

Aus dem Lehrstuhl für Sozialpädiatrie an der TU München
und dem kbo-Kinderzentrum München
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Volker Mall

und

Aus dem Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin
Institut der Ludwig-Maximilians-Universität München
Abteilung für Epidemiologie im Kindes- und Jugendalter
Direktor: Prof. Dr. Rüdiger von Kries
ehem. Direktor: Prof. Dr. Hubertus von Voss

**Somatische Gesundheit bei syrischen Flüchtlingskindern nach Trauma durch
Fluchterfahrung - Epidemiologische Erkenntnisse**

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Benedict Delf

aus

Berlin

2020

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät

der Universität München

Berichterstatter: Univ. Prof. i. R. Dr. med. Dr. h. c. Hubertus von Voss

Mitberichterstatter: PD Dr. Karl Heinz Brisch

Prof. Dr. Martin Fegg

Mitbetreuung durch die
promovierten Mitarbeiter:

Univ. Prof. Dr. med. Volker Mall,

Univ. Prof. Dr. med. Rüdiger von Kries

Dekan:

Univ. Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel

Tag der mündlichen Prüfung: 21.04.2020

Eidesstattliche Versicherung

von Benedict Delf

Ich erkläre hiermit an Eides statt,

dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Titel

Somatische Gesundheit bei syrischen Flüchtlingskindern nach Trauma durch Fluchterfahrung - Epidemiologische Erkenntnisse

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Berlin 15.05.2020

Ort, Datum

Benedict Delf

Benedict Delf

**Erklärung zur Übereinstimmung der gebundenen Ausgabe der Dissertation mit der
elektronischen Fassung**

Hiermit erkläre ich, dass die elektronische Version der eingereichten Dissertation mit dem Titel

**Somatische Gesundheit bei syrischen Flüchtlingskindern nach Trauma durch
Fluchterfahrung - Epidemiologische Erkenntnisse**

in Inhalt und Formatierung mit den gedruckten und gebundenen Exemplaren übereinstimmt.

Berlin 15.05.2020

Ort, Datum

Benedict Delf

Benedict Delf

**Die gesamte Studie wurde ermöglicht durch die Finanzierung und Unterstützung von
„Kinder im Zentrum – Für Kinder e.V.“**

(Vorsitzender: Univ. Prof. i. R. Dr. med. Dr. h. c. Hubertus von Voss)

Widmung

Ich widme diese Arbeit allen Familien und ihren Kindern, die in dieser schwierigen und konfliktreichen Zeit aus den verschiedensten Gründen ihre Heimatländer verlassen mussten. Ob noch auf der Flucht oder bereits in einem anderen Land Zuflucht gefunden, man kann mit Worten kaum beschreiben, was diese Menschen auf der Flucht und in der Zeit danach erlebt und durchgemacht haben. Durch diese Arbeit konnte ich einen Einblick in ihr Leben mit all ihren Ängsten, Sorgen und Hoffnungen bekommen. Ich bin in Gedanken bei den Familien und ihren Kindern und bewundere sie für Ihren Mut und Ihre Entschlossenheit und wünsche ihnen alles Gute für das für sie noch Unbekannte und ein herzliches Willkommen in Deutschland.

Danksagung

Ich danke zuallererst meinen Eltern Dr. med. Martin Delf und Sabrina Delf sowie meinem Bruder Federico Delf, die mich im gesamten Zeitraum des Projektes und während des Niederschreibens der Arbeit zu jeder Zeit unterstützt und motiviert haben. Des Weiteren meinen Großeltern Werner und Edith Delf sowie Gertraud und Bernd Here, der leider während der Zeit frühzeitig verstorben ist, für ihre aufmunternden Worte und Lebensweisheiten in schwierigen Momenten;

meiner Frau Maria Eugenia Maldonado für ihre humorvollen Aufmunterungen, geistreichen Anmerkungen und nicht zu vergessen für ihre liebevolle Unterstützung, die mich immer weiter voran brachte und das Ziel nicht aus den Augen verlieren ließ;

Univ. Prof. i. R. Dr. med. Dr. h. c. Hubertus von Voss für seine geduldige und kompetente Betreuung bis zum Abschluss dieser Arbeit;

Univ. Prof. Dr. med. Rüdiger von Kries, dem Leiter der Abteilung Epidemiologie, Institut für soziale Pädiatrie und Jugendmedizin und seiner ehemaligen Wissenschaftlichen Mitarbeiterin, Christina Sobotzki geb. Riedel, für ihre kompetente Hilfe bei der statistischen Auswertung;

außerdem dem Verein „Kinder im Zentrum – für Kinder e.V.“, der das gesamte Studienprojekt erst ermöglicht hat; dem gesamten Studienteam: Dr. Maesa Al-Hallak, Eva Schell, Dr. Eni Qirjako, Barbara Cludius, Cigdem Büyükyagliolu und Univ. Professor Dr. Volker Mall für eine unvergessliche, beeindruckende und lehrreiche Zeit während der Datenerhebung. Insbesondere möchte ich Korbinian Weigl danken für seine kollegiale Zusammenarbeit und seine äußerst kompetenten Korrekturen auch nach Abschluss der gemeinsamen Projektarbeit;

dem gesamten SMC als unvergessliche inspirierende und Kraft spendende Quelle der Freundschaft, die über die Jahre hinweg zu einem unabdingbaren Rückhalt geworden ist;

zu guter Letzt allen Familien, die sich bereit erklärt haben an der Studie teilzunehmen und offen waren, ihre Eindrücke, Erfahrungen, Ängste und Hoffnungen mit uns zu teilen.

I. Inhaltsverzeichnis

I. INHALTSVERZEICHNIS	7
1. EINLEITUNG	10
1.1 FLÜCHTLINGSBEGRIFF NACH DER GENFER KONVENTION	10
1.1.1 VERWENDUNG DES BEGRIFFES FLÜCHTLING UND FLÜCHTLINGSKINDER	11
1.2 WELTWEITE FLÜCHTLINGSZAHLEN	11
1.3 DIE FLÜCHTLINGSSITUATION IN EUROPA	12
1.4 DIE SITUATION IN DEUTSCHLAND	13
1.4.1 RECHTLICHE GRUNDLAGEN, DEUTSCHE GESETZGEBUNG	14
1.5 GESUNDHEITSVERSORGUNG IN DEUTSCHLAND	15
1.5.1 DAS ASYLBEWERBERLEISTUNGSGESETZ (ASYLBLG)	17
1.5.2 PROBLEME EINER ADÄQUATEN MEDIZINISCHEN VERSORGUNG.....	19
1.5.3 SITUATION DER FLÜCHTLINGE IN MÜNCHEN.....	20
1.6 DER GESUNDHEITZUSTAND VON FLÜCHTLINGEN – DEFIZITE	22
IN DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG.....	22
1.6.1 KINDERGESUNDHEIT UND UN-KINDERRECHTSKONVENTION	24
1.6.2 SOMATISCHE GESUNDHEIT UND VERSPÄTETE GESUNDHEITSVERSORGUNG	26
1.6.2.1 ALLERGIEN.....	27
1.6.2.2 ZAHNGESUNDHEIT UND KARIESPRÄVENTION.....	28
1.6.2.3 ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS	29
1.6.2.4 UNTERGEWICHT	31
1.6.2.5 IMPFUNGEN	32
1.6.3 PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN.....	33
1.6.4 TRAUMA UND FLUCHTERFAHRUNG	34
1.7 SYRIEN	35
1.7.1 SITUATION IN SYRIEN – SYRISCHER BÜRGERKRIEG.....	35
1.7.2 GESUNDHEITSVERSORGUNG IN SYRIEN – ZUSAMMENBRUCH DES	37
GESUNDHEITSSYSTEMS.....	37
1.7.3 EIN BESONDERER FALL – HANADI UND AHMAD ALI ABBAS	40
2. ZIELSETZUNG	43
3. MATERIAL UND METHODEN	47
3.1 STUDIENTEILNEHMER.....	48
3.1.1 UNTERSUCHUNGSKOLLEKTIV	48
3.1.2 REKRUTIERUNG.....	48
3.1.3 ABLAUF DER DATENERHEBUNG	48
3.2 METHODEN	49
3.2.1 FRAGEBÖGEN	49
3.2.2 PRAKTISCHES VORGEHEN.....	50
3.2.2.1 ALLGEMEIN PÄDIATRISCHE UNTERSUCHUNG.....	50
3.2.2.2 ABKLÄRUNG VON ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN - VERWENDETE TESTVERFAHREN	51

3.2.2.3 PSYCHIATRISCHE ANAMNESE UND UNTERSUCHUNG	51
3.2.2.4 GEMEINSAMER ARZTBRIEF	52
3.2.3 VERGLEICHSGRUPPE.....	53
3.2.4 DATENBEARBEITUNG UND STATISTIK.....	55
4. ERGEBNISSE.....	56
4.1 STICHPROBE	56
4.1.1 SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN	56
4.2 KÖRPERLICHE GESUNDHEIT	63
4.2.1 MEDIZINISCHE DIAGNOSEN DER SYRISCHEN KINDER	64
4.3 HYPOTHESENGELEITETER VERGLEICH	69
4.3.1 HYPOTHESE 1: SYRISCHE KINDER HABEN WENIGER ALLERGISCHE.....	69
ERKRANKUNGEN ALS KIGGS-KINDER	69
4.3.2 HYPOTHESE 2: DIE SYRISCHEN KINDER WEISEN EINE SCHLECHTERE ZAHNGESUNDHEIT AUF ALS KIGGS- KINDER.....	75
4.3.3 HYPOTHESE 3: SYRISCHE KINDER WEISEN VERMEHRT ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS AUF ALS KIGGS- KINDER.....	79
4.3.4 HYPOTHESE 4: SYRISCHE KINDER WEISEN VERMEHRT UNTERGEWICHT ODER EXTREMES UNTERGEWICHT AUF ALS KIGGS-KINDER	86
5. KASUISTISCHES KAPITEL	94
5.1 ALLGEMEINE INFORMATIONEN.....	94
5.2 FAMILIENMITGLIEDER	94
5.2.1 VATER	94
5.2.2 MUTTER	95
5.2.3 KIND 1	96
5.2.4 KIND 2	96
5.2.5 KIND 3	96
5.3 DAS LEBEN IN SYRIEN UND DIE FLUCHT	96
5.4 KÖRPERLICHE GESUNDHEIT DER FAMILIE	97
5.4.1 GESUNDHEIT DES VATERS	97
5.4.2 GESUNDHEIT DER MUTTER	98
5.4.3 GESUNDHEIT KIND 1.....	99
5.4.4 GESUNDHEIT KIND 2.....	100
5.4.5 GESUNDHEIT KIND 3.....	102
5.5 AKTUELLE SITUATION.....	104
6. DISKUSSION.....	107
6.1 ZUSAMMENFASSUNG DER HAUPTERGEBNISSE.....	107
6.2 DISKUSSION DER METHODE	108
6.3 DISKUSSION DER ERGEBNISSE	110
6.3.1 SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN	110
6.3.2 ERGEBNISSE MEDIZINISCHE VERSORGUNG.....	112
6.3.3 ERGEBNISSE SOMATISCHE UND PSYCHISCHE GESUNDHEIT	114

6.3.3.1 ALLERGIEN IM VERGLEICH	119
6.3.3.2 ZAHNGESUNDHEIT IM VERGLEICH	120
6.3.3.3 ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS IM VERGLEICH	122
6.3.3.4 UNTERGEWICHT UND STARKES UNTERGEWICHT IM VERGLEICH.....	124
7. ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK.....	126
II. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	130
III. BEGRIFFSERKLÄRUNGEN UND HINTERGRUNDINFORMATIONEN.....	133
IV. TABELLENVERZEICHNIS.....	137
V. ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	138
8. ANHANG.....	140
8.1 AUFKLÄRUNGSBÖGEN/EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG	140
8.1.1 AUFKLÄRUNGSBOGEN/EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ERWACHSENE DEUTSCH.....	140
8.1.2 AUFKLÄRUNGSBOGEN/EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ERWACHSENE ARABISCH.....	146
8.1.3 AUFKLÄRUNGSBOGEN/EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG KINDER DEUTSCH	151
8.1.4 AUFKLÄRUNGSBOGEN/EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG KINDER ARABISCH	154
8.2 ANAMNESEBÖGEN	158
8.2.1 ANAMNESEBOGEN ÜBERSICHT.....	158
8.2.2 ANAMNESEBOGEN ELTERNTEIL ANWESEND	159
8.2.3 ANAMNESEBOGEN ELTERNTEIL ABWESEND	164
8.2.4 ANAMNESEBOGEN GANZE FAMILIE	165
8.2.5 ANAMNESEBOGEN KIND	168
8.2.6. ANAMNESEBOGEN MEDIZINISCHE UNTERSUCHUNG	171
8.2.6.1 ANAMNESEBOGEN MEDIZINISCHE UNTERSUCHUNG ELTERNTEIL I.....	171
8.2.6.2 ANAMNESEBOGEN MEDIZINISCHE UNTERSUCHUNG ELTERNTEIL II.....	174
8.2.6.3 ANAMNESEBOGEN MEDIZINISCHE UNTERSUCHUNG KIND	177
8.3 WHO STANDARDWACHSTUMSKURVEN FÜR KINDER.....	189
8.3.1 WHO BMI Z-SCORES UND PERZENTILEN 2-5, 5-19 JAHRE	189
9. LITERATURVERZEICHNIS	193

In der vorliegenden Arbeit wurde aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung nur die männliche (Berufs-/Personen-) Bezeichnung verwendet. Es sind jedoch stets Personen männlichen und weiblichen Geschlechts gleichermaßen gemeint.

Als Cut-off-point für die Literaturrecherche, insbesondere bezüglich der aktuellen Ereignisse in Syrien, gilt der 31. August 2016, ich bitte dies bei der Lektüre zu berücksichtigen.

1. Einleitung

1.1 Flüchtlingsbegriff nach der Genfer Konvention

Die Ursprünge des internationalen Flüchtlingsschutzes gehen auf den Anfang des 20. Jahrhunderts zurück. Die Vorgängerorganisation der Vereinten Nationen, der Völkerbund, verabschiedete am 28.07.1951 das „Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge“, heute bekannt unter dem Namen „Genfer Flüchtlingskonvention“ (GFK). Art. 1 definiert einen Flüchtling als eine Person, die „...aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will...“ (GFK Art. 1A Nr. 2) (1). Ursprünglich hatte der Flüchtlingsschutz nur Gültigkeit für Europäer mit Fluchtursachen vor dem Jahre 1951. Mit dem Protokoll über die Rechtsstellung von Flüchtlingen im Jahre 1967 wurde dann jegliche geografische und zeitliche Einschränkung des Dokumentes aufgehoben. Damit hat ein Flüchtling im schutzsuchenden Land das Recht auf physische Unversehrtheit und Schutz vor Zurückweisung. Darüber hinaus garantiert der völkerrechtliche Schutz Flüchtlingen die gleichen grundlegenden sozialen und wirtschaftlichen Rechte wie der Normalbevölkerung. Dazu gehören Schutz vor Folter, Bewegungsfreiheit, Zugang zu medizinischer Versorgung und zum Arbeitsmarkt sowie Schulbildung. Dabei müssen sich die Geflüchteten an die Gesetze des jeweiligen Landes halten. Die GFK ist das

einziges und wichtigstes internationales Dokument für den Flüchtlingsschutz, das bis heute von 148 Ländern ratifiziert wurde (2, 3).

1.1.1 Verwendung des Begriffes Flüchtling und Flüchtlingskinder

In der folgenden Arbeit wird der Begriff Flüchtling allgemein auf alle Menschen angewendet, die sich aus in Punkt 1.1 genannten Gründen auf der Flucht befinden. Dies impliziert jedoch nicht automatisch, dass bereits eine Anerkennung als Flüchtling nach der GFK in asylrechtlichem Sinne stattgefunden hat. Als Flüchtlingskinder gelten alle Personen zwischen 0 und 18 Jahren, die ihr Land auf der Flucht verlassen haben. Man unterscheidet hier zwischen begleiteten und unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. Erstere sind in Begleitung mindestens eines für sie verantwortlichen Erwachsenen eingereist. Unbegleitete Minderjährige sind ohne eine Bezugsperson auf der Flucht. Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Gruppe der begleiteten minderjährigen Flüchtlinge.

1.2 Weltweite Flüchtlingszahlen

Weltweit befinden sich derzeit 65.3 Millionen Menschen auf der Flucht vor Krieg, Gewalt, Verfolgung, Armut, Hunger und Naturkatastrophen. Das sind 5.8 Millionen Menschen mehr als noch im Vorjahr 2015 (59.5 Millionen). Laut dem „Global Trends“ Report des UN-Flüchtlingshilfswerks (UNHCR) ist dies die höchste Zahl seit dem zweiten Weltkrieg (4). Dieser Anstieg der Flüchtlingszahlen kann durch die neuen andauernden Konflikte und Krisen in der Welt begründet werden, darunter auch der Bürgerkrieg in Syrien. Staatszerfall, chronische Konflikte und extreme Armut stellen weitere Ursachen dar (5). Die Gesamtzahl der Menschen auf der Flucht setzt sich zusammen aus 21.3 Millionen Flüchtlingen, anerkannt im Sinne der GFK, 40.8 Millionen Binnenflüchtlingen (internally displaced people/IDP's), die Zuflucht innerhalb des eigenen Landes suchen und 3.2 Millionen Asylsuchenden. Die Genfer Flüchtlingskonvention beinhaltet internationale Standards für die Behandlung von Flüchtlingen und wird vom UNHCR überwacht. Da die meisten Flüchtlinge Schutz in den Nachbarländern suchen, nehmen Entwicklungsländer derzeit 86 Prozent aller Flüchtlinge auf; vor zwanzig Jahren lag diese Zahl bei lediglich 70 Prozent. Kinder unter 18 Jahren machen mehr als die Hälfte aller Flüchtlinge aus (51%). Die meisten

anerkannten Flüchtlinge kommen aus nur drei Ländern: der Arabischen Republik Syrien (4.9 Millionen), Afghanistan (2.7 Millionen) und Somalia (1.1 Millionen) (4, 6). Es wurden im vergangenen Jahr 2015 über 2.0 Millionen Asylanträge gestellt; die höchste jemals registrierte Zahl. Deutschland war mit 441.900 eingegangenen Anträgen weltweit das Land mit den meisten registrierten Asylanträgen, gefolgt von den USA (172.700), Schweden (156.400) und der Russischen Föderation (152.500). Im Vergleich zum Jahr 2014 wurden in Deutschland damit mehr als doppelt so viel gestellte Asylanträge verzeichnet. Die Türkei nahm 2015 weltweit die meisten Flüchtlinge auf (2.5 Mio. Menschen), dann folgten der Libanon (1.1 Mio.), Jordanien (628.200) und der Irak (244.600). In den letzten fünf Jahren seit 2011 stieg die Anzahl der Menschen, die sich auf der Flucht befinden laut UNHCR über 50 Prozent an (4, 6).

1.3 Die Flüchtlingssituation in Europa

Der weitaus größte Teil der Flüchtlinge findet Zuflucht in ärmeren Ländern mit ökonomisch schlechteren Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für eine adäquate Versorgung. Aber auch in der Europäischen Union (EU) stieg die Anzahl der Asylsuchenden. Im Jahre 2015 versuchten über eine Million Flüchtlinge über das Mittelmeer nach Europa zu gelangen (7). Dabei starben 3.771 Menschen oder wurden als vermisst gemeldet. Die EU hat über die letzten Jahre hinweg versucht ein System der gemeinsamen europäischen Asylpolitik zu etablieren. Dieses beinhaltet gemeinsame einheitliche Standards und Regeln sowie eine engere Zusammenarbeit folgende Kernpunkten betreffend: die Asylverfahrensrichtlinie, die Richtlinie für Aufnahmebedingungen und die Anerkennungsrichtlinie (8). Als gesetzliche Grundlage auf europäischer Ebene dient unter anderem die Dublin-Verordnung, die gegenwärtig in ihrer dritten Fassung gilt (Dublin III). Sie regelt welcher Mitgliedsstaat verantwortlich ist für die Durchführung eines Asylverfahrens. Dabei gilt, dass ein Flüchtling in dem Mitgliedsstaat der EU Asyl beantragen muss, in dem er zuerst registriert wurde (sicherer Drittstaat). Bei einer erneuten Antragsstellung in einem anderen Land erfolgt die Rückführung in das Erstregistrierungsland der EU (9). Der Anstieg der Flüchtlingszahlen an den EU-Außengrenzen führte zu einer Überlastung der Kapazitäten, insbesondere in Griechenland, Italien und Ungarn. Überfüllte

Flüchtlingslager und nicht funktionierende Asylbehörden in den jeweiligen Ländern resultierten teilweise in Abschiebeverboten. Der Europäische Rat der Innenminister beschloss daraufhin bis zu 160.000 Flüchtlinge aus den betroffenen Ländern umzuverteilen. Auf eine generelle Verteilungsquote von Flüchtlingen konnten sich die europäischen Staaten bisher jedoch noch nicht einigen (10). Einige europäische Länder reagierten auf den Anstieg der Flüchtlingszahlen mit verstärkten Grenzkontrollen und Ausbau der Grenzschutzanlagen sowie einer Verschärfung der Gesetzgebung des Asylrechts (4).

1.4 Die Situation in Deutschland

In Deutschland ist das BAMF (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge) für die Durchführung der Asylverfahren zuständig. Für eine Aufenthaltsgenehmigung in Deutschland wird geprüft, ob Asyl- oder Schutzgründe sowie Abschiebungsverbote vorliegen. Für die Unterbringung und Versorgung der Asylsuchenden sind die Bundesländer und Kommunen verantwortlich. In Deutschland werden die Asylbewerber gemäß dem sogenannten „Königsberger Schlüssel“ auf die einzelnen Bundesländer verteilt. Dieser wird jedes Jahr entsprechend den Steuereinnahmen und den Bevölkerungszahlen neu berechnet (11). Im europäischen Vergleich ist Deutschland das Hauptzielland von Migration und hat in den letzten Jahren stark an Attraktivität unter Asylsuchenden gewonnen. Im Jahr 2015 wurden in Deutschland 476.649 Anträge auf Asyl gestellt. Personen aus Syrien sind mit 158.657 (35.9%) Erstanträgen am stärksten vertreten. Seit 2011 ist die Anzahl an Asylanträgen stetig gestiegen. Im Jahr 2015 waren 71.1% der Asylerstantragsteller jünger als 30 Jahre und mehr als zwei Drittel aller Erstanträge wurde von Männern gestellt (12). Die Schutzquote liegt für Menschen aus Syrien bei 99 Prozent. Um diesen Menschen schneller helfen zu können, wurde 2014 ein verkürztes Asylverfahren für Anträge aus Syrien und dem Nordirak eingeführt. Die Dauer des Asylverfahrens für syrische Flüchtlinge beträgt knapp vier Monate, wobei die durchschnittliche Verfahrenslänge der Anträge aller Asylbewerber bei 5.2 Monaten liegt (9-11). Die Zahl der sich in Deutschland aufhaltenden Flüchtlingskinder kann nur geschätzt werden, da es kaum verwertbare Informationen zum Alter der Kinder während der Registrierung gibt. Man

nimmt an, dass im Jahr 2015 ein Drittel der Asylanträge (137.000) von Kindern gestellt wurde (5).

1.4.1 Rechtliche Grundlagen, deutsche Gesetzgebung

In Deutschland ist die Aufnahme von Asylbewerbern und anderen Schutzsuchenden seit 2005 stark von europäischem Recht geprägt, denn mittlerweile haben europäische Rechtsgrundlagen eine weit größere Bedeutung als nationales Recht. Der Flüchtlingsschutz fällt in die Prüfungszuständigkeiten des Bundes. Bei Entscheidungen über Asylanträge unterscheidet man zwischen internationalem Schutz durch Anerkennung als Flüchtling nach der GFK (§ 3 Abs. 1 AsylVfG) und Gewährung von subsidiärem Schutz (§ 4 Abs. 1 AsylVfG) sowie Erteilung der Asylberechtigung aufgrund staatlicher Verfolgung (Art. 16 a Abs. 1 GG) und nationaler Abschiebeverbote (§ 60 Abs. 5 und 7 AufenthG) oder Ablehnung des Asylantrages (11, 12). Die Anerkennung als Asylberechtigte aufgrund staatlicher Verfolgung (Art. 16 a Abs. 1 GG) betrifft nur eine verschwindend kleine Minderheit der Flüchtlinge, da diese nur für Menschen gilt, die direkt aus dem Fluchtland mit dem Flugzeug nach Deutschland einreisen und dies auch nachweisen können (13). Die Anerkennung als Flüchtling nach der GFK sowie die Anerkennung als Asylberechtigte nach Art. 16 a Abs. 1 GG gewährt den betroffenen Personen einen hohen Schutzstatus. Damit haben sie Anspruch auf eine befristete Aufenthaltserlaubnis, eine freie Wohnsitznahme in der Bundesrepublik, unbeschränkten Zugang zum Arbeitsmarkt, alle Sozialleistungsansprüche nach SGB-Grundsicherung, Integrationsansprüche, das Recht Familienmitglieder der Kernfamilie einen Nachzug zu ermöglichen, außerdem Anspruch auf eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis, wenn nach 3 Jahren die Schutzgründe immer noch vorliegen (13). Der subsidiäre Schutz sowie humanitär begründete Abschiebeverbote gewähren den betroffenen Personen einen mittelstarken Schutz mit Anspruch auf eine Aufenthaltserlaubnis für zunächst ein Jahr mit Möglichkeit der Verlängerung, unbeschränkter Zugang zum Arbeitsmarkt und Sozial- und Integrationsleistungen (13). Die Entscheidungen über Asylanträge verteilen sich hauptsächlich auf die Anerkennung als Flüchtling (48.5%) und Ablehnungen aus unterschiedlichen Gründen (32.4%). Weitere 17 Prozent fallen auf formelle Entscheidungen, bei denen die Bundesrepublik Deutschland nicht zuständig ist, da der Antragssteller zum Beispiel über ein anderes EU-Land nach Deutschland eingereist ist oder der Antrag zurückgezogen wird.

Insgesamt lag die Gesamtschutzquote (Die Gesamtschutzquote bezeichnet den Anteil der Asylbewerber, die als Asylberechtigte anerkannt werden. Sie berechnet sich aus den verschiedenen Schutzformen. Dazu gehören die Anzahl der Asylanerkennungen, der Gewährungen von Flüchtlingsschutz und der Feststellungen eines Abschiebeverbotes bezogen auf die Gesamtzahl der Entscheidungen im betreffenden Zeitraum (14)) 2015 bei 49.8 Prozent (12). Anerkannte Flüchtlinge nach dem Grundgesetz und der Genfer Flüchtlingskonvention bekommen eine Aufenthaltserlaubnis für drei Jahre und danach in der Regel einen unbefristeten Aufenthalt in Deutschland. Beim subsidiären Schutz und dem Abschiebungsverbot ist die Aufenthaltserlaubnis kürzer. Die Betroffenen erhalten eine einjährige Aufenthaltserlaubnis, die verlängert werden kann. Bei guter Integration (mündliche Deutschkenntnisse, überwiegende Sicherung des Lebensunterhalts, keine Straffälligkeit) können Geduldete nach acht Jahren ein dauerhaftes Aufenthaltsrecht bekommen (10, 13). Nach Beantragen des Asylverfahrens erhalten die Flüchtlinge in der Regel eine Aufenthaltsgestattung, die ihnen ein Bleiberecht in der Bundesrepublik Deutschland bis zum Abschluss des Asylverfahrens und einen schwachen Schutzstatus ermöglicht (13, 14).

1.5 Gesundheitsversorgung in Deutschland

Alle Menschen haben ein Recht auf Gesundheit (15). Im Art. 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte heißt es hierzu: „Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität...“ (16). Im Art. 2 des Grundgesetzes ist davon die Rede, dass jeder „... das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit...“ hat (17). Im Strafgesetzbuch heißt es in Paragraph 323c „Unterlassene Hilfeleistung“: „Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten (...) ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft“ (18). Die Gesetzeslage nach internationalem, europäischem und deutschem Recht verlangt demnach eine

gleichberechtigte und angemessene Bereitstellung von medizinischen Leistungen für Flüchtlinge im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung.

Die Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen in Deutschland ist jedoch sehr heterogen und gestaltet sich, durch die föderale Ausgestaltung bedingt, sehr unterschiedlich. Dabei unterscheiden sich der Umfang von Früherkennungsuntersuchungen und Erstversorgung von Bundesland zu Bundesland und teilweise sogar von Stadt zu Stadt (19, 20). Die Praktiken der Erstaufnahme und der Gesundheitsuntersuchung, die verschiedenen Versorgungsmodelle, sowie die inhaltlichen Auslegungen der medizinischen Leistungsansprüche des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) bedingen starke regionale Unterschiede in der Sicherstellung der gesamten medizinischen Versorgung (21). Es gibt keine repräsentativen Daten, die den Gesundheitszustand und den Zugang zur Versorgung von Asylsuchenden dokumentieren, da diese Gruppe nicht Teil des allgemeinen Gesundheitsmonitorings ist (19, 22, 23). Die Durchführung empirischer Studien ist aus diesem Grund von besonderer Bedeutung und unabdingbar, um diese Aspekte zu analysieren (24). Es gibt kaum Vergleiche mit der Normalbevölkerung, die Unterschiede im Gesundheitszustand aufzeigen könnten. Es besteht deshalb bisher nicht die Möglichkeit den spezifischen Versorgungsbedarf der Gruppe der Asylsuchenden darzustellen und zu verdeutlichen (21). Diesbezüglich deckten die deutschen Wissenschaftsakademien im Herbst 2015 deutliche Defizite in der Datenbasis zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen auf (19). In einem Konsens forderten sie „bundeseinheitliche Standards für die Erstuntersuchung und die gesundheitliche Versorgung, vorzugsweise eine medizinische Versorgung in den Erstaufnahmeeinrichtungen durch spezialisierte interdisziplinäre Polikliniken vor Ort“ (19). Weiterhin führt eine unzureichende Dokumentation oder fehlende Vernetzung der einzelnen Akteure und Strukturen zu Datenverlusten. Beispielsweise erfolgt im Normalfall nach einem Zeitraum von 15 Monaten (nach § 264 Sozialgesetzbuch (SGB) V) ein Eintritt der Asylbewerber in die gesetzliche Krankenkasse. In diesem Rahmen lassen sich derzeit die Gesundheitsdaten der Asylsuchenden beim Eintritt in die Krankenkasse durch fehlende Zuordnung und Zusammenführung der Informationen nicht zuordnen. Gesundheitliche Folgen der rechtlichen Regelungen werden somit nicht erfasst und bleiben weitgehend unbekannt (24). Auch bei der Verlegung der Asylbewerber von der Erstaufnahmeeinrichtung in die Gemeinschaftsunterkünfte

gehen Informationen zum Gesundheitszustand des Einzelnen durch fehlende Weitergabe der Vorbefunde oft verloren. Ein Interviewpartner aus dem Gesundheitsamt beschreibt den Informationsfluss bei Verlegungen der Asylbewerber in einen anderen Landkreis wie folgt: „Bisher ganz schwierig. Also wenn die zu uns verlegt werden, kriege ich als Gesundheitsamt hier keine Belegungsliste, das heißt, wenn nicht was Besonderes ist, weiß ich nicht, wer hier ist“ (20).

1.5.1 Das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Es besteht in Deutschland eine gesetzliche Einschränkung der Leistungsansprüche für Asylbewerber (29). Sie haben dadurch häufig keinen Zugang zu einer adäquaten medizinischen Versorgung (25, 26, 29). Diese ist in Deutschland nicht allein vom Bedarf, sondern vom juristischen Status der betroffenen Person abhängig (45). Das Asylverfahrens- und das Asylbewerberleistungsgesetz regeln die Aspekte der medizinischen Versorgung. Die Gesetzgebung stammt aus dem Jahr 1993, als versucht wurde, den Bedarf an Unterstützung der steigenden Anzahl von Flüchtlingen in Deutschland von den allgemeinen Sozialleistungen zu trennen (27). Flüchtlinge, die im Asylverfahren sind oder geduldet werden, haben im Fall von Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 und § 6 lediglich einen Anspruch auf „Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“ (28). Die Kostenerstattung nach § 25 SGB XII („Notfallparagraf“) betrifft ausschließlich die Notfallsituation, nicht jedoch eine weiterreichende Behandlung oder die Therapie chronischer oder psychiatrischer Krankheiten, eine Kostendeckung für eine medikamentöse Dauertherapie besteht somit ebenfalls nicht (29, 30). Was eine ausreichende Versorgung und weitere Leistungen betrifft, ist oft Gegenstand von Auseinandersetzungen zwischen Asylbewerbern und Ämtern und führt nicht selten zur Leistungsverweigerung. Dabei entscheidet medizinisch nicht sachkundiges Personal in den Sozialämtern über die Notwendigkeit einer Behandlung (26, 31). Therapien und Untersuchungen, die bereits von Ärzten verordnet wurden, werden teilweise in Frage gestellt und erneut einer gutachterliche Prüfung vorgelegt (45). Das Nichtausstellen eines Krankenscheines trotz medizinischer Notwendigkeit führt zur Verzögerung der Behandlung und nicht selten zu kostenintensiven Notfallbehandlungen (32). Ein uneingeschränkter Zugang zur medizinischen Versorgung wird erst gewährt, wenn das Asylverfahren abgeschlossen ist, der Person Asyl bewilligt und eine

Aufenthaltsgenehmigung erteilt wurde. Es gilt außerdem eine uneingeschränkte medizinische Versorgung bei einer Dauer des Asylverfahrens über 48 Monate hinaus (31). Die Wartezeit auf einen uneingeschränkten Zugang zu medizinischen Leistungen wurde durch Gesetzesänderungen in den neunziger Jahren von 24 Monaten auf 36 Monate und anschließend auf 48 Monate verlängert (27). Diese Zeitspanne wurde 2015 auf 15 Monate reduziert (33). Die aktuelle Praxis zur medizinischen Versorgung gewisser Bevölkerungsgruppen in Deutschland widerspricht in Teilen der Internationalen Menschenrechtskonvention (16), den Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation (34) und den geltenden UN-Normen zu wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechten (35, 45). Dieses Vorgehen führt zu Ungleichheiten (inequities (Health inequities sind systematische Unterschiede im Gesundheitsstatus von verschiedenen Bevölkerungsgruppen und deren Ressourcen, verursacht durch externe Faktoren, wie die Lebensbedingungen und Umstände in denen diese Gruppen leben. Health inequities sind Ungerechtigkeiten, die sich der individuellen Beeinflussbarkeit entziehen und die durch adäquate politische Maßnahmen verringert werden könnten (36, 37)), bei der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen (33) und wurde in den letzten Jahren sowohl von der Zivilgesellschaft als auch von Politikern und Wissenschaftlern wiederholt kritisiert (38). Als Reaktion bildeten sich zur Unterstützung der Asylsuchenden und Verbesserung der Situation zahlreiche nichtstaatliche Gruppen und Organisationen (23). Studien zeigten, dass Migranten Angebote zur gesundheitlichen Prävention und zur Vorsorge wie Impfungen, kindliche Vorsorgeuntersuchungen und Früherkennungsuntersuchungen seltener in Anspruch nehmen (39-43). Es kommt häufig zur Verschleppung der Krankheiten und zu einer Verzögerung der Behandlung. Die Notfallambulanz wird dagegen von dieser Patientengruppe häufiger beansprucht als von der übrigen Bevölkerung. Dies spiegelt sowohl die geringere Kenntnis der Angebote des deutschen Gesundheitssystems dieser Bevölkerungsgruppe wider, als auch deren eingeschränkte Nutzungsmöglichkeiten im System (40). Im Endeffekt führt dieses Vorgehen im Vergleich zu einem uneingeschränkten Zugang zu Gesundheitsleistungen zu erhöhten Kosten für Staat und Gesellschaft (23, 30, 44). Vor allem der Fokus auf die Akut- und Notfallversorgung anstelle von Verbreitung von Prävention und Vorsorgeprogrammen verursacht deutliche Mehrkosten (33). Bei ihrer Erstregistrierung werden Flüchtlinge in Deutschland durch die örtliche Gesundheitsbehörde medizinisch untersucht. Diese

nach Paragraph 62 des Asylverfahrensgesetzes vorgeschriebene Untersuchung ist eine seuchenhygienische Maßnahme zur Vermeidung der Einschleppung ansteckender Krankheiten und dient nicht grundsätzlich der Feststellung gesundheitlicher Probleme der Betroffenen (29, 45). Zur Erstuntersuchung gehören im Alltag normalerweise eine Inaugenscheinnahme, eine Beschwerden-fokussierte Anamnese und eine Röntgen-Thorax-Aufnahme (20, 46). Weitere Untersuchungen sind von Bundesland zu Bundesland verschieden. In Bayern ist beispielsweise die HIV- und Hepatitis-Serologie Teil der Standard-Untersuchung, die in anderen Bundesländern freiwillig ist (19).

1.5.2 Probleme einer adäquaten medizinischen Versorgung

Es gibt Zugangsbarrieren zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung auf verschiedenen Ebenen. Die Patienten haben häufig andere Gesundheits- und Krankheitskonzepte, die von sozialen, kulturellen und religiösen Rahmenbedingungen abhängig sind. Besonders ausgeprägt ist dies bei durch Gewalt und Trauma entstandenen Erkrankungen. Zugangsmodelle, basierend auf einer westlichen Erfahrungswelt und naturwissenschaftlichen Hintergründen, passen oft nicht mit der Wahrnehmung und Schilderung des Patienten zusammen. Durch mangelnde Kenntnisse des deutschen Gesundheitssystems, eine unsichere Lebenssituation, geringes Vertrauen gegenüber öffentlichen Einrichtungen sowie fehlende Sprachkenntnisse können Migranten die verfügbaren Versorgungsstrukturen nicht oder nicht vollständig nutzen (20, 26, 47). Vorsorgemaßnahmen wie Gripeschutzimpfung, Krebsfrüherkennung oder Zahnprophylaxe erreichen Migranten deutlich seltener (39, 48). Dies verzögert die Diagnosefindung und Therapie und erschwert die Arzt-Patienten-Beziehung (29). Die oft konstatierte und beschriebene schlechte Compliance von Migranten ist meist nicht auf eine fehlenden Krankheitseinsicht des Patienten zurückzuführen, sondern hat ihre Ursache vor allem in kulturellen Missverständnissen und Problemen in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient (45). Aufseiten der Gesundheitseinrichtungen wird das Kommunikationsproblem verschärft, da professionelle kultursensible Dolmetscher nicht ausreichend eingebunden werden und die Verwendung computerbasierter Übersetzungssysteme bisher kaum Verwendung findet. Des Weiteren erschwert eine enge Taktung und ein geringes Zeitbudget des Personals die Diagnostik und Therapie. Ein weiteres Hemmnis sind eine schlechte Vernetzung staatlicher und nichtstaatlicher

Strukturen sowie eine fehlende Expertise bei spezifischen sozialrechtlichen und medizinischen Aspekten (29). Von Seiten des Gesundheits- und Sozialsystems fehlen bisher Richtlinien zum rationalen Screening von Infektionskrankheiten und es erfolgt keine kontinuierliche Dokumentation des medizinischen und sozialrechtlichen Status (29). Es fehlt die staatliche Koordination der medizinischen Versorgung. Als Folge entstehen zusätzliche Kosten und gesundheitliche Konsequenzen für die Betroffenen (29).

1.5.3 Situation der Flüchtlinge in München

Flüchtlinge werden nach ihrer Ankunft und Registrierung in Bayern in staatlichen Erstaufnahmeeinrichtungen untergebracht. Nach Beantragen des Asylverfahrens erhalten sie eine Aufenthaltsgestattung, die ihnen ein Bleiberecht in der Bundesrepublik Deutschland bis zum Abschluss des Asylverfahrens ermöglicht (13, 14). In München ist die zuständige Erstaufnahmeeinrichtung für ankommende Flüchtlinge die sogenannte Bayernkaserne, die von der Regierung von Oberbayern betrieben wird. Dort findet auch die bundesrechtlich vorgeschriebene Untersuchung auf Infektionskrankheiten durch das städtische Gesundheitsamt statt. In der Regel bleiben Asylbewerber sechs Wochen bis fünf Monate in der Erstaufnahmeeinrichtung, bevor sie auf Gemeinschaftsunterkünfte in ganz Bayern oder im gesamten Bundesgebiet verteilt werden. Dort bleiben sie dann in der Regel bis zum Abschluss des Asylverfahrens. In dieser Zeit ist der Aufenthalt der Asylbewerber grundsätzlich auf den Regierungsbezirk beschränkt. Dies bezeichnet man auch als Residenzpflicht.

In der Erstaufnahmeeinrichtung wird der Grundbedarf der Flüchtlinge durch die Einrichtung gedeckt (Ernährung, Unterkunft und Heizung, Mitteln zur Gesundheits- und Körperpflege, Gebrauchs- und Verbrauchsgüter des Haushalts als Sachleistung. § 3 Abs. 1 Satz 1 AsylbLG (28)). Für den persönlichen Bedarf erhalten Flüchtlinge zusätzlich eine finanzielle Unterstützung. Diese wurde jedoch seit 2015 weitgehend durch Sachleistungen ersetzt. Bestimmt wird die gesamte Versorgung ebenfalls durch das Asylbewerberleistungsgesetz (10, 28). In Bayern wurde erst durch mediale Aufmerksamkeit und öffentlichen Druck die Passage in der Durchführungsverordnung zum AsylbLG gestrichen, die zum Inhalt hatte, dass die „Umsetzung des Verfahrens die baldige freiwillige Rückkehr ins Heimatland fördern“ soll (45). Diese Art der strukturellen Gewalt (Strukturelle Gewalt ist die vermeidbare Beeinträchtigung

grundlegender menschlicher Bedürfnisse durch Gesetze, Rechtspraxis und –verfahren, die Individuen, Gruppen oder Gesellschaften davon abhält, das zu erreichen, was potentiell möglich ist (266)) kann unmittelbar Folgen für die Gesundheit von Menschen nach sich ziehen (45). In der Bayernkaserne hatten zum Zeitpunkt der Studie ein Teil der Regierung von Oberbayern, die für die Verteilung der Flüchtlinge und die administrative Verwaltung der Einrichtung zuständig war sowie der Sozialdienst für Flüchtlinge und Asylsuchende der Inneren Mission München ihren Sitz. Für dringende medizinische Fragen und Probleme gab es täglich eine zweistündige allgemeine Sprechstunde eines niedergelassenen Allgemeinarztes. Es standen jedoch weder Dolmetscher noch unterstützendes medizinisches Personal für eine adäquate medizinische Versorgung zur Verfügung. Das Sozialamt übernimmt die Behandlungskosten für die medizinische Akutversorgung der Asylbewerber (49). Dafür muss jedoch ein Krankenschein beantragt werden, der nur im Amt für Wohnen und Migration ausgestellt wird, das sich 14 km von der Erstaufnahmeeinrichtung entfernt befindet. Sozialarbeiter helfen den Flüchtlingen bei solch bürokratischen Hürden. Der offizielle Betreuungsschlüssel eines Sozialarbeiters liegt bei 1:150, jedoch werden teilweise 250 Flüchtlinge von einem Sozialarbeiter betreut (50). Wird ein Krankenschein vom zuständigen Mitarbeiter des Sozialamtes, der keinerlei medizinische Fachkenntnisse besitzt, ausgestellt, kann jeder behandelnde Allgemeinarzt aufgesucht werden. Empfiehlt dieser eine weitere fachärztliche Untersuchung, wird dies auf einem Überweisungsschein vermerkt. Jedoch müssen die betroffenen Personen dann nochmals beim Sozialamt vorsprechen, bevor die Anschlussbehandlung oder eine weitere Diagnostik genehmigt wird (31). Zum Zeitpunkt der Studienuntersuchung gab es keine ausreichenden medizinischen Versorgungsstrukturen für die Asylbewerber. Erst durch öffentlichen Druck und ehrenamtlichen Einsatz der Zivilgesellschaft konnten Veränderungen in der unzureichenden medizinischen Versorgung erreicht werden. Es gibt in München zahlreiche nichtstaatliche Einrichtungen und Organisationen, die sich um die Versorgung von Flüchtlingen kümmern.

Von der Gruppe der Asylbewerber muss die Patientengruppe der Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus getrennt werden, die gar keinen Zugang zur medizinischen Regelversorgung hat (51). So bieten „Ärzte der Welt e.V.“ mit dem

Projekt „open.med“ (51) und die „Malteser Migrantenmedizin“ (52) medizinische Sprechstunden für diese Menschen an, um zumindest eine Basisversorgung und Beratung zu gewährleisten. Bei notwendigem Bedarf wird versucht durch eine enge Kooperation mit anderen Fachärzten, Laboren, Apotheken und Krankenhäusern eine weiterführende Diagnostik und Therapie zu ermöglichen (53). Zur Unterstützung und Verbesserung der medizinischen Versorgung von Asylbewerbern hat sich in München die Studierendeninitiative der LMU (Ludwig-Maximilians-Universität) und TU München „MigraMed e.V.“ gegründet. Die Mitglieder begleiten Asylbewerber bei Arztbesuchen, organisieren Dolmetscher und Gesundheitsschulungen (54). Es gibt nach den allgemeinen Vorschriften des deutschen Kinder- und Jugendrechts (SGB VIII) besondere Regeln für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (umF), die vom Jugendamt betreut werden. Diese betreffen eine altersgerechte Unterbringung, eine zeitnahe Vormundschaftsbestellung sowie einen angemessenen Schutz und humanitäre Hilfe. In einem sogenannten Clearingverfahren erhalten die unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge eine Beratung in ausländerrechtlichen Fragen (55). Erst seit 2014 gibt es durch den Verein „REFUDOCS e.V. zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern und deren Kindern“ eine adäquate medizinische Versorgung direkt vor Ort in der Bayernkaserne. In umgebauten Containern betreibt die Organisation tägliche Sprechstunden in den Bereichen Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Psychiatrie und Pädiatrie in Form einer fachübergreifenden Bereitschaftspraxis. Finanziert wird der Verein von der Stadt München, der Regierung von Oberbayern und aus Spenden. Für die Patienten sind die Behandlung und die nötigen Medikamente kostenlos. Dolmetscher werden durch den Verein „Bayerisches Zentrum für transkulturelle Medizin“ gestellt und bei infektiösen und tropenmedizinischen Fragen hilft das Städtische Klinikum Schwabing mit seiner Abteilung für Infektiologie sowie das Tropeninstitut der LMU München mit spezieller Diagnostik und Therapie (56, 57).

