

*Pia Jäger, Kevin Claassen, Philip Schillen, Hanna Lembcke,
Birgit Leyendecker, Notburga Ott, Angela Brand und Julian Busch*

Psychische Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen mit Fluchthintergrund im kommunalen Vorsorgesetting – Potenziale der Schuleingangsuntersuchung

Zusammenfassung

Kinder und Jugendliche mit Fluchthintergrund stellen eine besonders vulnerable Gruppe dar. Hohe Belastungs- und Risikofaktoren sowie Barrieren in Zugang und Versorgung zu gesundheitlichen Maßnahmen können zu einer hohen Prävalenz psychischer Auffälligkeiten kumulieren. Die für alle zugezogenen Kinder und Jugendlichen rechtlich verpflichtende Schuleingangsuntersuchung für Seiteneinsteiger kann hier wesentlich zur Früherkennung und Prävention beitragen, insbesondere für Kinder mit einem erhöhten Risikoprofil oder bisher fehlender medizinisch-psychologischer Versorgung. Datenbasis des vorliegenden Aufsatzes ist die gesundheitsamtliche Dokumentation der Seiteneinsteigeruntersuchung einer nordrhein-westfälischen Großstadt der Jahre 2014 bis 2016 ($n = 1.793$). Hierbei erfolgte ein systematischer Vergleich der zugezogenen deutschen Kinder ($n = 602$) mit den zugezogenen Kindern mit Fluchthintergrund ($n = 483$).

Während bei innerhalb Deutschlands zugezogenen Kindern bei 17,1% mindestens eine psychische Auffälligkeit festgestellt wurde, erhielt kein einziges Kind mit Fluchthintergrund diese Diagnose. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit wurde bei 25,6% der deutschen Kinder und bei 1,5% der Kinder mit Fluchthintergrund erfasst. Kein Kind mit Fluchthintergrund erhielt entsprechende Behandlungsempfehlungen. Demgegenüber wurden therapeutische Maßnahmen 41,4% der deutschen Kinder empfohlen, 32,4% davon aus dem Bereich vorrangig psychischer Indikationen. Der Vergleich mit Referenzdaten deutet darauf hin, dass die Diskrepanz der Befunde so groß ist, dass sie wahrscheinlich nicht auf Selektionsverzerrungen oder Zufall bzw. tatsächliche Prävalenzunterschiede zurückzuführen ist, sondern eher eine Verkennung der tatsächlichen Prävalenz zeigt. Es ist nicht auszuschließen, dass durch das Ausbleiben dieser Erfassung psychischer Entwicklungsauffälligkeiten und -störungen eine frühe Erkennung und Behandlungseinleitung ausbleibt.

Schlagworte: Schuleingangsuntersuchung, Seiteneinsteigeruntersuchung, Fluchthintergrund, psychische Diagnostik, transkulturelle Diagnostik

Diagnosis of Mental Disorders and Behavioral Problems among Refugee Children in the Context of Communal Prevention – Potentials of Medical Screening for School Entry

Abstract

A large number of risk factors and access barriers to healthcare may account for elevated prevalence rates of psychological problems among refugee children. All school-aged children undergo health screenings before school entry in Germany in order to determine school readiness. Those screenings have the potential to play a significant role in early diagnoses and treatment of mental health problems, especially for children at high-risk, including children without previous access to medical treatments. The documentation of screenings of newcomer children of a German city in North Rhine-Westphalia over the years 2014–2016 ($n = 1,793$) were provided by the local health office for the present study. The screening results of newly arrived German children ($n = 602$) were compared to those of refugee children ($n = 483$). The results indicate that 17.1% of German children showed mental health problems, whereas no refugee child received a diagnosis, which is inconsistent with the research literature on prevalence rates. Moreover, low levels of performance were found in 25.58% of German children, yet only in 1.45% of refugee children. Consequently, no refugee child received a referral for any type of treatment. In contrast, physicians recommended therapeutic measures, such as physiotherapy or psychotherapy, to 41.4% of German children – 32.4 % of those mostly for psychological difficulties. This enormous gap of referrals can neither be explained by a selection bias nor by chance or diverging prevalence rates, but rather represents an explicit misjudgment of factual prevalence rates and therapeutic needs. Not detecting psychological or developmental problems potentially causes a systematic lack of diagnoses and treatment measures in refugee children.*

Keywords: screening for school entry, screening for newcomers, refugee children, diagnosis of mental disorders, transcultural diagnosis

* Bei der vorliegenden englischen Version des Abstracts handelt es sich um eine überarbeitete Fassung vom 21.12.2018.

1. Einleitung

89.207 Asylerstanträge wurden in Deutschland im Jahr 2017 von bzw. für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren gestellt. Dies entspricht einem Anteil von 45,0% aller Asylerstanträge. Bei 9.084 und somit 10,1% von ihnen handelt es sich um unbegleitete minderjährige Asylantragstellende. Von diesen stammen fast drei Viertel aus den fünf Ländern Afghanistan (24,4%), Eritrea (17,0%), Somalia (13,3%), Guinea (9,9%) und Syrien (7,8%) (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2018). Im Jahr 2016 waren es die drei Herkunftsländer Syrien (36,9%), Afghanistan (17,6%) und Irak (13,3%), aus denen der größte Zugang an »unbegleiteten, minderjährigen Flüchtlingen« (UMF) nach Deutschland zu verzeichnen war (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2017). Angaben über die Herkunftsländer aller 89.207 minderjährigen Asylantragstellenden im Jahr 2017, zu denen nicht nur die UMF gehören, liegen den Autorinnen und Autoren zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht vor.

1.1 Psychische Belastungen von geflüchteten Kindern und Jugendlichen

Minderjährige mit Fluchthintergrund stellen in Bezug auf ihre psychische Gesundheit eine besonders vulnerable Gruppe dar (Razum/Spallek 2009; Romer 2012). Vor der Flucht waren diese Kinder und Jugendlichen oftmals traumatischen Erfahrungen ausgesetzt, zum Beispiel militärischer Gewalt, Zerstörung der Heimat und Verlust von Bezugspersonen (Gavranidou et al. 2008). Auch während der Flucht und in Flüchtlingslagern kumulieren Risikofaktoren für somatische und funktionelle Erkrankungen durch ständigen Stress, beispielsweise durch Mangelernährung und Schlafentzug (Izutsu et al. 2005). Bei der Ankunft im Aufnahmestaat und während der Postmigrations-Phase sind Flüchtlinge mit weiteren Herausforderungen und Stressoren belastet – wie den Verlust des sozialen Status, Diskriminierung, Sprachbarrieren und das Leben in einer anderen Kultur (Lincoln et al. 2016).

Während einerseits das direkte Erleben traumatischer Ereignisse im Säuglings- und Kindesalter die weitere Entwicklung entscheidend prägt, kann andererseits eine vertikale Weitergabe von Traumatisierungen aus dem Verhalten der Bezugspersonen resultieren (Panter-Brick et al. 2014; King 2016). So kann beispielsweise auf Seiten traumatisierter Eltern eine emotionale Taubheit auftreten, die sich auf die mentale Entwicklung der nachkommenden Generation auswirkt (Leuzinger-Bohleber et al. 2016). Zudem ist bekannt, dass mütterliche Symptome einer Traumafolgestörung mit kindlichen Angstsymptomen korrelieren (Javan-

bakht et al. 2018). Die Möglichkeit einer transgenerationalen Weitergabe von Traumatisierungen ist folglich auch in der therapeutischen Praxis mit Geflüchteten von hoher Relevanz (Adorjan et al. 2017).

Ruf-Leuschner et al. (2014) legen andererseits nahe, dass die Symptomatik der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) sowie Depressivität und Ängstlichkeit der von ihnen befragten Kinder zwischen elf und 18 Jahren von 41 geflüchteten Müttern stärker von der Anzahl selbst erlebter potenziell traumatisierender Ereignisse und dem Ausmaß familiärer Gewalt beeinflusst werden als vom Grad der PTBS der Mutter. Dafür wird gezeigt, dass die mütterliche PTBS-Symptomatik verstärkt wird durch die Anwesenheit der Kinder in Situationen familiärer Gewalt, was für einen wechselseitigen Zusammenhang spricht (Ruf-Leuschner et al. 2014).

Zu den häufigsten Erkrankungen von geflüchteten Kindern und Jugendlichen gehören die PTBS (z.B. Qouta et al. 2003) sowie depressive und emotionale Störungen (Ellis et al. 2008; Javanbakht et al. 2018). Neben den Symptomen der PTBS stellen posttraumatische Scham- und Schuldgefühle oft eine weitere Belastung dar (Stotz et al. 2015). Vorausgegangene Untersuchungen legen dabei nahe, dass Erfahrungen der organisierten Gewalt im Gegensatz zu Gewalterfahrungen innerhalb der Familie zwar nicht mit vermehrtem aggressiven Verhalten bei Jugendlichen mit Fluchthintergrund einhergehen, jedoch beide Formen der Gewalterfahrung mit Symptomen der PTBS assoziiert sind (Mueller-Bamouh et al. 2016). Die »Bahcesehir Study of Syrian Refugee Children« (Özer et al. 2013), in deren Rahmen syrische geflüchtete Kinder in der Türkei untersucht wurden, zeigt, dass mehr als die Hälfte der untersuchten Kinder an Symptomen von Depressionen, psychosomatischen Störungen und PTBS litt. Zwei weitere Studien an jesidischen Kindern, die vor dem sogenannten »Islamischen Staat« geflohen sind, verweisen ebenfalls auf hohe Prävalenzen von Depressionen und PTBS sowie Angststörungen bei zusätzlichem Vorliegen somatischer Symptome wie Schlafstörungen und Enuresis (Çeri et al. 2016; Nasiroğlu/Çeri 2016). Das – aktive oder passive – Erleben exzessiver Gewalt wurde dabei als starker Risikofaktor identifiziert.

