche der Jugendlichen sowie

die psychosoziale und psychiatrische Versorgung von Migrantenkindern.

Bei der Auswertung von Forschungsliteratur und ihrer Expertenbefragung stellt sie fest, dass die psychische Gesundheit bei russischsprachigen Migrantenkindern nicht genug erforscht ist. Sie kommt u. a. zu folgenden Ergebnissen bzw. Schlussfolgerungen zur psychischen Gesundheit von Migrantenkindern aus der ehemaligen Sowjetunion:

- Psychische Auffälligkeiten sind häufig Depressionen.
- Bei einer Verstärkung der Integrationsprobleme sind sie suizidgefährdet.
- Sie greifen häufig zu Alkohol und Drogen.
- Männliche Jugendliche im Alter von 12 bis 23 Jahren sind eine besondere Gruppe mit vielen psychosomatischen Störungen.
- Die Expertinnen und Experten zeichnen Jungen als eine besonders problematische Gruppe aus, die in Deutschland nur schwer zurechtkommt.

**Silke Birgitta Gahleitner und Gernot Hahn:
Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und
Hilfe. Bonn 2010.**

Auch wenn es in diesem Buch in der Reihe „Klinische Sozialarbeit“ nicht in erster Linie und hauptsächlich um Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund geht, soll darauf hingewiesen werden, weil es anhand von theoretischen Beiträgen und praktischen Beispielen den weiten Bogen von Risiken zur Resilienz in der gefährdeten Kindheit (u. a. sozial Benachteiligte, Flüchtlingskinder) spannt. Dabei geht es unter anderem um Traumatisierungen, um junge Menschen in Krisensituationen (insbesondere suizidale Krisen), psychisch belastete Heimkinder, Kinder psychisch kranker Eltern, Kinder, die von Armut und Benachteiligung betroffen sind und um die prekäre Lebenssituation von jungen Flüchtlingen. Die praktischen Beispiele beschäftigen sich unter anderem mit dem Berliner Notdienst Kinderschutz, der Resilienzförderung in Schule und Kindertageseinrichtungen, mit jugendlichen Straftätern im Maßregelvollzug, Jugendlichen auf der Straße und mit der psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

**Thomas Hegemann und Ramazan Salman
(Hrsg.): Handbuch transkulturelle Psychiatrie.
Bonn 2010.**

Das Handbuch geht über das hinaus, was der (psychiatrische) Titel auf den ersten Blick vermuten lässt. Auch wenn sich nur zwei Beiträge explizit mit Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund beschäftigen, bietet es viele Informationen und Anregungen im Kontext des Themas.

Jacob Spallek und Hajo Zeeb beschäftigen sich in ihrem Beitrag „Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland“ unter anderem mit den psychischen Belastungen durch Migration und stellen dazu eine Reihe von Forschungsergebnissen vor. (S. 58–68)

Carlos E. Sluzki stellt in seinem Beitrag „Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen“ verschiedene Stadien des Migrationsprozesses und insbesondere die Rolle der Familie dar. (S. 108–123)

Unter der Überschrift „Transkulturelle Kommunikation und Beratung“ gibt Thomas Hegemann Anregungen, wie transkulturelle Kommunikation helfen kann, sich in irritierenden Situationen besser zurechtzufinden. (S. 124–141)

Darüber hinaus gibt es Beiträge zu den Themen „Gestaltung kultursensibler Servicedienste“ von Thomas Hegemann (S. 187–198), „Sprach- und Kulturvermittler“ von Ramazan Salman (S. 199–215), „Zur interkulturellen Qualifizierung und Personalentwicklung“ von Thomas Hegemann und Ramazan Salman (S. 242–248) sowie über „Traumatische Ereignisse bei Migranten und ihre Auswirkungen“ von Jutta Lindert (S. 383–397).

Die Probleme und Ressourcen jugendlicher Migrantinnen und Migranten beschreibt Sjoerd Colijns in dem Beitrag „Jugendliche Migrantinnen und Migranten in der psychiatrischen Versorgung“ (S. 273–287).

Er beschreibt im Hinblick auf die Migration ein Bündel von Belastungen und kommt zu dem Ergebnis, dass „Jugendliche, die gleichzeitig vor mehreren Anforderungen stehen ... ein größeres Risiko (haben), in Schwierigkeiten zu geraten.“ (S. 277) Er beschreibt auch die Anforderungen und Chancen der Übergangsphänomene: „Alle Jugendlichen sind während dieser Zeit (gemeint ist die Adoleszenz) besonders verletzlich, da sie die sichere Welt der Kindheit verlassen und die neue Welt der Erwachsenen mit ihren Pflichten und Anforderungen annehmen müssen.“ (ebd.) Für jugendliche Migrantinnen und Migranten stellt der Autor fest, dass sie darüber hinaus den Übergang vom Heimat- zum Gastland bewältigen müssen: „Die Grenzen zwischen ‚normal‘ und ‚abweichend‘, zwischen ‚gesund‘ und ‚pathologisch‘, die für alle Jugendlichen verschwommen und unsicher sind, sind für Jugendliche, denen es aufgrund unterschiedlicher kultureller Einflüsse an Orientierung mangelt, besonders schwierig zu erkennen.“ (S. 279). Colijns verweist im Zusammenhang von Ritualen (die helfen können, den Übergang zu bewältigen) darauf, dass Jugendliche „über Fähigkeiten verfügen, in mehreren Kulturen kompetent zu sein“. Dies könne eine Bereicherung ihrer interkulturellen Kompetenz sein. (S. 281) Die Arbeit mit Jugendlichen erfordert nach seiner Überzeugung eine kultursensible Haltung. Darüber hinaus sei „ein Wissen über die übergreifenden Themen des Jugendalters und der Migration von Bedeutung.“ (S. 282)

Haci Halil Usculan konstatiert in seinem Beitrag „Gewalttätige Jugendliche mit Migrationshintergrund – Modelle und Bewältigungen“ (S. 288–300) ein deutliches „Ansteigen der Gewaltrate bei Menschen mit niedrigem Bildungsniveau, bei Armut, sozialer Ausgrenzung und schwieriger Integrationsperspektive“. Die genannten „Merkmale treffen auf Migranten am stärksten zu.“ (S. 288) Häufig kommen Sekundärprobleme wie Schul- und Leistungsschwierigkeiten hinzu, gehäuft bei aggressiven Kindern und Jugendlichen auch Aufmerksamkeitsdefizite, Depressionen und Angststörungen. Er verweist auf traditionelle Männlichkeitskonzepte bei türkischstämmigen

Migrantengruppen. Zusätzliche Stressfaktoren sind Erfahrungen des Kulturwechsels sowie Enttäuschungen über eine eingeschränkte Lebensperspektive in Deutschland, die Bildungserwartungen der Eltern und Gewalterfahrungen in der Familie. Für den Alltag sind nach seiner Überzeugung Ansätze erforderlich, „die auf Ressourcen von Migrant*innen abzielen“. (S. 297) Usculans Stichworte zum Thema Prävention sind Erziehungskompetenz (Beispiel „Rucksackprojekt“: www.rucksack-griffbereit.raa.de), handlungsorientierte Thematisierung von Gewalt und Gewaltfolgen, Einbindung der Jugendlichen in verantwortliche Positionen und bei der Gestaltung der institutionellen Abläufe ihres unmittelbaren Umfelds und Sport.

Wielant Machleidt, Ramazan Salman und Iris T. Calliess (Hrsg.): Sonnenberger Leitlinien – Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa. Berlin 2007.

Die Sonnenberger Leitlinien verstehen sich als verbindliche fachliche und methodische Handlungsperspektiven sowie Standards für die Verankerung einer kultursensiblen und integrativen Gesundheitsversorgung der Migrant*innen im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie. Unter der Leitung des Ethno-Medizinischen Zentrums wurden sie gemeinsam mit dem Referat für Transkulturelle Psychiatrie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), der Deutsch-Türkischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit (DTGPP) und der Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover entwickelt. Beteiligt waren darüber hinaus (internationale) Fachleute aus Praxis, Wissenschaft und Verbänden der Psychiatrie und Psychotherapie.

Neben den Leitlinien selbst und Beiträgen zu ihrer Begründung finden sich in dem Buch auch Aufsätze zu den Themen „Internationale Perspektiven der psychiatrisch-psychotherapeutischen Migrant*innenversorgung“, „Rahmenbedingungen, spezifische Arbeitsfelder und methodische Konzepte“, „Transkulturelle Psychotherapie“, „Institutsgebundene Behandlungsstrategien und Modelle guter Praxis“ sowie „Interkulturelle Ambulanzsettings und Prävention“. Die Beiträge zum Stichwort Prävention beschäftigen sich mit den Themen Suchthilfe sowie interkulturelle Mediator*innen und Mediatoren sowie Lotsen. Renate Schepker ist mit dem Beitrag „Krisen bei Jugendlichen in Zuwandererfamilien und familiäre Bewältigungsstrategien“ vertreten.

Murat Ozankan: Verhaltensauffälligkeiten türkischer Kinder im Einschulalter im Urteil der Eltern aus transkultureller Sicht. Berlin 2009.

Die Veröffentlichung geht auf eine Feldstudie zurück, die 1996 unter Kölner Vorschulkindern im Alter von fünf bis sieben Jahren durchgeführt wurde. Auf Basis dieser Studie werden in dem Buch Verhaltensauffälligkeiten türkischstämmiger Kinder – auch im Vergleich mit deutschen Kindern – untersucht und dargestellt.

Die wichtigsten Ergebnisse werden folgendermaßen zusammengefasst: „Die Auswertung der Studie zeigt, dass sich Unterschiede feststellen lassen, sowohl hinsichtlich der erfassten Verhaltensauffälligkeiten der Kinder beider Nationalitäten als auch hinsichtlich verschiedener soziodemografischer Merkmale und des Umgangs mit psychosozialen Versorgungsangeboten. Auffallend ist, dass obwohl türkische Kinder nach Einschätzung ihrer Eltern auf den Skalen ängstlich/depressiv, soziale Probleme, schizoid/zwanghaft, Aufmerksamkeitsstörungen, internalisierende Störungen und Gesamtauffälligkeit auffälliger sind, deutsche Eltern aber ihr Kind global als problematischer einschätzen und auch stärker von psychosozialen Belastungen berichten. Dementsprechend sehen türkische Eltern deutlich weniger Bedarf an Beratung und Behandlung für ihr Kind als dies bei den deutschen Eltern der Fall ist und nehmen daraus folgernd auch in geringerem Umfang Beratungs- und Behandlungsangebote in Anspruch.“ (S. 129)

Renate Schepker und Mehmet Toker: Transkulturelle Kinder- und Jugendpsychiatrie. Grundlagen und Praxis. Berlin 2009.

Dieser Band gibt den Diskussionstand zur transkulturellen Kinder- und Jugendpsychiatrie aus dem deutschsprachigen Raum wieder. Empirische Grundlage ist die „Essener Feldstudie“, die Ende der 1990er-Jahren von den Autoren durchgeführt wurde (ergänzt um Erkenntnisse bis 2008). Es wurde untersucht, was Jugendliche türkischer Herkunft im Sinne primärer Prävention gesund hält und was ihre Familien im Krankheitsfall unternehmen. Darüber hinaus werden im Umfeld der Studie und in der Auswertung allgemeine Aussagen zur Lage der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund gemacht und es werden allgemeine Konsequenzen für Prävention und Versorgung gezogen. Deswegen und weil es sich um das einzige Buch handelt, das sich spezifisch mit der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund beschäftigt, kann es als Grundlagenwerk bezeichnet werden.

Die sieben Hauptkapitel sind folgendermaßen überschrieben:

I. Grundlagen: Geschichte und Erkenntnisstand; soziodemografischer Wandel und Herausforderungen an die psychosoziale Versorgung (u. a. Theorien zur Korrelation von Migration und psychischer Gesundheit, Kinder- und jugendpsychiatrische Risikotheorie, bezogen auf Zuwandererfamilien, politische, rechtliche Rahmenbedingungen, schulische Situation, strukturelle Benachteiligungen, Ein- und Ausgrenzungsprozesse, epidemiologische Datenlage).

II. Hilfesysteme und Therapeutinnen/Therapeuten: Kulturbezogene Psychiatrie zwischen vergleichender Psychiatrie und transkultureller Begegnung; konkretes Vorgehen: Anamnese und Befund (u. a. Einflüsse der Kultur und der Familienstruktur generell und Hintergrundwissen zu strukturellen Aspekten von Zuwandererfamilien am Beispiel größerer Zuwanderergruppen: türkeistämmig, Aussiedlerinnen und Aussiedler).

III. Prävention als Förderung „normaler“ Entwicklung: Vor- und Grundschulalter; Adoleszenz und Identitätsentwicklung.

IV. Die Bedeutung von familiären Risiken und Ressourcen für die psychische Gesundheit der Kinder: Gesunderhaltende Familienfunktionen und innerfamiliäre Risiken in der „Essener Feldstudie“; vorfindliche familiäre Bewältigungsstrategien für Verhaltensauffälligkeiten.

V. Therapie: Psychotherapie; Pharmakotherapie.

VI. Öffnung der Institutionen – Regelversorgung versus Spezialversorgung für Zuwandererkinder und Therapeutenqualität: Interkulturelle Versorgung in Institutionen; muttersprachliche und bilinguale Therapeutinnen und Therapeuten in der kinderpsychiatrischen Versorgung.

VII. Zur Umsetzung interkulturellen Wissens im Fallbezug: Die Familientypologie am Beispiel türkischstämmiger Familien; kommentierte Fallbeispiele.

Mit dem Stichwort „Unterschichtungs-Paradigma“ weisen die Autoren darauf hin, dass das Gesundheitsverhalten junger Menschen und die erlebte familiäre Unterstützung in der Regel mit der Schichtzugehörigkeit zusammenhängen. „Zu betonen ist ... der große Einfluss, den die soziale Lage und die aktuelle Lebenswirklichkeit auf die psychische Befindlichkeit haben ... Der deutliche Zuwachs an Gefährdung in Hinsicht auf psychiatrische Symptombildung durch soziale Benachteiligung kann als vielfach belegt gelten.“ (S. 194) Sie warnen deswegen davor, familiäre Probleme mit Psychotherapie lösen zu wollen, ohne gleichzeitig Sozialarbeit zu leisten.

Die Autoren setzen in erster Linie auf eine Ressourcenverstärkung. Dabei ist die Betrachtung der individuellen biografischen Entwicklung notwendig. „Entwicklungsschritte von Kindern sind stark förderungsabhängig, wozu sowohl unbewusste Haltungen der Eltern in Bezug auf unterstützenswer-

te Fähigkeiten und Fertigkeiten beitragen als auch vorhandenes Material im Sinne vergegenständlichter gesellschaftlicher Erfahrungen.“ Weil Zuwanderinnen und Zuwanderern solches Material nicht zur Verfügung steht, setzen die Autoren auf Hausbesuche „zur Einschätzung der Förderungsumgebung“. (S. 195)

Die Anforderungen an die Praxis im institutionellen und informellen Bereich sind vielfältig. Durch muttersprachliche Angebote können Barrieren der Inanspruchnahme abgebaut werden. Sprach- und Kulturvermittlerinnen bzw. -vermittler werden vorgeschlagen. Insgesamt ist „eine Vernetzung der kinder- und jugendpsychiatrischen Angebote mit Flüchtlingsnetzwerken, Migrantenselbstorganisationen etc. dringend erforderlich“ (S. 196), ebenso ein „gelebtes Klima der interkulturellen Offenheit und Neugier“. (S. 197)

Als Forderung an die Forschung „bleibt der Wunsch nach einer fundierten epidemiologischen, pharmakogenetischen und pharmakodynamischen und sozialwissenschaftlichen (zum Beispiel Versorgungs-) Forschung sowie Therapieevaluation, die nicht nur einheimische Patienten und Probanden einschließt ... Forschung sollte ... danach streben, die realen Bevölkerungsteile abzubilden. Ebenso ist mit dem Einbeziehen von Kindern und Jugendlichen mit Zuwanderungshintergrund stets die Sozialschichtzugehörigkeit zu kontrollieren.“ (S. 198)

Abgeschlossen wird das Buch mit kommentierten Fallbeispielen zu Schulleistungsproblemen, elektivem Mutismus, Schullaufbahnberatung und Familienstruktur, positiver Diskriminierung, Scham-Ehre-Konflikten und desorganisiertem Familiensystem in der Migration. (S. 175–189)

Bücher

Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Westfalen-Lippe e.V. (Hrsg.) (2012): Gesunde Kinder – Ein Handbuch für die interkulturelle Gesundheitsförderung in Erziehung, Pädagogik und Beratung. Berlin.

Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2011): Nationaler Aktionsplan Integration. Berlin.

» www.bundesregierung.de/Content/DE/Anlagen/IB/2012-01-31-nap-gesamt-barrierefrei.pdf?blob=publicationFile

Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2009): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Familien mit Migrationshintergrund. Dokumentation der Tagung vom 19./20. September 2008 in Kooperation mit dem bundesweiten Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit.

» www.bundesregierung.de/Content/DE/Publikation/IB/2009-12-01-gesundheit-kinder-und-jugendliche.pdf?blob=publicationFile

Eichler, K. J. (2008): Migration, transnationale Lebenswelten und Gesundheit. Eine qualitative Studie über das Gesundheitshandeln von Migranten. Wiesbaden.

Foitzik, A. (2008): Jugendhilfe im Einwanderungsland – Ein Handbuch. Zu bestellen über Diakonisches Werk Württemberg.

Frank, R. (2009): Kinder zwischen den Kulturen. Migration, Integration und seelische Gesundheit. München.

Salman, R. (2008): Interkulturelle Gesundheitsmediatoren – Aufbau eines sich langfristig selbsttragenden Systems. Begleitstudie zum MiMi-Gesundheitsprojekt in Hamburg. Berlin.

Aufsätze psychische Gesundheit und Migration

Bermejo, I.; Mayninger, E.; Kriston, L.; Härter, M. (2010): Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. In: Psychiatrische Praxis 37, S. 225–232.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (2012): 12. Hauptstadtsymposium „Psychisch krank durch Migration? Perspektiven der Migrationspsychiatrie in Deutschland“. Präsentationsfolien unter anderem: Wolfgang Maier: Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund; Oliver Razum: Seelische Gesundheit von Migranten aus Sicht der Epidemiologie; Ali Kemal Gün: Interkulturelle Psychotherapie – Möglichkeiten und Grenzen; Iris T. Callies: Sozialpsychiatrische Aspekte: Risikofaktor Migration? » www.dgppn.de/veranstaltungen/hauptstadtsymposium/migration.html

Glaesmer, H.; Wittig, U.; Brähler, E.; Martin, A.; Mewes, R.; Rief, W. (2009): Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? Eine Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung. In: Psychiatrische Praxis 36, S. 16–22.

Igel, U.; Brähler, U.; Grande, B. (2010): Der Einfluss von Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit von Migranten. Psychiatrische Praxis 37, S. 183–190.

Machleidt, W. (2009): Interkulturelle Psychiatrie/ Psychotherapie und Integration psychisch kranker MigrantInnen. Dossier der Böll-Stiftung. » www.migration-boell.de/web/integration/47_2105.asp

Meyer, W. (2012): Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. 12. DGPPN Hauptstadtsymposium 12.09.2012 in Berlin. » www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/medien/dokumente/dgppn-veranstaltungen/2012-09-12-hs_migration/presentationfolien-maier.pdf

Kinder und Jugendliche

Adam, H. (2009): Seelische Probleme von Migrantenkindern und ihren Familien. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. 58. Jg. 4, S. 244–262.

Burchartz, A. (2007): Prävention und Rehabilitation psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. In: Hopf, H.; Windaus, E. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapie. München, S. 63–82.

Colijn, S. (2010): Jugendliche Migranten in der Psychiatrie. In: Hegemann, T.; Ramazan, S. (Hrsg.): Handbuch Transkulturelle Psychiatrie. Bonn.

Di Gallo, A. (2010): Risiken und Chancen der Migration aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht. In: Deutscher Ethikrat (Hrsg.): Migration und Gesundheit – Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung (Tagungsdokumentation). »» www.ethikrat.org/veranstaltungen/jahrestagungen/migration-und-gesundheit.

Erb, J.; Werner, M. (2003): Prävalenz von Entwicklungsauffälligkeiten bei Vorschulkindern. Im Vergleich: Verschiedene Nationalitäten und Zeitpunkt der Diagnose. In: Kinderärztliche Praxis 6, S. 368–375.

Erhardt, M.; Schenk, L.; Ravens-Sieberer, U. (2008): Migration und gesundheitliche Ungleichheit im Kindes- und Jugendalter. In: Richter, M.; Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Weinheim.

Freitag, C. M.; Lenz, K.; Lehmkuhl, U. (2000): Psychosoziale Belastung für Verhaltensauffälligkeiten bei Jugendlichen aus migrierten und deutschen Familien. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 28, S. 93–103.

Ihle, W.; Esser, G. (2007): Darstellung der aktuellen gesundheitlichen Belastungen bei Kindern und Jugendlichen in ausgesuchten Themenbereichen. Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter – Gesundheitliche Lage, gesundheitliche Versorgung und Empfehlungen. In: Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (Hrsg.): Bericht zur Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland. Berlin, S. 11–14.

Schepker, R. (2007): Krisen bei Jugendlichen in Zuwandererfamilien und familiäre Bewältigungsstrategien. In: Machleidt, W.; Ramazan, S.; Calliess, I. (Hrsg.): Sonnenberger Leitlinien. Berlin.

Schepker, R.; Toker, M.; Eberding, A. (2003): Ergebnisse zur Prävention und Behandlung jugendpsychiatrischer Störungen in türkeistämmigen Zuwandererfamilien unter Berücksichtigung von Ressourcen und Risiken. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 52, S. 689–706.

Schneekloth, U. (2010): „Der Blick auf die Welt aus Kinderaugen“: Wohlbefinden, Teilhabe, Selbstwirksamkeit aus Kindersicht. In: APK (Hrsg.): Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe! APK-Band 37: Tagung am 8. und 9. November 2010 in Kassel.

»» www.apk-ev.de/publikationen/Band%2037.pdf

Thiele, A. (2012): Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine vergleichende Patientenaktenanalyse zur Sondierung von Differenzen in der Pathogenese, Ätiologie und psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit bzw. ohne Migrationshintergrund. Dissertation, Berlin.

»» http://opus.kobv.de/tuberlin/volltexte/2012/3443/pdf/thiele_alexandra.pdf

Wohlfart, E.; Kluge, U.; Özbek, T. (2011): Psychische Folgen von Wanderung und Migration bei Kindern und jungen Erwachsenen. In: David, M.; Borde, T. (Hrsg.): Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potenziale. Frankfurt.

Prävention

Gerken, U.; Salman, R.; Krauth, C.; Machleidt, W.; Bisson, S.; Kimil, A.; Walter, U. (2008): Von muttersprachlichen Präventionsberatern werden Migranten besser erreicht. *Public Health Forum* 59 (16), S. 20–21.

»» www.knp-forschung.de/docext.php?idx=72

Hornung, R. (2010): Prävention und Gesundheitsförderung bei Migranten. In: Hurrelmann K.; Klotz, T. et al. (Hrsg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

Kerbe – Forum für soziale Psychiatrie: Psychische Gesundheit – Prävention und ihre Risiken. Heft 4/2012.

Walter, U.; Salman, R.; Krauth, C.; Machleidt, W. (2007): Migranten gezielt erreichen: Zugangswege zur Optimierung der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen. *Psychiatrische Praxis* 34, S. 349–353.

»» www.knp-forschung.de/docext.php?idx=70

Resilienz

Bengel, J.; Meinders-Lücking, F.; Rottmann, N. (2009): Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. Band 35 der BZgA-Reihe *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*.

Bohn, I. (Hrsg.) (2005): *Dokumentation der Fachtagung Resilienz – Was Kinder aus armen Familien stark macht*.

»» www.iss-ffm.de/downloads/tagungsberichte/doku_ft_resilienz_2006_09.pdf

Brooks, R.; Goldstein, S.; Stopfel, U. (2011): *Das Resilienz-Buch. Wie Eltern ihre Kinder fürs Leben stärken*. 4. Auflage, Stuttgart.

Dlugosch, G. E.; Dahl, C. (2012): *Die Rolle der Selbstwirksamkeit und Achtsamkeit bei der Gesundheitsförderung von sozial benachteiligten Menschen – Eine Projektdokumentation*. Band 39 der BZgA-Reihe *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*.

Enderlein, R.; Hildebrand, B. (Hrsg.) (2012): *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände*. 4. Auflage, Heidelberg.

Fröhlich-Gildhoff, K.; Rönnau-Böse, M. (2011): *Resilienz*. 2. Auflage, Stuttgart.

Welter-Enderlin, R. (2010): *Resilienz und Krisenkompetenz: Kommentierte Fallgeschichten*. Heidelberg.

Werner, E. (2011): *Risiko und Resilienz im Leben von Kindern aus multiethnischen Familien. Ein Forschungsbericht*. In: Zander, M.: *Handbuch Resilienzförderung*. Wiesbaden, S. 31–46.

Zander, M. (2011): *Handbuch Resilienzförderung*. Wiesbaden.

3.2 Grundlegende wissenschaftliche Literatur zu Flüchtlingskindern

Die wissenschaftliche Literatur zu Flüchtlingskindern wurde in einem eigenen Kapitel berücksichtigt, da bei dieser Zielgruppe gravierende migrationspezifische Belastungen und Probleme auftreten, die einer besonderen Betrachtung bedürfen (siehe auch Kapitel 4.4).

Petra Dieckhoff (Hrsg.): Kinderflüchtlinge. Theoretische Grundlagen und berufliches Handeln. Wiesbaden 2010.

Die im Buch zusammengefassten Artikel von verschiedenen Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Bereichen der Flüchtlingsarbeit richten sich an Fachleute und Laien. Sie beleuchten unter den drei Schwerpunkten „Gesetzliche Grundlagen“ (Zuwanderungsgesetz, Aufenthaltsgesetz, Asylverfahrensgesetz etc.), „Krankheiten und psychische Störungen“ (Posttraumatische Belastungsstörungen) sowie „Pädagogische Konzepte“ das Spannungsfeld, in dem sich minderjährige Flüchtlinge in Deutschland bewegen und sich orientieren müssen.

Nach der Darstellung der gesetzlichen Grundlagen in Deutschland wird in mehreren Artikeln ausführlich auf die körperliche und psychische Situation der Kinderflüchtlinge eingegangen. Die häufig extremen Erfahrungen, die sie im Heimatland, auf der Flucht und im Aufnahmeland gemacht haben und machen, führen zu tiefen körperlich-seelischen Verletzungen, einem – manchmal grundsätzlichen – Vertrauensverlust in Erwachsene und oft zu einer weitgehenden Orientierungs- und Perspektivlosigkeit.

Die Folgen von Extremtraumatisierungen, die nachhaltige Beschädigung bis Zerstörung der psychischen Stabilität sowie die häufige Konversion in somatische Symptome werden diskutiert. Wie tief die Kinder und Jugendlichen verletzt werden und wie hoch ihre Chancen sind, das Erlebte zu verarbeiten, hängt von

der Schwere der Ereignisse und den Schutzfaktoren ab. Wer einen guten Start ins Leben und eine sichere familiäre und elterliche Bindung hatte und auf soziale Unterstützung vertrauen kann, hat bessere Chancen, als wenn diese Schutzfaktoren nicht gegeben sind.

Verfahren der Traumatherapie und verschiedene Traumakonzepte (Posttraumatische Belastungsstörung, sequenzielle Traumatisierung) werden vorgestellt und auf ihre Praxistauglichkeit hin bewertet. Wichtige Teilschritte einer psychotherapeutischen Begleitung sind ein vorsichtiger Beziehungsaufbau zwischen Therapeutin bzw. Therapeut und Flüchtlingskind, das Vermitteln von äußerer Sicherheit, das Aufspüren und Verstärken der vorhandenen Ressourcen. Erst dann kann in der Regel die eigentliche Traumabearbeitung stattfinden. Die einfühlsame und wirksame psychologische Begleitung ist also ein langer Prozess, der viel Empathie, Fingerspitzengefühl, Fachwissen und Zeit erfordert, wenn er den vielfältigen Bedürfnissen und Unsicherheiten der Minderjährigen gerecht werden will.

Betont wird, dass pathologische Zuschreibungen als weitere Verletzung der Persönlichkeit erlebt werden können: Das psychische Leid sollte stattdessen als angemessene Reaktion auf Extremerlebnisse verstanden werden, auf das im Aufnahmeland mit einer empathischen, ressourcenorientierten „Wachstumsbegleitung“ geantwortet wird.

Im dritten Teil des Buches werden pädagogische Konzepte, Projekte und Projektträger sowie Erfahrungen

im Umgang mit Kinderflüchtlingen vorgestellt.

Ilka Lennertz: Trauma und Bindung bei Flüchtlingskindern. Erfahrungsverarbeitung bosnischer Flüchtlingskinder in Deutschland. Göttingen 2011.

Im Mittelpunkt des Buches stehen Kinder und Jugendliche, die in ihren ersten Lebensjahren als Folge des Krieges im ehemaligen Jugoslawien von Bosnien nach Deutschland geflohen sind. Sie wurden häufig geprägt von dramatischen Kriegserlebnissen, Trennungen und Verlust von Eltern(-teilen) sowie durch eine Dauerbelastung aufgrund ihrer unsicheren Aufenthaltssituation in Deutschland.

Kennzeichnend für die Familiensituation ist die Erfahrung, dass die Eltern oftmals ebenfalls stark belastet und/oder traumatisiert sind. Häufig sind die Mütter alleinerziehend. Oft wirken die Kinder sowohl auf ihre Eltern als auch ihr Umfeld besonders gut angepasst, sodass es scheint, als seien Krieg und Flucht, möglicherweise aufgrund ihrer besonderen Widerstandsfähigkeit und psychischer Ressourcen, spurlos an ihnen vorbeigegangen. Die Autorin hinterfragt in diesem Zusammenhang den Begriff der Resilienz. Sie stellt die Frage, ob es sich bei den untersuchten Kindern tatsächlich um eine resiliente Entwicklung handelt, oder ob eher die Art der Diagnosestellung oder ihr Zeitpunkt für das Ergebnis ausschlaggebend waren. Der Begriff der Resilienz kollidiert häufig mit der Erfahrung, dass gerade belastende und potenziell traumatische Erlebnisse in der frühen Kindheit langfristig zu gravierenden psychischen Symptomen führen können.

Die Autorin skizziert die Anfänge der Traumaforschung, von Sigmund Freud über die Holocaustforschung, die Entwicklung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD), bis hin zur aktuellen neurowissenschaftlichen Traumaforschung, und schließt Überlegungen an, welche Erklärungsansätze der Situation von Flüchtlingen gerecht werden und helfen, oft verdeckt vorhandene Traumatisierungen

zu erkennen.

Sie kombiniert Trauma- und Bindungsforschung. Dabei zeigt sich, dass die psychische und soziale Entwicklung der Kinder stark von den Traumatisierungen der Eltern geprägt ist. Bestehen solche sogenannten intergenerationalen Traumatisierungen, ist die Qualität der Bindung besonders wichtig. Eine sichere Bindung ist für die Kinder ein existenzieller Schutzfaktor beim Erleben und der Verarbeitung von kritischen Lebenssituationen. Sie ermöglicht, dass Kinder wieder Vertrauen entwickeln und in der Lage sind, aktiv Hilfe von ihnen zugewandten Erwachsenen zu suchen. Anhand von exemplarischen Fallanalysen werden am Ende Beispiele für unterschiedliche Wege der Erfahrungsverarbeitung von Flüchtlingskindern erläutert.

Heike Möhlen: Ein psychosoziales Interventionsprogramm für traumatisierte Flüchtlingskinder. Studienergebnisse und Behandlungsmaterial. Gießen 2005.