1.6 Der Gesundheitszustand von Flüchtlingen – Defizite in der medizinischen Versorgung

Flüchtlinge sind eine besonders vulnerable Bevölkerungsgruppe, da sie verschiedenen Risikofaktoren vor und nach der Flucht ausgesetzt ist, die man als Prä- und Postmigrationsfaktoren bezeichnet. Krieg, Verfolgung, Folter und der Tod eines Familienmitgliedes haben ebenso einen Einfluss auf den Gesundheitszustand wie die Situation im Zielland (26). Nach der Ankunft wird vorerst das Gesundheits-, Ernährungs- und Risikoverhalten der jeweiligen Herkunftsländer beibehalten und oftmals sind die Prävalenzen von infektiösen Krankheiten ähnlich der Situation im Heimatland (58). Unterschiede im Krankheitsspektrum und Gesundheitsstatus der Gruppe der Asylbewerber im Vergleich zur Normalbevölkerung können Auskunft über health inequities des deutschen Gesundheitssystems geben. Diese beschreiben systematische Unterschiede im Gesundheitsstatus von verschiedenen Bevölkerungsgruppen und deren Ressourcen, verursacht durch die Lebensbedingungen und Umstände, in denen diese Gruppen leben (59). Die Inzidenz und Prävalenz von Infektionskrankheiten werden dann zunehmend von den Lebensbedingungen und dem Zugang zu medizinischer Versorgung des Aufnahmelandes bestimmt (60). Im Zusammenhang mit der Gesundheit von Flüchtlingen wird oft der Begriff des „Healthy Migrant Effekts“ thematisiert. Dieser geht von einer Positivauslese gesünder und leistungsfähigerer Personen durch den Prozess der Migration aus und hat seinen Ursprung in der Arbeitsmigration (45). Im Falle einer ökonomisch motivierten Arbeitsmigration ist der Begriff weiterhin aktuell. Auf Flüchtlinge in Deutschland ist dieser Effekt jedoch nur sehr eingeschränkt übertragbar. Er wird in dieser Bevölkerungsgruppe von zahlreichen Push- und Pull-Faktoren überlagert, die die Gesundheit von Flüchtlingen negativ beeinflussen (58). Dazu gehören soziale Gründe wie Diskriminierung, Isolierung und Stigmatisierung sowie ökonomische Ursachen wie Armut, schlechte Lebensbedingungen und Arbeitslosigkeit (61). Asylbewerber suchen im Zufluchtsland nicht wesentlich seltener einen Arzt oder ein Krankenhaus auf als die Normalbevölkerung. Es bestehen jedoch angebots- und nachfrageseitige Zugangshürden bei der medizinischen Versorgung, die dazu führen, dass Asylbewerber ein hohes Risiko für Unter-, Über- und Fehlversorgung haben (53). Flüchtlinge leiden oftmals unter einer Vielzahl von Krankheiten mit einem sehr breiten Spektrum (23). Internationale Studien haben gezeigt, dass vor allem bei der Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen (62, 63), Infektionskrankheiten (30) und chronischen Erkrankungen (64) ein großes Defizit in der Versorgung von

Flüchtlingen besteht sowie insbesondere bei Kindern asylsuchender Familien (20, 65). Der sozioökonomische Status, zusammengesetzt aus Bildung, Einkommen und Beruf, verhält sich umgekehrt proportional zur Morbidität und dem Bedarf an medizinischer Versorgung (39, 66). Demnach geht ein höherer sozio-ökonomischer Status innerhalb der Gruppe der Asylsuchenden mit steigender Inanspruchnahme und geringerem Verzicht auf Arztbesuche einher (33). Die Behandlung von Folterfolgen und Traumatisierungen der Flüchtlinge gestaltet sich als besonders schwierig (45). In Umfragen zu ihrem Gesundheitsstatus beurteilen Asylsuchende diesen häufiger als schlecht und berichten über Einschränkungen im Alltag aufgrund von gesundheitlichen Beschwerden (21, 39, 67). Insgesamt ist das medizinische Versorgungssystem noch nicht ausreichend gut gerüstet für die speziellen Bedürfnisse von Flüchtlingen und die interkulturelle Öffnung der Institutionen des Gesundheitssystems noch unterentwickelt (68).

1.6.1 Kindergesundheit und UN-Kinderrechtskonvention

Alle Kinder haben die gleichen Rechte, unabhängig von ihrer Herkunft, Zugehörigkeit oder rechtlichem Status. Bei allen öffentlichen oder privaten Maßnahmen steht das Wohl des Kindes im Vordergrund und soll Grundlage aller Entscheidungen sein. Kinder haben neben den Menschenrechten als Kinder eigenständige Rechte (69). Grundlage dafür ist die UN-Kinderrechtskonvention (UN-KRK) (70, 71). Außerdem sind Minderjährige eine besonders schutzbedürftige Gruppe, und es gelten gesonderte Rechte der Asylverfahrensrichtlinie (2013/32/EU) und der Aufnahmerichtlinie (2013/33/EU) im europäischen Recht (72). Kinder haben ein Recht auf Gesundheit. So heißt es in Artikel 22 (1) der KRK: „Die Vertragsstaaten treffen geeignete Maßnahmen, um sicherzustellen, dass ein Kind, das die Rechtsstellung eines Flüchtlings begehrt (...), angemessenen Schutz und humanitäre Hilfe bei der Wahrnehmung der Rechte erhält“ (73). Im Artikel 23-29 sind die Versorgungsrechte definiert, „die jedem Kind das Recht auf das erreichbare Höchstmaß von Gesundheit sowie auf eine Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung, Bildung, angemessene Lebensbedingungen, Ernährung und Kleidung, eine menschenwürdige Wohnung und auf soziale Sicherheit garantieren“ (69, 73). Die Kinderrechtskonvention schützt auch das Verhältnis zwischen Eltern und ihren Kindern. Deutschland hat 2010 die bei der Ratifizierung der Kinderrechtskonvention abgegebene Vorbehaltserklärung zurückgenommen. Damit

gilt seit diesem Zeitpunkt die UN-KRK uneingeschränkt für alle in Deutschland lebenden Kinder.

Kinder sind ein besonders vulnerabler Teil der Bevölkerung und ihre Gesundheit kann weltweit als sensibler Indikator für die allgemeine Gesundheitssituation eines Landes oder einer sozialen Gruppe betrachtet werden (40). Die Gesundheit von Kindern wird vor allem durch die Lebensweise der Familie, deren sozioökonomischen Status und teilweise durch genetische Faktoren bestimmt (74). Wie auch Erwachsene sind Kinder vor und während der Flucht erheblichen Belastungen ausgesetzt (75), und es wird vermutet, dass ihr psychischer wie auch physischer Gesundheitsstatus schlechter sind als der von Kindern ohne Fluchterfahrung (76, 77). Ein „Healthy-Migrant-Effekt“, der ähnlich wie bei Erwachsenen besagt, dass tendenziell gesündere Kinder aufgrund von Selektionsvorteilen vor und während der Flucht in Deutschland ankommen, wird auch bei Flüchtlingskinder diskutiert (40). Bedingt durch Belastungen während der Flucht und in den Zielländern gehen diese potentiell protektiven Faktoren jedoch verloren. Im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts (RKI) wurde gezielt eine Kinder- und Jugendgesundheitsstudie (KiGGS) durchgeführt. Menschen mit Migrationshintergrund werden in diese Studie gezielt mit eingeschlossen, jedoch ist die Gruppe der Asylsuchenden und Flüchtlinge bisher im Monitoring kaum berücksichtigt (67, 78). Die Mehrzahl der Kinder, zirka 90 Prozent, reist mit ihren Eltern gemeinsam nach Deutschland. Die zweite Gruppe sind die unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge. Diese müssen gesondert betrachtet werden und sind vorzugsweise von negativen Einflüssen betroffen, die sich auch nachteilig auf ihre Gesundheit auswirken (79, 80).

Das deutsche Gesundheits- und Bildungssystem nimmt nur sehr unzureichend auf die besonderen Bedürfnisse von jungen Flüchtlingen Rücksicht. Der Anspruch auf Gesundheitsleistungen richtet sich wie auch bei Erwachsenen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Werden aus diesem Grund Leistungen zur Gesundheitsvorsorge nicht gewährt, kann das für die Kinder weitreichende Folgen haben. Das betrifft vor allem die Nichtübernahme der Kosten für Brillen, Zahnsparungen oder Haltungsschäden (55). Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge und Kinder von Asylbewerbern haben im Rahmen des AsylBLG jedoch auch Anspruch auf Impfungen und weitere notwendige medizinische Untersuchungen. Bei unbegleiteten

minderjährigen Flüchtlinge übernimmt das Jugendamt die Leistungen, wohingegen bei begleiteten Kindern das Sozialamt zuständig ist (5).

1.6.2 Somatische Gesundheit und verspätete Gesundheitsversorgung

Der Begriff somatisch stammt aus dem Griechischen (σῶμα, soma) und bedeutet den Körper oder den Leib betreffend. Somatische Beschwerden haben demnach eine organische Ursache und sind von psychischen Krankheiten zu unterscheiden. Eine klare Grenze zwischen psychischen und somatischen Erkrankungen gibt es jedoch nicht. Vielmehr zeigt die Literatur Übergänge, Interaktionen und Komorbiditäten bei der jeweiligen Krankheitsform (81). Es gibt noch sehr wenig Literatur zu somatischen Erkrankungen von Flüchtlingskindern. Man nimmt jedoch an, dass Flüchtlinge eine schlechtere physische Gesundheit haben als andere Teile der Bevölkerung (82). Außerdem sind die Krankheiten bei ärztlicher Vorstellung deutlich weiter fortgeschritten und es drohen häufiger Komplikationen und Chronifizierung auf Grund der verspäteten Versorgung (83, 84). Flüchtlinge neigen zu Somatisierungen, sodass häufig eine Vorstellung zur Abklärung somatischer Beschwerden erfolgt, die jedoch ein psychisches Leiden als Ursache haben (85). So leiden Asylbewerber insbesondere häufiger an Kopfschmerzen, Mattigkeit und Erschöpfung (86). Grundlegend unterscheidet sich die Gesundheit von Migranten und Nicht-Migranten nicht. Das Krankheitsspektrum entspricht hauptsächlich dem einer allgemeinärztlichen Praxis (87). Es bestehen jedoch erhöhte Erkrankungsrisiken für Infektionskrankheiten, die durch die Lebens- und Umweltbedingungen in den Heimatländern bedingt sind. In vielen Ländern mit niedrigerem Lebensstandard sind explizit infektiöse Krankheiten die Hauptursache für Morbidität und Mortalität. Zusätzlich können der Migrationsprozess sowie die Situation im Aufnahmeland, wie die Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften, ein erhöhtes Risiko für die Exposition darstellen (61). Zum Zeitpunkt der Einwanderung spiegelt demnach das Auftreten von Infektionskrankheiten primär die epidemiologische Lage im Heimatland wider (53, 60). In den Erstaufnahmeeinrichtungen treffen die Menschen aus unterschiedlichen Regionen der Welt aufeinander und leben auf engstem Raum zusammen. Das fördert das Risiko der gegenseitigen Infektion, weshalb diese Krankheitsbilder eine dringende ärztliche Diagnostik und Therapie verlangen (19). Insgesamt wird die Verbreitung von hochkontagiösen und neuen Erregern durch Asylbewerber jedoch überbewertet. Es

trifft im Gegenteil zu, dass diese Gruppe bedingt durch unvollständige Impfungen und die Strapazen der Flucht selbst besonders gefährdet ist, sich mit neuen Krankheiten im Zielland zu infizieren (88). Es wurden Ausbrüche von Infektionskrankheiten in Gemeinschaftsunterkünften registriert. Diese sind jedoch meist von in Deutschland erworbenen Infektionen verursacht wie Windpocken, Masern oder Skabies (89). Tropenmedizinische Krankheitsbilder, die bei der deutschen Bevölkerung nur sehr selten vorkommen, gewinnen immer mehr an Bedeutung und müssen - vor allem für Menschen aus Hochprävalenzländern - differentialdiagnostisch berücksichtigt werden (90). Dazu zählen Helmintheninfektionen, Hepatitiden, HIV-Infektion, Tuberkulose, Malaria, Leishmaniose, Läuserückfallfieber und Typhus abdominalis, aber auch hereditäre Krankheitsbilder wie z.B. familiäres Mittelmeerfieber oder Hämoglobinopathien wie z.B. Sichelzellenanämie, Thalassämie oder Glukose-6-Phosphatdehydrogenasemangel. Gerade bei Kindern muss insbesondere auf seltene Stoffwechselerkrankungen oder angeborene Fehlbildungen wie Herzfehler geachtet werden, da Neugeborenencreening und –untersuchungen oftmals nicht erfolgt sind (91). Grundsätzlich muss sowohl in der medizinischen Erstuntersuchung, als auch in der Weiterbetreuung von Flüchtlingen mit dem Auftreten von multiresistenten Erregern gerechnet werden. So zeigte eine Studie aus dem Jahr 2015, die unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge in Frankfurt untersuchte ein vermehrtes Auftreten von ESBL (Extended Spectrum β -Lactamasen) produzierenden Enterobakterien sowie multidrug-resistent (3MDR, 4MDR) gram-negative Bakterien (92).

1.6.2.1 Allergien

Eine Allergie bezeichnet eine Überreaktion des Immunsystems auf körperfremde, normalerweise harmlose Antigene. Zu den Krankheiten des atopischen Formenkreises gehören allergisch bedingter Heuschnupfen (Rhinokonjunktivitis), Asthma und Kontaktdermatitis (Neurodermitis) (93). Die Gründe für allergische Erkrankungen sind nicht vollends geklärt. Man geht von einer multifaktoriellen Genese aus genetischer Disposition (atopische Erkrankungen der Eltern), Umweltfaktoren und speziellen Lebensstilen aus (47, 94). Weltweit wird ein genereller Anstieg von Erkrankungen des allergischen Formenkreises verzeichnet, jedoch gibt es große Unterschiede bei der regionalen Verteilung (95). In den westlichen Industrienationen verdoppelten bis verdreifachten sich die Prävalenzen für allergische Erkrankungen in den letzten sechzig

Jahren (95, 96). Bei Kindern und Jugendlichen machen allergische Erkrankungen einen Großteil der gesundheitlichen Beschwerden aus (39). Studien zur Allergieprävention für Kinder mit allergischen Erkrankungen in der Familie ergaben folgende Faktoren mit protektivem Wert: Ausschließliches Stillen in den ersten Lebensmonaten, Vermeiden von Tabakrauch, keine Haustiere mit Fell im Haushalt sowie ein Innenraumklima mit wenig Wachstum von Hausstaubmilben und Schimmelpilzen (97). Der Bericht „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“ sowie die Jugendgesundheitsstudie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zeigen ein geringeres Auftreten von allergischen Erkrankungen bei Kindern mit Migrationshintergrund. Auch weitere nationale und internationale Studien stützen die Datenlage und die Hypothese, dass ein Aufwachsen unter hygienisch weniger günstigen Bedingungen das Auftreten von allergischen Erkrankungen verringert (98-105). Allergische Erkrankungen kommen vermehrt in Bevölkerungsgruppen mit einem höheren sozialen Status und einem westlichen Lebensstil vor (106). Im Zeitverlauf findet ein Angleichen der Prävalenz von atopischen Erkrankungen zwischen deutschen Kindern und Kindern mit Migrationshintergrund statt. Dies deutet darauf hin, dass Umweltbedingungen und Lebensumstände eine größere Rolle spielen als genetische Faktoren (107). Studien zeigen eine geringere Prävalenz von Asthma bei Kindern in arabischen Ländern (108, 109) sowie in Entwicklungs- und Schwellenländern im Vergleich zu westlichen Industrienationen (110).

1.6.2.2 Zahngesundheit und Kariesprävention

Karies verursacht bereits im Kinder- und Jugendalter bleibende Schäden, kann jedoch durch geeignete Maßnahmen aktiv vermieden werden. Aus diesem Grund kommt der Kariesprävention eine besondere Bedeutung zu (47). Die Hauptsäulen der Kariesprävention sind eine zahngesunde Ernährung, richtige Zahn- und Mundpflege sowie Vorsorgeuntersuchungen, Fissurenversiegelung und die Anwendung von Fluoriden durch den Zahnarzt. Dabei spielen sowohl Individual- als auch Gruppenprophylaxe eine bedeutende Rolle und sind gesetzlich verankert (111). Bei den zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen wird eine Mundgesundheitsaufklärung durchgeführt, der Mundhygienestatus erhoben sowie eine Fluoridierung als auch Fissurenversiegelung vorgenommen (111). Die Mund- und Zahngesundheit gibt ebenfalls Aufschluss über den allgemeinen Gesundheitsstatus und kann als guter

Indikator für das individuelle gesundheitsrelevante Verhalten betrachtet werden (53). Vergleichende Studien haben gezeigt, dass sich die Zahngesundheit in Deutschland in den letzten Jahren sehr verbessert hat und sich der Kariesbefall besonders auf eine kleine Gruppe konzentriert. Betroffen sind vor allem Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund und einem niedrigen sozialen Status (39, 53, 112-114). Ergebnisse der KiGGS Studie zeigten bei Untersuchungen des Mundgesundheitsverhaltens und der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen ähnliche Ergebnisse. Bei den 29% der Kinder und Jugendlichen, die sich nur einmal täglich oder seltener die Zähne putzten, gab es einen Gradienten für die jeweilige soziale Schicht aus der die Kinder stammten (niedrig: 39%, mittel: 28%, hoch: 22%). Bei Kindern mit Migration war der Anteil am höchsten (45%). Dies zeigte sich auch bei der Teilnahme von zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen (114). Es haben sich außerdem geschlechterspezifische Unterschiede gezeigt, wobei sich Mädchen signifikant häufiger die Zähne putzen als Jungen. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer gleicht sich das Zahnputz- und Vorsorgeverhalten der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund den Kindern aus Deutschland an (78). Erste Studien zu Flüchtlingskindern haben ebenfalls gezeigt, dass beim ersten medizinischen Kontakt besonders auf den Zahnstatus und die Mundhygiene geachtet werden soll, da viele der Kinder und Jugendlichen zum Zeitpunkt der Untersuchung selten bis nie einen Zahnarzt aufgesucht hatten (115). Oftmals fehlt das Problembewusstsein für die Karies verursachende Wirkung von Zucker, bedingt durch andere Essgewohnheiten in den Herkunftsländern. Hinzu kommt ein sich veränderndes Spektrum an Nahrungsmitteln verbunden mit künstlichen Zuckerzusätzen, die das Risiko für Karies zusätzlich noch erhöhen (47).

1.6.2.3 Übergewicht und Adipositas

Übergewicht und Adipositas sind nach der WHO definiert als eine übermäßige, über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfettes, das die Gesundheit beeinträchtigen kann (116). Sie nehmen immer weiter an Bedeutung zu und stellen aus „Public Health“-Sicht mittlerweile ein weltweites Problem dar. Auch bei Kindern und Jugendlichen spielt Übergewicht sowohl in Industrienationen als auch in Entwicklungs- und Schwellenländern eine immer größere Rolle. Auswirkungen betreffen nicht nur den aktuellen Gesundheitsstatus, Lernfähigkeiten und Aufmerksamkeit der Personen

(117), sondern haben auch einen negativ prädikativen Wert für Übergewicht und Folgeerkrankungen sowie chronische Krankheiten im Alter (118, 119). Übergewicht bereits im frühen Kindesalter beeinträchtigt die soziale und psychologische Entwicklung der Kinder langfristig (118). In absoluten Zahlen gibt es mehr übergewichtige und adipöse Kinder in Entwicklungs- und Schwellenländern als in Industrienationen (120). Letzte Studien konnten zeigen, dass Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen nicht mehr nur ein medizinisches Problem für den Einzelnen darstellen sondern, dass diese Problematik mittlerweile eine gesamtgesellschaftliche Relevanz besitzt. Die KiGGS Studie registrierte in ihrer letzten Erhebung 15% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland mit Übergewicht, wobei ein Drittel von ihnen die Grenze zur Adipositas überschritten (121). Zur Bestimmung wird der Body Mass Index (BMI = auch Körpermasseindex, Körpergewicht in kg dividiert durch Körpergröße in Meter zum Quadrat) zur Abschätzung des Körperfettanteils verwendet. Bei Erwachsenen spricht man laut WHO bei einem BMI $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ von Übergewicht (Präadipositas) und bei einem BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ von Adipositas (BMI $30 < 35 \text{ kg/m}^2$ = Adipositas Grad I, BMI $35 < 40 \text{ kg/m}^2$ = Adipositas Grad II, BMI $> 40 \text{ kg/m}^2$ = Adipositas Grad III) (122). Bei Kindern und Jugendlichen müssen alters- und geschlechtsspezifische Veränderungen des BMI mit speziellen Referenzperzentilen berücksichtigt werden. Übergewicht ist dann definiert als der Verlauf der BMI-Perzentile oberhalb der 90er Perzentile (bei WHO z-score Kurven $> + 1$ Standardabweichung (engl. standard deviation)) und Adipositas oberhalb der 97er Perzentile (bei WHO z-score Kurven $> + 2 \text{ SD}$) (123, 124). Die Entstehung von Adipositas beruht ebenfalls auf einem Modell multifaktorieller Genese. Dabei spielen genetische Disposition, Übergewichtförderndes Verhalten sowie sozioökonomische und umweltbezogene Faktoren eine Rolle (125, 126). Bei einer vergleichenden Untersuchung im Rahmen der KiGGS Studie von Kindern mit Migrationshintergrund und deutschen Kindern zeigte sich überproportional häufig Übergewicht bei Migrantenkindern (19.5% gegenüber 14.1%) (78, 127, 128). Eine Studie in Bayern zu Adipositas bei Kindern und Jugendlichen zeigte ebenfalls höhere Adipositasraten bei Kindern nichtdeutscher Herkunft (6.9 - 7.8%) als bei einheimischen Kindern (3%) (53). Eltern, die nicht aus Deutschland oder Westeuropa stammen, befinden ihre Kinder trotz normalem Gewicht oftmals als zu dünn (78). Hinzu kommt der Einfluss des sozialen Status der Eltern auf das Risiko der Kinder, an Übergewicht zu leiden. Je

geringer der soziale Status der Eltern desto häufiger lässt sich Übergewicht und Adipositas bei den Kindern feststellen (39). Eine Studie aus dem Jahr 2009 zeigt für syrische Kinder eine etwas höhere Prävalenz von Übergewicht und Adipositas im Vergleich zu der europäischen Bevölkerung (129). Die letzten verfügbaren Daten der WHO für Syrien zu Adipositas stammen aus dem Jahre 2008 und weisen eine deutlich erhöhte Prävalenz im Vergleich zu Deutschland auf (Männer Syrien 23.8% vs. 23.1% Männer Deutschland, 39.0% Frauen Syrien vs. 19.2% Frauen Deutschland) (130, 131).

1.6.2.4 Untergewicht

Die WHO definiert Untergewicht als ein in Relation zur Körpergröße zu niedrig ausfallendes Körpergewicht. Auch hier dient der BMI als Vergleichswert (BMI 17.0 - < 18.5 kg/m² = leichtes Untergewicht, BMI 16.0 - < 17.0 kg/m² = mäßiges Untergewicht, BMI < 16.0 kg/m² = starkes Untergewicht). Bei Kindern und Jugendlichen verwendet man wie schon beim Übergewicht geschlechtsspezifische Altersperzentilen für den BMI. Dabei entspricht ein BMI unter der 10. Perzentile oder > -2 SD Untergewicht und ein BMI unter der 3. Perzentile oder > -3 SD starkem Untergewicht. Die Konstatierung von Untergewicht allein gibt noch keinen Aufschluss über die Ursachen und bezeichnet lediglich ein Abweichen von der Norm im Vergleich mit anderen Kindern des selben Alters und Geschlechts. Die WHO unterscheidet zwischen Untergewicht und Unterernährung. Dabei kann Unterernährung oder Mangelernährung ein Grund für Untergewicht sein (132, 133), jedoch gibt es eine Vielzahl von weiteren Ursachen wie beispielsweise angeborene Stoffwechselstörungen, chronische Krankheiten oder allgemein Erkrankungen, die einen erhöhten Katabolismus oder einen Nährstoffverlust verursachen. Eine Studie der WHO zeigt, dass Unterernährung in der frühen Kindheit mit einem erhöhtem Risiko einhergeht im späteren Leben an Adipositas zu leiden (118). Flüchtlinge sind eine Bevölkerungsgruppe, die besonders von Mangelernährung und daraus resultierendem Untergewicht und Anämie bedroht sind (134-136). Vor allem in Flüchtlingslagern sind Unterernährung und ein Mangel an Vitaminen und Mineralstoffen weit verbreitet (137, 138). Dabei wurde gerade in Flüchtlingslagern beobachtet, dass sich unter der dort lebenden Bevölkerung sowohl vermehrt Unterernährung als auch Übergewicht verbreiten (139). Drei miteinander interagierende Säulen spielen bei den Gründen für Unterernährung eine große Rolle: Nahrungsmittelunsicherheiten, unzureichende medizinische Versorgung mit daraus

resultierenden Erkrankungen und eine schlechte „Public Health“-Struktur (133). Neugeborene und Kinder unter fünf Jahren sind besonders vulnerabel gegenüber mangelhafter Ernährung und benötigen besondere Aufmerksamkeit und Ressourcen (140).

1.6.2.5 Impfungen

In Deutschland veröffentlicht die Ständige Impfkommission (STIKO) des Robert Koch-Instituts in Berlin jährlich aktualisierte Impfeempfehlungen. Migrantenfamilien haben im Allgemeinen keine Abneigung und Vorbehalte gegenüber Impfungen und sind auch nicht generell schlechter geimpft. Untersuchungen der Durchimpfungsraten haben aber gezeigt, dass es vor allem Unterschiede bei Kindern gibt, die nicht in Deutschland geboren wurden und erst später nach Deutschland eingereist sind. Hier sind die Impfungen oft unvollständig oder fehlen ganz (78, 141). Es gibt sehr unterschiedliche Ergebnisse zu Durchimpfungsraten von Familien und ihren Kindern mit Migrationshintergrund. Einige Studien sprechen von einem leichten Defizit (74) und andere Ergebnisse zeigen sogar, dass in Deutschland geborene Kinder mit Migrationshintergrund teilweise sogar besser geimpft sind als einheimische Kinder (53). Bei Untersuchungen in Erstaufnahmeeinrichtungen fiel auf, dass der Impfstatus teilweise nicht durchgehend erhoben und aufgezeigte Impflücken nicht immer geschlossen wurden (20). Das Impfschema der WHO für Syrien unterscheidet sich nur minimal vom deutschen Impfkalendar des RKI. Gemeinsam sind eine vierfache Grundimmunisierung (G4) gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Haemophilus influenzae Typ B, Hepatitis B und Polio. Weiterhin besteht in beiden Ländern eine Empfehlung für eine zweimalige Mumps-, Masern-, Röteln-Grundimmunisierung und eine einmalige Impfung gegen Meningokokken. In Syrien impft man jedoch nicht nur gegen Meningokokken des Serotyps C wie in Deutschland, sondern zusätzlich gegen die Serotypen A,W,Y. Unterschiede bestehen lediglich darin, dass in Syrien keine Impfeempfehlung gegen Varizellen, Rotaviren und Pneumokokken ausgesprochen wurde. Außerdem wird in Syrien bei Geburt gegen Tuberkulose geimpft, was in Deutschland nicht der Fall ist. In Syrien wird außer dem normalen inaktiviertem Polioimpfstoff noch ein oraler Lebend-Schluckimpfstoff verwendet, der ebenfalls viermal verabreicht wird. Die Zeiten der Impfungen unterscheiden sich in beiden Ländern nur minimal (142, 143).

1.6.3 Psychische Gesundheit und Traumafolgestörungen

Im Allgemeinen zeigen Flüchtlinge ein höheres Auftreten an psychiatrischen Erkrankungen als die Normalbevölkerung. Darunter fallen posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), Depressionen und Angststörungen mit unterschiedlichen Prävalenzen (144). Insgesamt zeigt die internationale Studienlage ein Vorkommen von Traumafolgestörungen bei Flüchtlingen von 30 - 70% (40, 145, 146). Angekommen im Zielland, können die belastenden Erfahrungen der Flucht von Krieg, Gewalt, Verfolgung und Verlust, die eine natürliche akute Belastungsreaktion hervorrufen, in einer Anpassungsstörung, Depression, posttraumatischen Belastungsstörung oder anderen Auffälligkeiten des Verhaltens oder des Affektes münden. Eine Übersichtsarbeit von mehreren internationalen Studien zeigt, dass besonders Flüchtlingskinder diesen zahlreichen psychologischen Stressfaktoren ausgesetzt sind. Dabei liegt der Anteil von Kindern mit einer diagnostizierten PTBS zwischen 19 und 54%, was in etwa der zehnfachen Prävalenz im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung entspricht (62, 76, 91). Eine Studie von Flüchtlingskindern im Libanon konstatierte sogar bei 76% der syrischen Kinder im Flüchtlingslager eine PTBS (147). Auch Untersuchungen in Asylunterkünften in Deutschland zeigen, dass die Hälfte der Flüchtlingskinder zumindest zeitweise auf die Belastungen vor, während und nach der Flucht mit psychologischen Auffälligkeiten reagiert (148). Darunter fallen auch Allgemeinsymptome wie leichte Erreg- und Reizbarkeit, Unruhe, Schlafprobleme und Alpträume, Einnässen und andere Verhaltensauffälligkeiten. In einer Metaanalyse zeigten Flüchtlinge bei depressiven Erkrankungen und Angststörungen eine doppelt so hohe Erkrankungsrate wie die Allgemeinbevölkerung (20% vs. 44% und 21% vs. 40%) (149). Es gibt Unterschiede bei der Art des erlebten Traumas. Eine direkte körperliche Gewalterfahrung und der Verlust eines nahen Familienmitgliedes beispielsweise gehen mit höheren Raten an PTBS einher (144). Eine PTBS ist nach ICD 10 definiert als „Reaktion auf ein belastendes Ereignis mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.“ Es kommt oftmals zu wiederholtem Erleben des Traumas und einem Zustand vegetativer Übererregtheit (150). Kommt es zu konkreten gesundheitlichen Folgen auf individueller Ebene, so bezeichnet man dies als „embodiment“. Dabei wird ein Zusammenhang zwischen vermeintlich externen Faktoren und dem physischen und psychischen Gesundheitszustand des einzelnen hergestellt (151, 152). Flüchtlinge die unter einer

PTBS leiden, weisen zu 60 - 100% zusätzlich psychische und/oder körperliche Erkrankungen auf (153). Untersuchungen konnten weiterhin zeigen, dass die Mehrzahl der Flüchtlingskinder über Resilienzfaktoren verfügt, die sie nach traumatischen Erlebnissen schützen, eine PTBS zu entwickeln. Außerdem besitzen Kinder ein großes Potential zur Regeneration und haben eine hohe Selbstheilungsrate. Erst wiederholte Traumata oder anhaltende Belastungssituationen führen zu schwerwiegenden längerfristigen psychischen Störungen (154-156).

1.6.4 Trauma und Fluchterfahrung

Flüchtlinge sind einer Vielzahl von Gefahren ausgesetzt. In der Literatur unterscheidet man dabei die Zeit im Heimatland vor der Flucht (preflight), die Zeit während der Flucht (flight) und die Zeit im Zielland (resettlement). Jeder Abschnitt für sich stellt eine außergewöhnliche und bedrohliche Lebenssituation dar, fern von allem bisher Erlebtem und Gewohntem. So kommt es häufig zu einschneidenden Erfahrungen, traumatischen Erlebnissen und schwierigen Lebensbedingungen, die sich negativ auf die Gesundheit der Kinder auswirken können (76, 157). Die Zeit vor der Flucht ist häufig gekennzeichnet durch Kriegserfahrung, politische oder ethnische Verfolgung, Folter Gefangenschaft oder den Tod von Familienmitgliedern (74). Diese Erfahrungen sind „Push-Faktoren“, die Menschen dazu zwingen, ihre Heimat zu verlassen. Oftmals kommen die flüchtenden Menschen aus Gebieten, in denen ein funktionierendes Gesundheitssystem nicht mehr existent ist und sie keinen Zugang zu einer Regelversorgung haben (26). Das gesellschaftliche Leben und die Infrastruktur brechen zusammen und müssen chaotischen Verhältnissen Platz machen. Der Zugang zu Bildung, gemeinnützigen Institutionen und Einrichtungen des täglichen Gebrauchs ist oft nicht mehr möglich. Das geordnete Alltagsleben kollabiert infolgedessen vollständig (75). Während der Fluchtphase sind die Menschen großer Ungewissheit und der Willkür anderer ausgesetzt. Sie müssen sich täglich neuen Herausforderungen stellen und der Tagesablauf dient oftmals allein der Erfüllung der Grundbedürfnisse zum Überleben (158, 159). Auf der Flucht, die oftmals mehrere Monate dauert, drohen zusätzlich gewalttätige Übergriffe durch Schlepper oder andere kriminelle Gruppierungen, denen sie hilflos ausgeliefert sind. Kommt es zur Trennung oder zum Tod von Familienmitgliedern, stellt dies eine hoch traumatische Erfahrung dar (5, 144). Angekommen im Zielland warten weitere Herausforderungen auf die Familien. Es

beginnt der Prozess der Akkulturation (Akkulturation bezeichnet den Assimilationsprozess von Immigranten, die in eine neue kulturelle Umwelt und Gesellschaft hineinwachsen bzw. sich ihr anpassen. (160)), welcher sich in die Phasen Kontakt, Konflikt, Krise und Anpassung einteilen lässt (161).

1.7 Syrien

1.7.1 Situation in Syrien – syrischer Bürgerkrieg

Der Syrische Bürgerkrieg ging 2016 in das sechste Jahr und Syrien ist weltweit das Land mit den meisten Vertriebenen (11.7 Millionen), darunter 4.9 Millionen Flüchtlinge, 6.6 Millionen Binnenflüchtlinge (IDPs) und fast 250.000 Asylsuchenden, die Hälfte davon sind jeweils Kinder (4, 162). Das ist einer der blutigsten und schlimmsten Konflikte unserer Zeit, bei dem weder eine politische Lösung noch ein Ende abzusehen ist (163). Der UN High Commissioner for Refugees Antonio Guterres beschrieb die Situation in Syrien als „die schlimmste humanitäre Krise unserer Zeit“ (164). Nach Angaben der Vereinten Nationen wurden bereits über 250.000 Todesopfer und über eine Million Verletzte registriert, bei täglich steigenden Opferzahlen (163). Über 1 Million syrische Flüchtlinge wurden im Jahre 2015 neu registriert. Die meisten fanden Schutz in den benachbarten Ländern Türkei, Libanon und Jordanien. Erst in der zweiten Hälfte des Jahres 2015 stieg die Zahl an syrischen Flüchtlingen, die nach Europa kamen, stark an. Dies ist vor allem auf die sich stetig verschlechternden Bedingungen in den syrischen Nachbarländern zurückzuführen. Eine adäquate Unterbringung und Versorgung können bei teils chaotischen Verhältnissen in den Flüchtlingslagern bei fehlender finanzieller Unterstützung oft nicht mehr gewährleistet werden (4). Die Entwicklungen in Syrien und im Nordirak führten zu einer Verlagerung des Zentrums der Fluchtbewegungen. Seit 2014 löste Syrien Afghanistan als Land, aus dem weltweit die meisten Flüchtlinge kommen, ab (9). Syrien ist seit dem Jahr 2005 ununterbrochen in der Liste der zehn zugangstärksten Herkunftsländer von Flüchtlingen vertreten (165). Der Syrienkonflikt begann im Jahr 2011 im Anschluss an die Aufstände und die Bewegung des „Arabischen Frühlings“. Anfangs standen zivile Protestaktionen und Demonstrationen im Vordergrund. Die Lage eskalierte jedoch schnell, als die Regierung unter Präsident Baschar al-Assad die Aufstände gewalttätig unter Einsatz des Militärs niederschlug. Daraufhin bildete sich eine bewaffnete Opposition, die für ein freies

demokratisches Syrien kämpfte. Mit der Zeit verkomplizierte sich der gesamte Konflikt und es gab immer mehr beteiligte Akteure. Sowohl die syrische Regierung als auch die mit der Zeit zersplitterte Opposition waren auf Unterstützung aus dem Ausland angewiesen, ohne die sie ihre Aktivitäten nicht finanzieren und aufrechterhalten konnten. Die Situation wurde immer komplexer und weitere regionale Konflikte vermischten sich in dem Bürgerkrieg. Fremde Staaten griffen in das Geschehen ein und die gesamte Opposition war mit dem Aufkommen des Islamischen Staates komplett gespalten. Eine Übersicht zu bewahren war fast unmöglich. Es kam vermehrt zu Luftschlägen gegen den Islamischen Staat von amerikanischer Seite als auch von Regierungstruppen, die von Russland unterstützt wurden. Den Konflikt lösten diese Aktionen nicht, vielmehr führte dies zu vermehrten Verlusten und enormem Leid unter der Zivilbevölkerung (156). Im Jahr 2016 ging das Amt für die Koordinierung humanitärer Angelegenheiten der Vereinten Nationen (OCHA - Office for the Coordination of Humanitarian Affairs) davon aus, dass 13.5 Millionen Menschen, darunter 6 Millionen Kinder, humanitäre Hilfe und Unterstützung benötigen. Es werden essentielle Dinge benötigt, darunter Wasser, medizinische Versorgung, Nahrungsmittel und Zugang zu sanitären Anlagen und Bildungseinrichtungen sowie die Versorgung mit Elektrizität (166). Fast zwei Drittel der syrischen Bevölkerung hat keinen Zugang zu sauberem Wasser, da Kläranlagen zerstört wurden und ständige Unterbrechungen in der Stromversorgung die Wasserpumpen nicht störungsfrei arbeiten lassen (163, 167). Die Entwicklung Syriens wurde um vier Jahrzehnte zurückgeworfen, verbunden mit einem rasanten Anstieg der Armut (vier von fünf Syrern leben unterhalb der Armutsgrenze), einer Verringerung der Lebenserwartung um mehr als 20 Jahre und einem fast vollständigen Zusammenbruch der Wirtschaft und des Bildungssystems (168). Die Hälfte aller schulpflichtigen Kinder in Syrien und zwei Drittel der Flüchtlingskinder gehen momentan nicht zur Schule (169, 170). Dabei hatte Syrien vor dem Bürgerkrieg eine Alphabetisierungsrate von über 90% (170). Die meisten Schulgebäude sind entweder zerstört oder dienen als improvisierter Schutzort, als Lagerhalle oder als Militärbasis (170). In den vom Islamischen Staat kontrollierten Gebieten wurden die öffentlichen Schulen komplett geschlossen. Kinder sind besonders bedroht von Missbrauch und Verstümmelung, sexueller Gewalt, Kinderarbeit und der Verpflichtung als Kindersoldaten sowie vom illegalen Menschenhandel (140, 167, 171). Die UN Human Rights Council's International

Commission of Inquiry berichtet über eine Vielzahl von Angriffen auf die Zivilbevölkerung, verübt sowohl durch Regierungstruppen als auch durch Rebellen, darunter Fälle von systematischer Folter, Vergewaltigung, Entführung, Massaker, Chemie- und Sniperangriffe, gezielt auch gegen Kinder und Schwangere (170). Weniger als drei Prozent der Vertriebenen finden Schutz in offiziellen Camps. Die Mehrheit findet Unterschlupf bei Freunden, Verwandten oder in informellen improvisierten Siedlungen (172). Der Bürgerkrieg, die Zerstörung der Infrastruktur in Dörfern und Städten und die ausländischen Sanktionen führten zur Abwertung der syrischen Währung und zu rasanten Preisanstiegen von Grundnahrungsmitteln bei gleichbleibenden Gehältern. Auch Medikamente und Gesundheitsleistungen waren von den Preisanstiegen betroffen, was dazu führte, dass sich die normale Bevölkerung diese nicht mehr leisten konnte (173). Die WHO hat zur Verbesserung der Lage einen detaillierten „humanitarian response plan“ vorgelegt, zu dessen Umsetzung bisher jedoch nur 6% der benötigten Gelder (insgesamt US \$ 141.385.094) zur Verfügung stehen (174).

1.7.2 Gesundheitsversorgung in Syrien – Zusammenbruch des Gesundheitssystems

Das syrische Gesundheitssystem setzt sich aus einem öffentlichen und einem privaten Sektor zusammen. Der öffentlich-staatliche Teil trägt vor allem die Basisgesundheitsversorgung des gesamten Landes. Alle weiteren spezialisierten Zentren und Forschungseinrichtungen, die weiterführende Diagnostik und fortgeschrittene Therapiemöglichkeiten anbieten, sind meist privat und konzentrieren sich auf die Großstädte. Vor dem Bürgerkrieg war das syrische Gesundheitssystem in der arabischen Welt angesehen, es gab renommierte Universitäten und ausreichend gut ausgebildete Ärzte. Die Patienten konnten eine adäquate professionelle medizinische Versorgung erwarten und die Lebenserwartung stieg bis auf 73 Jahre bei Männern bzw. bis auf 77 Jahre bei Frauen (175). Auch die Kindersterblichkeit sank kontinuierlich und die Durchimpfungsraten stiegen an. Beides sind Indikatoren für ein sich entwickelndes und verbesserndes Gesundheitssystem (166, 176). Im Bürgerkrieg fanden jedoch all diese Errungenschaften ein abruptes Ende. Aktuell gestaltet sich der Zugang zur Gesundheitsversorgung für den Großteil der Bevölkerung als sehr schwierig bzw. unmöglich. Gesundheitseinrichtungen wurden zerstört und es fehlt an

Fachpersonal, medizinischem Equipment und Medikamenten. Ein Großteil der Transportwege und die komplette Infrastruktur wurden zerstört oder befinden sich in den Händen von militanten Gruppen (176, 177). Im Verlauf des Bürgerkrieges wurden systematische Attacken und Luftschläge gegen Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen registriert. Die gezielte Verletzung des Rechts auf die Neutralität von medizinischem Personal und Einrichtungen stellt ein Novum in der Kriegsführung vergangener Konflikte dar. Die Kriegsparteien ignorierten kontinuierlich die Resolutionen des UN Security Councils für die Aufhebung der Belagerungszonen, für einen Zugang von humanitärer Hilfe zu den Menschen in abgeriegelten Gebieten sowie für einen augenblicklichen Stopp der Bombardierung von medizinischen Einrichtungen und Personal. Teilweise wurden nur 3.5% der belagerten Bevölkerung mit Hilfsgütern versorgt und weniger als 1% von ihnen konnte mit Nahrungsmittellieferungen erreicht werden (163). Es gibt zusätzlich Berichte von Folter, Entführungen, Vergewaltigungen, Verhaftungen und Hinrichtungen gegenüber medizinischem Personal (178, 179). Durch diese Angriffe sind mittlerweile laut einer Studie der WHO aus dem Jahr 2013 mehr als 60% der öffentlichen Krankenhäuser, 38% der Basisgesundheitsstationen und 78% der Krankentransportfahrzeuge im Land zerstört oder unbrauchbar (180). In vielen umkämpften Regionen ist der Zugang zur Basisgesundheitsversorgung nicht mehr möglich, man geht davon aus, dass mehr als zwei Drittel der Bevölkerung ohne jeglichen Zugang zu staatlichen Gesundheitseinrichtungen sind (181). Die WHO berichtet, dass mittlerweile über die Hälfte aller Ärzte entweder geflohen, verhaftet oder getötet worden ist. In den umkämpften Gebieten kann nur noch in sogenannten Untergrund-Krankenhäusern gearbeitet werden (163, 182). Es fehlt an fließendem Wasser und Frauen und Kinder können Kontroll- und Folgeuntersuchungen nicht wahrnehmen. Vorgeburtliche Betreuung und eine adäquate medizinische Versorgung während und nach der Geburt sind in vielen Gebieten mangelhaft (162, 166, 174). Dabei nahmen vor dem Bürgerkrieg 96% der syrischen Frauen Geburtshilfe von fachkundigem Personal in Anspruch. Als Konsequenz des rasanten Anstiegs der Geburten ohne medizinische Hilfe werden höhere Raten von Geburtskomplikationen, Infektionen und Früh- und Fehlgeburten konstatiert (183-185). Chronisch Kranken fehlt der Zugang zu Medikamenten, mehr als 50% von ihnen musste die medikamentöse Therapie deshalb unterbrechen (166). Vor dem Bürgerkrieg produzierte Syrien 90% der benötigten

Arzneimittel selbst. Mittlerweile herrscht ein Mangel an lebensnotwendigen Medikamenten und die Produktion ist auf unter 10% gesunken (186). Durchimpfungsraten, die vor dem Bürgerkrieg bei über 90% lagen, gingen auf unter 50% zurück und im Land wurden vermehrt Fälle von Poliovirus-, Pertussis- und Maserninfektionen registriert. Dabei galt Syrien in den letzten 14 Jahren als poliofrei (170, 176, 187-189). Impfkampagnen können durch den Bürgerkrieg nicht mehr kontinuierlich durchgeführt werden und vor allem Kinder in isolierten, belagerten Gebieten werden über Jahre hinweg nicht mit lebenswichtigen Impfstoffen versorgt. Dies führte zu einer rasanten Zunahme ungeimpfter und damit gefährdeter Kinder (190). Die prekären Lebensverhältnisse der Zivilbevölkerung während der Kriegszeit bringen erhöhte Risikofaktoren für das Ausbreiten von Infektionskrankheiten mit sich (170, 174). So wurde eine Zunahme infektiöser und parasitärer Erkrankungen wie Leishmaniose, Hepatitis A, Typhus, Brucellose, Meningitis sowie generelle akute Atemwegs- und Durchfallerkrankungen beobachtet (163, 179). Durchfall- und Atemwegserkrankungen und deren Komplikationen sind eine der Haupttodesursachen bei Kindern unter fünf Jahren (162). Während des Bürgerkriegs stieg die Todesrate an oben genannten Erkrankungen von unter Fünfjährigen von 15% auf 25 - 30% an (162, 191). Auch Mangel- und Unterernährung wurden in den Konfliktgebieten ein immer größeres Problem, da es zu Engpässen in der Versorgung von lebensnotwendigen Nahrungsmitteln kam (173, 177). Davon betroffen sind vor allem Säuglinge und Kleinkinder, bei denen sich die Mangelerscheinungen als Erstes bemerkbar machen. Diese können in der Folge weitreichende Konsequenzen für das spätere Leben wie Wachstumsveränderungen oder Alternationen des adulten Gesundheitszustandes mit sich bringen (192). Daten zur Prävalenz von Unterernährung bei Kindern gibt es kaum, abgesehen von einigen Erhebungen in den Flüchtlingslagern in den Nachbarländern. Dort wurden bei 3.2 Millionen Kleinkindern unter fünf Jahren sowie stillenden Müttern vermehrt Anämien und ein schlechter Ernährungszustand mit großer Gefahr zur Unterernährung diagnostiziert (163, 174, 193). Aus Damaskus berichtet ein Pädiater, dass vor dem Bürgerkrieg zirka ein Fall von schwerer Unterernährung pro Woche behandelt werden musste. Mittlerweile ist diese Zahl auf zehn schwerst unterernährte Kinder pro Woche gestiegen. Kinder sind auch direkt vom Kriegsgeschehen und den Folgen von Waffengewalt betroffen. So berichten Ärzte aus den Kriegsgebieten von zahlreichen Verletzten mit offenen Frakturen, Rückenmarksverletzungen,

Amputationen, Verbrennungen, die den ganzen Körper betreffen durch Brandwaffen oder Explosionen und weitere äußere und innere Verletzungen durch Schusswaffen oder Sprengsätze (162, 170, 194), siehe hierzu auch das nächste Kapitel 1.7.3. Ein besonderer Fall – Hanadi und Ahmad Ali Abbas (194). Durch den Mangel an sauberem, fließendem Wasser lassen sich die Sterilisationen für Verbände oder Operationsmaterial fast nicht durchführen. Es wird berichtet, dass aufgrund des Fehlens an Narkosemitteln Patienten vereinzelt mit Metallstangen bewusstlos geschlagen wurden (162).