Auch unbegleitete minderjährige Flüchtlinge stellen in Bezug auf die Entwicklung psychischer Erkrankungen eine Hochrisikogruppe dar. In Untersuchungen zeigte sich für diese Gruppe je nach verwendetem Instrument eine Prävalenz von psychischen Auffälligkeiten zwischen 20,0% und 80,0%. Unter Einsatz klinischer Interviews wurde bei 41,5% bis 56,0% eine Auffälligkeit festgestellt, wobei unbegleitete minderjährige Flüchtlinge signifikant häufiger über traumatische Erfahrungen berichten als begleitete. Hinsichtlich Lebenszufriedenheit und Selbstein-

schätzung der Gesundheit wichen diese Jugendlichen dabei nicht von der Vergleichsgruppe ab. Kontakt zu den Familien im Heimatland ist dabei im Sinne der sozialen Unterstützung für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge als protektiver Faktor zu betrachten (Witt et al. 2015).

Des Weiteren zeigten sich bei männlichen, unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen besonders häufig internalisierende Verhaltensauffälligkeiten, wobei aber auch die Prävalenz für externalisierende Verhaltensprobleme jene der Referenzstichprobe deutlich überstieg. Zudem konnte bei der Untersuchung geflüchteter Kinder mit ihren Müttern festgestellt werden, dass für internalisierende Verhaltensprobleme vor allem proximale Prädiktoren wie die Bildung des Vaters oder die psychische Belastung der Eltern eine Rolle spielen wohingegen soziale und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten sich vor allem von der Dauer des Aufenthaltes, dem Migrationsgrund und der Schulkarriere präzidieren lassen (Möhrle et al. 2016; Reis et al. 2016).

Auch in Deutschland weisen geflüchtete Kinder ein hohes Belastungsrisiko auf. So diagnostizierten Ruf et al. (2010a) bei Kindern von Asylbewerbern in deutschen Gemeinschaftsunterkünften eine Prävalenz von 19,0% für das Vorliegen einer PTBS, wobei sich nur 4,8% der untersuchten Kinder in entsprechender Behandlung befanden. Auch von 96 in einer deutschen Unterkunft in einer Studie untersuchten syrischen Kindern litt rund ein Drittel unter Symptomen einer PTBS (Soykoek et al. 2017). Die Autorinnen und Autoren merken in diesem Zusammenhang an, dass eine erfolgreiche Flucht einen Protektivfaktor darstellen könnte, sodass es naheliegt, dass die wahre Prävalenz innerhalb der Gruppe aller geflüchteten Kinder noch unterschätzt wird. Die Ergebnisse einer Studie von Havens et al. (2012) verweisen zudem auf das Problem der Unteridentifizierung einer PTBS bei Jugendlichen im Rahmen der stationären Praxis. Obgleich durchaus für verschiedene diagnostische Verfahren auch für geflüchtete Kinder und Jugendliche in ersten Studien gute psychometrische Eigenschaften gezeigt werden konnten, fehlt es bislang an validen Daten für störungsspezifische Messinstrumente für diese Personengruppe sowie an deren Verfügbarkeit in der klinischen Praxis (Rassenhofer et al. 2016).

In jedem Fall zeigt sich eine deutlich erhöhte Prävalenz der PTBS bei Kindern und Jugendlichen mit Fluchthintergrund gegenüber der Allgemeinbevölkerung im vergleichbaren Alter. In diesem Kontext offenbart sich jedoch eine hohe Varianz aufgrund unterschiedlicher Definitionen und regionaler Schwankungen (Darves-Bornoz et al. 2008) zwischen 0,2% als Punktprävalenz für fünf bis elf-jährige britische Kinder (Meltzer et al. 2003) und 20,0% als Lebenszeitprävalenz für im

Durchschnitt 14,2 Jahre alte Jugendliche auf den Färöer-Inseln (Petersen et al. 2010).

Weitere Studien konnten einen Zusammenhang zwischen einer kindlichen PTBS und somatischen Erkrankungen zeigen (z.B. Schäfer et al. 2007) sowie zum Auftreten von Entwicklungsstörungen (z.B. Ryan 1994). Belivanaki et al. (2017) berichten von einer deutlich erhöhten Suizidgefahr bei Kindern und Jugendlichen mit PTBS-Symptomen. Drei Viertel der von ihnen untersuchten, in Athen hospitализierten minderjährigen PTBS-Erkrankten zeigten zudem Affektstörungen als somit häufigste Komorbidität. PTBS-induzierte funktionelle Leistungseinschränkungen sind zudem identifizierbar (Breslau et al. 2004), können auch bei sonstiger Symptomfreiheit dauerhaft fortbestehen (Westphal et al. 2011) und durch subjektiv wahrgenommene – eher als durch tatsächlich bestehende – kognitive Probleme mediert werden (Samuelson et al. 2017).

Der Schulerfolg eines Kindes ist wiederum eng mit seiner kognitiven Leistungsfähigkeit, seiner psychischen Entwicklung und dem Bestehen psychischer Erkrankungen – insbesondere der PTBS – verknüpft (DeSocio/Hootman 2004). Dabei gehen vor allem frühkindliche psychische Risikofaktoren mit einer ungünstigeren schulischen Entwicklung einher (Laucht et al. 2002). Auch können ein hoher Erwartungsdruck, divergierende Wertesysteme und psychische Belastung Barrieren für eine erfolgreiche Integration darstellen (Petermann/Petermann 2016). Zudem wird kritisiert, dass die Schule die schwierige psychosoziale Lage der geflüchteten Kinder und Jugendlichen nur selten auffängt – obgleich sie eine bedeutende Rolle in der Entwicklung spielt und oftmals das erste Bindeglied zur deutschen Gesellschaft darstellt (Adam 2006).

Eine frühzeitige Erkennung und Behandlung einer PTBS kann die Chronifizierung von Traumafolgeerkrankungen abwenden, die belastende Symptomatik deutlich lindern und assoziierte gesundheitliche sowie soziale Folgeschäden verhindern (Cohen et al. 2002; Pynoos/Nader 1988). Dabei konnte für verschiedene psychotherapeutische Interventionen eine signifikante Verbesserung der belastenden Symptomatik sowie Funktionalität gezeigt werden, obgleich insgesamt ein Mangel an validen Forschungsergebnissen – auch zu der Evaluation multimodaler therapeutischer Ansätze – besteht (Anders/Christiansen 2016).

Traumafolgestörungen und insbesondere die PTBS verursachen darüber hinaus Kosten auf volkswirtschaftlicher und sozialversicherungstechnischer Ebene (Chan et al. 2003). Frühzeitige Interventionen ermöglichen es demnach auch, ökonomische Verluste zu reduzieren.

Auch für Kinder mit Fluchthintergrund konnte gezeigt werden, dass durch die Behandlung einer PTBS im Vergleich zu einer unbehandelten Gruppe mit gleicher

Diagnose die Häufigkeit von Chronifizierungen verringert und Symptomatik sowie soziale Funktionalität verbessert werden. Schon kurze Therapien können eine effektive Behandlung mit stabilem Langzeitverlauf für diese Kinder darstellen (Ruf et al. 2010b). Aus einer Studie mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen geht hervor, dass spezifische Angebote wie die Einführung spezieller Sprechstunden und Clearingstellen zu einer deutlichen Reduktion von Notfallvorstellungen auf Grund psychischer Krisen führen und so die gesundheitliche Versorgung dieser Personengruppe deutlich verbessern können (Walig et al. 2016). Auch psychologische und therapeutische Maßnahmen und Jugendhilfeangebote können als umfassendes Betreuungsangebot Schwierigkeiten vorbeugen (Petermann/Petermann 2016).

Reinelt et al. (2016) verweisen allerdings auf die Tatsache, dass ein oberflächlicher Fokus auf die durch traumatisierende Ereignisse vor oder während der Flucht hervorgerufene PTBS zu einer Vernachlässigung weiterer Resilienzfaktoren führt, die insbesondere während der Postmigrationsphase im Aufnahmeland wirken können und somit den Zusammenhang zwischen potenziell traumatisierenden Ereignissen und der Entwicklung einer PTBS entscheidend mitbeeinflussen. So gelten sowohl die Deckung physischer Grundbedürfnisse, als auch der Erfolg der Integration (als Akkulturationsstrategie) als mögliche Moderatorvariablen. Adam (2006) kritisiert ebenfalls, dass eine rein Trauma-fokussierte Betrachtungsweise den komplexen Herausforderungen für Kinder und Jugendliche mit Fluchthintergrund nicht gerecht wird. Er sieht zudem die Wirkung von Protektiv- und Risikofaktoren, die zu unterschiedlich erfolgreichen Bewältigungsstrategien innerhalb dieser hochgradig heterogenen Gruppe führt.

Gleichzeitig ist darauf hinzuweisen, dass verschiedene Ansätze in der psychotraumatologischen Betrachtung der Zwangsmigration bestehen. Der am weitesten verbreitete Ansatz bietet eine individualistische intra-psychische Herangehensweise auf medizinischer Basis. Alternative Ansätze kritisieren eine Verengung der Betrachtungsweise, da diese auf einem westlichen Wertesystem basiere und insbesondere die ›klassischen‹ Symptome der PTBS fokussiere. Diese Ansätze berücksichtigen zum Beispiel verstärkt die soziale Dimension sowie Kontextelemente und betrachten Folgen der Zwangsmigration, welche über den therapeutischen ›Mainstream-Ansatz‹ hinausgehen (Becker 2006; Bracken; 1995; Bracken 1998). Dabei wird die Erkenntnis einbezogen, dass einerseits im Rahmen von bewaffneten Konflikten bewusst versucht wird, mit Hilfe von Terror und psychologischer Kriegsführung unter Anwendung von symbolisch-öffentlichtheitswirksamen Gräueltaten und sexuellen Übergriffen soziale Kontrolle über die jeweilige Zivilbevölkerung auszuüben, um die jeweils feindliche Kultur dauerhaft zu schä-

digen (Summersfield 1995; 2000). Andererseits sind es eben jene sozialen und kulturell-symbolischen Säulen, die Betroffenen in desaströsen Zeiten Orientierung und Halt bieten. Insofern kann neben der geschilderten vertikalen auch eine horizontale Weitergabe einer kollektiven Traumatisierung erfolgen, weshalb Traumatisierungen resultierend auch als psychosozialer Prozess zu verstehen sind.