Zielgruppe des Buches (überarbeitete Dissertation der Autorin) sind Fachleute und ehrenamtlich Tätige, die Flüchtlinge beraten, betreuen oder therapieren. Kernstück ist ein 12-wöchiges, selbst entwickeltes ressourcenorientiertes psychosoziales Interventionsprogramm für junge Flüchtlinge mit belastenden Kriegs- und Fluchterfahrungen im Alter von zehn bis 18 Jahren.

Im ersten Teil des Buches gibt die Autorin einen Überblick über die psychosoziale Situation von Flüchtlingskindern und beschreibt Einflussfaktoren, die ihre psychische Gesundheit bestimmen und belasten. Symptome und Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung werden erläutert sowie Behandlungsempfehlungen der internationalen Traumaforschung und bisherige Behandlungskonzepte und -erfahrungen zusammengefasst.

Im zweiten Teil werden am Beispiel von zehn Fallgeschichten von minderjährigen Flüchtlingen aus dem Kosovo deren individuelle Lebenserfahrungen und Traumatisierungen, ihre Vorgeschichte und familiärer Hintergrund dargestellt.

Das im dritten Teil vorgestellte psychosoziale Behandlungsprogramm und -material umfasst ein 12-wöchiges Modul, das mit Flüchtlingskindern mit unterschiedlich ausgeprägten psychologischen Belastungen durchgeführt wird. Neben Einzelsitzungen, Eltern- und Familiengesprächen beinhaltet das Interventionsprogramm Gruppensitzungen mit gleich bleibenden Mitgliedern und Betreuerinnen bzw. Betreuern sowie kreative und therapeutische Elemente wie Malen, Rollenspiele, Fantasiereisen, Malen der Fluchtbilder und Möglichkeiten der Trauerverarbeitung. Das Konzept ist eine psychologische Basisbetreuung, ersetzt aber – wo notwendig – keine Einzeltherapie.

Die Autorin gibt als zentrale Ergebnisse des Behandlungsprogramms an, dass sich bei den Kindern und Jugendlichen depressive und Angstsymptome signifikant reduziert haben, sich ihr psychosoziales Funktionsniveau und Wohlbefinden ebenfalls signifikant verbessert hat und sie neue und positive Perspektiven für die Zukunft entwickelt haben.

In einem Anhang enthält das Buch ein Elterninformationsblatt über Traumatisierung und Auswertungsbogen für Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie Eltern.

Katarina Podlech: Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge mit traumatischen Erfahrungen: Eine Herausforderung für die Soziale Arbeit. Frankfurt 2004.

Die Autorin beschreibt die Traumatisierung vieler unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge in Deutschland durch Kriegserlebnisse, Flucht, organisierte Gewalt, Vergewaltigung, Folter, bewaffnete Konflikte und Trennung von den Angehörigen. Sie beleuchtet ihre rechtliche Situation in Deutschland im Spannungsfeld zwischen internationalen Gesetzen und Abkommen zum Schutz der Minderjährigen und dem deutschen Asyl- und Ausländerrecht. Darüber hinaus bewertet sie die Situation der betroffenen Kinder unter der Perspektive des Kindeswohls und der fehlenden Gleichstellung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen mit anderen Kindern in der Jugendhilfe sowie durch die Einschränkungen der Schutzrechte durch das Asylverfahren.

Detailliert beschreibt sie die psychosoziale Situation von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen und kritisiert die geringe Beachtung der Thematik in der pädagogischen Fachliteratur. Ausführlich erwähnt werden die häufigsten Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD) wie Schlafstörungen, Albträume, Unkonzentriertheit, Aggressionen, Rückzug, chronische Schmerzen und Angst. Im Gegensatz dazu entwickeln einige Kinder und Jugendliche ein ausgeprägtes soziales Verhalten. Dies wird als positiv wirkendes Gegengewicht gegen die Erfahrung von Gewalt, Tod und Trennung besonders betont. Die Autorin plädiert dafür, die einseitige Fokussierung auf Symptome der PTSD zu vermeiden, um der Gefahr zu entgehen, die Minderjährigen zusätzlich zu pathologisieren. Vielmehr sollte die in ihnen liegende Resilienz positiv verstärkt werden.

Podlech orientiert sich an Keilson's Konzept der sequenziellen Traumatisierung. Das heißt, der besonderen Bedeutung der Erfahrungen in der Zeit nach dem Trauma (zum Beispiel im Aufnahmeland) für die weitere psychische Entwicklung der Minderjährigen. Sie können zu einer Heilung, aber auch zu einer Retraumatisierung beitragen. Diese Sicht führt zu einer besonderen Verantwortung für den Umgang mit den betroffenen Minderjährigen. Sie brauchen ein einfühlsames Umfeld und Angebote, die ihrem Bedürfnis nach Halt, Hoffnung und neuen Perspektiven Rechnung tragen. Emotionale Unterstützung, Ermutigung, schwierige Situationen zu bewältigen, psychische Stabilisierung im Alltag, ein strukturierter Tagesablauf, Entlastung von unnötigen Anpassungsleistungen, Freundschaften zu Landsleuten, Anschluss an Gleichaltrige, ein Vertrauensverhältnis zu einer Betreuerin bzw. einem Betreuer und einen zumindest mittelfristig gesicherten Aufenthalt, all diese Faktoren – so die Autorin – helfen den Minderjährigen, sich schrittweise von der Beschäftigung mit dem Trauma zu lösen. Diese Arbeit könne jedoch nur geleistet werden, wenn die pädagogischen Fachkräfte in einer Entwicklungspädagogik fortgebildet werden, die die interkulturellen Unterschiede, mögliche traumatische Erlebnisse und deren Folgen sowie Protektivfaktoren der Flüchtlingskinder berücksichtigt. Außerdem betont die Autorin die Notwendigkeit einheitlicher Betreuungsstandards von traumatisierten Flüchtlingskindern und -jugendlichen als festen Bestandteil der Jugendhilfe sowie der Schaffung von geeigneten therapeutischen Angeboten.

David Zimmermann: Migration und Trauma: Pädagogisches Verstehen und Handeln in der Arbeit mit jungen Flüchtlingen. Gießen 2012.

Der Autor beschreibt und analysiert die meist traumatisierenden Erlebnisse und Erfahrungen anhand von zwölf Fallbeispielen. In einem theoretischen Teil erläutert er rechtliche, psychologische und soziologische Aspekte der Migration. Darüber hinaus stellt er verschiedene Traumakonzepte vor, insbesondere Begriff und Konzept der sequenziellen Traumatisierung.

Anhand der zwölf Biografien werden die Erlebnishintergründe geschildert, die zu Traumatisierungen führten, und die individuellen Verarbeitungs- und Abwehrmechanismen der Flüchtlingskinder, um trotz des Traumas weiterleben und sich in den meist schwierigen Bedingungen des Aufnahmelandes zurechtfinden zu können. Die Verarbeitungsmechanismen sind zwar individuell, die bestimmenden psychischen Symptome aber oft gleich (Verdrängung, Abspaltung, Konversion in körperliche Symptome).

Daraus wird deutlich, dass der verantwortungsvolle Umgang mit der Traumatisierung der jungen Flüchtlinge eine besondere Herausforderung für die pädagogische Arbeit ist. Es bedarf auf der fachlichen Ebene besonderer Kenntnisse und Weiterbildungen und auf der persönlichen Ebene Verständnis und vorsichtigen Einfühlungsvermögens des pädagogischen Personals. Ebenso werden in der psychosozialen Betreuung der minderjährigen Flüchtlinge neue Konzepte gebraucht. Der Autor zieht daraus Konsequenzen für die pädagogische Praxis im schulischen und außerschulischen Bereich.

Medienliste

Der Bundesfachverband Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge e. V. hat eine umfangreiche Medienliste zum Thema zusammengestellt:

»» www.b-umf.de/index.php?/Datenbanken-und-Material/literatur-und-medienliste.html.

Zeitschriften- und Buchbeiträge

Adam, H. et al. (2002): Empfehlungen zur Behandlung von Migrantenkindern und (traumatisierten) Flüchtlingskindern – theoretische und praktische Überlegungen. In: Therapiezentrum für Folteropfer (Hrsg.): Kinderflüchtlinge in Europa. Köln, S. 22–28.

Adam, H.; Klasen, F. (2011): Trauma und Versöhnung. Versöhnungsbereitschaft bei traumatisierten Flüchtlingskindern. *Trauma & Gewalt*, 5 (4), S. 356–369.

Adam, H.; Möller, B.; Lucas, T. (Hrsg.) (2005): Flüchtlingskinder und ihre Familien in Beratung und Therapie. *Psychosozial* Nr. 102. Gießen.

Gardemann, J. (2004): Kinder auf der Flucht: Zur Gesundheitssituation von Flüchtlingskindern in ihren Herkunftsländern und im Aufnahmeland Deutschland. Symposium Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund im Rahmen des bundesweiten Kongresses Armut und Gesundheit. Berlin, 03.12.2004.

Gardemann, J. (2005): Kinder auf der Flucht: Zur Gesundheitssituation von Flüchtlingskindern in ihren Herkunftsländern und im Aufnahmeland Deutschland. In: Borde, T., David, M. (Hrsg.): Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund – Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit. Frankfurt am Main, S. 139–159.

Gavranidou, M.; Niemiec, B.; Magg, B.; Rosner, R. (2008): Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge. In: *PsyJOURNALS*, Volume 17, Number 4.

Haversiek-Vogelsang, S. (2006): Traumatisierte Flüchtlingskinder. Therapeutische Behandlung im Spannungsfeld von individueller Bewältigung und kinderrechtlichem Notstand. In: *Zeitschrift für Politische Psychologie*, Jg. 14.

Huemer, J.; Völkl-Kernstock, S.; Friedrich, M. (2008): Parameter psychischer Krankheit und Gesundheit bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen in Österreich. In: *Das transkulturelle Psychoforum* 15, Von Gemeinsamkeiten und Unterschieden. Berlin, S. 79ff.

Huemer, J.; Völkl-Kernstock, S.; Friedrich, M. (2009): Trauma-assoziierte Psychopathologie bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen in Österreich. In: *Das transkulturelle Psychoforum* 17, Migration und kulturelle Verflechtung. Berlin, S. 199ff.

Klingelhöfer, S.; Rieker, P. (2003): Junge Flüchtlinge in Deutschland. Expertise zu vorliegenden Informationen, zum Forschungsstand und zum Forschungsbedarf. Deutsches Jugendinstitut e. V., Regionale Arbeitsstelle Halle.

Lindert, J. (2010): Traumatische Ereignisse bei Migranten und ihre Auswirkungen. In: Hegemann, T.; Salman, R.: *Transkulturelle Psychiatrie*. Bonn.

Ruf, M.; Lehmann, K.; Schauer, M.; Eckart, C.; Kolassa, I.; Catani, C.; Neuner, F. (2007): Psychische Gesundheit und Aufenthaltssituation bei Flüchtlingen in Deutschland. Ergebnisse einer Längsschnittstudie. 9th Annual Meeting of the Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT). Hamburg.

Ruf, M.; Schauer, M.; Elbert, T. (2010): Prävalenz von traumatischen Stresserfahrungen und seelischen Erkrankungen bei in Deutschland lebenden Kindern von Asylbewerbern. In: *PsyJOURNALS*, Volume 39, Number 3.

Schlüter-Müller, S. (2009): Behandlung traumatisierter unbegleiteter Flüchtlingskinder mit Unterstützung eines Kulturvermittlers. In: *Das transkulturelle Psychoforum* 17, Migration und kulturelle Verflechtung, Berlin, S. 199ff.

Zito, D. (2009): Kindersoldaten als Flüchtlinge in Deutschland. In: Gahleitner, S. B.; Gunderson, C. L. (Hrsg.): Gender – Trauma – Sucht. Neues aus Forschung, Diagnostik und Praxis. Kröning, S. 155–176.

Zito, D. (2010): Alleine konnte ich das nicht schaffen. Psychische Belastung und Therapie bei jungen Flüchtlingen. In: Dieckhoff, O. (Hrsg.): Kinderflüchtlinge – theoretische Grundlagen und berufliches Handeln. Wiesbaden, S. 113–124.

Zito, D.; Brandmaier, M. (2010): ZwischenWelten – junge Flüchtlinge zwischen Ausgrenzung und Neubeginn. In: Gahleitner, S. B.; Hahn, G. (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 3, Bonn, S. 155–167.

4.1 Vorbemerkungen zum Stand der Forschung

Zum Stand der Forschung über die psychische Gesundheit bzw. Belastungen von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund muss grundsätzlich festgestellt werden, dass keine repräsentativen und daher belastbaren epidemiologischen Daten vorliegen. Theda Borde stellt fest: „Neben der Notwendigkeit, ethnische Minderheiten in repräsentativen quantitativen Studien ihrem Bevölkerungsanteil entsprechend einzubeziehen, besteht darüber hinaus Bedarf an qualitativ ausgerichteten Untersuchungen auf dem bisher wenig erforschten interkulturellen Gebiet.“ (S. 284) Renate Schepker und Mehmet Toker fassen dazu in dem Buch „Transkulturelle Kinder- und Jugendpsychiatrie“ (2009) zusammen: „Erst epidemiologisch solide Studien, die klinische kinder- und jugendpsychiatrische Diagnosen anstelle von Screenings benutzen, werden darüber Aufschluss geben können, ob jenseits bekannter sozialer Risikofaktoren Zuwandererkinder – bis auf besondere Risikogruppen wie kriegstraumatisierte – psychiatrisch häufiger Hilfe benötigen als einheimische.“ (S. 22) In ihrem Buch werten sie zahlreiche Einzelstudien aus, was weiter unten näher ausgeführt wird.

Viele Studien weisen auf den großen Einfluss hin, den die soziale Lage von Migrantinnen und Migranten auf die psychische Befindlichkeit hat. Schepker und Toker (2009) betonen zum Beispiel: „Der deutliche Zuwachs an Gefährdung in Hinsicht auf psychiatrische Symptombildung durch soziale Benachteiligung kann als vielfach belegt gelten.“ Schneekloth (APK 2011) meint: „Die geistig-seelische Entwicklung von Kindern verläuft nicht kontinuierlich und ist sehr störungsanfällig. Kinder aus armutsgefährdeten

Familien, Kinder mit einem Migrationshintergrund und Kinder von Alleinerziehenden sind insgesamt häufiger betroffen ... Bezieht man sich auf die Herkunft der Kinder, so wird deutlich, dass fast die Hälfte der Kinder der Unterschicht einen Migrationshintergrund hat: Schichtzugehörigkeit und Migrationshintergrund bedingen sich.“ Auch wenn nicht automatisch ein Zusammenhang zum Migrationshintergrund hergestellt werden kann (siehe zum Beispiel ADHS), ist es sinnvoll, entsprechende Studien zu berücksichtigen, weil der Migrationshintergrund häufig ein entscheidender Aspekt für die soziale Lage der Betroffenen ist.

Bei der Beantwortung der Frage, ob und welche spezifischen Umstände und Belastungen von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund vorliegen, die bei der Prävention und Therapie psychischer Erkrankungen zu berücksichtigen wären, ist der Forschungsstand sehr uneinheitlich – und vor allem lückenhaft. Zwar gibt es einige Studien zur psychischen Belastung von Erwachsenen (die zum Teil zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen), jedoch kaum Studien über Kinder und Jugendliche und noch weniger zur Gesundheitsförderung und Prävention.

Die im Folgenden beschriebenen Untersuchungen können unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen Tendenzen aufzeigen und Hinweise geben.

4.2 Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS)

4.2.1 Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS)

Alle in diesem Abschnitt genannten Autorinnen und Autoren beziehen sich auf die Daten des Kinder- und Jugendgesundheitssurvey.

Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey KiGGS ist eine seit 2003 durchgeführte Langzeitstudie des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland. Die Studie liefert bundesweit (eingeschränkt) repräsentative Daten zur Gesundheit der unter 18-Jährigen. Die Kinder und Jugendlichen der ersten KiGGS-Studie werden wiederholt eingeladen und bis ins Erwachsenenalter begleitet.

Allgemein verhaltensauffällig

Insgesamt wurden 10 bis 20 % der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren als psychisch verhaltensauffällig ermittelt, das heißt, die Kinder und Jugendlichen haben emotionale Schwierigkeiten, weisen eine ADHS-Symptomatik auf oder zeigen aggressive Verhaltensprobleme. Kinder bewegen sich heute nicht nur zu wenig und essen zu viel vom Falschen, sie leiden auch zunehmend unter sozialer Isolierung und sozialer Überforderung. (Lüders et al. 2009)

Ein Vergleich von Kindern aus Familien mit einem hohen und einem niedrigen sozioökonomischen Status ergab, dass Letztere erheblich stärker belastet sind. **Depression:** 3,8 : 7,3 %, **Ängste:** 8,0 : 12,9 %, **ADHS:** 0,9 : 3,7 % sowie Störungen des Sozialverhaltens: 5,7 : 11,3 %. (Ravens-Sieberer 2007)

Kinder mit Migrationshintergrund erscheinen mit Ausnahme der 14- bis 17-Jährigen gegenüber Kindern ohne Migrationshintergrund zu einem größeren Anteil verhaltensauffällig (9,8 % : 6,7 %). Dieser Unterschied ist bei den 3- bis 6-Jährigen am deutlichsten ausgeprägt. Kinder mit Migrationshintergrund haben doppelt so häufig Probleme im

Umgang mit Gleichaltrigen. Bei den 3- bis 6-Jährigen beträgt das Verhältnis sogar 3 : 1. (Hölling 2007b)

Gewalterfahrungen

Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund haben laut Selbstauskunft häufiger Gewalterfahrungen als deutschstämmige Kinder und Jugendliche. Der KiGGS fragte nach Gewalterfahrungen in den vergangenen zwölf Monaten. Sie gaben seltener als Nichtmigrantinnen und Nichtmigranten an, einmal oder mehrmals Opfer gewesen zu sein (4,2 % : 4,6 %) und sie sagten, sie seien häufiger einmal oder mehrmals Täter gewesen (20,1 % : 13,8 %), waren aber auch häufiger sowohl Opfer als auch Täter (7,7 % : 5,2 %). Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund befürworten auch häufiger Gewaltanwendung: 11,9 % : 5,6 %. (Schlack/Hölling 2007) Da die Zahlen auf Selbstauskünften basieren, müssen sie kritisch bewertet werden.

Psychisches Wohlbefinden

Die Sonderauswertung des KiGGS „Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund“ (Robert Koch-Institut 2008) ermittelte, wie Eltern das psychische Wohlbefinden und das Selbstwertgefühl ihrer Kinder einschätzten: Türkische Mädchen schnitten beim psychischen Wohlbefinden deutlich schlechter ab als deutsche Mädchen. (Die Unterschiede nahmen aber mit dem Grad der Integration ab.) Im Bereich Selbstwertgefühl erreichten Mädchen aus Mittel- und Südeuropa besonders hohe Werte. Vor allem Mädchen aus der Türkei und den ehemaligen Staaten der Sowjetunion wiesen dagegen vergleichsweise niedrigere Werte auf. Bei den Jungen erreichten im Hinblick auf den Selbstwert polnische Jungen höhere Werte als deutsche, während Jungen aus arabisch-islamischen Ländern besonders schlecht eingeschätzt wurden. (S. 102)

Kritisches Ernährungsverhalten

Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) kam zu dem Ergebnis, dass in Deutschland rund 15 % aller Kinder und Jugendlichen von 3 bis 17 Jahren übergewichtig sind, darunter etwa 800.000 adipöse Jungen und Mädchen. In der Folge treten auch altersuntypische Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2 und Herz-Kreislauf-Erkrankungen häufiger auf.

Die Sonderauswertung des KiGGS „Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund“ ergab, dass Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund überproportional häufig von Übergewicht betroffen sind. Dies gilt jedoch nicht für alle Gruppen. Am häufigsten sind türkische Jungen und Mädchen betroffen, bei denen sich auch häufiger ein körperlich inaktiver Lebensstil feststellen lässt. (S. 64) Konkrete Zahlen werden in der Publikation nicht genannt.

Ob die stärkere Betroffenheit türkischer Kinder von Übergewicht auf kulturbedingte Essgewohnheiten zurückzuführen ist oder sich vor dem Hintergrund ihrer vornehmlichen sozialen Schichtzugehörigkeit entwickelt, lässt sich auf der Basis dieser Daten nicht ermitteln. Nach Angaben des Robert Koch-Instituts (2008) gehören in Deutschland 70,7 % der türkischen Kinder und Jugendlichen der „Unterschicht“ an, gefolgt von Kindern aus den ehemaligen SU-Staaten (48,2 %) und arabisch-islamischen Ländern (44,4 %). Kinder und Jugendliche aus Westeuropa, den USA und Kanada liegen mit 16 % unter jenem der Kinder aus Deutschland.

Laut KiGGS entwickeln Kinder aus der Unterschicht mit knapp 28 % deutlich häufiger eine Essstörung als Kinder aus der Oberschicht, die zu durchschnittlich 16 % betroffen sind. Entsprechend krass fällt der Vergleich von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund aus: 30 % gegenüber 20 %. (Hölling 2007a)

Medizinische Inanspruchnahme

Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund werden häufiger ärztlich ambulant behandelt und häufiger in Kliniken operiert, nehmen aber weniger Medikamente ein. (Kamtsiuris et al. 2007; Knopf 2007) Insbesondere für Kinder und Jugendliche aus der Türkei, arabisch-islamischen Ländern und Mittel- und Südeuropa wird eine häufigere Inanspruchnahme von Ärzten angegeben. Gleichzeitig geben sie seltener Schmerzen an. (Robert Koch-Institut 2008)

Kinder aus Familien mit einem niedrigen sozialen Status mit und ohne Migrationshintergrund werden von ihren Eltern seltener zu den Früherkennungsuntersuchungen (U3 bis U9) gebracht. Die U8 kurz vor dem fünften Geburtstag nutzten 2006 beispielsweise 92 % der deutschstämmigen Kinder, aber nur 68 % der Migrantenkinder. Der Unterschied zwischen Kindern aus der Oberschicht gegenüber Kindern aus der Unterschicht betrug mehr als 10 %: 92,5 % zu 81,5 %. (Kamtsiuris et al. 2007)

Insgesamt bestätigt der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey, dass Kinder aus sozial schwachen Milieus sowie aus Migrantenfamilien im Vergleich zu Kindern aus Familien mit höherem Sozialstatus und ohne Migrationshintergrund stärker mit Gesundheitsproblemen belastet sind – was jedoch grundsätzlich der genaueren Differenzierung nach verschiedenen Ethnien und Kulturen bedarf.

Hier wie dort zeigen Jungen in der Tendenz mehr Probleme, doch hat etwa der durchschnittliche deutschstämmige Junge aus einer Familie mit einem mittleren sozialen Status eine deutlich günstigere Gesundheitsprognose als etwa das durchschnittliche Mädchen aus einer Familie mit einem niedrigen sozialen Status und/oder einem Migrationshintergrund.

4.2.2 Die BELLA-Studie

Die BELLA-Studie erhebt Daten zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Sie ist als Modul zur psychischen Gesundheit an den Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) angeschlossen. Etwa 3000 Kinder, Jugendliche und deren Eltern sowie junge Erwachsene wurden vertieft zur psychischen Gesundheit befragt. Darüber hinaus fanden von 2004 bis 2008 zwei Nachbefragungen im Abstand von jeweils einem Jahr statt, um die Entwicklung der Teilnehmenden und die Auswirkungen von Risiko- und Schutzfaktoren beobachten zu können. Von 2009 bis 2012 erfolgte die vierte Befragung im Rahmen der BELLApplus-Studie.

Die BELLA-Studie stellte fest, dass Kinder aus konfliktbelasteten Familien ein deutlich höheres Risiko haben, eine psychische Auffälligkeit zu entwickeln. 9,7% wurden als wahrscheinlich psychisch auffällig eingestuft, bei weiteren 12,2% fanden sich Hinweise auf psychische Auffälligkeiten. Dabei waren Ängste mit 10% am häufigsten vertreten, gefolgt von Störungen des Sozialverhaltens (7,6%), Depressionen (5,4%) und ADHS (2,2%). Eine Häufung psychischer Auffälligkeiten ist bei Kindern mit niedrigem sozioökonomischem Status festzustellen. Kinder und Jugendliche, die mehr als vier Risikofaktoren ausgesetzt waren, zeigten zu etwa 55% zumindest Hinweise auf psychische Auffälligkeiten. (Bengel et al. 2008)

Zugleich gab es Hinweise, dass Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund weniger von ADHS-Diagnosen betroffen sein könnten. Vermutet wird, dass aus einem anderen Kulturkreis eingewanderte Eltern möglicherweise eine „kulturell bedingte unterschiedliche Symptomtoleranz“ gegenüber nicht-normativem Verhalten von Kindern haben. (Schlack 2007) Andererseits: Die nachgefragte Betroffenheit von ADHS-Diagnosen ist bei Migrantenkinder zwar niedriger als bei Nichtmigrantenkinder, doch werden auch Symptome erfragt, weisen Kinder mit Migrationshintergrund sogar eine leicht höhere Prävalenz auf. (Robert Koch-Institut 2008) Mehr Informationen zum Thema ADHS finden sich weiter unten unter „Spezifische Störungen/Auffälligkeiten“.

Die bundesweit erhobenen Ergebnisse des KiGGS und der BELLA-Studie können wichtige Anhaltspunkte geben in Bezug auf mögliche psychische Belastungen von Kindern (mit Migrationshintergrund).

Sie können (im Hinblick auf diese Zielgruppen) jedoch nicht als repräsentativ gelten. So konnten beispielsweise (unbegleitete) Flüchtlingskinder oder Kinder von Eltern ohne (ausreichende) Deutschkenntnisse nicht angemessen berücksichtigt werden. In der BELLA-Publikationsliste (2012) geht aus keinem Aufsatztitel hervor, dass die Angaben von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund speziell ausgewertet wurden. In dem sich auf die BELLA-Studie beziehenden Aufsatz „Elterliche Psychopathologie, Aggression und Depression bei Kindern und Jugendlichen“ von Schlack, Hölling, Erhart, Petermann und Ravens-Sieberer (2010) gibt es keinen Hinweis auf die Situation von Migrantenfamilien. Ravens-Sieberer (2007) schränkte selbst ein: „Da es im Rahmen der BELLA-Studie leider nicht möglich war, die Datenerhebung in verschiedenen Sprachen durchzuführen, muss angenommen werden, dass die befragten Familien mit Migrationshintergrund keine repräsentative Auswahl der in Deutschland lebenden Migrantenfamilien darstellen.“ (S. 872)

4.3 Weitere Einzelstudien/Abhandlungen

In ihrem Buch „Transkulturelle Kinder- und Jugendpsychiatrie“ fassen Renate Schepker und Mehmet Toker (2009) die epidemiologische Datenlage zu „Migration und psychische Gesundheit“ zusammen (S. 16–22). Nach ihrer Einschätzung leidet die Datenlage an grundsätzlich widersprüchlichen Ergebnissen, oft geringen Erhebungseinheiten und oft unzureichenden Untersuchungsmethoden. Sie schreiben: „Alle Untersuchungen – wie zu zeigen sein wird, auch die eigene – sind tendenziell sowohl durch falsch positive (Dramatisierungstendenzen) als auch falsch negative (bagatellisierende) Antworten der Eltern verzerrt.“

Zudem sind viele Untersuchungen, auf die sich auch Schepker und Toker stützen können, älteren Datums. Zum Thema Enuresis schreiben sie: „In den wenigen methodisch soliden Untersuchungen zu einzelnen Störungsbildern wurde Enuresis als funktionelle Störung bei türkeistämmigen Zuwandererkindern gehäuft vermerkt (Poustka 1984, Steinhausen et. al. 1982, 1989, 1990) ... Für die häufigere Enuresissymptomatik bei türkeistämmigen Jungen werden sowohl genetische als auch kulturelle Ursachen erwogen. Hier wird eine wenig systemische Sauberkeitserziehung mit späterer Sauberkeitserwartung bei längerer Stillphase genannt, die Kopplung des Zieles Kontinenz an die Beschneidung mit 5 bis 6 Jahren, auch sollen Erziehungspraktiken mit wenig Gewicht auf Selbstkontrolle vorherrschen (Petersen 2000).“

Ob solche und ähnliche Aussagen noch für die dritte oder vierte Generation der „Zuwandererkinder“ gelten können, ist unklar. Das gilt auch für die Ausführungen zur Anorexia nervosa: „Die Anorexia nervosa findet sich in ländlichen Herkunftsgebieten und in Kulturen mit einem nicht westlichen Weiblichkeitsideal deutlich seltener; die weitaus niedrigere Prävalenz bei Mädchen der christlich orthodoxen und der arabischen Religionsgemeinschaften verglichen mit jüdischen Mädchen wird mit dem jeweiligen Schönheitsideal erklärt (Chardoff et. al. 1988).“

Zum „elektiven Mutismus“ schreiben Schepker und Toker: „Elektiver Mutismus tritt bei zugewanderten Kindern weltweit und kulturunabhängig häufiger auf“ und beziehen sich dabei auf einen Aufsatz von C. O. Toppelberg (Toppelberg, C. O. et al.: Differential diagnosis of selective mutism in bilingual children aus dem Jahr 2005). Hier wurden Studien aus den USA, Israel und Kanada sowie eine deutschsprachige Studie aus dem Jahr 1996 ausgewertet.

Darüber hinaus weisen sie unter anderem auf die Problematik der Genitalverstümmelung bei Mädchen hin, nennen aber keine Studie zu diesem Thema.

Jacob Spallek und Hajo Zeeb (2010) haben verschiedene Einzelstudien aus anderen Forschungszusammenhängen ausgewertet. Unter der Überschrift „Vieles noch unbekannt – empirische Erkenntnisse“ stellen sie unter anderem eine Übersicht von 37 internationalen Originalstudien zum Thema Migration und psychische Gesundheit von Lindert et al. (2008) vor. Zu den häufigsten psychischen Störungen in Verbindung mit Migration werden dort Depressionen, psychosomatische Beschwerden, Somatisierungen und Posttraumatische Belastungsstörungen genannt. Lindert et al. weisen jedoch auf die große Heterogenität der Studien hin. Die Vergleichbarkeit und Verallgemeinerung der Ergebnisse sei kaum möglich. Es bestehe „ein klarer Forschungsbedarf“ (Spallek und Zeeb, S. 63).