1.7.3 Ein besonderer Fall – Hanadi und Ahmad Ali Abbas

Die kurze Schilderung der Lebens- und Rettungsgeschichte von Hanadi und Ahmad Ali Abbas soll zeigen, wie in einer globalisierten Welt ein Netzwerk von Helfenden, Fürsprechern, Sponsoren und schnell aktiv werdenden kompetenten Ärzten das Leben dieser beiden Kinder in einer schier aussichtslosen Situation retten konnte.

Die beiden Geschwister Hanadi (damals 12 Jahre) und Ahmad (damals 14 Jahre) werden am 13. März 2012 in der Stadt Al Qusair nahe Homs in Syrien durch einen Granatenangriff, der die Gasflasche des Küchenherdes zur Explosion brachte, schwer verletzt und erleiden lebensbedrohliche Verbrennungen. Mit Hilfe einer Gruppe der „Freien syrischen Armee“ werden die beiden schwerstverletzten Kinder zur Libanesischen Grenze und von dort durch Helfer des Internationalen Roten Kreuzes in das Krankenhaus „Hopital de la Paix“ nach Tripoli im Libanon gebracht und dort notfallmäßig versorgt. Die Ausdehnung der Verbrennungen bis 3. Grades auf der Haut betragen bei Ahmad ca. 65% und bei Hanadi ca. 75%. Ohne intensivmedizinische Versorgung und plastische Hauttransplantationen sind die beiden Jugendlichen nicht mehr zu retten. Durch die Bilder des Krisenfotografen Carsten Stormer, der zu der Zeit im Libanon und in Syrien das Ausmaß der Zerstörungen und die Fluchtbewegungen dokumentiert, verbreitet sich das Schicksal der beiden in den sozialen Medien. Ohne fremde Hilfe werden diese beiden Kinder nicht überleben. Es startet eine einzigartige Rettungsaktion über die politischen Grenzen hinweg. Persönliche Kontakte (die Münchnerin Veronika Faltenbacher, über die sozialen Netzwerke auf den Fall aufmerksam geworden, kontaktiert einen Münchner Arzt Dr. med. Hans-Georg Klein), Spendenaufrufe und -einzüge (200.000 Euro verbucht das Spendenkonto beim Verein "Kinder im Zentrum - Für Kinder e.V.") ermöglichen, dass ein Koordinationsteam in

München - Martinsried (unter der Leitung von Univ. Prof. i. R. Dr. med. Dr. h. c. Hubertus von Voss, in den achtziger Jahren Vorsitzender des Vereins Afghanistan Nothilfe) die Abholung und den Transport der beiden Kinder mit dem ADAC-Luftrettungsdienst organisiert. Die Beteiligten kontaktieren und verhandeln mit der UN-Flüchtlingshilfe im Libanon, mit der Deutschen Botschaft in Beirut, mit den Vereinten Nationen und dem Auswärtigen Amt in Berlin, um die nötigen Einreisepapiere und Visa zu organisieren. Am 31.03.2012 werden die beiden Brandopfer ins von Haunersche Kinderspital der LMU München gebracht. Ein Team von Intensivmedizinern (Leitung: Prof. Dr. med. Thomas Nicolai und OA PD Dr. med. Karl Reiter) und Plastischen Chirurgen (Leitung: Prof. Dr. med. Rainer Grantzow, Kinderchirurgische Klinik im von Haunerschen Kinderspital) versorgen die beiden notfallmäßig. Es folgen mehrere Operationen, an denen jeweils acht bis zehn Ärzte und ein Team aus OP- und Kinderkrankenpflegern beteiligt sind, die teilweise ehrenamtlich nächtelang ihre Zeit zur Verfügung stellen. Es sind Nekroseabtragungen und bis zu sechs Hauttransplantationen von Nöten. Mehr als einmal schweben die beiden Jugendlichen erneut in Lebensgefahr, bedroht von intra- und postoperativen Komplikationen wie Nierenversagen, Infektionen durch multiresistente Keime (MRSA - Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus und ESBL - Extended Spectrum β -Lactamasen, können ein erweitertes Spektrum von β -Lactam-haltigen Antibiotika spalten) oder Abstoßungsreaktionen der Transplantate. Medikamentöse Kreislaufunterstützung, spezifische Ernährungstherapie und individuell angepasste physiotherapeutische Maßnahmen werden eingesetzt, um das Leben der beiden Flüchtlingskinder zu retten. Eineinhalb Jahre verbringen die beiden insgesamt in Krankenhäusern, doch sie werden gerettet. Mittlerweile ist viel Zeit vergangen und die beiden haben bereits die Deutsche Sprache erlernt und sich in die Deutsche Gesellschaft integriert. Hanadi (17 Jahre alt) geht in die „SchlaU-Schule“ in München und will dieses Jahr ihren Mittelschulabschluss machen, um anschließend eine Ausbildung zur Krankenschwester zu beginnen. Ahmad (19 Jahre alt) hat seine Schulausbildung in der „SchlaU-Schule“ in München bereits erfolgreich abgeschlossen und beginnt eine Ausbildung zum Arzthelfer. Nebenbei leitet er noch den „Syrischen Friedenschor“.

Die Geschichte der beiden zeigt, was für eine außergewöhnliche Rettungsaktion möglich ist, wenn alle Akteure zusammen arbeiten, sich über gewisse Grenzen hinwegsetzen und sich mit viel persönlichem Engagement für ein konkretes Anliegen: Das Überleben zweier schwerstverletzter Kinder, einsetzen. Das ist beeindruckend und bewundernswert, jedoch muss auch ganz klar konstatiert werden, dass die beiden außerordentliches Glück gehabt haben, auf diese Art und Weise auserwählt worden und dem Tod entgangen zu sein. Das Schicksal vieler anderer Kinder, die täglich in den Wirren des Krieges verletzt, verschleppt oder vergewaltigt werden, kann man nur erahnen und lässt einen erschauern. Deshalb kann die Geschichte von Hanadi und Ahmad auch als Warnung und als Appell verstanden werden Flüchtlingsskinder und - jugendliche, insbesondere Verletzte unter ihnen, an den Außengrenzen Europas und Deutschlands nicht abzuweisen, sondern sie willkommen zu heißen und ihnen Sicherheit und eine Zukunftsperspektive zu geben. Das gebietet sowohl die UN-Kinderrechtskonvention als auch die Berufsordnung der Ärzte.

Quellen für die Details der Beschreibung wurden dem persönlichen Bericht von Univ. Prof. i. R. Dr. med. Dr. h. c. Hubertus von Voss, zwei Interviews der Süddeutschen Zeitung und einem Artikel der Kinderärztlichen Praxis entnommen (69, 194-196), Von Voss H, Stormer C, Klein HG, Faltenbacher V, Nicolai T, Reiter K, et al. (2016) Rettung aus höchster Lebensnot. Kinderärztliche Praxis. 87(5):302-308

2. Zielsetzung

Im Rahmen des interdisziplinären Projektes „Sozialpädiatrisches Traumazentrum“ der TU München konzentriert sich diese Arbeit auf den somatischen Gesundheitszustand von syrischen Flüchtlingskindern. Über die Gesundheit von Flüchtlingen und deren Zugang zu nationalen Gesundheitssystemen in den Aufnahmeländern gibt es bisher sehr wenige Daten (19, 22, 23, 39, 144). Gerade im Bereich der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden sind wissenschaftlich eruierte Daten die Grundlage, um spezifische Versorgungslücken aufzudecken und einen daraus folgenden Versorgungsbedarf zu erstellen. Nur mit einer solchen fundierten empirisch wissenschaftlich belegten Basis lassen sich gesamtgesellschaftliche Änderungen und Verbesserungen einleiten (22). Der Hauptfokus liegt auf der Erhebung und Dokumentation des Gesundheitszustandes der neu in Deutschland ankommenden syrischen Flüchtlingskinder durch eine pädiatrische körperliche Untersuchung und ein Anamnesegespräch mit Mutter und Kind. Damit wird exemplarisch die Punktprävalenz relevanter Krankheiten zum Zeitpunkt der Untersuchung festgehalten. Flüchtlinge stellen eine Populationsgruppe dar, die während und vor der Flucht mit traumatischen Ereignissen konfrontiert wurden. Dies stellt sie im Ankunftsland vor große physische und psychische Herausforderungen (144). Die Versorgungsstruktur und der Zugang zu einer adäquaten medizinischen Versorgung für Flüchtlingsfamilien weist sowohl praktische als auch strukturelle Barrieren auf (26). In der Erstaufnahmeeinrichtung für Flüchtlinge ist mangels Informationen und Ressourcen ein Großteil der Kinder un- oder unterversorgt. In den meisten Fällen war das Studienteam der erste ärztlich-psychologische Kontakt für die Flüchtlingsfamilien. Sowohl akute als auch chronische Erkrankungen der Flüchtlinge fanden somit keine adäquate Behandlung. Versorgungslücken und -bedarf bei syrischen Flüchtlingskindern und -jugendlichen sollen aufgezeigt und quantifiziert werden, ebenso auftretende administrative, praktische und strukturelle Hürden in der Erstaufnahmeeinrichtung. Die Besonderheit beim Fokus auf Asylbewerberfamilien aus Syrien besteht darin, dass diese aufgrund des in Syrien herrschenden Bürgerkrieges alle ihre Heimat verlassen mussten, um andernorts Schutz zu suchen. Auf der Flucht haben sie dann häufig eine oder mehrere

traumatische Erfahrungen gemacht. Die sich aus diesem Zusammenhang ergebende Kernfrage lautet:

„Wie ist der somatische Gesundheitszustand von syrischen Flüchtlingskindern nach Trauma durch Fluchterfahrung und welcher medizinischer Versorgungsbedarf ergibt sich daraus?“

Die sich daraus ableitende Arbeitshypothese heißt:

„Syrische Flüchtlingskinder weisen nach Trauma durch Fluchterfahrung eine schlechte somatische Gesundheit und einen hohen medizinischen Versorgungsbedarf auf.“

Die Ergebnisse der Untersuchungen werden mit aktueller Literatur zum Gesundheitsstand von Kindern mit Migrationshintergrund und Kindern ohne diesen verglichen und bewertet. Ergänzend soll anhand dieser ausgewählten Bevölkerungsgruppe ein Vergleich zu deutschen Kindern stattfinden. Mit dem Zugriff auf den KiGGS Datensatz durch die Abteilung Epidemiologie des Instituts für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der LMU, Leiter Univ. Prof. Dr. med. Rüdiger von Kries, kann ein Vergleich zu ausgewählten Hypothesen vorgenommen werden. Beim Aufstellen der Hypothesen muss die Vergleichbarkeit durch gleiche oder ähnliche Messinstrumente berücksichtigt und zusätzlich ein Bezug zum aktuellen Forschungsstand der zu untersuchenden Merkmale hergestellt werden. Es gilt, diese Hypothesen mit den erhobenen Daten zu syrischen Flüchtlingskinder abzugleichen und auszuwerten, ob die Hypothesen angenommen oder verworfen werden können. Im Folgenden werden kurz die einzelnen Hypothesen und ihre Herleitung aus verfügbarer Literatur beschrieben. Im Allgemeinen erfolgt die Aufstellung der Hypothese nach Recherche von Vergleichsdaten zu syrischen Kindern oder zu Attributen, die dieser Bevölkerungsgruppe zugeordnet werden konnten. Sind Informationen dieser Art nicht verfügbar, werden passende Daten zu Kindern in Deutschland mit Migrationshintergrund verwendet.

Die erste Hypothese: **„Syrische Flüchtlingskinder haben weniger allergische Erkrankungen als Kinder aus Deutschland“**, beruht vorwiegend auf der sogenannten Hygienehypothese. Diese besagt, dass Kinder, die unter hygienisch weniger günstigen Bedingungen mit häufigem Kontakt zu Infektionserregern aufwachsen weniger allergische Erkrankungen aufweisen (98-105). Dies trifft auch im Fall Syrien zu, da im Vergleich zu Deutschland ein größerer Anteil der Bevölkerung auf dem Land lebt (130, 131). Die Hypothese unterstützend kommt hinzu, dass vergleichende Studien in Deutschland ein geringeres Auftreten von allergischen Erkrankungen bei Kindern mit Migrationshintergrund und mit nicht westlich geprägtem Lebensstil aufweisen (78, 106). Bei Kindern haben Studien eine geringere Prävalenz von Asthma in arabischen Ländern (108, 109) sowie in Entwicklungs- und Schwellenländern im Vergleich zu westlichen Industrienationen gezeigt (110).

Die zweite Hypothese: **„Syrische Kinder weisen eine schlechtere Zahngesundheit auf als die Vergleichsgruppe“**, leitet sich aus vorangegangenen Studien ab, die gezeigt haben, dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund eine schlechtere Zahngesundheit aufweisen (39, 53, 112-114). Ebenso verhält es sich mit Kindern mit einem geringen sozialen Status. Auch diese zeigen eine schlechtere Zahngesundheit (39, 53, 112-114). Erste Daten zu Flüchtlingskindern sprechen ebenfalls von einem schlechten Zahnstatus, der eine besondere Beachtung verlangt (115). Beim durchgeführten Vergleich konnte aus den anerkannten Faktoren für eine gute Zahngesundheit lediglich die Teilnahme an zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen (beinhaltet eine Mundgesundheitsaufklärung, eine Erhebung des Mundhygienestatus, sowie eine Fluoridierung und eine Fissurversiegelung) als Proxy (Variable, die eine Eigenschaft misst, die durch direkte Messung nicht zugänglich ist) verwendet werden (111, 114).

Für die dritte Hypothese: **„Syrische Kinder weisen vermehrt Übergewicht und Adipositas auf als die Vergleichspopulation“**, sprechen vergleichende Untersuchungen von Kindern mit Migrationshintergrund und deutschen Kindern. Dort zeigen Migrantenkinder häufiger Übergewicht und Adipositas als deutsche Kinder (53, 78, 127, 128). Ein niedriger sozialer Status geht ebenfalls mit vermehrtem Übergewicht einher (39). Dies unterstützt die Hypothese, wenn man annimmt, dass syrische

Familien ebenfalls einen niedrigen sozialen Status aufweisen. Eine Studie aus dem Libanon zeigt für syrische Kinder eine höhere Prävalenz von Übergewicht und Adipositas im Vergleich zu der europäischen Bevölkerung (129). Die letzten verfügbaren Daten der WHO bestätigen eine deutlich höhere Prävalenz von Adipositas in Syrien im Vergleich zu Deutschland (130, 131).

Die vierte Hypothese: „Syrische Kinder weisen häufiger Untergewicht oder extremes Untergewicht auf als Kinder der KiGGS Studie“, resultiert aus den Ergebnissen verschiedener Studien, die zeigen, dass Flüchtlinge besonders von Mangelernährung und daraus resultierendem Untergewicht und Anämie bedroht sind (134-136). Vor allem in Flüchtlingslagern sind Unterernährung und ein Mangel an Vitaminen und Mineralstoffen weit verbreitet (137, 138).

Das langfristige Ziel des gesamten Studienprojektes ist das Einrichten eines Sozialpädiatrischen Traumazentrums für traumatisierte Flüchtlingskinder und ihre Familien in München.

3. Material und Methoden

Im Folgenden werden die Datenerhebung, das Studiendesign sowie die verwendeten statistischen Methoden der Auswertung beschrieben.

Am Lehrstuhl für Sozialpädiatrie der Technischen Universität München existiert seit September 2013 das Projekt „Sozialpädiatrisches Traumazentrum“. Dies ist ein Kooperationsprojekt zwischen dem Lehrstuhl für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin der TU München und dem Lehrstuhl für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der TU München und wird durch den gemeinnützigen Verein „Kinder im Zentrum – Für Kinder e.V.“ finanziert.

Zur Erhebung des Gesundheitszustandes von Kindern und Jugendlichen aus Flüchtlingsfamilien in München erfolgte in diesem Rahmen eine hypothesengenerierende Querschnittsstudie (Querschnittsstudien eignen sich dazu, die aktuelle Häufigkeit von Risikofaktoren und von Erkrankungen unabhängig vom Zeitpunkt ihres Eintritts (= Prävalenz in der Studienpopulation) zu ermitteln. Daher wird dieser Studientyp auch als Prävalenzstudie bezeichnet (197)). mit dem Kollektiv syrischer Flüchtlingsfamilien in den Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften in München und Umland.

Im Rahmen der Promotionsarbeit war der Autor Teil des Studienteams, führte Anamnesegespräche mit den Familien durch, analysierte die Daten und half bei der Organisation und Dokumentation der medizinischen Untersuchungen sowie bei der Rekrutierung der syrischen Familien. Die Fragestellung der Doktorarbeit konzentriert sich ausschließlich auf den somatischen Teil der medizinischen Untersuchung der syrischen Flüchtlingskinder, weshalb bei psychologischen und psychiatrischen Ergebnissen auf die Arbeiten der Kollegen verwiesen wird.

3.1 Studienteilnehmer

3.1.1 Untersuchungskollektiv

In den vorliegenden Analysen wurden syrische Flüchtlingskinder und -jugendliche im Alter von 0 bis 14 Jahren sowie ihre Familien berücksichtigt, die in den Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften in München und Umland bis zum 31. März 2014 an der Studie teilnahmen. Bis Ende März 2014 konnten 100 Kinder und Jugendliche in die Studie eingeschlossen werden.

3.1.2 Rekrutierung

Die Rekrutierung der syrischen Flüchtlingskinder und ihrer Familien erfolgte in der Bayernkaserne in der Heidemannstr. 60, 80939 München, der größten Erstaufnahmeeinrichtung für Flüchtlinge in München. Dort bestand zum Zeitpunkt der Erhebung die Unterbringungsmöglichkeit von bis zu 1200 Personen (198). Im Haus 18, einem der Unterbringungshäuser, konnten drei Räumlichkeiten als Untersuchungsräume für das Ärzteteam eingerichtet werden. Dort fanden die Anamnesegespräche sowie die Untersuchungen der syrischen Kinder und Jugendlichen statt.

3.1.3 Ablauf der Datenerhebung

Die Datenerhebung fand in einem mobilen Team statt, bestehend aus einer syrischen Kinderärztin Frau Dr. Maesa Al-Hallak, einer Kinder- und Jugendpsychiaterin Frau Eva Schell, einer Entwicklungspsychologin Frau Dr. Eni Qirjako, einer Diplom-Psychologin Frau Barbara Cludius, zwei Forschungspraktikanten Korbinian Weigl und Cigdem Büyükyaglioglu sowie dem Autor als Doktorand. Projektleiter ist der Vorstand des Lehrstuhls Sozialpädiatrie der TU München und Leiter des Kinderzentrums München Univ. Professor Dr. Volker Mall. Die Datenerhebung erfolgte nach folgendem Ablauf:

Zu Beginn suchte ein Teil des Teams syrische Familien in der Erstaufnahmeeinrichtung auf, um sie über das Projekt zu informieren. Bei Interesse wurden die Familien über den Ablauf der Studie aufgeklärt (siehe			8.1.1
Aufklärungsbogen/Einverständniserklärung	Erwachsene	Deutsch,	8.1.2
Aufklärungsbogen/Einverständniserklärung	Erwachsene	Arabisch,	8.1.3
Aufklärungsbogen/Einverständniserklärung	Kinder	Deutsch,	8.1.4

Aufklärungsbogen/Einverständniserklärung Kinder Arabisch, siehe Seite 138-155) und es wurde für die nächsten Tage ein Untersuchungstermin mit den Kindern und einem Elternteil vereinbart. Während dieser Rekrutierungsphase wurde das Team jeweils von kultursensiblen Dolmetschern des Bayerischen Zentrums für transkulturelle Medizin e.V. begleitet. Bis Ende Dezember 2013 wurde aufgrund mangelnder Informationen über die Familien und ihre Herkunft in der Bayernkaserne ein „convenience sampling“ (Bei einer „convenience“ Stichprobe werden nur Fälle rekrutiert, die verfügbar sind. In diesem Fall waren das syrischen Familien, die zum Zeitpunkt der Voruntersuchung bzw. Rekrutierung in ihren Unterkünften angetroffen werden konnten (199)), auch „accidental sampling“ (200) vorgenommen, wobei die Familien je nach Verfügbarkeit ausgewählt wurden. Ab Januar 2014 erhielt das Studienteam von der Regierung von Oberbayern eine Liste mit allen nach München kommenden Flüchtlingen aus Syrien, die in der Bayernkaserne untergebracht wurden. Ab diesem Zeitpunkt war es möglich, sämtliche neu ankommenden syrischen Familien in ihren Zimmern aufzusuchen und sie über die Studie zu informieren. Die anschließenden Untersuchungen beinhalteten eine allgemeine Anamnese soziodemografischer Daten (siehe 8.2.2 Anamnesebogen Elternteil anwesend, 8.2.3 Anamnesebogen Elternteil abwesend, 8.2.4 Anamnesebogen ganze Familie, 8.2.5 Anamnesebogen Kind, siehe Seite 155-165), durchgeführt vom Autor selbst oder einem der beiden Forschungspraktikanten, begleitet jeweils von einem Dolmetscher, eine pädiatrische Anamnese und eine körperliche Untersuchung, (siehe 8.2.6. Anamnesebogen medizinische Untersuchung, Seite 165-181), durchgeführt von der Kinderärztin Frau Dr. Maesa Al-Hallak, ein psychiatrisches Gespräch zur Erörterung von vorliegenden Traumata sowie eine entwicklungspsychologische Untersuchung, durchgeführt von der Kinder- und Jugendpsychiaterin Frau Eva Schell und der Entwicklungspsychologin Frau Dr. Eni Qirjako.

3.2 Methoden

3.2.1 Fragebögen

Zur Befragung wurden verschiedene Fragebögen verwendet:

- allgemeiner Fragebogen für die Eltern zur Erfassung soziodemografischer Daten (siehe 8.2.2 Anamnesebogen Elternteil anwesend, 8.2.3 Anamnesebogen Elternteil abwesend, 8.2.4 Anamnesebogen ganze Familie, Seite 154-162)
- allgemeiner Fragebogen für die Eltern zur Erfassung soziodemografischer Daten ihrer Kinder (siehe 8.2.5 Anamnesebogen Kind, Seite 162-164)
- medizinischer Anamnesebogen zur Erfassung akuter Symptome und Vorerkrankungen der Eltern (siehe 8.2.6. Anamnesebogen medizinische Untersuchung, 8.2.6.1 Anamnesebogen medizinische Untersuchung Elternteil I, 8.2.6.2 Anamnesebogen medizinische Untersuchung Elternteil II, Seite 164-169)
- medizinischer Anamnesebogen zur Erfassung akuter Symptome und Vorerkrankungen, familiärer Erkrankungen, Schwangerschaft und Neugeborenenperiode, psychomotorischer Entwicklung, Sauberkeitsentwicklung, Ernährung, Vorsorgeuntersuchungen und Impfschutz der Kinder (siehe 8.2.6.3 Anamnesebogen medizinische Untersuchung Kind, Seite 169-180)
- Anamnesebogen der medizinisch-körperlichen Untersuchung zur Erfassung der aktuellen somatischen Gesundheit der Kinder (siehe 8.2.6.3 Anamnesebogen medizinische Untersuchung Kind, Seite 169-180)

3.2.2 Praktisches Vorgehen

3.2.2.1 Allgemein pädiatrische Untersuchung

Es erfolgte eine pädiatrische Untersuchung mit Hilfe eines modifizierten Anamnesebogens des Kinderzentrum Münchens. Das Untersuchungsgespräch fand bei arabischsprachigen Familien ohne Dolmetscher statt, da die Pädiaterin, Frau Dr. Al - Hallak, selbst aus Syrien stammte und Arabisch ihre Muttersprache ist. Bei anderssprachigen Patienten wurde ein Dolmetscher hinzugezogen. Die körperliche Untersuchung beinhaltete die Dokumentation der Körpermaße, eine Übersicht aller Organsysteme sowie eine zusätzliche neurologische Untersuchung. Diese erfasste zusätzlich das Verhalten, die Sprache, das visuelle- und auditive System, die Motorik sowie die Sprache der Kinder (siehe 8.2.6.3 Anamnesebogen medizinische Untersuchung Kind). Als Untersuchungsraum diente ein unbewohntes Zimmer in der Erstaufnahmeeinrichtung, das mit einer Liege ausgestattet war. Einen ärztlichen Untersuchungskoffer brachte die Pädiaterin zu jedem Termin mit. Symptome und

Erkrankungen wurden dokumentiert und Diagnosen nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, German Modification Version 2016 (= ICD-10-GM (201)) vergeben. Beim Auftreten von akuten Krankheiten wurde den Familien ein sogenannter „Laufzettel“ ausgestellt, in dem die aktuelle Diagnose und Symptomatik festgehalten und eine dringende allgemeinärztliche oder fachärztliche Untersuchung empfohlen wurden. So wurde sichergestellt, dass die betroffenen Patienten in diesen Fällen direkt von den Sozialarbeitern einen Abrechnungsschein für die niedergelassenen Ärzte erhalten konnten. Durch diese Regelung war es den Patienten möglich, ohne den Umweg über das Sozialamt, wo sie normalerweise für einen Arztbesuch einen Krankenschein beantragen müssen, direkt einen Arzttermin zu vereinbaren und auch wahrzunehmen.

3.2.2.2 Abklärung von Entwicklungsstörungen - verwendete Testverfahren

Es wurden die am Kinderzentrum München etablierten Verfahren zur Abklärung von Entwicklungsstörungen eingesetzt. Dazu gehörten

- **M-ABC-2** (Movement Assessment Battery for Children – Second Edition Deutschsprachige Adaptation von S.E. Henderson, D.A. Sugden, A.L. Barnett, F. Petermann, K. Bös, J. Kastner) zur Überprüfung des kindlichen Leistungsvermögens in verschiedenen motorischen Bereichen bei Kindern im Alter von 3 bis 16 Jahren mit Hilfe altersentsprechender Testbatterien (202).
- **CPM** (Coloured Progressive Matrices von J. C. Raven, S. Bulheller, H. O. Häcker) zur sprachfreien Erfassung des allgemeinen Intelligenzpotentials bei Kindern von 3 bis 11 Jahren (203).
- **IDS** (Intelligence and Development Scales von A. Grob, C.S. Meyer, P. Hagmann-von Arx) zur Berechnung eines Intelligenzwertes und Beurteilung entwicklungsrelevanter Funktionsbereiche für Kinder von 5 bis 10 Jahren (204).
- **NNAT** (Naglieri Nonverbal Ability Test von J. A. Naglieri) zur Erfassung allgemeiner nonverbaler Fähigkeiten bei Kindern von 4 bis 18 Jahren (205).

3.2.2.3 Psychiatrische Anamnese und Untersuchung

Mit folgenden Instrumenten erfolgte eine psychiatrische Diagnose.

- **PTSDSSI** (Posttraumatische Belastungsstörung, Semistrukturiertes Interview und Beobachtungsbogen für Säuglinge und Kleinkinder, Scheeringa, 2003, dt. Übersetzung Graf, Irblich & Landolt, 2007) zur Erfassung einer posttraumatischen Belastungsstörung bei Säuglingen und Kleinkindern (0 bis 4 Jahre) (206, 207).
- **CBCL/1 ½-5 und 4-18** (Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach) zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten, emotionalen Auffälligkeiten, somatischen Beschwerden sowie sozialen Kompetenzen von Kindern im Alter von 1 ½ bis 18 Jahren aus Sicht der Eltern) (208, 209).
- **Kinder-DIPS** (Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter von S. Unnewehr, S. Schneider, J. Margraf) zur Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter (210).
- **BSI, BSCL** (Brief Symptom Inventory, Checklist, deutschsprachige Übersetzung von G.H. Franke, Hogrefe Verlag, Original von 1975 von Leonard Derogatis, Kurzform der Symptom-Checkliste SCL-90-R) zur Erfassung der psychischen Belastung) (211).

Alle unter 3.2.2.2 und 3.2.2.3 genannten Testverfahren zur Abklärung von Entwicklungsstörungen und Tests zur psychiatrischen Anamnese werden erwähnt, da sie Bestandteil der kompletten Untersuchung waren. Sie sind jedoch nicht Teil der vorliegenden Auswertungen. Für die Ergebnisse der oben genannten Tests wird auf die Arbeiten der Kollegen verwiesen.

3.2.2.4 Gemeinsamer Arztbrief

Anhand des Multiaxialen Klassifikationsschemas für Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO (212) wurden Diagnosen auf sechs Achsen vergeben und in einem Arztbrief an die Eltern des Kindes dokumentiert und erläutert. So sollte sichergestellt werden, dass bei Verlegung der Familien von der Erstaufnahmeeinrichtung an ihren längerfristigen Wohnsitz weiterbehandelnde Institutionen möglichst früh Gefährdungen und den Therapiebedarf erkennen und darauf reagieren können.

3.2.3 Vergleichsgruppe

Um die in der Einleitung beschriebenen Hypothesen zu überprüfen, erfolgte ein Vergleich der Daten der syrischen Kinder und Jugendlichen mit den Daten zur Kindergesundheit in Deutschland mit Hilfe der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland des Robert Koch-Instituts, Berlin. Die Erhebung der KiGGS-Daten fand über einen Zeitraum von mehreren Jahren statt. Die Vergleiche beziehen sich auf die erste Erhebungswelle - die KiGGS-Basiserhebung, die zwischen 2003 und 2006 als Befragungs- und Untersuchungssurvey stattfand (213). Während dieser Basiserhebung wurden insgesamt 17.641 Kinder und Jugendliche von 0 bis 17 Jahren als geclusterte Zufallsstichprobe (Zur Auswahl der Stichprobe aus der Grundgesamtheit wird ein spezielles Auswahlverfahren genutzt. Bei der Clusterstichprobe (auch Klumpenstichprobe) wird zuerst eine kleine Zufallsstichprobe gezogen. Anschließend werden alle in den gezogenen Einheiten enthaltenen Elemente in die Stichprobe mit aufgenommen (214, 215)), in insgesamt 167 Städten und Gemeinden Deutschlands medizinisch-physikalisch untersucht. Zusätzlich wurden alle Kinder und Jugendlichen ab elf Jahren selbst, schriftlich oder andernfalls ihre Eltern zu körperlichen, psychischen und sozialen Aspekten ihrer Gesundheit befragt (78, 213). Dabei wurden für die verschiedenen Hypothesen folgende Parameter verglichen:

- Hypothese 1: Syrische Kinder haben weniger allergische Erkrankungen als Kinder der KiGGS Studie. Hierbei wurde unterschieden zwischen Erkrankungen des atopischen Formenkreises: Heuschnupfen, Neurodermitis und Asthma. Es wurde dabei die Quantität der Allergien verglichen. Die Informationen zu atopischen Erkrankungen wurde in beiden Fällen durch eine standardisierte ärztliche Befragung des begleitenden Elternteils erhoben. Die Frage lautete: »Hat ein Arzt jemals bei Ihrem Kind die Krankheit X festgestellt?«
- Hypothese 2: Syrische Kinder weisen eine schlechtere Zahngesundheit auf als Kinder der KiGGS Studie. Hierbei diente als Proxy Variabel die Vorsorgeuntersuchung beim Zahnarzt.
- Hypothese 3: Syrische Kinder weisen vermehrt Übergewicht oder Adipositas auf als Kinder der KiGGS Studie. Im Rahmen der Studie „Sozialpädiatrisches Traumazentrum“ wurden die aktuellen WHO Definitionen für Übergewicht und

Adipositas verwendet. Hierbei wurden alle Kinder ab dem zweiten Lebensjahr in den Analysen berücksichtigt. Der Body-Mass-Index wurde genutzt, um Übergewicht und Adipositas zu bestimmen. Dabei wurden die von der WHO veröffentlichten geschlechtsspezifischen z-Score Werte und BMI Perzentilen verwendet. Danach ließ sich je nach Standardabweichung oder Perzentile die Einteilung in Übergewicht $> + 1$ SD/BMI-Perzentile oberhalb der 90er Perzentile (äquivalent zum BMI Wert von $25\text{kg}/\text{m}^2$ im Alter von 19 Jahren) und Adipositas $> + 2$ SD/BMI-Perzentile oberhalb der 97er Perzentile (äquivalent zum BMI Wert von $30\text{kg}/\text{m}^2$ im Alter von 19 Jahren) ableiten (118, 123, 124, 216, 217). Es wurden jeweils z-Score Tabellen und Perzentile der WHO für Kinder von 2 bis 5 Jahren sowie von 5 bis 19 Jahren verwendet, siehe 8.3.1 WHO BMI Z-Scores und Perzentilen 2-5, 5-19 Jahre. In der KiGGS Studie wurden zur Festlegung von Grenzwerten zur Definition von Übergewicht und Adipositas Referenzwerte verwendet, die auf mehreren unterschiedlichen, zwischen 1985 und 1998 erhobenen Stichproben in verschiedenen Regionen Deutschlands beruhen. Diese Grenzwerte sind eine statistische Festlegung und beschreiben alters- und geschlechtsspezifisch jeweils den BMI (218, 219). Zum Vergleich beider Gruppen und zur statistischen Auswertung und Berechnung wurden die Grenzwerte der KiGGS Studie verwendet.

- Hypothese 4: Syrische Kinder weisen häufiger Untergewicht oder extremes Untergewicht auf als Kinder der KiGGS Studie. Auch in diesem Fall wurde der BMI ab dem 5. Lebensjahr zur Einteilung in die Gruppe Untergewicht oder extremstes Untergewicht verwendet. Dabei wurden ebenfalls die von der WHO veröffentlichten z-Score Werte in Form von Tabellen und die geschlechtsspezifischen Altersperzentilen verwendet. Danach ließ sich je nach Standardabweichung und Perzentile die Einteilung in Untergewicht < -2 SD/BMI unterhalb der 10. Perzentile und extremstes Untergewicht < -3 SD/BMI unter der 3. Perzentile ableiten, siehe 8.3.1 WHO BMI Z-Scores und Perzentilen 2-5, 5-19 Jahre. Zum Vergleich beider Gruppen und zur statistischen Auswertung und Berechnung wurden ebenfalls die Grenzwerte der KiGGS Studie verwendet.

- Hypothese 5: Syrische Kinder weisen einen schlechteren Impfstatus auf als Kinder der KiGGS Studie.

3.2.4 Datenbearbeitung und Statistik

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mit dem Programm SPSS 22.0 für Windows. Die deskriptiven Daten wurden mittels absoluter und relativer Häufigkeit sowie Mittelwert, Median und Standardabweichung dargestellt. Die Tabellen, Grafiken und Diagramme wurden mithilfe der Programme Microsoft Word, Microsoft Excel, Microsoft PowerPoint und SPSS erstellt. Die Odds Ratios (OR) und die zugehörigen 95% Konfidenzintervalle (95% CI) wurden mit Hilfe des generalisierten linearen Modells (GLM) mit binärem Outcome ermittelt.

4. Ergebnisse

Der folgende Ergebnisteil gliedert sich in zwei Abschnitte. Im ersten Teil werden die Ergebnisse der Datenerhebung der syrischen Flüchtlingskinder in der Bayernkaserne in einer strukturierten deskriptiven Darstellung präsentiert. Im zweiten Teil folgt der hypothesengeleitete Vergleich dieser Daten mit den Daten der KiGGS Studie zur Kindergesundheit in Deutschland.

4.1 Stichprobe

Einschlusskriterium für die Auswertung waren eine vollständig durchgeführte pädiatrische Untersuchung und Anamnese. Von ursprünglich 100 rekrutierten und in die Studie aufgenommenen Kindern aus 40 Familien konnten schließlich 85 Kinder aus 36 Familien in die Auswertung eingeschlossen werden. Bei den auszuschließenden Kindern war entweder die medizinische Untersuchung oder Anamnese unvollständig oder nicht durchführbar, sodass keine Diagnose vergeben werden konnte. Alle präsentierten Grafiken und Tabellen beziehen sich auf die eingeschlossenen Kinder (n=85), wenn nicht anders vermerkt.

4.1.1 Soziodemografische Daten

Die soziodemografische Anamnese der Kinder erfolgte durch Befragung der Eltern. Es wurden mehr Jungen (n=48; 56%) als Mädchen (n=37; 44%) in die Studie eingeschlossen. Außerdem fiel auf, dass die männlichen Kinder im Durchschnitt etwas älter waren als die weiblichen (8.0 Jahre vs. 6.9 Jahre), siehe dazu auch Tabelle 1 Geschlechterverteilung und Alter.

Tabelle 1 Geschlechterverteilung und Alter (n=85)

Geschlecht	Anzahl	Alter [Mittelwert (\pm SD)]
weiblich	37 (44%)	M 6.9 SD (3.41)
männlich	48 (56%)	M 8.0 SD (3.68)

Alle Familien stammten ursprünglich aus Syrien. Da sie sich jedoch teilweise mehrere Monate bis Jahre auf der Flucht befanden, wurden einige der Kinder während dieser Fluchtphase geboren. Dies erklärt, weshalb als Geburtsland bei zwei Kindern Libyen und bei einem Kind Schweden angegeben wurde. Keines der untersuchten Kinder wurde in Deutschland geboren und von nur zwei Kindern wurde durch die deutschen Behörden deren Alter geändert, siehe auch Tabelle 5 Soziodemografische Daten. Mit 94% (n=80) war ein Großteil der Kinder Muslime, 2% (zwei Kinder) Christen und 4% (3 Kinder) waren Drusen (Drusen sind eine eigenständige Religionsgemeinschaft im Nahen Osten. Sie sind eine Gruppierung, die aus der islamischen Glaubensgemeinschaft der Ismailiten (Schia) hervorgegangene ist (220)), siehe Tabelle 2 Konfession. Die Muttersprache von einem Großteil der Kinder war Arabisch (64 Kinder, 75%), danach folgte Kurdisch (11 Kinder, 13%), (Kurden sind eine westasiatische ethnische Volksgruppe in der Türkei, im Iran, im Irak und in Syrien, die sich überwiegend zum sunnitischen Islam bekennen (221)), Türkisch (3 Kinder, 4%) und Assyrisch (1 Kind, 1%), (Assyrer sind eine Volksgruppe von syrischen Christen, im engeren Sinn Angehörigen der Assyrischen Kirche des Ostens und im weiteren Sinn alle Christen syrischer Tradition (222); 6 Kinder (7%) wuchsen bilingual auf. Ihre Muttersprache war sowohl Arabisch als auch Kurdisch, siehe Tabelle 3 Muttersprache (n=85).

Tabelle 2 Konfession (n=85)

Konfession		
Muslime	80	94%
Christen	2	2%
Drusen	3	4%

Tabelle 3 Muttersprache (n=85)

Muttersprache		
Arabisch	64	75%
Kurdisch	11	13%
Arabisch/Kurdisch	6	7%
Assyrisch	1	1%
Türkisch	3	4%

Im Durchschnitt waren die Familien zum Zeitpunkt der Untersuchung in der Bayernkaserne seit 1,5 Wochen in Deutschland (Minimum 2 Tage; Maximum 6 Wochen). Zur Verteilung siehe Abb. 1 Aufenthaltsdauer. Dieser geringe Zeitraum erklärt, dass 95% der Kinder als Aufenthaltsstatus mit einer Aufenthaltsgestattung registriert waren, deren Asylverfahren noch nicht abgeschlossen war. Nur 4 Kinder (5%) und Ihre Familien waren nach Aussage der Eltern bereits als Flüchtlinge anerkannt und hatten somit eine Aufenthaltserlaubnis.

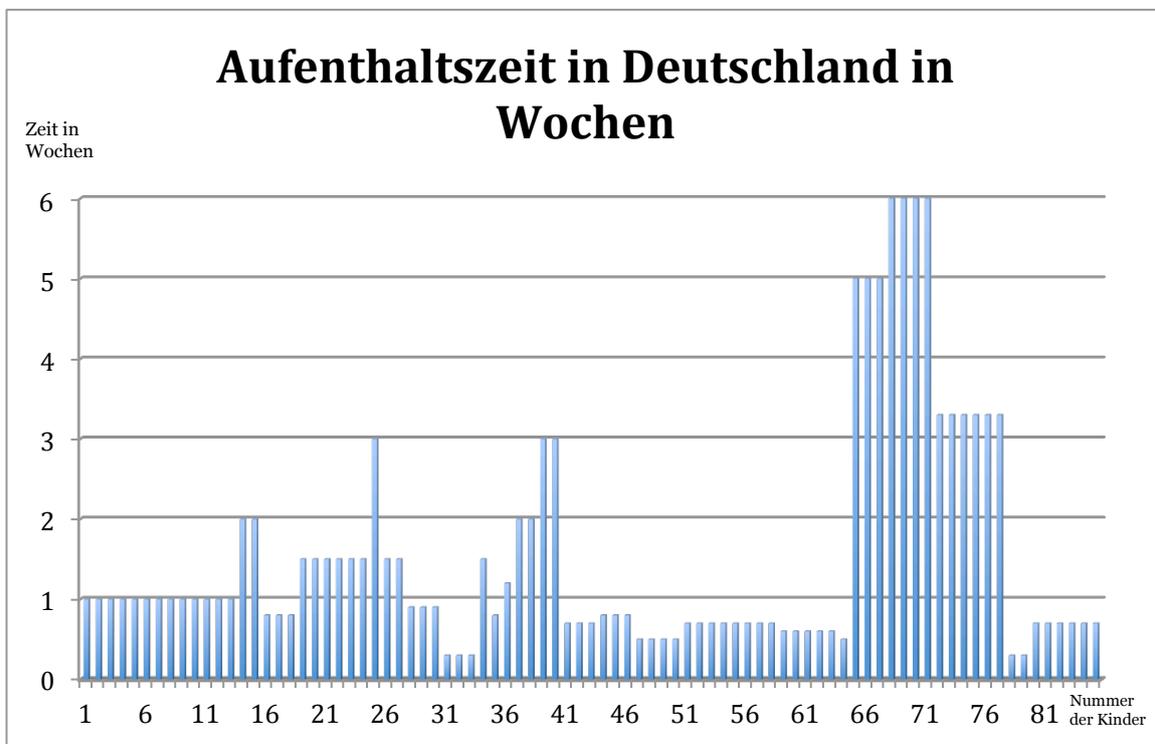


Abb. 1 Aufenthaltsdauer (n=85)

Bei 20 Kinder (23%) konnten neben Muttersprachenkenntnissen auch Fremdsprachenkenntnisse festgestellt werden, darunter Englisch (9 Kinder, 11%) und Arabisch (8 Kinder, 9%). Kurdisch, Schwedisch und Deutsch wurde von jeweils einem Kind gesprochen (1%). Die große Mehrzahl der Kinder verfügte über keine oder schlechte Deutschkenntnisse (78 Kinder, 92%), siehe dazu Tabelle 4 Fremdsprachen sowie Tabelle 5 Soziodemografische Daten.

Tabelle 4 Fremdsprachen (n=85)

Fremdsprachen		
Englisch	9	11%
Deutsch	1	1%
Arabisch	8	9%
Schwedisch	1	1%
Kurdisch	1	1%
Keine	65	77%

Tabelle 5 Soziodemografische Daten

Soziodemografische Daten	Syrische Kinder	
	N	%
Gesamt	85	100
Geschlecht:		
weiblich	37	44
männlich	48	56
Durchschnittsalter:		
weiblich	6,91	
männlich	8,01	
Gesamt	7,53	
Kind in Deutschland geboren:		
ja	0	0
nein	85	100
Geburtsland:		
Syrien	82	97
Libyen	2	2
Schweden	1	1
In Deutschland seit (in Wochen, Durchschnitt):	1,5	
Minimum / Maximum in Wochen	0,3 / 6	
Durchschnittsalter bei Einreise:	7,4	
Altersänderung durch deutsche Behörden?		
ja	2	2
nein	83	98
Religionszugehörigkeit		
Muslime	80	94
Christen	2	2
Drusen	3	4
Muttersprache		
Arabisch	64	75
Arabisch/Kurdisch	6	7
Kurdisch	11	13
Assyrisch	1	1
Türkisch	3	4
Fremdsprachen		
Englisch	9	11
Deutsch	1	1
Arabisch	8	9
Schwedisch	1	1
Kurdisch	1	1
keine	65	76
Deutschkenntnisse		
Schlecht/ keine	78	92
mäßig	4	5
mittel	1	1
k.A	2	2
Schule		
keine Angabe	78	92
Kindergarten	3	3
Grundschule	4	5

Soziodemografische Daten	Syrische Kinder	
	N	%
Hat ihr Kind viele Freunde außerhalb der Familie?		
ja	37	44
nein	48	56
Denken Sie, dass ihr Kind gut in das Leben in Deutschland integriert ist?		
ja	34	40
nein	51	60
Hat ihr Kind jemanden zum Spielen?		
ja	61	72
nein	24	28
Asylstatus		
Anerkannt	4	5
Verfahren läuft noch	81	95
Aufenthalt		
Aufenthaltsurlaubnis	4	5
Aufenthalts-gestattung	81	95

Auf die Frage „Hat ihr Kind viele Freunde außerhalb der Familie?“ antworteten 56% der Eltern mit „Nein“ (48 Kinder) und 44% der Eltern mit „Ja“ (37 Kinder). Die Frage „ Hat ihr Kind jemandem zum Spielen?“ bejahten 72% der Eltern (61 Kinder) und 28% (24 Kinder) der Eltern antworteten mit „Nein“. Die Mehrzahl der Eltern 60% (51 Kinder) hatte den Eindruck, dass ihr Kind noch nicht gut in Deutschland integriert sei, wohingegen 40% der Eltern (34 Kinder) der Meinung waren, ihr Kind sei schon gut in Deutschland integriert, siehe dazu auch Abb. 2 Freunde außerhalb der Familie, Abb. 3 Jemanden zum Spielen, Abb. 4 Integration.