Konsens besteht somit in der Annahme, dass belastende Ereignisse nicht der alleinige Auslöser einer Traumatisierung beziehungsweise Traumafolgestörung sind, sondern dass auch der sozialen Situation sowie dem Aufarbeitungsprozess, der zumeist mit Abklingen der akuten Bedrohung beginnt, entscheidende Bedeutung zukommt (Becker 2006; Keilson 1979). Daher gilt es für Forschende – und nicht zuletzt auch für Therapierende –, einen Weg zu finden, die Black-Box, die einen isolierten Zusammenhang zwischen potenziell traumatisierenden Ereignissen und der quasi-deterministischen Entstehung der PTBS suggeriert, zu öffnen.

1.2 Barrieren in der Gesundheitsversorgung von Kindern mit Fluchthintergrund

Für Menschen mit Migrationshintergrund und ihre Kinder bestehen einige Besonderheiten in Bezug auf Zugang und Barrieren zum gesundheitlichen Versorgungssystem, die für Kinder mit Fluchthintergrund besonders stark ausgeprägt sind. Vor allem im Bereich der psychiatrischen und psychologischen Erreichbarkeit und Versorgung dieser Kinder und Jugendlichen bestehen Hürden, sodass beispielsweise im Bundesland Bremen lediglich ein Viertel der Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung von Jugendlichen auf Personen mit Migrationshintergrund entfällt, während rund die Hälfte der dort ansässigen Jugendlichen einen Migrationshintergrund aufweist (Kouider et al. 2013). Die insuffiziente Erreichbarkeit wird für Menschen mit Fluchterfahrung dadurch agraviert, dass die rechtlichen Grundlagen für die psychiatrische Versorgung innerhalb des laufenden Asylverfahrens gemäß § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 1997) innerhalb der ersten 15 Monate nur die Behandlung akuter Erkrankungen vorsieht. Für Menschen mit Migrationshintergrund scheinen zudem in stärkerem Maße Hemmnisse im Rahmen psychosomatischer Behandlungen selbst vorzuliegen (Kobelt et al. 2011). Nicht nur Sprachbarrieren, sondern auch kulturell bedingt unterschiedliche Auffassungen von Krankheit und erwarteter Behandlung zwischen Patient und Psychotherapeut verkomplizieren Therapiesitzungen (Heinz/Kluge 2018).

Die genannten strukturellen und individuellen Barrieren im Zugang zum deutschen Gesundheitssystem einschließlich psychiatrischer und psychosomatischer Angebote können somit insbesondere bei Personen außerhalb der medizinischen Regelversorgung – wie Kindern mit Fluchthintergrund – einer angemessenen Versorgung im Wege stehen (Bundeszentrale für politische Bildung 2009; Razum et al. 2004). In diesem Zusammenhang nimmt die schulärztliche Seiteneinsteigeruntersuchung eine besonders bedeutungsvolle Rolle ein, sowohl im Hinblick auf die Diagnostik als auch durch die Möglichkeit, Therapieempfehlungen auszusprechen.

1.3 Die Schuleingangsuntersuchung im kommunalen Vorsorgesetting

Die Schuleingangsuntersuchung ist eine rechtlich verpflichtende Untersuchung, die standardisiert durch Ärztinnen und Ärzte der kommunalen Gesundheitsbehörden durchgeführt wird. Als wichtiger Bestandteil der Schulgesundheitspflege verfolgt sie das Ziel, »Krankheiten der Schülerinnen und Schüler vorzubeugen, sie frühzeitig zu erkennen und Wege zu ihrer Heilung aufzuzeigen« (§ 54 Schulgesetz). Zudem sollen schulrelevanter Förder- und Unterstützungsbedarf erkannt und so genannte ›Risikokinder‹ identifiziert werden. Die Schuleingangsuntersuchung erfolgt in Abhängigkeit von den jeweiligen Landesvorgaben. In NRW findet sie als ärztliche Reihenuntersuchung drei bis acht Monate vor der Einschulung statt (Lisker 2010; Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen 2005). Neu zugezogene Kinder (Binnenmigrantinnen und -migranten sowie Zuwanderinnen und Zuwanderer) werden gemäß § 7 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) und § 54 des Schulgesetzes als so genannte ›Seiteneinsteiger‹ auch zu späteren Zeitpunkten untersucht (Ministerium für Inneres und Kommunales 1997; Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen 2005; Simon 2013). In der Schuleingangsuntersuchung werden standardisiert verschiedene Aspekte der kindlichen Gesundheit und Entwicklung befunden. Dabei werden Entwicklungsauffälligkeiten, sozial-emotionale Kompetenzen, motorische und kognitive Fähigkeiten nach standardisierten Methoden erfasst (Oldenhage et al. 2009).

1.4 Ziel der Studie

Mit dem Ziel, das schulärztliche Vorsorgesetting im Hinblick auf die entwicklungs- und gesundheitsfördernde Diagnostik und Versorgung bei zugewanderten

Kindern und Jugendlichen mit Fluchthintergrund auf Eignung zu beurteilen, wurden in dieser Studie die Daten der Seiteneinsteigeruntersuchungen einer nordrhein-westfälischen Großstadt analysiert. Im Fokus stehen dabei die Erfassung von psychischen Auffälligkeiten wie sie im Folgenden definiert wird sowie die damit verbundene Empfehlung von therapeutischen Maßnahmen im Rahmen eines Vergleichs von innerhalb Deutschlands zugezogenen Minderjährigen mit der Gruppe der aus Syrien, Irak und Afghanistan nach Deutschland zugewanderten Minderjährigen. Abschließend werden auf Basis der Ergebnisse aktuelle Herausforderungen und mögliche Handlungsoptionen diskutiert.

2. Methodik

In dieser Studie wurden alle Seiteneinsteiger-Untersuchungen, die im Zeitraum vom 1. April 2014 bis zum 29. Juli 2016 im Gesundheitsamt einer deutschen Großstadt Nordrhein-Westfalens (ca. 350.000 Einwohner) durchgeführt und dokumentiert wurden, analysiert. Für diesen Zeitraum liegt eine ausreichende Fallzahl vor, mithilfe derer auch ein schwacher, jedoch signifikanter Einfluss des Fluchthintergrunds nachgewiesen werden kann (Faul et al. 2009).

2.1 Setting Schuleingangsuntersuchung

Die Forschung fand im Rahmen von Schuleingangsuntersuchungen (SEU) für Kinder, die neu zugezogen in das kommunale Bildungssystem integriert werden, statt. Die untersuchenden Ärztinnen mit den Facharztbezeichnungen ›Allgemeinmedizin‹, ›Familienmedizin‹ oder ›öffentliches Gesundheitswesen‹ ($n = 7$) waren als Schulärztinnen Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamtes und sowohl für die ›regulären‹ als auch für die ›Seiteneinsteiger‹-Untersuchungen zuständig. Die Untersuchung erfolgte gemäß den Vorgaben des ›Bielefelder Modells‹ zur Befundfeststellung inklusive des ›Sozialpädiatrischen Entwicklungsscreenings für Schuleingangsuntersuchungen‹ (SOPESS). Dabei handelt es sich um eine normierte Testung in den Bereichen selektive Aufmerksamkeit, Zahlenvorwissen, Visuomotorik, visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern, Sprache und Körperkoordination (Simon 2013). Das Bielefelder Modell erfasst zudem landesweit einheitlich unter anderem Körpermaße, schulrelevante Erkrankungen, wahrnehmungsbezogene sowie orthopädische Befunde, Allergien und Befunde der Verhaltentwicklung und prüft, ob gegebenenfalls noch vor Schulbeginn Behandlungen

lungsbedarfe und Einschränkungen der Leistungsfähigkeit vorliegen (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen 2016).

Der versendeten Einladung zur Untersuchung wurde von dem Gesundheitsamt ein deutschsprachiger Fragebogen beigelegt, in dem die Eltern Angaben unter anderem zu Vorerkrankungen, bisheriger Entwicklung und Besonderheiten bei Schwangerschaft und Geburt machen konnten. Die Eltern wurden in der Einladung aufgefordert, diesen ausgefüllt zusammen mit einem aktuellen Impfpass mitzubringen. Eine spezifische Sprachmittlung stand von Seiten des durchführenden Gesundheitsamtes nicht zur Verfügung.

Die computergestützte Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen nach dem Bielefelder Modell erfolgte gemäß der jugendärztlichen Definition für schulärztliche Untersuchungen des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen. Der anonymisierte exportierte Datensatz dieser Dokumentation wurde für die vorliegende Studie zur Verfügung gestellt. Die von den Schulärztinnen dokumentierten Angaben zum ›SOPESS‹ sowie körperlichen Auffälligkeiten sind auf Grund von Schwierigkeiten in der elektronischen Datenverarbeitung der kooperierenden Gesundheitsbehörde nicht eindeutig zuzuordnen und stehen somit einer weiteren Datenanalyse leider nicht zur Verfügung.

2.2 *Untersuchte Gruppen*

Insgesamt 1.793 Kinder und Jugendliche wurden in Seiteneinsteiger-Untersuchungen im Untersuchungszeitraum vorstellig. Bei der Mehrzahl der 1.085 Kinder, deren Ergebnisse schließlich analysiert wurden, handelt es sich um Seiteneinsteiger mit deutscher Staatsangehörigkeit, von denen folglich angenommen wird, dass sie aller Wahrscheinlichkeit nach innerhalb Deutschlands zugezogen sind ($n = 602$; Alter: $M = 11,6$, $SD = 3,6$). Diese dienen in der vorliegenden Untersuchung als Vergleichsgruppe zu den Kindern mit Fluchthintergrund ($n = 483$; Alter: $M = 12,3$, $SD = 3,4$).

In Beachtung des Untersuchungszeitpunktes wird davon ausgegangen, dass es sich bei den Kindern und Jugendlichen, die aus den arabischen Herkunftsländern Syrien ($n = 361$), Irak ($n = 65$) und Afghanistan ($n = 57$) stammen, überwiegend um Personen mit Fluchthintergrund handelt. Darunter werden diejenigen Personen verstanden, die als Asylsuchende nach Deutschland gekommen sind. Mit der Stellung des Asylantrags wird nicht nur das Recht auf Asyl (Art. 16a Grundgesetz) geprüft, sondern auch die Anerkennung als Flüchtlings gemäß der Genfer Konvention (GFK; § 3 Abs. 1 Asylgesetz), als national oder subsidiär Schutzbe-

rechtigter (§ 25 Aufenthaltsgesetz) oder als syrischer Kriegsflüchtling (§ 23 Aufenthaltsgesetz). Auf Grund der hohen Fallzahl und der Ähnlichkeiten in Migrationsmotivation und ethnokulturellem Hintergrund im Vergleich zu den anderen Herkunftsländern erfolgt eine Zusammenfassung dieser zugewanderten Kinder zu *Kinder und Jugendliche mit Fluchthintergrund*, wobei das Herkunftsland als Indikator verwendet wird.