4.3.1 Bildung und Schule

- 19,8% der Jungen ohne deutschen Pass machen keinen Mindestabschluss, was auch für 13,5% der nichtdeutschen Mädchen gilt. Hinzu kommen etliche Jungen und Mädchen mit deutscher Staatsangehörigkeit, die einen Migrationshintergrund haben (Quenzel und Hurrelmann 2010).
- In sogenannten E-Schulen werden Kinder mit emotionalen und sozialen Entwicklungsstörungen betreut. Laut Bildungsbericht 2010 haben mehr als die Hälfte aller Kinder in Förderschulen Eltern mit höchstens einem Hauptschulabschluss. 28% der Eltern haben keine Berufsausbildung, 34% sind arbeitslos. Mehr als 15% der Kinder an Förderschulen haben keinen deutschen Pass.
- Es gibt große Unterschiede unter den Kindern mit Migrationshintergrund. Kinder mit vietnamesischen oder ukrainischen Eltern beispielsweise haben im Schnitt weniger Schulprobleme als deutschstämmige Kinder, während Kinder aus arabischen, türkischen und italienischen Familien (auch in der vierten Generation) überproportional häufig Schwierigkeiten haben. (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2010)
- Im „Jahresgutachten 2009 Geschlechterdifferenzen im Bildungssystem“ der Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V. heißt es: „Junge Menschen mit Migrationshintergrund sind schon seit langem die Verlierer beim Zugang zu einer beruflichen Ausbildung; sie münden zu großen Teilen in das berufliche Übergangssystem und erhalten häufig – auch nach langer Wartezeit – keinen Ausbildungsplatz.
- Außerdem können sie oft keinen Berufsabschluss aufweisen: Junge Männer mit ausländischem Pass sind zu 34,9% betroffen, junge Frauen mit ausländischem Pass zu 40,5% und damit mehr als dreimal so oft wie ihre deutschen Geschlechtsgenossinnen mit 11,5%. Die Situation von Frauen mit Migrationshintergrund ist noch prekärer als die von Männern mit Migrationshintergrund.“
- Im „Jahresgutachten 2007 Bildungsgerechtigkeit“ heißt es: „Als besondere Risiken für die Nichtbeteiligung an höheren Bildungsmaßnahmen und -abschlüssen müssen die Zugehörigkeit zu einer bildungsfernen Schicht und/oder ein Migrationshintergrund gelten. So nehmen nur 56% aller Ausländer mit drei Jahren im Vergleich zu 72% aller Deutschen mit drei Jahren Kindertageseinrichtungen in Anspruch, nur rund 4% der ausländischen Schüler im Vergleich zu fast 8% der Schüler insgesamt werden vorzeitig eingeschult, aus Realschulen steigen fast doppelt so viele Schüler mit Migrationshintergrund ab als solche ohne Migrationshintergrund, den höchsten Anteil an Klassenwiederholern stellen Kinder mit Migrationshintergrund, und der Ausländeranteil an Auszubildenden ist in Westdeutschland von 1993 bis 2004 von ursprünglich fast 10% auf 5,6% gesunken (alle Daten: vgl. Konsortium Bildungsberichterstattung 2006, S. 150ff.).“
- „Differenziert man die ausländischen Schüler zusätzlich nach ihren Staatsangehörigkeiten, so zeigt sich, dass von den Schülern aus Serbien und Montenegro ein vergleichsweise großer Anteil auf eine Hauptschule geht: Bei 55,0% der männlichen und 49,6% der weiblichen ist dies der Fall. Ebenfalls hohe Anteile können bei den italienischen, den türkischen und den griechischen Schülern beobachtet werden. Gleichzeitig ist bei den Schülern aus Serbien und Montenegro, der Türkei und Italien der Anteil derjenigen vergleichsweise gering, die auf ein Gymnasium gehen. Nur 11,1% der männlichen sowie 14,6% der weiblichen Schüler aus Serbien und Montenegro besuchen ein Gymnasium. Bei den türkischen Schülern betragen die Anteile 12,2% (männlich) und 14,8% (weiblich), bei den italienischen 13,8% (männlich) und 16,4% (weiblich).“
- „Deutlich besser schneiden dagegen die russischen, kroatischen und polnischen Schüler ab. So besuchen 45,4% der weiblichen russischen Schüler ein Gymnasium, womit der Anteil fast ge-

- nauso hoch ist wie bei den weiblichen deutschen (47,4%). Mit 38,1 % ist der Anteil auch bei den männlichen russischen Schülern vergleichsweise hoch. Von den kroatischen Schülern besuchen 27,2% (männlich) und 35,4% (weiblich), von den polnischen 27,4% (männlich) und 34,5% (weiblich) ein Gymnasium. Zieht man weiterhin in Betracht, dass von den kroatischen Schülern jeweils ein vergleichsweise hoher Anteil eine Realschule besucht (männlich: 26,6%, weiblich: 26,2%), so wird deutlich, dass die russischen, kroatischen und polnischen Schüler im deutschen Schulsystem vergleichsweise erfolgreich sind, obwohl weiterhin teilweise deutliche Unterschiede zu den deutschen Schülern bestehen. Darüber hinaus zeigt sich auch bei dieser nach Staatsangehörigkeiten differenzierten Darstellung, dass bei allen Gruppen die Mädchen besser abschneiden als die Jungen. Sie gehen häufiger auf Gymnasien und Realschulen und seltener auf Hauptschulen.“
- Eindeutig ist der Zusammenhang zwischen schulischem Misserfolg und einem Übermaß an Medienkonsum und Computerspiel, wovon Jungen aus bildungsfernen und sozioökonomisch niedrig gestellten Elternhäusern am stärksten betroffen sind. Eine Untersuchung des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen e.V. (Pfeiffer et al. 2007) stellte bei Viertklässlern fest, dass Kinder von Eltern mit geringem Bildungsniveau wesentlich umfangreicher mit Unterhaltungsmedien ausgestattet sind als Kinder von Eltern mit hohem Bildungsniveau.
 - Bei Kindern von Eltern mit geringem Bildungsniveau steht mehr als dreimal häufiger ein Fernseher im Kinderzimmer, sie haben fast viermal häufiger eine Spielkonsole und 1,3-mal häufiger einen PC. Ähnlich sieht es bei Migrantenkindern aus, die gegenüber Nichtmigranten 1,6-mal häufiger mit einem eigenen Fernseher, fast zweimal häufiger mit einer Spielkonsole und 1,2-mal häufiger mit einem PC ausgestattet sind.
 - In der Folge verbringen Viertklässler aus bildungsfernen Familien mit täglich 175 Minuten erheblich mehr Zeit vor dem Fernseh- und Computerbildschirm als Kinder aus Familien mit hohem Bildungsniveau (77 Minuten am Tag). An Wochenenden ist der Unterschied der mit Medienkonsum verbrachten Zeit noch größer.
 - Viertklässler mit einem eigenen Fernseher schauen sich im Vergleich zu ihren Altersgenossen ohne eigenes Gerät doppelt so häufig Filme an, die erst ab 16 oder 18 Jahren freigegeben sind. Haben Viertklässler eine eigene Spielkonsole, spielen sie zudem fast dreimal häufiger Spiele ab 18 Jahren. Eine der Folgen des übermäßigen und nicht altersgerechten Medienkonsums: Viertklässler mit eigenem Fernseher und eigener Spielkonsole im Kinderzimmer erzielen in den Fächern Deutsch, Sachkunde und Mathematik um 0,2 bis 0,4 schlechtere Noten als ihre Altersgenossen mit geringerem Medienkonsum.
 - Die Studie fasst auch im Hinblick auf den Migrationshintergrund zusammen: „Ein zehnjähriger Junge aus einer bildungsfernen Familie mit Migrationshintergrund, der in einer norddeutschen Stadt aufwächst, bringt es pro Schultag auf 4 Stunden und 5 Minuten Medienkonsum, am Wochenende sogar auf 5 Stunden 40 Minuten. Ein deutsches Mädchen aus Süddeutschland, von dem mindestens ein Elternteil Abitur hat, erreicht dagegen an Schultagen nur einen Medienkonsum von 43 Minuten, am Wochenende von 54 Minuten.“ (Pfeiffer et al. 2007, S. 7)
 - Gleichwohl muss betont werden, dass für alle Schüler und Schülerinnen gilt – gleich ob deutschstämmig oder mit Migrationshintergrund, ob aus einer sozial höheren oder unteren Schicht: Die adäquate Nutzung von Medien und Computern kann auch viele positive Seiten und einen großen Nutzen für den Erfolg in Schule, Hochschule und Beruf haben und sollte deshalb grundsätzlich nicht nur kritisch betrachtet werden.

4.3.2 Seelische Gesundheit und Migration (SeGeMi)

SeGeMi ist eine internationale Studie zur psychosozialen Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund und zur interkulturellen Öffnung des psychosozialen Gesundheitssystems, gefördert von der Volkswagenstiftung und unter Schirmherrschaft der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Erstmals in Deutschland wurden von 2009 bis 2012 mithilfe einer umfangreichen repräsentativen epidemiologischen Erhebung Prävalenz- und Komorbiditätsraten psychosozialer Gesundheit für Menschen mit türkischem Migrationshintergrund erhoben.

Ziel war es, die Situation von Migrantinnen und Migranten sowie deren Kindern gerade auch im Hinblick auf ihre seelische Gesundheit zu verbessern und damit einen wichtigen Beitrag zur Integration zu leisten. Im ersten Schritt der Studie stießen die beteiligten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler jedoch auf Schwierigkeiten, Menschen mit türkischem Migrationshintergrund für die Untersuchung zu befragen. Deshalb wurden Fokusgruppen eingesetzt, um einen Einblick in die Einstellung der Türken in Deutschland zu erhalten und Hinweise auf die Gründe für die geringe Teilnahme zu gewinnen.

Die Wissenschaftler befragten in Hamburg (Prof. Uwe Koch-Gromus – UKE) und Berlin (Prof. Andreas Heinz – Charité) lebende Menschen mit türkischem Migrationshintergrund zu ihrem seelischen Wohlbefinden (Modul 1). Darüber hinaus erfragten sie persönliche Erklärungsmodelle zu psychischen Erkrankungen sowie Barrieren und Ressourcen bei der Nutzung fachspezifischer Versorgungseinrichtungen in Deutschland (Modul 2). Zudem wurde der Stand der interkulturellen Öffnung in der psychosozialen Versorgung exemplarisch in einem Berliner Bezirk erhoben und kritisch geprüft (Modul 3). Schließlich wurde für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von psychosozialen Versorgungseinrichtungen ein Trainingsprogramm zur interkulturellen Kompetenz entwickelt, durchgeführt und umfassend evaluiert (Modul 4).

In Hamburg wurden 10.000 Menschen mit türkischem Hintergrund angeschrieben, von denen sich 3 % zurückgemeldet haben. Weitere Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden in Zusammenarbeit mit Migrantenorganisationen, Vereinen und Verbänden gewonnen. In Hamburg wurden 376 Interviews geführt. In Berlin wurden Probandinnen und Probanden auf der Straße und an ausgewählten Orten gewonnen. Die Studie basiert auf insgesamt 662 Interviews. Für einen Vergleich, was Menschen mit türkischem Hintergrund mit dem Begriff seelische Gesundheit verbinden, wurde mit der Marmara Universität in Istanbul zusammengearbeitet.

Unter anderem hat sich gezeigt (genaue Ergebnisse sind derzeit auf der Internetseite nicht zu finden):

Differenziert fiel die Antwort auf die Frage aus, inwieweit der Faktor Migration eine zusätzliche Belastung ist: „Die Studiendaten zeigen, dass eine Migrationserfahrung durchaus sehr belastend sein kann und Menschen zum Teil auch noch nach Jahrzehnten noch sehr an den Folgen der Migration leiden ... Es gibt auch solche, deren seelische Gesundheit stabil geblieben ist.“ (zitiert nach Hinrichs 2012).

Aus den Interviews ergeben sich Hinweise, dass ein Teil der in Deutschland lebenden Menschen mit türkischem Migrationshintergrund psychisch stärker belastet ist. Die Prävalenz bei unipolaren Depressionen lag bei türkischen Migrantinnen und Migranten bei über 20 % (nach dem Gesundheitssurvey des RKI bei Deutschen nur bei 8 %). Bei psychosomatischen Beschwerden und Angsterkrankungen sind ebenfalls deutlich höhere Prozentzahlen gemessen worden. Nur beim Thema Alkoholabhängigkeit lagen die Raten erwartungsgemäß kulturbedingt deutlich niedriger. Die erhebliche Differenz brachte die Forschenden in Zweifel, ob die Studie tatsächlich repräsentativ war. Das soll weiter untersucht werden. Es wurde überprüft, ob es Gruppen gibt, die in höherem Maße von psychischen Störungen betroffen sind. Dabei ergab sich, dass ältere Personen ab ca. 50

4.3.3 Nutzung von Präventionsangeboten

Jahren sowie Frauen häufiger belastet sind. Menschen mit Migrationshintergrund nehmen bestimmte psychosoziale Hilfeangebote in geringerem Maße wahr. Das liegt unter anderem an Unterschieden im Krankheitsverständnis je nach Migrations- und Bildungshintergrund. Eines der Hemmnisse bei der Versorgung ist das Fehlen muttersprachlicher Angebote. Entgegen der Vorannahme finden viele türkischstämmige Menschen trotzdem den Weg zum Hausarzt bzw. zur Hausärztin, zur Psychiaterin bzw. zum Psychiater und zur Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeuten. Sie nutzen jedoch überproportional Behandlerinnen und Behandler mit türkischem Migrationshintergrund.

Die allseits geforderte „interkulturelle Öffnung“ von sozialen und gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen wird bisher nicht überall umgesetzt. Neben strukturellen Barrieren (etwa zu geringer personeller Spielraum) liegt einer der Gründe darin, dass die Übernahme der Kosten für Dolmetscherinnen und Dolmetscher nicht geregelt ist.

Bei Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen psychosozialer Einrichtungen besteht Bedarf an interkulturellem Training. Im Rahmen des Forschungsprojekts wurde ein interkulturelles Training entwickelt und evaluiert. Ein Teil der Trainingsinhalte erscheint in Kürze („Leitfaden zur kultursensiblen diagnostischen Fragestellung“).

Weitere und detaillierte Ergebnisse sind noch zu erwarten, vermutlich auch zur Situation von Kindern und Jugendlichen.

Auf der Internetseite www.segemi.de sind wenige (englischsprachige) Aufsätze zu einzelnen Aspekten und Modulen der Studie zu finden.

Walter et al. (2007) kommen zu dem Ergebnis, dass „die Datenlage über die Nutzung vorhandener primär- und sekundärpräventiver Maßnahmen durch Migranten schlecht (ist).“ Präventive Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen werden nach bisherigen Erkenntnissen von Migrantinnen und Migranten eher wenig in Anspruch genommen; besonders auffällig ist der niedrige Anteil von Frauen. Migrantinnen und Migranten scheinen auch in der psychosozialen Versorgung unterrepräsentiert zu sein, insbesondere in der Suchthilfe. In geschlossenen Bereichen und der Forensik seien Migrantinnen und Migranten dagegen überrepräsentiert.

Barrieren sehen sie bei Anbieterinnen und Anbietern sowie Nutzerinnen und Nutzern: „Zu anbieter- bzw. professionenbezogenen Barrieren zählen u. a. fehlende Konzepte zur Umsetzung neuer Zugangswege in der Versorgungspraxis, Vorbehalte gegenüber Zielgruppen, Mittelschichtorientierung sowie mangelndes ethnokulturelles Verständnis. Adressatenbezogene Zugangsbarrieren können neben sprachlichen Barrieren auch die Unkenntnis über vorhandene Beratungs- und Hilfesysteme, die Tabuisierung präventiver Themen wie zum Beispiel Sucht und Drogen sowie ethnozentrische Fehldeutungen, aber auch kulturelle Unterschiede in Krankheitskonzepten darstellen.“ In dem Beitrag stellen sie einige primärpräventive muttersprachliche Projekte (Mediatoren- und Multiplikatorenansatz, Dolmetscherzentren) vor, u. a. „MiMi“ (siehe „Best Practice“).

Quellen und Literatur

Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2010): Bildung in Deutschland 2010. Bielefeld.

BELLA–Publikationsliste 2012.

»» www.child-public-health.org/deutsch/forschungsinhalte/bella-studie/

- Bengel, J.; Meinders-Lücking, F.; Rottmann, N. (2008): Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. Band 35 der Reihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung der BZgA. Köln.
- Borde, T.; David, M. (Hrsg.): Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit. Frankfurt 2010 (2., unveränderte Auflage 2005).
- Fichter, M. M.; Elton, M.; Diallina, M. (1988): Mental Illness in Greek and Turkish Adolescents. In: *European Archives of Psychiatry and Neurological Science*, 237, S. 125–134.
- Gerken, U.; Salman, R.; Krauth, C.; Machleidt, W.; Bisson, S.; Kimil, A.; Walter, U (2008): Von muttersprachlichen Präventionsberatern werden Migranten besser erreicht. *Public Health Forum* 59 (16), S. 20–21.
» www.knp-forschung.de/docext.php?id=72
- Glaesmer, H.; Wittig, U.; Brähler, E. et al. (2009): Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? Eine Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung. In: *Psychiatrische Praxis*, 36, S. 16–22.
- Hinrichs, A. (2012): Türkische Migranten stärker belastet als angenommen. In: *Eppendorfer – Zeitung für Psychiatrie*. Ausgabe 11/2012, S. 7.
- Hölling, H. (2007a): Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Robert Koch-Institut. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. Berlin.
- Hölling, H. (2007b): Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Robert Koch-Institut. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. Berlin.
- Kamtsiuris, P. et al. (2007): Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Robert Koch-Institut. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. Berlin.
- Knopf, H. (2007): Arzneimittelanwendung bei Kindern und Jugendlichen. Erfassung und erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Robert Koch-Institut. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. Berlin.
- Lindert, J.; Brähler, E.; Wittig, U. et al. (2008): Depressivität, Angst und Posttraumatische Belastungsstörungen bei Arbeitsmigranten, Asylbewerbern und Flüchtlingen. Systematische Übersichtsarbeit zu Originalstudien. In: *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 58, S. 109–122.
- Lüders, C.; Gadow, T. (2009): Aufwachsen in Deutschland. Gesunde Kinder? In: *DJI Bulletin* 85, 1.
- Merbach, M.; Wittig, U.; Brähler, E. (2008): Angst und Depressionen polnischer und vietnamesischer Migranten in Leipzig unter Berücksichtigung ihres Eingliederungsprozesses. In: *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 58, S. 146–154.
- Pfeiffer, C. et al. (2007): Die PISA-Verlierer – Opfer ihres Medienkonsums. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e. V. Hannover.
- Quenzel, G.; Hurrelmann, K. (2010): Geschlecht und Schulerfolg: Ein soziales Stratifikationsmuster kehrt sich um. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*. 62, S. 61–91.
- Ravens-Sieberer, U. et al. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. Berlin.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2008): Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Berlin.

Rogner, J.; Bökli, E.; Bartram, M. (2001): Emotionales und körperliches Wohlbefinden türkischer Einwohner in Osnabrück. In: Marschalck, P.; Wiedl, K.-H.: Migration und Krankheit. Osnabrück.

Schlack, R.; Hölling, H.; Erhart, M.; Petermann, F.; Ravens-Sieberer, U. (2010): Elterliche Psychopathologie, Aggression und Depression bei Kindern und Jugendlichen. In: Kindheit und Entwicklung, 19 (4), S. 228–238.

Schepker, R.; Toker, M. (2009): Transkulturelle Kinder- und Jugendpsychiatrie. Grundlagen und Praxis. Berlin.

Schlack, R. et al. (2007): Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz. Berlin.

Schlack, R.; Hölling, H. (2007): Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im subjektiven Selbstbericht. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz. Berlin.

Schneekloth, U. (2011): „Der Blick auf die Welt aus Kinderaugen“: Wohlbefinden, Teilhabe, Selbstwirksamkeit aus Kindersicht. In: Aktion Psychisch Kranke (APK) (Hrsg.): Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe! Tagungsdocumentation Kassel, 8./9. November 2010. Bonn 2011.

SeGeMi: » www.segemi.de und » [\[vermittlung.de/AbschlussPD_SeGeMi.pdf\]\(http://www.vermittlung.de/AbschlussPD_SeGeMi.pdf\)](http://www.mwm-</p>
</div>
<div data-bbox=)

Spallek, J.; Zeeb, H. (2010): Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. In: Hege-
mann, T.; Salman, R. (2010): Handbuch transkulturelle Psychiatrie. Bonn, S. 58–68.

Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V. (Hrsg.) (2007): Bildungsgerechtigkeit – Jahresgutachten 2007. Wiesbaden.

Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V. (Hrsg.) (2009): Geschlechterdifferenzen im Bildungssystem – Jahresgutachten 2009. Wiesbaden.

Walter, U.; Salman, R.; Krauth, C.; Machleidt, W. (2007a): Migranten gezielt erreichen: Zugangswege zur Optimierung der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen. Psychiatrische Praxis 34, S. 349–353.
» www.knp-forschung.de/docext.php?idx=70

4.4 Psychische Gesundheit bzw. Belastung von Flüchtlingskindern: Statistik, empirische Erkenntnisse, Präventions- und Therapieangebote

Unter den Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland nehmen die begleiteten und unbegleiteten Flüchtlingskinder eine Sonderstellung ein. Viele zeigen psychische Auffälligkeiten oder leiden unter schweren traumatischen Erkrankungen durch ihre Erlebnisse im Heimatland und auf der Flucht. Ihr jeweiliger Status im Aufnahmeland Deutschland (begleitet, unbegleitet, mit Aufenthaltstitel oder nur Duldung) wirkt sich als zusätzliche psychische Belastung aus, da ihre aufenthaltsrechtliche Stellung von großer Unsicherheit geprägt ist.

Die Hauptgründe für die Einreise minderjähriger Flüchtlinge nach Deutschland sind (Bürger-)Kriege, Krisen, politische Unruhen, Armut, Gewalt, Misshandlungen, Naturkatastrophen, politische Verfolgung aufgrund ethnischer und religiöser Zugehörigkeit, auch Elternverlust durch HIV/Aids. Hinzu kommen fehlende Ausbildungsmöglichkeiten und Zukunftsperspektiven, Ängste vor Genitalverstümmelung, Zwangsverheiratung, Zwangsprostitution, sexueller Missbrauch, Sklaverei, Sippenhaft, Zwangsrekrutierung zu Kindersoldaten.

Aus all dem ergibt sich, dass diese Minderjährigen spezifische, meist schwere physische, psychische und soziale Störungen und einen entsprechenden Versorgungsbedarf haben (Parusel 2008). Bisher ist jedoch die gesundheitliche Situation der minderjährigen Flüchtlinge nur unzureichend erfasst, es finden sich zur Bedürfnis- und Versorgungslage nur ungenaue Zahlen und Angaben.

Flüchtlingskinder in Zahlen

Die UNO-Flüchtlingshilfe gibt für 2011 eine Zahl von 570.000 Flüchtlingen in Deutschland an, davon ersuchen ca. 63.000 um Asyl (UNHCR). Die Bundesregierung spricht von ca. 53.000 (Die Beauftragte

der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2012).

Nach Angaben des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, BAMF) waren annähernd 17.000 (36%) der Erstasyl-Antragsteller unter 18 Jahren, davon etwa 14.000 (30%) unter 16 und etwa 2600 (6%) zwischen 16 und 18 Jahren. In der Gruppe der unter 16-Jährigen gibt es etwas mehr junge Männer als Frauen, in der Gruppe der 16- bis 18-Jährigen sind zwei Drittel junge Männer. Etwa 55.200 der Flüchtlingskinder und -jugendlichen waren lediglich im Besitz einer Duldung (Bundesfachverband Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge). Andere Schätzungen (Pro Asyl) sprechen von rund 45.000 Kindern und Jugendlichen, die derzeit als Flüchtlinge mit befristeter Aufenthaltserlaubnis in Deutschland leben oder auf eine Entscheidung in ihrem Asylverfahren warten. 2007 wurden rund 1900 hier lebende Minderjährige ohne Papiere registriert (BAMF, Working Paper 26).

Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge

Unter den minderjährigen Flüchtlingen sind die unbegleiteten Minderjährigen eine besonders vulnerable Gruppe. Von der EU werden sie als Minderjährige aus Nicht-EU-Staaten definiert. In Deutschland werden mit diesem Begriff Minderjährige bezeichnet, die ohne Begleitung von Eltern oder Erziehungsberechtigten einreisen. Ihre Gesamtzahl wird auf 3000 bis 6000 bzw. 10.000 Kinder und Jugendliche geschätzt. Der Bundesfachverband Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge e. V. und UNHCR Deutschland geben für das Jahr 2010 an, dass mehr als 4200 durch Jugendämter im Bundesgebiet in Obhut genommen wurden. Andere Schätzungen sprechen von rund 2000, die jährlich nach Deutschland einreisen (Bundesfachverband Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge e. V.).

Ihre genaue Zahl ist unbekannt, ebenso die Zahl, wie viele von ihnen illegal in Deutschland leben. Wichtigste Herkunftsländer waren im Jahr 2008 Irak, Vietnam, Afghanistan, Guinea und Äthiopien.

Psychosoziale Situation

Viele minderjährige Flüchtlinge haben traumatische Erfahrungen gemacht durch extreme Not, (Bürger-) Kriege, Vertreibung und Gewalt, Zerstörung oder Verlust der Heimat sowie Trennung von der Familie und Angehörigen. Nicht selten kommen Zwangsrekrutierungen als Kindersoldaten, Prostitution, Inhaftierung und Folter hinzu. Nach den erlebten Schrecken treffen sie hier meist auf schwierige Rahmenbedingungen: Orientierung in einer fremden Gesellschaft mit anderen Werten und Regeln, einem anderen Geschlechterverhältnis und einer noch unbekanntem Sprache. Flüchtlings- und Sammelunterkünfte sind auf kindliche Bedürfnisse oft nicht ausgerichtet, meist leben viele Menschen auf engem Raum. Oft ist den Minderjährigen ein zeitweilig notwendiger Rückzug von ihren häufig ebenfalls psychisch belasteten oder traumatisierten Eltern nicht möglich. Wenig Anregung und sinnvolle Beschäftigung, Residenzpflicht und Geldmangel schränken die Entwicklungsmöglichkeiten und Potenziale der Kinder und Jugendlichen stark ein. Zieht sich das Asylverfahren oder der unsichere Aufenthaltsstatus über mehrere Jahre hin, verstärken sich häufig die psychischen Symptome und Auffälligkeiten (vgl. u. a. Zito 2012).

Unter den minderjährigen Flüchtlingen sind die unbegleiteten in der Regel einer zusätzlichen, besonderen psychischen Belastung ausgesetzt: Sie müssen den Verlust von Eltern und der vertrauten Umgebung und Kultur sowie die in der Regel auch traumatischen Erfahrungen durch/während Flucht oder Vertreibung weitgehend allein verarbeiten.

Psychische Erkrankungen/Posttraumatische Belastungssymptome

Alle minderjährigen Flüchtlinge müssen sich in der Fremde unter schwierigen Bedingungen neu verorten und integrieren. Dies führt sehr oft zu Niedergeschlagenheit, Depression, Ängsten und Gefühlen von Entwurzelung, Unsicherheit und Ausgeliefertsein. Kommen Probleme mit Behörden, Ängste vor Polizei, Staat und Asylverfahren hinzu sowie unrealistische Erwartungen an eine Unterstützung, ist die häufige Folge Enttäuschung, die in Aggressionen und/oder seelische Zusammenbrüche umschlagen kann.

Klinische Krankheitsbilder, die durch die extremen Erfahrungen gehäuft auftreten, sind Posttraumatische Belastungssymptome. Nach Angaben der Flüchtlingsambulanz des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf umfasst das Spektrum der Störungen:

- Posttraumatische Belastungsstörung
- Depressive Störungen
- Anpassungsstörungen
- Schlafstörungen
- Dissoziative Störung
- Borderline- und andere Persönlichkeitsstörungen
- Psychosomatische und somatoforme Störungen, zum Beispiel chronische Schmerzen
- Angststörungen
- Störung des Sozialverhaltens
- Hyperkinetische Störungen (ADHS)
- Essstörungen

Bei jüngeren Kindern:

- Bindungsstörungen
- Schrei-, Ess- oder Schlafstörungen
- Entwicklungsauffälligkeiten
- Einnässen und Einkoten

Wie hoch die Prävalenz von psychischen Erkrankungen und damit der Behandlungsbedarf bei Flüchtlingskindern in Deutschland ist, liegt weitgehend im Dunklen. Einzeluntersuchungen kommen zu dem Ergebnis, dass rund 20 bis 30 % der Kinder von Asylbewerberinnen und -bewerbern unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden. In psychotherapeutische Behandlung gelangen jedoch nur rund 5 % (Ruf, Schauer, Elbert 2012). Da das hohe Risiko für chronifizierte Traumafolgen die gesunde Entwicklung in sozialen, schulischen und beruflichen Bereichen behindert, wird von allen Fachkräften die Weiterentwicklung psychotherapeutischer Hilfe sowie ein breiteres Angebot gefordert.

Transgenerationale Traumatisierung

Was mittlerweile aus Langzeituntersuchungen über die Auswirkungen der beiden Weltkriege auf die Folgegenerationen bekannt ist, trifft auch auf die heutigen Flüchtlingskinder zu: Traumatische Erfahrungen wie Krieg, Folter, Todesängste hinterlassen nicht nur bei den direkten Opfern dauerhafte seelische Wunden und Störungen, sondern die erlebten Traumata werden bewusst und unbewusst auch an die nächste(n) Generation(en) übertragen (Radebold et al., 2009; Rauwald, 2013). Die unverarbeiteten Schrecken, die die Psyche der Eltern belasten, werden häufig direkt oder indirekt von deren Kindern übernommen. Sie können sichtbar werden in auffälligen, bzw. neurotischen Mustern in der Eltern-Kind-Beziehung und die kindliche Entwicklung nachhaltig beeinträchtigen. Diese psychischen Beschädigungen und Probleme sind meist nicht durch die betroffene Person allein zu lösen, sondern es bedarf spezieller

professioneller psychologischer Hilfen.

Verdeckte und sequenzielle Traumatisierung

Erschwerend für die Erfassung und Behandlung von psychischen Erkrankungen ist, dass die betroffenen Kinder häufig erst einmal keine offensichtlichen psychischen Folgen oder Verhaltensauffälligkeiten zeigen. Sie wirken oberflächlich gesehen symptomfrei und scheinen das traumatische Erlebnis unbeschadet überstanden zu haben. Es gehört jedoch zu den unbewussten Überlebensstrategien, das Ausmaß des erlebten Traumas auszublenden. Der Schrecken trifft das Opfer oft erst sehr viel später – häufig unvorhergesehen und mit großer Wucht.

Notwendig sind deshalb Methoden der Trauma-, Bindungs- und qualitativen Sozialforschung, die verdeckt vorhandene Traumatisierungen erkennen können (vgl. u. a. Lennertz 2011). Ebenso muss der Prozesscharakter von Traumata in das Behandlungskonzept einbezogen werden. Entscheidend für die Entwicklung psychischer Schwierigkeiten ist nicht nur der Schweregrad des erlittenen Traumas, sondern auch die Erfahrungen in der Zeit danach (vgl. u. a. Keilson 2005). Zu häufig würden Umfeld und Therapeuten bzw. Therapeutinnen ausschließlich das sehen, was dem Kind angetan wurde, die Wirkung der Erfahrungen nach der Traumatisierung jedoch übersehen. Traumatisierung sei kein einmaliger Vorgang, sondern ein langer Prozess mit verschiedenen Phasen. Hier habe die aufnehmende Gesellschaft durch ihr Handeln eine große Verantwortung: Sie könne heilen oder aber retraumatisieren.

Resilienz

Persönliche und sozial vermittelte Ressourcen (Resilienz) werden bei den minderjährigen Flüchtlingen im Bedürfnis nach Zuwendung, Sicherheit, Verständnis und Hilfe durch Erwachsene sichtbar. Wird das noch vorhandene Vertrauen in die Umwelt angemessen erfüllt, können Erfahrungen von Gewalt, Tod und Trennung gemildert und produktiv gewendet werden. Die Minderjährigen brauchen nach ihrer

Ankunft in Deutschland Sicherheit, Struktur und Zukunftsperspektiven, eine verständnisvolle Umgebung, pädagogische/psychologische Betreuung und Beistand in Alltagsfragen. All dem steht jedoch häufig der meist unsichere Aufenthaltsstatus der Minderjährigen entgegen, der Vertrauen in die Menschen und die Zukunft schwer aufkommen lässt. (vgl. u. a. Podlech 2004)

Bedarf an psychologischer Diagnostik und psychotherapeutischen/psychiatrischen Angeboten

Der Bundesfachverband Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge e. V. und UNHCR Deutschland führen seit 2009 Evaluierungen der Aufnahmebedingungen von unbegleiteten Minderjährigen in den Bundesländern durch. Sie fordern aufgrund der großen Zahl von psychischen Auffälligkeiten wesentlich umfangreichere Angebote von psychologischer Diagnostik und ambulanter Psychotherapie sowie größere Kapazitäten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, um frühzeitig entsprechende Unterstützung gewähren zu können. Amtsvormünder sowie Betrüerinnen und Betreuer der Aufnahmestellen beklagen zudem, dass es keine spezielle Einrichtung für die Behandlung von jungen Folteropfern gebe. Es sei schwer, für sie niedergelassene Kinder- und Jugendtherapeutinnen und -therapeuten zu finden.