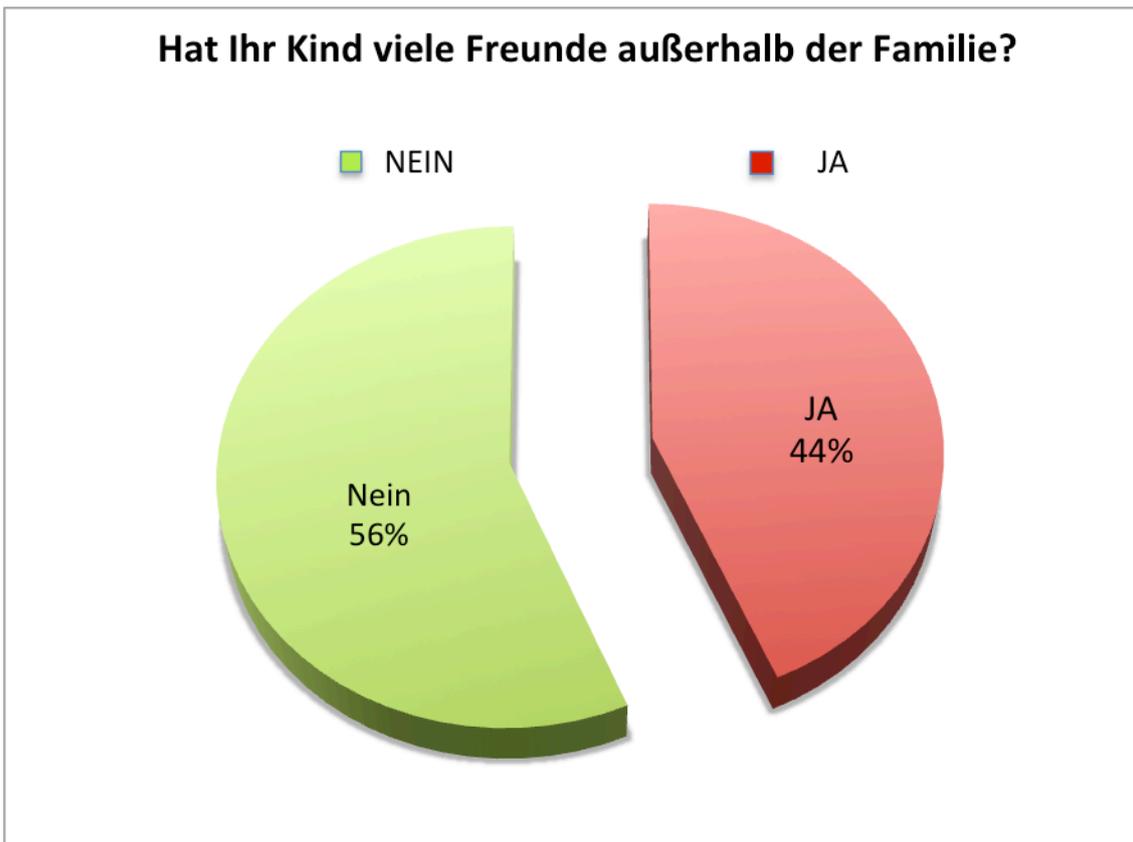


Abb. 2 Freunde außerhalb der Familie (n=85)



Abb. 3 Jemanden zum Spielen (n=85)



Abb. 4 Integration (n=85)

4.2 Körperliche Gesundheit

Zur Beurteilung der körperlichen Gesundheit der Kinder und zur Vergabe einer Diagnose gehörte eine komplette standardisierte pädiatrische Untersuchung und Anamnese, siehe dazu 8.2.6.3 Anamnesebogen medizinische Untersuchung Kind, Seite 170-181. Bei insgesamt 77 Kindern (90.6%) wurde eine pathologische medizinische Diagnose gestellt, wohingegen bei 8 Kindern (9.4%) keinerlei körperliche Erkrankungen diagnostiziert werden konnte, siehe Tabelle 6 Medizinische Diagnose (n=85). Die Erfassung dieser Daten zu einem bestimmten Tag x der Untersuchung gibt Aufschluss über die Punktprävalenz der Erkrankungen der syrischen Flüchtlingskinder.

Tabelle 6 Medizinische Diagnose (n=85)

	Absolute Häufigkeit	%
Pathologische medizinische Diagnose erhalten	77	90.6%
Keine körperlichen Erkrankungen	8	9.4%

Punktprävalenz der Erkrankungen der Flüchtlingskinder, die in der pädiatrischen Untersuchung diagnostiziert wurden

4.2.1 Medizinische Diagnosen der syrischen Kinder

Die Vergabe der medizinischen Diagnosen erfolgte nach der Diagnoseklassifikation ICD-10-GM (201). Diese Einteilung erfolgte in verschiedene Gruppen, welche die spezifischen Diagnosen in Systemgruppen zusammenfassen. Es ergab sich folgende Verteilung:

Zum Zeitpunkt der Untersuchung litten 58 Kinder (69%) unter Krankheiten des Verdauungssystems und 19 Kinder (22.4%) unter Krankheiten, die das Atemsystem betrafen. Bei 12 Kindern (14.1%) lag eine Diagnose vor, die sich in die Kategorie Symptome, Zeichen und abnorme klinische Laborbefunde, nicht andernorts klassifizierbar, einordnen ließ. Bei 8 Kindern (9.4%) lagen infektiöse und parasitäre Krankheiten vor. Weitere Diagnosen wurden vergeben in den Kategorien Krankheiten des Urogenitalsystems und Krankheiten der Kutis und Subkutis, jeweils 6 Kinder (7.1%), sowie Krankheiten der Augen und Augenanhangsgebilde, Krankheiten des Nervensystems und Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, jeweils 5 Kinder (5.9%), vergleiche dazu Abb. 5 Medizinische Diagnosen nach Kategorien.

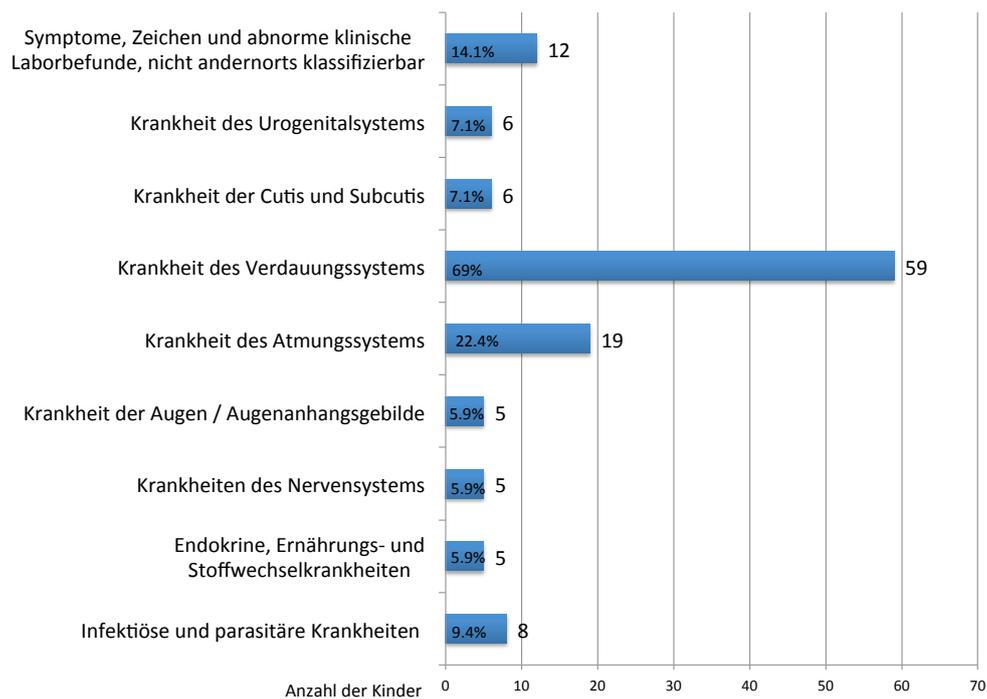


Abb. 5 Medizinische Diagnosen nach Kategorien (n=85)

Bei detaillierter Betrachtung ergab die Verteilung der einzelnen Diagnosen folgendes Bild: die Krankheiten des Verdauungssystems beschränkten sich fast ausschließlich auf die Diagnose von Zahnkaries (68%, 58 Kinder), wohingegen ein Großteil der Erkrankungen des Atmungssystems aus akuten Infektionen der Atemwege bestanden, (16%, 12 Kinder). Weiterhin hatten 9.4% der Kinder (8 Kinder) infektiöse oder parasitäre Erkrankungen und 6% (5 Kinder) litten unter Migräne oder Kopfschmerzen. Als weitere Krankheitsbilder wurden bei 5% der Kinder (jeweils 4 Kinder) Fehlsichtigkeit, eine Harnwegsinfektion und ein Asthma bronchiale diagnostiziert und bei 4% (3 Kinder) lagen jeweils Adipositas, Störungen des Ganges, Enuresis oder nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen vor, vergleiche dazu Tabelle 6 Medizinische Diagnose.

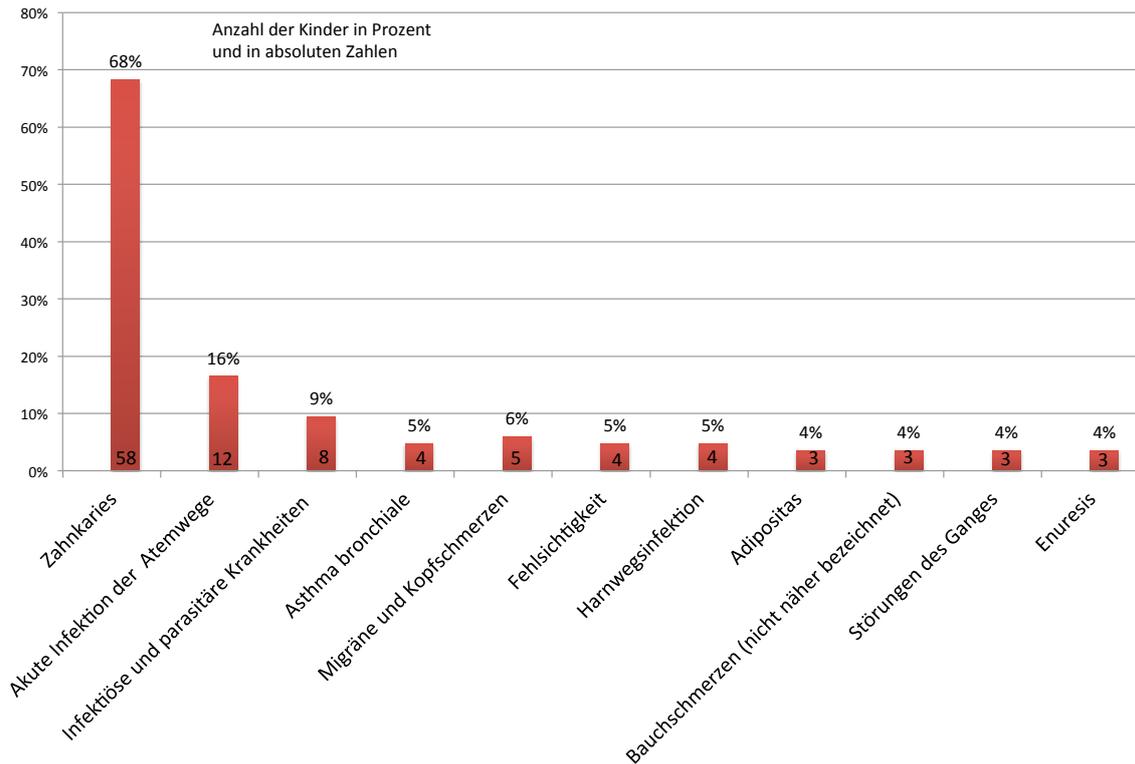


Abb. 6 Medizinische Diagnosen (n=85)

Aus den mit Hilfe der pädiatrischen Untersuchung gestellten Diagnosen ergab sich je nach Dringlichkeit ein medizinischer Bedarf. Dieser wurde in Form einer Empfehlung im Arztbrief vermerkt. Hierbei wurde 79 Kindern (93%) eine Fortführung der Impfungen nach Empfehlungen der ständige Impfkommission des RKI's angeraten, da die Impfungen entweder unvollständig waren oder altersentsprechend noch im selben Jahr vorgesehen waren. Aufgrund von Zahnproblemen wurde 59 Kindern (69%) eine weiterführende Untersuchung und Therapie beim Zahnarzt dringend empfohlen. Bei 17 Kindern (20%) wurde angesichts eines akuten Krankheitsgeschehens, das eine dringliche medizinische Behandlung erforderte, ein unmittelbarer Arztbesuch beim Pädiater angeraten. Zu den Diagnosen zählten diesbezüglich akute Bronchitiden, Harnwegsinfekte, Madenwurm-Infektionen, Gedeihstörungen, akutes Asthma bronchiale, akute Kopfschmerzen oder Migräne und entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva. Bei 16 Kindern (19%) wurde eine medikamentöse Behandlung verordnet und bei 13 Kindern (15%) eine weitere Bildgebung wie Röntgen, Computertomografie oder Ultraschall als Diagnostik für notwendig empfunden. Nach Anamnese,

Untersuchung und Traumagespräch durch die Kinder- und Jugendpsychiaterin wurde bei 45 Kindern (52%) eine weitere Abklärung und Behandlung beim Kinder- und Jugendpsychiater empfohlen, siehe dazu Abb. 7 Medizinischer Bedarf.

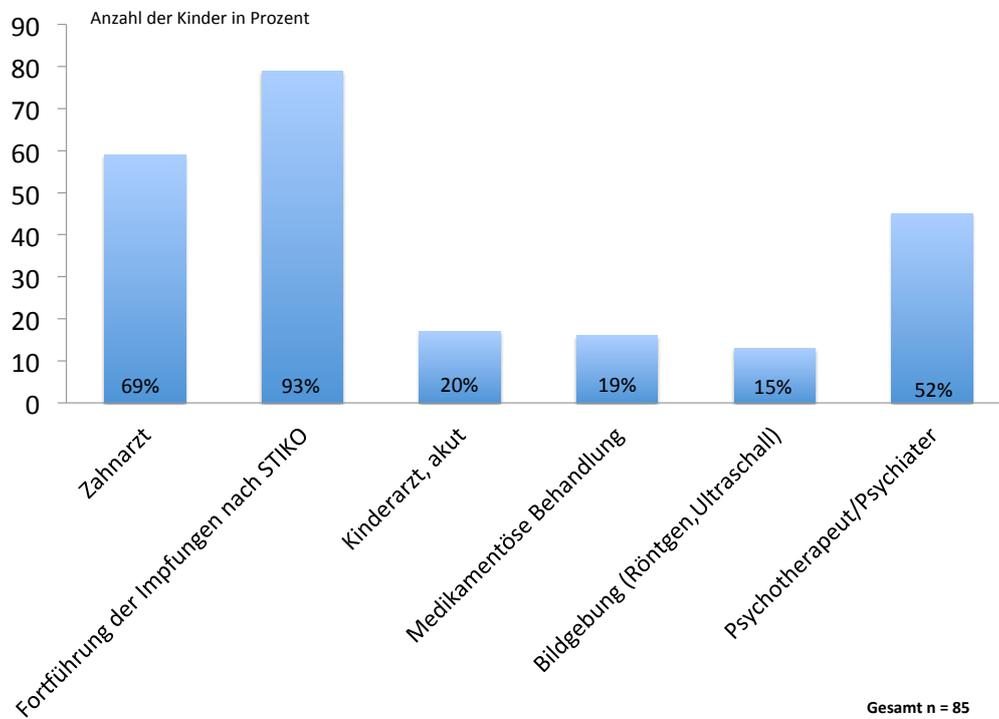


Abb. 7 Medizinischer Bedarf

Tabelle 7 Medizinische Diagnosen Gesamt (n=85)

Diagnosegruppe nach ICD 10	Diagnosen				
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis infektiösen Ursprungs	Warzen	Madenwurm-Infektion	Pedikulose durch Pediculus humanus capitis	
8	3	1	3	1	
9%	4%	1%	4%	1%	
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	Posthämorrhagische Anämie				
1	1				
1,2%	1,2%				
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	Kleinwuchs	Adipositas	Familiäres Mittelmeerfieber		
5	1	3	1		
5,9%	1,2%	3,5%	1,2%		
Psychische und Verhaltensstörungen	Sonstige organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	Stottern		
3	1	1	1		
3,5%	1,2%	1,2%	1,2%		
Krankheiten des Nervensystems	Migräne / Kopfschmerzen				
5	5				
5,9%	5,9%				
Krankheit der Augen / Augenanhangsgebilde	Allergische Konjunktivitis	Hypermetropie	Myopie	sonstige Fehlsichtigkeit	
5	1	1	2	1	
5,9%	1,2%	1,2%	2,4%	1,2%	
Krankheit des Ohres und Mastoides	Otitis media				
1	1				
1,2%	1,2%				
Krankheit des Atmungssystems	Akute Infektion der Atemwege	Akute Bronchitis	Chronische Sinusitis	Hyperplasie der Rachenmandeln	Asthma bronchiale
19	12	2	1	2	4
22,4%	14,1%	2,4%	1,2%	2,4%	4,7%
Krankheit des Verdauungssystems	Zahnkaries	Zahnverfärbung	Zahnabszess	Zahnstellungsanomalien	
59	58	1	1	1	
69,4%	68,2%	1,2%	1,2%	1,2%	
Andere Krankheiten des Verdauungssystems	Z.n Akute Appendizitis mit generalisierter Peritonitis	Obstipation			
3	1	2			
3,5%	1,2%	2,4%			
Krankheit der Cutis und Subcutis	Atopisches Ekzem, nicht näher bezeichnet	Pruritus, nicht näher bezeichnet	Xerodermie		
6	2	2	2		
7,1%	2,4%	2,4%	2,4%		
Krankheit des Muskel- und Skelett-Systems, des Bindegewebes	Gelenkschmerz: Mittelfuß	Idiopathische Skoliose beim Kind			
2	1	1			
2,4%	1,2%	1,2%			
Krankheit des Urogenitalsystems	Harnwegsinfektion	Entzündliche Krankheiten der Vagina und Vulva			
6	4	2			
7,1%	4,7%	2,4%			

Diagnosegruppen nach ICD		Diagnosen			
Angeborene Missbildungen und Chromosomenanomalien	Angeborene Fehlbildung des Herzseptums	Angeborene obstruktive Defekte des Nierenbeckens und des Ureters	Angeborene Luxation des Hüftgelenkes		
4	2	1	1		
4,7%	2,4%	1,2%	1,2%		
Symptome, Zeichen und abnorme klinische Laborbefunde, nicht andernorts klassifizierbar	Herzgeräusch, nicht näher bezeichnet	Husten	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	Lokalisierte Schwellung, Raumforderung der Haut und der Unterhaut	Störungen des Ganges
12	2	1	3	1	3
14,1%	2,4%	1,2%	3,5%	1,2%	3,5%
	Enuresis	Gedeihstörung	Abnorme Gewichtsabnahme		
	3	1	1		
	3,5%	1,2%	1,2%		
Verletzung, Vergiftung und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	Verletzung der Sehnen am rechten Daumen	Fraktur des Unterschenkels			
2	1	1			
2,4%	1,2%	1,2%			

4.3 Hypothesengeleiteter Vergleich

4.3.1 Hypothese 1: Syrische Kinder haben weniger allergische

Erkrankungen als KiGGS-Kinder

Bei den allergischen Erkrankungen wurde hauptsächlich unterschieden zwischen Erkrankungen des atopischen Formenkreises: Heuschnupfen, Neurodermitis und Asthma. Bei den syrischen Kindern wiesen lediglich 8 Kinder (9.4%) allergische Erkrankungen auf, darunter 4 Kinder mit Asthma (4.7%), 2 Kinder mit Neurodermitis (2.4%) und 2 weitere Kinder mit allergisch bedingtem Pruritus (2.4%), siehe Abb. 8 Allergien bei den syrischen Kindern. In der KiGGS Studie wurde allgemein abgefragt, ob allergische Erkrankungen vorliegen (Antwortmöglichkeiten: „Ja“, „Nein“, „Weiß ich nicht“). Hier war die Verteilung wie folgt: Insgesamt lagen bei 3365 Kindern (22.6%) allergische Erkrankungen vor, dabei litten 1228 Kinder unter Heuschnupfen (8.3%), 2308 Kinder unter Neurodermitis (16.1%) und 587 Kinder unter Asthma (4%), siehe Abb. 9 Allergien bei KiGGS. Bezüglich der Altersverteilung ließ sich bei der Stichprobe der KiGGS Studie beobachten, dass mit zunehmendem Alter häufiger allergische Erkrankungen auftraten, siehe Abb. 11. Allergien altersabhängig bei KiGGS. Dies ließ

sich bei den syrischen Kindern auf Grund der geringen Größe der Stichprobe grafisch nicht darstellen, siehe Abb. 12 Allergien altersabhängig bei den syrischen Kindern. Betrachtet man die Odds Ratio für das Alter zeigte sich jedoch in beiden Studien, dass mit steigendem Alter der Kinder ein größeres Risiko besteht eine Allergie zu haben.

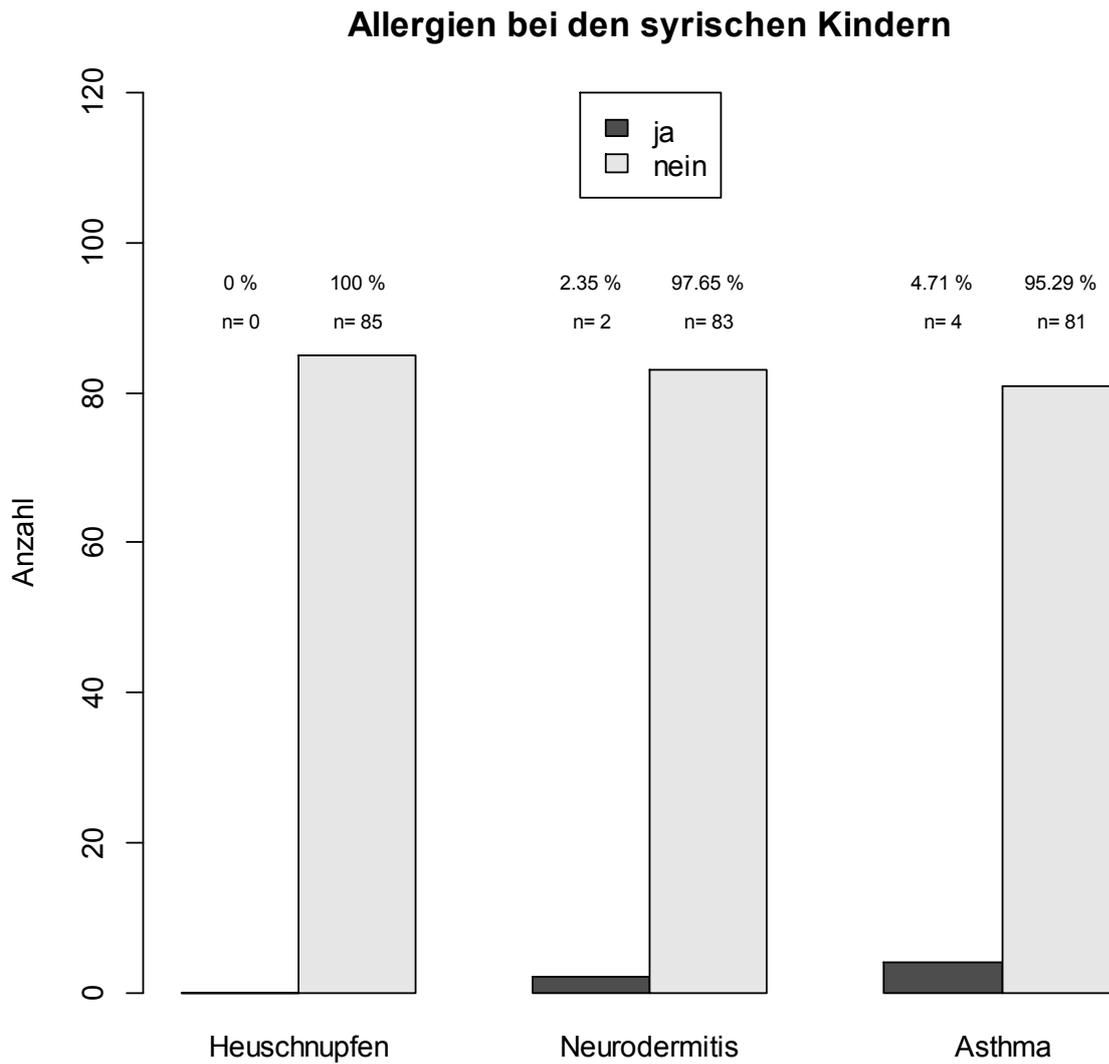


Abb. 8 Allergien bei den syrischen Kindern

Allergien bei KIGGS

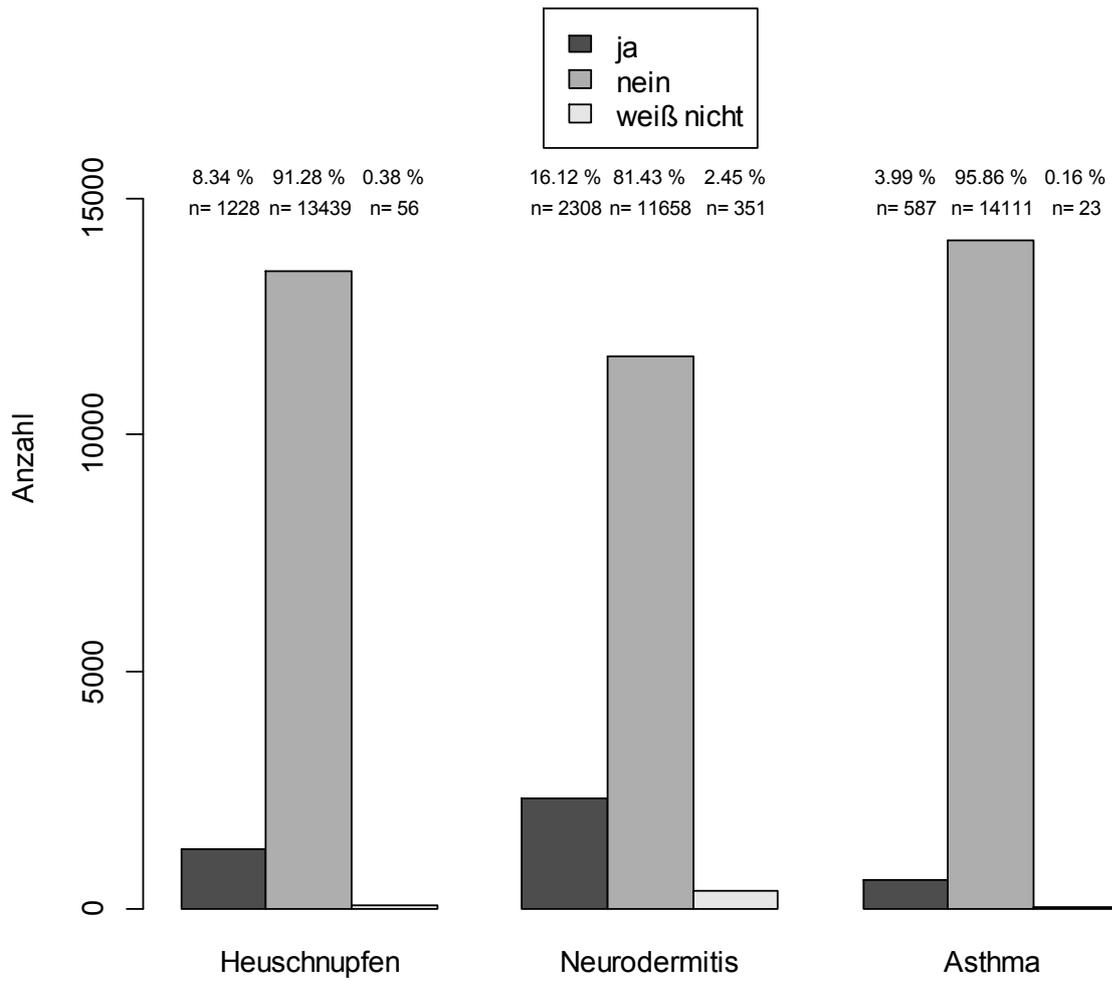


Abb. 9 Allergien bei KiGGS

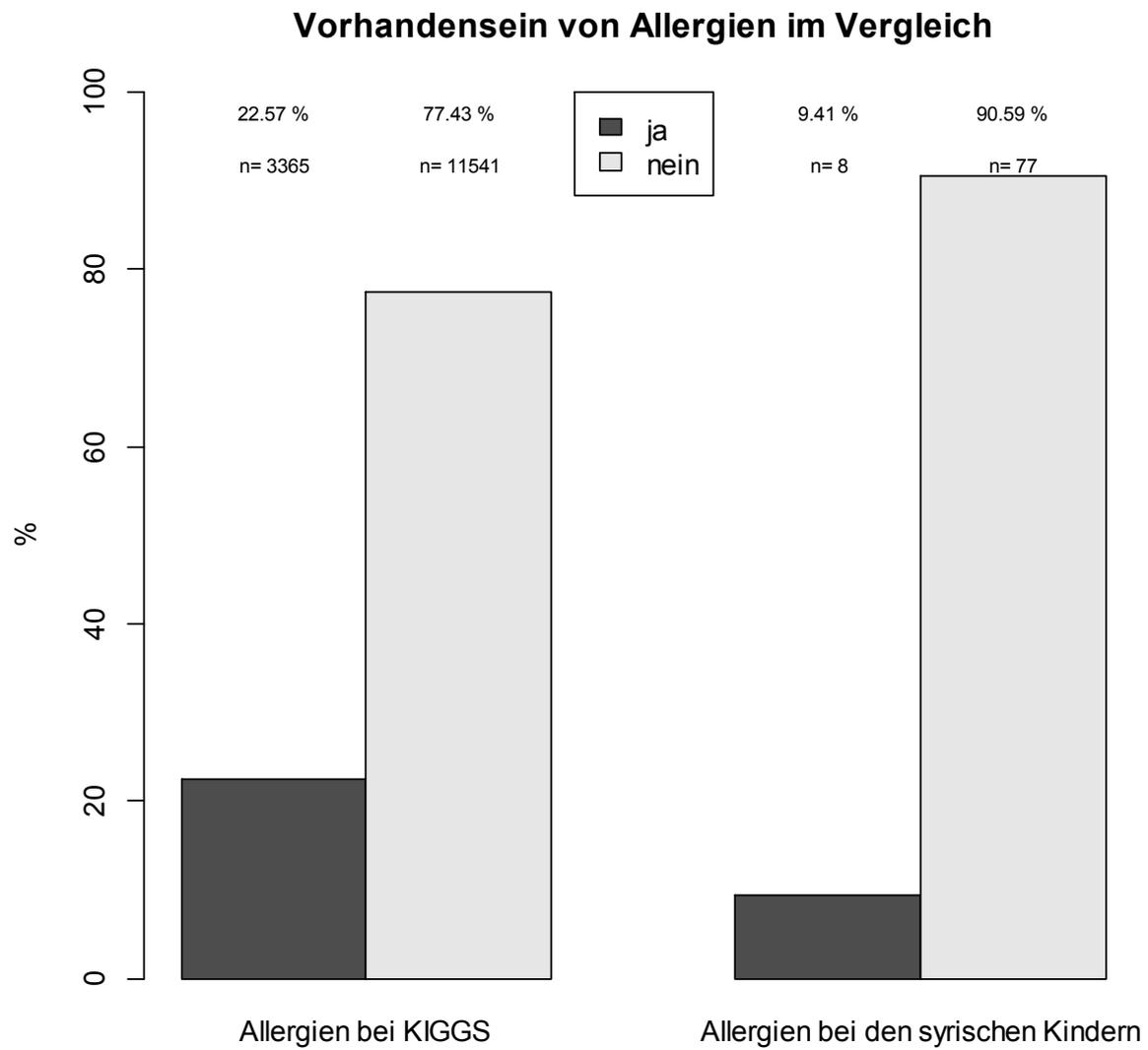


Abb. 10 Vorhandensein von Allergien im Vergleich

Allergien altersabhängig bei KIGGS

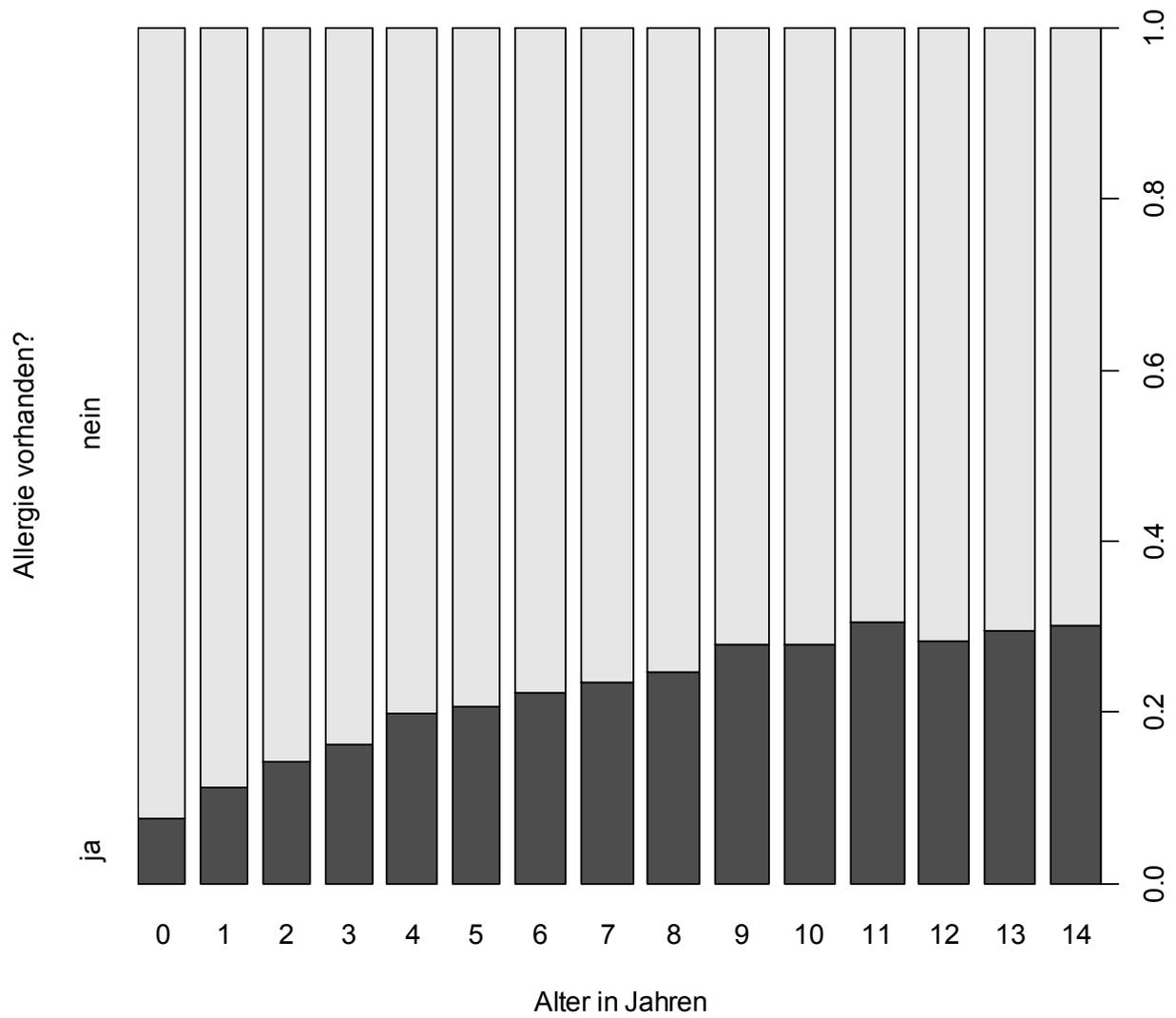


Abb. 11. Allergien altersabhängig bei KiGGS

Allergien altersabhängig bei den syrischen Kindern

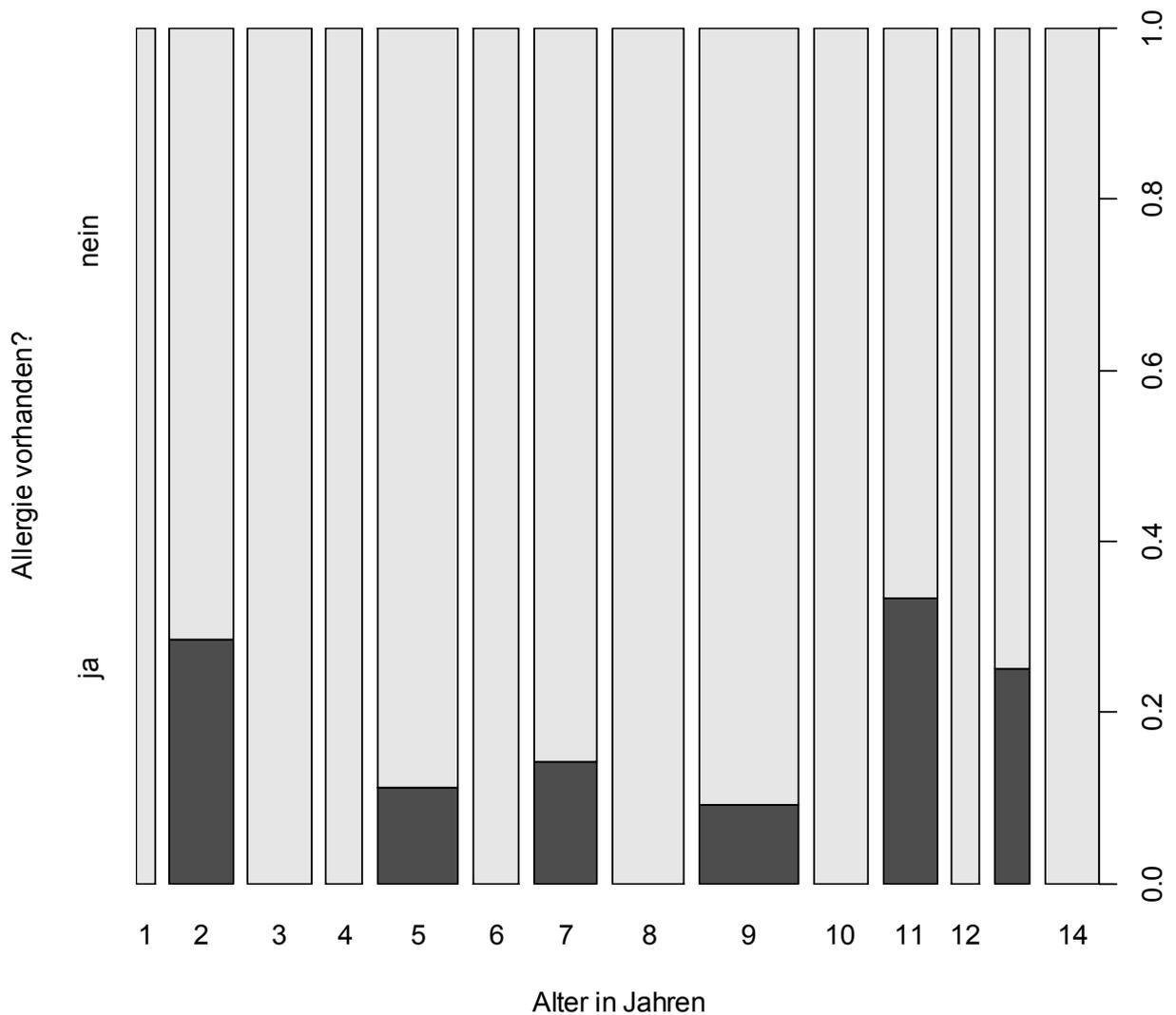


Abb. 12 Allergien altersabhängig bei den syrischen Kindern

Insgesamt betrug die Odds Ratio (OR) der syrischen Kinder für Allergien zu den Kindern der KiGGS Studie 0.36 (95%-Konfidenzintervall (CI) 0.16-0.69), die nach Alter und Geschlecht adjustierte OR betrug 0.34 (95% CI 0.15-0.66). Somit hatten syrische Kinder ein 0.34-faches Risiko an Allergien zu erkranken als die Vergleichsgruppe der deutschen Kinder aus der KiGGS Studie. Die OR für das Alter zeigte, dass über beide Studien hinweg eine größere Wahrscheinlichkeit bestand eine Allergie zu haben, je älter das Kind war (OR 1.1, 95% CI 1.09-1.11). Mädchen hatten zudem ein geringeres Risiko an einer Allergie zu leiden als Jungen (OR 0.86, 95% CI 0.80-0.93), siehe Tabelle 8 Effekt der Studie auf die Wahrscheinlichkeit eine Allergie zu haben.

Tabelle 8 Effekt der Studie auf die Wahrscheinlichkeit eine Allergie zu haben

	OR [CI]	OR adjustiert [CI]
Studie (Referenz = KiGGS)	0.36 [0.16;0.69]	0.34 [0.15;0.66]
Geschlecht (Referenz = männlich)		0.86 [0.80;0.93]
Alter		1.1 [1.09;1.11]

4.3.2 Hypothese 2: Die syrischen Kinder weisen eine schlechtere Zahngesundheit auf als KiGGS-Kinder

Beim Vergleich der Zahngesundheit wurde auf die Daten aus den Fragebögen zurückgegriffen, die erfassten, ob nach Angabe der Eltern jemals ein Besuch beim Zahnarzt stattgefunden hat. Hier zeigte sich, dass 85.9% aller Kinder der KiGGS Studie (11904 Kinder) bereits mindestens einmal beim Zahnarzt waren, wohingegen bei den syrischen Kindern lediglich 36.5% der Kinder (32 Kinder) jemals einen Zahnarzt aufgesucht hatten, siehe Abb. 13 Jemals beim Zahnarzt gewesen. Die Altersverteilung zeigte bei der größeren Stichprobe der KiGGS Studie eine stetige Zunahme der Anzahl der Kinder, die bereits mindestens einmal beim Zahnarzt waren, je älter die Kinder waren, siehe Abb. 14 Vorsorge Zahnarzt altersabhängig bei KiGGS. Bei den syrischen Kindern ließ sich dieser Effekt des Alters mit den Zahnarztbesuchen auch in geringerem Maße beobachten, jedoch muss auch hier wiederholt die Größe der Stichprobe beachtet werden. Dies zeigten auch die je nach Gruppe stratifizierten und nach Alter adjustierten ORs, die für beide Studienpopulationen statistische Signifikanz erreichten: KiGGS OR 0.37 (95% CI 0.36-0.39, syrische Kinder OR 0.83 (95% CI 0.72-0.95). Das Geschlecht hatte in beiden Gruppen keine bzw. nur eine minimale Auswirkung auf die Vorsorge beim Zahnarzt; die OR der KiGGS Kinder, der syrischen Kinder sowie beider Studien zusammen waren 1.00 (95% CI 0.87-1.15), 0.9 (95% CI 0.34-2.33) und OR 0.99 (95% CI 0.87-1.13), siehe Tabelle 10 Stratifiziert nach KiGGS, Tabelle 11 Stratifiziert nach syrischen Kindern. Der Effekt der Studie war eindeutig, denn die syrischen Kinder hatten eine 10.58-fach höhere Risiko (95% CI 6.84-16.68) nicht bei der Vorsorge beim Zahnarzt gewesen zu sein als die Kinder der KiGGS Studie. Nach Adjustierung für Alter

und Geschlecht stieg die OR auf 723.6, 95% CI 343.28-1554.43, siehe Tabelle 9 Effekt der Studie auf das Risiko eine schlechtere Zahngesundheit (war noch nie bei der Zahnvorsorge) zu haben (Referenz = schon einmal beim Zahnarzt gewesen).