In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass die drei Herkunftsländer Syrien, Irak und Afghanistan seit 2007 durchgehend zu den zehn zugangsstärksten Staatsangehörigkeiten in Asylerstanträgen in Deutschland zählen (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2018). Syrien belegte in den Jahren der vorliegenden Untersuchung 2014 bis 2016 durchgehend den Rang als häufigstes Herkunftsland. Gleichwohl ist nicht gänzlich auszuschließen, dass auch Kinder mit syrischer, irakischer oder afghanischer Staatsangehörigkeit innerhalb Deutschlands umgezogen sind.

Die übrigen 708 Kinder stammen aus 32 weiteren Herkunftsländern. Sie werden bei der Analyse nur tertiär berücksichtigt, da von ihnen aufgrund der Heterogenität der Herkunftsländer nicht grundsätzlich angenommen werden kann, dass sie einen Fluchthintergrund aufweisen.

Nach Angaben der untersuchenden Behörde¹ fanden die Schuleingangsuntersuchungen für Seiteneinsteiger in einem engen zeitlichen Zusammenhang zu der Integration in das deutsche Schulsystem statt. Bei 88,6% der untersuchten Kinder war zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits eine Schulzuweisung erfolgt, bei 11,4% stand diese noch aus (10,8% der Kinder mit Fluchthintergrund und 9,8% der zugezogenen deutschen Kinder konnten noch keine Schule angeben).

2.3 Verwendete Informationen

Im Folgenden wird beschrieben, wie die in Bezug auf Diagnostik, Schulleistungsfähigkeit und Therapieempfehlungen verwendeten Daten erhoben und analysiert wurden.

2.3.1 Diagnostik

Die Erfassung psychischer Auffälligkeiten erfolgt nach den genannten standardisierten Verfahren (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen 2016). Der

1 Angabe aus persönlicher Kommunikation mit den an der Untersuchung beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitsamtes, aus Datenschutzgründen erfolgt keine namentliche Nennung.

Sammelbegriff der psychischen Auffälligkeiten umfasst dabei Auffälligkeiten aus dem psychiatrischen, psychosomatischen und psychosozialen Formenkreis. Hierbei werden neben der ärztlich-klinischen Beobachtung auch fremdanamnestische Angaben durch die Eltern berücksichtigt (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2018a). Erfasst werden hierfür die Variablen ›Konzentrationsstörungen‹, ›motorische Unruhe‹, ›Frustrationsintoleranz‹, ›Aggressivität‹, ›extreme Ängstlichkeit‹, ›emotionale Störungen‹ und ›sonstige Auffälligkeiten‹, die im Rahmen einer ärztlich-klinischen Beobachtung auf Vorliegen dokumentiert werden. Zusätzlich wird die summierte Anzahl der Befunde betrachtet.

2.3.2 Schulleistungsfähigkeit

Auf Basis dieser Diagnostik erfolgt in der Schuleingangsuntersuchung eine ärztliche Beurteilung der schulischen Leistungsfähigkeit der Kinder. Erfasste Einschränkungen werden dichotom auf Vorliegen dokumentiert.

2.3.3 Therapieempfehlungen

In der Schuleingangsuntersuchung erfolgt die Empfehlung therapeutischer Maßnahmen durch die untersuchenden Schulärztinnen. Bei entsprechendem Risikoprofil, Hinweisen knapp unterhalb eines als Auffälligkeit definierten *Cut-off*-Wertes oder auf Grund anamnestischer Angaben kann eine Verordnung auch trotz fehlender Auffälligkeiten erfolgen. Zur Analyse werden die Maßnahmen unterteilt in solche mit vorrangig somatischer Indikation, wie Krankengymnastik und Logopädie, und solche, die vorwiegend bei Erkrankungen mit ausgeprägter psychischer Komponente indiziert sind, wie Ergotherapie, Psychomotorik, Frühförderung, Heilpädagogik und Psychotherapie (Gemeinsamer Bundesausschuss 2016; Law et al. 2003; Monahan 2015; Pountney/Pountney 2007; Waltersbacher 2010; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 2016).

2.3.4 Statistische Analyse

Es wurden Häufigkeits- und Kontingenzanalysen zu psychischen Auffälligkeiten, Schul- und Therapieempfehlungen in den drei Gruppen ›Kinder und Jugendliche mit Fluchthintergrund‹, ›innerhalb Deutschlands zugezogene Kinder und Jugendliche‹ und ›Kinder und Jugendliche sonstiger Herkunft‹ einschließlich Signifikanzprüfungen durchgeführt. Ein weiterer Analyseschwerpunkt liegt auf Zusammenhängen zwischen der Empfehlung vorrangig psychisch indizierter therapeutischer Maßnahmen und der Erfassung psychischer Auffälligkeiten.

3. Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden das Studienkollektiv und die Resultate der Untersuchung hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten und Therapieempfehlungen beschrieben sowie deren Zusammenhang dargestellt.

3.1 In der Schuleingangsuntersuchung untersuchte Kinder und Jugendliche

Tabelle 1 zeigt die absolute Anzahl der durchgeführten Schuleingangsuntersuchungen nach Herkunftsländern unter Berücksichtigung der Altersverteilung. Den größten Anteil stellen mit 33,5% die innerhalb Deutschlands zugezogenen Kinder und Jugendlichen. Mit 20,2% kommen die meisten Kinder und Jugendlichen nicht deutscher Herkunftsländer aus Syrien. Kinder und Jugendliche mit Fluchthintergrund aus den Herkunftsländern Syrien, Irak und Afghanistan sind zusammenommen mit 27,0% vertreten.

Tabelle 1: Absolute Anzahl durchgeführter Schuleingangsuntersuchungen für analysierte Gruppen im Zeitraum 2014–2016 (n = 1.786)

	Deutschland	Syrien	Irak	Afghanistan	Sonstige	Total
jünger 7	67 (31)	15 (7)	7 (2)	0 (0)	34 (16)	123 (56)
7–11	209 (82)	138 (70)	16 (7)	13 (4)	263 (115)	639 (278)
11–14	141 (43)	81 (39)	17 (7)	9 (3)	171 (82)	419 (174)
14–16	92 (26)	64 (21)	14 (4)	16 (6)	98 (44)	284 (101)
älter 16	90 (25)	62 (21)	11 (4)	19 (1)	139 (33)	321 (84)
GESAMT	599 (207)	361 (158)	65 (24)	57 (14)	705 (290)	1 786* (693)

Anmerkungen: *Bei 7 Personen fehlt die Angabe zu einer Variablen; in Klammern ist die Anzahl der Mädchen angegeben.

Das arithmetische Mittel des Alters über alle untersuchten Kinder und Jugendlichen beträgt 12,0 Jahre, der größte Anteil entfällt mit 35,8% auf die Gruppe der 7- bis 11-Jährigen. 38,8% sind insgesamt weiblichen Geschlechts. Mit durchschnittlich 12,3 Jahren sind die Kinder und Jugendlichen mit Fluchthintergrund nur marginal älter als ihre deutsche Vergleichsgruppe mit 11,6 Jahren. Unter den Kindern und Jugendlichen aus den drei erwähnten Ländern des Nahen Ostens findet sich ein Anteil von 40,6%, welcher einem Anteil von 34,7%

innerhalb der Gruppe der deutschen Seiteneinsteiger gegenübersteht. Ein vergleichsweise geringes Durchschnittsalter sowie der vergleichsweise hohe Anteil von Mädchen deuten darauf hin, dass lediglich ein geringer Anteil auf unbegleitete Minderjährige entfällt (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2018).

3.2 Psychische Auffälligkeiten

Bei innerhalb Deutschlands zugezogenen Kindern wurde bei 17,1% der untersuchten Kinder und Jugendlichen mindestens eine psychische Auffälligkeit erfasst, wobei bis auf ein Kind alle dieser Kinder in mehreren Bereichen Auffälligkeiten zeigten. Bei den 483 Kindern und Jugendlichen mit Fluchthintergrund wurde im Rahmen der gesamten Erhebung hingegen bei keinem Kind eine psychische Auffälligkeit erfasst. In der Gruppe zugezogener Migrantinnen und Migranten bei Nicht-Berücksichtigung der Gruppe ›Kinder und Jugendliche mit Fluchthintergrund‹ hatten 677 von 708 Kinder (95,6%) keinen auffälligen Befund und erhielten folgerichtig auch keine Therapieempfehlung.

Die untersuchenden Schulärztinnen dokumentierten bei 25,6% der aus Deutschland zugezogenen Kindern und Jugendlichen eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit; bei zugezogenen Kindern und Jugendlichen aus Syrien, Irak oder Afghanistan wurde diese bei 1,5% festgestellt; bei Kindern und Jugendlichen aus den sonstigen Herkunfts ländern bei 3,0% Prozent.

Bezüglich der Diskrepanzen in der Erfassung gibt es verschiedene Erklärungsansätze, die im Diskussionsteil erörtert werden. Dass innerhalb der Gruppe deutscher Kinder eine valide Erfassung stattfindet, verweist jedoch darauf, dass diese Erfassung grundsätzlich möglich ist.

Zwischen Alter respektive Geschlecht und psychischen Auffälligkeiten besteht innerhalb des vorliegenden Datensatzes jeweils nur ein schwacher Zusammenhang mit einem minimalen Trend einer höheren Prävalenz für Jungen ($r(1\,793) = 0,1, p \leq 0,001$) und steigendes Alter ($r(1\,793) = 0,1, p \leq 0,001$). Dieser Befund gilt auch, wenn allein für die Gruppe der deutschen Kinder differenziert die Korrelationen betrachtet werden ($r(600) = 0,1, p = 0,001; r(600) = 0,1, p = 0,001$).