Da nach ihren Schätzungen etwa ein Drittel der unbegleiteten Flüchtlingskinder psychologischen oder psychiatrischen Behandlungsbedarf hat, sehen auch Jugendämter und Soziale Dienste einen dringenden Ausbaubedarf der Behandlungsmöglichkeiten. Psychologische und/oder psychiatrische Versorgung seien selbst in schwierigen Fällen oft nicht gewährleistet. Nur bei akuter Suizidgefahr sei eine kurzzeitige Aufnahme möglich. Selbst nach akuten Suizidversuchen seien Behandlung und Nachbetreuung oft nicht sichergestellt.

Nur selten gibt es (wie in Freiburg) einen psychologischen Fachdienst und eine niedergelassene Psychiaterin bzw. einen niedergelassenen Psychiater für Flüchtlingskinder mit psychischen Auffälligkeiten. In

einigen Städten gibt es Therapiemöglichkeiten wie bei refugio e. V. (München) und bei der Psychologischen Beratungsstelle für politisch Verfolgte und Vertriebene (Stuttgart). Professionelle Anlaufstellen mit wissenschaftlichem Hintergrund wie das Kompetenzzentrum Psychotraumatologie an der Universität Konstanz und die Flüchtlingsambulanz des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf zur psychiatrischen Behandlung von traumatisierten Flüchtlingskindern sind bisher eher singuläre Erscheinungen.

Stand der Forschung

In der (politischen und) wissenschaftlichen Expertendiskussion wird der psychischen Gesundheit der Flüchtlingskinder noch zu wenig Beachtung geschenkt. Es fehlen in der Forschung belastbare Zahlen und Daten. Die wissenschaftliche Literatur ist vorwiegend auf die rechtliche und psychosoziale Lage und Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen fokussiert, weniger auf die psychische Gesundheit von minderjährigen begleiteten und unbegleiteten Flüchtlingen. Obwohl über diese spezielle Gruppe deutlich mehr Literatur gefunden wurde als über Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund allgemein (siehe grundlegende Literatur zu Flüchtlingskindern), sind auch die gefundenen Studien, Untersuchungen und psychologischen/pädagogischen Konzepte noch unzureichend und lückenhaft.

Nach Informationen des BAMF zeigt sich in den vorliegenden Untersuchungen, dass Flüchtlinge und Flüchtlingskinder erwartungsgemäß einen höheren Grad an traumatischen Erfahrungen aufweisen als Migrantinnen und Migranten. Die Studien differenzieren hier in der Regel nicht zwischen Flüchtlingen und Asylbewerberinnen bzw. -bewerbern. Genauso deutlich zeigen die bisherigen wissenschaftlichen Studien, dass das Zusammenwirken von Fluchtursachen, -erfahrungen und -folgen sowie prekären rechtlichem und sozialem Aufenthaltsstatus die psychische Anfälligkeit der Minderjährigen weiter verstärkt, hier das Aufnahmeland Deutschland also in einer besonderen Verantwortung steht.

Expertinnen und Experten

Die Suche nach ausgewiesenen wissenschaftlichen und psychotherapeutischen Fachkräften speziell für minderjährige Flüchtlinge gestaltete sich schwierig. Die im Rahmen der Recherche angeschriebenen wissenschaftlichen Institutionen, Netzwerke oder Einzelpersonen konnten auf der Suche nach Expertinnen und Experten sowie wissenschaftlicher Literatur nicht entscheidend weiterhelfen.

Durch die Recherche konnten u. a. folgende Expertinnen und Experten eruiert werden:

Dr. Rami Gaber: Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Flüchtlingsambulanz. Martinistraße 52, 20251 Hamburg-Eppendorf (www.uke.de/kliniken/kinderpsychiatrie/index.php). Psychiatrische Behandlung traumatisierter Flüchtlingskinder bis zum vollendeten 21. Lebensjahr und deren Familien.

Prof. Dr. Jan Kizilhan: Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie. Projektleiter der Arbeitsgruppe Migration und Rehabilitation, Institut für Psychologie. Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, 79085 Freiburg.

E-Mail: kizilhan@psychologie.uni-freiburg.de

Dr. Ilka Lennertz: Diplompsychologin. Mitarbeiterin an der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik. Universitätsklinikum Dresden Carl Gustav Carus.

E-Mail: Ilka.Lennertz@uniklinikum-dresden.de

Dr. Martina Ruf: Diplompsychologin. Universität Konstanz, Fachbereich Psychologie: Psychologische Forschungs- und Modellambulanz für Flüchtlinge und vivo international (www.vivo.org).

E-Mail: Martina.Ruf@uni-konstanz.de

Dima Zito: Dipl.-Sozialpädagogin, Systemische Familientherapeutin und Traumatherapeutin für Kinder und Jugendliche. Mitarbeiterin im Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf und Dozentin am Institut für Systemisch-Integrative Therapie und

Beratung in Essen. Promotionsstipendium der Hans-Böckler-Stiftung, Titel: Kindersoldaten als Flüchtlinge in Deutschland – Lebenswelten, Traumabewältigung und psychosoziale Arbeit. Universität Düsseldorf. c/o PSZ Düsseldorf. Benrather Str. 7, 42213 Düsseldorf.

Quellen und Literatur

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF): Das Bundesamt in Zahlen.

» www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2011.pdf?__blob=publicationFile

Bundesfachverband Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge:

» www.b-umf.de/index.php?/Themen/bumf-themen.html

Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2012a): Bericht über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland.

» www.bundesregierung.de/Content/DE/Anlagen/IB/2012-06-27-neunter-lagebericht.pdf?__blob=publicationFile

Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2012b): Flüchtlinge und Menschen ohne Aufenthaltsstatus, Handlungsempfehlungen des Beirats der Integrationsbeauftragten.

» www.bundesregierung.de/Content/DE/Anlagen/IB/2012-09-28-beschluss-beirat.pdf?__blob=publicationFile

Flüchtlingsambulanz des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf.

» www.uke.de/kliniken/ambulanzzentrum/downloads/ambulanzzentrum-uke/Flyer_Fluechtlingsambulanz_online.pdf

Keilson, H. (2005): Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Untersuchung zum Schicksal jüdischer Kriegswaisen. Gießen.

Kompetenzzentrum Psychotraumatologie. Abteilung Klinische Psychologie an der Universität Konstanz mit angeschlossener Forschungsstation am Zentrum für Psychiatrie Reichenau (ZPR). Leitung: Dr. Maggie Schauer.
» www.psychologie.uni-konstanz.de/forschung/clinicalpsychology/einrichtungen/trauma

Lennertz, I. (2011): Trauma und Bindung bei Flüchtlingskindern. Erfahrungsverarbeitung bosnischer Flüchtlingskinder in Deutschland. Göttingen.

Parusel, B. (2008): Unbegleitete minderjährige Migranten in Deutschland – Aufnahme, Rückkehr und Integration, Studie im Rahmen des Europäischen Migrationsnetzwerks. Working Paper 26 des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge.
» www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/EMN/Nationale-Studien-WorkingPaper/emn-wp26-unbegleitete-minderjaehrige-de.pdf?blob=publicationFile

Podlech, K. (2004): Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge mit traumatischen Erfahrungen. Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main.
» www.themenpool-migration.eu/dtraum05.htm

Pro Asyl (2011): Europas Außengrenzen. Mauern verletzen Flüchtlingsrechte.
» www.proasyl.de/fileadmin/proasyl/fm_redakteure/Broschueren_pdf/Heft_TdF_2011_Homepageversion.pdf

Radebold, H.; Bohleber, W.; Zinnecker, J. (Hrsg.) (2009): Transgenerationale Weitergabe kriegsbelasteter Kindheiten: Interdisziplinäre Studien zur Nachhaltigkeit historischer Erfahrungen über vier Generationen. Weinheim.

Rauwald, M. (Hrsg.) (2013): Vererbte Wunden: Transgenerationale Weitergabe traumatischer Erfahrungen. Weinheim.

Ruf, M.; Schauer, M.; Elbert, T. (2010): Prävalenz von traumatischen Stresserfahrungen und seelischen Erkrankungen bei in Deutschland lebenden Kindern von Asylbewerbern. Universität Konstanz, Psycholo-

gische Forschungs- und Modellambulanz für Flüchtlinge und vivo international. PsyJOURNALS, Volume 39, Number 3.

UNHCR (The UN Refugee Agency):
» www.uno-fluechtlingshilfe.de/fileadmin/redaktion/PDF/UNHCR/GlobaleTrends2011.PDF

Zito, D. (2010): Alleine konnte ich das nicht schaffen. Psychische Belastung und Therapie bei jungen Flüchtlingen. In: Dieckhoff, P. (Hrsg.): Kinderflüchtlinge – Theoretische Grundlagen und berufliches Handeln, Wiesbaden, S. 113–124.

Zito, D. (2012): Die Lebenssituation junger Flüchtlinge.
» www.wiki.psz-duesseldorf.de/Junge_Fl%C3%BChtlinge

Zito, D.; Brandmaier, M. (2010): ZwischenWelten – Junge Flüchtlinge zwischen Ausgrenzung und Neubeginn. In: Gahleitner, S. B.; Hahn, G. (Hrsg.) Klinische Sozialarbeit: Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen, Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 3, Bonn, S. 155–167.

5 Projekte und Maßnahmen (Psychische Entwicklung und Gesundheit allgemein)

5.1 Inhaltliche Leitlinie der Recherche

Es wurden Projekte und Maßnahmen recherchiert, die folgende Entwicklungsziele anstreben:
Ein Kind gilt als psychisch gesund, wenn es

- sich aktiv und erfolgreich mit den soziokulturellen Anforderungen auseinandersetzen kann, die sich aus den Kontakten mit seiner Familie, Schule, Freundeskreis, aus der Verbundenheit und Teilhabe an der Umwelt sowie aus seiner körperlichen Verfassung und Persönlichkeit ergeben
- und es sich in seine Lebensverhältnisse konstruktiv mit eigenen Ideen, Wünschen, Hoffnungen einbringen und spüren kann, dass es eine Stimme hat und gehört wird. Aus der Balance von „Selbsterhaltung/produktiver Anpassung“ und „Selbstgestaltung/Selbstverwirklichung“ entsteht emotionales Wohlbefinden. (Paulus, P., in: Handbuch Kindheit und Schule, Weinheim 2006)

Dementsprechend sollen gefördert werden:

- emotionale Stabilität, psychische Leistungs- und Widerstandsfähigkeit, Ich-Stärke
- Einfühlungsvermögen (Absichten, Gefühle, Wünsche können bei sich und anderen erkannt und zugeordnet werden), Gefühle ausdrücken können
- soziale Kompetenz und Kommunikationsfähigkeit, Problemlösefähigkeit
- Selbstreflexion, Selbstregulation, Selbstbewusstsein, Selbstständigkeit und Autonomie, Fähigkeit, Nein zu sagen

Voraussetzung hierfür ist eine Lebenswelt, die die Kinder in ihrer Entwicklung stützt und fördert, sodass sie gesunde und entwicklungsangemessene Kompetenzen erwerben können:

- Familie: psychische Gesundheit der Eltern, förderndes Erziehungsverhalten, Unterstützung, Fürsorge und Verantwortung
- Kita/Schule: Akzeptanz, Wertschätzung, Respekt, Transparenz/Offenheit, Gerechtigkeit, Mitbestimmungsmöglichkeit

Um eine derartige Lebenswelt und Förderung zu schaffen, bedarf es Maßnahmen auf mehreren Ebenen, u. a.: Verbesserung sozioökonomischer Bedingungen und der psychosozialen Versorgung, baulicher und organisatorischer Voraussetzungen in Kindergärten und Schulen, zielgruppenadäquater Angebote vor Ort.

Aus dem zuvor genannten Verständnis ergibt sich, dass psychische Gesundheit durch Förderung von Lebenskompetenzen und den Aufbau von Schutzfaktoren in den unterschiedlichen relevanten Lebensbereichen der Kinder und Jugendlichen (zum Beispiel Elternhaus, Kita, Schule, Freizeit) gefördert werden kann. Dabei werden die Maßnahmen idealerweise auf mehreren Handlungsebenen wirksam, wobei sowohl eine Weiterentwicklung auf persönlicher, individueller Ebene als auch der Lebensbedingungen (zum Beispiel kleinere Kindergarten- und Schulgruppen) wichtig sind. Eine wichtige Zielgruppe sind (neben der direkten Arbeit mit den Kindern/Jugendlichen) die Eltern mit Migrationshintergrund, die im Durchschnitt weniger als deutsche Eltern mit den Möglichkeiten der Primärprävention, Früherkennung und -therapie von psychischen Störungen vertraut sind.

5.2 Vorbemerkungen zum methodischen Vorgehen, Auswahlkriterien und zu Ergebnissen der Recherche

„Spezifische“ Projekte und Maßnahmen der psychischen Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund sind nur sehr wenige zu finden, die „unspezifischen“ dagegen (Projekte, die sich nicht ausschließlich an diese Zielgruppe und deren Eltern richten bzw. „indirekt“, aber nicht explizit die seelische Gesundheit stärken) sind in ihrer Zahl kaum zu überblicken. In diesem Zusammenhang sind folgende zentrale Quellen von Bedeutung:

- Auf der Internetseite www.gesundheitliche-chancengleichheit.de findet sich eine umfangreiche Praxisdatenbank (auch ausgewählte Good Practice).
- Mehr als 300 Maßnahmen werden jedes Jahr in dem Projektjahrbuch mit dem Untertitel „Potenziale nutzen – Integration fördern“ des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge vorgestellt.
- Auf der Internetseite des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge gibt es eine Liste aller Projekte, die aus Mitteln des Europäischen Flüchtlingsfonds (EFF) finanziert werden.

Ziel der Auswahl war es, ein Spektrum von (möglichst spezifischen) Good-Practice-Projekten vorzustellen, die zusammen möglichst viele Zielgruppen abdecken (zum Beispiel „AVP“ für russlandstämmige Jugendliche oder „Soronko“ für Kinder aus Afrika). Gezielt ausgewählt wurden außerdem Initiativen, die den Projektstatus inzwischen hinter sich gelassen haben und sich im Rahmen ihrer jeweiligen regionalen Infrastruktur verstetigen konnten (zum Beispiel „InMigra-KiD“ in Regensburg) bzw. in strukturierter Form (zum Beispiel „MiMi“ oder „Starke Eltern – starke Kinder“) vorliegen. Zum anderen sind es schon viele Jahre laufende Einzelprojekte kommunaler Institutionen (zum Beispiel „Stark werden – Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern“ der Internationalen Familienberatung Köln). Neben Modellprojekten, die inzwischen überregional Verbreitung gefunden haben (zum Beispiel „Irrsinnig menschlich“ aus Leipzig) finden sich auch solche, die sich speziell Flüchtlingskindern annehmen (SchlaU-Schule und Amaro Kher).

Auf der Internetseite www.gesundheitliche-chancengleichheit.de werden zwölf Kriterien für Projekte guter Praxis genannt: Konzeption/Selbstverständnis, Zielgruppe, Innovation/Nachhaltigkeit, Multiplikatorenkonzept, Arbeitsweise, Partizipation, Empowerment, Settingansatz, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung, Dokumentation/Evaluation sowie Kosten-Nutzen-Relation.

- „Die Kriterien orientieren sich am inhaltlichen Ziel des Projekts: Die Berücksichtigung der Bedarfslagen, Ressourcen und Belastungen sozial benachteiligter Zielgruppen soll zur Verminderung von gesundheitlicher Ungleichheit führen.
- Die Kriterien spiegeln das umfassende Konzept von Gesundheitsförderung der WHO wider, das zur Stärkung von Gesundheitsressourcen und -potenzialen der Menschen auf allen Ebenen ansetzt. Gesundheitsförderung soll Menschen befähigen, ihre Kontrolle über die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, zu erhöhen und dadurch ihre Gesundheit zu verbessern. Eine zentrale Rolle spielt dabei der Settingansatz, der neben der Stärkung der individuellen Ressourcen auch auf die aktive Gestaltung gesundheitsfördernder Lebenswelten abzielt.
- Schließlich berücksichtigen die Kriterien auch das wachsende Interesse von Zuwendungsgebern, Fachöffentlichkeit und Zielgruppen an der Qualität von Projekten und der Legitimität der Verwendung öffentlicher Mittel und Spenden.“

Diese Kriterien werden auf der Internetseite im Einzelnen ausgeführt und wurden bei der Auswahl der Projekte weitgehend berücksichtigt.

Die Darstellung der Projekte und Maßnahmen basiert weitgehend auf Selbstauskünften auf den entsprechenden Internetseiten bzw. anderen Informationsmaterialien der Projekt- und Maßnahmeträger.

5.3 Strukturierte Programme

Hierbei handelt es sich um Programme, die von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren nach entsprechender Schulung durchgeführt werden können und für die (zum Teil) Curricula, Manuale und Begleitmaterialien vorliegen. Es wurden nur solche Programme aufgenommen, bei denen ein expliziter Migrantenbezug beschrieben wird. Daneben gibt es eine Reihe von Programmen mit dem Ziel der Stärkung der psychischen Gesundheit durch Förderung von Lebenskompetenzen, die zwar in Settings mit einem hohen Anteil von Migrantenkindern (wie Schule und Kindertagesstätte) stattfinden, ohne jedoch diesen Bezug explizit darzustellen. Diese Programme sind beispielsweise in der Publikation „Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland“ der BZgA dargestellt (www.bzga.de/pdf.php?id=3fdb07f0391fb06c5e222b0780803ee7).

HIPPY – Ein Familienbildungsprogramm

Kontext: Präventions- und Integrationsprogramm zur Förderung von drei- bis siebenjährigen Kindern

Zielgruppe: Familien mit Migrationshintergrund und sozial benachteiligte Familien mit Kindern im Vorschulalter

Themen: Selbstvertrauen und Erziehungskompetenz der Eltern stärken, Vorbereitung auf die Schule, Verbesserung der Bildungschancen der Kinder

Träger: HIPPY Deutschland e. V., gefördert von der Aktion Mensch und dem Europäischen Flüchtlingsfond (EFF)

Hintergrund

HIPPY (Abkürzung für Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters) ist ein Hausbesuchsprogramm für Eltern mit Kindern im Vorschulalter. Es will im häuslichen Umfeld bildungsbenachteiligte Eltern unterstützen, ihre drei- bis sechsjährigen Kinder in ihrer allgemeinen Entwicklung fördern und ihnen damit auch einen besseren Start in der Schule ermöglichen. Ein Kernelement des HIPPY-Programms ist die aktive Einbindung der Eltern, insbesondere der Mütter. Sie werden durch den HIPPY e. V. ausgebildet und machen im Anschluss regelmäßige Hausbesu-

che in den Familien. HIPPY geht davon aus, dass die Eltern wichtigster Orientierungspunkt für Kinder im Vorschulalter sind und die enge Bindung zwischen Eltern und Kindern die Basis ist, auf dem die Kinder Selbstvertrauen und Lust am Lernen entwickeln.

Bei dem Programm geht es darum, dass Eltern täglich etwa 15 bis 20 Minuten gemeinsam mit ihren Kindern verbringen und dabei Lern- und Lesespiele machen. Gezielt werden dabei die sozialen, emotionalen und kognitiven Fähigkeiten sowie die Feinmotorik der Kinder gefördert und gleichzeitig den Eltern Kompetenzen und Wissen vermittelt. Dies soll ihnen helfen, ihre Erziehungsaufgaben selbstbewusst und eigenverantwortlich wahrzunehmen und den Bildungsprozess der Kinder aktiv zu begleiten. So soll der partnerschaftliche Kontakt zu den Bildungseinrichtungen intensiviert und die Bildungschancen der Kinder deutlich verbessert werden.

Das Programm ist auf zwei Jahre angelegt und besteht unter anderem aus

- einem zweijährigen Curriculum inklusive Spiel- und Lernmaterialien für vier- und fünfjährige Kinder
- 14-tägigen Hausbesuchen

- Gruppentreffen
- Rollenspielen als Lehrmethode

Die Hausbesucherinnen sind Laienmitarbeiterinnen aus der jeweiligen Zielgruppe.

Die HIPPY-Materialien

Das HIPPY-Programm verfügt über speziell entwickelte Spiel- und Lernmaterialien, die im Wesentlichen pro Programmjahr aus neun Geschichtenbüchern und 30 Aktivitätenheften bestehen. Für viele der Angebote werden Gegenstände aus der Natur oder dem Haushalt eingesetzt. Die Materialien sind kostengünstig, meist leicht zu erwerben oder im Haushalt vorhanden. Das Programm ist klar strukturiert, in altersgemäße kleine Lernschritte unterteilt und auch in engen Wohnverhältnissen durchführbar.

HIPPY

- verbessert die deutschen Sprachkenntnisse bei Migrantenkindern und erhöht damit ihre Chancen,
- hat einen guten Zugang zu Migrantenfamilien,
- vermittelt Migranteneltern mit geringen Deutschkenntnissen in ihrer Herkunftssprache Informationen über für sie relevante Themen,
- verbessert die deutschen Sprachkenntnisse von Migranteneltern.

HIPPY Deutschland e. V.

Das HIPPY-Programm wurde erstmals im Jahr 1991 an zwei Modellstandorten durchgeführt und während einer dreijährigen Modellphase vom Deutschen Jugendinstitut evaluiert. 2003 wurde der Dachverband HIPPY Deutschland e. V. gegründet. Zurzeit gibt es rund 33 HIPPY-Standorte in Deutschland, weitere sind im Aufbau. Mittlerweile arbeiten deutschlandweit rund 40 Koordinatorinnen und 120 Hausbesucherinnen.

HIPPY wird überwiegend von den Trägern der Freien Wohlfahrt und den Kommunen vor Ort angeboten.

Das Programm wird zurzeit in weiteren Ländern durchgeführt: Australien, El Salvador, Frankreich, Kanada, Israel, Italien, Neuseeland, Österreich, Schweiz, Südafrika und USA.

Kontakt

Peter Weber, HIPPY Deutschland e. V., Am Wall 119, 28195 Bremen, Telefon: (0421) 696 786 – 0, E-Mail: peter.weber@hippy-deutschland.de

Weitere Informationen

»» www.hippy-deutschland.de

Informationsmaterial:

»» www.hippy-deutschland.de/material_vonhippy.php

Starke Eltern – Starke Kinder

Kontext: Elternkurse

Zielgruppe: Mütter und Väter, Migranteltern

Themen: Selbstvertrauen der Eltern, Stärken der Kinder, psychische Gesundheit

Träger: Deutscher Kinderschutzbund e. V. Bundesverband (DKSB)

Hintergrund

Ziel dieses Elternkurs-Programms ist es, das Selbstvertrauen von Müttern und Vätern in ihrer Rolle als Eltern als zentrales Merkmal von Erziehungscompetenz zu stärken. Sie werden dazu ermutigt, ihr Kind altersgemäß zu begleiten und anzuleiten sowie seine Fähigkeiten und Stärken in den Blick zu nehmen. Zentraler Wirkfaktor des Kurses ist eine wertschätzende, ressourcenorientierte Haltung der Kursleiterinnen und Kursleiter gegenüber den Eltern. Die Erziehungsleistung wird anerkannt und gewürdigt. Es werden aber auch Probleme angesprochen, um gemeinsam Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten.

Elternkurse sollen

- das Selbstbewusstsein von Müttern, Vätern und Kindern stärken,
- helfen, den Familienalltag zu entlasten und das Miteinander zu verbessern,
- Wege aufzeigen, um Konflikte zu bewältigen und zu lösen,
- Raum bieten zum Nachdenken und zum Austausch mit anderen Müttern und Vätern,
- Chancen eröffnen, Freiräume für sich selbst zu schaffen und frische Kraft zu tanken sowie
- über allgemeine Erziehungsthemen und über Kinderrechte informieren.

Die Kurse umfassen acht bis zwölf Einheiten, jede dauert rund zwei Stunden. Sie stehen jeweils unter einem bestimmten Motto, wie etwa „Achte auf die positiven Seiten deines Kindes“. Das dahinter stehende Thema wird durch eine kurze theoretische Einführung und praktische Übungen veranschaulicht. Am Ende jeder Einheit gibt es eine „Wochenaufgabe“.

Elternkurse werden vom DKSB und anderen Trägern in der Kinder- und Jugendhilfe, Elternbildung, Familienzentren und Kindertageseinrichtungen, Schulen, bei freien Trägern sowie in Kirchen oder Moscheen angeboten. Dadurch erreichen sie „bildungsinteressierte“ und „bildungsferne“ Eltern ebenso wie Migranteltern. Viele der Kursleiterinnen und Kursleiter haben einen Migrationshintergrund. Es liegt eine türkische, russische, italienische und tschechische Version des Kurshandbuchs vor. Der Elternkurs wird auch in türkischer und russischer Sprache angeboten.

Die Kursleiterinnen und Kursleiter werden im Rahmen einer Fortbildung qualifiziert. Ihnen sollen auch Möglichkeiten zur Intervention und Weiterverweisung bei auftauchenden oder bereits manifesten Problemen aufgezeigt werden.

Für die Umsetzung wurde ein Begleitmaterial für Fachkräfte erstellt, das die wichtigsten Erkenntnisse der pädagogischen, psychologischen, soziologischen, medizinischen und neurobiologischen Forschung aufgreift und entsprechende Konzepte berücksichtigt. Die Inhalte werden durch Elternmaterialien in den Elternkursen ergänzt. Dabei handelt es sich um Infoblätter, Übungen und Wochenaufgaben, die die Kursleitung mit den Eltern bei Bedarf durchführen kann. Für die Information und Sensibilisierung über psychisch gesunde Entwicklung wurden spezielle Ergänzungsmaterialien entwickelt.

Es stehen 103 Trainerinnen und Trainer zur Verfügung, die bisher rund 12.000 Elternkursleiterinnen und -leiter ausgebildet haben. Seit 1999 haben etwa 150.000 Eltern einen Elternkurs besucht.

GELKI: Gesundes Leben mit Kindern – Eltern machen mit

Gemeinsam mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) entwickelte der DKSB Landesverband NRW das Konzept für einen weiteren Elternkurs. Der Elternkurs „GELKI! Gesund leben mit Kindern – Eltern machen mit“ besteht aus acht strukturierten Kurseinheiten und hat zum Ziel, Mütter und Väter in der ganzheitlichen Förderung der Kindergesundheit zu unterstützen. Das heißt, gesunde Ernährung, Bewegung und Entspannung werden gleichermaßen als Themen aufgegriffen und mit den Eltern bearbeitet. Für das Elternbildungsangebot standen zwei seit Jahren bewährte Programme in der Arbeit mit jungen Menschen und Familien Pate, das Programm GUT DRAUF von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und das Programm „Starke Eltern – Starke Kinder®“ vom Deutschen Kinderschutzbund e. V. Informationen:

- » www.kinderschutzbund-nrw.de/gegk.htm und
- » www.kinderschutzbund-buende.de/gelki.htm

Auswertung

Prof. Wulf Rauer von der Universität Hamburg veröffentlichte 2009 die Evaluation „Elternkurs Starke Eltern – Starke Kinder®: Wirkungsanalyse bei Eltern und ihren Kindern in Verknüpfung mit Prozessanalysen in den Kursen“. Generell zeigt die Evaluation, dass Eltern gern an den Kursen teilnehmen und viel über und für ihr Erziehungsverhalten lernen. Die Elternbefragung weist nach, dass die Eltern durch den Kursbesuch

- ihre Unsicherheit und Unzufriedenheit mit der Elternrolle abbauen können,
- ihre Selbstwirksamkeit und ihr positives Elternverhalten steigern,
- negative Verhaltensmuster reduzieren können und
- lernen, die positiven Seiten und Stärken ihrer Kinder wahrzunehmen.

Kontakt

Deutscher Kinderschutzbund Bundesverband e. V., Bundesgeschäftsstelle. Schöneberger Str. 15, 10963 Berlin, Telefon: (030) 214809-0, E-Mail: info@dksb.de

Weitere Informationen

- » www.sesk.de
- » www.sesk.de/images/web/downloads/Bestellliste%20SE-SK-komplett-2012-10-05-AM.pdf
- » www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/K/Kindergesundheit/Elternkurs_Starke_Eltern_Starke_Kinder.pdf
- » www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Kurzberichte/Kurzbericht_Staerkung_der_psych._Gesundheit_von_Kindern_und_Jugendlichen_im_Rahmen_des_Elternbildungs-_und_Fortbildungsprogramms_Starke_Eltern_-_Starke_Kinder.pdf

Gut drauf

Kontext: Stärkung von Eigenverantwortung

Zielgruppe: Mädchen und Jungen
zwischen zwölf und 18 Jahren

Themen: Ernährung, Bewegung und Stressregulation

Träger: Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA)

GUT DRAUF ist ein ganzheitliches, problem- und ressourcenorientiertes Programm, das die Kompetenz und Eigenverantwortung Jugendlicher stärkt. Die Aktionen orientieren sich an den Lebenswelten Heranwachsender, um eine nachhaltige Integration gesundheitsfördernder Verhaltensweisen in den Alltag der Jugendlichen zu erreichen. GUT DRAUF verfolgt einen integrierten Ansatz: Gesundheitsrelevante und sich beeinflussende Lebensbereiche wie Ernährung, Bewegung und Stressregulation werden gemeinsam in Bezug zur Zielgruppe gestellt.

Mit GUT DRAUF werden gesundheitliche Ressourcen gestärkt, Schutzfaktoren aufgebaut und ein gesundheitsförderlicher Lebensstil unterstützt. Dazu gehört auch eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebenswelten Jugendlicher, damit die Umsetzung in den Alltag gelingt. GUT DRAUF holt die Jugendlichen da ab, wo sie anzutreffen sind: in Schulen, Betrieben, Sportvereinen, Jugendeinrichtungen usw. Die Angebote sind bewusst an den Bedürfnissen Heranwachsender nach Spaß, Erlebnis, Abenteuer und Gemeinschaft orientiert. Mit GUT DRAUF sollen alle Jugendlichen die gleichen Chancen für eine gesunde Entwicklung haben, besonders diejenigen aus sozial schwachen Familien und Migrantenfamilien.

Die Jugendaktion GUT DRAUF der BZgA bietet allen Einrichtungen der Jugendarbeit, Jugendbildung und Jugendreise sowie Jugendvereinen, Schulen und (Ausbildungs-)Betrieben eine gesundheitsbezogene Organisationsentwicklung nach Maßgabe wissenschaftlich definierter Qualitätsstandards für die im Kindes- und Jugendalter relevanten außerfamiliären Sozialisationsfelder.

Der Verband für interkulturelle Arbeit – VIA – (www.via-bundesverband.de) ist Partner von GUT DRAUF und für den Themenkomplex „Gesundheit und Migrantenjugendliche“ zuständig.

Weitere Informationen

»» www.gutdrauf.net

GUT DRAUF-Infomagazin 3/2012

»» <http://www.gutdrauf.net/index.php?id=160>

Irrsinnig menschlich e. V.

Kontext: Vernetzung und Verstärkung von Angeboten zur Aufklärung über und Prävention von seelischen Störungen

Zielgruppe: Kinder, Jugendliche und Familien (auch, aber nicht dezidiert mit Migrationshintergrund) an Schulen

Themen: Seelische Gesundheit, Prävention seelischer Störungen, kulturspezifische Besonderheiten

Träger: Freier Träger

Hintergrund

Irrsinnig Menschlich ist ein gemeinnütziger Verein und Träger der freien Jugendhilfe aus Leipzig. Ziel des Vereins ist es, psychische Gesundheit zu fördern. Er verfolgt das Ziel, Heranwachsenden in der Schule etwas über den „Schatz seelische Gesundheit“ und über dessen Pflege in der Klasse und in der Familie zu vermitteln.

Schulprojekt

„Verrückt? Na und!: Seelisch fit in der Schule“

Wirksame kinder- und jugendspezifische Präventionsansätze zur Erhaltung und Förderung der seelischen Gesundheit und der Verhütung von seelischen Erkrankungen fehlen weitgehend, obgleich viele psychische Störungen vor dem 20. Lebensjahr auftreten und oft hinter Problemen und Drogen, Alkohol, Mobbing und Gewalt stehen.