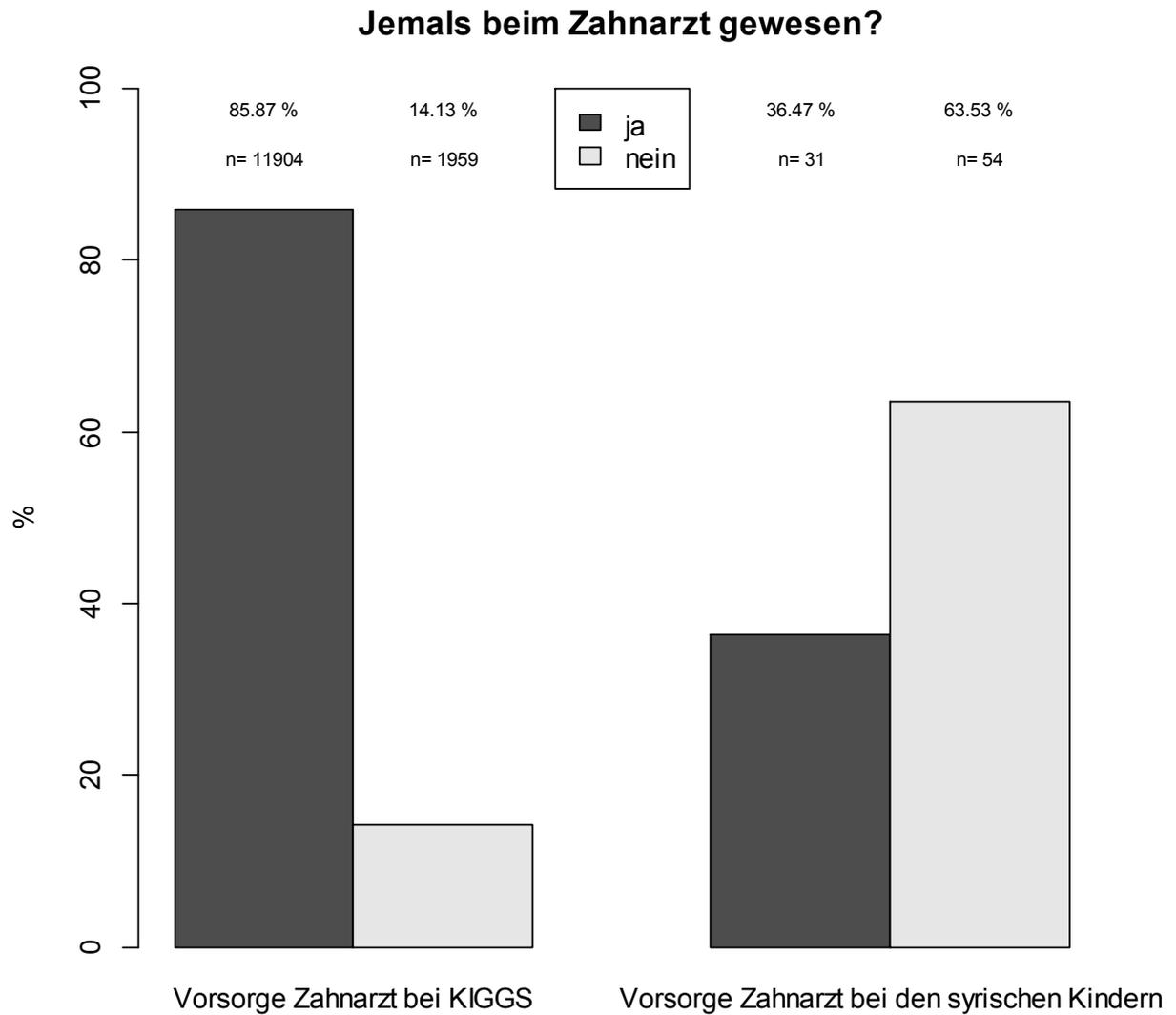


Abb. 13 Jemals beim Zahnarzt gewesen

Vorsorge Zahnarzt altersabhängig bei KIGGS

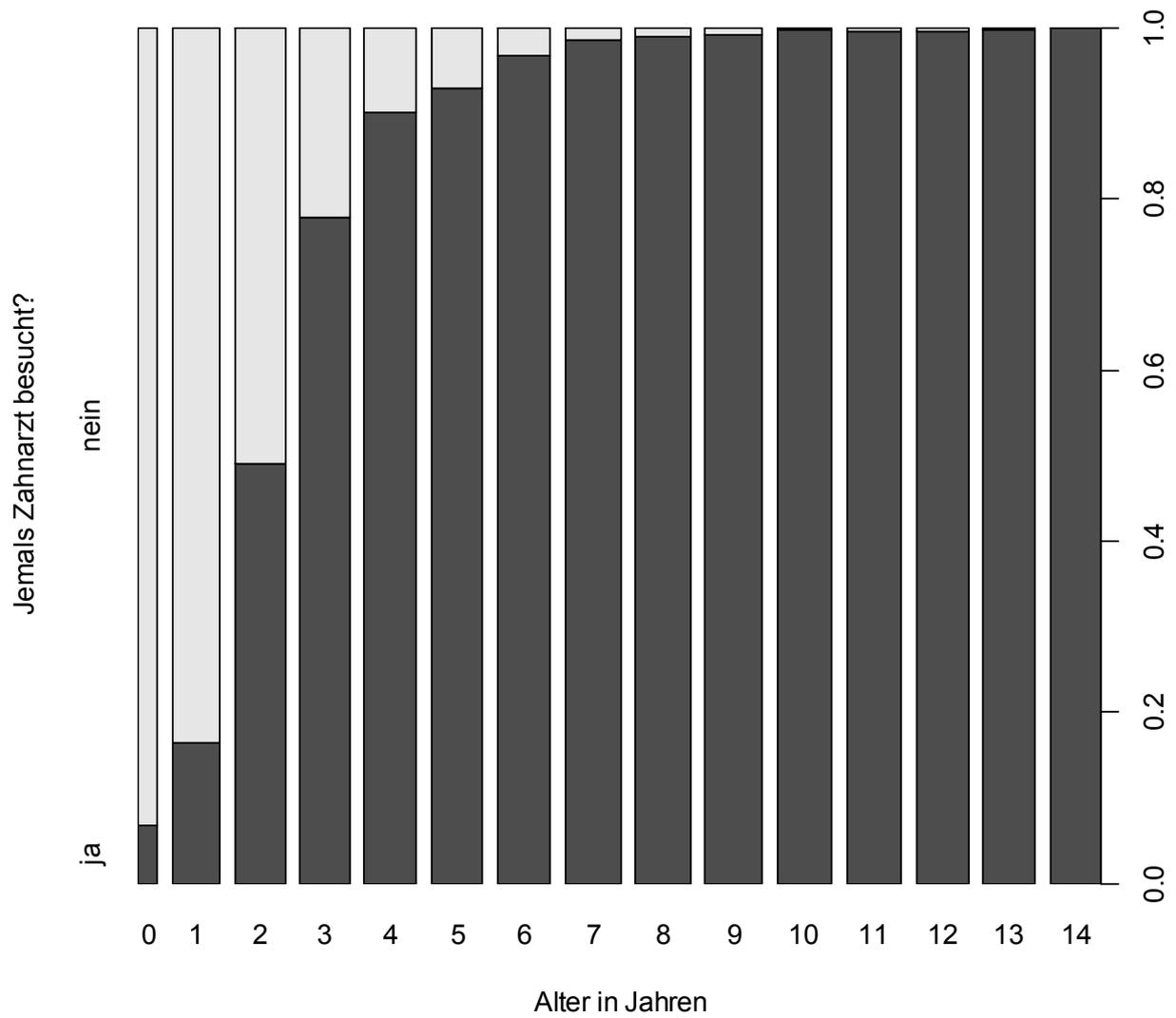


Abb. 14 Vorsorge Zahnarzt altersabhängig bei KiGGS

Vorsorge Zahnarzt altersabhängig bei den syrischen Kindern

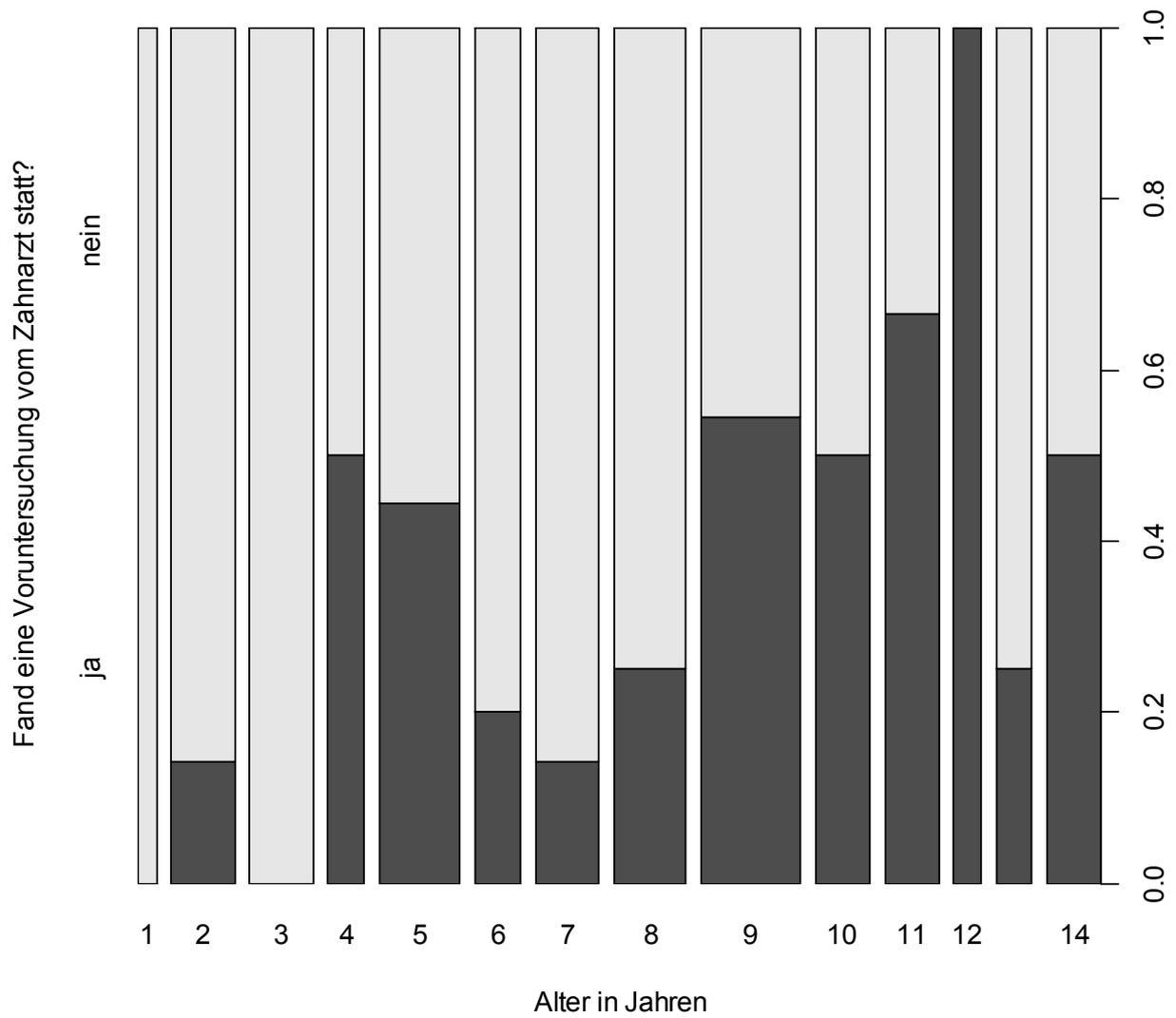


Abb. 15 Vorsorge Zahnarzt altersabhängig bei den syrischen Kindern

Tabelle 9 Effekt der Studie auf das Risiko eine schlechtere Zahngesundheit (war noch nie bei der Zahnvorsorge) zu haben (Referenz = schon einmal beim Zahnarzt gewesen)

	OR [CI]	OR adjustiert [CI]
Studie (Referenz = KiGGS)	10.58 [6.84;16.68]	723.6 [343.28;1554.43]
Geschlecht (Referenz = männlich)		0.99 [0.87;1.13]
Alter		0.39 [0.37;0.4]

Tabelle 10 Stratifiziert nach KiGGS

	OR adjustiert [CI]
Geschlecht (Referenz = männlich)	1 [0.87;1.15]
Alter	0.37 [0.36;0.39]

Tabelle 11 Stratifiziert nach syrischen Kindern

	OR adjustiert [CI]
Geschlecht (Referenz = männlich)	0.9 [0.34;2.33]
Alter	0.83 [0.72;0.95]

4.3.3 Hypothese 3: Syrische Kinder weisen vermehrt Übergewicht und Adipositas auf als KiGGS-Kinder

In der KiGGS Studie waren 27.5% aller Kinder (3449 Kinder) übergewichtig, wohingegen bei den syrischen Kindern nur 13.3% übergewichtig waren (11 Kinder), siehe Abb. 16 Kind übergewichtig. Die Chance bei den syrischen Kindern an

Übergewicht zu leiden im Vergleich zur KiGGS Studie betrug 0.4 (95% CI 0.2-0.73), adjustierte OR 0.41 (95% CI 0.21-0.75), sie war demnach deutlich geringer. Während über beiden Studien hinweg kein Unterschied zwischen Mädchen und Jungen in Bezug auf das Übergewicht beobachtet werden konnte (OR 0.99, 95% CI 0.92-1.07), stieg mit zunehmendem Alter das Risiko für die Kinder, übergewichtig zu sein (OR 1.12, 95% CI 1.10-1.13), siehe Tabelle 12 Effekt der Studie auf das Risiko übergewichtig oder adipös zu sein.

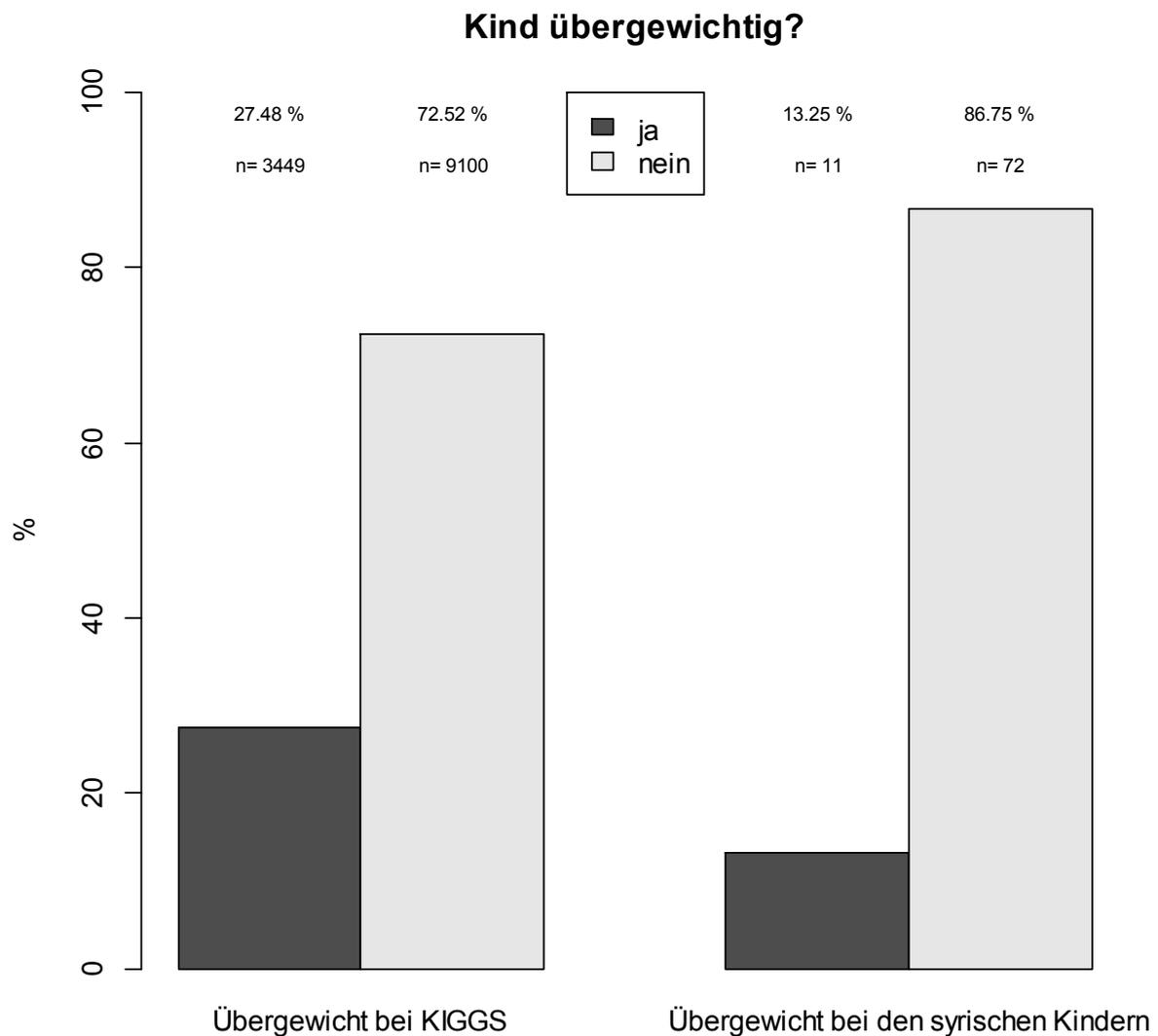


Abb. 16 Kind übergewichtig

Übergewicht altersabhängig bei KIGGS

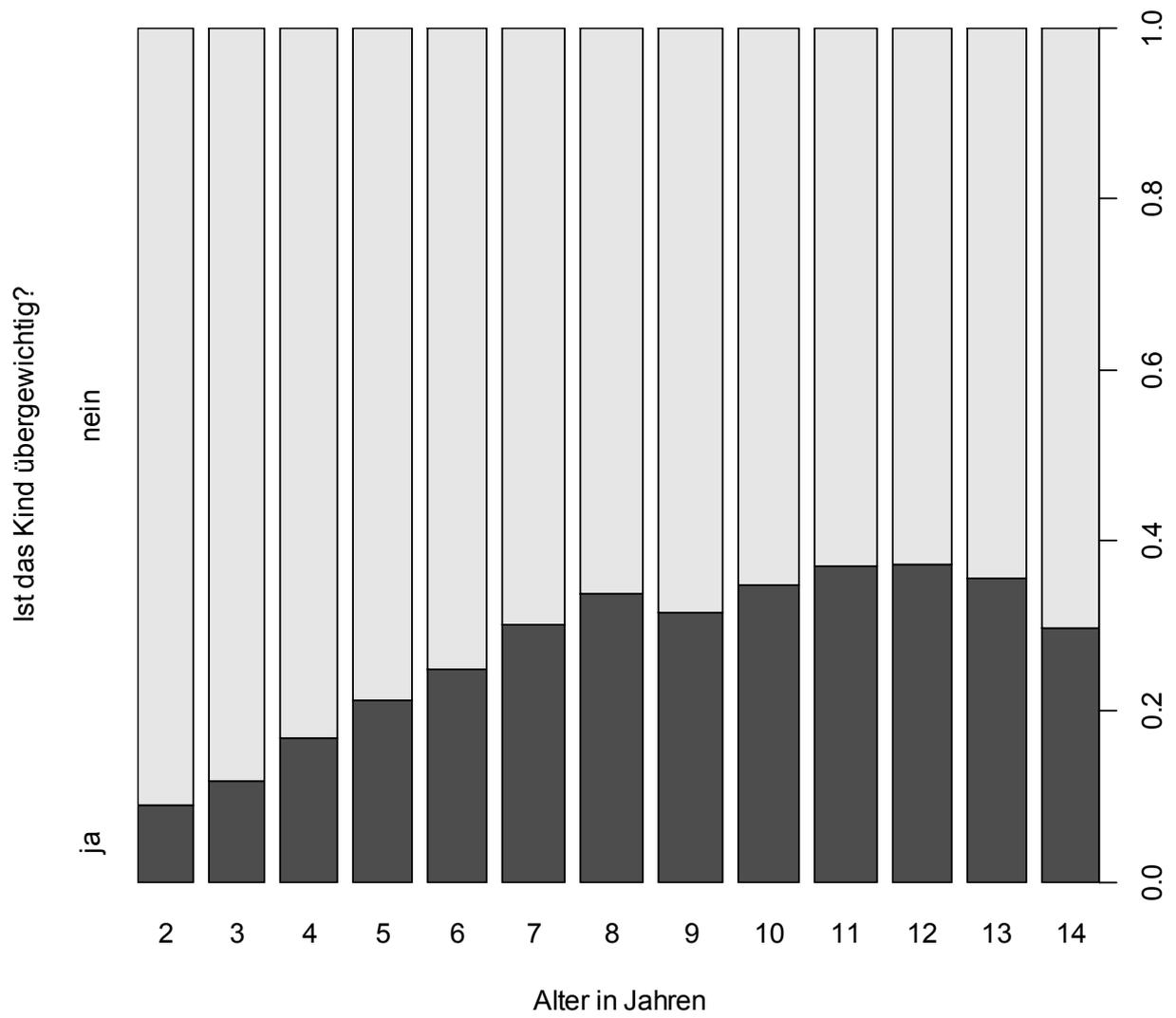


Abb. 17 Übergewicht altersabhängig bei KiGGS

Übergewicht altersabhängig bei den syrischen Kindern

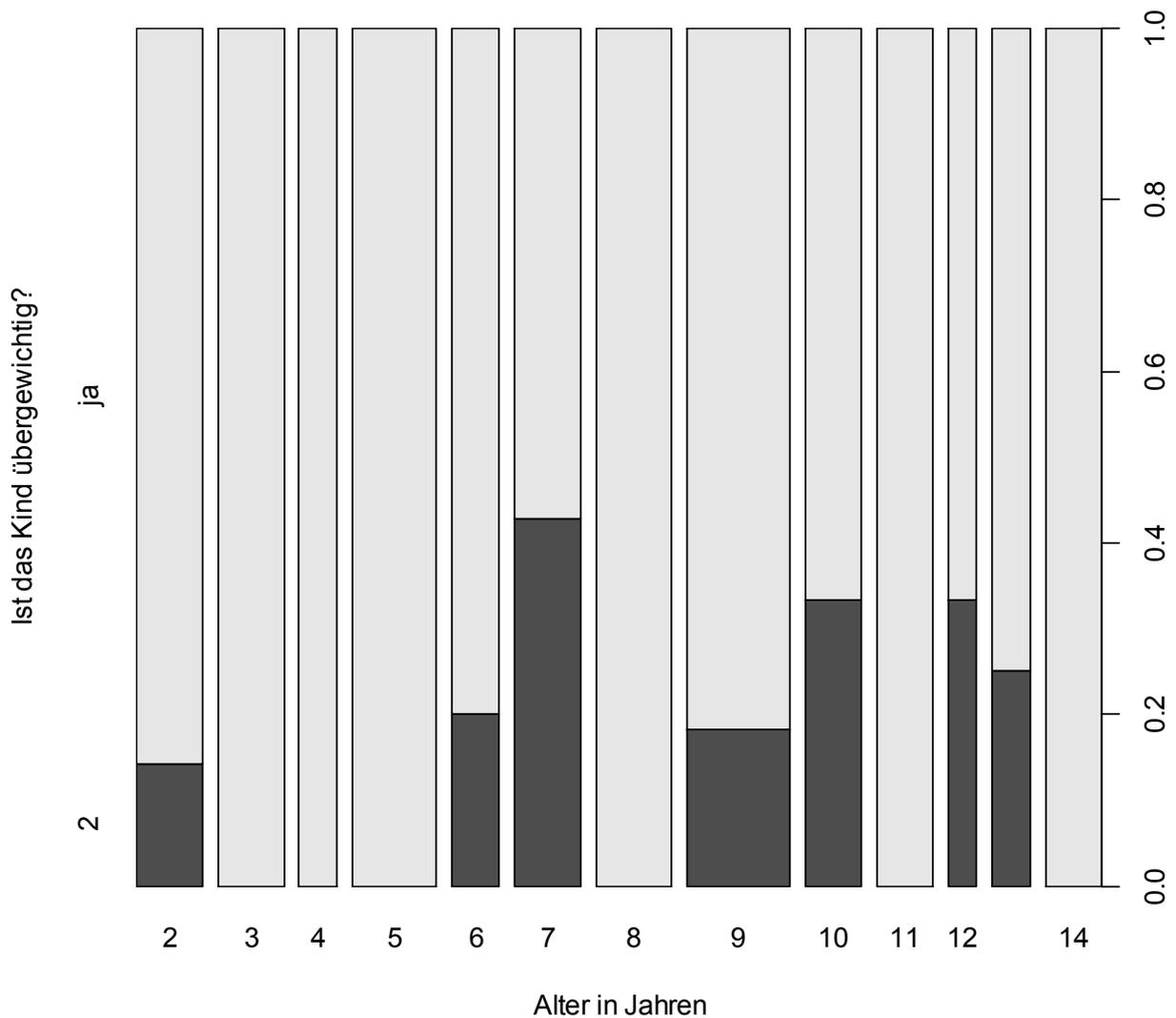


Abb. 18 Übergewicht altersabhängig bei den syrischen Kindern

Ein Auftreten von Adipositas ließ sich bei 9.2% der Kinder der KiGGS Studie (1184 Kinder) beobachten. Bei der syrischen Gruppe waren es hingegen nur 6% (5 Kinder), siehe Abb. 19 Kind adipös. Die OR betrug 0.64 (95% CI 0.22-1.42), die adjustierte OR 0.66 (95% CI 0.23-1.49), somit war auch hier die Chance bei den syrischen Kindern geringer an Adipositas zu leiden, als bei der Vergleichsgruppe. Ähnlich wie beim Übergewicht hatten ältere Kinder über beide Studien hinweg ein höheres Risiko, an Adipositas zu leiden (OR 1.12, 95% CI 1.1-1.14) Außerdem war das Risiko für Mädchen an Adipositas zu leiden über beide Studien hinweg mit einer OR von 0,85 (95% CI 0.76-0.96) etwas geringer als für die

Jungen, siehe Tabelle 12 Effekt der Studie auf das Risiko übergewichtig oder adipös zu sein.

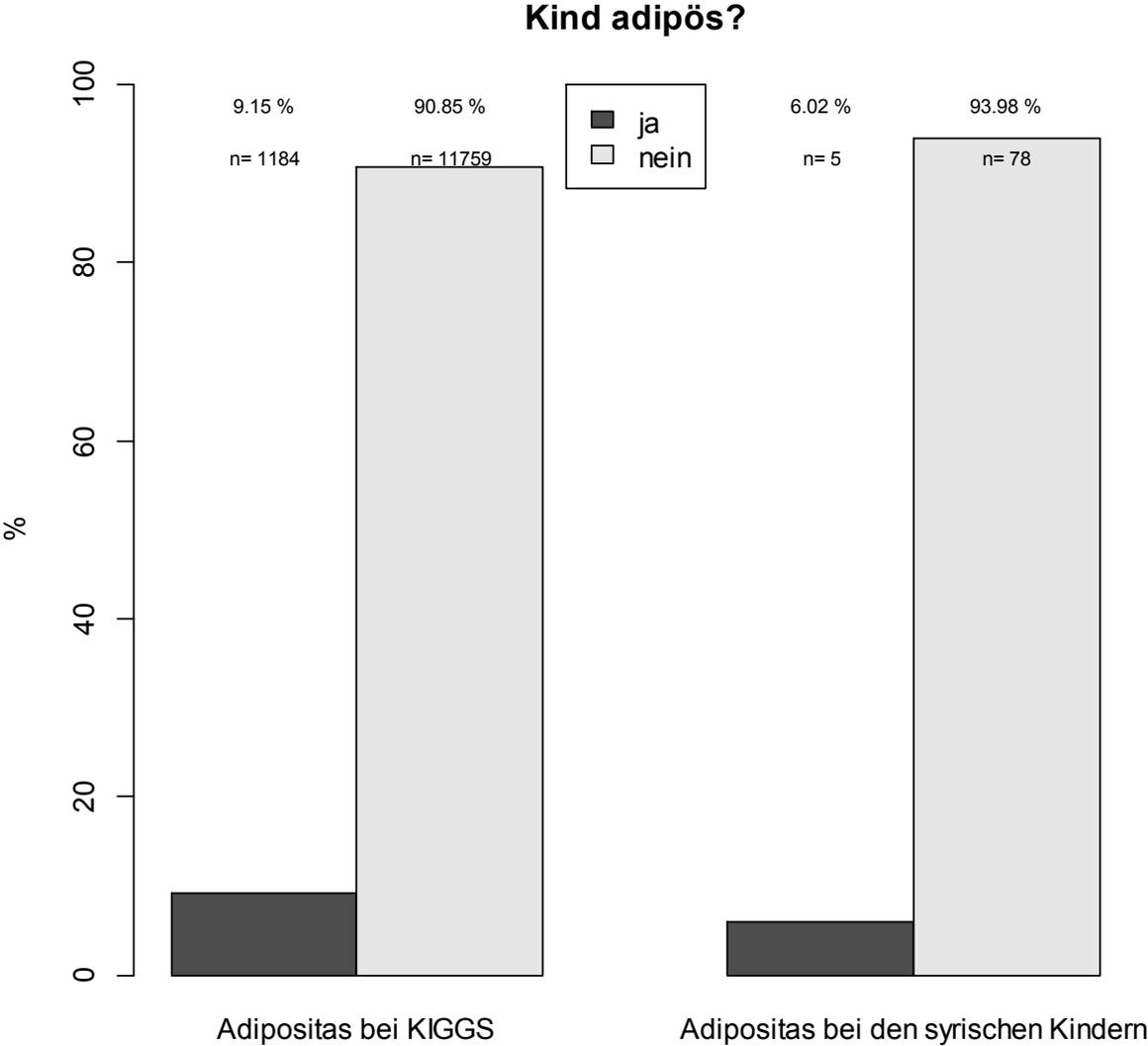


Abb. 19 Kind adipös

Adipositas altersabhängig bei KIGGS

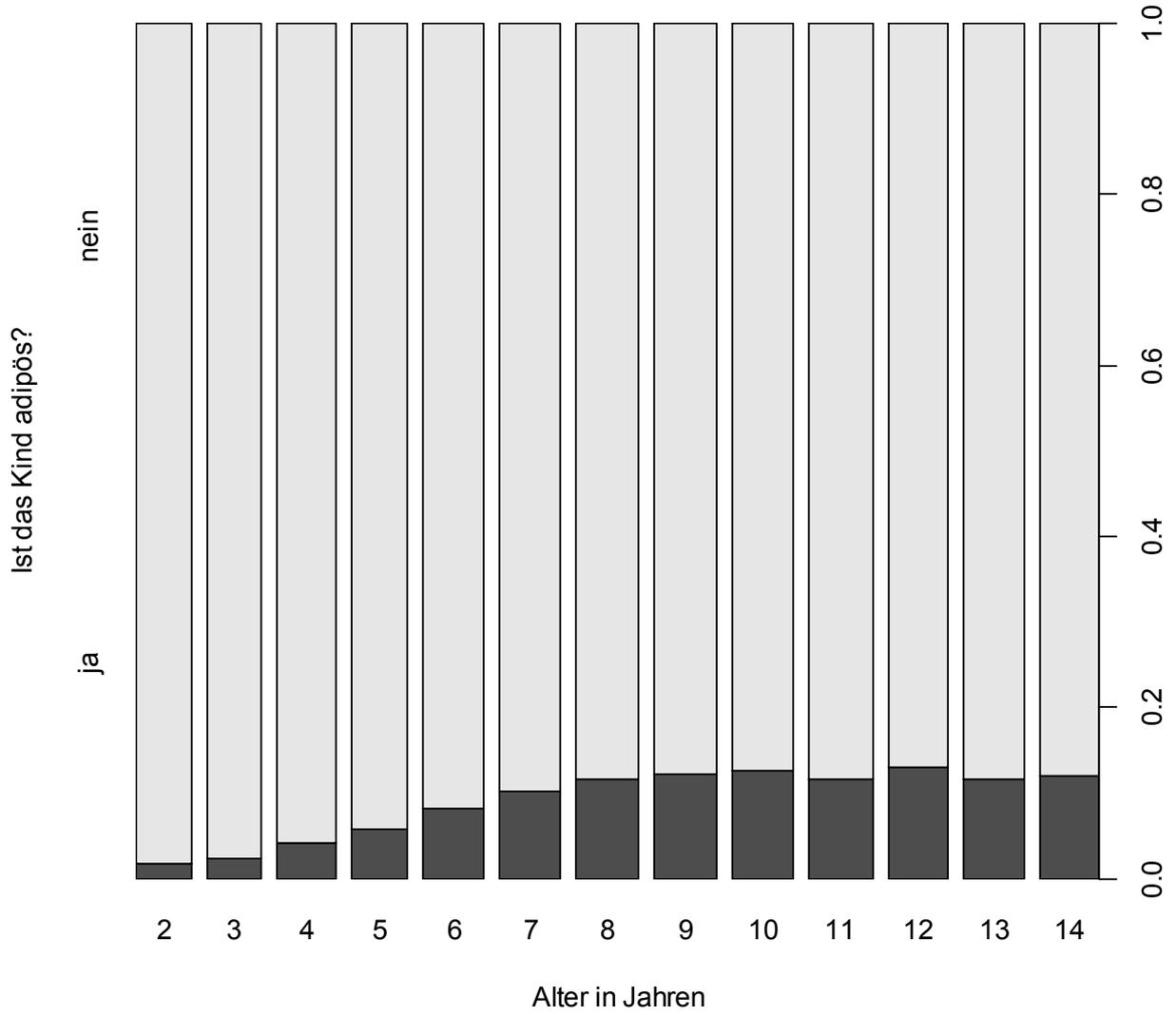


Abb. 20 Adipositas altersabhängig bei KIGGS

Adipositas altersabhängig bei den syrischen Kindern

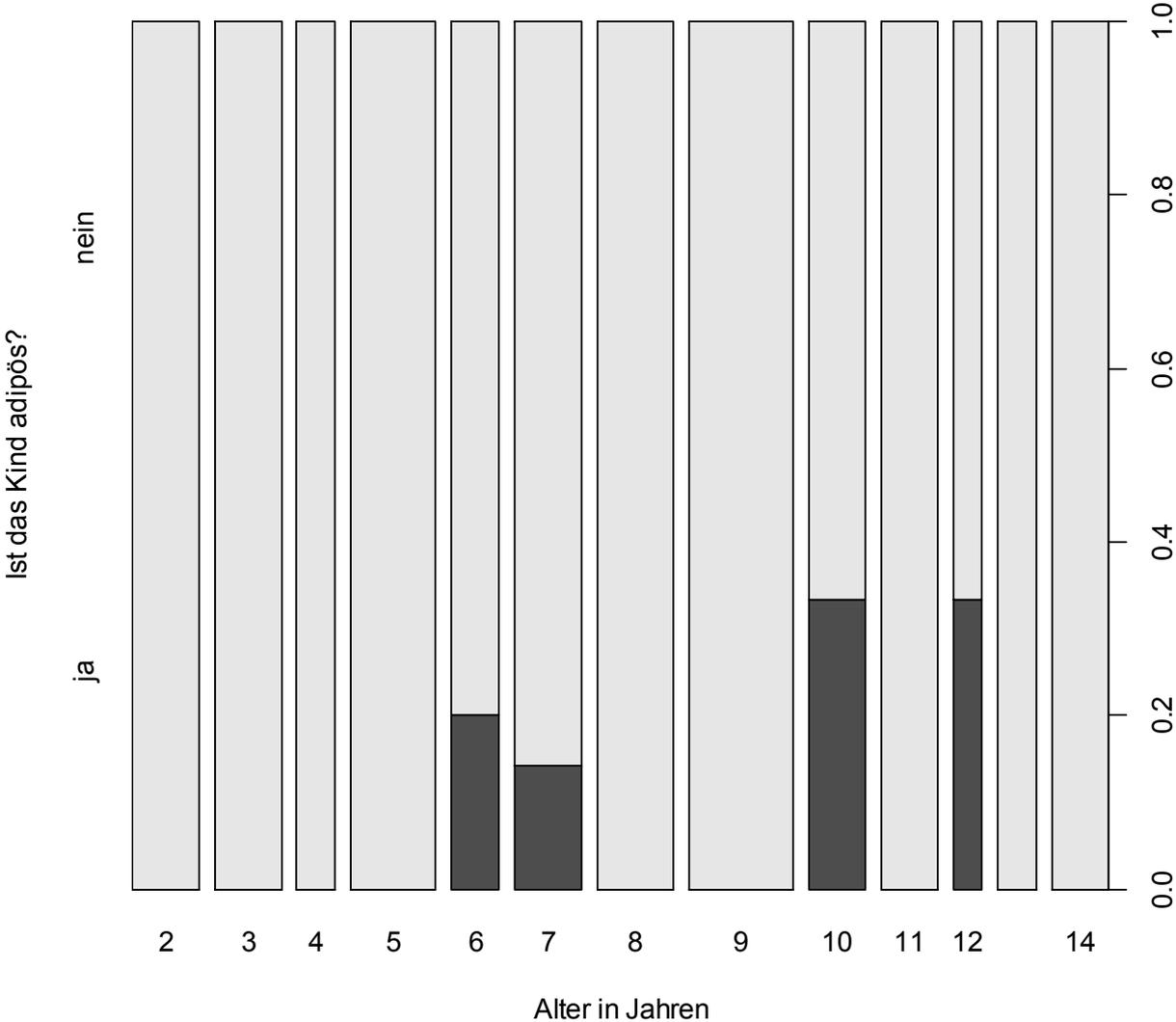


Abb. 21 Adipositas altersabhängig bei den syrischen Kindern

Tabelle 12 Effekt der Studie auf das Risiko übergewichtig oder adipös zu sein

	Übergewicht		Adipositas	
	OR [CI]	OR adjustiert [CI]	OR [CI]	OR adjustiert [CI]
Studie (Referenz = KiGGS)	0.4 [0.2;0.73]	0.41 [0.21;0.75]	0.64 [0.22;1.42]	0.66 [0.23;1.49]
Geschlecht (Referenz = männlich)		0.99 [0.92;1.07]		0.85 [0.76;0.96]
Alter		1.12 [1.1;1.13]		1.12 [1.1;1.14]

4.3.4 Hypothese 4: Syrische Kinder weisen vermehrt Untergewicht oder extremes Untergewicht auf als KiGGS-Kinder

Unter den syrischen Kindern hatten 12.1% der Kinder (10 Kinder) Untergewicht und 2.4% der Kinder (2 Kinder) extremes Untergewicht, wohingegen in der KiGGS Studie 5.8% der Kinder (751 Kinder) Untergewicht und 1.5% der Kinder (198 Kinder) extremes Untergewicht aufwiesen, siehe Abb. 22 Kind untergewichtig, Abb. 25 Kind extrem untergewichtig. Dies ergab in der Gesamtheit, dass die Gruppe syrischer Kinder im Vergleich zu den KiGGS Kindern eine 2.2-fach größeres Risiko hatte an Untergewicht (OR 2.22, 95% CI 1.07-4.12, adjustierte OR 2.14, 95% CI 1.03-4.02) und ein 1.6-fach größeres Risiko hatte, an extremem Untergewicht zu leiden (OR 1.59, 95% CI 0.26-5.09, adjustierte OR 1.5, 95% CI 0.24-4.85), siehe Tabelle 13 Effekt der Studie auf das Risiko untergewichtig oder extrem untergewichtig zu sein. Das Geschlecht spielte beim Auftreten des Untergewichtes keine Rolle, da die OR 1 war (OR 1, 95% CI 0.86-1.16) und beim Auftreten von extremem Untergewicht fast 1 war (OR 0.99, 95% CI 0.75-1.31). Jüngere Kinder hatten eine höhere Wahrscheinlichkeit, untergewichtig (OR 0.85, 95% CI 0.83-0.87) oder extrem untergewichtig zu sein (OR 0.81, 95% CI 0.77-0.84), siehe Tabelle 13 Effekt der Studie auf das Risiko untergewichtig oder extrem untergewichtig zu sein.