3.3 Empfehlungen für therapeutische Maßnahmen

In den im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen gegebenen Therapieempfehlungen für Maßnahmen, die vorwiegend auf Grund psychischer Komponenten indiziert sind, wie zum Beispiel bei depressiver Symptomatik oder anderen Sym-

ptomen von Traumafolgeerkrankungen, zeigen sich ähnliche Ergebnisse: Mit 249 von 602 Kindern und Jugendlichen wurde 41,4% der aus Deutschland Zugezogenen die Einleitung therapeutischer Maßnahmen empfohlen. 78,3% dieser Kinder und Jugendlichen erhielten dabei mindestens eine Empfehlung, die dem Bereich der vorrangig psychisch indizierten Therapien zuzuordnen ist. Von den zugezogenen Kindern und Jugendlichen aus Syrien, Irak und Afghanistan erhielt hingegen kein Kind die Empfehlung für eine oder mehrere therapeutische Maßnahmen, auch nicht für Maßnahmen mit vorrangig psychischer Indikation.

Somit zeigen sich hochsignifikante Unterschiede zwischen deutschen Kinder und Jugendlichen sowie jenen mit Fluchthintergrund – zu Gunsten letzterer – hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten ($t(600) = 11,1$, $p \leq 0,001$), Einschränkungen der Leistungsfähigkeit ($t(600) = 13,0$, $p \leq 0,001$) und Therapieempfehlungen ($t(600) = 20,6$, $p \leq 0,001$).

Innerhalb der Gruppe der Kinder und Jugendlichen aus den sonstigen Herkunftsländern wurde in 27 Fällen (3,8%) mindestens eine Therapieempfehlung ausgesprochen. In 20 dieser 27 Fälle handelte es sich um eine Maßnahme mit vorrangig psychischer Indikation. 3,1% der Kinder und Jugendlichen aus den sonstigen Herkunftsländern, die keinen psychisch auffälligen Befund erhielten, bekamen dennoch die Empfehlung für mindestens eine therapeutische Maßnahme; mit 63,6% von ihnen erhielt die Mehrheit eine Empfehlung für mindestens eine Maßnahme mit vorrangig psychischer Indikation. Die empfohlenen Therapiemaßnahmen für diejenigen zugewanderten Kinder und Jugendlichen, bei denen eine psychische Auffälligkeit erfasst wurde, sind gänzlich dem Bereich psychisch indizierter Maßnahmen zuzuordnen.

Insgesamt erhielten mehr Kinder und Jugendliche Empfehlungen für therapeutische Maßnahmen (somatischer und psychischer Indikation) als einen als auffällig dokumentierten Befund ($n = 277$ vs. $n = 112$). Eine Testung auf Kontingenzen zwischen dem Vorliegen psychisch auffälliger Befunde und der Empfehlung psychischer Therapiemaßnahmen weist dabei auf eine signifikante gemeinsame Kovariation hin ($\chi^2 (1, n = 1\,793) = 637,8$, $p \leq 0,001$); dieser Zusammenhang erweist sich in seinen Ausmaßen über alle Gruppen, wenn also nicht nach Herkunft differenziert wird, als relativ stark ($\phi = 0,6$).

3.4 Zusammenhänge zwischen Indikationsstellung und der Empfehlung von Therapiemaßnahmen

Fast alle (94,2%) deutschen Kinder und Jugendlichen mit mindestens einem auffälligen Befund über alle untersuchten Bereiche hinweg erhielten auch mindestens eine therapeutische Empfehlung. Darüber hinaus erhielten auch ohne dokumentierte psychische Auffälligkeiten 25,3% der deutschen Kinder und Jugendlichen eine oder mehrere Therapieempfehlungen, 67,8% davon für vorrangig psychisch indizierte Maßnahmen. Insgesamt besteht für deutsche Kinder und Jugendlichen dabei eine mittelstarke positive Korrelation zwischen der Feststellung eines auffälligen Befundes in irgendeinem Bereich und der Empfehlung zu therapeutischen Maßnahmen ($r(600) = 0,6$, $p \leq 0,001$).

Innerhalb der Gruppe der Kinder und Jugendlichen aus den sonstigen Herkunftsländern besteht ein leichter Zusammenhang zwischen der Erfassung von psychischen Auffälligkeiten und therapeutischen Empfehlungen ($r(706) = 0,4$, $p \leq 0,001$). Bei den Kindern und Jugendlichen mit Fluchthintergrund wurden weder auffällige Befunde festgestellt, noch therapeutische Maßnahmen (sowohl aus dem vorrangig somatischen als auch psychischen Indikationsbereich) empfohlen. In dieser Gruppe ist eine Kontingenztestung auf Basis dieser Datenlage folglich nicht durchführbar. In Tabelle 2 ist eine Übersicht über therapeutische Empfehlungen mit Berücksichtigung des Herkunftslandes sowie erfasster psychischer Auffälligkeiten dargestellt.

Tabelle 2: Absolute Anzahl vorrangig psychisch indizierter Therapieempfehlungen und erfasster psychischer Auffälligkeiten nach Herkunfts ländern (n = 1.793)

		Deutschland (n=602)	Syrien, Irak & Afghanistan (n=483)	Sonstige (n=708)	GESAMT (1.793)
<i>ohne psychische Auffälligkeit</i>	<i>Keine Therapieempfehlung</i>	393	483	685	1.564
	<i>Min. 1 Therapieempfehlung</i>	103	0	14	117
<i>min. eine psychische Auffälligkeit</i>	<i>Keine Therapieempfehlung</i>	11	0	3	14
	<i>Min. 1 Therapieempfehlung</i>	92	0	6	98

4. Diskussion

Der nachfolgende Diskussionsteil bietet eine Zusammenfassung der Ergebnisse, thematisiert Stärken und Schwächen der Untersuchung und bietet einen Ausblick auf weiterführende Forschungsansätze und diagnostische Ergänzungen im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen.

4.1 Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass bei Kindern und Jugendlichen mit Fluchthintergrund, die als neu zugezogene Seiteneinsteiger im Rahmen der standardisierten Schuleingangsuntersuchung ärztlich untersucht wurden, seltener psychische Auffälligkeiten erfasst wurden: Bei keinem der 483 untersuchten Kinder und Jugendlichen mit Fluchthintergrund wurde eine Auffälligkeit festgestellt. Ein vergleichbar niedriger Wert findet sich auch für die Kinder und Jugendlichen mit Migrations-, jedoch ohne Fluchthintergrund, was auf grundsätzliche, fluchtunabhängige kulturelle Barrieren in der Beurteilung hinweisen könnte. Dem stehen die weitaus höheren erwähnten Prävalenzen von Ruf et al. (2010a) und Soykoek et al. (2017) von einem Fünftel respektive einem Drittel gegenüber.

Währenddessen beträgt der Anteil 17,1% für die innerhalb Deutschlands zugezogenen Kinder und Jugendlichen. Dieser Wert entspricht annähernd der auf Grundlage des SDQ elternberichteten Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen drei und 17 Jahren im Rahmen der KiGGS-Studie (Wölfle et al. 2014) und erscheint daher plausibel.

Welche genauen Ursachen zur herkunftsabhängigen Diskrepanz bei der Erfassung von Auffälligkeiten oder aber bei den Auffälligkeiten selbst beigetragen haben, ist zum Zeitpunkt dieser Untersuchung nicht bekannt. Die Diskrepanz ist dabei jedoch so groß, dass sie vermutlich nicht auf Selektionsverzerrungen zurückzuführen ist, sondern eher eine Verkennung der tatsächlichen Prävalenz zeigt, insbesondere wenn die besonders hohe Prävalenz in dieser Personengruppe berücksichtigt wird.

Ähnliches zeigt sich bei der Erfassung von Einschränkungen der Leistungsfähigkeit, die bei zugezogenen deutschen Kindern und Jugendlichen ebenfalls häufiger festgestellt wird als bei Kindern und Jugendlichen mit Flucht- oder Migrationshintergrund. Zudem konnte festgestellt werden, dass innerhalb Deutschland zugezogene Kinder und Jugendliche in der Schuleingangsuntersuchung auch häufiger Empfehlungen für therapeutische Maßnahmen erhalten als Kinder und Jugendliche mit Flucht- oder Migrationshintergrund.

Zugleich verweist die Tatsache, dass bei mehr deutschen Kindern Therapieempfehlungen ausgesprochen als Auffälligkeiten festgestellt wurden (41,4% vs. 17,1%), darauf, dass hinsichtlich Förderbedarfen eine entsprechende, auch präventive Sensitivität auf Seiten der Untersuchenden grundsätzlich vorhanden ist, insofern der Förderbedarf durch die Therapieempfehlungen tatsächlich gedeckt wird. Die Datenlage legt nahe, dass die Empfehlung therapeutischer Maßnahmen durch die untersuchenden Schulärztinnen grundsätzlich niederschwellig erfolgte, wobei die deutliche Überschreitung der Häufigkeit der Auffälligkeiten durch die Häufigkeit der Therapieempfehlungen auch einen Hinweis auf eine möglicherweise ökonomisch ineffiziente Überversorgung innerhalb dieser Personengruppe darstellen könnte. Hierbei gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass einer empfohlenen Therapiemaßnahme nicht zwangsläufig ein als ›pathologisch‹ oder ›auffällig‹ eingestufter Befund innerhalb der Untersuchungssituation zu Grunde liegen muss, da eine Verordnung auch präventiv erfolgen kann.

Dementgegen wurden bei keinem einzigen Kind mit Fluchterfahrungen psychische Auffälligkeiten festgestellt oder therapeutische Maßnahmen empfohlen. Es ist somit zu vermuten, dass die ausbleibenden Therapieempfehlungen für Kinder und Jugendliche mit Fluchthintergrund durch eine fehlende Erfassung von (nicht nur psychischen) Auffälligkeiten zu erklären ist. Zugangsbarrieren in der gesundheitlichen Versorgung für Kinder mit Fluchthintergrund könnten diese Situation zusätzlich agravieren.