„Verrückt? Na und!“ initiiert die Begegnung von Schülerinnen und Schülern mit Menschen, die Erfahrungen mit psychischen Gesundheitsproblemen haben, mit „Expertinnen und Experten in eigener Sache“ sowie Menschen, die professionell auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit arbeiten. Das Projekt bezieht auf Wunsch Lehrkräfte, Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter sowie Eltern mit ein. Projektstage werden ab Klasse 8 in allen Schultypen angeboten.

Seit 2006 wurden 45 Regionalgruppen in fast allen Bundesländern aufgebaut, die das Projekt in ihrer Region selbstständig durchführen. 2010 engagierten sich im Netzwerk ca. 160 Expertinnen und Experten in eigener Sache und 120 Moderatorinnen und Moderatoren, die in 19.000 ehrenamtlichen Stunden 280 Schulprojekte realisierten. 8500 Schülerinnen und Schüler konnten erreicht werden.

„Verrückt? Na und!“ wurde mehrfach von der Universität Leipzig evaluiert und ist anerkannt als Modellprojekt für die Umsetzung des nationalen Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“.

Beispiel Regionalgruppe Gelsenkirchen

Das Präventionsfachteam des Nienhof – Verein zur Förderung psycho-sozialer Arbeit e. V. hat mit Unterstützung der Stadt Gelsenkirchen 2010/2011 die Aufklärungsinitiative „Verrückt? Na und!“ erfolgreich mit Gründung des gleichnamigen Schulprojekts (Herbst 2011) durchgeführt.

Nach Auskunft von Frau Manuela Richter-Werling (Geschäftsführerin „Irrsinnig menschlich“) und Frau Brigitte Schönheit (Nienhof e. V.) spielt das Thema „Familien mit Migrationshintergrund“ eine zunehmende Rolle für das Schulprojekt, da der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in den Schulklassen sehr hoch sei. Deshalb stand das Thema beim „Vierten bundesweiten Netzwerktreffen der Schulprojektgruppen“ am 9./10. November 2012 in Gelsenkirchen auf der Agenda. Dr. Solmaz Golsabahi-Broclawski, Vorsitzende des Dachverbandes der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum e. V., hielt dazu den Vortrag: „Wie können wir mit dem Schulprojekt die psychische Entwicklung von Jugendlichen mit Migrationshintergrund fördern?“

Da Migrantinnen und Migranten mit psychischen Gesundheitsproblemen ambulante Versorgungsangebote nur selten nutzen, hat der Nienhof, mit Unterstützung des Internationalen Migrantenzentrums (IMZ) der AWO Gelsenkirchen zur Förderung der seelischen Gesundheit, parallel zum Schulprojekt ein kulturspezifisches Beratungs- und Präventionsangebot für (erwachsene) türkische Migrantinnen und Migranten entwickelt, in dessen Rahmen vielfältige Informations- und Aufklärungsveranstaltungen zur Förderung seelischer Gesundheit in Migrantenorganisationen und anderen kooperierenden Diensten durchgeführt werden.

Kontakt

Irrsinnig Menschlich, Manuela Richter-Werling (Geschäftsführerin), Philipp-Rosenthal-Straße 55, 04103 Leipzig, Telefon: (0341) 9715477, E-Mail: m.richter-werling@irrsinnig-menschlich.de
NIENHOF e. V., Brigitte Schönheit (Projektleitung), Nienhofstraße 8, 45894 Gelsenkirchen, Telefon: (0209) 379581, E-Mail: verein@nienhof.de
Ein vergleichbares Schulprojekt „Irre menschlich“ gibt es auch in Hamburg.

Weitere Informationen

»» www.irrsinnig-menschlich.de

»» www.verrueckt-na-und.de

»» www.irremenschlich.de

Info-Pocket-Guides für Jugendliche:

»» www.verrueckt-na-und.de/pocket-guides.html

Krisen-Ausweg-Weiser für junge Leute:

»» <http://cms.irrsinnig-menschlich.de/unterseiten/materialien.html>

Präventionsprojekt: Lebenslust mit LARS & LISA

Kontext: Förderung allgemeiner Lebenskompetenzen, Prävention von Depressionen im Jugendalter

Zielgruppe: Schülerinnen und Schüler der 8. Jahrgangsstufe, vorrangig in Haupt- und Realschulen (und damit hohem Anteil mit Migrationshintergrund)

Themen: Prävention psychischer Beeinträchtigungen, Umgang mit Belastungen im Alltag

Träger: Eberhard Karls Universität Tübingen, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, dem Regierungspräsidium Tübingen und der AOK

Hintergrund

Psychische Erkrankungen, emotionale Beeinträchtigungen und auch Depressionen treten im Jugendalter häufig auf. Sie fallen zwar auf, bleiben aber häufig unbeantwortet und unbehandelt. Laut WHO ist der breitflächige Einsatz von Präventionsmaßnahmen eine effektive Strategie, um den Beeinträchtigungen und Folgen depressiver Erkrankungen im Jugendalter entgegenzuwirken. In diesen Kontext ist das Präventionsprogramm „Lebenslust mit LARS & LISA“ eingebettet. Ziel ist der Erwerb grundlegender Kompetenzen, die eine seelisch gesunde Lebensführung unterstützen und gesundheitsbedrohende Einflüsse abwehren. Die Vermittlung und Förderung zentraler kognitiver, sozialer und emotionaler Kompetenzen soll dazu beitragen, dass Schüler und Schülerinnen mit Belastungen des Alltags leichter fertig werden.

Das kognitiv-verhaltenstherapeutische Trainingsprogramm umfasst zehn Doppelstunden, die im Rahmen des regulären Schulunterrichts durchgeführt werden.

Dabei werden wissenschaftliche theoretische Grundlagen kreativ vermittelt und deren praktische Umsetzung durch Rollenspiele und andere Übungen trainiert.

Fünf Themenbereiche bilden die Schwerpunkte des Programms:

1. Formulierung persönlicher Ziele
2. Zusammenhänge zwischen Kognitionen, Emotionen und Verhalten
3. Bewusstes Wahrnehmen und Modifikation der eigenen negativen Kognitionen
4. Selbstsicherheitstraining
5. Training sozialer Kompetenz

Evaluationsergebnisse

Das Programm „Lebenslust mit LARS & LISA“ wurde an zahlreichen Schulen umgesetzt und – gefördert von der Deutschen Forschungsgemeinschaft – evaluiert. Es konnten positive Effekte des Präventionsprogramms bei Schülerinnen und Schülern nachgewiesen werden: Die depressive Symptomatik, das Wohlbefinden sowie das Sozialverhalten und das soziale Netzwerk der teilnehmenden Jugendlichen verbesserte sich bis zu zwölf Monate nach Ende des Trainings, auch ein signifikantes Absinken der Schulbucheinträge wurde verzeichnet.

Trainingsmodule

Ein Trainermanual beschreibt das Vorgehen im Rahmen des Präventionsprojekts detailliert und selbsterklärend. Die Arbeitsblätter für die Schüler und Schülerinnen sind auf CD-ROM und alle im Programm verwendeten Filme auf DVD vorhanden.

Materialien

Trainermanual, DVD mit Filmmaterial zum Programm und CD mit den Arbeitsblättern, Postern, Regieanweisungen zum Selbstkostenpreis von 40 Euro incl. Verpackung und Versand

Bestelladresse: Prof. M. Hautzinger, Psychologisches Institut, Universität Tübingen, Christophstr. 2, 72072 Tübingen, E-Mail: hautzinger@uni-tuebingen.de

Kontakt

Eberhard Karls Universität Tübingen, Psychologisches Institut, Abteilung für Klinische und Entwicklungspsychologie, Christophstr. 2, 72072 Tübingen, Tel.: 07071-29-77301

Projektleiter: Prof. Dr. Martin Hautzinger, E-Mail: hautzinger@uni-tuebingen.de

Weitere Informationen

»» www.uni-tuebingen.de/en/faculties/faculty-of-science/departments/psychologie/psychologisches-institut/research-groups/klinische-psychologie-und-psychotherapie/aktuelle-forschungsprojekte/praevention-emotionaler-beeintraechtigungen-bei-hauptschuelern/programm-lebenslust-mit-lars-lisa.html

Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Deutschland (MiMi)

Kontext: Migrationsspezifische Gesundheitsinformationen über Gesundheitsmediatoren und -mediatorinnen und ihre Ausbildung, Vernetzung von Gesundheits- und Migrationsdiensten sowie Migrantenvereinen

Zielgruppe: Junge Erwachsene und erwachsene Migrantinnen und Migranten sowie Aussiedlerinnen und Aussiedler mit schlechten Deutschkenntnissen, Menschen mit niedrigem Sozialstatus, Schlüsselpersonen aus der Migrantenszene (Lehrkräfte, Medizinerinnen und Mediziner, Geistliche etc.)

Themen: Lebens- und Arbeitsbedingungen, Lebensweise/individuelles Gesundheitshandeln, Gestaltung der Lebensweise; psychische Auffälligkeiten (auch bei Kindern und Jugendlichen – Angststörungen, Verhaltensauffälligkeiten, ADHS, Essstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Sucht- und Drogenabhängigkeit, Adipositas, Störungen des Sozialverhaltens

Träger: Ethno Medizinisches Zentrum e. V. Hannover (Koordination), gefördert vom BKK Bundesverband

Hintergrund

Um das Wissen von Migrantinnen und Migranten über Gesundheit und die Nutzung des Deutschen Gesundheitswesens zu verbessern, wurde 2003 das Projekt „MiMi – Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Deutschland“ vom Ethno Medizinischen Zentrum e. V. entwickelt. Ziel ist es, bei Menschen mit Migrationshintergrund die Eigenverantwortung für ihre Gesundheit und für Maßnahmen zur Prävention zu stärken und ihnen die gleichberechtigte Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten der Regelversorgung sowie den Zugang zu relevanten Gesundheitsinformationen zu ermöglichen bzw. zu erleichtern. MiMi gewinnt, schult und

zertifiziert bilinguale Migrantinnen und Migranten und qualifiziert sie, in ihrer jeweiligen Muttersprache Informations- und Aufklärungsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen durchzuführen.

Vorgehen

Auswahlkriterien für die Gesundheitsmediatoren und -mediatorinnen sind gute deutsche Sprachkenntnisse sowie der Muttersprache, mindestens mittlere Reife oder eine vergleichbare Ausbildung, kulturelle Offenheit und die Bereitschaft zur selbstständigen Durchführung von Veranstaltungen. Die Ausbildung umfasst 50 Stunden an acht Abenden und drei Tagesveranstaltungen. In der Ausbildung werden Grundkenntnisse über gesunde Lebensweisen, Angebote und Aufgaben des deutschen Gesundheitswesens sowie Methoden der Veranstaltungsplanung, -durchführung und kultursensiblen Kommunikation vermittelt. Darüber hinaus werden Veranstaltungen für bereits ausgebildete Gesundheitsmediatoren und -mediatorinnen zu spezifischen Themen angeboten. Anschließend bieten sie Veranstaltungen zu Gesundheitsthemen von zwei bis drei Stunden in ihrer Muttersprache bevorzugt an solchen Orten an, die der Zielgruppe vertraut sind (Sprachschulen, religiöse Einrichtungen, Flüchtlingseinrichtungen etc.).

Das Projekt setzt auf Öffentlichkeitsarbeit und Kooperation und strebt eine nachhaltige Vernetzung von Migranten- und Gesundheitsdiensten und Migrantenvereinen sowie die Öffnung der Regeldienste an. Die Kommunikationsstrukturen bleiben nach Beendigung von Veranstaltungen bestehen, Gesundheitsmediatoren -mediatorinnen können anschließend weiterhin eingesetzt werden.

Das MiMi-Gesundheitsprojekt wird durch die Medizinische Hochschule Hannover projektbegleitend evaluiert, Qualität und Ausrichtung der Schulungen sowie

der Veranstaltungen über Fragebogen evaluiert.

Ergebnisse

Gegenwärtig ist MiMi an über 50 Standorten in zehn Bundesländern mit mehr als 1000 Gesundheitsmediatoren und -mediatorinnen aus über 40 Ländern in 15 Sprachen vertreten. Mit den Informationsveranstaltungen konnten bisher rund 32.000 Migrantinnen und Migranten erreicht werden.

Kontakt

Ethno Medizinisches Zentrum e. V., Königstraße 6,
30175 Hannover, Telefon: (0511) 168410-20

Weitere Informationen

»» www.ethno-medizinisches-zentrum.de/index.php?option=com_content&view=article&id=28

<http://mimi-online.bkk-bv-gesundheit.de>

(Hier kann auch nach regionalen Ansprechpartnerinnen und -partnern sowie nach Mediatorinnen / Mediatoren und Lotsinnen / Lotsen recherchiert werden.)

5.4 Maßnahmen und Projekte auf regionaler Ebene

Die dargestellten Maßnahmen und Projekte sind unter den Aspekten bedeutsame Zuwanderergruppe, Stadtteile mit sehr hohem Migrantenanteil, Erfahrung mit erfolgreichen Methoden und Zugangswegen und Nachhaltigkeit ausgewählt worden. Es handelt sich um Beispiele, die Anregung zur Nachahmung, Diskussion und Erfahrungsaustausch geben sollen.

Die Darstellung der Projekte und Maßnahmen basiert weitgehend auf Selbstauskünften auf den entsprechenden Internetseiten bzw. anderen Informationsmaterialien der Projekt- und Maßnahmeträger.

Da es sich bei der Vielzahl von Aktivitäten auf regionaler Ebene um keine vollständige Darstellung handeln kann, sind Hinweise auf weitere Maßnahmen und Projekte (sofern diese noch nicht berücksichtigte Aspekte – insbesondere bei Zugangswegen und Methoden – aufzeigen) ausdrücklich erwünscht. Wegen der spezifischen Problemlagen und besonderen Bedeutung sind Projekte zu Flüchtlingskindern in einem eigenen Kapitel zusammengestellt.

Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Neukölln (Berlin)

Kontext: Frühprävention seelischer Störungen bei Kindern, überwiegend mit Migrationshintergrund, „Präventionskette“

Zielgruppe: Kinder in Berlin-Neukölln, überwiegend mit Migrationshintergrund

Themen: Gesundheitsversorgung und -förderung, Persönlichkeitsentwicklung, soziale Auffälligkeiten, dissoziales Verhalten, Partizipation der Eltern

Träger: Bezirksamt Neukölln

te sind Frühprävention, allgemeine Gesundheitsförderung, Kinderschutz und kinderärztliche Schuleingangsuntersuchung. Bei Autismus, Seh- und Hörstörungen, Sprachstörungen, körperlich-motorischen Auffälligkeiten, geistigen Entwicklungsstörungen, Störungen der emotional-sozialen Entwicklung und des Lernens können ggf. über ein Meldeverfahren (sonder-)pädagogische Maßnahmen in Gang gesetzt werden. Der KJGD bietet kostenfreie Sprechstunden an.

Hintergrund

Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) hat vier Dienststellen im Bezirk Neukölln mit etwa 50 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, darunter zehn Ärztinnen und Ärzte sowie 20 Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter. Jede Dienststelle hat zehn bis zwölf Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter.

Die Aufgaben des KJGD liegen im Vorschulbereich von der Geburt der Kinder bis zur Einschulung. Schwerpunkt

Prävention

Eine der präventiven Tätigkeiten des KJGD sind Hausbesuche bei Familien mit neugeborenen Kindern. 70% der Neugeborenen und Eltern werden so erfasst. Familien mit hohen Risikofaktoren (minderjährige Eltern, Alleinerziehende, Mütter/Väter mit Suchtproblemen oder psychischen Erkrankungen, Mehrlingsschwangerschaften, Frühgeborene mit entsprechenden Erkrankungen etc.), bei denen das Kindeswohl potenziell gefährdet ist, können so frühzeitig erkannt werden. Bei Bedarf

werden Hilfsmaßnahmen wie eine verlängerte Hebammenbetreuung, Familienhebammen und Einzelfallhilfe angeboten. Der Blick soll immer auf den Ressourcen der Familien und der Partizipation der Eltern liegen.

Die Erstkontakte durch Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeiter sind als vertrauensbildende Maßnahmen gedacht, die Müttern und Vätern den Schritt zu den Angeboten des KJGD vereinfachen sollen.

Seelische Gesundheit

Durch Kulturdivergenzen, Analphabetismus, geringere Bildung und Chancen entstehen sozialer Druck und Konflikte der Kinder: Alte Rollen und neue emanzipatorische Wege stehen oft in Konflikt miteinander. Hier setzt Frühprävention an, bei der Kitas einen entscheidenden Stellenwert haben. Bei auffälligem, dissozialem Verhalten können im Gespräch mit Eltern mögliche Ursachen geklärt und gemeinsam Auswege aus der Situation gesucht werden.

Early-Excellence-Programm

Ein Instrument, um seelische Störungen möglichst zu verhindern oder Auffälligkeiten wirksam zu begegnen, ist das „Early-excellence-Programm“. Vorbild sind die englischen „Early Excellence Centres, Schirmherrin des Programms ist die Bundesministerin für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, Dr. Kristina Schröder. Die drei Leitlinien des Early-Excellence-Konzepts lauten:

1. Jedes Kind ist exzellent. Im Zentrum der pädagogischen Arbeit steht das Kind mit seinen Stärken und Kompetenzen.
2. Eltern als die ersten Erzieher sind die Experten ihrer Kinder. Sie werden in die Bildungsprozesse ihrer Kinder einbezogen und arbeiten mit den Erzieherinnen und Erziehern zusammen.
3. Die Kindertageseinrichtung wandelt sich zu einem Kinder- und Familienzentrum.

Dieses Prinzip versucht der KJGD in seiner Arbeit umzusetzen: Partizipation der Eltern ernst zu nehmen, Ressourcen von Eltern und Kind und des jeweiligen Kulturraums zu aktivieren und Kommunikation zu fördern, um voneinander zu lernen und eine offenere Haltung anderen gegenüber zu entwickeln.

Präventionskette

Der KJGD und andere Einrichtungen in Neukölln orientieren sich an dem Dormagener Modell der Präventionskette. Die Präventionskette reiht Angebote entsprechend der Altersentwicklung des Kindes von der Schwangerschaft bis zur Schule sinnvoll aneinander, um so Versorgungslücken zu schließen. Im Idealfall gibt es eine Art „Staffelstabweitergabe“ zwischen allen beteiligten Trägern der Sozialarbeit.

Die Präventionskette gliedert Mütter und Eltern möglichst früh ein, betont ihre Kompetenz und qualifiziert sie weiter. So sollen die komplexen Aufgaben bei der Persönlichkeitsentwicklung von Kindern mit Migrationshintergrund gemeinsam angegangen werden. Dazu gehören zum Beispiel: Gesundheitliche Versorgung, Förderung der Sprachkompetenz, Ausgleich von Kulturdivergenzen (körperliche Gewaltanwendung, Druck durch strikte Rollenerwartungen etc.) und körperliche und seelische Traumatisierungen von Kindern aus Krisengebieten.

Wichtige Instrumente und Methoden dabei sind:

- Erstbesuch bei Familien mit Neugeborenen
- Hausbesuche (mit der Zielgruppe sprechen, Partizipation)
- Unterstützungsangebote für junge Mütter
- Abbau von Berührungsängsten und Zugangsbarrieren
- Aufklärung, Information, Weiterbildung und Beratung
- Vernetzung vorhandener Projekte und Akteure
- Aus Projekten müssen nachhaltige Programme werden

Kontakt

Dr. Andreas Zintel, Bezirksamt Neukölln, Gesundheitsamt Bereich Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Ges KJGD L. Telefon: (030) 90239 3091, E-Mail: Andreas.Zintel@bezirksamt-neukoelln.de

Weitere Informationen

»» www.gesundheitsamt-neukoelln.de

Modellprojekt Campus Rütli (Berlin)

Kontext: Integration durch (vor-)schulische Bildung, Gewaltprävention, Schulsozialarbeit

Zielgruppe: Kinder und Jugendliche mit und ohne Migrationshintergrund im sozialen Brennpunkt Neukölln

Themen: Aggressionsabbau, Konfliktbewältigung, Sprach-, Bewegungs-, Bildungs(früh)förderung

Träger: Stiftung Zukunft Berlin, Bezirksamt Neukölln, Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Bildung, Wissenschaft und Forschung. Schirmherrin ist Christina Rau.

Hintergrund

Der Norden des Bezirks Neukölln gilt als sozialer Brennpunkt mit einer hohen Arbeitslosigkeit. Er ist ein multiethnischer Bezirk mit Einwohnerinnen und Einwohnern aus 160 Nationen. 2005/2006 hatten Lehrkräfte der Rütli-Schule (damals 267 Schülerinnen und Schüler) die Schließung der Schule verlangt, weil sie sich der dort herrschenden Gewalt und Aggression nicht mehr gewachsen sahen. Zu dieser Zeit waren von den Schülerinnen und Schülern etwa 35 % arabischer, 25 % türkischer und 17 % deutscher Abstammung. Etwa 80 % waren Muslime. Die unterschiedliche Herkunft der Schülerschaft stellte eine scheinbar unlösbare pädagogische Herausforderung dar.

Das Projekt

Die daraus entstandene Debatte über Gewalt an Schulen und die Integration von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund führte 2007 zur Idee des „Campus Rütli“: Das Modellprojekt sollte Lösungsstrategien entwickeln, wie ein nachhaltiges Bildungs- und Sozialraumkonzept geschaffen werden kann, das anstelle von Aggression und antisozialem Verhalten ein produktives Miteinander möglich macht.

Drei Schulen im Bezirk (Rütli-Hauptschule, Heinrich-Heine-Realschule und Franz-Schubert-Grundschule) sowie zwei Kindertagesstätten und ein Jugendclub wurden zum „Campus Rütli“ unter einer gemeinsamen Verantwortung zusammengeführt. Ziel ist es, einheitliche Bildungsbiografien von der Kindertagesstätte bis zum Eintritt in die Berufsausbildung zu ermöglichen, alle schulischen Abschlüsse bis zum Abitur anzubieten sowie Eltern und Wohnumfeld in das Bildungsprogramm einzubeziehen.

So sollen Kinder und Jugendliche aus dem Einzugsgebiet, die zu etwa 90 % aus Migrantenfamilien stammen, unter Einbeziehung ihrer Eltern eine optimale Förderung erhalten. Kulturelle Vielfalt und Mehrsprachigkeit werden dabei als Chance begriffen und entwickelt, musische Bildung intensiv gepflegt und dadurch auch vorhandene Potenziale entdeckt und gefördert.

Dadurch, dass Chancengleichheit und individueller sozialer Aufstieg ebenso ermöglicht werden wie aktive Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, ist der

Campus Rütli für Eltern attraktiv geworden. Das Modellprojekt zeigt, dass lernresistente und/oder von Gewalterfahrung betroffene Kinder und Jugendliche durch eine entsprechende Anerkennungs- und Wertschätzungskultur erreichbar und motivierbar sind.

Die Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und die Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung haben das Modellprojekt als zukunftsweisend bewertet.

Schulstation

Eine „Schulstation“ dient dazu, Konflikt- und Stresssituationen im Klassenverband aufzufangen. Die Fachkräfte der Schulstation bieten Hilfe bei der Bewältigung von Konflikten an, beispielsweise durch

- verlässliche Öffnungszeiten, in denen sie als Ansprechpartner für die Kinder, Eltern und Lehrerschaft zur Verfügung stehen,
- Mediation bei Konflikten zwischen Einzelnen, Gruppen oder Klassen,
- Ausbildung, Betreuung und Supervision der Streitschlichter,
- geschlechterorientierte Gruppenarbeit,
- Entspannungs- und Psychomotorik-Gruppen,
- Klassentrainings und Projekte im sozialen Lernen,
- Einzelförderung von Kindern und Jugendlichen
- sowie dem Elternkurs „Starke Eltern – Starke Kinder“.

Schulsozialarbeit

Die 2006 eingeführte Schulsozialarbeit bietet Hilfe bei schulischen und familiären Problemen und Konflikten und fördert die gewaltfreie Kommunikation durch die Ausbildung von Streitschlichtern. Die Zusammenarbeit mit Lehrerschaft und Eltern, aber auch Jugendamt, Beratungsstellen oder Freizeiteinrichtungen ist hierbei Voraussetzung. Die Schulsozi-

alarbeit soll persönliche und soziale Kompetenzen aller Beteiligten so stärken, dass sie sich positiv auf das Lern- und Schulklima auswirken.

Interkulturelle Moderation

Fachkräfte mit Migrationshintergrund fördern an der Schule die Kommunikation zwischen Schülerinnen und Schülern, Lehrkräften und Eltern. Sie haben Vorbildfunktion, wecken das Interesse der Eltern an schulischer Bildung der Kinder und vermitteln, wo es aufgrund unterschiedlicher kultureller Hintergründe zu Missverständnissen und Konflikten kommt. Durch regelmäßige Hausbesuche werden auch Eltern erreicht, die von sich aus keinen Kontakt zur Schule aufnehmen. In der häuslichen Atmosphäre und in der Muttersprache öffnen sich Familien schneller und bringen der Schule mehr Vertrauen entgegen.

Kindertagesstätten

Schwerpunkte der Kita-Arbeit liegen in der Sprach- und Bewegungsförderung der Kinder, der Wertevermittlung und der Integration. Ebenso in der Zusammenarbeit zwischen (mehrsprachigen) Erziehern und Erzieherinnen sowie Eltern mit dem Ziel der Erziehungspartnerschaft. Charakteristische Merkmale verschiedener Nationalitäten, Kulturen und Religionen, aber auch von Kindern mit einer Behinderung, können so spielerisch erkundet werden mit dem Ziel, die gegenseitige Toleranz zu erhöhen. Spezielle Angebote sind Kinderturnen, musikalische Frühförderung, Theater, Sprachentwicklung, Sport, Ernährung und Elternmitarbeit.

Kontakt

Bezirksamt Neukölln von Berlin, Campus Rütli-CR2, Karl-Marx-Str. 83, 12040 Berlin, E-Mail: info@campus-ruetli.de

Weitere Informationen

»» www.campusruetli.de

Gesundheitszentrum für Migrantinnen und Migranten (Köln)

Kontext: Gesundheitsinformation, Beratung, interkulturelle Öffnung, Prävention

Zielgruppe: Menschen mit Migrationshintergrund

Themen: Information und Beratung, interkulturelle Öffnung, Prävention, Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen, psychische Erkrankungen

Träger: PariSozial gGmbH, ein hundertprozentiges Tochterunternehmen des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes NRW

Hintergrund

Das Gesundheitszentrum für Migrantinnen und Migranten in Köln unterstützt seit 1995 Menschen mit Migrationshintergrund sowie Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens bei ihrer Arbeit mit Migrantinnen und Migranten. Es

- berät Menschen mit Migrationshintergrund über das deutsche Gesundheits- und Sozialsystem,
- bietet ambulant betreutes Wohnen für Menschen mit psychischen Erkrankungen an (speziell für türkisch- und russischsprachige Menschen),
- informiert zu Gesundheitsthemen in Vereinen, Migrantengruppen, Moscheen etc. und
- unterstützt bei der Gründung von Selbsthilfegruppen sowie bei der Zusammenarbeit von Selbsthilfegruppen.

Themen der Beratung sind unter anderem

- stationäre oder ambulante Behandlungen,
- Betreuung bei psychischen Erkrankungen,
- ambulante Psychotherapien,

- Familienkonflikte, Gewalt in der Familie und Scheidung,
- Pflegemöglichkeiten und
- Drogenkonsum von Angehörigen.

Darüber hinaus vernetzt es psychiatrische Einrichtungen und Dienste mit Angeboten für Migrantinnen und Migranten, unterstützt Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen bei ihrer Arbeit mit Migrantinnen und Migranten und fördert die Entwicklung von interkulturellen Kompetenzen. Außerdem entwickelt es Leitlinien und Qualitätsstandards für die Behandlung von Migrantinnen und Migranten.

Jährlich führt das Gesundheitszentrum etwa 6000 telefonische Beratungen durch. Etwa zwei Drittel der Anruferinnen und Anrufer sind Eltern, ein Drittel Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Einrichtungen.

Prävention

Ein Schwerpunkt der Präventionsarbeit sind Informationsveranstaltungen in Migrantenvereinen, Schulen, Moscheen, Frauengruppen und Initiativen. Themen dieser Veranstaltungen sind zum Beispiel:

- Elternschulungen zu Entwicklungsphasen bei Kindern und Jugendlichen,
- Vorträge zu gesundheitlichen Themen,
- Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen und
- der Umgang mit psychisch kranken Menschen.

Mit den Veranstaltungen (in früheren Jahren bis zu 30, heute noch etwa zehn im Jahr) konnten bislang etwa 70.000 Menschen erreicht werden.

Von 2006 bis 2008 hat das Gesundheitszentrum in Person von Arif Ünal zwölf bis 15 Sendungen im türkischsprachigen Fernsehen zu familiären und psychischen Problemen gemacht. Während jeder Sendung riefen bis zu 5000 Personen aus Deutschland bei den Sendern an.

Darüber hinaus gibt es ein Konzept für Elternschulungen mit jeweils 2 ½ Stunden über zehn Wochen mit anschließendem Zertifikat (Elternführerschein).

Kontakt

Gesundheitszentrum für Migrantinnen und Migranten,
Schaafenstraße 7, 50676 Köln, Telefon: (0221) 420398,
E-Mail: gesundheitszentrum@paritaet-nrw.org

Weitere Informationen

»» www.gfm-koeln.de

Akzeptanz Vertrauen Perspektive e. V. (AVP) (Düsseldorf)

Kontext: Regionale Jugendsozialarbeit, Hilfe zur Erziehung, Erziehungspartnerschaften mit Kindertagesstätten

Zielgruppe: Osteuropäische (russischsprachige Kinder und Jugendliche) und ihre Familien – oft mit jüdischem Hintergrund

Themen: Erhöhung der Erziehungskompetenz, Prävention von Überforderung, Sucht- und Gewaltprävention, Vermittlung interkultureller Kompetenz der Fachkräfte

Träger: Freier Träger

Hintergrund

„Akzeptanz Vertrauen Perspektive e.V.“ (AVP) ist ein gemeinnütziger Verein, der sich für die Förderung der Integration russischsprachiger Jugendlicher und Heranwachsender einsetzt. Er ist ein anerkannter Träger der Jugendhilfe nach § 75 KJHG, arbeitet insbesondere im Kontext jüdischer Einwanderinnen und Einwanderer, kooperiert im Bereich der Gewalt- und Drogenprävention mit diversen Jugendämtern im Raum Düsseldorf und betreibt Präventionsprojekte mit Kindertagesstätten und Schulen.

Aus der Sicht der Kinder und Jugendlichen stellt die Übersiedlung nach Deutschland häufig ein Verlust dar. Desorientierung führt leicht zu einer verstärkten Ausrichtung an Gruppen von Gleichaltrigen mit starken Hierarchien, hoher Gewaltbereitschaft, Anfälligkeit für Drogenkonsum und der Neigung, Rechts- und Ordnungssysteme zu missachten.

Aufsuchende Jugendarbeit

Mit den Mitteln des Streetwork und der mobilen Jugendarbeit nehmen die Fachkräfte des AVP Kontakt zu den (Gruppenanführerinnen und -anführern der) Jugendlichen auf. Durch vertrauensbildende Maßnahmen können so die besonderen Probleme der Betroffenen ermittelt und entsprechende

individuelle oder gruppenorientierte Hilfeangebote gemacht werden. Darüber hinaus werden Beziehungen zu einzelnen Jugendlichen aufgebaut, die nicht über die Gruppe erreichbar sind. Gegebenenfalls ist die Kontaktaufnahme mit Eltern, Lehrkräften oder anderen Ansprechpartnerinnen und -partnern erforderlich. Mittels erlebnispädagogischer Angebote (Medien, Musik, Handwerk, Sport, Fotografie, Kunst, Theater etc.) sollen die Jugendlichen ihre Talente entdecken und alternative Verhaltensweisen erproben.