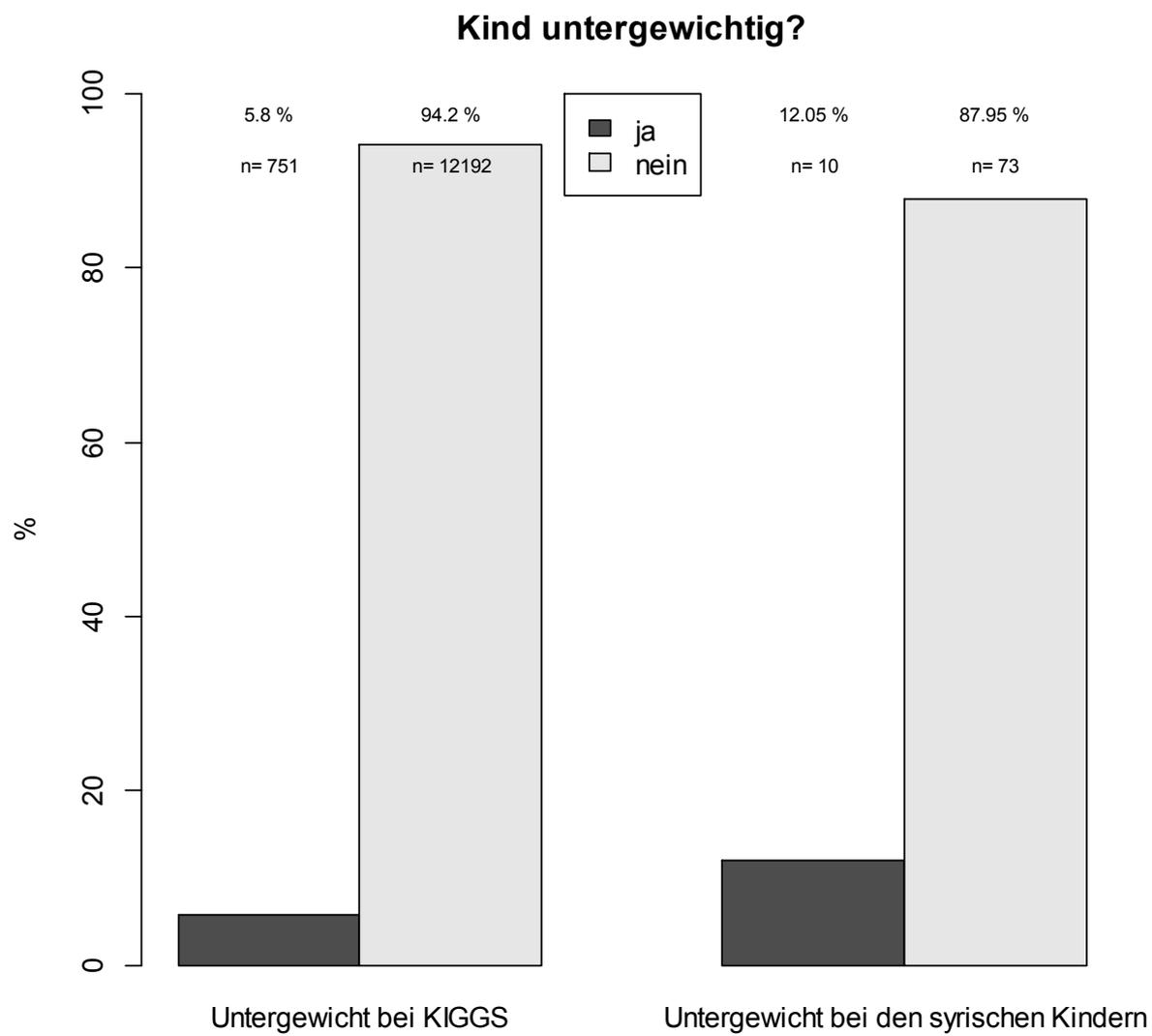


Abb. 22 Kind untergewichtig

Untergewicht altersabhängig bei KIGGS

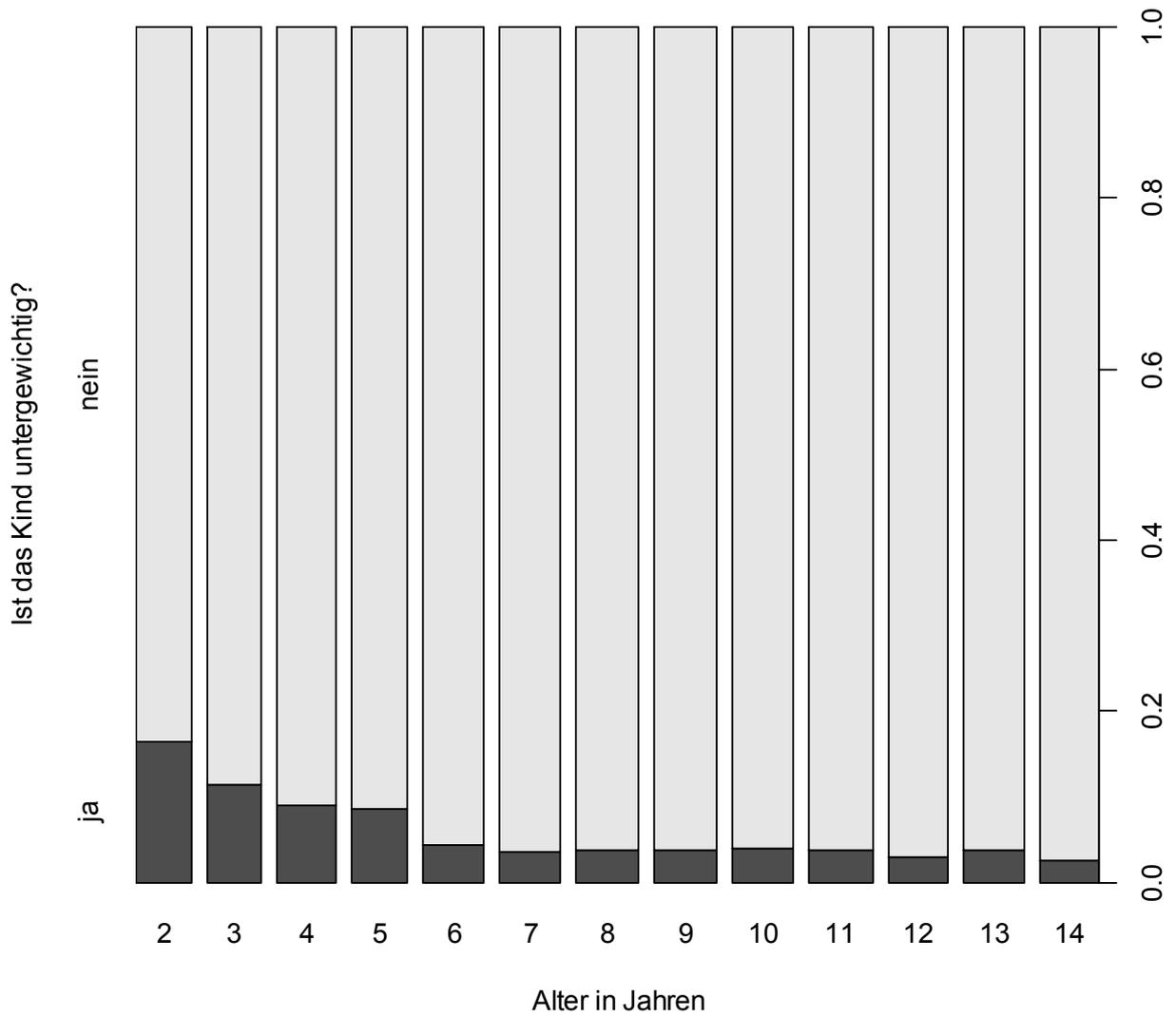


Abb. 23 Untergewicht altersabhängig bei KiGGS

Untergewicht altersabhängig bei den syrischen Kindern

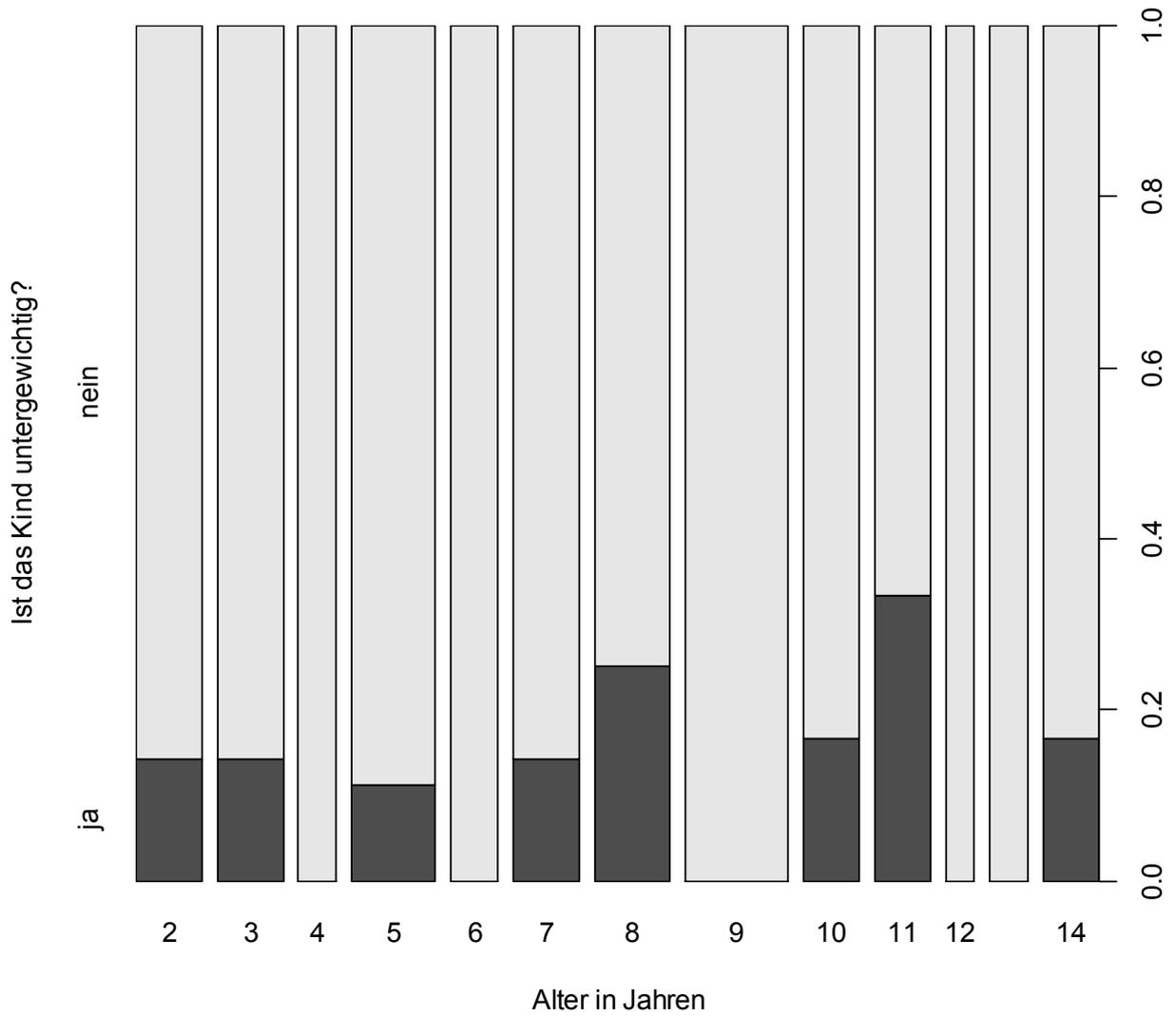


Abb. 24 Untergewicht altersabhängig bei den syrischen Kindern

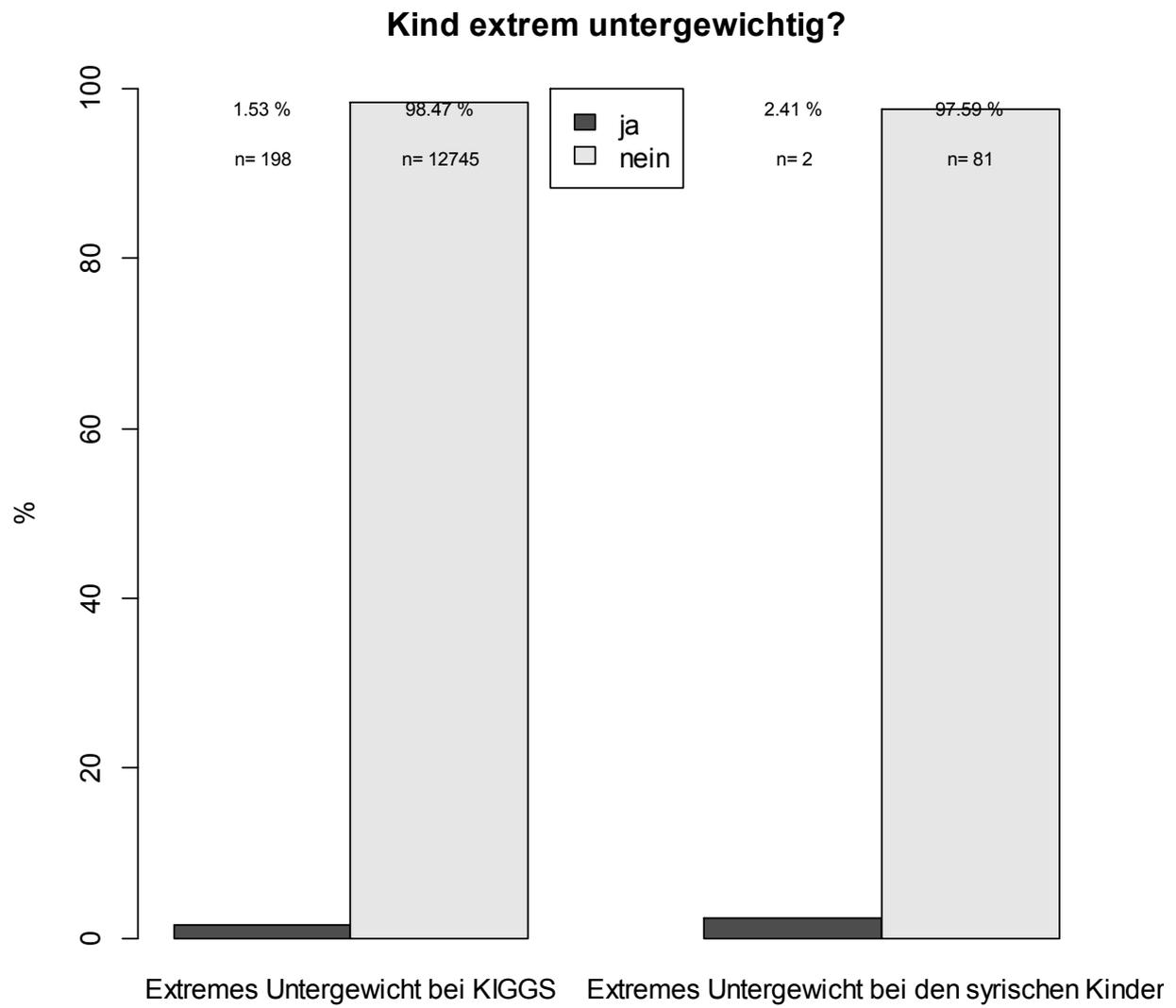


Abb. 25 Kind extrem untergewichtig

Extremes Untergewicht altersabhängig bei KIGGS

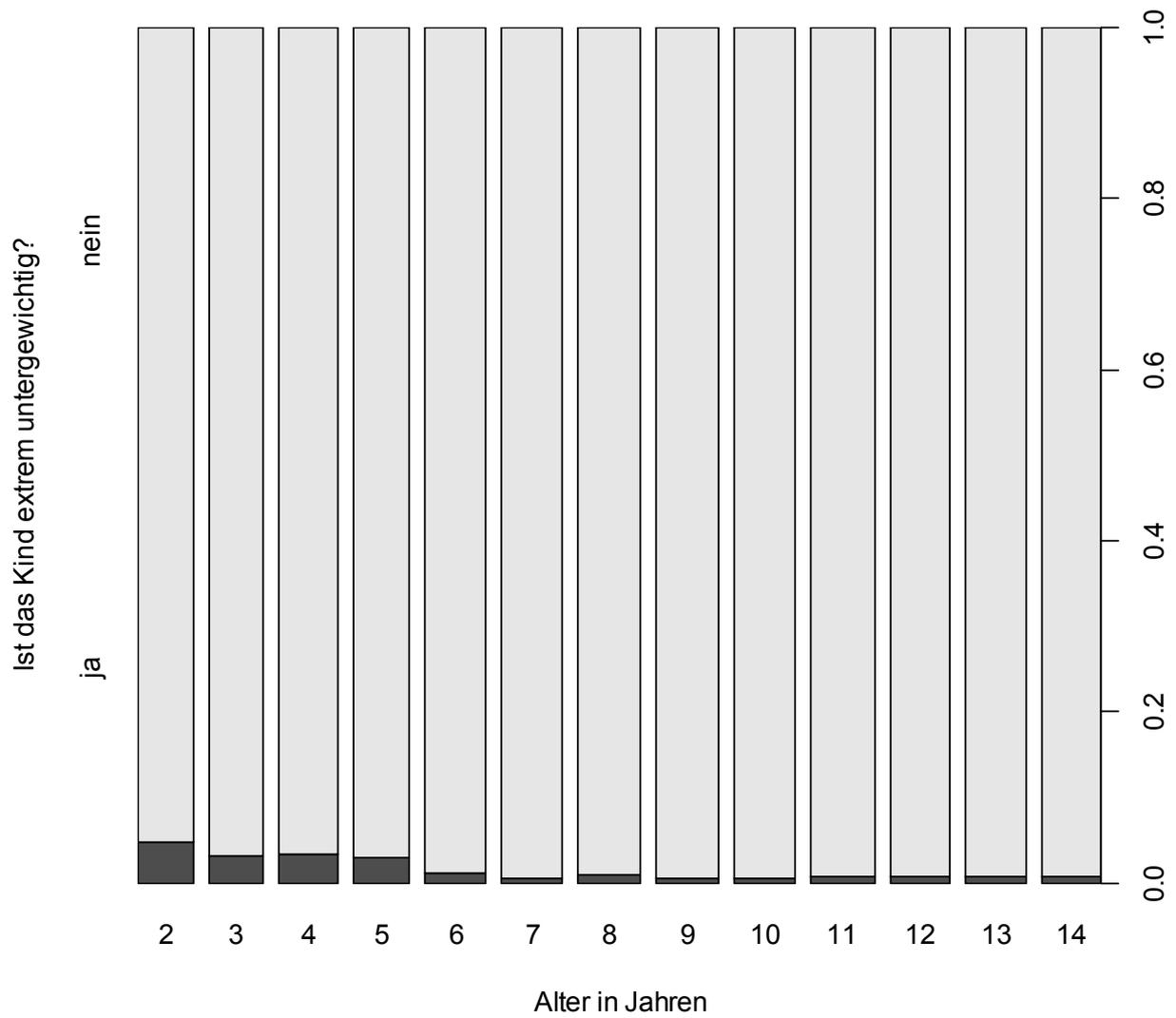


Abb. 26 Extremes Untergewicht altersabhängig bei KiGGS

Extremes Untergewicht altersabhängig bei den syrischen Kindern

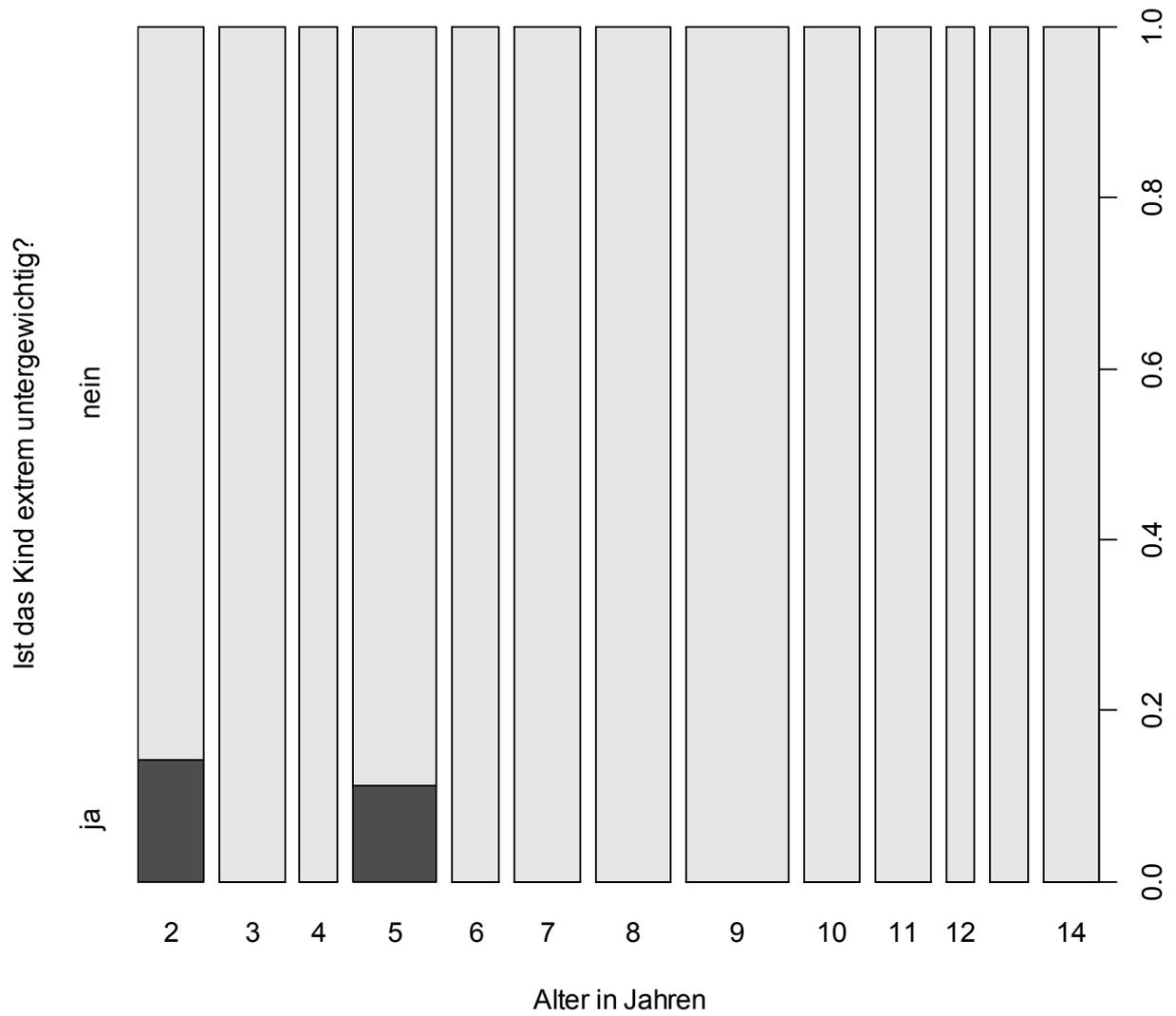


Abb. 27 Extremes Untergewicht altersabhängig bei den syrischen Kindern

Tabelle 13 Effekt der Studie auf das Risiko untergewichtig oder extrem untergewichtig zu sein

	Untergewicht		Extremes Untergewicht	
	OR [CI]	OR adjustiert [CI]	OR [CI]	OR adjustiert [CI]
Studie (Referenz = KiGGS)	2.22 [1.07;4.12]	2.14 [1.03;4.02]	1.59 [0.26;5.09]	1.5 [0.24;4.85]
Geschlecht (Referenz = männlich)		1 [0.86;1.16]		0.99 [0.75;1.31]
Alter		0.85 [0.83;0.87]		0.81 [0.77;0.84]

5. Kasuistisches Kapitel

In diesem Abschnitt wird exemplarisch eine syrische Familie aus der Stichprobe vorgestellt. Dabei soll verdeutlicht werden, warum die Familie Syrien verlassen musste, wie sich die Flucht nach Deutschland gestaltete und wie die Ankunft in Deutschland verlief. Ein besonderer Fokus wird auch hier auf die gesundheitlichen Probleme, die medizinischen Diagnosen und die medizinische Versorgung der einzelnen Familienmitglieder gelegt. Es werden außerdem einzelne Erkenntnisse aus den verwendeten Fragebögen ausgewertet und in die Familienvorstellung integriert.

5.1 Allgemeine Informationen

Die fünfköpfige Familie stammt aus Syrien und wohnte gemeinsam in einem Mehrfamilienhaus in Aleppo im Norden Syriens. In der Familie wurde sowohl Arabisch als auch Türkisch gesprochen. Alle Familienmitglieder gehörten dem Islamischen Glauben an. Als die Familie vom Studienteam interviewt und untersucht wurde, war diese erst seit fünf Tagen in Deutschland. Zum Zeitpunkt der Untersuchung war die gesamte Familie in der Bayernkaserne untergebracht, wo sie gemeinsam ein Zimmer mit Stockbetten bewohnten. Da ihr Asylverfahren zwar bereits beantragt, jedoch noch nicht abgeschlossen war, wurde ihr aktueller Aufenthaltsstatus mit „Aufenthaltsgestattung“ bezeichnet.

5.2 Familienmitglieder

Die Familie bestand aus fünf Familienmitgliedern, dem Vater, der Mutter, zwei Söhnen und einer Tochter.

5.2.1 Vater

Der Vater war 53 Jahre alt und arbeitete in Syrien als Verkäufer und Zwischenhändler von Autoteilen. Er sei 9 Jahre zur Schule gegangen und habe so einen Realschulabschluss erreicht. Er selbst ordnete sich und seine Familie in Syrien in den Mittelstand ein. Bei der Frage nach seinem sozioökonomischen Status in der

Gemeinschaft in seinem Heimatland („...Stellen Sie sich bitte eine Leiter mit 10 Sprossen vor, die zeigen soll, wo die Menschen in Ihrer Gemeinschaft stehen. Eine Gemeinschaft kann unterschiedlich definiert werden. Definieren Sie es für sich so, wie es Ihnen am bedeutsamsten erscheint. Ganz oben stehen die Menschen, die in Ihrer Gemeinschaft das höchste Ansehen haben. Ganz unten stehen die mit dem wenigsten Ansehen. Je höher man auf der Leiter steht, desto näher ist man den Personen ganz oben, je niedriger, desto näher den Personen ganz unten...“ aus dem Anamnesebogen Eltern Sozialer Status, siehe 8.2.2 Anamnesebogen Elternteil anwesend Seite 156-160) ordnete er sich auf der Höhe 7.5 von 10 ein. Bei der gleichen Einteilung in Bezug auf alle Menschen in seinem gesamten Heimatland reihte er sich und seine Familie auf der Sprosse in Höhe 7.0 von 10 ein. Als Vergleich dazu platzierte sich der Vater mit seiner Familie bezogen auf seine aktuelle Position in der Gemeinschaft in Deutschland auf der Sprosse 4.5 von 10 und in Bezug auf alle Menschen in ganz Deutschland auf der Sprosse 4.0 von 10. Der Vater gab aktuell an, vier soziale Kontakte zu besitzen, mit dieser Situation sei er allerdings nicht zufrieden. Momentan beständen vor allem Verständigungsprobleme und er fühle sich sozial sehr isoliert. Er habe jedoch nicht den Eindruck sozial diskriminiert zu werden und es gebe jemanden, mit dem er über seine Probleme reden könne. Insgesamt war er mit der aktuellen Familiensituation zum Zeitpunkt der Befragung nicht zufrieden. Seine Familie habe außerdem bisher keine Hilfe in Bezug auf Sozialberatung; Unterbringung, Lebensunterhalt, aufenthalts-/asylrechtliche Beratung, Unterstützung in Ausbildungsfragen oder bei Suche nach Angehörigen im Herkunftsland erhalten, jedoch würde diese dringend benötigt und sei erwünscht.

5.2.2 Mutter

Die Mutter war 37 Jahre alt, ihre Muttersprache war türkisch, da sie in der Türkei aufgewachsen sei. Aus diesem Grund hatten auch ihre Kinder als erste Sprache Türkisch und erst als zweite Sprache Arabisch gelernt. Sie sei 4 Jahre, was der Grundschulzeit entspricht, zur Schule gegangen und habe zuletzt in Aleppo als Hausfrau gearbeitet und die Kinder versorgt.

5.2.3 Kind 1

Das erste älteste Kind war ein Junge im Alter von 10 Jahren. Wie auch bei seinen Geschwistern war seine Muttersprache Türkisch und seine erste Fremdsprache Arabisch. In der Anamnese gab er an, zum Zeitpunkt der Befragung keine Freunde zu haben, jedoch jemanden in seiner Umgebung, mit dem er spielen könne. Die Mutter beurteilte, dass ihr Sohn momentan nicht gut in das Leben in Deutschland integriert sei.

5.2.4 Kind 2

Das zweite Kind war ein 7-jähriger Junge. In der Anamnese gab er an, zum Zeitpunkt der Befragung einige Freunde zu haben, mit denen er auch regelmäßig spielen könne. Die Mutter beurteilte, dass ihr Sohn momentan nicht gut in das Leben in Deutschland integriert sei.

5.2.5 Kind 3

Das dritte Kind war ein 5-jähriges Mädchen. In der Anamnese gab sie an, zum Zeitpunkt der Befragung keine Freunde zu haben, jedoch jemanden in ihrer Umgebung, mit dem sie spielen könne. Die Mutter beurteilte, dass ihre Tochter momentan nicht gut in das Leben in Deutschland integriert sei.

5.3 Das Leben in Syrien und die Flucht

Die Familie lebte in Aleppo. Mit dem Fortschreiten des Bürgerkrieges in Syrien und nach dem mehrmaligen Abwurf von Fassbomben waren große Teile Aleppos zerstört. Es gab mehrere von der Regierung kontrollierte Checkpoints, die man passieren musste, um in bestimmte Stadtteile zu gelangen. Teile Aleppos waren zu der Zeit bereits unter Kontrolle der Rebellen, wohingegen die anderen Stadtviertel von den Regierungstruppen kontrolliert wurden. Die Familie und speziell der Vater positionierten sich nicht aktiv auf der Seite einer der beiden Kriegsparteien, jedoch unterstützte der Vater die Menschen in den von der Versorgung abgeschnittenen Gebieten der Stadt mit Nahrungsmittel- und Medikamentenlieferungen. Eines Tages wurde er beim Passieren eines der Checkpoints von der staatlichen, von Präsident Baschar al-Assad kontrollierten, Polizei verhaftet und ins Gefängnis von Aleppo

gebracht. Ihm wurde vorgeworfen, die oppositionellen Gruppen zu unterstützen und er wurde der Spionage und Kollaboration angeklagt. Im Gefängnis wurde er 20 Tage festgehalten und dort gefoltert und geschlagen. Er war in einer Zelle mit 20 anderen Menschen untergebracht. Dort gab es so wenig Platz, dass sie im Stehen schlafen mussten. Er konnte dort seine Blutdruckmedikamente nicht einnehmen, sich nicht waschen und hatte die gesamte Zeit über Angst vor Folter und Tod. Zum Essen bekam er lediglich ein Stück Brot und Marmelade, das er mit sieben weiteren inhaftierten Personen teilen musste. Nur, indem er Geld bezahlte, konnte er auf Kautionsfreikommen. Im weiteren Verlauf des Krieges verloren er und seine Familie dann durch immer häufigere intensive Bombardements ihr Haus, das Geschäft und ihr Auto. Dies war dann letztendlich der direkte Auslöser zur Flucht, da ihnen durch diese Zerstörung die komplette Lebensgrundlage genommen wurde. Ungefähr zehn Tage konnten sie sich vorbereiten, packten die wichtigsten Sachen zusammen und verabschiedeten sich von Freunden und Familie. Von Aleppo aus fuhren sie mit einem öffentlichen Bus bis an die türkische Grenze. Diese konnten sie ohne Zwischenfälle überqueren und erreichten dann Kilis, eine kleine Stadt nahe der türkisch-syrischen Grenze. Dort blieben sie für zehn Tage und knüpften Kontakte zu den Schleppern, die sie nach Deutschland bringen sollten. Die Familie musste für die Fahrt nach Deutschland 5000 Euro an die Schlepper bezahlen. Sie gelangten dann versteckt im Laderaum eines LKW's über die europäische Grenze bis nach Deutschland, ohne dass sie auf der Fahrt aufgehalten wurden. Angekommen in München, wurde die Familie am Münchner Hauptbahnhof von der Polizei aufgegriffen, registriert und in die Bayernkaserne gebracht. Dort traf das Studienteam die Familie dann wenige Tage nach ihrer Ankunft in Deutschland in ihrem Zimmer an.

5.4 Körperliche Gesundheit der Familie

5.4.1 Gesundheit des Vaters

Der Vater litt bereits in Syrien an einer bekannten arteriellen Hypertonie, hatte jedoch seit dem Gefängnisaufenthalt in Syrien und der Flucht keine antihypertensiven Medikamente mehr eingenommen. Anamnestisch klagte er über unregelmäßiges Herzklopfen, Herzstechen, Kopfschmerzen sowie rasche Ermüdungserscheinungen und Schmerzen im Brustkorb, die seit 2 Jahren beständen und progredient wären. Des

Weiteren berichtete der Vater über seit der Folter bestehende Schmerzen im Brustwirbelsäulen- (BWS) und Halswirbelsäulenbereich (HWS) Bereich. Gegen diese Beschwerden hatte er in Aleppo Krankengymnastik vom Arzt verschrieben bekommen, konnte diese Termine jedoch durch den Bürgerkrieg bedingt nicht wahrnehmen. Seitdem haben die Beschwerden stetig zugenommen. Außerdem seien Einschlafstörungen hinzugekommen. Zusätzlich litt er noch unter akuten Zahnschmerzen und leichtem rechtseitigen Nierenklopfeschmerz, jedoch ohne dysurische Beschwerden. Der Vater machte während der Anamnese und Untersuchung einen sehr unruhigen und gereizten Eindruck. In der ausführlichen körperlichen Untersuchung ließ sich die kardiologische Symptomatik nicht objektivieren, jedoch mussten die Symptome in der Zusammenschau einer Angina pectoris Symptomatik zugeordnet werden. Daraufhin bekam er von der Ärztin sofort einen Laufzettel ausgestellt, auf dem die Symptomatik vermerkt und um eine dringende kardiologische Abklärung gebeten wurde. Zusätzlich wurde der Nierenklopfeschmerz rechts sowie die muskuloskelettalen Beschwerden und die Zahnschmerzen vermerkt, ebenfalls mit der Bitte auf weitere Abklärung. Dem Vater wurde eindringlich gesagt, dass er in den nächsten Tagen dringend einen Arzt aufzusuchen habe. Zwei Tage später berichtete er dem Studienteam jedoch, dass er bisher keine Zeit für einen Arztbesuch gefunden habe und die Schmerzen aushalten müsse.

5.4.2 Gesundheit der Mutter

Die Mutter machte während der Anamnese und körperlichen Untersuchung einen sehr bedrückten Eindruck und fing auch immer wieder kurz an zu weinen. Sie versicherte dem Studienteam jedoch, dass sie sehr froh darüber sei, sich und ihre Familie im Rahmen dieser Studie von einer Ärztin untersuchen zu lassen. Sie berichtete zum Zeitpunkt der Untersuchung über rasche Ermüdungszeichen und einen Nierenklopfeschmerz links sowie Blut im Urin und Brennen beim Wasserlassen. Als Vorerkrankungen gab sie eine Wirbelsäulen-OP bei Bandscheibenvorfall mit neurologischer Symptomatik an, sowie eine operierte Ovarialzyste, einen operativ versorgten Gehirnabszess und eine seit dem 12. Lebensjahr bekannte nicht medikamentös behandelte Epilepsie. In der Zusammenschau der Anamnese und der klinischen Symptome bestand der hochgradige Verdacht auf eine akute Zystitis mit möglicher renaler Beteiligung. Auch die Mutter bekam von Frau Dr. Al-Hallak einen

Laufzettel ausgestellt mit dem dringenden Hinweis in den nächsten Tagen einen Arzt aufzusuchen.

5.4.3 Gesundheit Kind 1

Das erste Kind war ein zehnjähriger Junge. Er stellte sich in gutem Allgemein- und Ernährungszustand vor. Körperlänge (KL): 143 cm (50.Perzentile), Körpergewicht (KG): 45,9 kg (90-97.Perzentile), Kopfumfang (KU): 55 cm (50.Perzentile). Blutdruck (RR): 110/70 mmHg. Der Junge klagte darüber, in letzter Zeit schnell zu ermüden, schnelles Treppensteigen oder Rennen sei ihm nicht möglich. Außerdem habe er seit 1-2 Monaten Schmerzen beim Wasserlassen und nässe seitdem auch wieder ein. Zusätzlich beständen noch Bauchschmerzen. Der Junge trage außerdem aufgrund seiner Kurzsichtigkeit seit zwei Jahren eine Brille. Nach einer komplizierten Schwangerschaft mit gestationsbedingtem Diabetes mellitus und gestationsbedingtem Hypertonus erfolgte die Geburt (Gravidität 1 (G1), Parität 1 (P1)) in der 40. Schwangerschaftswoche (Apgar nicht bekannt; Gewicht: ca. 4000 Gramm, nach Geburt bestand für drei Tage Sauerstoffbedarf). Die Meilensteine der Entwicklung wurden regelrecht erreicht (freies Laufen mit 12 Monaten). Die Sprachentwicklung verlief ebenfalls altersentsprechend (erste Sinn besetzte Worte habe der Junge mit 18 Monaten gesprochen).

In der pädiatrisch-internistischen Untersuchung zeigte sich ein weiches, nicht druckschmerzhaftes Abdomen, ein leichter Nierenklopfeschmerz links sowie Zahnkaries. In der Zusammenschau der klinischen Befunde und der Anamnese zeigte der Junge Symptome einer Harnwegsinfektion (Dysurie, Polyurie, Pollakisurie, Bauchschmerzen und Nykturie). In der Vorgeschichte wurde bereits eine einmalige Pyelonephritis diagnostiziert. Es lag eine Enuresis nocturna vor, ohne Hinweis für eine zugrunde liegende neurologische Auffälligkeit. Eine weitere Abklärung wurde bisher nicht durchgeführt. Der Impfstatus sei anamnestisch entsprechend der Empfehlungen der WHO erfolgt (Tuberkulose (TB) X1, Hepatitis B (HB) X3, Diphtherie, Tetanus und Pertussis (DTP) X4, Haemophilus Influenzae B (Hib) X4, Polio X4, Mumps, Masern und Röteln (MMR) X2), jedoch lag kein Impfpass vor. In der psychiatrischen Untersuchung wurde der Verdacht auf eine PTBS gestellt. Die weiteren Untersuchungen ergaben keinen Hinweis auf umschriebene Entwicklungsstörungen und im klinischen Eindruck ergab sich eine durchschnittliche Intelligenzleistung. Der Junge war durch den Krieg in

Syrien und die Flucht der Familie einem längeren Ereignis von außergewöhnlicher Bedrohung ausgesetzt. Er habe anhaltende Erinnerungen an Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen. Umstände, die der Belastung ähneln wurden tatsächlich oder möglichst vermieden. Des Weiteren zeigten sich anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität oder Erregung. Es wurden Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung und eine mäßige soziale Beeinträchtigung attestiert.

Aus pädiatrischer und kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht wurde empfohlen, sobald der längerfristige Aufenthalt an einem Wohnort gesichert sei, sollte eine Vorstellung bei einem ambulanten Kinder- und Jugendpsychiater oder Psychotherapeut, in einer Kinder- und Jugendpsychosomatik oder Kinder- und Jugendpsychiatrie zur weiterführenden Diagnostik und Therapie der PTBS erfolgen. Außerdem sollte eine dringende Vorstellung beim Kinderarzt zum Ausschluss (z. A.) einer Harnwegsinfektion und zur Abklärung der bestehenden Enuresis erfolgen (weitere Diagnostik, wie Sonografie der Nieren, sowie Uroflow erforderlich). Des Weiteren bestand aufgrund der Zahnkaries der akute Bedarf einer zahnärztlichen Behandlung und es wurde die Fortführung der Impfungen der ständigen Impfkommision des RKI's (STIKO) empfohlen. Es stand zum Zeitpunkt der Untersuchung die Auffrischungsimpfung zwischen dem neunten und elften Lebensjahr an.

5.4.4 Gesundheit Kind 2

Das zweite Kind war ein 7-jähriger Junge, der sich in gutem Allgemein- und Ernährungszustand vorstellte. Körperlänge (KL): 123 cm (50.Perzentile), Körpergewicht (KG) : 24,5 kg (50-75.Perzentile), Kopfumfang (KU) : 53 cm (50.Perzentile). RR: 90/60 mmHg.

Laut den Eltern wurden bei dem Jungen bereits in Syrien eine angeborene Fehlbildung des Herzseptums und eine Herzrhythmusstörung festgestellt. Eine medikamentöse Therapie sei bisher nicht erforderlich gewesen. Eine jährliche Kontrolle wurde regelmäßig durchgeführt. Zum Zeitpunkt der Untersuchung war die Herzauskultation rhythmisch und es bestanden keine pathologischen Geräusche. Allerdings wurde eine Kontrolle beim Kinderkardiologen empfohlen. In der körperlichen Untersuchung

zeigten sich drei farblose ca. 2-3 cm große Flecken am Rumpf, die weiter beobachtet werden sollten. Außer einer leichten akuten Rhinitis zeigte der Junge in der Untersuchung keinen Anhalt für infektiöse, somatische oder chronische Krankheiten. Der Impfstatus sei anamnestisch entsprechend der Empfehlungen der WHO erfolgt (TB X1, HB X3, DTP X4, HibX4, Polio X4, MMR X2), jedoch lag kein Impfpass vor. Nach komplizierter Schwangerschaft mit gestationsbedingtem Diabetes mellitus und gestationsbedingtem Hypertonus erfolgte die Geburt (G2, P2) in der 42. Schwangerschaftswoche (Apgar nicht bekannt; Gewicht: ca. 5000 Gramm, nach der Geburt bestand für 5 Tage Sauerstoffbedarf). Die Meilensteine der Entwicklung wurden regelrecht erreicht (freies Laufen mit 9 Monaten). Die Sprachentwicklung verlief ebenfalls altersentsprechend (erste Sinn besetzte Worte habe der Junge mit 11 Monaten gesprochen). Die Sauberkeitsentwicklung sei mit ca. 12 Monaten laut Mutter abgeschlossen gewesen

Der Junge war durch den Krieg in Syrien und die Flucht der Familie einem längeren Ereignis von außergewöhnlicher Bedrohung ausgesetzt. Er habe anhaltende Erinnerungen an Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen. Umstände, die der Belastung ähneln, wurden tatsächlich oder möglichst vermieden. Des Weiteren zeigten sich anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität oder Erregung. Seit den letzten zwei Wochen vor der Untersuchung nässe er zirka 5x pro Woche nachts ein, nach anamnestisch bereits mit ca. einem Jahr abgeschlossener Sauberkeitsentwicklung. Des Weiteren äußerte der Junge seit zirka einem Jahr öfters Bauch- und Kopfschmerzen zu haben, eine organische Abklärung war diesbezüglich bisher nicht erfolgt. In der psychiatrischen Untersuchung wurde der Verdacht auf eine PTBS gestellt. Die weiteren Untersuchungen ergaben keinen Hinweis auf umschriebene Entwicklungsstörungen und im klinischen Eindruck ergab sich eine durchschnittliche Intelligenzleistung. Das Spielverhalten des Jungen mit anderen Kindern zeigte sich leicht aggressiv. Es wurden Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung und eine mäßige soziale Beeinträchtigung attestiert.

Aus pädiatrischer und kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht wurde empfohlen, sobald der längerfristige Aufenthalt an einem Wohnort gesichert ist, sollte eine Vorstellung bei einem ambulanten Kinder- und Jugendpsychiater oder

Psychotherapeuten, in einer Kinder- und Jugendpsychosomatik oder Kinder- und Jugendpsychiatrie zur weiterführenden Diagnostik und Therapie der PTBS erfolgen. Das Wiedereinnässen wurde im Zusammenhang mit der belastenden Lebenssituation der Familie bewertet und es sei unter gegebener äußerer Sicherheit von einer Remission auszugehen. Sollte das nicht erfolgen, sei eine organische Abklärung und gegebenenfalls eine psychotherapeutische Intervention zu erfolgen. Auf Grund des angeborenen Herzfehlers sollte eine Vorstellung beim Kinderkardiologen erfolgen. Außerdem sei auf die Fortführung der Impfungen nach STIKO zu achten. Es sei die Auffrischungsimpfung des sechsten Lebensjahres nachzuholen.

5.4.5 Gesundheit Kind 3

Das dritte Kind war ein 5 1/2 jähriges Mädchen, das sich in gutem Allgemein- und Ernährungszustand vorstellte. KL: 105,5 cm (3-10.Perzentile), Körpergewicht: 17,2 kg (25.Perzentile), KU: 50 cm (25-50.Perzentile). RR: 90/60 mmHg.

Laut der Mutter leide das Mädchen seit zirka 2 Jahren unter fehlendem Appetit. Außerdem habe sie alle zwei Tage schmerzhafte Verstopfungen sowie sehr feste Stühle mit teilweise leichten Blutauflagerungen. Zusätzlich beständen Bauchschmerzen. Als Vorerkrankung bestand eine Subluxation der Hüfte bei Geburt, die mit einem Gips über sechs Monate versorgt wurde. In der körperlichen Untersuchung zeigten sich Zahnkaries. Der Impfstatus sei anamnestisch entsprechend der Empfehlungen der WHO erfolgt (TB X1, HB X3, DTP X4, HibX4, Polio X4, MMR X2), jedoch lag kein Impfpass vor.

Nach einer komplizierten Schwangerschaft mit gestationsbedingtem Diabetes mellitus und gestationsbedingtem Hypertonus erfolgte die Geburt (G3, P3) in der 38. Schwangerschaftswoche (Apgar nicht bekannt; Gewicht: ca. 4500 Gramm, nach der Geburt bestand für 4 Tage Sauerstoffbedarf). Die Meilensteine der Entwicklung waren mit freiem Laufen im Alter von 2 ½ Jahren verzögert. Die Sprachentwicklung war ebenfalls mit ersten Sinn besetzten Wörtern mit 24 Monaten verzögert. Mit 4 Jahren konnte das Mädchen erst 2-Wort-Sätze sprechen.

Bei dem Mädchen bestand eine Störung des Redeflusses (Stottern). Das Sprachverständnis, die Oralmotorik und die Artikulation waren regelrecht. Eine Essstörung sowie Kauprobleme wurden verneint.

Das Mädchen war durch den Krieg in Syrien und die Flucht der Familie einem längeren Ereignis von außergewöhnlicher Bedrohung ausgesetzt. Sie hatte ein Trauma erlebt und zeigte intensive Furcht, Hilflosigkeit, Entsetzen und aufgelöstes Verhalten. Sie zeigte Symptome des Wiedererlebens in Form von wiederholten Aussagen und Fragen zu dem Ereignis und psychischer Belastung, ausgelöst durch interne und externe Erinnerungsreize an das Ereignis. Es zeigte sich eine Abflachung der Reagibilität durch deutliche Einschränkungen des Spielverhaltens. Symptome der Übererregung zeigte das Mädchen in Form von Schwierigkeiten, ins Bett zu gehen oder einzuschlafen und erhöhter Irritierbarkeit. Zusätzlich ließen sich assoziierte Symptome wie sprachliche Rückschritte und neue Ängste vor Dunkelheit und Alleinsein beobachten. Zudem sei sie traurig verstimmt, habe Appetitmangel, sei sehr misstrauisch und viel unselbstständiger geworden. Seit ca. 1 ½ Jahren zeigte sie ein nervöses Blinzeln der Augen. In der psychiatrischen Untersuchung wurde der Verdacht auf eine PTBS gestellt. Die weiteren Untersuchungen ergaben keinen Hinweis auf umschriebene Entwicklungsstörungen und im klinischen Eindruck ergab sich eine durchschnittliche Intelligenzleistung.

Aus pädiatrischer und kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht wurde empfohlen, sobald der längerfristige Aufenthalt an einem Wohnort gesichert ist, sollte eine Vorstellung bei einem ambulanten Kinder- und Jugendpsychiater oder Psychotherapeuten, in einer Kinder- und Jugendpsychosomatik oder Kinder- und Jugendpsychiatrie zur weiterführenden Diagnostik und Therapie der PTBS erfolgen. Zusätzlich sollte eine Vorstellung beim Logopäden erfolgen. Des Weiteren sei auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr (1 ½ Liter täglich) zu achten. Bei fehlender Besserung der Obstipation solle gegebenenfalls eine Vorstellung beim Kinderarzt für weitere diagnostische Maßnahmen erfolgen. Die Zahnkaries des Mädchens benötigte eine weitere zahnärztliche Behandlung. Außerdem sei auf die Fortführung der Impfungen nach STIKO zu achten. Als nächstes stehe die Auffrischungsimpfung im fünften und sechsten Lebensjahr an.

5.5 Aktuelle Situation

Die Familie wurde aus der Erstaufnahmeeinrichtung in München in eine Gemeinschaftsunterkunft nach Augsburg verlegt. Der Verfasser der Dissertation konnte die Familie mit einem Abstand von vier Jahren erneut aufsuchen.

Der Vater der Familie hat sich von der Familie entfernt und die Mutter wollte über ihre Beziehung zu ihm und seinen Verbleib nicht sprechen. Sie schien von dieser Entwicklung noch sehr mitgenommen und emotional sehr bedrückt. Die vierköpfige Familie wohnt seit ihrer Verlegung aus München in einer Gemeinschaftsunterkunft in Augsburg. Sie teilen sich zu viert ein zirka 20m² Zimmer mit Stockbetten. Das Bad und die Küche außerhalb ihres Zimmers müssen sie mit drei anderen Familien teilen. Mittlerweile hat sich die Situation in der Unterkunft etwas beruhigt, jedoch berichtet die Familie, dass es anfangs in der Gemeinschaftsunterkunft viele, teilweise auch gewalttätige, Konflikte zwischen den einzelnen Bewohnern gab, die mehrmals in der Woche von der Polizei geschlichtet werden mussten. Die Familie ist mit ihrer aktuellen Lage nicht zufrieden und fühlt sich nicht wohl. Sie seien sehr eingeengt und das Wohnumfeld sei bedrückend und einschüchternd. Die Mutter sucht bereits seit Jahren nach einer größeren Wohnung für die Familie, bisher jedoch erfolglos. Sie selbst besitzt keine abgeschlossene Ausbildung und hat nur rudimentäre Kenntnisse im Lesen und Schreiben. Aktuell arbeitet sie wenige Stunden in der Woche als Reinigungskraft in einem Altersheim. Die von ihr in der Aufnahmesituation vor vier Jahren beschriebenen körperlichen Beschwerden bestehen weiterhin. Die Schlafstörungen und emotionalen Belastungszustände haben sich noch verschlimmert, sodass sie momentan auf eine antidepressive psychopharmakologische Therapie angewiesen ist. Durch ihre Arbeitsstelle fand eine betriebsärztliche Untersuchung statt. Das labormedizinische Ergebnis mit markierten auffälligen Werten (leichte Leukozytose, leicht erhöhte Blutsenkungsgeschwindigkeit und erhöhte Werte für Triglyzeride und Cholesterin) erhielt sie ohne weitere Erklärungen und ärztliche Beurteilung. Aktuell ist sie sehr verunsichert und beunruhigt über ihren gesundheitlichen Zustand und weiß nicht, an wen sie sich wenden soll.

Der älteste Sohn ist mittlerweile 14 Jahre alt und geht in die 7. Klasse der Mittelschule. Laut seinen Angaben und denen der Mutter haben er und seine Geschwister in etwa sieben bis zehn Monate gebraucht, um gut Deutsch zu lernen. In seiner Schule sind nach eigenen Angaben 80% Ausländer. Er spielt in seiner Freizeit gerne Fußball und geht zum Fitnessstraining. Gesundheitlich war er mehrmals in Behandlung. Besonders seine Verhaltensauffälligkeiten machten ihm in der Schule und im Alltag Schwierigkeiten. Seine Mutter musste mehrere Male aufgrund von Beschwerden bei nicht adäquatem Verhalten mit ihm zu einem Lehrergespräch. Erst durch mehrmalige psychologische Therapiestunden und einer pharmakologischen Therapie mit Ritalin (Methylphenidat) konnte sein Zustand stabilisiert werden. Er befindet sich in regelmäßiger ärztlicher Betreuung. Die ausstehenden Impfungen wurden nachgeholt und aufgefrischt. Er berichtet jedoch, dass ihm aufgrund einer einmaligen Verspätung beim Kinderarzt von diesem nahegelegt wurde, ihn ab sofort nicht mehr aufzusuchen. Er habe sich daraufhin einen arabisch sprechenden Arzt gesucht, bei dem er sich seitdem wohlfühle, dies sei jedoch ein Allgemeinarzt und kein Pädiater. Der Arzt stellte den Verdacht auf eine Schilddrüsenunterfunktion, die Ergebnisse waren jedoch zum Zeitpunkt der Befragung noch ausstehend. Außerdem klagte der Junge zunehmend über Knieprobleme, die bisher jedoch auf das rasche Größenwachstum zurückgeführt wurden. Im späteren Leben möchte er gerne KFZ-Mechaniker werden.

Sein Bruder ist mittlerweile 11 Jahre alt und geht in die vierte Klasse. Sein Lieblingsfach ist Sport und in seiner Freizeit spielt er ebenfalls Fußball in einem Verein. In den letzten Jahren befand er sich während zwei Jahren durchgehend in einer begleitenden psychologischen Betreuung, ohne die es ihm nicht möglich war in die Schule zu gehen und seinen Alltag zu meistern. Er hatte oft Ängste, Schlafstörungen und konnte sich nicht konzentrieren. Außerdem fiel er mit aggressivem Verhalten auf, weshalb er beinahe von der Schule verwiesen wurde. Die Mutter war in dieser Zeit oft ratlos und wusste sich nicht mehr zu helfen. Mittlerweile habe er sich etwas stabilisiert, jedoch komme es weiterhin gelegentlich zu Verhaltensauffälligkeiten und Beschwerden von Seiten der Schule. Aufgrund seiner Erkrankung musste er in den vergangenen Jahren zwei Klassen wiederholen. Auch er befindet sich in regelmäßiger ärztlicher Betreuung und die ausstehenden Impfungen wurden nachgeholt und im Verlauf aufgefrischt.

Die jüngste Tochter ist mittlerweile 9 Jahre alt und geht ebenfalls in die vierte Klasse. Auch ihr Lieblingsfach ist Sport. Aufgrund ihrer bereits vorbekannten Sprachstörung geht sie zwei bis drei Mal die Woche zur Logopädie. Die Therapie helfe ihr sehr und so komme sie in der Schule gut mit. Gelegentlich bestehen auch bei ihr Verhaltensauffälligkeiten berichtet die Mutter. Des nachts klage sie zudem über Ängste und Alpträume. In Augsburg gefalle es ihr gut. Wenn sie erwachsen ist möchte sie gerne Mathelehrerin werden.

Alle drei Kinder berichten, dass sie sich insgesamt in Augsburg sehr wohl und vor allem sicher fühlen. Jedoch bestätigen sie sich gegenseitig, dass es nicht einfach ist deutsche Freunde zu finden. Warum, wissen sie nicht, aber es sei nicht leicht mit ihnen in Kontakt zu treten und sich dauerhaft mit ihnen anzufreunden. Die Wohnungssituation macht der gesamten Familie sehr zu schaffen. Sie verfolgen die Lage in ihrem Heimatland weiterhin, jedoch sind alle persönlichen Kontakte mittlerweile abgerissen, weil alle Freunde und ihre Familie entweder das Land verlassen haben oder während des Bürgerkrieges ums Leben gekommen sind.