4.2 Stärken und Schwächen der Untersuchung

Davon unberührt stellt die Schuleingangsuntersuchung in der Versorgung zugezogener Kinder und Jugendlicher mit Fluchthintergrund im schulpflichtigen Alter einen unter Umständen einmaligen Zugang zu dieser besonders vulnerablen Population dar: Die regulären U- beziehungsweise J-Untersuchungen (nach § 26 des fünften Sozialgesetzbuches) zählen gemäß § 4 Asylbewerberleistungsgesetz zu den notwendigen und somit erstattungspflichtigen Vorsorgeuntersuchungen (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 1997). Während jedoch in den ersten sechs Lebensjahren neun verschiedene U-Untersuchungen in dementsprechend kurzen zeitlichen Abschnitten stattfinden, gilt dies ab dem schulpflichtigen Alter nicht mehr; so wird regulär nur noch eine Vorsorgeuntersuchung im Alter von 12 bis 14 Jahren von allen Krankenkassen erstattet (Bundeszentrals für gesundheitliche Aufklärung 2018b). Dazwischen findet außer der Seiteneinsteigeruntersuchung kein rechtlich verbindlicher präventivmedizinischer Kontakt

statt. Der wie zuvor dargestellt größte Anteil der Kinder und Jugendlichen befand sich zum Untersuchungszeitpunkt in der Altersgruppe der 7- bis 11-Jährigen und gehörte somit zu der Gruppe, für die weder U- noch J-Untersuchungen vorgesehen sind.

Karathana et al. (2017) weisen zudem darauf hin, dass eine orientierende pädagogisch-psychologische Entwicklungsbeurteilung im Sinne einer Schulstandserhebung auf Grund der großen Anzahl neuzugewanderter Kinder und Jugendlicher ab 2015 für diese Kinder nicht mehr erfolgte. Somit wurde ausschließlich eine schulärztliche Vorstellung und Beurteilung der neuzugewanderten Kinder und Jugendlichen durchgeführt.

Die Schuleingangsuntersuchung bietet durch ihre gesetzliche Verbindlichkeit sowie das in weiten Teilen vorhandene standardisierte Vorgehen eine potenziell einzigartige Möglichkeit, auch Kindern mit Fluchthintergrund gerecht zu werden, insofern tatsächlich eine valide kultursensible Diagnostik erfolgt. Auch aus gesundheitsökonomischer Perspektive sollte beurteilt werden, ob gezielte Investitionen in dolmetschergestützte, multiprofessionelle Teams und die Bereitstellung kultursensibler und standardisierter Diagnoseverfahren mittelfristig das Risiko für Fehlentwicklungen und Inzidenzen in Gesundheit und Entwicklung reduzieren sowie den Bildungserfolg unterstützen könnten.

Als Limitation ist jedoch zu berücksichtigen, dass in Bezug auf die Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit Fluchthintergrund die Möglichkeit besteht, dass sich bestehende Auffälligkeiten nicht unmittelbar nach Ankunft im Aufnahmeland offenbaren, sondern erst nach einer Phase der ›Akklimatisierung‹, die dem Ankommen im Alltag in Deutschland vorausgeht. Daher bietet es sich an, in zukünftigen Untersuchungen die Dauer des – wenn auch nur innerhalb enger Grenzen variierenden – bisherigen Aufenthalts im Aufnahmeland sowie weitere Kovariablen wie die Sprachkenntnisse der Eltern in die Analyse mit aufzunehmen. Dagegen spricht wiederum Evidenz, die darauf hindeutet, dass bei geflüchteten Kindern und Jugendlichen in Aufnahmelandern bereits ab dem ersten Tag psychiatrische und psychosomatische Symptome auftreten (Ceri et al. 2016).

Zudem ist darauf hinzuweisen, dass es denkbar ist, dass während die drei Herkunftsänder Syrien, Irak und Afghanistan als Indikator eines naheliegenden Fluchthintergrunds fungieren, ein Teil der Kinder dieser Nationalitäten auch durchaus innerhalb Deutschlands zugezogen sein könnte. Gleichzeitig könnten auch innerhalb Deutschlands umgezogene Kinder einen länger zurückliegenden Migrations- oder Fluchthintergrund aufweisen sowie aus den 32 weiteren nicht-deutschen Herkunftsändern Kinder als Asylantragsteller beziehungsweise Flüchtlinge nach Deutschland gekommen sein.

Aufgrund der Sprachbarriere ist es möglich, dass die geflüchteten Elternteile, sowie diejenigen mit Migrationshintergrund, im Rahmen des vorab vom Gesundheitsamt versendeten Fragebogens seltener Vorerkrankungen und Besonderheiten ihrer Kinder angegeben haben.

4.3 Weiterführende Ansätze

Es ist zunächst zu prüfen, ob die herkunftsabhängig divergierenden Auffälligkeiten beziehungsweise deren herkunftsabhängig divergierende Erfassung regional begrenzt auftritt oder sich für weitere Städte reproduzieren lässt. Ein nächster Schritt, um Ursachen zu identifizieren, könnten explorative Studien sein, die mögliche Barrieren innerhalb des Untersuchungssettings sowie im Zugang und der Wahrnehmung der Schuleingangsuntersuchung aufdecken. Hierbei sollten sowohl individuelle Hürden und Schwierigkeiten der beteiligten Ärztinnen und Ärzte als auch der untersuchten Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Familien und nicht zuletzt die Interaktion von Behandelnden und Kindern beziehungsweise Familien mit Fluchthintergrund in der Untersuchungssituation fokussiert werden.

Zudem ist zu vermuten, dass auf Grund der diffizilen gesundheits- und verwaltungsrechtlichen Regelung seitens der behandelnden Ärztinnen und Ärzte Unsicherheit bezüglich der Kostenübernahme und Abrechnungsverfahren bei der Behandlung von Geflüchteten besteht, was im Rahmen weiterführender Forschung als Hypothese zu prüfen ist. Diese Undurchsichtigkeit beziehungsweise Unkenntnis könnte ebenfalls eine Barriere in der praktischen Versorgung darstellen. Des Weiteren können unterschiedliche ethnokulturelle oder religiöse Hintergründe zwischen Behandelnden und Patientinnen und Patienten beispielsweise durch Divergenzen in Gesundheits- und Krankheitsverständnis (Bundeszentrale für politische Bildung 2009; Ilkilic 2005) oder Erwartungshaltungen an das Gesundheitssystem zusätzliche Barrieren darstellen (Atay 2008; Göbber et al. 2008).

Wenn geprüft wurde, ob nicht innerhalb der untersuchten Gruppe innerhalb Deutschlands zugezogener Kinder und Jugendlicher tatsächlich häufiger psychische Auffälligkeiten vorliegen, können die nachfolgend dargestellten weiterführenden Ansätze empfohlen werden. Diese basieren weitestgehend auf grundlegenden Erkenntnissen zur gesundheitlichen Versorgung von Migranten und wurden im Kontext der Schuleingangsuntersuchungen bisher nicht getestet oder die Testergebnisse stehen noch aus.

Neben der Suche nach adäquaten kulturairen Verfahren sind dabei möglichst gute Rahmenbedingungen in der ärztlichen Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen mit Migrations- und im Besonderen mit Fluchthintergrund von zentraler Bedeutung. Insbesondere Sprachbarrieren zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten stellen ein Hindernis für eine Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen, medizinischer Versorgung und Behandlung von Migrantinnen und Migranten dar (Bermejo et al. 2012). Bereits im Vorfeld der Untersuchung könnte es daher sinnvoll sein, dass der Fragebogen, der vom Gesundheitsamt an die Eltern verschickt wird, in verschiedene Sprachen übersetzt wird.

Darüber hinaus wird neben einer Verminderung der Sprachbarriere durch den Einsatz von kultursensiblen Dolmetscherinnen und Dolmetschern auch zunehmend eine migrationsspezifische Anamnese und Versorgung durch Untersuchende mit transkulturellen Kommunikationskompetenzen gefordert (Göbber et al. 2008; Haffner 1992; Sabbioni/Kuhn 2003). Das Hannover-Interview zu Migration, Akkulturation und seelischer Gesundheit bietet einen diagnostischen Leitfaden für Personengruppen mit Migrationserfahrungen (Callies et al. 2009). Unterstützung können auch standardisierte Inventare zur psychischen Diagnostik bieten. Dazu zählen etwa etablierte Screeninginstrumente wie der *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) (Goodman 1997) oder die *Child Behavior Checklist* (CBCL) (Achenbach 2001). Gerade bei jüngeren Kindern ist der Einbezug der Eltern wichtig. Bei Verfahren wie dem SDQ könnten Eltern Fragebögen für jüngere Kinder ausfüllen, Jugendliche könnten die Version für ihre Altersgruppe selber bearbeiten. Beide Verfahren liefern ein differenziertes Bild der psychischen Verfassung, sind ökonomisch anwendbar und international weit verbreitet. Für diese Verfahren liegen viele Sprachadaptionen und empirische Arbeiten zur Prüfung ihrer transkulturellen Eignung vor. So könnten diagnostizierende Personen erste Hinweise auf potentielle Problemfelder erhalten und mehr standardisiert erhobene Informationen in die Entscheidung über Behandlungsoptionen einfließen lassen. Standardisierte Verfahren können weiterhin die Diagnostik unter Einbezug von nicht fachlich vorgebildeten Dolmetscherinnen und Dolmetschern unterstützen. Für eine Entwicklungsdiagnostik wäre es möglich, auf weitgehend sprachfreie Tests zurückzugreifen. Parallel dazu bieten sich im Rahmen der Leistungsdiagnostik nonverbale Verfahren an wie beispielsweise Matrizen-Tests (Cattell et al. 1997). Erste Erkenntnisse zur Anwendung in der Praxis sind nach Angaben des kooperierenden Gesundheitsamtes aus einer Pilotstudie des Landes-

zentrums für Gesundheit mit dem Einsatz des SDQ in Muttersprache bei der Schuleingangsuntersuchung in Kürze zu erwarten².

In diesem Zusammenhang ist auch die ausschließlich ärztliche Beurteilung der schulischen Leistungsfähigkeit zu hinterfragen. Möglicherweise könnte die Qualität dieser Beurteilungen durch eine standardisierte pädagogische und psychologische Erfassung verbessert werden. Es stellt sich die Frage, ob durch die Aufstellung eines multiprofessionellen Teams nicht nur eine Entlastung der untersuchenden Schulärztinnen und Schulärzte zu Gunsten der diagnostischen Qualität, sondern auch eine verbesserte Erfassung von psychischen Auffälligkeiten und therapeutischen Behandlungsbedarfen erfolgen könnte.