Teilprojekt: Hilfe zur Erziehung (HzE)

Das Projekt HzE wurde 2005 gestartet und ist vor Ort vernetzt mit den kommunalen Jugendämtern im Raum Düsseldorf, verschiedenen Wohlfahrtsverbänden, der Landespolizei NRW und der Drogenhilfe e. V. Düsseldorf.

Zielgruppe sind osteuropäische (russischsprachige) Migrantenfamilien mit Kindern und Jugendlichen sowie Alleinerziehende, die aufgrund außer- und/oder innerfamiliärer Schwierigkeiten in ihrem Selbsthilfepotenzial belastet sind und einen Bedarf an Hilfe zur Erziehung haben.

Einsatzfelder sind Überforderungssituationen durch familiäre Konflikte und Krisen, psychische Labilität oder Erkrankung eines Elternteils, besondere Belastungen bei Trennung oder Scheidung, Suchtproblematik, Gewalt, Anzeichen von Kindesvernachlässigung, Auffälligkeiten in Schulen oder im Kindergarten, Schulverweigerung, aggressives oder depressives Verhalten.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind Fachkräfte aus den Bereichen Sozialpädagogik/-arbeit, Psychologie und systemische Familientherapie mit Migrationserfahrung.

Teilprojekt „Die Brücke“

Der AVP bietet Kindertagesstätten mit einem hohen Anteil von Kindern mit osteuropäischem Migrationshintergrund Seminare und Workshops an, die sich an Eltern (Ziel: mehr Erziehungskompetenz) wie auch an die Fachkräfte (Ziel: mehr interkulturelle Kompetenz) richten.

Im osteuropäischen Raum ist ein autoritärer Erziehungsstil noch weit verbreitet. Es wird mehr Wert auf Leistung, Disziplin und „Drill“ gelegt. Zudem sind es Eltern gewohnt, die Erziehung ihrer Kinder an die Institutionen abzugeben. Mitarbeit und Eigeninitiative sind in diesen Zusammenhängen nicht üblich. Ein wichtiges Thema ist das Aufzeigen gewaltfreier Erziehungsmethoden. Auch Fragen rund um die Gesundheit spielen eine Rolle: Wie erkenne ich Krankheiten oder Behinderungen bei meinem Kind? Bei wem hole ich mir Hilfe? Bedeutung von regelmäßigen ärztlichen Untersuchungen und Vorsorgeuntersuchungen, Krankenkassensystem, gesunde Ernährung etc.

Kontakt

AVP, Luisenstraße 129, 40215 Düsseldorf. Telefon: (0221) 2295386, E-Mail: info@integrationavp.de

Weitere Informationen

» www.integrationavp.de

Soronko – Kinder in Vielfalt (Düsseldorf)

Kontext: Zielgruppenfokussierte Familienbildung

Zielgruppe: Eltern mit Kindern, die hauptsächlich aus Mittel- und Südafrika zugewandert sind, Fachkräfte im elementaren Bildungsbereich und in der Schule

Themen: Heranführen an das deutsche Bildungs- und Gesundheitswesen, Verbesserung der Bildungschancen der Kinder, interkulturelle Sensibilisierung

Träger: Diakonie Düsseldorf

Hintergrund

Das Düsseldorfer Projekt „Soronko – Kinder in Vielfalt“ konzentriert sich auf Familien, die aus süd- und mittelafrikanischen Ländern zugewandert sind. Die Eltern sollen darin unterstützt werden, sich in der deutschen Gesellschaft zurechtzufinden. Das Projekt wird durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge gefördert (2009 bis 2012).

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Soronko bieten Gesprächskreise und Workshops an, in denen Eltern (vor allem Mütter) die Möglichkeit haben, Themen wie Erziehung von Mehrsprachigkeit, Entwicklungsphasen der Kinder, Freizeitgestaltung im Stadtteil etc. mit anderen Eltern und Fachleuten zu besprechen. Ziel ist es, über die sozialen und gesellschaftlichen Infrastrukturen erzieherische Handlungskompetenzen und den Zugang zu Bildungsangeboten für Eltern und deren Kinder zu eröffnen.

Zur Elternarbeit werden „Sprach- und Kulturmittler“ eingesetzt, die Twi, Lingala, Suaheli, Englisch und Französisch sprechen und schon längere Zeit in Deutschland leben.

Daneben werden Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus Kindertagesstätten, Schulen und Behörden einbezogen. Das Projekt bietet Schulungen zu Themen wie Interkulturelle Sensibilisierung und Diversity für Fachkräfte an.

Erkenntnisse aus der Projektarbeit

Soronko ist organisatorisch an den Jugendmigrationsdienst (Migration und Flucht) der Diakonie Düsseldorf angebunden. Es besteht eine enge Kooperation mit weiteren Angeboten der Diakonie wie niedrigschwellige Frauenkurse oder dem Sprachförderprogramm „Griffbereit“ in Zusammenarbeit mit der Regionalen Arbeitsstelle zur Förderung von Kindern und Jugendlichen aus Zuwandererfamilien (RAA) in NRW.

2011 wurden rund 80 Familien betreut, überwiegend alleinerziehende Mütter mit mehreren Kindern. In einem ersten Schritt werden meist Fragen der sozialen Sicherung geklärt und entsprechende Unterstützungsangebote gemacht. Familien mit bereits gesicherter sozialer Situation und guter wirtschaftlicher Existenzgrundlage nehmen meist nicht Kontakt zum Projekt auf.

Anders als Erziehungseinrichtungen und Regeldienste können die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Soronko im Allgemeinen mehr Zeit und Geduld bei ihrer Beratungstätigkeit aufbringen. Dies ist erforderlich, um die aus den Herkunftsländern stammenden, oft sehr autoritären Erziehungsmodelle und Ansichten zu hinterfragen sowie „Feindbilder“ und Vorurteile abzubauen, die sich durch negative Erfahrungen gebildet haben.

Bedeutsam ist darüber hinaus die Krisenintervention bei Schulproblemen. Hier zeigen sich oft unbewusste, versteckte Diskriminierungen seitens der Lehrerschaft sowie massive Verständigungs- und Verständnisschwierigkeiten bei den Eltern. Gegenüber den pädagogischen Fachkräften wird darauf hingewiesen, wie wichtig ein hohes Maß an Sensibilität und interkultureller Kompetenz ist.

Kontakt

Soronko – Kinder in Vielfalt. Heike Kasch und Sabine Weller, Behrenstraße 40, 40233 Düsseldorf, Telefon: (0211) 6012688, E-Mail: heike.kasch@diakonie-duesseldorf.de, sabine.weller@diakonie-duesseldorf.de

Weitere Informationen

» www.diakonie.de/HandflyerSORONKO.pdf

InMigra-KiD (Regensburg)

Kontext: Die Leiterin der Fachstelle, Kismet Seiser, führt (als Einzige) im Rahmen des internen Fortbildungsangebots der Bundeskonferenz der Erziehungsberatungsstellen (bke) Seminare zum Thema „Beratung von Migrantenfamilien“ durch.

Zielgruppe: Familien mit Migrationshintergrund mit Vorschulkindern

Themen: Probleme beim Übergang in den Kindergarten und in die Grundschule, unterschätzte Belastung durch Zweisprachigkeit, altersgerechte Entwicklung von Vorschulkindern

Träger: Stadtverwaltung Regensburg: Zentrale Integrationsstelle

Hintergrund

Die Jugend- und Familientherapeutische Beratungsstelle Regensburg hat bereits im Rahmen des vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge geförderten Projekts „Elele – Hand in Hand“ Maßnahmen durchgeführt, um die Eingliederung von Migrantenfamilien in Kindergärten und Schulen zu fördern. InMigra-KiD ist das Folgeprojekt und inzwischen als kommunales Regelangebot verstetigt.

Migrantenkinder zeigen oft große Probleme beim Übergang in den Kindergarten und vom Kindergarten in die Grundschule. Ursache sind teilweise massive Verunsicherungen sowohl aufseiten der Eltern wie auf institutioneller Ebene. Den Eltern fehlt es oft an Wissen über die besonderen Entwicklungsbedingungen ihrer Kinder (zum Beispiel Zweisprachigkeit) und an Verständnis hinsichtlich eventuell vorhandener Entwicklungsdefizite ihrer Kinder und entsprechender Förderungsnotwendigkeiten. Pädagogischen Fachkräften fehlt es an Wissen über die besonderen Lebensbedingungen der Migrantenkinder, ihre familiäre Situation und die elterlichen Erwartungen.

Geringe Kommunikation zwischen Institutionen und Eltern nichtdeutscher Herkunft ist ein erheblicher Risikofaktor für die Schullaufbahn ausländischer Kinder. InMigra-KiD setzt einerseits bei den Eltern an,

andererseits bei den Institutionen Kindergarten und Schule, um die Kooperation zwischen beiden Seiten zum Wohl der Kinder zu fördern.

Muttersprachliche Honorarkräfte

Eine wichtige Säule des Projekts ist die Ausbildung von muttersprachlichen Integrationsfachkräften. Wenn es um emotional belastende Themen geht oder um wichtige Sachinformationen, reicht die Sprachkompetenz der Eltern im Deutschen oft nicht aus.

Vor diesem Hintergrund wurden mehrsprachige Frauen und Männer als Übersetzerinnen und Übersetzer fortgebildet, die selbst einen Migrationshintergrund haben und im sozialen Bereich arbeiten. Mit ihrer Hilfe kann es Eltern oft zum ersten Mal ermöglicht werden, ein längst fälliges Elterngespräch zu führen, um die Situation und die Bedürfnisse der Kinder zu besprechen. In insgesamt zehn verschiedenen Sprachen kann vermittelt werden, vor allem in Türkisch, Russisch, Serbokroatisch und Persisch.

Eine weitere Aufgabe der Sprachbegleiterinnen und -begleiter ist die Übersetzung schriftlicher Materialien der drei Regensburger Erziehungsberatungsstellen, Powerpoint-Präsentationen für die Durchführung von Elternabenden, Elternbriefe, Einladungen etc.

Elternarbeit

Eltern mit Migrationshintergrund wissen häufig nur wenig über die Entwicklungsbedingungen ihrer Kinder, insbesondere in Bezug auf ihre Zweisprachigkeit. Oft unterschätzen sie die Leistung, die ihre Kinder täglich erbringen, indem sie zwischen zwei Sprachen wechseln. Auch unterschätzen sie den Unterstützungsbedarf der Kinder. Daher lehnen sie oft Maßnahmen ab, die ihr Kind zu etwas „Besonderem“ zu machen scheinen, und sei es ein „Vorkurs Deutsch“.

Themen der Elternabende sind Informationen zu den kindlichen Entwicklungsanforderungen im Kindergarten und beim Schulbeginn, Informationen zum deutschen Schulsystem, Rechte und Pflichten der Eltern, Unterstützungsmöglichkeiten während der Übergangsphasen in den Kindergarten und vom Kindergarten in die Schule etc.

Vernetzung

Eine weitere wichtige Säule ist die Arbeit mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in Kindergärten und Schulen. Hier wurden Netzwerke von Integrationsbeauftragten von Kindergärten und Grundschulen aufgebaut. Sie treffen sich regelmäßig mit den Fachkräften von InMigra-KiD. Dabei geht es u. a. um die Entwicklungsbedingungen von Migrantenkindern sowie um Möglichkeiten ihrer Förderung.

Darüber hinaus werden Fortbildungseinheiten zur Elternarbeit durchgeführt, beispielsweise: „Kulturpsychologische Grundlagen – Prozesse der Kulturalisierung und Entkulturalisierung“ oder „Der Umgang mit dem sonderpädagogischen Förderbedarf bei Migrantenkindern aus sonderpädagogischer und psychologischer Sicht“.

Kontakt

Dr. Kismet Seiser, Richard-Wagner-Str. 20,
93055 Regensburg, Telefon: (0941) 507-5763,
E-Mail: seiser.kismet@regensburg.de

Weitere Informationen

» www.regensburg.de/sixcms/media.php/121/konzept_inmigra_kid.pdf

Internationale Familienberatung (Köln)

Kontext: Migrationsbezogene Familienberatung, Hilfen zur Erziehung bei Entwicklungsauffälligkeiten und seelischen Problemen

Zielgruppe: Familien mit Migrationshintergrund, Kinder psychisch kranker Eltern (auch vor dem Hintergrund einer Flüchtlingsgeschichte)

Themen: Psychische Stabilisierung der Kinder psychisch kranker Eltern

Träger: Caritasverband

Hintergrund

Die Internationale Familienberatung bietet psychologische Beratung und Therapie hauptsächlich für Familien mit Migrationshintergrund an. Die Beraterinnen und Berater sprechen neben Deutsch Spanisch, Italienisch, Serbisch und Kroatisch, Türkisch, Kurdisch, Polnisch, Russisch, Englisch, Französisch, Portugiesisch. In 91 % der abgeschlossenen Fälle war mindestens ein Elternteil ausländischer Herkunft, in zwei Dritteln der Fälle wurde vorrangig in der Familie nicht Deutsch gesprochen. Die Ratsuchenden kamen 2011 aus mehr als 70 verschiedenen Ländern. Schwerpunkt liegt seit Jahren bei Kindern im Vorschulalter, derentwegen die Beratung erfolgt.

Allgemeine (präventive) Beratungsarbeit

Bei den Anliegen der Familien finden sich drei Hauptgründe.

1. Belastungen der Kinder durch familiäre Konflikte (zum Beispiel Partnerkonflikte, Trennung und Scheidung, Umgangs- und Sorgerechtsstreitigkeiten, Eltern-/Stiefeltern-Kind-Konflikte, migrationsbedingte Konfliktlagen).
2. Belastungen der Kinder durch Probleme der Eltern (zum Beispiel Arbeitslosigkeit, Armut, psychische Erkrankungen, Suchtverhalten, geistige oder seelische Behinderung).

3. Entwicklungsauffälligkeiten und seelische Probleme der Kinder (zum Beispiel Entwicklungsrückstand, Ängste, Zwänge, selbst verletzendes Verhalten, suizidale Tendenzen).

Im Jahr 2011 haben fünf fortlaufende, präventive Eltern-Kind-Gruppen (Pianissimo-Gruppen) mit Eltern und Kindern im Vorschulalter stattgefunden. Drei Gruppen fanden im Rahmen des Projekts „Frühe Hilfen für Familien mit Zuwanderungsgeschichte“ statt. Es gab zwei spanischsprachige Gruppen und drei russischsprachige Gruppen.

Darüber hinaus führte die Internationale Familienberatung Fachberatungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus pädagogisch-sozialen Arbeitsfeldern durch. Dazu gehörten die Beratung zu interkulturellen Themen und Fachberatung zur Einschätzung von Kindeswohlgefährdung.

Teilprojekt „Stark werden – Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern“

Das Projekt läuft bereits einige Jahre. Im Jahr 2011 wurden 26 Familien sowie zwölf Kinder und Jugendliche im Alter zwischen drei und 19 Jahren betreut. Der größte Teil der Klientinnen und Klienten kam über andere Institutionen (Fachärzte, Kliniken, sozialpsychiatrische Einrichtungen, Kitas, Schulen, Jugendämter etc.) zur Einrichtung.

Laut Tätigkeitsbericht 2011 waren die häufigsten diagnostizierten Störungsbilder affektive Störungen und Persönlichkeitsstörungen. Ein häufig vertretenes Störungsbild bei Zuwandererfamilien mit Fluchthintergrund ist die Posttraumatische Belastungsstörung und die damit einhergehenden Langzeitfolgeerkrankungen, die sich erheblich auf das gesamte familiäre System auswirken. Nicht selten kommt es hier zu transgenerationalen Übertragungen, wenn nicht frühzeitig wirksam geholfen wird.

Bei nahezu allen betreuten Fällen waren die Kinder psychisch kranker Eltern nicht über die Tatsache der Krankheit und die Auswirkungen auf Denken, Fühlen und Handeln informiert. Dieses Defizit gibt kindlichen Fantasien Raum, die oft schlimmer sind als die Wirklichkeit. Deshalb richtete sich das Augenmerk darauf, den Kindern Orientierungshilfen und Informationen anzubieten und ihnen eine Entlastung aus der Pseudo-Erwachsenen-Rolle zu ermöglichen.

Im Zuge der Beratungsarbeit konnte eine durchgängige Stabilisierung der häuslichen und schulischen Schwierigkeiten der Kinder beobachtet werden. Eltern und Kinder waren zunehmend besser in der Lage, ihre eigenen persönlichen Grenzen und Einflussbereiche zu sehen und zu respektieren. Als Erfolgskennzeichen gelten die Regelmäßigkeit des Schulbesuchs und die Verbesserung der schulischen Leistungen.

Kontakt

Internationale Familienberatung, Mittelstraße 52–54,
50672 Köln, Telefon: (0221) 925843-0,
E-Mail: ifb.koeln@caritas-koeln.de

Weitere Informationen

» http://caritas.erzbistum-koeln.de/koeln_cv/zuwanderer_fluechtlinge/ifb.html

5.5 Spezifische Maßnahmen und Projekte für Flüchtlingskinder

Es handelt sich um eine beispielhafte Auswahl.

Die Darstellung der Projekte und Maßnahmen basiert weitgehend auf Selbstauskünften auf den entsprechenden Internetseiten bzw. anderen Informationsmaterialien der Projekt- und Maßnahmeträger.

Da es sich bei der Vielzahl von Aktivitäten auf regionaler Ebene um keine vollständige Darstellung handeln kann, sind Hinweise auf weitere Maßnahmen und Projekte (sofern diese noch nicht berücksichtigte Aspekte – insbesondere bei Zugangswegen und Methoden – aufzeigen) ausdrücklich erwünscht.

Refugio München e. V.

Kontext: Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer

Zielgruppe: Flüchtlinge und Folteropfer, insbesondere auch (unbegleitete) minderjährige Flüchtlinge

Themen: Medizinische Diagnostik und Beratung von Flüchtlingen und Flüchtlingskindern, Krisenintervention, Therapie, Kunst- und Spieltherapie

Träger: IfF-REFUGIO-München e. V., gefördert durch die Stadt München und den Europäischen Flüchtlingsfond (EFF)

Hintergrund

Viele Flüchtlingskinder sind durch Krieg, Verfolgung und Flucht besonders stark betroffen und lang anhaltend seelisch verstört. Die Verarbeitung ihrer oft traumatischen Erlebnisse ist in hohem Maße abhängig von den Lebensbedingungen, der Zuwendung oder der Ablehnung, die sie in der Zeit nach der Flucht erleben. Oft bleiben sie mit ihrer Trauer und ihren Ängsten allein und leben isoliert unter schwierigsten, unsicheren Lebensbedingungen. Die Gemeinschaftsunterkünfte bieten in der Regel keinen angemessenen Raum für sie, Rückzugsräume und Spielmöglichkeiten fehlen. Ihre oft selbst traumatisierten Eltern können ihnen nur unzureichende Hilfe

und kaum Schutz vor neuen Aggressionen oder negativen Erlebnissen bieten. Die fremde Umgebung, Sprache und Lebensart verunsichern oder verstören oft zusätzlich.

Therapeutische Angebote

Refugio München e. V. bietet den Flüchtlingskindern in dieser Situation verschiedene Hilfsangebote an. Einzel-, Spiel- und Kunsttherapie sowie Kunstwerkstatt- und Theatergruppen nutzen das kreative Potenzial der Flüchtlingskinder zur Selbsthilfe und Selbstheilung. In einem geschützten Rahmen haben sie die Möglichkeit, im Spiel, in der Verkleidung oder beim Malen ihre traumatischen Erfahrungen symbolisch auszudrücken und Abstand dazu zu gewinnen. Die hauptsächlich nonverbalen therapeutischen Angebote ermöglichen einen schnellen Zugang zu den Kindern, da Sprachbarrieren umgangen werden, und erleichtern es ihnen, ihre Erfahrungen auf der Flucht in Bildern, Objekten oder Rollenspielen auszudrücken. Dabei können sie ihre Aggressionen, Ängste und Schrecken dosiert oder verfremdet darstellen, in kleinen Schritten Distanz dazu gewinnen und neue positive Erfahrungen machen.

Die Gruppenangebote helfen den Kindern, sich mit ihren Erlebnissen nicht allein zu fühlen, sondern sich durch den Kontakt mit Kindern, die Ähnliches erlebt haben, zu entlasten.

Kontakt

REFUGIO München e.V., Rosenheimer Straße 38,
81669 München, Telefon: (089) 982957-0, Fax: (089)
982957-57

REFUGIO München ist anerkannter Träger der freien
Jugendhilfe gemäß § 75 Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG)

Weitere Information

»» www.refugio-muenchen.de

Homepage der Kunstwerkstatt für Flüchtlingskinder:

»» www.grenzenlos-frei.de

Amaro Kher: Schulprojekt für Roma-Flüchtlingskinder (Köln)

Kontext: Heranführung an Regeleinrichtungen, Vorschul- und Schulausbildung, Persönlichkeitsstärkung, Kulturkompetenz

Zielgruppe: Minderjährige Roma-Flüchtlingskinder im Alter von zwei bis 14 Jahren

Themen: Analphabetismus, Sprachförderung, heilpädagogische Förderung, allgemeine (Vor-)Schulbildung

Träger: Rom e.V. in Köln, gefördert durch: Jugendamt der Stadt Köln, Land NRW, „wir helfen“ (Kölner Stadt-Anzeiger), Aktion Mensch, Europäischer Flüchtlingsfonds, Evangelischer Kirchenverband Köln, RheinEnergienstiftung, Domspitzen e.V., LVR und LAG

Hintergrund

Das Schul- und Bildungsprojekt Amaro Kher zur schulischen Integration von Roma-Flüchtlingskindern gibt es seit 2004. In einer Ganztags-Kindertagesstätte und -Schule lernen Roma-Kinder Deutsch, Lesen, Schreiben und Rechnen und nehmen an Sport, Musik und weiteren Kreativangeboten teil.

Amaro Kher wurde nach dem Vorbild des erfolgreichen Frankfurter Projekts „Schaworalle“ (www.schaworalle.de) entwickelt.

Amaro Kher will schulferne und auffällige Kinder aus Roma-Familien in enger Zusammenarbeit mit Schulamt und Jugendämtern an Regeleinrichtungen wie Kindergärten und Schulen heranführen. Die Jugendlichen sollen zum Schulbesuch und zur Berufsorientierung motiviert werden. Dazu gehört es auch, Regeln zu akzeptieren und einzuhalten, Pünktlichkeit, Konzentration und Ausdauer zu üben. Unabdingbar für den Erfolg von Amaro Kher ist die Zusammenarbeit mit den zum Teil bildungsfernen und -feindlichen Eltern.

Kindertagesstätte

Die Kindertagesstätte wird von ca. 20 Kindern ab dem zweiten Lebensjahr besucht. Sprachförderung und heilpädagogische Betreuung sind ebenso wie intensive Elternarbeit wichtige Aufgaben der Kita. Ihre Arbeit wird unterstützt vom Kölner Frühförderzentrum.

Schule

Die etwa 30 Roma-Schulkinder im Alter von sechs bis 14 Jahren sind in zwei Klassen eingeteilt und werden von drei Lehrern und Lehrerinnen unterrichtet. Lehrinhalte und Unterrichtsmethoden orientieren sich am jeweiligen Leistungsstand sowie den Sprachkenntnissen der Kinder. Deutsch- und Alphabetisierungskurse, muttersprachlicher Unterricht, Vermittlung von Roma-Kulturgeschichte fördern die schulische Entwicklung. Ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ermöglichen zusätzlich eine individuelle Förderung. Die Kinder werden morgens mit schuleigenen Bussen aus mehreren Flüchtlingsheimen abgeholt.

Resilienzförderung

Bei etlichen Roma-Kindern ist die körperliche und seelische Entwicklung beeinträchtigt, unter anderem sind häufig Feinmotorik, Konzentrationsfähigkeit und Sozialverhalten wenig ausgebildet. Traumatisierende Erfahrungen durch Bürgerkriege, Vertreibung, Flucht und die Unterbringung in Flüchtlingsheimen, Containerlagern und Asyl-Schiffen haben bei vielen Kindern zu psychischen Störungen, Verrohung, Aggressionen und sozial auffälligem Verhalten geführt. Hinzu kommt, dass viele Eltern ebenfalls traumatisiert sind und ihren Erziehungsaufgaben oft nicht ausreichend nachkommen können.

Resilienzfördernde Beziehungs- und Betreuungsangebote sollen die psychische Stabilität und das Selbstvertrauen der Kinder stärken und dem wenig kinderfreundlichen Alltag in den Flüchtlingsheimen

entgegenwirken. Durch verlässliche Beziehungen und interkulturelle Angebote wächst das Vertrauen der Kinder in ihre Umwelt jenseits der eigenen Familie. Dies soll die Persönlichkeit der Kinder stärken, Kulturkompetenzen erhöhen und damit den Start in der Regelschule erleichtern.

In diesem Zusammenhang ist besonders wichtig, dass durch längerfristige Duldung der auf Familien und Kindern lastende Abschiebedruck gemildert und so die Motivation für den regelmäßigen Schulbesuch erhöht wird.

Amaro Kher wurde 2011 als „Ausgewählter Ort“ von der Initiative „Deutschland, Land der Ideen“ ausgezeichnet.

Kontakt

Amaro Kher, Venloer Wall 17, 50672 Köln, Telefon: (0221) 3558174, E-Mail: schule@amaro-kher.de

Weitere Informationen

»» www.amaro-kher.de

SchlaU: Schulanaloger Unterricht für unbegleitete, minderjährige Flüchtlinge (München)

Kontext: Psychische Stärkung traumatisierter, unbegleiteter und minderjähriger Flüchtlinge, Alphabetisierung, Erwerb der deutschen Sprache, Schul- und Ausbildungsabschluss

Zielgruppe: Unbegleitete, minderjährige Flüchtlinge zwischen 16 und 18 Jahren

Themen: Alphabetisierung, Persönlichkeitsstärkung, Eingliederung in Schule, Berufsausbildung und Arbeitsmarkt, Verbesserung der Zukunftschancen

Träger: Trägerkreis zur Förderung von Bildung und Integration von Flüchtlingskindern und -jugendlichen e. V.

Hintergrund

Das SchlaU-Projekt wurde im Jahr 2000 ins Leben gerufen mit dem Ziel, unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen Schulunterricht zu ermöglichen. Es setzte damit die Erkenntnis um, dass es wichtig ist, junge Flüchtlinge nicht sprach- und orientierungslos in Heimen oder Lagern ohne Einbindung in eine fördernde Gemeinschaft sich selbst zu überlassen. Sie so schnell wie möglich in eine Schulklasse aufzunehmen, erhöht ihre Chance auf Bildung, Beruf und gesellschaftliche Teilhabe in Deutschland.

Die private SchlaU-Schule ist mittlerweile vom Bayerischen Kultusministerium als staatliche Ergänzungsschule, die schulanalogen Unterricht anbietet, anerkannt.

Im Fokus des Unterrichts und der Schülerbetreuung stehen die Stärkung der Persönlichkeit, Hilfe bei der Verarbeitung von traumatischen Erlebnissen, Alphabetisierung, Erlernen der deutschen Sprache und das Erlangen des Hauptschulabschlusses. Ziel ist es, in zwei bis drei Jahren Schlüsselqualifikationen für Lebensalltag und Arbeitsmarkt zu erwerben. „Schnupperpraktika“ sind integraler Bestandteil des Schulprogramms, um einen realistischen Einblick in den Arbeitsalltag zu bekommen. Nach dem Schul-

abschlussjahr (Erfolgsquote etwa 95 %) werden Praktika bei Firmen vermittelt, um den Einstieg in eine Berufsausbildung zu erleichtern. Einigen Schülerinnen und Schülern gelingt der Übergang auf weiterführende Schulen. Während der Ausbildung gibt es eine Betreuung, um einen Ausbildungserfolg zu gewährleisten.

Schulanaloger Unterricht

Derzeit nehmen etwa 200 meist minderjährige Flüchtlinge am Unterricht teil. Sie werden von ca. 23 Lehrkräften mit Erfahrung im Flüchtlings- und Jugendbereich in 15 Klassen unterrichtet. Die Schüler und Schülerinnen werden auf den Hauptschulabschluss vorbereitet. Sie legen am Schuljahresende die offiziellen Prüfungen in Münchner Regelschulen ab.

Vorrangiges Lernziel des Unterrichts ist der Erwerb der deutschen Sprache. Viele der Jugendlichen sind Analphabeten. Der Unterrichtsstoff orientiert sich am Lehrangebot der Hauptschulen bzw. der Berufsschulen. Neben Deutsch werden Fächer wie Ethik, Mathematik, Geschichte, Sozialkunde, Erdkunde, Wirtschaft, Technik und Kunst angeboten.

Der Unterricht findet vormittags statt, er berücksichtigt die Aufnahmekapazität der Schüler, von denen die meisten bisher keinen geregelten Schulbesuch kannten. Am Nachmittag wird Förderunterricht (Hausaufgabenbetreuung bzw. Nachhilfe) von Ehrenamtlichen oder Lehrpraktikantinnen und -praktikanten angeboten.

Neben der Förderung der sprachlichen und fachlichen Entwicklung ist die regelmäßige Teilnahme am Schul- oder Arbeitsalltag Voraussetzung für den Ausbildungserfolg. Deshalb wird auf die Einhaltung der Schulregeln, Anwesenheit, Pünktlichkeit, das Erledigen von Hausaufgaben und ein gutes Sozialverhalten in der Schule großer Wert gelegt und in den Zeugnissen bewertet.

Sozialpädagogische Begleitung

Da unbegleitete minderjährige Flüchtlinge oft überfordert sind, sich ohne Familie, Freunde und Sprachkenntnisse in Deutschland zurechtzufinden, werden sie von zwei Sozialpädagoginnen bei der Bewältigung des Alltags (Einkaufen, Umgang mit Ämtern und Behörden, Aufklärung etc.) betreut. Sie werden unterstützt bei Konflikten, die sich aus dem Zusammenleben ergeben. Viele benötigen Hilfestellung und Beratung bei der Bewältigung von Kriegserfahrungen, Verwaisung, Flucht, Entwurzelung etc.

Die individuelle Unterstützung bewirkt, dass die Schülerinnen und Schüler wieder Vertrauen in die Umwelt entwickeln können. Sie dient der psychischen Stärkung und trägt dazu bei, dass viele trotz ihrer schwierigen Erfahrungen und Aufenthaltssituation vom Erlernen des ABC bis zum Hauptschulabschluss gelangen.

Der Leiter der SchlaU-Schule, Michael Stenge, erhielt für seine Arbeit 2011 die Integrationsmedaille der Bundesregierung.

Kontakt

SchlaU – Schulanaloger Unterricht für junge Flüchtlinge. Schillerstraße 7, 80336 München, Telefon: (089) 411193-111, E-Mail: info@schlau-schule.de

Weitere Informationen

» www.schlau-schule.de

6 Spezifische Störungen / Auffälligkeiten (Epidemiologie und Maßnahmen) zu Flüchtlingskindern

6.1 Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

ADHS ist die am häufigsten gestellte psychiatrische Diagnose im Kindes- und Jugendalter. Oft treten zusätzliche Entwicklungsstörungen auf wie aggressiv-oppositionelles Verhalten, depressive Symptome, Angststörungen, motorische Defizite im Verbund mit vermehrten Unfällen, Sprach- und Sprechstörungen, Legasthenie und Dyskalkulie sowie dissoziales Verhalten und Drogenmissbrauch. Jungen sind viermal häufiger als Mädchen betroffen.