Nach vier Jahren in Deutschland sind die Auswirkungen der Flucht und die in der Aufnahmeuntersuchung festgestellten gesundheitlichen Probleme weiterhin präsent und beeinflussen den Alltag der drei Kinder bzw. Jugendlichen. Strukturelle Probleme erschweren die Lage und wirken sich auch auf ihren Gesundheitsstatus aus. Es bleibt abzuwarten in wie weit sie es schaffen sich vollständig in das Leben in Deutschland zu integrieren und ob sie in der Lage sein werden, trotz ihrer traumatischen Erfahrungen, sich ihre eigene Zukunft aufzubauen. Der Interviewer wünscht der gesamten Familie an dieser Stelle für deren weiteren Werdegang alles Gute und bedankt sich für ihre Offenheit und ihr Vertrauen.

6. Diskussion

6.1 Zusammenfassung der Hauptergebnisse

Mit der Untersuchung von syrischen Flüchtlingskindern und -jugendlichen im Alter von 0-14 Jahren im Rahmen des interdisziplinären Projektes „Sozialpädiatrisches Traumazentrum“ der TU München konnten erstmals für diese spezifische Bevölkerungsgruppe Daten zu deren Gesundheitsstatus erhoben werden. Vergleichbare Ergebnisse gab es bisher kaum und auch ein Vergleich zur Deutschen Bevölkerung wurde in dieser Form noch nicht durchgeführt (19, 22, 23, 39, 144). Insgesamt konnten 85 der 100 untersuchten syrischen Kinder in die Auswertung einbezogen werden. Es zeigte sich hierbei, dass bei 90,6% der Kinder eine Erkrankung durch den untersuchenden Pädiater diagnostiziert wurde. Hauptdiagnosen waren dabei Zahnkaries (68%), akute Atemwegsinfektionen (16%) und infektiöse und parasitäre Erkrankungen (9%). Der sich aus den Beschwerden und diagnostizierten Krankheiten der syrischen Flüchtlingskinder ergebende medizinische Versorgungsbedarf war sehr groß. Bei 93% der Kinder stand, durch unvollständige oder fehlende Impfungen bedingt, zum aktuellen Zeitpunkt oder im Laufe des aktuellen Jahres eine Impfung der nach STIKO empfohlenen Impfungen an. Eine zahnärztliche Behandlung wurde bei 69% der Kinder dringend empfohlen und 52% von den untersuchten Kindern wiesen psychologische Auffälligkeiten auf, die eine Vorstellung beim Kinder- und Jugendpsychiater bzw. Psychologen erforderte. Weitere 20% der Kinder benötigte eine akute Vorstellung beim Kinderarzt und 19% eine medikamentöse Behandlung. Beim hypothesengeleiteten Vergleich zu deutschen Kindern zeigte sich bei syrischen Kindern ein geringeres Vorliegen von Allergien (9.4% vs. 22.6%.) sowie ein geringeres Auftreten von Übergewicht (13.3% vs. 27.5%) und Adipositas (6.0% vs. 9.2%). Untergewicht (12.1% vs. 5.8%) und extremes Untergewicht (2.4% vs. 1.4%) traten hingegen deutlich häufiger bei der Gruppe der syrischen Flüchtlingskinder auf. Zusätzlich zeigte sich ein größerer Anteil der syrischen Kinder im Vergleich zu Kindern der KiGGS Studie, die noch niemals bei einer Vorsorgeuntersuchung beim Zahnarzt waren (63.5% vs. 14.1%). Vor Ort in der Erstaufnahmeeinrichtung für Flüchtlinge in München dokumentierte das Studienteam eine Vielzahl von strukturellen wie auch

praktischen und sprachlichen Zugangshürden in der medizinischen Versorgung für die syrischen Flüchtlingsfamilien, die eine weitere intensiven Beachtung und Klärung verlangen.

6.2 Diskussion der Methode

Der Fokus auf syrische Flüchtlingsfamilien zum Zeitpunkt der Datenerhebung stellte sich als sehr wichtig heraus, da dieser Gruppe aufgrund des syrischen Bürgerkrieges, ihrer Flucht und der vermehrten Zuwanderung nach Deutschland eine steigende Bedeutung in der deutschen Asylstatistik (12), aber auch im Leben der allgemeinen Bevölkerung zukam. Die Rekrutierung gestaltete sich anfangs schwierig, da mit der zunehmenden Bedeutung der syrischen Flüchtlinge in der Öffentlichkeit die Einwanderungsformalitäten der Bundesrepublik Deutschland und des Landes Bayern angepasst und verändert wurden. So konnte erst nach einigen Monaten mit der Verfügbarkeit der Namenslisten der Regierung von Oberbayern eine strukturierte Rekrutierung der syrischen Familien organisiert werden. Davor war das Studienteam auf ein „convenience sampling“ angewiesen, was eine Planung und systematische Erfassung schwierig machte. Ziel war es, alle in der Zeit der Studie in der Erstaufnahmeeinrichtung untergebrachten Flüchtlingsfamilien aus Syrien zu untersuchen, um ein Bild der Krankheitsprävalenzen zum Zeitpunkt X zu erhalten, ohne dabei einzelne Familien nach deren Bedarf zu selektieren. Zu Beginn der Studie lässt sich vermuten, dass möglicherweise besonders Familien „in Not“ mit einer Vielzahl von somatischen und psychischen Problemen auf die Studie aufmerksam wurden und aus diesem Grund selbstständig Interesse signalisierten teilzunehmen. Selbst als durch die Kooperation mit der Regierung von Oberbayern die syrischen Familien systematisch erfasst und aufgesucht wurden, muss in Erwägung gezogen werden, dass vor allem gesunde Familien ohne medizinische Probleme die Teilnahme verweigerten oder nicht vollständig durchführten und im Umkehrschluss vor allem Familien mit einem großen Hilfe- und Versorgungsbedarf in die Studie eingeschlossen wurden.

Die validierten Frage- und Untersuchungsbögen wurden bereits im klinischen Alltag im Kinderzentrum München bei Familien mit Migrationshintergrund erfolgreich eingesetzt. Sie waren jedoch nicht speziell auf die Belange der meist arabisch

sprechenden syrischen Flüchtlingsfamilien angepasst. Es gab Schwierigkeiten einige Abschnitte wörtlich oder sinngemäß ins Arabische zu übersetzen. Einige Formulierungen und Fragen würden im arabischen Kulturkreis in dieser Form nicht gestellt werden und waren für die Familien folglich nur schwer verständlich und zu beantworten. Die Fragebögen waren sehr detailliert, so dass eine komplette Untersuchung mit psychologischen Testverfahren mitunter bei kinderreichen Familien mehrere Stunden in Anspruch nahm. Teilweise führte dies bei Familien mit mehreren Kindern zu Ungeduld, Unruhe und Konzentrationsstörungen. Die Wahl, die Rekrutierung in der Erstaufnahmeeinrichtung durchzuführen, hatte Vor- und Nachteile. Zum Einen konnte der Gesundheitszustand der Familien direkt nach der Flucht erfasst und dokumentiert werden, um Aufschlüsse über die Prävalenz von Erkrankungen, die im Heimatland oder während der Flucht erworben wurden, zu erhalten. Zum Anderen befanden sich die Familien in großer Unsicherheit und neuer ungewohnter Umgebung. Nicht immer konnte ein reibungsloser Untersuchungs- und Anamnesevorgang gewährleistet werden. Durch die zahlreichen oft traumatisierenden Erlebnisse vor und während der Flucht waren die Familien oftmals sehr emotional aufgewühlt und durcheinander und bedrängten das Untersucherteam mit einer Vielzahl von organisatorischen und persönlichen Fragen. Teilweise mussten die Untersuchungen unterbrochen werden, da Behördentermine anstanden, die sich nicht verschieben ließen. Die Familien wurden oft ohne Ankündigung von einem auf den anderen Tag in eine Gemeinschaftsunterkunft verlegt, die sich oftmals in einem anderen Regierungsbezirk befand. In Ausnahmefällen führte dies zum Abbruch der Untersuchungen. Eine konkrete Planung und Sicherheit im Untersuchungsvorgang war unter diesen Umständen nicht zu gewährleisten. Es musste viel improvisiert werden. Das Vorgehen als mobiles Team war in diesem Setting unabdingbar, da nur in dieser Konstellation flexibel auf die sich ständig ändernden Bedingungen reagiert werden konnte. Die Arbeit der ebenfalls aus Syrien stammenden Pädiaterin, Dr. Maesa Al-Hallak, erleichterte die Kommunikation mit den Familien sehr. Außerdem half dies sehr das Vertrauen der oft zu tiefst verunsicherten Familien zu gewinnen. Auch der Fakt, dass alle Untersucher weiblichen Geschlechts waren, wirkte sich positiv auf die Arbeit mit den großteils muslimischen Frauen aus. Mit Hilfe des Einsatzes kultursensibler Dolmetscher des Bayerischen Zentrums für transkulturelle Medizin e.V. konnten Sprachbarrieren überwunden werden. Eine adäquate Kommunikation zwischen

Untersucher und Patienten war essenziell und ein Kernstück des gesamten Untersuchungsvorgangs.

Im zweiten Teil der Arbeit erfolgte ein Vergleich des Gesundheitszustandes syrischer Kinder mit deutschen Kindern der KiGGS Studie des Robert Koch-Instituts mit Hilfe ausgewählter Gesundheitsparameter. Es erfolgte eine Auswahl an gut vergleichbaren und relevanten Faktoren. Die Aufstellung der Hypothesen orientierte sich an nationalen und internationalen Studien, die den aktuellen Forschungsstand wiedergeben. Aus diesen Gründen fiel die Wahl auf das Vorliegen von Allergien, Übergewicht und Adipositas, Zahngesundheit und Untergewicht. Da zwei unabhängig voneinander durchgeführte Studien und deren Ergebnisse miteinander verglichen wurden, war es wichtig, dass das Design und die Messinstrumente möglichst ähnlich waren.

6.3 Diskussion der Ergebnisse

6.3.1 Soziodemografische Daten

Die Ergebnisse der soziodemografischen Daten, betreffs der Geschlechterverteilung, der ethnischen Zugehörigkeit und der Religionszugehörigkeit entsprechen in etwa den letzten offiziell bekannten Daten zu Syrien (175, 223, 224). So findet sich ein in etwa ausgeglichenes Geschlechterverhältnis. Die Mehrheit der interviewten Familien sind Muslime (94% vs. 87% in Syrien) arabischer Abstammung (75% vs. 90% in Syrien). Weitere ethnische Gruppen, die auch in der durchgeführten Studie erfasst wurden, sind Kurden, Assyrer und Drusen. Im Detail zeigte die Auswertung, dass in geringer Anzahl mehr Jungen (56%), die im Durchschnitt etwas älter waren als die Mädchen (8,0 Jahre vs. 6,9 Jahre), untersucht wurden. Dies könnte die häufige Feststellung aus anderen Studien, dass sich vor allem männliche ältere minderjährige Flüchtlinge auf den Weg nach Europa machen unterstützen (225, 226), allerdings muss berücksichtigt werden, dass im hiesigen Fall nur die Kinder erfasst wurden, die in Begleitung ihrer Eltern waren. Die Gruppe der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge wurde hier nicht erfasst. Die allgemeine Demografie von Flüchtlingen, die nach Deutschland kommen, beschreibt ebenfalls ein Überwiegen von jungen männlichen Flüchtlingen (227). Man muss hier jedoch wiederholt differenzieren zwischen begleiteten und unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. Das männliche Geschlecht überwiegt nur

bei der zweiten Gruppe, da vor allem männliche Jugendliche auf die Reise geschickt werden, um beispielsweise einer Verpflichtung durch das Militär oder bewaffneter Gruppen zu entgehen. Außerdem wird von den männlichen Familienmitgliedern erwartet für finanzielle Unterstützung und den Fortbestand der Familie zu sorgen (225). Bei begleiteten minderjährigen Flüchtlingen gibt es dagegen, wie auch in dieser Untersuchung, kaum eine Genderdifferenz (227). Die Familien befanden sich zum Zeitpunkt der Untersuchung in der Bayernkaserne seit 1,5 Wochen in Deutschland (Minimum zwei Tage; Maximum sechs Wochen). Dieser Zeitraum entspricht den von der Bundesregierung festgelegten zeitlichen Rahmenbedingungen für die Verweildauer von Asylbewerbern in einer Erstaufnahmeeinrichtung (sechs Wochen bis drei Monate) (198, 228). Der geringe Zeitraum erklärt, dass 95% der Kinder als Aufenthaltsstatus mit einer Aufenthaltsgestattung registriert waren. Dies entspricht den gesetzlichen Regelungen, solange das Asylverfahren noch nicht abgeschlossen ist (14). Nur vier Kinder (5%) und ihre Familien waren nach Aussage der Eltern bereits als Flüchtlinge anerkannt und hatten somit eine Aufenthaltserlaubnis für drei Jahre. Die relativ kurze Aufenthaltsdauer in Deutschland in der Erstaufnahmeeinrichtung zum Zeitpunkt der Untersuchung erklärt, warum kaum eines der Kinder bereits die Schule (5%) oder den Kindergarten (3%) besuchte. Es besteht auch für Flüchtlingskinder eine allgemeine Schulpflicht, in Bayern spätestens ab drei Monate nach Einreise. Dieser Punkt bedarf einer Diskussion, da diese Praxis klar der UN-Kinderrechtskonvention widerspricht (69, 73). Jedes Kind hat das Recht auf Bildung und unterliegt in Deutschland der Schulpflicht. Es kann und darf also nicht sein, dass Flüchtlingskinder während des Asylverfahrens, sei es auch nur kurzfristig, nicht die Möglichkeit haben eine Schule zu besuchen. Dies gilt auch uneingeschränkt für alle „papierlosen Kinder“ ohne gesicherten Aufenthaltsstatus. Kinder müssen auch ohne Meldebestätigung an der Schule angemeldet werden können, denn nach der Änderung des Aufenthaltsgesetzes im November 2011 werden Schulen von der behördlichen Übermittlungspflichten explizit ausgenommen (69, 229).

Die Ergebnisse zum sozialen Umfeld spiegeln die allgemeine konstatierte Problematik in Flüchtlingsunterkünften wider, dass sich die Menschen dort sozial isoliert und nicht integriert fühlen. Es handelt sich oftmals nicht um eine kindergerechte Unterbringung und so sind Spiel- und Rückzugsmöglichkeiten kaum vorhanden (5, 230). Dies ist

sowohl für die Kinder als auch für die Eltern sehr belastend und eine Berücksichtigung des Kindeswohls kann in einem solchen Setting nicht angemessen erfolgen (231, 232). In der Datenerfassung gehörten dazu folgende Fragen: „Hat Ihr Kind viele Freunde außerhalb der Familie?“ (56% antworteten mit „Nein“), „Hat Ihr Kind jemandem zum Spielen?“ (28% antworteten mit „Nein“) und „Ist ihr Kind gut in Deutschland integriert?“ (60% antworteten mit „Nein“). Diese Ergebnisse erlauben jedoch nur einen ersten Eindruck von der Situation von Asylbewerberfamilien in der Erstaufnahmeeinrichtung. Weitere detaillierte Befragungen und Untersuchungen sollten sich diesbezüglich anschließen.

6.3.2 Ergebnisse medizinische Versorgung

In diesem Abschnitt kann nur exemplarisch die Situation in der Erstaufnahmeeinrichtung in München im Zeitraum der durchgeführten Studie dargestellt werden. Die Erfahrungen und Ergebnisse bestätigen, dass es für Asylbewerber zahlreiche Zugangsbarrieren für eine adäquate medizinische Versorgung gibt. Eines der größten Probleme stellte die Kommunikation mit den Flüchtlingen dar. Durch die arabisch sprechende Pädiaterin, Frau Dr. Al-Hallak und den Einsatz von kultursensiblen Dolmetschern war es dem Studienteam möglich, direkt mit den syrischen Familien zu kommunizieren. In der Erstaufnahmeeinrichtung waren Dolmetscher für administrative und medizinische Belange nur selten verfügbar. Oftmals war das Studienteam der erste vertrauenswürdige Kontakt der Familien seit ihrer Ankunft in Deutschland. So kam es neben den für die Studie zu erfassenden Daten zu einem umfangreichen Austausch. Die Familien erläuterten während des Anamnesegespräches die Hindernisse und Schwierigkeiten, mit denen sie in der Erstaufnahme konfrontiert wurden und zurechtkommen mussten. Wie in vorangegangenen Studien bereits beschrieben, stellten Sprachprobleme, mangelndes Vertrauen gegenüber öffentlichen Einrichtungen, Unkenntnis des deutschen Gesundheitssystems sowie kulturbedingte andere Gesundheits- und Krankheitskonzepte Zugangsbarrieren dar (29, 40, 233, 234). Selbst beim Vorhandensein von Unterstützungs- und Hilfsprogrammen sowie weiterführenden Angeboten von Seiten der Regierung, des Sozialdienstes oder anderen ehrenamtlichen Akteuren kam es häufig zu fehlerhaften oder gar keiner Informationsvermittlung. Die Familien wussten nichts von den bestehenden Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten.

Dies war mitunter bedingt durch die Struktur und Organisation der Erstaufnahmeeinrichtung. Die Anlage als ehemalige Kaserne war sehr weitläufig, jedoch konnten nicht alle Bereiche betreten werden. So war es beispielsweise Müttern mit mehreren Kindern aufgrund der Wohnsituation nicht möglich, ihre Kinder zu Kinderbetreuungs-, Schul- oder Freizeitveranstaltungen zu schicken. Entweder waren die Wege zu weit, nicht frei zugänglich oder sie hatten Angst vor Übergriffen, da die Anlage sehr dezentral im Norden Münchens lag und teilweise die überwachten Bereiche verlassen werden mussten, um die Angebote nutzen zu können. Informationsweitergabe und Koordinierung der Prozesse waren ein sehr großes Problem. Es gab viele beteiligte und sehr bemühte Akteure, doch leider waren diese nur sehr unzureichend miteinander vernetzt. Dies erschwerte es, die Übersicht zu behalten. Dem Untersucherteam wurde außerdem berichtet, dass es in den Unterkünften zu Diskriminierung durch das Sicherheitspersonal kam. Es handelte sich bei dem Sicherheitsdienst um ein Subunternehmen, das von der Regierung beauftragt wurde, die Anlage zu überwachen. Aus diesem Grund war es sehr schwierig verantwortliche Personen und Ansprechpartner auszumachen. Eine gemeinsame Lösung der Problematik war in dieser Konstellation schwierig. Weitere Missstände, die an das Studienteam herangetragen wurden, betrafen die hygienischen Verhältnisse vor Ort, die Essensausgabe, fehlende Koch- und Waschmöglichkeiten für die Familien sowie fehlende Rückzugsmöglichkeiten zur Privatsphäre der Familien. Frauen berichteten von Ängsten vor Übergriffen durch männliche Mitflüchtlinge, da die Wohnräume und Bäder nicht verschlossen werden konnten. Auch in anderen Einrichtungen ist Gewalt und sexuelle Belästigung gegenüber Frauen ein großes Problem (235). Das Studienteam war während des Untersuchungszeitraums Zeuge von Polizei- und Notarzteinsätzen. Da es zu dieser Zeit keine geregelte medizinische Versorgung gab, kam es laut Berichten des Sozial- und Sicherheitsdienstes häufiger zu Notarzt- und Rettungsdiensteinsätzen. Auch hier zeigt sich der in anderen Studien bereits beschriebene Fokus auf die Akut- und Notfallversorgung anstelle von Verbreitung von Prävention und Vorsorgeprogrammen. Dies führt letztendlich zu erhöhten Kosten für Staat und Gesellschaft (23, 30, 33, 44). Die positiven Erfahrungen des Studienteams mit der ärztlichen Versorgung in der Erstaufnahmeeinrichtung waren trotz eigener Bemühungen, die Situation zu verbessern, bescheiden. Selbst der ausgehändigte „Laufzettel“ zur unmittelbaren medizinischen Versorgung durch einen

Arzt wurde nicht in allen Fällen genutzt. Es fehlten passende Ansprechpartner und wenn die Patienten nicht direkt durch das Studienteam oder den Sozialdienst einen Arzttermin vermittelt bekamen und zur jeweiligen Praxis begleitet wurden, kam es zu Verzögerungen oder dem gänzlichen Ausbleiben des dringend benötigten Arztbesuches. Während des Studienzeitraumes kam es häufig zu Neuerungen in den Verwaltungsabläufen sowie den Regularien der medizinischen Versorgung. Dies zwang das Studienteam stets flexibel zu bleiben und auf die Veränderungen zu reagieren und sich diesen anzupassen.

In der gesamten Beurteilung muss berücksichtigt werden, dass die Erfahrungen aus der Bayernkaserne nicht ohne Weiteres verallgemeinert werden können, da die Gegebenheiten stark von der jeweiligen Einrichtung abhängen und in ihren Versorgungs- und Organisationsprozessen variieren. Die Situation in der Bayernkaserne, als erster Anlaufpunkt in Deutschland, ist für die Flüchtlinge außergewöhnlich und ungewohnt sowie auf einen bestimmten Zeitraum begrenzt. Eine Eingliederung in das medizinische Versorgungssystem benötigt hingegen Zeit, jedoch müssen die Voraussetzungen dafür erst einmal gegeben sein. Dies war im Fall der Bayernkaserne im Zeitraum der Untersuchungen nicht gegeben. Es ließen sich in diesem Fall, wie in vorherigen Studien beschrieben, sowohl health inequities und strukturelle Gewalt auf übergeordneter Ebene bezüglich Rechtspraxis, Verordnungen und administrativen Strukturen und Verfahren nachweisen als auch konkrete Folgen für die Gesundheit der Flüchtlinge in Form eines „embodiments“ (45, 152). Erst nach Abschluss der Studie mit dem Einrichten der täglichen Sprechstunden durch die Ärzte des Vereins „REFUDOCS e.V.“ und der Verlagerung einer Außenstelle der Sozialbehörde in die Räumlichkeiten der Bayernkaserne wurden die Voraussetzungen für die Teilhabe der Flüchtlinge an der medizinischen Versorgung geschaffen.

6.3.3 Ergebnisse somatische und psychische Gesundheit

Das Ergebnis, dass bei 90.6% der untersuchten syrischen Flüchtlingskindern eine medizinische Diagnose gestellt wurde, bestätigt die zu Beginn gestellte Arbeitshypothese, dass syrische Flüchtlingskinder einen hohen medizinischen Versorgungsbedarf aufweisen. Es gibt jedoch noch keine Auskunft über den konkreten medizinischen Bedarf. Bei der Betrachtung der medizinischen Diagnosen im Detail fiel auf, dass ein Großteil der syrischen Kinder an Zahnkaries litt (68%). Weitere Diagnosen

verteilt sich auf akute Infektionen der Atemwege (16%), infektiöse oder parasitäre Erkrankungen (9.4%), Migräne und Kopfschmerzen (6%), Fehlsichtigkeit, Harnwegsinfektionen und Asthma bronchiale (jeweils 5 %) sowie Adipositas, Störungen des Ganges, Enuresis und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen (jeweils 4%). In diesen Ergebnissen bestätigt sich die Erkenntnis aus anderen Studien, dass sich die Gesundheit von Flüchtlingen und der Normalbevölkerung nicht grundlegend unterscheidet und überwiegend ein allgemeinmedizinisches Krankheitsspektrum vorliegt (87, 236-238). Die durch die Studie ermittelte Punktprävalenz zum Zeitpunkt der Untersuchung ergibt ein erstes allgemeines Bild der alltäglichen symptomatischen Gesundheitsprobleme. Die Ergebnisse decken sich mit anderen in Deutschland durchgeführten Untersuchungen bei Flüchtlingen, die primär unkomplizierte Infektionen der Atemwege, des Intestinaltraktes, sowie Hautinfektionen zeigten (19). Andere tropenmedizinische Erkrankungen, die durch den Zustrom an Flüchtlingen nach Deutschland an Bedeutung gewinnen und differentialdiagnostisch berücksichtigt werden müssen (87, 90, 238), konnten in dieser Erhebung nicht bestätigt werden. Dies liegt zum Einen daran, dass bei der durchgeführten Studie nicht die Möglichkeit einer weiteren laborchemischen Diagnostik bestand. Dadurch war ein laborchemischer Nachweis dieser Erkrankungen nicht möglich. Zum anderen hat sich in Syrien in den letzten Jahren die Prävalenz von Erkrankungen verschoben, weg von infektiösen Krankheiten, hin zu nicht übertragbaren Erkrankungen. Da nach kurzer Zeit im Zielland das Krankheitsspektrum den Prävalenzen im Heimatland entspricht, könnte dies auch zur Erklärung beitragen (58). Trotzdem dürfen Krankheitsbilder wie Helmintheninfektionen, Hepatitiden, die HIV-Infektion, Tuberkulose, Malaria, Leishmaniose, Läuserückfallfieber und Typhus abdominalis, aber auch hereditäre Krankheitsbilder wie das familiäre Mittelmeerfieber oder Hämoglobinopathien wie die Sichelzellerkrankung, Thalassämie oder Glukose-6-Phosphatdehydrogenasemangel nicht vernachlässigt und vergessen werden, sondern müssen bei der Zielgruppe Flüchtlinge stets in die engere Betrachtung gezogen werden, auch wenn diese Krankheitsbilder in den Ergebnissen der Studie nur eine marginale Position einnahmen. Es gilt auch zu beachten, dass Flüchtlinge durch unvollständige Impfungen und die Belastungen der Flucht selbst besonders gefährdet sind, sich mit neuen Krankheiten in Deutschland zu infizieren (88). Die auch in der pädiatrischen Untersuchung häufig auftretenden unspezifischen somatischen Beschwerden wie Kopfschmerzen und nicht näher

bezeichneten Bauchschmerzen könnten die Hypothese aus anderen Studien unterstützen, dass Flüchtlinge vermehrt an Somatisierungen leiden (85). Da es sich in der vorliegenden Untersuchung um Kinder handelt, die ebenfalls von Studien beschrieben zu Somatisierungen neigen, ist der Zusammenhang, dass die somatischen Beschwerden ein psychisches Leiden als Ursache haben könnten, mit Vorsicht zu bewerten.

Der bereits anfangs angesprochene hohe medizinische Versorgungsbedarf der Flüchtlingskinder wird an Hand der ärztlichen Empfehlungen aus den Arztbriefen konkretisiert und bestätigt. Bei 93% der Kinder wurde die dringende Empfehlung ausgesprochen eine Auffrischung der nach STIKO empfohlenen Impfungen durchführen zu lassen. Das bedeutet, dass bei den betroffenen Kindern zum Zeitpunkt der Untersuchung der Impfstatus entweder unvollständig war, ganz fehlte oder im noch laufenden Jahr eine Auffrischungsimpfung im Regelimpfschema vorgesehen war. Der Impfkalender der STIKO des RKI's für Kinder in Deutschland unterscheidet sich im Vergleich zu dem von der WHO herausgegebenen Impfschema für syrische Kinder nur gering. Gemeinsam sind eine vierfache Grundimmunisierung (G4) gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Haemophilus influenzae Typ B, Hepatitis B und Polio. Weiterhin besteht in beiden Ländern eine Empfehlung für eine zweimalige Mumps-, Masern-, Röteln-Grundimmunisierung und eine einmalige Impfung gegen Meningokokken. In Syrien impft man jedoch nicht nur gegen Meningokokken des Serotyps C wie in Deutschland, sondern zusätzlich gegen die Serotypen A,W,Y. Unterschiede bestehen lediglich darin, dass in Syrien keine Impfempfehlung gegen Varizellen, Rotaviren und Pneumokokken ausgesprochen wird. Außerdem wird in Syrien bei Geburt gegen Tuberkulose geimpft, was in Deutschland nicht der Fall ist. In Syrien wird außer dem normalen inaktivierten Polioimpfstoff noch ein oraler lebend Schluckimpfstoff verwendet, der ebenfalls viermal verabreicht wird. Die Zeiten der Impfungen unterscheiden sich in beiden Ländern nur minimal (142, 143). Die Ergebnisse bestätigen die Erkenntnis, dass vor allem Kinder, die nicht in Deutschland geboren wurden und erst später nach Deutschland eingereist sind, von Impflücken betroffen sind (78, 141). Die schlechten Durchimpfungsraten der syrischen Kinder können auf der einen Seite durch die oftmals Monate bis Jahre andauernde Flucht, während der kaum eine Beteiligung an medizinischen Versorgungsstrukturen stattfindet, begründet

werden. Auf der anderen Seite spiegelt diese Situation auch die prekäre Lage in Syrien wider. Durchimpfungsraten, die vor dem Bürgerkrieg bei über 90% lagen, gingen auf unter 50% zurück und im Land wurden vermehrt Fälle von Poliovirus-, Pertussis- und Maserninfektionen registriert (170, 176, 187-189). Impfkampagnen wurden durch den Bürgerkrieg unterbrochen und vor allem Kinder in isolierten, belagerten Gebieten werden über Jahre hinweg nicht mit lebenswichtigen Impfstoffen versorgt. Dies führte zu einer rasanten Zunahme ungeimpfter und damit gefährdeter Kinder (190), was sich dementsprechend auch in den Untersuchungen in den Zielländern wie Deutschland zeigt. Eine gezielte Aufdeckung und Registrierung der Impflücken bereits in der Erstaufnahmeeinrichtung ist sehr wichtig und sollte umgehend flächendeckend etabliert werden. Andernfalls besteht ein unkalkulierbares Risiko an Ansteckungen für die Geflüchteten selbst sowie für alle anderen ungeimpften Bewohner der Erstaufnahmeeinrichtung. Die vorgefundenen alarmierenden Bedingungen in der Bayernkaserne unterstreichen die Notwendigkeit der oft postulierten Aufrufe zur Vermeidung von impfpräventablen Erkrankungen (19). Weiterhin lässt sich zur Beurteilung des medizinischen Bedarfs feststellen, dass bei 69% der Kinder eine zahnärztliche Behandlung dringend empfohlen wurde. Von den untersuchten Kindern wiesen 52% psychologische Auffälligkeiten auf, die eine Vorstellung beim Kinder- und Jugendpsychiater bzw. Psychologen erforderten. Auch ohne die psychiatrischen Diagnosen im Detail zu betrachten, lässt sich anhand der ärztlichen Empfehlungen erkennen, dass Flüchtlinge in der Untersuchung ein vermehrtes Auftreten von psychiatrischen Erkrankungen gegenüber der Normalbevölkerung aufweisen (144). Die Ergebnisse decken sich mit anderen Untersuchungen von Flüchtlingen in Gemeinschaftsunterkünften, bei denen ebenfalls die Hälfte der Flüchtlingskinder zeitweise mit psychischen Auffälligkeiten reagierte (148, 239-241). Es werden auch Allgemeinsymptome wie leichte Erreg- und Reizbarkeit, Unruhe, Schlafprobleme und Alpträume, Einnässen und andere Verhaltensauffälligkeiten betrachtet. In der Zusammenschau ergibt sich auch in psychiatrischer Hinsicht ein erhöhter Versorgungsbedarf bei der Zielgruppe syrischer Flüchtlingskinder. Interessant ist weiterhin der Zusammenhang von psychischen und physischen Beschwerden. In den Untersuchungen zeigten sich Komorbiditäten und es ließen sich Zusammenhänge beobachten, wie sie auch in der Literatur beschrieben sind. Diese betreffen vor allem Flüchtlinge, die unter einer PTBS leiden und zusätzlich zu 60-100% psychische

und/oder körperliche Erkrankungen aufweisen (153). Insbesondere das Phänomen des „embodiments“ spielt bei der Beurteilung der Ergebnisse eine bedeutende Rolle (151, 152). Vermeintlich externe Faktoren im Leben der Flüchtlinge im Aufnahmeland wie soziokulturelle Isolation, Identitätskonflikte, Diskriminierung, fehlende gesellschaftliche Teilhabe sowie ein eingeschränkter Zugang zur medizinischen Versorgung können sich auf den psychischen und physischen Gesundheitsstatus der Flüchtlinge auswirken. Gerade mit dem Hintergrund einer früheren Traumatisierung dieser Menschen ist es umso wichtiger eine weitere „sequentielle Traumatisierung“ zu verhindern. Sonst kommt es zu einem Dosis-Effekt-Zusammenhang der Symptomatik, die eine posttraumatische Belastungsstörung ausmachen (242). Detaillierte Auswertungen und Vergleiche zu den einzelnen psychiatrischen Diagnosen können den Arbeiten der Kollegen entnommen werden. Ergänzend sollten sich diesbezüglich jedoch weitere gezielte Studien anschließen, die im Detail den Zusammenhang von psychischen und somatischen Beschwerden bei Flüchtlingskindern untersuchen.

Weitere 20% der Kinder benötigten eine akute Vorstellung beim Kinderarzt sowie 19% eine medikamentöse Behandlung. Diese Ergebnisse zeigen, dass die Zielgruppe syrische Flüchtlingskinder unterschiedlichste medizinische Krankheitsbilder aufweist und einen hohen Versorgungsbedarf mitbringt, der von den vom Studienteam vorgefundenen Strukturen in der Erstaufnahmeeinrichtung nicht gedeckt werden konnte. Es lassen sich die Ergebnisse anderer Studien bestätigen, die vor allem bei der Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen (62, 63), Infektionskrankheiten (30) und chronischen Erkrankungen (64) ein großes Defizit in der Versorgung von Flüchtlingen, insbesondere bei Kindern Asylsuchender Familie (20, 65), zeigten.

Ein „Healthy migrant effect“ konnte sich, ähnlich wie in anderen Studien, in den vorliegenden Untersuchungen für Flüchtlingskinder nicht bestätigen lassen. Potentiell protektive Faktoren gehen während der Flucht und im Zielland verloren. Außerdem ist die Gruppe der Migranten sehr heterogen und Verallgemeinerungen müssen differenziert betrachtet und vorsichtig formuliert werden, sodass sich das Phänomen des „Healthy migrant effectes“ eher auf die Gruppe der Arbeitsmigranten beschränkt (45).

6.3.3.1 Allergien im Vergleich

Beim Vergleich der untersuchten syrischen Kinder mit den Kindern aus der KiGGS Studie ließ sich die vorab gestellte Hypothese, „Syrische Kinder weisen weniger Allergien auf als Kinder der KiGGS Studie“, bestätigen. Die syrischen Kinder hatten ein 0.34-faches Risiko (95% CI 0.15-0.66), an Allergien zu erkranken, als die Vergleichsgruppe der KiGGS Kinder. Die Ergebnisse unterstützten die Hygiene Hypothese, die besagt, dass Kinder, die unter hygienisch weniger günstigen Bedingungen mit häufigem Kontakt zu Infektionserregern aufwachsen, weniger allergische Erkrankungen aufweisen. Das Leben in Großfamilien und in kinderreichen sozialen Milieus im Gegensatz zu Kleinfamilien gehört ebenfalls zu diesem Erklärungsansatz (98-105). Im Vergleich zu Deutschland leben in Syrien mehr Menschen in ländlichen Regionen als in der Stadt sowie zusammen in größeren kinderreichen Familien (130, 131). Die Ergebnisse decken sich mit vergleichenden Studien aus Deutschland, wo Kinder mit Migrationshintergrund und mit einem nicht westlich geprägtem Lebensstil ein geringeres Auftreten von allergischen Erkrankungen aufweisen (78, 106). Hier wäre es interessant zu verfolgen, ob mit zunehmender Aufenthaltsdauer die Allergiehäufigkeit bei den syrischen Kindern ansteigt und sich somit, wie in anderen Studien beschrieben, der Prävalenz der deutschen Bevölkerung anpasst (107). Die OR für das Alter zeigte, dass über beide Studien hinweg eine größere Wahrscheinlichkeit bestand eine Allergie zu haben, je älter das Kind war. Dies erscheint einleuchtend, da ältere Kinder somit mehr Zeit haben eine Allergie zu entwickeln und umgekehrt Allergien selten im Laufe der Kindheit verschwinden (mit Ausnahme der Neurodermitis) (39). Vielmehr entwickeln einige Kinder zusätzlich zum Heuschnupfen im Schulalter ein Asthma bronchiale, man spricht dann von einem sogenannten „Etagenwechsel“ (243). Mädchen hatten zudem eine geringere Chance an einer Allergie zu leiden als Jungen (OR 0.86, 95% CI 0.80-0.93). Bei Heuschnupfen und Asthma bronchiale ist es bereits bekannt, dass im Kinder- und Jugendalter vermehrt Jungen betroffen sind, wohingegen im Erwachsenenalter vermehrt Frauen diese allergischen Krankheiten aufweisen (244). In der Literatur werden mögliche Erklärungsmodelle hinsichtlich hormoneller Einflüsse, unterschiedlichem Lungenwachstum, beeinflussenden Umweltfaktoren sowie Unterschiede im Hygieneverhalten und in den Diagnosepraktiken diskutiert (245-247). Es muss an dieser Stelle vermerkt werden, dass die Ergebnisse zwar signifikant sind, die Stichprobe

der syrischen Kinder, die eine Allergie aufwiesen, jedoch aus sehr kleinen Fallzahlen bestand. Außerdem muss diskutiert werden, inwieweit die standardisierte ärztliche Befragung des begleitenden Elternteils mit der Frage »Hat ein Arzt jemals bei Ihrem Kind die Krankheit X festgestellt?« als Instrumentar zur Erfassung der allergischen Erkrankungen ausreichend, repräsentativ und verwertbar ist. Mit Sicherheit wäre es besser gewesen in beiden Fällen eine detaillierte Befragung mithilfe der Kernfragebögen zu allergischen Erkrankungen der ISAAC Studie durchzuführen, leider war dies aus organisatorischen und zeitlichen Gründen nicht möglich. Wissenschaftliche Studien haben gezeigt, dass allergische Erkrankungen vermehrt in Bevölkerungsgruppen mit einem höheren sozialen Status und einem westlichen Lebensstil vorkommen (106).

Migranten weisen im Durchschnitt einen geringeren sozialen Status auf als die Normalbevölkerung, da sie im Zielland vermehrt mit ökonomischen und sozialen Belastungen konfrontiert sind (248). Dabei nehmen Migranten mit einem niedrigen sozialen Status im Heimatland auch im Zielland höchstwahrscheinlich eine ähnliche Position ein (58). Allgemein ist eine Beurteilung des sozialen Status, des Ausbildungsstandes und der Qualifikationen der Flüchtlinge jedoch schwierig, da diese Daten bisher nicht systematisch erfasst werden. Die Gruppe der syrischen Flüchtlinge nimmt diesbezüglich eine besondere Position ein, da im Vergleich zu anderen Herkunftsländern vermehrt gut ausgebildete Flüchtlinge mit einem höheren sozialen Status nach Deutschland einwandern (249, 250). Studien haben jedoch ebenfalls gezeigt, dass Flüchtlinge mit einem höheren sozialen Status im Heimatland, im Zielland häufig zunächst eine niedrige soziale Position einnehmen (251). In der Gesamtheit der zugewanderten syrischen Flüchtlinge überwiegt der Anteil der Menschen mit geringem oder keinem Ausbildungsstand und einem geringen sozioökonomischen Status (250). International gesehen lassen sich die Ergebnisse bezüglich der Prävalenz von allergischen Erkrankungen gut einordnen. So zeigt sich eine geringere Prävalenz von Asthma bei Kindern in arabischen Ländern (108, 109) sowie in Entwicklungs- und Schwellenländern im Vergleich zu westlichen Industrienationen (110, 252).

6.3.3.2 Zahngesundheit im Vergleich

Beim Vergleich der Zahngesundheit zeigte sich, dass lediglich 36.5% der syrischen Kinder jemals einen Zahnarzt für eine Kontrolluntersuchung aufgesucht hatten,

wohingegen 85.9% aller Kinder der KiGGS Studie bereits mindestens einmal beim Zahnarzt waren. Der Effekt der Studie war eindeutig, denn die syrischen Kinder hatten eine 723.6-fach höheres Risiko (95% CI 343.28-1554.43) nicht bei der Vorsorge beim Zahnarzt gewesen zu sein als die Kinder der KiGGS Studie. Bei den zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen wird eine Mundgesundheitsaufklärung durchgeführt, der Mundhygienestatus erhoben sowie eine Fluoridierung und Fissurenversiegelung vorgenommen (111). Damit werden die Hauptfaktoren, die für eine Kariesprävention wichtig sind, durch die Vorsorgeuntersuchungen beim Zahnarzt abgedeckt. Wird diese nach den Vorgaben durchgeführt, ist die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung ein guter Parameter zum Vergleich von Kariesprävention und letztendlich der allgemeinen Zahngesundheit. Die anfangs formulierte Hypothese, syrische Flüchtlingskinder weisen eine schlechtere Zahngesundheit auf als Kinder der KiGGS Studie, kann unter Berücksichtigung der Ergebnisse bestätigt werden. In Zusammenschau mit den Ergebnissen aus der medizinischen Untersuchung der syrischen Flüchtlingskinder kann diese Schlussfolgerung zusätzlich bestätigt werden, da 68% der syrischen Kinder in der pädiatrischen Untersuchung Zahnkaries aufwiesen. Diese Erkenntnis liefert einen empirischen Beweis für eine nachgewiesene schlechtere Zahngesundheit der syrischen Flüchtlingskinder. Die Ergebnisse lassen sich gut einordnen in vergleichende Studien, die gezeigt haben, dass sich der Kariesbefall in Deutschland und auch international auf die Gruppe Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund und einem niedrigen sozialen Status konzentriert (39, 53, 112-114, 253-255). Dabei stellt der Migrationshintergrund den größeren von beiden Risikofaktoren für eine schlechte Zahngesundheit dar (114). In den vorliegenden Daten zeigte sich kein Unterschied im Zahngesundheitsverhalten zwischen Mädchen und Jungen. Die Ergebnisse verdeutlichen wiederholt, dass zum einen ein hoher Versorgungsbedarf auch in Bezug auf die Zahngesundheit bei der Gruppe der Flüchtlingskinder besteht und dass diese Zielgruppe von den vorhandenen Präventions- und Vorsorgeprogrammen nicht ausreichend erreicht wird. Internationale Studien zu Flüchtlingskindern haben ebenfalls gezeigt, dass beim ersten medizinischen Kontakt besonders auf den Zahnstatus und die Mundhygiene geachtet werden soll, da viele der Kinder und Jugendlichen zum Zeitpunkt der Untersuchung selten bis nie einen Zahnarzt aufgesucht hatten (115). Dies trifft vor allem auf Bürgerkriegsflüchtlinge zu, die zum Einen im Heimatland keinen Zugang mehr zum medizinischen Versorgungssystem

haben, da dieses zerstört wurde und zum Anderen auf ihrer Fluchtroute aufgrund ihres Status nicht von medizinischen Leistungen erreicht werden. Es sollten deshalb explizit für die Zahngesundheit, die bei Vernachlässigung bereits bei Kindern und Jugendlichen bleibende Schäden verursacht und spätere Lebensphasen negativ beeinflussen kann, gezielt Gruppenpräventionsangebote entwickelt werden (256, 257). Diese sollten auf lokaler Ebene in der jeweiligen Gemeinschaft erfolgen und von Vertrauenspersonen, die Zugang zu dieser vulnerablen Bevölkerungsgruppe haben, implementiert werden (258).

6.3.3.3 Übergewicht und Adipositas im Vergleich

Die Ergebnisse zu Übergewicht und Adipositas zeigten, dass das Risiko bei den syrischen Kindern an Übergewicht und Adipositas zu leiden im Vergleich zu KiGGS Kindern deutlich geringer war (Übergewicht OR 0.41, 95% CI 0.21-0.75, Adipositas OR 0.66 (95% CI 0.23-1.49). Damit muss die anfangs aufgestellte Hypothese, syrische Kinder weisen häufiger Übergewicht und Adipositas als die Vergleichsgruppe auf abgelehnt werden. Die Ergebnisse lassen sich mit den Ergebnissen aus anderen Studien nicht erklären. Denn sowohl die Daten aus der KiGGS Studie als auch aus einer anderen Untersuchung in Bayern zeigten eine deutlich höhere Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern mit Migrationshintergrund (53, 78, 127, 128). Auch Internationale Studien und Daten der WHO zeigten für Kinder und die allgemeine Bevölkerung aus Syrien eine etwas höhere Prävalenz von Übergewicht und Adipositas im Vergleich zu der europäischen bzw. deutschen Bevölkerung (129-131). Diese Erkenntnisse führen dazu, die Gruppe der Kinder mit Migrationshintergrund in Deutschland und die Gruppe der syrischen Flüchtlingskinder getrennt voneinander zu betrachten, um mögliche Erklärungen für die erbrachten Ergebnisse zu finden. Die syrischen Familien befanden sich erst seit einigen Wochen oder maximal einigen Monaten in Deutschland. Das trifft ausnahmslos auf alle untersuchten Flüchtlingsfamilien der Erstaufnahmeeinrichtung zu. Studien zeigten, dass Übergewicht und Adipositas sich häufiger manifestieren, je länger die Familien bereits in Deutschland lebten. Ernährungsgewohnheiten und Muster aus den Heimatländern vermischen oder verändern sich über die Zeit mit den neuen Lebensbedingungen und Verhaltensweisen im Zielland (259, 260). Diese Veränderungen konnten sich bei den syrischen Familien, bedingt durch den Faktor Zeit, noch gar nicht bemerkbar machen

oder sich auf sie auswirken. Eine weitere Erklärung könnten die Situation im Heimatland sowie die Lebensbedingungen während der Flucht liefern. Durch den andauernden Bürgerkrieg mit nicht enden wollenden Bombardements und Schusswechseln kam es zur Zerstörung der Infrastruktur. Dies führte in vielen Gebieten zu Engpässen in der Versorgung von lebensnotwendigen Nahrungsmitteln (167, 173, 177). Weiterhin führten Preisanstiege durch Abwertung der Währung und ausländische Sanktionen zu rasanten Preisanstiegen von Grundnahrungsmitteln (173). In den Transitländern, die die Menschen während ihrer Flucht passieren mussten, lebten sie oftmals in der Illegalität und waren Schlepperbanden hilflos ausgeliefert. Eine ausreichende Versorgung mit Nahrungsmitteln war unter diesen prekären Bedingungen nicht möglich. Diese genannten Argumente könnten als mögliche Erklärungsmodelle für die geringere Prävalenz an Übergewicht und Adipositas bei syrischen Flüchtlingskindern in der durchgeführten Studie dienen. Außerdem muss erneut bedacht werden, dass zum Vergleich beider Gruppen und zur statistischen Auswertung und Berechnung die Grenzwerte der KiGGS Studie verwendet wurden, welche die abweichenden durchschnittlichen Körpermaße und Grenzwerte von syrischen Kindern in Bezug auf die Bevölkerung Deutschlands nicht berücksichtigen. Inwieweit sich diesbezüglich Abweichungen ergeben, lässt sich nicht klar sagen. Die Referenzwerte der KiGGS Studie beruhen auf mehreren unterschiedlichen, zwischen 1985 und 1998 erhobenen Stichproben in verschiedenen Regionen Deutschlands, bei denen Kinder mit Migrationshintergrund bereits berücksichtigt wurden. Sollten jedoch Abweichungen vorliegen, sodass die KiGGS Perzentilen über den WHO Perzentilen liegen bedeutet das, dass die Ergebnisse und Aussagen zu Adipositas unterschätzt und diese zu Untergewicht überschätzt werden. Dieser Fakt liefert zusätzlich einen methodischen Fehler als Grund, warum die initiale Hypothese zu Übergewicht in der Auswertung abgelehnt werden musste.