4.4 Fazit

In dieser Studie konnte gezeigt werden, dass das Potential von Seiteneinsteigeruntersuchungen für die Erfassung psychischer Auffälligkeiten und das Aussprechen von Therapieempfehlungen bei neuzugewanderten Kindern und Jugendlichen mit Fluchthintergrund bislang unzureichend genutzt wird. Hintergründe könnten erschwerende Bedingungen in der ärztlichen Untersuchung sowie verschiedene Herausforderungen im gesundheitsbezogenen Zugang zu dieser Personengruppe sein. Durch die Nicht-Erfassung ist es möglich, dass eine Früherkennung – vor allem psychischer – Auffälligkeiten und Erkrankungen systematisch unterbleibt, eine adäquate Behandlung und Therapieeinleitung psychischer Problemfelder oder psychischer Störungsbilder nicht erfolgt und möglicherweise der Zugang zu Bildungsinstitutionen und die Bildungsbiografie der Kinder mit Fluchthintergrund negativ beeinflusst wird. Die Befundlage weist darauf hin, dass die diagnostischen Strategien der Schuleingangsuntersuchungen auf Neuzugewanderte mit Fluchthintergrund angepasst werden sollten. Weitere Arbeiten zur Aufklärung der spezifischen Herausforderungen in Bezug auf diese Gruppe sowie zur Entwicklung und Umsetzung von Handlungsansätzen ist sowohl in Bezug auf die individuellen gesundheitlichen und Entwicklungskonsequenzen notwendig und gegebenenfalls auch aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive sinnvoll.

2 Angabe des kooperierenden Gesundheitsamtes.

Literatur

- Achenbach, Thomas M. (2001), *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles: An Integrated System of Multi-Informant Assessment*, Vermont.
- Adam, Hubertus Benno (2006), *Seelische Gesundheit von Flüchtlingskindern: eine empirische Untersuchung an Hamburger Schulen*, Hamburg.
- Adorjan, Kristina. et al. (2017), Psychiatrische Versorgung von Flüchtlingen in Afrika und dem Nahen Osten: Herausforderungen und Lösungsansätze, *Der Nervenarzt*, 88 (9), 974–982.
- Anders, Merle/Christiansen, Hanna (2016), Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge, *Kindheit und Entwicklung*, 25 (4), 216–230.
- Atay, Halil (2008), Interkulturelle Medizin: Laientheorien, Psychosomatik und Migrationsfolgen, in: Muthny, Fritz/Bermejo, Isaac (Hrsg.), *Interkulturelle Medizin*, Köln, 57–69.
- Becker, David (2006), *Die Erfindung des Traumas – verflochtene Geschichten*, Freiburg.
- Belivanaki, Maria et al. (2017), Trauma and Post-traumatic Stress Disorder among Psychiatric Inpatient Children and Adolescents, *European Journal of Psychotraumatology*, 8 (sup4), 1351161.
- Bermejo, Isaac et al. (2012), Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen, *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 55 (8), 944–953.
- Bracken, Patrick/Giller, Joan/Summerfield, Derek (1995), Psychological Responses to War and Atrocity: The Limitations of Current Concepts, *Social Science and Medicine*, 40 (8), 1073–1082.
- Bracken, Patrick. J. (1998), Hidden Agendas: Deconstructing Post traumatic Stress Disorder. In Patrick J. Bracken, Celia Petty & Save the Children Fund (UK) (Hrsg.), *Rethinking the Trauma of War*, London, 38–59.
- Breslau, Naomi/Lucia, Victoria C./Davis, Glenn C. (2004), Partial PTSD versus Full PTSD: An Empirical Examination of Associated Impairment, *Psychological Medicine*, 34 (7), 1205–1214.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2017), *Das Bundesamt in Zahlen 2016*, https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2016.pdf?__blob=publicationFile, 20.3.2018.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2018), *Das Bundesamt in Zahlen 2017*, http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2017-asy.pdf?__blob=publicationFile, 20.3.2018.

- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (1997), *Asylbewerberleistungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. August 1997 (BGBl. I S. 2022), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2541) geändert worden ist*, <https://www.gesetze-im-internet.de/asyl/blg/BJNR107410993.html>, 15.7.2018.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2018a), *Untersuchung zur Einschulung*, <https://www.kindergesundheit-info.de/themen/entwicklung/entwicklungsschritte/einschulung/>, 12.7.2018.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2018b), *Die J1-Untersuchung – Gesundheitscheck im Jugendalter*, <https://www.kindergesundheit-info.de/the-men/entwicklung/frueherkennung-u1-u9-und-j1/j1-untersuchung/>, 12.7.2018.
- Bundeszentrale für politische Bildung (2009), *Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung*, <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdossiers/57307/barrieren-praevention>, 8.4.2017.
- Callies, Iris et al. (2009), Hannover Interview >Migration, Akkulturation und seelische Gesundheit (HMMH). Ein innovatives Instrument zur systemischen Erfassung der Risiken und Ressourcen einzelner Migrationsphasen im Hinblick auf seelische Gesundheit, *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 2, 145–167.
- Cattell, Raymond/Weiß, Rudolph/Osterland, Jürgen (1997), *Grundintelligenztest Skala 1 – Kinder und Jugendliche – Intelligenztests – Tests*, 5. Auflage, Göttingen.
- Çeri, Veysi et al. (2016), Psychiatric Symptoms and Disorders among Yazidi Children and Adolescents Immediately after Forced Migration Following ISIS Attacks, *neuropsychiatrie*, 30 (3), 145–150.
- Chan, Angelina O. M. et al. (2003), Posttraumatic Stress Disorder and Its Impact on the Economic and Health Costs of Motor Vehicle Accidents in South Australia, *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64 (2), 175–181.
- Cohen, Judith A. et al. (2002), Treating Traumatized Children: Clinical Implications of the Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder, *Trauma, Violence, & Abuse*, 3 (2), 91–108.
- Darves-Bornoz, Jean-Michel et al. (2008), Main Traumatic Events in Europe: PTSD in the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders Survey, *Journal of Traumatic Stress*, 21 (5), 455–462.
- DeSocio, J./Hootman, J. (2004), Children's Mental Health and School Success, *The Journal of School Nursing*, 20 (4), 189–196.

- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (2016), AWMF: *Aktuelle Leitlinien*, <http://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien/ll-liste/deutsche-gesellschaft-fuer-kinder-und-jugendpsychiatrie-psychosomatik-und-psychotherapie.html>, 19.4.2017.
- Ellis, Heidi et al. (2008), Mental Health of Somali Adolescent Refugees: The Role of Trauma, Stress, and Perceived Discrimination, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (2), 184–193.
- Faul, Franz et al. (2009), Statistical Power Analyses Using G*Power 3.1: Tests for Correlation and Regression Analyses, *Behavior Research Methods*, 41 (4), 1149–1160.
- Gavranidou, Maria et al. (2008), Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge, *Kindheit und Entwicklung*, 17 (4), 224–231.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2016), *Zweiter Teil: Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen*, https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3064/Heilm-RL_2016-05-19_iK-2017-01-01_Heilmittelkatalog.pdf, 27.5.2017.
- Göbber, Julia et al. (2008), Migration, *PiD – Psychotherapie im Dialog*, 9 (3), 265–271.
- Goodman, Robert (1997), The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38 (5), 581–586.
- Haffner, L (1992), Translation is not Enough. Interpreting in a Medical Setting, *Western Journal of Medicine*, 157 (3), 255–259.
- Havens, Jennifer F. et al. (2012), Identification of Trauma Exposure and PTSD in Adolescent Psychiatric Inpatients: An Exploratory Study, *Journal of Traumatic Stress*, 25 (2), 171–178.
- Heinz, Andreas/Kluge, Ulrike (2018), Ethnologische Ansätze in der transkulturellen Psychiatrie, in Machleidt, Wielant/Kluge, Ulrike/Sieberer, Marcel G./Heinz, Andreas, *Praxis der Interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie*, 23–29.
- Ilkilic, Ilhan (2005), Gesundheits- und Krankheitsverständnis der Muslime als Herausforderung für das deutsche Rechtswesen, in: Ratajczak, Thomas (Hrsg.). *Globalisierung in der Medizin: der Einbruch der Kulturen in das deutsche Gesundheitswesen*, Berlin, 39–54.
- Izutsu, Toshihiko et al. (2005), Nutritional and Mental Health Status of Afghan Refugee Children in Peshawar, Pakistan: A Descriptive Study, *Asia Pacific Journal of Public Health*, 17 (2), 93–98.

- Javanbakht, Arash et al. (2018), Mental Health in Syrian Refugee Children Resettling in the United States: War Trauma, Migration, and the Role of Parental Stress, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57 (3), 209–211.
- Karathana, Maria et al. (2017), Schuleingangsuntersuchung bei Seiteneinstiegen – was kann, was soll sie leisten? Ein Diskussionsbeitrag auf Grundlage der Daten aus dem Gesundheitsamt Frankfurt am Main, *Das Gesundheitswesen*, 80 (4), 317–324.
- Keilson, Hans (1979), *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern*, Stuttgart.
- King, Vera (2016), Zur Psychodynamik von Migration: Muster transgenerativer Weitergabe und ihre Folgen in der Adoleszenz, *Psyche*, 70 (9), 977–1002.
- Kobelt, Axel/Göbber, Julia/Petermann, Franz (2011), Die Bedarfsfrage in der Rehabilitation und die Versorgung neuer Zielgruppen: Migranten in der psychosomatischen Rehabilitation, *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 54 (4), 475–481.
- Kouider, Esmahan Belhadj et al. (2013), Störungen des Sozialverhaltens bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund, *Kindheit und Entwicklung*, 22 (2), 113–122.
- Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (2016), *Das Bielefelder Modell zur Schuluntersuchung – Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen*, www.lzg.nrw.de/9111657, 2.4.2017.
- Laucht, Manfred/Schmidt, Martin/Esser, Günter (2002), Motorische, kognitive und sozial-emotionale Entwicklung von 11-Jährigen mit frühkindlichen Risikobelastungen: späte Folgen, *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30 (1), 5–19.
- Law, James/Garrett, Zoe/Nye, Chad (2003), Speech and Language Therapy Interventions for Children with Primary Speech and Language Delay or Disorder, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, No CD004110.
- Leuzinger-Bohleber, Marianne et al. (2016), Frühe Elternschaft bei traumatisierten Migranten und Geflüchteten und ihre transgenerativen Folgen, *Psyche*, 70 (9), 949–976.
- Lincoln, Alisa K. et al. (2016), The Impact of Acculturation Style and Acculturative Hassles on the Mental Health of Somali Adolescent Refugees, *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18 (4), 771–778.
- Lisker, Andres (2010), *Sprachstandsfeststellung und Sprachförderung im Kindergarten sowie beim Übergang in die Schule – Expertise im Auftrag des Deutschen Jugendinstituts*, http://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/Expertise_Sprachstandserhebung_Lisker_2010.pdf, 9.4.2017.