In der Fachliteratur finden sich keine Hinweise, dass ADHS bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund überdurchschnittlich häufig diagnostiziert wird oder migrationspezifische Ausprägungen hat. In der fachlich hervorragenden, 190 Seiten umfassenden Analyse der GEK „ADHS bei Kindern und Jugendlichen“ taucht kein einziges Mal der Begriff „Migration“ auf. (Glaeske et al. 2008) Auch beim „zentralen adhs-netz“, einem vom BMG geförderten bundesweiten Netzwerk zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörungen (www.zentrales-adhs-netz.de) ergibt die Suche „Migration“ keinen Treffer.

Prävalenz

Nach den Zahlen des KiGGS sind Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund weniger von ADHS-Diagnosen betroffen als deutschstämmige Kinder. Da das Verhältnis jedoch hinsichtlich der ADHS-Verdachtsfälle umgekehrt ist, könnte dies auf eine Unterdiagnostizierung von ADHS bei Migrantinnen und Migranten oder auf Inanspruchnahme-Effekte hindeuten. (Schlack et al. 2007) Werden ADHS-typische Symptome erfragt, weisen Kinder mit Migrationshintergrund eine leicht höhere Prävalenz auf. (Robert Koch-Institut 2008)

ADHS kommt in konfliktbelasteten Familien deutlich gehäuft vor. Weitere Risikofaktoren sind eine psychische Erkrankung von Vater oder Mutter, das Aufwachsen mit nur einem Elternteil und unbewältigte traumatische Erfahrungen wie sexuelle Gewalt oder körperliche Misshandlung. (Ravens-Sieberer et al. 2007) Dies sind Hinweise, dass ADHS bei jenen Kindern unterdiagnostiziert sein könnte, deren Migrationsgeschichte hohe seelische Belastungen aufweist.

Behandlung

Von 1990 bis 2007 stiegen in Deutschland die Diagnosezahlen des ADHS um das Vierhundertfache. Im selben Zeitraum stieg der Absatz des Amphetamins Ritalin und anderer Präparate mit dem Wirkstoff Methylphenidat um das 150-fache. In rund 80% aller Fälle, in denen ADHS-diagnostizierte Kinder Methylphenidat erhalten, werden keine zusätzlichen nicht-medikamentösen Hilfen eingeleitet (Glaeske 2008). Eine kritische Stellungnahme zur Diagnose „ADHS“ und medikamentösen Therapie wurde vor Kurzem veröffentlicht (Köttgen, Richter 2013).

Migrationsspezifische Probleme bei der Behandlung

Berichte über migrationsspezifische Probleme bei der Behandlung von ADHS sind selten. Die Kinder- und Jugendpsychologin Sophie Bärmann gibt in „ethmundo.de – Online-Magazin für Kultur und Gesellschaft“ ein Beispiel: „Bekim sei so zappelig, weil sie während der Schwangerschaft Schluckauf gehabt habe, meint seine Mutter. Sein Blut sei unruhig. Die Familie ist aus dem Kosovo nach Albanien geflohen, da war Bekim gerade mal zwei Jahre alt ... Bekim wächst zweisprachig auf und spricht fließend Albanisch und Deutsch. Seine Mutter dagegen beherrscht die deutsche Sprache nicht sicher. Sie hat große Mühe, meine Fragen zu beantworten, zum Teil übersetzt Bekim für sie ... Meine Aufgabe als Psychologin ist es nun, der Mutter die Ergebnisse der Untersuchung mitzuteilen, sie über die Diagnose aufzuklären und erste Behandlungsschritte einzuleiten. Wichtig wäre für Bekim zum Beispiel ein genauer Zeitplan für die Hausaufgaben, damit er nicht den gesamten Nachmittag daran sitzt ... Aber wie soll ich der Mutter hinreichend die Untersuchungsbefunde erklären, wenn sie mich schon rein sprachlich nicht versteht? Wie soll ich vermitteln, dass bei Bekim eine psychiatrische Erkrankung mit dem Namen ADHS zu diagnostizieren ist, wenn die Eltern meinen, dass mit ihrem Sohn alles in Ordnung ist?“ (Bärmann 2008)

Migrationsspezifische Informationen

Das „Kompetenznetzwerk ADHS Köln“ veranstaltete am 25.05.2011 einen Fachtag, an dem folgende Vorträge gehalten wurden: Dr. Vincenzo Urso: „Belastungs- und Resilienzfaktoren in Familien mit Migrationshintergrund bei ADHS“; Ece Sarisaltik Aydin: „Einblicke einer Mutter mit Migrationshintergrund“; Pervin Bayuk/Fahri Azbay: „Zappelnur und Ali guck in die Luft – ADHS und Migration in der Erziehungsberatung“.

Materialien

Das „Zentrale adhs-netz“ unterhält die Website www.adhs.info, die sich auch an Eltern von Betroffenen wendet und aktuell mitteilt, dass der Elternbereich „voraussichtlich im Herbst 2012 auch in türkischer Sprache zugänglich sein“ wird. Dies ist jedoch zum Zeitpunkt der Recherche Ende November 2012 noch nicht geschehen.

TAD, ein Pharma-Unternehmen, bietet Elterninformationen zu ADHS in türkischer und russischer Sprache an. »» www.tad.de/seiten/index.php?EID=269&SeID=463&headid=&HID=4&UID=263&BID=0

Ebenso verfährt das Pharma-Unternehmen Janssen-Cilag GmbH:

»» www.mehr-vom-tag.de/g_downloads

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie bietet Informationen, die sich kritisch mit der Diagnose „ADHS“, dem Medikament Ritalin und anderen Psychopharmaka auseinandersetzen und soziale, pädagogische und psychotherapeutische Handlungsmöglichkeiten aufzeigen:

»» <http://www.psychiatrie.de/dgsp/positionspapier-der-dgsp-zu-adhs-und-dem-medikament-ritalin>

Literatur

Bärmann, S. (2008): Hyperaktivität und Schluckauf – Psychiatrisch-psychotherapeutische Arbeit mit Migranten. ethmundo.de – Online-Magazin für Kultur und Gesellschaft.

Gebhardt, B. et al. (2008): ADHS bei Kindern und Jugendlichen. Befragungsergebnisse und Auswertungen von Daten der Gmünder Ersatzkasse. GEK-Edition. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 65. Bremen/Schwäbisch Gmünd.

Glaeske, G.; Würdemann, E. (2008): Analyse von Routinedaten der GEK von Kindern und Jugendlichen mit ADHS-Diagnose und Stimulanzienverordnungen. In: Gebhardt, B. et al.: ADHS bei Kindern und Jugendlichen. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 65. Bremen/Schwäbisch Gmünd.

Köttgen, C.; Richter, S. (2013): „Eine Generation wird krankgeschrieben“ – Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Ritalin und Psychopharmaka. Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (Hg.), Köln.

Ravens-Sieberer, U. et al. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Berlin.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2008): Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Berlin.

Schlack, R. et al. (2007): Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Berlin.

6.2 Alkohol- und Drogensucht

Zur Prävalenz von Suchtgefährdung und Suchtverhalten bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund gibt es nur wenige Studien mit zudem nur kleinen Probandenzahlen und zum Teil widersprüchlichen Ergebnissen. Das weist darauf hin, dass über die genaue Zahl der suchtgefährdeten bzw. drogenabhängigen Jugendlichen Forschungsbedarf besteht, ebenso über die Art des Drogenkonsums je nach Ethnie, Alter und Geschlecht sowie über den Zugang und die Art der Versorgung, Behandlung und Therapie. Gleichzeitig zeigen Erfahrungen von Fachleuten, dass eine etwaige Gefährdung oder der tatsächliche Drogenkonsum schwer zu erfassen sind, da Eltern mit Migrationshintergrund aufgrund der häufig anzutreffenden kulturellen und religiösen Ablehnung von Drogen dazu zu tendieren scheinen, die Suchtgefährdung ihrer Kinder zu negieren oder innerfamiliär nach Lösungen zu suchen. (Tikalsky 2007; Parla 2005)

Prävalenz

Im Rahmen der Studie „Health Behaviour in School-aged Children 2009/10“, die die Universität Bielefeld für die WHO durchführte, wurden bundesweit rund 5800 Jungen und Mädchen aus 5., 7. und 9. Schulklassen an 108 allgemeinbildenden Schulen befragt (Kolip 2012). In Bezug auf Alkoholkonsum fand die Studie heraus, dass etwa 6 % der Mädchen und mehr als 11 % der Jungen mindestens einmal pro Woche ein alkoholisches Getränk konsumierten. Mädchen und Jungen mit beidseitigem Migrationshintergrund tranken zu einem geringeren Anteil Alkohol. Hatte nur ein Elternteil einen Migrationshintergrund, entsprach der jugendliche Alkoholkonsum in etwa dem deutschen Durchschnitt.

Bezüglich des Rauschtrinkens gaben etwa 11 % der Mädchen und fast 13 % der Jungen an, in ihrem Leben bisher zweimal oder häufiger betrunken gewesen zu sein. Hier zeigten Mädchen (rund 14 %) und Jungen (fast 18 %) mit einseitigem Migrationshintergrund das höchste Gefährdungspotenzial. Mädchen mit beidseitigem Migrationshintergrund waren am wenigsten gefährdet. Jungen mit beidseitigem Migrationshintergrund unterschieden sich nicht von Jungen ohne Migrationshintergrund bei zwei oder mehr Rauscherfahrungen.

Ein Migrationshintergrund scheint vor regelmäßigem und riskantem Alkoholkonsum zu schützen, sofern religiöse und kulturelle Regeln dem entgegenstehen.

Den Konsum von Cannabis, Marihuana oder Haschisch schlüsselte die Studien nicht migrationspezifisch auf.

Eine Studie, die annähernd 1000 Schüler und Schülerinnen der Klassen 9 und 10 an allen Schulformen in Marl auf ihren Alkohol- und Drogenkonsum hin untersuchte, fand Unterschiede zwischen jugendlichen Deutschen, Türken sowie Aussiedlerinnen und Aussiedlern im Konsumverhalten von weichen und harten Alkoholika sowie Cannabis (Boos-Nünning und Siefen 2005).

- Türkische Jugendliche konsumierten diese Drogen seltener und schätzten ihre Gefährlichkeit höher ein als die deutschen Jugendlichen.
- Deutsche und Aussiedler-Jugendliche zeigten sich im Konsumverhalten von legalen und illegalen Drogen ähnlich, die jungen Aussiedlerinnen und Aussiedler begannen jedoch mit dem Alkoholkonsum im Schnitt früher.

- Cannabis war die am häufigsten konsumierte illegale Droge bei deutschen und Migrant*innenjünglichen.
- Mädchen konsumierten im Schnitt weniger Suchtstoffe als Jungen, Mädchen mit Migrationshintergrund weniger als deutsche Mädchen.
- Junge Migrant*innen und Migranten, die hier geboren waren, konsumierten mehr Alkohol als diejenigen, die nach Deutschland eingewandert waren. Die Aufenthaltsdauer war signifikant für die Höhe des Alkoholkonsums.
- Unter den deutschen, türkischen und Aussiedler*innen Jugendlichen fanden sich besondere Risikogruppen, die harte Drogen wie Heroin, Kokain, LSD, Ecstasy und andere synthetische Drogen nahmen, Farb- und Klebstoffe schnüffelten oder mehrmals wöchentlich, bzw. täglich Alkohol konsumierten.

Daten des Bundeskriminalamtes über den überproportional hohen Anteil von jungen Spätaussiedler*innen und Spätaussiedler*innen aus der ehemaligen UdSSR unter den Drogentoten (2004: 9%; 2006: 12%; PH Schwäbisch Gmünd) lassen auf einen relativ hohen Drogenkonsum dieser Migrantengruppe schließen. Dies wird ebenfalls von einem Bericht der Beratungsstelle bei Suchtmittelproblemen des Diakonischen Werks Waldeck-Frankenberg untermauert. Er kommt zu dem Schluss, dass unter (insbesondere männlichen) Aussiedler*innen aus der ehemaligen Sowjetunion Alkoholabhängigkeit erheblich stärker verbreitet ist als in der Allgemeinbevölkerung. Hinzu kommt eine besondere Verbreitung von intravenöser Drogensucht (insbesondere Heroin) bei männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 16 und 30 Jahren in abgeschotteten „Szenen“; dabei ist wegen mangelnder Schutzmaßnahmen eine besonders erhöhte Infektionsrate an HIV, Hepatitis B und C festgestellt worden (Dil und Fieseler, 2007).

Kultursensible Suchtprävention

Im Rahmen einer Bedarfsermittlung im Bereich der interkulturellen Suchtprävention in Berlin (Tikalsky 2007) ergaben sich bei einer Befragung von Eltern mit türkischem, russischem, arabischem, afrikanischem, vietnamesischem, lateinamerikanischem und europäischem Migrationshintergrund unterschiedliche kulturelle Einstellungen zu Suchtmitteln, Drogenkonsum und dem jeweiligen Umgang mit dem Thema:

- Im afrikanischen Raum gibt es kein Empfinden bzw. kein Wort für Sucht.
- Im russischsprachigen Raum werden Alkohol und Drogen als „Naturgewalten“ und Sucht als „Willensschwäche“ empfunden.
- Im türkisch-arabischen Raum wird Alkohol „verdammte“. Konsum muss deshalb vor den Eltern verheimlicht werden.

Laut Studie wird in den Familien über eine mögliche Suchtgefährdung der Jugendlichen häufig nicht gesprochen. Ist das Problem unübersehbar, wird eine innerfamiliäre Lösung angestrebt. Dies erklärt unter anderem, warum Betroffene, wenn überhaupt, oft erst spät eine Beratungsstelle aufsuchen. Insgesamt schätzte mehr als die Hälfte der Eltern ihr Wissen über Drogen und Sucht als groß genug und ihr diesbezüglicher Umgang mit ihrem Kind als sicher ein. Diese Selbsteinschätzung steht allerdings im Gegensatz zu den Erfahrungen von Fachleuten.

Wirksame Prävention läuft nach übereinstimmenden Erkenntnissen (Dil und Fieseler 2007, Tikalsky 2007) über die Aufklärung der Eltern. Eltern mit Migrationshintergrund brauchen demnach

- Informationen über das deutsche Hilfesystem.
- Informationen über Sucht und Suchtgefährdung.
- Muttersprachliche Suchtpräventionsberater und -beraterinnen.

- Konkretes, übersichtliches Informationsmaterial. Für die Elterngeneration sollte es zweisprachig, für die Jugendlichen in Deutsch verfasst sein.
- Suchtpräventive Maßnahmen sollten sich aufgrund der starken Stigmatisierung und Tabuisierung von Suchtverhalten nicht an eine spezielle Zielgruppe wenden, sondern kulturübergreifend angeboten werden.
- Partizipation bei der Entwicklung von präventiven Angeboten. Nur so werden sie auch angenommen.
- Die Einbeziehung von Medien (Zeitungen, Radiosender, etc.) der jeweiligen Communitys. Sie ist unerlässlich bei der Verbreitung von Informationen und Angeboten.

„Die Suchtberatungsstellen müssen sich bei ihrer Arbeit insbesondere mit folgenden Hintergründen des Suchtverhaltens und von Zugangsbarrieren auseinandersetzen:

- Integrationsprobleme und Entwicklungsanforderungen in der Adoleszenz,
- Abschottung, Gruppendruck, Ehrenkodex,
- geschichtliche und kulturelle Bedeutung von Alkohol im Herkunftsland,
- unkritische, uninformierte Einstellung zu Alkohol und illegalen Drogen,
- Familiendynamik (zum Beispiel alkohol-, gewalt- und autoritätsbelastete Familie, niedriger Bildungsstand, Verschwiegenheit).

Außerdem besteht mangelndes Vertrauen gegenüber Beratenden und Aufklärenden, weil

- diese als Teil eines staatlichen Sanktionssystems gesehen werden (Klientinnen und Klienten werden meist zum Beispiel von Gerichten, Arbeitsagentur, Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern geschickt; Schutzbedürfnis von innerfamiliären Angelegenheiten gegenüber dem Staat),
- diese nicht die in Russland verbreitete „Behandlung“ (zum Beispiel suggestiv-hypnotische Verfahren) durchführen (anderes Hilfeverständnis),
- die Sprachkenntnisse nicht ausreichen und Suchtprobleme stark tabuisiert sind.

Bei dieser Ausgangslage hat sich die Unterstützung der Integration durch Sozialarbeit als wirksamste Form der Drogenprävention erwiesen:

- schrittweise Kontaktaufnahme, Vertrauensbildung durch „suchtunspezifische“ Angebote wie Jugendgruppen, Freizeitfahrten, Frauenkreis, Sprachprojekte,
- aufsuchende sozialpädagogische Arbeit in Schulen, Kirchengemeinden,
- Hilfestellung bei Klärung von Konflikten und Bewältigung von Problemen wie beruflicher Orientierung, Suche von Praktikums- oder Ausbildungsplätzen,
- Gespräche, Vertrauen mit und Unterstützung von informellen Kreisen, Selbsthilfegruppen, anderen „Eigengruppen“ von Aussiedlern und Aussiedlerinnen (Stabilisierungsfaktor, Hilfe bei der schrittweisen Öffnung nach außen),
- Vermittlung und „Medium“ zu einheimischen Strukturen,
- Berücksichtigung von Stärken, Schutzfaktoren und Selbstheilungskräften.

Außerdem sind die Nutzung kommunaler Strukturen und vorhandener Netzwerke (ggf. Anschluss an Projekte anderer Träger), Kooperation mit wichtigen Partnern (wie Aussiedlerberatung, Bildungseinrichtungen, Jugendarbeiterinnen und -arbeitern, Sozialdiensten, Vereinen, Betreuerinnen und Betreuern, Anwältinnen und Anwälten, Bewährungshelferinnen und -helfern), Abbau von Vorurteilen sowie Schulungen wichtig. Das Gleiche gilt für die interkulturelle Öffnung der Einrichtung und die Integration von suchtspezifischen Inhalten in die genannten Maßnahmen.“ (Borde und Blümel 2010).

Literatur/Informationen

Boos-Nünning, U. (2008): Suchtgefahren bei Kindern mit Migrationshintergrund. In: Klein, M.: Kinder und Suchtgefahren. Risiken – Prävention – Hilfe.

Boos-Nünning, U.; Siefen, R. G. (2005): Jugendliche mit Migrationshintergrund und Sucht. In: Assion, H. J. (Hrsg.): Migration und seelische Gesundheit. Heidelberg.

Borde, T.; Blümel, S. (2010): Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.

» www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=d8cf86c05410b0ef957ce73d93d9a455&id=angebote&idx=156

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Drogen- und Suchtbericht 2012.

» www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien/dba/Presse/Downloads/12-05-22_DrogensuchtBericht_2012.pdf

Dil, O.; Fieseler, K. (2007): Projekt Aussiedler Suchthilfe und Suchtprävention vor Ort (2003–2006) – PASSpOrt – Beratungsstelle bei Suchtmittelproblemen des Diakonischen Werks Waldeck-Frankenberg.

Kimil, A.; Salman, R. (2010): Migration und Sucht. In: Hegemann, T.; Salman, R. (Hrsg.): Handbuch Transkulturelle Psychiatrie. Bonn.

Kolip, P. (2012): Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), Universität Düsseldorf.

» www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=14571&p_sprache=d&p_uid=&p_aid=&p_lfd_nr=1

» www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=14591&p_sprache=d&p_uid=&p_aid=&p_lfd_nr=1

Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd, Sucht und Selbsthilfe – Gesundheitsverhalten bei russischsprachigen Migranten, Zwischenbericht.

» www.ph-gmuend.de/deutsch/downloads/immerfall/Zwischenbericht_Dorkas_I.pdf

Parla, F. (2005): Migration und Drogenabhängigkeit. Eine vergleichende Studie von türkischen Jugendlichen in Deutschland und der Türkei. Dissertation.

Tikalsky, U. (2007): Anforderungen an eine gute Suchtprävention für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund – Ergebnisse einer gezielten Bedarfsermittlung in Berlin. In: Gesundheit Berlin (Hrsg.): Dokumentation 12. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit, Berlin 2007.

6.3 Depressionen

Kinder und Jugendliche leiden zunehmend unerkannt und unbeachtet an Depressionen. Zu diesem Ergebnis kam der 13. Kinder und Jugendbericht der Bundesregierung (2009). Besonders betroffen sind nach der Einschätzung des Vorsitzenden der Sachverständigenkommission, Heiner Keupp, Kinder aus ärmeren und Einwandererfamilien. Die KiGGS-Studie zeigte, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status stärker belastet sind als andere.

Im Rahmen einer Studie der Leuphana Universität in Lüneburg (2011) wurden 6000 Schülerinnen und Schüler zwischen elf und 18 Jahren befragt. 29% gaben an, unter einer depressiven Stimmung (über einen kürzeren Zeitraum) zu leiden. Sie fühlten sich unverstanden und/oder waren oft antriebslos. Die Zahl der von depressiven Stimmungen betroffenen Schülerinnen und Schüler war an Haupt- und Realschulen mit 32% höher als an Gymnasien (24%). Bei Schülerinnen und Schülern mit Migrationshintergrund war der Anteil mit 36% erhöht.

Das „Deutsche Bündnis gegen Depression“ geht davon aus, dass Menschen mit Migrationshintergrund besonderen Belastungsfaktoren ausgesetzt sind, die eine Depression begünstigen. Zugleich wird betont, dass die Grenzen zwischen normaler Entwicklung und depressiver Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen fließend sind und deswegen eine eindeutige Diagnose schwierig ist. Das Bündnis geht davon aus, dass 3 bis 5% aller Jugendlichen zwischen zwölf und 17 Jahren unter einer Depression (nach ICD-10) leiden. Bei einer Depression besteht das 7- bis 20-fach erhöhte Risiko eines Suizids und ein 12- bis 15-fach erhöhtes Risiko eines Suizidversuchs.

Prävention

Empfohlen werden gezielte Präventions- und Interventionsmaßnahmen, insbesondere spezielle Förderprogramme, um die Lebenskompetenz der betroffenen Schülerinnen und Schüler zu verbessern. Darüber hinaus Fortbildungen und Beratung für Lehrkräfte, kooperative Lernformen, um die Verantwortungsübernahme zu stärken sowie Elternangebote zum Thema Depressionen.

Materialien

Das „Berliner Bündnis gegen Depression“ hat Informationsmaterialien zum Thema Depression und Beratungsstellen in sechs Sprachen herausgegeben:
»» www.berlinerbuendnisgegendepression.de

Literatur und Informationsquellen

Bundesregierung (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht. Berlin.

Deutsches Bündnis gegen Depression (2012): Hier gibt es Informationen zu den Stichworten Kinder und Jugendliche sowie Depression und Migration.
» www.buendnis-depression.de

Mehler-Wex, C.; Kölch, M. (2008): Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 9.
» www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=59092

Thomas, H. (Leuphana Universität Lüneburg) (2011): Depressive Stimmungen bei Schülerinnen und Schülern. Personale und schulische Risikofaktoren und Ansatzpunkte zur Prävention und Intervention. Studie im Rahmen der DAK-Initiative „Gemeinsam gesunde Schule entwickeln“.
» [www.presse.dak.de/ps.nsf/Show/625A74B257CDD331C125787800326126/\\$File/DAK-Leuphana-Studie%202011%20Depressive%20Stimmungen%20bei%20Schuelerinnen%20und%20Schuelern.pdf](http://www.presse.dak.de/ps.nsf/Show/625A74B257CDD331C125787800326126/$File/DAK-Leuphana-Studie%202011%20Depressive%20Stimmungen%20bei%20Schuelerinnen%20und%20Schuelern.pdf)

6.4 Essstörungen

Siehe „Kritisches Ernährungsverhalten“ unter Epidemiologische Daten/KiGGS (Seite 35).

6.5 Gewalt

Es gibt Hinweise, dass Gewalt in unterprivilegierten Gruppen der Gesellschaft zunimmt. Festgestellt wird ein deutliches Ansteigen der Gewaltrate bei Menschen mit niedrigem Bildungsniveau, bei Armut, sozialer Ausgrenzung und schwieriger Integrationsperspektive. Diese Merkmale treffen auf Migrantinnen und Migranten am stärksten zu und es kommt zu einer Überlappung von Ethnie und Schicht. Zwar wird eine Zunahme der Brutalität von Jugendlichen behauptet, gleichzeitig belegen Zahlen des Statistischen Bundesamtes, dass die Zahl der schweren Delikte Jugendlicher relativ konstant ist. (Uslucan 2010)

Prävalenz

Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund haben laut Selbstauskunft häufiger Gewalterfahrungen als deutschstämmige Kinder und Jugendliche. Der KiGGS fragte nach Gewalterfahrungen in den vergangenen zwölf Monaten. Sie gaben seltener als Nichtmigranten an, einmal oder mehrmals Opfer gewesen zu sein (4,2 % : 4,6 %), sie sagten, sie seien häufiger einmal oder mehrmals Täter gewesen (20,1 % : 13,8 %), waren aber auch häufiger sowohl Opfer als auch Täter (7,7 % : 5,2 %). Mit Verweis auf Studien von Funk (1995) und Fuchs (1999) bestätigt Uslucan (2010) diesen Befund. Auch Toprak und Nowacki (2010) schreiben in ihrer Expertise für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend von einem „prozentual erhöhten gewalttätigen Verhalten muslimischer männlicher Jugendlicher“. Körperliche Aggression ist weitgehend ein männliches Phänomen.

Schwind et al. (1997) machen darauf aufmerksam, dass der Anteil der Migrantenkinder einen Einfluss auf das Gewaltniveau habe. So steige die Gewalttätigkeit an einer Schule erst dann, wenn der Anteil von Migranten- und Aussiedlerjugendlichen einen Schwellenwert von 30 % überschreite.

Häufig gehen aggressive Verhaltensweisen mit Sekundärproblemen wie Schul- und Leistungsschwierigkeiten einher; gehäuft sind auch Aufmerksamkeitsdefizite, Depressionen und Angststörungen.

Uslucan weist allerdings ausdrücklich darauf hin, dass die überwiegende Mehrzahl der Jugendlichen mit Migrationshintergrund weder mit Gewalt und Devianz noch mit Pathologien auffällig wird.

Mögliche Ursachen

Uslucan nennt als mögliche Ursachen kulturelle Einflüsse und Risiken sowie familiäre Belastungen. Zu den ersten zählt er, dass junge Migrantinnen und Migranten überdurchschnittlich häufig als soziale Randgruppe aufwachsen und traditionellen Männlichkeitskonzepten verhaftet sind. Durch „die Erfahrungen des Kulturwechsels und durch die Enttäuschungen einer eingeschränkten Lebensperspektive in Deutschland (sind sie) vermehrten Stressfaktoren ausgesetzt.“ (Seite 293) Zu den familiären Belastungen zählt er überhöhte und unrealistische Bildungserwartungen der Eltern, Erfahrungen von Gewalt im Elternhaus, das jugendliche Alter vieler Mütter sowie einen kontrollierenden und disziplinierenden Erziehungsstil.

Toprak und Nowacki (2010) nennen als „gewaltfördernde Indikatoren“ geringe Schul- und Berufsausbildung, soziale Rahmenbedingungen, Diskriminierungserfahrungen, eingeschränkte verbale Fähigkeiten, Gewalterfahrungen im sozialen Umfeld, traditionelle Männlichkeitskonzepte sowie als neues Phänomen „Deutschenfeindlichkeit“.

Prävention

Uslucan setzt bei der Prävention auf Erziehungskompetenz und die Einbeziehung der Kinder in familiäre Entscheidungen. In diesem Zusammenhang verweist er auf das „Rucksackprojekt“ der Regionalen Arbeitsstellen zur Förderung von Kindern und Jugendlichen aus Zuwandererfamilien. Neben der direkten Thematisierung von Gewalt und Gewalterfahrungen plädiert er dafür, stärker handlungsorientierte pädagogische Formen zu nutzen. Dazu gehöre es unter anderem, Jugendliche mit Migrationshintergrund stärker in verantwortungsvolle Positionen einzubinden und ihnen mehr Verantwortung bei der Gestaltung institutioneller Abläufe und des unmittelbaren Umfelds (zum Beispiel Schule) zu übertragen.

Toprak und Nowacki plädieren für Unterstützungsangebote im Bereich der (gewaltfreien) Erziehung,

Einbeziehung der Eltern in den Schulalltag sowie zusätzlichen muttersprachlichen Unterricht in Regelschulen. Der Fokus sollte stärker auf die Zusammenarbeit mit Kultur- und Moscheevereinen und die Imame gelegt werden, die als Vermittler der Religion einen hohen Einfluss auf Jugendliche haben. Für bereits gewalttätig gewordene Jugendliche empfehlen sie die Teilnahme an Anti-Gewalt-Trainingskursen. Sie plädieren aber auch dafür, die Bildungschancen von Jugendlichen mit Migrationshintergrund zu verbessern und über eine Kindergartenpflicht sowie den Ausbau der Ganztagschulen nachzudenken. Das gegenseitige Misstrauen sollte durch entsprechende Programme in Schulen abgebaut und durch Kampagnen gegen Rassismus unterstützt werden.

Ebenso wie Uslucan verweisen sie auf die Ressourcen der Jugendlichen (Mehrsprachigkeit, interkulturelle Kompetenz), die zu berücksichtigen sind.

Projekte

Rucksackprojekt:

»» www.rucksack-griffbereit.raa.de

Zur Gewaltprävention, der Verbesserung des sozialen Klimas in Schulen sowie für die Gestaltung eines störungsfreien Unterrichts wird das Mehr-Ebenen-Programm Konflikt-Kultur empfohlen.

»» www.konflikt-kultur-freiburg.de

Eine Vielzahl von Projekten zur Gewaltprävention sind in dem Projektjahrbuch 2011 des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge und in der Praxisdatenbank »» www.gesundheitliche-chancengleichheit.de zu finden.

Literatur

Fuchs, M. (1999): Ausländische Schüler und Gewalt an Schulen. Ergebnisse einer Lehrer- und Schülerbefragung. Wiesbaden.

Funk, W. (1995): Nürnberger Schüler-Studie: Gewalt an Schulen. Regensburg.

Schlack, R.; Hölling, H. (2007): Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im subjektiven Selbstbericht. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Robert Koch Institut. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz. Berlin.

Schwind, H.-D.; Roitsch, K.; Gielen, B. (1997): Gewalt in der Schule aus der Perspektive unterschiedlicher schulischer Gruppen. In: Holtappels, H.-G.; Heitmeyer, W.; Melzer, W. et al. (Hrsg.): Forschung über Gewalt an Schulen. Weinheim, S. 81–100.

Tänzer, A. (2010): Migranten im Maßregelvollzug. In: Hegemann, T.; Salman, R. (Hrsg.): Handbuch transkulturelle Psychiatrie. Bonn.

Toprak, A.; Nowacki, K.: (2010): Gewaltphänomene bei muslimischen Jugendlichen mit Migrationshintergrund und Präventionsstrategien. Dortmund.

Uslucan, H. H. (2009): Gewalterfahrungen, Erziehung im Elternhaus und Wohlbefinden bei deutschen und türkischen Jugendlichen. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. 58 Jg., S. 278–296.

Uslucan, H. H. (2010): Gewalttätige Jugendliche mit Migrationshintergrund – Modelle und Bewältigungen. In: Hegemann, T.; Salman, R. (Hrsg.): Handbuch transkulturelle Psychiatrie. Bonn.

6.6 Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS)

Nähere Informationen zu posttraumatischen Belastungsstörungen bei jungen Flüchtlingen finden sich im Kapitel „Psychische Gesundheit bzw. Belastung von Flüchtlingskindern: Statistik, empirische Erkenntnisse, Präventions- und Therapieangebote“ (Seite 39).