- Meltzer, Howard et al. (2003), Mental Health of Children and Adolescents in Great Britain, *International Review of Psychiatry*, 15 (1–2), 185–187.
- Ministerium für Inneres und Kommunales (1997), *Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen vom 25.11.1997, zuletzt geändert durch Gesetz vom 30.4.2013*, https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_de/tail?sg=0&menu=1&bes_id=4659&anw_nr=2&aufgehoben=N&det_id=289943, 1.4.2017.
- Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen (2005), *Schulgesetz für das Land Nordrhein-Westfalen vom 15.2.2005, zuletzt geändert durch Gesetz vom 6.12.2016*, <https://www.schulministerium.nrw.de/docs/Recht/Schulrecht/Schulgesetz/Schulgesetz.pdf>, 15.7.2018
- Möhrle, Birgit et al. (2016), Verhaltensauffälligkeiten und Lebensqualität bei männlichen unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen in Jugendhilfeeinrichtungen in Deutschland, *Kindheit und Entwicklung*, 25 (4), 204–215.
- Monahan, Elise (2015), *Speech Therapy Exercises for Kids: An Essential Guide Full of Activities and Strategies for Helping Your Child with an Articulation Disorder Or Phonological Disorder*, North Charleston.
- Mueller-Bamouh, Veronika et al. (2016), Are Experiences of Family and of Organized Violence Predictors of Aggression and Violent Behavior? A Study with Unaccompanied Refugee Minors, *European Journal of Psychotraumatology*, 7 (1), 27856.
- Nasiroğlu, Serhat/Çeri, Veysi (2016), Posttraumatic Stress and Depression in Yazidi Refugees, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 2941–2948.
- Oldenhage, Marijke/Daseking, Monika/Petermann, Franz (2009), Erhebung des Entwicklungsstandes im Rahmen der ärztlichen Schuleingangsuntersuchung, *Das Gesundheitswesen*, 71 (10), 638–647.
- Oras, Reet/Ezpeleta, Susana Cancela de/Ahmad, Abdulbaghi (2004), Treatment of Traumatized Refugee Children with Eye Movement Desensitization and Reprocessing in a Psychodynamic Context, *Nordic Journal of Psychiatry*, 58 (3), 199–203.
- Özer, Serap/Sirin, Selcuk/Oppedal, Brit (2013), *Bahcesehir Study of Syrian Refugee Children in Turkey*, <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenter/filer/studier/ungkul/bahcesehir-study-report.pdf>, 15.7.2018.
- Panter-Brick, Catherine/Grimon, Marie-Pascale/Eggerman, Mark (2014), Caregiver – Child Mental Health: A Prospective Study in Conflict and Refugee Settings, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55 (4), 313–327.
- Petermann, Franz/Petermann, Ulrike (2016), Flüchtlingskinder, *Kindheit und Entwicklung*, 25 (4), 201–203.

- Petersen, TóRa/Elkliit, Ask/Olesen, Janne Gytz (2010), Victimization and PTSD in a Faroese Youth Total-Population Sample, *Scandinavian Journal of Psychology*, 51 (1), 56–62.
- Pountney, Teresa (2007), *Physiotherapy for Children*, East Sussex.
- Pynoos, Robert/Nader, Kathi (1988), Psychological First Aid and Treatment Approach to Children Exposed to Community Violence: Research Implications, *Journal of Traumatic Stress*, 1 (4), 445–473.
- Qouta, Samir/Punamäki, Raija-Leena/El Sarraj, Eyad (2003), Prevalence and Determinants of PTSD among Palestinian Children Exposed to Military Violence, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12 (6), 265–272.
- Rassenhofer, Miriam et al. (2016), Validierte Verfahren zur psychologischen Diagnostik unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge – eine systematische Übersicht, *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 65 (2), 97–112.
- Razum, Oliver et al. (2004), *Gesundheitsversorgung von Migranten*, <https://www.aerzteblatt.de/archiv/43977/Gesundheitsversorgung-von-Migranten>, 8.4.2017.
- Razum, Oliver/Spallek, Jacob (2009), *Wie gesund sind Migranten?*, http://www.hwwi.org/uploads/tx_wilpubdb/KD_12_Migranten_Gesundheit.pdf, 9.4.2017.
- Reinelt, Tilman/Vasileva, Mira/Petermann, Franz (2016), Psychische Auffälligkeiten von Flüchtlingskindern, *Kindheit und Entwicklung*, 25 (4), 231–237.
- Reis, Olaf/Jung, Petra/Häßler, Frank (2016), Mental Health in Children from Families Seeking Asylum in Mecklenburg-Western Pomerania 2007–2009 – Personal and Contextual Risk Factors, *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 65 (10), 729–743.
- Romer, Georg (2012), Psychotherapie für Flüchtlingskinder, *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 40 (2), 79–82.
- Ruf, Martina/Schauer, Maggie/Elbert, Thomas (2010), Prävalenz von traumatischen Stresserfahrungen und seelischen Erkrankungen bei in Deutschland lebenden Kindern von Asylbewerbern, *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39 (3), 151–160.
- Ruf, Martina et al. (2010), Narrative Exposure Therapy for 7- to 16-Year-Olds: A Randomized Controlled Trial with Traumatized Refugee Children, *Journal of Traumatic Stress*, 23 (4), 437–445.
- Ruf-Leuschner, Martina/Roth, Maria/Schauer, Maggie (2014), Traumatisierte Mütter – traumatisierte Kinder?, *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 43 (1), 1–16.
- Ryan, Ruth (1994), Posttraumatic Stress Disorder in Persons with Developmental Disabilities, *Community Mental Health Journal*, 30 (1), 45–54.

- Sabbioni, Marzio/Kuhn, Margot (2003), *Die migrationsspezifische Anamnese*, <http://www.transkulturellepsychiatrie.de/pdf/PrimaryCare2004.pdf>, 7.4.2017.
- Samuelson, Kristin W. et al. (2017), The Association Between PTSD and Functional Outcome Is Mediated by Perception of Cognitive Problems Rather Than Objective Neuropsychological Test Performance: Perception of Cognitive Problems in PTSD, *Journal of Traumatic Stress*, 30 (5), 521–530.
- Schäfer, Andreas/Kamp, Michael/Bering, Robert (2007), Metaanalyse zur kardiovaskulären Regulation der Posttraumatischen Belastungsstörung, *PPmP – Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 57 (2).
- Simon, Klaus (2013), *Schulärztliche Untersuchungen in NRW unter der besonderen Berücksichtigung des SOPESS*, https://www.lgl.bayern.de/aus_fort_weiterbildung/veranstaltungen/kongresse_veranstaltungen/doc/oegd_kongress_2013/nt_mi_12_vkm_2_seu_2_simon.pdf, 13.7.2018.
- Soykoek, Seval et al. (2017), Post-Traumatic Stress Disorder in Syrian Children of a German Refugee Camp, *The Lancet*, 389 (10072), 903–904.
- Stotz, Sabrina J. et al. (2015), The Relationship between Trauma, Shame, and Guilt: Findings from a Community-based Study of Refugee Minors in Germany, *European Journal of Psychotraumatology*, 6 (1), 25863.
- Summerfield, Derek E. (1995), Addressing Human Response to War and Atrocity: Major Challenges in Research and Practices and the Limitations of Western Psychiatric Models, Kleber, Rolf/Figley, Charles/Gersons, Berthold (Hrsg.), *Beyond Trauma: Cultural and Societal Dynamics*, New York, 17–29.
- Summerfield, Derek E. (2000), Childhood, War, Refugeedom and ›Trauma‹: Three Core Questions for Mental Health Professionals, *Transcultural Psychiatry*, 37(3), 417–433.
- Walig, Marco et al. (2016), Häufigkeit psychischer Störungen bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen in Deutschland, *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 45 (1), 58–68.
- Waltersbacher, Andres (2010), *Heilmittelbericht 2010: Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie*, http://gpp.kompartserver.de/imperia/md/gpp/bund/heilberufe/bund_hlmt_heilmittelbericht_2010.pdf, 27.5.2017.
- Westphal, Maren et al. (2011), Functional Impairment in Adults with Past Post-traumatic Stress Disorder: Findings from Primary Care, *Depression and Anxiety*, 28 (8), 686–695.
- Witt, Andreas et al. (2015), Hilfebedarf und Hilfsangebote in der Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen, *Kindheit und Entwicklung*, 24 (4), 209–224.

Wölfle, Sebastian et al. (2014), Somatic and Mental Health Service Use of Children and Adolescents in Germany (KiGGS-Study), *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23 (9), 753–764.

AutorInnen:

Pia Jäger, Dr. med., Sektion für Sozialpolitik und Institutionenökonomik, Fakultät für Sozialwissenschaft, Ruhr-Universität Bochum & Department of International Health, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, Niederlande

Kevin Claassen, Department für Humanmedizin, Lehrstuhl für Arbeitsmedizin und betriebliches Gesundheitsmanagement, Universität Witten/Herdecke

Philip Schillen, Sektion für Sozialpolitik und Institutionenökonomik, Fakultät für Sozialwissenschaft, Ruhr-Universität Bochum

Hanna Lembcke, Abteilung für Entwicklungspsychologie, Fakultät für Psychologie, Ruhr-Universität Bochum

Birgit Leyendecker, Prof. Dr., Abteilung für Entwicklungspsychologie, Fakultät für Psychologie, Ruhr-Universität Bochum

Notburga Ott, Prof. Dr., Sektion für Sozialpolitik und Institutionenökonomik, Fakultät für Sozialwissenschaft, Ruhr-Universität Bochum

Angela Brand, Prof. Dr. med., PhD MPH, Department of International Health, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, Niederlande

Julian Busch, Abteilung für Entwicklungspsychologie, Fakultät für Psychologie, Ruhr-Universität Bochum