6.7 Psychosen

Aus dem deutschsprachigen Raum sind keine Studien und Zahlen zum Verhältnis von Psychosen bzw. Schizophrenien und Migration bekannt. Die Ergebnisse einer Metaanalyse von internationalen Studien lassen jedoch vermuten, dass das relative Risiko, an einer Psychose zu erkranken, bei Migrantinnen und Migranten erhöht sein könnte: „Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Personen aus Ländern Osteuropas und Entwicklungsländern mit hohem bis mittlerem Einkommensniveau ... ein höheres Risiko für die Entwicklung einer Schizophrenie hatten.“ Als mögliche soziale Determinanten werden soziale Benachteiligung, Diskriminierung und Erfahrungen der sozialen Niederlage genannt. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Untersuchungen aus Großbritannien und den Niederlanden: Jene „Gruppen, die das größte Risiko für psychotische Störungen zeigen, (sind) insbesondere die Migrantengruppen ... die einer Reihe von Benachteiligungen und sozialen Belastungen ausgesetzt sind.“ (Universmed 2011)

Auch nach einer Studie, die im American Journal of Psychiatry vorgestellt wird, besteht bei Migrantinnen und Migranten ein erhöhtes Risiko für Psychosen: „Obwohl die Schizophrenie und andere Psychosen als organische Hirnerkrankungen begriffen werden, ist ihre Inzidenz in verschiedenen Migrantengruppen höher als bei Einheimischen. Eine mögliche Ursache ist der Stress, der mit der Integration in die neue Gesellschaft verbunden ist.“ (Deutsches Ärzteblatt 2012)

Eine weitere Untersuchung aus den Niederlanden zeigt, dass auch das Alter das Psychoserisiko beeinflusst: „Wenn die Einreise im Alter von unter 5 Jahren erfolgte, war das Risiko einer späteren Psychose um den Faktor 3 erhöht.“ Migrantinnen und Migranten, die als Erwachsene einreisten, hatten kein erhöhtes Psychoserisiko. (ebd.)

Materialien

Informationen zu Psychosen und bipolaren Erkrankungen auf Türkisch und Russisch stellt die Uniklinik Hamburg in Zusammenarbeit mit dem Pharmaunternehmen AstraZeneca zur Verfügung. [www.psikoz-bipolar.com](http://www.psihoz-bipolar.com) und www.psihos.ru.

Literatur

Deutsches Ärzteblatt (2008): Psychosen bei jungen Migranten häufiger. www.aerzteblatt.de/nachrichten/34264

Deutsches Ärzteblatt (2012): Migration im Kindesalter als Psychoserisiko. www.aerzteblatt.de/nachrichten/48770/Migration-im-Kindesalter-als-Psychoserisiko.

Stompe, T (2008): Überlegungen zur Problematik kulturvergleichender psychopathologischer Untersuchungen am Beispiel der Schizophrenie. In: Das transkulturelle Psychoseforum 15.

Universmed (2011): Psychose und Migration: Wenn die Grenzen fallen. <http://neurologie-psychiatrie.universimed.com/artikel/psychose-und-migration-wenn-die-grenzen-zerfallen>.

6.8 Suizid

In Deutschland haben sich 2010 mehr als 10.000 Menschen das Leben genommen. Davon waren 7.465 Männer und 2.556 Frauen. Die Zahl der Nichtdeutschen betrug bei den Männern 309 und bei den Frauen 98. Laut Statistischem Bundesamt (alle anderen Zahlen Schmidtke 2012) nahmen sich 2008 9.451 Menschen das Leben, 603 waren zehn bis 24 Jahre jung, weniger als ein Viertel von ihnen weiblich. Etwa 100.000 Personen, die mit dem Versorgungssystem in Kontakt gekommen sind, haben einen Suizidversuch unternommen. Im Unterschied zu älteren Menschen ist der Anteil der Jugendlichen bei Suizidversuchen deutlich höher.

Wie eine erste migrantenspezifische Studie von Meryam Schouler-Ocak (Charité Berlin, die Studie ist noch nicht abgeschlossen) andeutet, ist die Suizidrate bei türkischen und türkischstämmigen Frauen im Alter von 16 bis 20 Jahren doppelt so hoch als bei gleichaltrigen jungen Frauen ohne Migrationshintergrund (Laut dem Statistischen Bundesamt begingen 2010 insgesamt 27 Kinder von zehn bis 15 Jahren und 189 Jugendliche von 15 bis 20 Jahren Suizid. Darunter waren sechs Mädchen unter 15 Jahren und 46 junge Frauen zwischen 15 und 20 Jahren.) Die Befragungen, an denen türkische Frauen in Berlin teilgenommen haben, zeigen, dass die jungen Frauen häufig unter Verboten und Einschränkungen leiden. Sie fühlen sich von ihren Familien unter Druck gesetzt, sich gemäß der türkischen Kultur zu verhalten, und berichten nicht selten von Identitätsproblemen.

Eine Studie von Razum und Zeeb (2004) kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Die hohe Suizidrate unter jungen Türkinnen sei vermutlich durch „sozial oder kulturell bedingte Konfliktsituationen“ erklärbar. Eine Studie des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“ (Lehfeld et al. 2007) kommt ebenfalls zu dem Ergebnis, dass junge türkische Frauen stärker suizidgefährdet sind.

Maßnahmen und Projekte

Als Konsequenz aus der Berliner Studie wurde das Projekt „Beende dein Schweigen, nicht dein Leben“ (www.beende-dein-schweigen.de) entwickelt. Es beinhaltet eine Medienkampagne mit Anzeigen, Plakaten und Radiospots, ein zweisprachiges Krisentelefon sowie Schulungen für Psychologinnen und Psychologen, Ärztinnen und Ärzte, Lehrkräfte sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Beratungsstellen und Jugendämtern.

Weitere Projekte:

Regionales Krisenmanagement zur Versorgung junger Menschen mit suizidalen Handlungen – Anlauf- und Koordinierungsstelle (AKOS). www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?id=main2&idx=44553 und www.akos-bw.de.

Literatur

BMBF (2012): Beende Dein Schweigen, nicht Dein Leben! – Neues Hilfsangebot für türkische Frauen mit Selbstmordgedanken. www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/beende-dein-schweigen-nicht-dein-leben.php.

Brink, N. (2012): Hohe Selbstmordrate bei türkischen Mädchen. Meryam Schouler-Ocak im Gespräch. www.dradio.de/dkultur/sendungen/interview/1208302.

Calliess, I. T.; Machleidt, W.; Ziegenbein, M.; Haltenhof, H. (2007): Migration und Suizidalität – Zum Verständnis suizidaler Krisen bei Migranten: Kulturwandel, Migrationsprozess und therapeutische Implikationen. In: Nervenheilkunde (Vol. 26), Heft 6, S. 487–491.

Jungmann, J. (2011): Regionales Krisenmanagement zur Versorgung von jungen Menschen mit suizidalen Handlungen – Das Konzept von AKOS. In: APK (Hrsg.): Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe! APK-Band 37: Tagung am 8. und 9. November 2010 in Kassel.

KNP-Datenbank: Suizidraten und Suizidprävention bei Berliner Frauen mit türkischem Migrationshintergrund. KNP-Projekt 58. www.knp-forschung.de/?uid=02ddb9b254b5d20a00b0c02c5175a795&id=recherche&sid=-1&idx=60.

Lehfeld, H.; Richter, K.; Niklewski, G. (2007): Suizidversuche bei Migrantinnen und Migranten: Erste Ergebnisse aus dem „Nürnberger Bündnis gegen Depression“. In: Suizidprophylaxe, Heft-Nr. 128. www.suizidprophylaxe-online.de/pdf/07_heft128_2007.pdf.

Montesinos, H.; Bromand, Z., Aichberger, M. C.; Temur-Erman, S.; Yesil, R.; Rapp, M.; Heinz, A.; Schouler-Ocak, M. (2010): Suizid und suizidales Verhalten bei Frauen mit Migrationshintergrund. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 58, S. 173–179.

Razum, O.; Zeeb, H. (2004): Suizidsterblichkeit unter Türkinnen und Türken in Deutschland. In: Nervenarzt, 75. Jg., Heft 11, S. 1092–1098.

Schmidtke, A. (2012): Suizidales Verhalten in Deutschland. Deutscher Ethikrat 27.09.2012. www.ethikrat.org/dateien/pdf/plenarsitzung-27-09-2012-schmidtke.pdf.

Schouler-Ocak, M.; Aichberger, M. C.; Montesinos H.; Rapp, M.; Heinz, A. (2010): Neue Ansätze zur Erkennung und Differenzierung von Depression bei Migranten – Fallbeispiel einer Patientin mit türkischem Migrationshintergrund. Der Nervenarzt 81, S. 873–878.

Statistisches Bundesamt Wiesbaden: www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=XWD_2&OPINDEX=5&HANDLER=XWD_CUBE.SETPGS&DATACUBE=XWD_30&D.000=3732&D.001=1000001&D.002=1000002&D.003=1000004&D.004=1000006.

Strahler, D. (2011): Migranten im Gesundheitswesen – Junge türkische Frauen sind stärker suizidgefährdet. www.klinikum-nuernberg.de/DE/aktuelles/knzeitung/2011/201102/migranten.html.

Es gibt eine Vielzahl von Informationsquellen (Print und Internet), die sich allgemein mit psychischer Gesundheit beschäftigen, aber nur wenige, die sich spezifisch in diesem Zusammenhang mit Migration befassen, und kaum welche, die sich auf Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund im Zusammenhang mit der Stärkung psychischer Gesundheit konzentrieren. Im Folgenden wurden einige wichtige Informationsquellen ausgewählt, auch solche, die zwar nicht migrationspezifisch, aber als allgemeine Informationsquellen im Kontext von psychischer Gesundheit, Migration sowie Kindern und Jugendlichen hilfreich sind.

Die Darstellung basiert weitgehend auf Selbstauskünften auf den entsprechenden Internetseiten bzw. anderen Materialien der Informationsangebote.

7. 1 Allgemeine Informationsquellen zu Migration und Gesundheit (die psychische Gesundheit berücksichtigen) – hauptsächlich für Fachkräfte

InfoDienst

„Migration und öffentliche Gesundheit“

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gibt den InfoDienst „Migration und öffentliche Gesundheit“ heraus: viermal jährlich gedruckt und ständig aktualisiert im Internet. Zielgruppe sind alle, die auf dem Gebiet Migration und Gesundheit arbeiten.

Themen des InfoDienstes sind Veröffentlichungen, Projekte und Ideen, Termine, Tagungen, Fortbildungen, Forum, wissenschaftliche Arbeiten (noch nicht in Buchform veröffentlicht) der BZgA und zahlreicher anderer Akteurinnen und Akteure.

Zum Bereich Kinder/Jugendliche und psychische Gesundheit lassen sich Angebote finden, insbesondere unter Einbezug von Erziehungsfragen.

»» www.infodienst.bzga.de

Medienangebote der BZgA

Einen guten Zugang zu den Angeboten der BZgA bietet die Themenseite „Gesundheitsförderung für Menschen mit Migrationshintergrund“ (www.bzga.de/themenschwerpunkte/gesundheitsfoerderung-fuer-menschen-mit-migrationshintergrund). Die BZgA bietet Konzepte, Forschungsergebnisse, Online-Angebote zum Informations- und Erfahrungsaustausch sowie Medien in ca. 30 Sprachen an. Eine aktuelle Medienübersicht ist hier und in jeder Ausgabe des InfoDienstes Migration und öffentliche Gesundheit verfügbar.

Exemplarisch sei auf folgende Materialien für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren hingewiesen:

- Die Rolle der Selbstwirksamkeit und Achtsamkeit bei der Gesundheitsförderung von sozial benachteiligten Menschen – Eine Projektdokumentation (2012)
- Förderung der gesunden psychischen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund – Ergebnisse einer Tagung mit Expertinnen und Experten am 8. November 2011 in Köln (2012)
- Migration, Prävention, Gesundheitsförderung: Empfehlungen für Fachkräfte (2011)
- Gesund aufwachsen in Kita, Schule, Familie und Quartier – Nutzen und Praxis verhaltens- und verhältnisbezogener Prävention (KNP-Tagung 2011)
- Migration und Gesundheitsförderung – Ergebnisse einer Tagung mit Expertinnen und Experten (2009)
- Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit (2008)
- Gesundheit und Migration – Ein Handbuch für Modelle guter Praxis (2007)
- Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland – Grundlagen und kommentierte Übersicht (2005)

MIGHEALTHNET – Informationsnetzwerk Migration und Gesundheit

Die Internetseite wurde entwickelt, um Informationen über die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland zu sammeln. Sie gehört zum Projekt MIGHEALTHNET, das in 16 Ländern durchgeführt und von der DG SANCO, der Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucherschutz unter dem Vorsitz der Europäischen Kommission kofinanziert wird. Neben vielen grundlegenden Informationen sind dort auch solche zu den Stichworten Kinder und Jugendliche sowie Prävention zu finden. Als Wiki angelegt werden die Informationen ständig erweitert. Neben einem deutschsprachigen und einem „Generalwiki“ (www.mighealth.net/eu/index.php/Main_Page) gibt es entsprechende Projekte in 19 weiteren Ländern.

» www.mighealth.net/de/index.php/Hauptseite

Forum „Migration Gesundheit Integration“

Das Forum „Migration Gesundheit Integration“ wird seit 1997 herausgegeben von Ramazan Salman, Gisela Fischer, Dorothea Grieger, Thomas Hegemann, Ahmet Kimil, Jan Ilhan Kizilhan und Hans-Peter Waldhoff. Auf folgende Ausgaben sei exemplarisch hingewiesen:

- Gesunde Kinder – Ein Handbuch für die interkulturelle Gesundheitsförderung in Erziehung, Pädagogik und Beratung (2012, 192 Seiten)
- Depressionen und somatoforme Schmerzen (2011, 144 Seiten)
- Interkulturelle Gesundheitsmediatoren (2008, 86 Seiten)
- Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten (2007, 304 Seiten)

» www.vwb-verlag.com/fkat_r.html

KNP-Forschungsprojekte

Im Kontext der Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung (KNP) sind folgende Forschungsprojekte (Ergebnisse und weitere Informationen sowie ggf. weitere Projekte, siehe www.knp-forschung.de) zu finden:

- (Kosten-)Effektivität des Zugangswegs über muttersprachliche Präventionsberaterinnen und -berater zur Optimierung des Gesundheitsverhaltens von Migrantinnen und Migranten am Beispiel Suchtprävention, Gesundheits- und Präventionsverhalten von Personen mit/ohne Migrationshintergrund. KNP-Projekt 6: Mai 2005 bis Dezember 2008. Medizinische Hochschule Hannover (MHH), Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Prof. Dr. Ulla Walter (Projektleitung).
- Primärprävention in der Interaktion zwischen Schülerinnen und Schülern sowie Lehrkräften – Entwicklung und Evaluation eines interdisziplinären modularen primärpräventiven Programms für psychische und psychosomatische Beeinträchtigungen im Setting Berufsschule. KNP-Projekt 32: März 2005 bis Juli 2008. Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin, TU Dresden, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Institut für Arbeits- und Sozialmedizin, Dr. rer. medic. Eva Haufe (Ansprechpartnerin).
- Evaluation von Maßnahmen zur schulischen Gesundheitsförderung und Primärprävention bei Mädchen und Jungen in der Sekundarstufe 1 (5.–6. Jahrgang) unter besonderer Berücksichtigung von sozial benachteiligten Gruppen sowie Migrantinnen und Migranten. KNP-Projekt 13: Oktober 2006 bis September 2009. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychosomatik, Prof. Ulrike Ravens-Sieberer (Projektleitung).

- Stadtteilbezogene Prävention und Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Mütter und Väter mit Migrationshintergrund – Ein innovativer Ansatz zur nachhaltigen Verbesserung der gesunden Lebensweise von Kindern in ihren Familien. KNP-Projekt 40: Januar 2009 bis Dezember 2011. Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur Leipzig, Fachbereich Angewandte Sozialwissenschaften, Prof. Gesine Grande.

Wissensportal zum Thema Kultur und Gesundheit

Vermittlung von Grundkenntnissen über Glaubenspraxis und Wertvorstellungen muslimischer Patientinnen und Patienten zur besseren Orientierung im Umgang mit diesen Patientinnen und Patienten sowie Verbesserung der pflegerischen und medizinischen Versorgung (auch im Bereich der Psychiatrie); u. a. eine Erläuterung islamischer Fachbegriffe, häufig gestellter Fragen zu Musliminnen und Muslimen sowie ihrer Haltung zur Gesundheit, auch zu Kinder- und Jugendmedizin und Psychiatrie. Die Seite wurde im Rahmen des Forschungsprojekts „Informations- und Beratungsangebote zur verbesserten Versorgung von Muslimen im deutschen Gesundheitswesen“ an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz entwickelt.

»» www.kultur-gesundheit.de

Seelische Störungen in fremden Kulturen

Hier werden Formen seelischer Störungen in fremden Kulturen beschrieben.

»» www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/fremdekulturen.html

7.2 Fachverbände

Dachverband der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum e. V. (DTPPP)

Der DTPPP ist ein gemeinnütziger Dachverband für professionelle, deutschsprachige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Institutionen, die sich im Bereich der Transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik engagieren.

Der Dachverband versteht sich als berufsgruppenübergreifende Plattform für den Austausch und das gegenseitige Lernen. Neben Antworten auf häufig gestellte Fragen (neben Deutsch in Englisch, Französisch, Kroatisch und Türkisch) sind auf der Internetseite auch Gesundheitswegweiser in elf Sprachen zu finden. Für Fachbesucherinnen und -besucher werden Recherchehilfen, Literatur und Filme sowie Dolmetscherdienste vorgestellt.

» www.transkulturellepsychiatrie.de

Das transkulturelle Psychoseforum

Das transkulturelle Psychoseforum ist eine von Thomas Heise herausgegebene Fachbuchreihe im Verlag für Wissenschaft und Bildung. Heise ist seit 2001 im Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin (AGEM) und Leiter des Arbeitskreises therapeutische Ansätze des Dachverbands der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum e. V. (DTPPP). Seit 1997 sind Bücher in der Reihe mit Beiträgen zu ganz unterschiedlichen Themen erschienen. Beispielhaft seien einige Ausgaben aufgeführt, die die Kongresse des DTPPP dokumentieren:

- Band 15: Von Gemeinsamkeiten und Unterschieden (2008, 308 Seiten)
- Band 16: Jeder ist weltweit ein Fremder (2009, 250 Seiten)
- Band 17: Migration und kulturelle Verflechtung (2010, 272 Seiten)
- Band 18: Mit Leib und Seele ankommen (2011, 208 Seiten)
- Band 19: Integration, Identität und Gesundheit (2012, 144 Seiten)

» www.vwb-verlag.com/fkat_r.html

Deutsch-Russische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Grundinformationen über Ziele und Aufgaben der Gesellschaft gibt es auch in russischer Sprache. Informationen über Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik fehlen bisher in beiden Sprachen. Das Buch „Psychiatrie und Psychiatrie“ von H.-J. Möller und G. Laux wurde ins Russische übersetzt.

» www.drgppp.org

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP)

Auf der Internetseite sind Informationen, Adressen und Termine zum BKJPP, aber auch zur Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinderneurologie und Psychotherapie allgemein zu finden. Ferner besteht die Möglichkeit, per Datenbank eine Praxis oder eine Klinik bzw. Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie bundesweit zu suchen. Über die Suchfunktion sind einige migrationspezifische Beiträge in den Veröffentlichungen des Verbandes zu finden.

»» www.bkjpp.de

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP)

Auf der Internetseite werden Kinder- und Jugendpsychiaterinnen bzw. -psychiater über die Arbeit der Gesellschaft informiert sowie aktuelle Leitlinien und Stellungnahmen zur Diagnostik und Therapie von psychiatrischen Störungen im Kindes- und Jugendalter vorgestellt. Außerdem sind hier ein Veranstaltungskalender sowie Adressen und Links aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu finden.

»» www.dgkjp.de

Aktionsbündnis Seelische Gesundheit

Das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit ist eine bundesweite Initiative unter der Schirmherrschaft des Bundesgesundheitsministers. Zu den über 70 Mitgliedsorganisationen zählen die Selbsthilfeverbände der Betroffenen und Angehörigen sowie Vertreterinnen und Vertreter aus den Bereichen Psychiatrie, Gesundheitsförderung und Politik. Initiiert wurde das Bündnis 2006 von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) gemeinsam mit dem deutschen Partner des internationalen Antistigma-Programms „Open the doors“. Auf den Seiten sind aktuelle Informationen über das Aktionsbündnis sowie (allerdings keine migrationspezifische oder mehrsprachige) über psychische Erkrankungen zu finden.

»» www.seelischegesundheit.net

Stiftung Achtung! Kinderseele

Die Stiftung Achtung! Kinderseele, die unter der Schirmherrschaft von Frau Dr. Ursula von der Leyen steht, setzt sich für die psychische Gesundheit von Kindern ein. Sie wurde gegründet von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) und wird von den beiden anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbänden unterstützt. Zu den Aktivitäten der Stiftung gehört ein Kita-Patenprogramm: Fachärztinnen und -ärzte kommen in die Kitas zu den Eltern und Erzieherinnen bzw. Erziehern.

»» www.achtung-kinderseele.org

7.3 Hilfe, Beratung und Informationen für Betroffene und Angehörige

Internetberatung

Für die Beratung von Kindern und Jugendlichen (auch) zu psychischen Problemen (wenn auch nicht migrationspezifisch) gibt es eine Vielzahl von Angeboten (hier eine kleine Auswahl – eine ausführliche Liste ist unter www.verrueckt-na-und.de/hilfelinks.html zu finden):

- Onlineberatung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V. (bke) für Jugendliche und junge Erwachsene:
»» <https://jugend.bke-beratung.de>
- jungundjetzt e.V.:
»» www.junoma.de
- Kostenlose Erste Hilfe von Seelsorgerinnen und Seelsorgern, Ehe-, Familien- und Lebensberaterinnen und -beratern sowie von qualifizierten Ehrenamtlichen für Jugendliche und Erwachsene in schwierigen Lebenssituationen:
»» www.christliche-onlineberatung.de
- Kids-Hotline: Kinderschutz e.V.:
»» www.kids-hotline.de
- Essstörungen: Deutsche Forschungsinitiative Essstörungen e.V.:
»» www.ab-server.de oder
»» www.bzga-essstoerungen.de
- Selbstverletzendes Verhalten: Selbsthilfe Rote Linien:
»» www.rotelinien.de
- Drogen: BZgA:
»» www.drugcom.de

KinderPsych

Die Internetseite des Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie Jan Nedoschill bietet Informationen über psychische Probleme bei jungen Menschen, Begriffserklärungen, Fragen und Antworten zur Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Kliniken und Praxen.

»» www.kinder-psych.de

Nummer gegen Kummer

Ein Beratungsangebot der Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendtelefon e.V. für Kinder und Jugendliche von Beraterinnen und Beratern oder auch anderen Jugendlichen, Beratung für Eltern, telefonisch und Internetberatung.

»» www.kinder-und-jugendtelefon.de

Jugendportal JuPo

JuPo ist ein Bildungs- und Informationsangebot der Bayerischen Staatsregierung für junge Menschen zwischen zwölf und 18 Jahren. Mit den Inhalten sollen Kinder und Jugendliche in ihrer Lebenswelt abgeholt sowie im Schul- und Lebensalltag begleitet werden. Die Inhalte werden von Studentinnen und Studenten jugendgerecht aufbereitet und gestaltet. Bevor Artikel oder multimediale Elemente online gehen, überprüft ein Team aus Lehrkräften die Beiträge fachlich und inhaltlich. In der Rubrik Brisant/Glücklich & Gesund sind Beiträge u. a. zu den Stichworten ADHS, Ängste und Phobien, illegale Drogen, Schizophrenie, selbstverletzendes Verhalten und Sucht zu finden.

»» www.jupo-bayern.de

j1-info

Die Internetseite der BZgA bietet Informationen zur Jugendgesundheitsuntersuchung für Jugendliche zwischen zwölf und 14 Jahren. Außerdem gibt sie Antworten auf Fragen u. a. zu Alkohol, Angst, Depression, Drogen, Gewalt, HIV/Aids, Liebe, Sexualität und Sucht.

»» www.j1-info.de

Verrückt? Na und!

Hier findet man Informationen für Jugendliche, Erwachsene und psychisch kranke Eltern über psychische Krisen („Wissen, wie die Seele tickt“), zum Schulprojekt „Verrückt? Na und!“, wie und wo es Hilfe gibt, Videos, Linklisten und Materialien wie die Info Pocket-Guides, die DVD „... und Du so?“, die man bestellen kann. (Siehe auch Projekte.)

»» www.verrueckt-na-und.de

YoungAvenue

Eine Seite der Kinderschutz-Zentren Deutschland. Hier kann man mit Gleichaltrigen chatten, aber auch über eine „Help-Line“ Sorgen und Ängste mit Therapeutinnen und Therapeuten besprechen. Es gibt Informationen zu Gesundheitsthemen, u. a. zu Ess-Krankheiten, über „miese Gefühle“ oder sexuelle Gewalt.

»» www.youngavenue.de

7.3.1 Angebote in anderen Sprachen

Diagnose-Informationen

Das Zentrum für Psychiatrie (ZfP) Südwürttemberg stellt Patienteninformationen, Krankheitsbilder und deren Behandlungsmöglichkeiten sowie spezifische Medikamente in russischer, serbokroatischer, türkischer und französischer Sprache als PDF-Datei zur Verfügung.

» www.zfp-web.de/1143.html?&con=0&MP=1242-1145

Krankheitsbilder in türkischer Sprache

Das Asklepios Fachklinikum in Göttingen bietet Falblätter über Angststörungen, bipolare Störungen, Depressionen, Psychosen und Schizophrenien in türkischer Sprache als PDF-Download an.

» www.asklepios.com/klinik/default.aspx?cid=727&pc=0402&did5=86605

Migrantenambulanz

Die psychiatrischen Kliniken des LVR informieren auf ihren Internetseiten auch in türkischer und russischer Sprache über die Angebote der Migrantenambulanz, zum Beispiel:

» www.rk-langenfeld.lvr.de/behandlungsangebote/ambulanzen/migrantenambulanz+tuerkisch.htm

Gesundheitswegweiser

Inzwischen gibt es in vielen Städten, Regionen oder Bundesländern Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten (als Internetseite oder als PDF-Datei), die (zum Teil mehrsprachig) über die medizinische (und auch psychiatrisch-psychotherapeutische) Versorgung informieren und/oder niedergelassene Ärztinnen / Ärzte, Therapeutinnen / Therapeuten, Kliniken, Beratungsstellen und Apotheken mit fremd- bzw. muttersprachlicher Kompetenz in verschiedenen Sprachen auflisten. Einige Beispiele:

- Brandenburg:
» www.masf.brandenburg.de/sixcms/media.php/4055/Gesundheitswegweiser.pdf
- Duisburg:
» www.gesundheitswegweiser-fuer-migrantinnen-und-migranten.de
- Köln:
» www.stadt-koeln.de/buergerservice/themen/gesundheit/gesundheitswegweiser-fuer-migrantinnen-und-migranten/
- Leipzig:
» www.leipzig.de/imperia/md/content/53_gesundheitsamt/gesundheitswegweiser_f_r_migranten_11_2011.pdf
- Stuttgart:
» www.stuttgart.de/item/show/31081
- » www.bamf.de/DE/Willkommen/willkommen-node.html

Im Rahmen des MiMi-Projekts (siehe auch Projekte) ist eine Reihe von Gesundheitswegweisern entstanden. Sie beschäftigen sich mit allgemeinen Gesundheitsfragen. Es gibt sie für einzelne Bundesländer, außerdem wird ein Wegweiser zum Thema Psychotherapie in sehr vielen Sprachen angeboten. Die Materialien stehen als PDF-Datei und in gedruckter Form zur Verfügung.

» www.bkk-bv-gesundheit.de/bkk-promig

Muttersprachliches Beratungsangebot für Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) bietet ein spezielles kostenfreies Beratungsangebot für Menschen mit türkischem oder russischem Migrationshintergrund an. Ein Team von Ärztinnen und Ärzten, Juristinnen und Juristen, Sozialpädagoginnen und -pädagogen sowie Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern informiert und hilft bei der Orientierung im Gesundheitssystem. Die Beratung erfolgt entweder persönlich in einem Beratungsbüro oder über eine kostenlose Telefonhotline. Beraten wird über Patientenrechte, Kassenleistungen und gesetzlichen Regelungen, bei Konflikten mit Ärztinnen und Ärzten oder Kostenträgern, zu allgemeinen Fragen über Behandlungskosten und -möglichkeiten, bei Unsicherheiten in Bezug auf Behandlungen, zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsvollmacht, über weitere Anlaufstellen im Gesundheitswesen.

»» www.unabhaengige-patientenberatung.de/unser-beratungsangebot.html

ANE Elternbriefe (Printausgaben und Internetseite)

Der Arbeitskreis Neue Erziehung e. V. (ANE) hat 46 Elternbriefe über Kindererziehung herausgegeben, von der Geburt des Kindes bis zum achten Lebensjahr. Die Elternbriefe informieren Eltern über die Entwicklung ihres Kindes und geben Rat und Hilfestellung bei der Bewältigung von Problemen im Familienalltag. Sie beziehen sich auf Fragen und Erfahrungen aus der Praxis („Eltern als Experten“) und geben „wissenschaftlich geprüftes Erziehungswissen“ an Eltern weiter.

Auf der Internetseite sind die Elternbriefe sowie umfangreiche Auszüge in der Fassung von 2001 zu finden. Die Printausgaben werden jährlich aktualisiert und kosten als Gesamtpaket 70,50 Euro. In Berlin und ca. 200 anderen Städten und Gemeinden werden die Elternbriefe kostenlos verschickt.

In den Elternbriefen (unter anderem auch neun in Türkisch – Deutsch) werden v. a. folgende Themen behandelt: Angst (5 Beiträge), Ausländische Eltern und Kinder (2 Beiträge), Gewalt (3 Beiträge), Konflikte lösen in der Familie (5 Beiträge), Verhaltensauffälligkeit (2 Beiträge). Darüber hinaus sind bisher sechs Extrabriefe zu ausgewählten Themen (zum Beispiel „Kinder stark machen – sexuellem Missbrauch vorbeugen“), Pubertätsbriefe und (bisher 17) Schulbriefe erschienen. Die Schulbriefe sind kostenlos und werden über Schulen verteilt.

»» www.ane.de/elternbriefe.html

7.4 Allgemeine Informationen über psychische Erkrankungen für Betroffene, Angehörige und Fachkräfte

Psychiatrienetz

Das Psychiatrienetz bietet Informationen u. a. über Krankheitsbilder, Therapien, Psychopharmaka und das Hilfenetz. In der Rubrik Interkulturelles sind wenige Informationen über Besonderheiten muslimischer Menschen zu finden. Es wird getragen von der „Aktion Psychisch Kranke“ (APK), dem „Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker“ (BApK), dem „Dachverband Gemeindepsychiatrie“ und der „Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie“ (DGSP). Das Netz ist sozialpsychiatrisch ausgelegt. Die Inhalte werden hauptsächlich aus Büchern des Psychiatrie-Verlags gespeist. Darüber hinaus werden Bücher, Filme, Zeitschriften und DVDs vorgestellt. Der BApK bietet eine Broschüre zur Erstinformation über psychische Erkrankungen „Psychisch krank. Und jetzt?“ auch in türkischer und russischer Sprache an.

»» www.psychiatrie.de

Psychiatriegespräch

Das Forum für Psychiatrie und Psychotherapie wird vom Facharzt Frank Engels betrieben. Es bietet umfangreiche Informationen über psychische Krankheiten und Medikamente sowie Link- und Literaturempfehlungen.

»» www.psychiatriegespraech.de

Redaktionelle Linksammlungen zu einzelnen psychischen Erkrankungen

Das Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID) betreibt redaktionell betreute Linksammlungen unter anderem zu Angststörungen, ADHS, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, Essstörungen, Schizophrenie, Sucht und Suizidalität. Dort sind Links unter anderem zu den Stichworten Diagnostik, Behandlung, Selbsthilfe, Forschungsgruppen und -projekte, Zeitschriften und Onlinepublikationen zu finden.

»» www.zpid.de/redact/category.php?cat=26