Die Gruppe der syrischen Flüchtlingskinder sollte im Verlauf weiter beobachtet werden, da der Konsens aktueller Studien zeigt, dass sie mit zunehmender Zeit in Deutschland besonders von Übergewicht und Adipositas bedroht sind. Es fällt auf, dass laut WHO vor allem syrische Frauen an Übergewicht leiden (Männer Syrien 23.8% vs. 23.1% Männer Deutschland, 39.0% Frauen Syrien vs. 19.2% Frauen Deutschland) (130, 131). Übergewichtige Eltern stellen ebenfalls den Hauptrisikofaktor für die Entwicklung

von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen dar (121). Ähnlich wie bei der Zahngesundheit muss versucht werden gezielte Beratungs- und Präventionsprogramme zu etablieren, die vor allem junge Familien mit Migrationshintergrund mit besonderem Unterstützungsbedarf erreichen. Dabei spielen Themen wie Stillen, Ernährung, Bewegung, Stressregulation und Freizeitbeschäftigung der Kinder eine Rolle. Zusätzlich müssen in den Schulen und Kindergärten gesundheitsfördernde Konzepte wie gesunde Mahlzeiten und eine ausreichende sportliche Freizeitprogrammgestaltung eingeführt werden (121). Nur so könnte gewährleistet werden, dass Übergewicht und Adipositas bei Familien mit Migrationshintergrund nicht weiter zunehmen, sondern sich im Gegenteil verringern.

6.3.3.4 Untergewicht und starkes Untergewicht im Vergleich

Die Ergebnisse zum Untergewicht bei syrischen Kindern zeigten, dass die Gruppe syrischer Kinder im Vergleich zu den KiGGS Kindern ein 2.2-fach größeres Risiko hatte an Untergewicht (OR 2.14, 95% CI 1.03-4.02) und ein 1.6-fach größeres Risiko hatte, an extremem Untergewicht zu leiden (OR 1.5, 95% CI 0.24-4.85). Somit kann die anfangs gestellte Hypothese, dass syrische Kinder im Vergleich zu KiGGS Kindern vermehrt Untergewicht oder extremes Untergewicht aufweisen bestätigt werden. Hierbei decken sich die Ergebnisse mit dem aktuellen internationalen Forschungsstand, der Flüchtlinge aus Krisengebieten als eine Bevölkerungsgruppe charakterisiert, die besonders von Mangelernährung und daraus resultierendem Untergewicht und Anämie bedroht sind (134-136). Wie bereits im vorangegangenen Abschnitt „Übergewicht und Adipositas im Vergleich“ beschrieben, hat der Bürgerkrieg in Syrien verheerende Auswirkungen auf die Infrastruktur des gesamten Landes und führt zu verheerenden Engpässen in der Versorgung mit lebensnotwendigen Nahrungsmitteln und sauberem Trinkwasser (170, 173, 177). Eine nicht ausreichende oder mangelhafte Ernährung führt neben anderen Ursachen zu Untergewicht (132, 133). Insbesondere in Flüchtlingslagern sind Unterernährung und ein Mangel an Vitaminen und Mineralstoffen weit verbreitet (137, 138). In Syrien spielen die drei miteinander interagierenden Faktoren Nahrungsmittelunsicherheiten, unzureichende medizinische Versorgung mit daraus resultierenden Erkrankungen und eine schlechte „Public Health“-Struktur bei den Ursachen für Unterernährung eine große Rolle (133). Im Kontext der Studie können die genannten Gründe für die Zielgruppe syrischer

Flüchtlingskinder ausreichend ein vermehrtes Auftreten von Untergewicht erklären. Die Ergebnisse aus den Untersuchungen haben gezeigt, dass jüngere Kinder eine höhere Wahrscheinlichkeit hatten, untergewichtig (OR 0.85, 95% CI 0.83-0.87) oder extrem untergewichtig zu sein (OR 0.81, 95% CI 0.77-0.84). Auch andere Studien haben hervorgebracht, dass Neugeborene und Kinder unter fünf Jahren besonders vulnerabel gegenüber mangelhafter Ernährung sind und eine erhöhte Aufmerksamkeit und Ressourcen benötigen (140). Auch hier sollte jedoch abschließend darauf hingewiesen werden, dass möglicherweise die Ergebnisse zu Untergewicht überschätzt werden. Grund dafür ist die bereits beim Vergleich von Übergewicht und Adipositas beschriebene gemeinsame Verwendung der Grenzwerte der KiGGS Studie, ohne Berücksichtigung der abweichenden durchschnittlichen Körpermaße und Grenzwerte von syrischen Kindern in Bezug auf die Bevölkerung Deutschlands.

7. Zusammenfassung und Ausblick

Immer mehr Flüchtlinge kommen, bedingt durch Krieg, Gewalt, Verfolgung, Armut, Hunger und Naturkatastrophen, auf den unterschiedlichsten Routen nach Deutschland und stellen das medizinische Versorgungssystem vor neue Herausforderungen. Mit der Untersuchung von syrischen Flüchtlingskindern und -jugendlichen im Alter von 0-14 Jahren im Rahmen des interdisziplinären Projektes „Sozialpädiatrisches Traumazentrum“ der TU München, konnten erstmals für diese spezifische Bevölkerungsgruppe Daten zu deren Gesundheitsstatus erhoben werden.

Ziel der Untersuchung war es, den somatischen Gesundheitszustand von syrischen Flüchtlingskindern nach Trauma durch Fluchterfahrung zu erfassen und den sich daraus ergebenden Versorgungsbedarf festzustellen. In einem zweiten Schritt sollten die gewonnenen Daten mit Kindern aus Deutschland mit Hilfe der KiGGS Studie verglichen werden. Ähnliche Studien und vergleichbare Ergebnisse gab es bisher kaum und auch ein Vergleich zur Deutschen Bevölkerung wurde in dieser Form noch nicht durchgeführt (19, 22, 23, 39, 144). Insgesamt konnten 85 der 100 untersuchten syrischen Kinder in die Auswertung einbezogen werden. Der sich aus den Beschwerden und diagnostizierten Krankheiten der syrischen Flüchtlingskinder ergebende medizinische Versorgungsbedarf war sehr groß. Es zeigte sich hierbei, dass bei 90,6% der Kinder eine Erkrankung durch den untersuchenden Pädiater diagnostiziert wurde. Hauptdiagnosen waren dabei Zahnkaries (68%), akute Atemwegsinfektionen (16%) und infektiöse und parasitäre Erkrankungen (9%). Die Ergebnisse bestätigen die Erkenntnis aus anderen Studien, dass sich die Gesundheit von Flüchtlingen und der Normalbevölkerung nicht grundlegend unterscheidet und überwiegend ein allgemeinmedizinisches Krankheitsspektrum vorliegt (87, 236-238). Bei 93% der Kinder stand, durch unvollständige oder fehlende Impfungen bedingt, zum aktuellen Zeitpunkt oder im Laufe des aktuellen Jahres eine Impfung der nach STIKO des RKI's empfohlenen Impfungen an. Eine zahnärztliche Behandlung wurde bei 69% der Kinder dringend empfohlen und 52% der untersuchten Kinder wiesen psychologische Auffälligkeiten auf, die eine Vorstellung beim Kinder- und Jugendpsychiater bzw. Psychologen erforderte. Weitere 20% der Kinder benötigten eine akute Vorstellung beim Kinderarzt und 19% eine medikamentöse Behandlung. Die Ergebnisse

verdeutlichen die Wichtigkeit eines funktionierenden medizinischen Versorgungssystems, das den Bedürfnissen der ankommenden Flüchtlingsfamilien gerecht wird. Sowohl akute allgemeinmedizinische Hilfe wird benötigt als auch eine kontinuierliche Weiterbetreuung und Eingliederung in das bestehende Deutsche Versorgungs- und Vorsorgesystem.

Beim hypothesengeleiteten Vergleich zu deutschen Kindern zeigte sich bei syrischen Kindern ein geringeres Vorliegen von Allergien (9.4% vs. 22.6%). Die Ergebnisse unterstützen die Hygiene-Hypothese und decken sich mit Daten für das Vorhandensein von allergischen Erkrankungen in arabischen Ländern.

Ein geringeres Auftreten von Übergewicht (13.3% vs. 27.5%) und Adipositas (6.0% vs. 9.2%) bei den syrischen Kindern widerspricht der ursprünglich aufgestellten Hypothese, dass diese häufiger Übergewicht und Adipositas aufweisen als die Vergleichsgruppe aus Deutschland. Die Ergebnisse lassen sich mit denen aus anderen Studien und internationalen Veröffentlichungen nicht erklären. Einen Grund könnte der Zeitpunkt der Untersuchung liefern. So befanden sich alle Familien erst wenige Wochen oder Monate in Deutschland und Ernährungsgewohnheiten und Muster aus den Heimatländern konnten sich nur unzureichend manifestieren und mit denen in Deutschland vermischen. Ein anderer Erklärungsversuch berücksichtigt die Situation im Heimatland sowie die Lebensbedingungen während der Flucht, wobei eine ausreichende Versorgung mit Nahrungsmitteln und Trinkwasser unter solch prekären Bedingungen oftmals nicht sichergestellt werden kann. Hinzu kommen eine zerstörte Infrastruktur, unzureichende medizinische Versorgung und eine schlechte „Public Health“-Struktur. Diese Erklärungen gelten auch als Gründe für die Ergebnisse beim Vergleich von Untergewicht (12.1% bei syrischen Kindern vs. 5.8% bei der Vergleichsgruppe) und extremes Untergewicht (2.4% bei syrischen Kindern vs. 1.4% bei der Vergleichsgruppe).

Weiterhin zeigte sich ein größerer Anteil der syrischen Kinder im Vergleich zu Kindern der KiGGS Studie, die noch niemals bei einer Vorsorgeuntersuchung beim Zahnarzt waren (63.5% vs. 14.1%). Diese Ergebnisse decken sich mit denen der pädiatrischen Untersuchung, bei der 68% der syrischen Kinder Zahnkaries aufwiesen.

Vor Ort in der Erstaufnahmeeinrichtung für Flüchtlinge in München dokumentierte das Studienteam eine Vielzahl von strukturellen, praktischen und sprachlichen Zugangshürden für die syrischen Flüchtlingsfamilien, die eine adäquate medizinische Versorgung nicht möglich machten. Es ließen sich sowohl Ungerechtigkeiten und strukturelle Gewalt auf übergeordneter Ebene bezüglich Rechtspraxis, Verordnungen und administrativen Strukturen und Verfahren nachweisen als auch konkrete Folgen für die Gesundheit der Flüchtlinge. In der Regel müssen Flüchtlinge gegenüber medizinisch nicht sachkundigem Personal aus Sozial- oder Jugendämtern erklären, warum sie einen Arztbesuch wahrnehmen wollen. Diese Abläufe sind in Bezug auf die Persönlichkeitsrechte, die Rechte der Individualität und auf die Vorgaben der Schweigepflicht inakzeptabel und gesetzeswidrig (26, 31, 69). Insgesamt ist das medizinische Versorgungssystem noch nicht ausreichend gut gerüstet für die speziellen Bedürfnisse von Flüchtlingen und die interkulturelle Öffnung der Institutionen des Gesundheitssystems noch unterentwickelt (68).

Erst nach Abschluss der Studie mit dem Einrichten einer täglichen Sprechstunde durch die Ärzte des Vereins „REFUDOCS e.V.“ und der Verlagerung einer Außenstelle der Sozialbehörde in die Räumlichkeiten der Bayernkaserne wurden die Voraussetzungen für die Teilhabe der Flüchtlinge an der medizinischen Versorgung geschaffen. Die Resilienzfaktoren und Ressourcen der Flüchtlinge wie Widerstandskraft, Anpassungskraft und Veränderungskraft werden bisher wenig beachtet, sollten aber für weitere Diskussionen ebenfalls berücksichtigt werden.

Eine erfolgreiche Integration und Teilhabe am Gesundheitssystem spart außerdem zukünftige finanzielle, soziale und politische Kosten und verringert Diskriminierung durch Krankheit. Eine bundesweit einheitliche Gesundheitskarte für Asylbewerber, die eine Partizipation erleichtern könnte, ist weiterhin nicht in Sicht.

Abschließend kann nur noch einmal wiederholt und appelliert werden, dass: „die Berufsordnung für Ärzte den Arzt generell verpflichtet, allen Kranken beizustehen und den Beruf nach seinem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit auszuüben“ (261). Nach der UN-Kinderrechtskonvention haben Kinder ein Recht auf Gesundheit und das Wohl des Kindes ist vorrangig zu betrachten (69-71). Diese Grundsätze dürfen niemals vergessen werden und man sollte sich diese immer

wieder vergegenwärtigen und sowohl für die ärztliche Praxis als auch für weitere politische Diskussionen als Grundlage betrachten und umsetzen. Andernfalls droht die Gefahr in populistische Debatten abzurutschen, wie wir sie momentan leider tagtäglich in den Nachrichtendiensten verfolgen können. Mitunter erreichen Unterhaltungen dieser Art sogar die breite Mittelschicht der Gesellschaft und die politischen Diskurse der großen Volksparteien, was mich sehr beschämt und traurig stimmt. Eine derartige Beurteilung und teils Verachtung der Schicksale und des Leids, das diese fliehenden Menschen tagtäglich erfahren müssen, ist unwürdig. Ich hoffe mit dieser Arbeit zur Sensibilisierung, Aufklärung und objektiven Berichterstattung in der Flüchtlingsthematik beitragen zu können.

Solange die Ursachen für Flucht und Migration wie Armut, Gewalt und Unterentwicklung nicht überwunden werden, werden sich Familien mit Kindern weiterhin auf den ungewissen und gefährlichen Weg in ein besseres Leben machen. Es ist unsere Aufgabe und Pflicht Ihnen ein menschenwürdiges Leben in unserem Land zu ermöglichen und sie in unser medizinisches Versorgungssystem zu integrieren.

Um eine langfristige Aussage zu treffen, in wie weit die syrischen Familien in Zukunft ins deutsche Gesundheitssystem integriert werden, müssen weitere Folgeuntersuchungen stattfinden. Dies ist auch unter dem Gesichtspunkt interessant, in wie weit sich die Prävalenz von bei Aufnahme diagnostizierten Erkrankungen verändert.

II. Abkürzungsverzeichnis

§	Paragraf
3MDR	multidrug-resistant Enterobakterien gegen drei antibiotische Gruppen (Penicilline, Cephalosporine, Fluorchinolone) nach Definition der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
4MDR	multidrug-resistant Enterobakterien gegen vier antibiotische Gruppen (Penicilline, Cephalosporine, Fluorchinolone, Carbapeneme) nach Definition der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
ADAC	Allgemeiner Deutscher Automobil-Club
Art.	Artikel
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AsylVfG	Asylverfahrensgesetz
AufenthG	Aufenthaltsgesetz
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BSCL	Brief Symptom Checklist
BSI	Brief Symptom Inventory
BWS	Brustwirbelsäule
bzw.	beziehungsweise
CBCL	Child Behavior Checklist
CI	engl. confidence interval, Konfidenzintervall
CPM	Coloured Progressive Matrices
DIPS	Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter
DTP	Diphtherie, Tetanus und Pertussis
e.V.	eingetragener Verein

engl.	englisch
ESBL	Extended Spectrum β -Lactamasen, können ein erweitertes Spektrum von β -Lactam-haltigen Antibiotika spalten
EU	Europäische Union
G1	Gravidität, Anzahl der Schwangerschaften
GFK	Genfer Flüchtlingskonvention
GLM	generalisiertes lineares Modell
HB	Hepatitis B
Hib	Haemophilus Influenza B
HWS	Halswirbelsäule
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, German Modification Version 2016
IDP	engl. internally displaced people, Binnenflüchtlinge
IDS	Intelligence and Development Scales
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitsstudie des RKI zum Gesundheitsmonitoring
LMU	Ludwig-Maximilians-Universität
M-ABC-2	Movement Assessment Battery for Children
Mio.	Million
MMR	Mumps, Masern und Röteln
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
NNAT	Naglieri Nonverbal Ability Test
OA	Oberarzt
OCHA	engl. Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, Amt für die Koordinierung humanitärer Angelegenheiten der Vereinten Nationen
OR	Odds Ratio
P1	Parität, Anzahl der Geburten
PD	Privatdozent
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung

PTSDSSI	Posttraumatische Belastungsstörung Semistrukturiertes Interview und Beobachtungsbogen für Säuglinge und Kleinkinder
RKI	Robert Koch-Institut
RR	Riva Rocci Methode, Angabe der Blutdruckwerte, benannt nach dem italienischen Arzt Scipione Riva-Rocci
SD	engl. standard deviation, Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
STIKO	ständige Impfkommission des RKI
TB	Tuberkulose
TU	Technische Universität
umF	unbegleiteter minderjähriger Flüchtling
UN	United Nations, Vereinte Nationen
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees, Hochkommissar der Vereinten Nationen für Flüchtlinge
UN-KRK	United Nations Kinderrechtskonvention
vs.	versus
WHO	engl. World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation

III. Begriffserklärungen und Hintergrundinformationen

Akkulturation	Akkulturation bezeichnet den Assimilationsprozess von Immigranten, die in eine neue kulturelle Umwelt und Gesellschaft hineinwachsen bzw. sich ihr anpassen (160).
Apgar	Der Apgar-Score ist ein nach der US-amerikanischen Anästhesistin Virginia Apgar benanntes Punkteschema zur standardisierten Beurteilung des klinischen Zustandes von Neugeborenen direkt nach der Geburt (262).
Assyrer	Assyrer sind eine Volksgruppe von syrischen Christen, im engeren Sinn Angehörigen der Assyrischen Kirche des Ostens und im weiteren Sinn alle Christen syrischer Tradition (222).
Asylbewerber	Ein Asylbewerber sucht in dem Land, in dem er seinen Asylantrag stellt, internationalen Schutz, dabei ist sein Flüchtlingsstatus noch ungeklärt. Angelehnt an die Genfer Flüchtlingskonvention müssen die jeweiligen Aufnahmeländer im Rahmen des Asylverfahrens klären, ob ein Asylbewerber einen Flüchtlingsstatus besitzt oder nicht (263).
Aufenthalts- gestattung	Nach Beantragen des Asylverfahrens erhalten die Flüchtlinge in der Regel eine Aufenthaltsgestattung, die ihnen ein Bleiberecht in der Bundesrepublik Deutschland bis zum Abschluss des Asylverfahrens ermöglicht (14).
Bayernkaserne	Erstaufnahmeeinrichtung für Flüchtlinge in München
BMI	Body Mass Index, auch Körpermasseindex, Berechnung: Körpergewicht in kg dividiert durch Körpergröße in Meter zum Quadrat.

Convenience Sampling	Auch „accidental sampling“. Bei einer „convenience“-Stichprobe werden nur Fälle rekrutiert, die verfügbar sind.
Drusen	Drusen sind eine eigenständige Religionsgemeinschaft im Nahen Osten. Sie sind eine Gruppierung, die aus der islamischen Glaubensgemeinschaft der Ismailiten (Schia) hervorgegangen ist (220).
Embodiment	Herstellung eines Zusammenhangs zwischen vermeintlich externen Faktoren und dem physischen und psychischen Gesundheitszustand eines Menschen (151, 152).
Flüchtling	Die Genfer Flüchtlingskonvention definiert einen Flüchtling als eine Person, die „...aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will...“ (Genfer Flüchtlingskonvention (GFK) Art. (Artikel) 1A Nr. 2) (1). Man muss jedoch einen anerkannten Flüchtling nach GFK vom Asylantragsstellenden und von der allgemeinen Bezeichnung eines Flüchtlings als Mensch, der sich auf der Flucht befindet, trennen.
Gesamtzuschutzquote	Die Gesamtzuschutzquote bezeichnet den Anteil der Asylbewerber, die als Asylberechtigte anerkannt werden. Sie berechnet sich aus den verschiedenen Schutzformen. Dazu gehören die Anzahl der Asylanerkennungen, der Gewährungen von Flüchtlingsschutz und der Feststellungen eines Abschiebeverbotes bezogen auf die Gesamtzahl der Entscheidungen im betreffenden Zeitraum (14).

Health inequalities	Health inequalities sind nicht vermeidbare Unterschiede bzw. Ungleichheiten im Gesundheitszustand verschiedener Bevölkerungsgruppen (36).
Health inequities	Health inequities sind systematische Unterschiede im Gesundheitsstatus von verschiedenen Bevölkerungsgruppen und deren Ressourcen, verursacht durch externe Faktoren, wie die Lebensbedingungen und Umstände, in denen diese Gruppen leben. Health inequities sind Ungerechtigkeiten, die sich der individuellen Beeinflussbarkeit entziehen und die durch adäquate politische Maßnahmen verringert werden könnten (36, 37).
IDP's	Engl. internally displaced people, sind Binnenflüchtlinge, die Zuflucht innerhalb des eigenen Landes suchen ohne dabei die Staatsgrenze zu überschreiten (6).
Kurden	Kurden sind eine westasiatische ethnische Volksgruppe in der Türkei, im Iran, im Irak und in Syrien, die sich überwiegend zum sunnitischen Islam bekennen (221).
Menschen mit Migrationshintergrund	Menschen mit Migrationshintergrund sind Migranten, die nach 1949 in die Bundesrepublik eingewandert sind sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und als Deutsche Geborene mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenem Elternteil (264).
Migrant	Migranten sind Personen, die ihren Lebensmittelpunkt innerhalb eines Landes oder über Staatsgrenzen hinweg räumlich verlegen. Dies geschieht meist freiwillig (265).
Proxy	Auch Proxy-Variable, ist eine Variable, die eine Eigenschaft misst, die durch direkte Messung nicht zugänglich ist. Ihre Genauigkeit/Güte sagt jedoch über die Genauigkeit der Bestimmung der eigentlich zu messenden Variabel nichts aus.

- Querschnittsstudie** Querschnittsstudien eignen sich dazu, die aktuelle Häufigkeit von Risikofaktoren und von Erkrankungen unabhängig vom Zeitpunkt ihres Eintritts zu ermitteln (= Prävalenz in der Studienpopulation). Daher wird dieser Studientyp auch als Prävalenzstudie bezeichnet.
- SchlaU-Schule** Ist eine staatlich anerkannte Ergänzungsschule in München, die Schulanalogen Unterricht für junge Flüchtlinge anbietet, Träger ist der Trägerkreis Junge Flüchtlinge e.V.
- Schutzquote** Die Schutzquote wird hier synonym verwendet mit der Gesamtschutzquote. Siehe Gesamtschutzquote
- Sicherer Drittstaat** Sichere Drittstaaten sind alle EU-Mitgliedsstaaten, Norwegen und die Schweiz. Reist ein Asylbewerber über einen sicheren Drittstaat ein, kann er ohne Prüfung des Antrags in dieses Land zurückgeschoben werden, da bei den sicheren Drittstaaten die ordentliche Durchführung eines Asylverfahrens garantiert ist. Deutschland ist ausschließlich von sicheren Drittstaaten umgeben. So bleibt Schutzsuchenden nur die Einreise auf dem Luft- oder Seeweg bzw. ein illegaler und nicht-dokumentierter Grenzübertritt (10).
- Strukturelle Gewalt** Strukturelle Gewalt ist die vermeidbare Beeinträchtigung grundlegender menschlicher Bedürfnisse durch Gesetze, Rechtspraxen und -verfahren, die Individuen, Gruppen oder Gesellschaften davon abhalten, das zu erreichen, was potentiell möglich ist (266).
- Z-score** Der Z-score ist ein Klassifikationssystem für anthropometrische Daten zum Vergleich mit einer Referenzgruppe mit Hilfe der Standardabweichung (267).

IV. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Geschlechterverteilung und Alter (n=85).....	56
Tabelle 2 Konfession (n=85).....	57
Tabelle 3 Muttersprache (n=85)	58
Tabelle 4 Fremdsprachen (n=85)	59
Tabelle 5 Soziodemografische Daten.....	60
Tabelle 6 Medizinische Diagnose (n=85)	64
Tabelle 7 Medizinische Diagnosen Gesamt (n=85)	68
Tabelle 8 Effekt der Studie auf die Wahrscheinlichkeit eine Allergie zu haben.....	75
Tabelle 9 Effekt der Studie auf das Risiko eine schlechtere Zahngesundheit (war noch nie bei der Zahnvorsorge) zu haben (Referenz = schon einmal beim Zahnarzt gewesen).....	79
Tabelle 10 Stratifiziert nach KiGGS	79
Tabelle 11 Stratifiziert nach syrischen Kindern.....	79
Tabelle 12 Effekt der Studie auf das Risiko übergewichtig oder adipös zu sein	86
Tabelle 13 Effekt der Studie auf das Risiko untergewichtig oder extrem untergewichtig zu sein	93

V. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Aufenthaltsdauer (n=85)	58
Abb. 2 Freunde außerhalb der Familie (n=85)	62
Abb. 3 Jemanden zum Spielen (n=85).....	62
Abb. 4 Integration (n=85).....	63
Abb. 5 Medizinische Diagnosen nach Kategorien (n=85).....	65
Abb. 6 Medizinische Diagnosen (n=85).....	66
Abb. 7 Medizinischer Bedarf.....	67
Abb. 8 Allergien bei den syrischen Kindern	70
Abb. 9 Allergien bei KiGGS.....	71
Abb. 10 Vorhandensein von Allergien im Vergleich	72
Abb. 11. Allergien altersabhängig bei KiGGS	73
Abb. 12 Allergien altersabhängig bei den syrischen Kindern.....	74
Abb. 13 Jemals beim Zahnarzt gewesen	76
Abb. 14 Vorsorge Zahnarzt altersabhängig bei KiGGS	77
Abb. 15 Vorsorge Zahnarzt altersabhängig bei den syrischen Kindern	78
Abb. 16 Kind übergewichtig.....	80
Abb. 17 Übergewicht altersabhängig bei KiGGS	81
Abb. 18 Übergewicht altersabhängig bei den syrischen Kindern	82
Abb. 19 Kind adipös	83
Abb. 20 Adipositas altersabhängig bei KiGGS.....	84
Abb. 21 Adipositas altersabhängig bei den syrischen Kindern	85
Abb. 22 Kind untergewichtig.....	87
Abb. 23 Untergewicht altersabhängig bei KiGGS.....	88
Abb. 24 Untergewicht altersabhängig bei den syrischen Kindern	89
Abb. 25 Kind extrem untergewichtig	90

Abb. 26 Extremes Untergewicht altersabhängig bei KiGGS.....	91
Abb. 27 Extremes Untergewicht altersabhängig bei den syrischen Kindern	92

8. Anhang

8.1 Aufklärungsbögen/Einverständniserklärung

8.1.1 Aufklärungsbogen/Einverständniserklärung Erwachsene Deutsch

Lehrstuhl für Sozialpädiatrie der TU München
kbo Kinderzentrum München GmbH
Lehrstuhlinhaber: Prof. Dr. med. Volker Mall
Heiglhofstraße 63
81377 München
Tel.: 089 71009-233

Studienstelle: Lehrstuhl für Sozialpädiatrie der Technischen Universität München
Prof. Dr. med. Volker Mall
Kinderzentrum München
Heiglhofstraße 63
81377 München

Ansprechpartner: Frau Dipl.-Psych. Seval Soykök
Tel.: 089/71009- 392
Email: seval.soykoek@tum.de

Herr Dr. med. Nikolai Jung
Tel: 089/ 71009-105
Email: nikolai.jung@tum.de

Probandeninformation

Titel des Forschungsvorhabens

„Klassifikation von Gesundheitsproblemen bei Flüchtlingskindern gemäß der Mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik (MBS) in der Sozialpädiatrie und des Multiaxialen Klassifikationssystems (MAS) für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters“

Liebe Eltern,
liebe Sorgeberechtigte,

wir freuen uns, dass Sie Interesse haben, an der von uns vorgesehenen Studie teilzunehmen und möchten Sie über die Studie informieren.

Hintergrund und Ziel der Studie

In der Stadt München und im Umland leben viele Flüchtlingsfamilien mit Ihren Kindern, die aus verschiedenen Gründen einen neuen Lebenspunkt in Deutschland gesucht haben. Möglicherweise haben Sie und Ihre Kinder Dinge in ihrem Heimatland, auf der Flucht oder aktuell hier in München erlebt, die Sie belasten und sowohl die Gesundheit Ihres Kindes als auch Ihre Gesundheit beeinträchtigen. Besonders in den frühen Kindheitsjahren ist eine gesunde seelische Entwicklung für das Wohlbefinden eines Kindes entscheidend. Viele Flüchtlingsfamilien leben unter schwierigen Lebensbedingungen. Hinzu kommen möglicherweise gesundheitliche Probleme Ihrer Kinder.

Das kbo-Kinderzentrum München und die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bietet Flüchtlingsfamilien eine Untersuchung zu gesundheitlichen und seelischen Problemen an. Hierdurch kann ein möglicher Bedarfs zur Unterstützung und Behandlung geklärt werden und es können weitere Schritte eingeleitet werden.

Deswegen bieten wir Ihnen und Ihrer Familie Untersuchungs- und Beratungstermin in Ihrer Flüchtlingsunterkunft an.

Ziel dieser Studie ist es, den Bedarf an medizinischer und psychotherapeutischer Versorgung von Familien mit Kindern, die nach Deutschland geflüchtet sind zu bestimmen. Die komplette Untersuchung ist für Sie kostenfrei.

Studienablauf

Während Ihrer Aufnahme in einer Erstaufnahmeeinrichtung und Gemeinschaftsunterkunft, stehen Ihnen die Mitarbeiter der Wohlfahrtsverbände betreuend zu Seite. Falls Sie an der Studie teilnehmen möchten, bitten wir Sie an einem der Tage, an denen wir in Ihrer Unterkunft sind und in Ihrer Sprache Gespräche und Untersuchungen führen, vorbei zu kommen. Wann diese Termine stattfinden, erfahren Sie über Plakate, die in Ihrer Unterkunft ausgehängt sind, über Ihre Sozialarbeiterin oder Sie kontaktieren uns persönlich.

Einen Dolmetscher werden wir vorab organisieren und bezahlen. Dieser wird Ihnen bei der Untersuchungssituation sprachliche Unterstützung anbieten. Wenn Sie an der Studie teilnehmen wollen, untersucht ein Kinderarzt Ihre Kinder. Ein Kinderpsychiater und Kinderpsychologe werden sich in einer weiteren Untersuchung der seelische Gesundheit und Entwicklung Ihres Kindes widmen. Ein Psychologe wird sich mit Ihren seelischen Belastungen als Elternteil beschäftigen und mit Ihnen einen kurzen Fragebogen ausfüllen. Die Untersuchungsergebnisse werden in einem Brief zusammengefasst, der Ihnen, wenn Sie das wünschen, zugeschickt wird. Diese Ergebnisse können Sie bei anderen Arzt- und Psychologenterminen vorlegen. Falls das Team im des Traumazentrums bei Ihnen und oder Ihren Kindern einen Bedarf für

eine Weiterbehandlung feststellen, können diese, falls Sie Ihre Einwilligung geben, Ihnen weitere Gesundheitsdienste empfehlen.

Freiwilligkeit der Teilnahme

Die Teilnahme an dieser Studie ist vollkommen freiwillig, Ihre Daten und die Ihres Kindes werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Sie können Ihr Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen, ohne dass Ihnen oder Ihrem Kind dadurch Nachteile in der weiteren Behandlung entstehen.

Kann ich meine Teilnahme an dem Forschungsprojekt vorzeitig beenden?

Sie können Ihre freiwillige Teilnahme an der Studie *jederzeit* und *ohne Angabe von Gründen* beenden, ohne dass Ihnen oder Ihrem Kind hierdurch Nachteile entstehen. Auch der Studienleiter kann die Entscheidung treffen, die gesamte Studie abzubrechen oder Ihre Teilnahme vorzeitig zu beenden, wenn dies (etwa aus medizinischen Gründen) angezeigt sein sollte.

Ist die Vertraulichkeit meiner Daten gewährleistet?

Im Rahmen der Studie erhobene und aufgezeichnete Daten werden ausschließlich pseudonymisiert, d.h. ohne Angaben Ihres Namens, wissenschaftlich ausgewertet. Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich mit diesem Vorgehen einverstanden.

Weitere Informationen

Für diese Studie liegt die Zustimmung einer unabhängigen Ethik-Kommission vor. Die Studie ist bei den zuständigen Überwachungsbehörden angemeldet. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne jederzeit zur Verfügung.

Falls Sie zu irgendeinem Zeitpunkt der Studie Fragen oder irgendwelche studienbezogenen Beschwerden haben, wenden Sie sich bitte an folgenden Ansprechpartner:

Frau Dipl.-Psych. Seval Soykök
Tel.: 089/71009- 392
Email: seval.soykoek@tum.de

Dr. med. Nikolai Jung
Tel: (089) 7100 91-05
Email: nikolai.jung@tum.de

Einwilligungserklärung

Studienteilnehmer: _____ Teilnehmer-Nr.: _____
(Name, Vorname)

Geb.-Datum: _____

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung zur Teilnahme an der oben genannten Studie gemäß der vorstehenden Information. Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Inhalt der Information gelesen und verstanden habe. Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen, die mir zufriedenstellend beantwortet wurden. Ich weiß, dass meine Teilnahme an dem Forschungsvorhaben freiwillig ist und bin darüber aufgeklärt worden, dass ich **jederzeit** die Teilnahme **ohne Angabe von Gründen** beenden kann, **ohne dass mir oder meinem Kind daraus irgendwelche Nachteile** entstehen.

*Anschrift des Studienteams: Prof. Dr. med. Volker Mall
Inhaber des Lehrstuhls für Sozialpädiatrie der TU
München
Ärztlicher Direktor des Kinderzentrums München
Heiglhofstrasse 63
81377 München

Datenschutz:

Mir ist bekannt, dass bei diesem Forschungsvorhaben personenbezogene Daten und medizinische Befunde über mich und mein Kind erhoben, gespeichert und ausgewertet werden sollen. Die Verwendung der Angaben über die Gesundheit meines Kindes erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor der Teilnahme an dem Forschungsvorhaben folgende freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus, das heißt ohne die nachfolgende Einwilligung kann ich nicht an dem Forschungsvorhaben teilnehmen.

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieses Forschungsvorhabens personenbezogene Daten, insbesondere Angaben über meine Gesundheit und die meines Kindes erhoben und in Papierform sowie auf elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und pseudonymisiert, d.h. ohne Namensnennung und Zuordnung der Daten zu Ihrer Person, bzw. Ihrem Kind und Weitergabe personenbezogener Daten übermittelt werden an:

a) das Studienteam zur wissenschaftlichen Auswertung;

b) die zuständige Überwachungsbehörde (Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit) und die Ethikkommission zur Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung der Studie sowie zur Bewertung von Studienergebnissen.

2. Die aus der Studie gewonnenen Daten werden pseudonymisiert wissenschaftlich ausgewertet. Dies bedeutet, dass die Untersuchungsergebnisse nicht persönlichen Daten zugeordnet werden können. Sowohl auf den vom Kinderarzt, Kinderpsychiater, und Diplom-Psychologen ausgefüllten Anamnesebögen als auch auf den klinischen Testbögen werden Namen durch Codes ersetzt, um eine Identifizierung der Teilnehmer auszuschließen. Der Entschlüsselungscode ist nur dem Team des Traumazentrums zugänglich. Alle Erfordernisse des Datenschutzes werden dabei beachtet.
3. Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass ein autorisierter und zur Verschwiegenheit verpflichteter Beauftragter des Auftraggebers, der zuständigen Überwachungs- und Zulassungsbehörden in meine beim Prüfarzt vorhandenen personenbezogenen Daten Einsicht nimmt, soweit dies für die Überprüfung der Studie notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinde ich meinen zuständigen Kinderarzt, Kinderpsychiater und Diplom-Psychologen des Traumazentrums von der ärztlichen Schweigepflicht.
4. Ich weiß, dass meine Teilnahme an dem Forschungsvorhaben freiwillig ist und bin darüber aufgeklärt worden, dass ich jederzeit die Teilnahme ohne Angabe von Gründen beenden kann, ohne dass mir oder meinem Kind daraus irgendwelche Nachteile entstehen. Beim Widerruf meiner Einwilligung an dem Forschungsvorhaben teilzunehmen, habe ich das Recht, die Löschung aller meiner bis dahin gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen.
5. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten nach Beendigung oder Abbruch des Forschungsvorhabens mindestens zwei Jahre aufbewahrt werden. Danach werden meine personenbezogenen Daten gelöscht, soweit nicht gesetzliche, satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen.

Eine Kopie dieser Information und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt in der Studienstelle.

Name des Forschungsteilnehmers in Druckbuchstaben

Ort, Datum (vom Teilnehmer einzutragen)

Name des 1. Erziehungsberechtigten

Unterschrift 1. Erziehungsberechtigter

Name des 2. Erziehungsberechtigten

Unterschrift 2. Erziehungsberechtigter

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung des Forschungsteilnehmers eingeholt.

Name des Studienarztes in Druckbuchstaben

Ort, Datum

Unterschrift des Studienarztes

8.1.2 Aufklärungsbogen/Einverständniserklärung Erwachsene Arabisch

مركز الأطفال بمدينة ميونخ

أستاذية في الطب الاجتماعي عند الأطفال بجامعة ميونخ التقنية
مركز الأطفال بمدينة ميونخ
الأستاذ البروفسور فولكر مال
شارع هايلهوف 63
ميونخ 81377
هاتف 08971009233

جهة الدراسة
أستاذية في الطب الاجتماعي عند الأطفال بجامعة ميونخ التقنية
الأستاذ البروفسور فولكر مال
مركز الأطفال بمدينة ميونخ
شارع هايلهوف 63
ميونخ 81377
للإحصائية النفسية السيدة سيفال سويكوك
هاتف 08971009392
E mail seval.soykoek@tum.de

السيد الدكتور نيكولاي يونغ
هاتف 08971009105
E mail: nikolai.jung@tum.de

معلومات للمشاركين في الدراسة

عنوان البحث

تصنيف المشاكل الصحية عند أطفال اللاجئين طبقاً للتشخيص متعدد الأبعاد في الطب الاجتماعي عند الأطفال
ونظام التصنيف متعدد المحاور للإضطرابات النفسية للأطفال واليافعين.

الآباء الأعمام،
أولياء الأمور الأعمام،

يسعدنا اهتمامكم بالاشتراك في الدراسة المُعدَّة من جانبنا ونود أن نطلعكم عليها.

خلفية الدراسة والهدف منها

يعيش في مدينة ميونخ والمنطقة المحيطة بها الكثير من العائلات اللاجئة مع أطفالها والتي جاءت إلى ألمانيا لأسباب مختلفة بحثاً عن حياة جديدة في ألمانيا. ربما تكونوا قد عانيتم أنتم وأطفالكم في بلدكم أو في طريقكم إلى ميونخ أو هنا في ميونخ من أمور تمثل لكم عبئاً وتضر بصحة أطفالكم أو بصحتكم. وبعد التطور الصحي النفسي عاملاً حاسماً لتمتع الطفل بالراحة وخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة. ومن الجدير بالذكر أن هناك الكثير من العائلات اللاجئة يعيشون في ظروف معيشية صعبة والتي ربما يضاف إليها المشاكل الصحية لطفلكم.

يقدم مركز الأطفال (kbo-Kinderzentrum) في ميونخ ومستشفى طب الأمراض النفسية والجسدية والعلاج النفسي للأسر اللاجئة خدمة فحص للمشاكل الصحية والنفسية. ومن خلال هذا الفحص يمكن تقرير مدى الحاجة إلى الدعم والعلاج، ومن ثم يمكن اتخاذ خطوات أخرى في هذا الصدد. ولذلك فإننا نوفر لكم ولأسركم مواعيد للفحص والاستشارة في مكان إقامتكم بأوى اللاجئين.

ويعد الهدف من هذه الدراسة هو تقرير مدى الحاجة إلى الرعاية الطبية والعلاج النفسي للعائلات اللاجئة إلى ألمانيا ممن لديهم أطفال. ويقدم لكم الفحص بأكمله مجاناً.

سير الدراسة

أثناء استقبالكم في إحدى مؤسسات الاستقبال الأولى ومكان الإيواء الجماعي سيتولى رعايتكم موظفو جمعيات الخدمة الاجتماعية. إذا كنتم ترغبون في الاشتراك في الدراسة يرجى زيارتنا في أي يوم من الأيام التي نتواجد فيها في مكان إقامتكم والتي تجري فيها المحادثات والفحوصات بلغتكم. يمكنكم معرفة هذه المواعيد من لوحات الإعلانات المعلقة بمكان إقامتكم أو عن طريق الأخصائية الاجتماعية لديكم أو يمكنكم التواصل معنا شخصياً.

وسنقوم مقدماً بترتيب إجراءات توفير مترجم فوري ودفع أتعابه، والذي بدوره سيقدم لكم خدمة الدعم اللغوي أثناء الفحص. إذا كنتم ترغبون في الاشتراك في الدراسة سيقوم طبيب أطفال بفحص أطفالكم. وسيهتم طبيب نفسي للأطفال ومعالج نفسي للأطفال بالصحة النفسية لطفلكم ومدى تطوره في إطار عملية فحص أخرى. كما سيتولى معالج نفسي بحث أعبائكم النفسية بوصفكم أحد الأبوين ويقوم معكم بملء استنباين موجز. وسيتم تلخيص نتائج الفحص في خطاب سيرسل إليكم في حالة رغبتكم في ذلك. ويمكنكم تقديم هذه النتائج في مواعيد زيارة أخرى للطبيب أو المعالج النفسي. وإذا قرر الفريق الطبي في مركز علاج الرضوض احتياجكم أو احتياج أطفالكم إلى مواصلة العلاج يمكننا أن ننصحكم بخدمات صحية أخرى في حالة موافقتكم على ذلك.

الاشتراك الاختياري

الاشتراك في هذه الدراسة اختياري تماماً. وسيتم التعامل مع بياناتكم وبيانات أطفالكم بالطبع بسرية تامة. ويمكنكم إلغاء موافقتكم في أي وقت دون إبداء أية أسباب دون أن يتسبب ذلك في حدوث أية أضرار على مواصلة العلاج بالنسبة لكم أو لطفلكم.

هل يمكنني إنهاء اشتراكي في المشروع البحثي مبكراً؟

يمكنكم إنهاء اشتراككم الاختياري في الدراسة في أي وقت ودون إبداء أية أسباب دون أن يتسبب ذلك في إلحاق أية أضرار بكم أو بطفلكم. ويستطيع مدير الدراسة أيضاً أن يتخذ قراراً بإلغاء الدراسة بالكامل أو إنهاء اشتراككم فيها مبكراً إذا لزم الأمر (ربما لأسباب طبية).

هل تضمنون سرية بياناتي؟

في إطار الدراسة لا يتم حفظ البيانات التي تم جمعها وتسجيلها إلا باسم مجهول، أي أنها يتم تقييمها علميًا بدون ذكر اسمكم. وبعد توقيعكم بمثابة إقرار منكم بالموافقة على هذا الإجراء.

معلومات أخرى

لقد حصلنا على موافقة إحدى اللجان المستقلة المعنية بالأخلاقيات لإجراء هذه الدراسة. وقد تم تسجيل الدراسة ببيانات المراقبة المختصة. إذا كان لديكم أية أسئلة أو استفسارات يمكنكم الاتصال بنا بكل سرور في أي وقت.

وإذا تبادر إلى ذهنكم أية أسئلة عن موعد الدراسة أو كان لديكم ثمة دواعي قلق تتعلق بالدراسة يرجى الاتصال بالمسئول المختص التالي:

الأخصائية النفسية السيدة سيفال سويكوك

هاتف 08971009392

E mail seval.soykoek@tum.de

السيد الدكتور نيكولاي يونغ

هاتف 08971009105

E mail: nikolai.jung@tum.de

إقرار الموافقة "Einverständniserklärung"

المشارك بالدراسة: _____ رقم المشترك: _____
(الاسم الشخصي، اسم العائلة)

تاريخ الميلاد: _____

أقر بموجبه بموافقتي على الاشتراك في الدراسة المذكورة أعلاه بناءً على المعلومات سالفة الذكر. ومن خلال توقيعي أقر بأنني قرأت مضمون هذه المعلومات وفهمتها. وقد أتيتحت لي الفرصة لطرح الأسئلة وتلقيت عليها إجابات مرضية. أعلم أن اشتراكي في هذا المشروع البحثي اختياري وقد تم إخباري بأنني يمكنني إنهاء اشتراكي في أي وقت دون إبداء أية أسباب دون أن يتسبب ذلك في إلحاق أية أضرار بي أو بطفلي.

سرية البيانات "Datenschutz":

أعلم تمامًا أنه يتعين جمع البيانات الشخصية والنتائج الطبية في هذا المشروع البحثي عني وعن طفلي، كما يتعين حفظها وتقييمها. وسيتم استخدام البيانات الخاصة بصحة طفلي وفقًا للأحكام القانونية، ويستلزم هذا الاستخدام الحصول على إقرار التالي المقدم اختياريًا قبل الاشتراك في المشروع البحثي، أي أنه بدون الموافقة التالية لا يمكنني الاشتراك في المشروع البحثي.

1 - أقر بموافقتي على جمع البيانات الشخصية وخاصة البيانات المتعلقة بصحتي وصحة طفلي في إطار هذا المشروع البحثي وتسجيلها في صورة ورقية وعلى وسائل تخزين بيانات إلكترونية وحفظها باسم مجهول، أي بدون ذكر الاسم وبدون تخصيص البيانات لشخصكم أو شخص طفلكم وإرسال البيانات الشخصية إلى:

(أ) الفريق المعني بالدراسة من أجل التقييم العلمي؛

(ب) جهة المراقبة المختصة (وزارة البيئة والصحة في بافاريا) ولجنة الأخلاقيات لمراجعة الدراسة وتنفيذها وفقًا للوائح ومن أجل تقييم نتائج الدراسة.

2 - البيانات التي تم الحصول عليها من الدراسة يتم تقييمها علميًا باسم مجهول. ويعني ذلك أن نتائج الفحص لا يمكن تخصيصها لبيانات شخصية، حيث أنه سيتم استخدام رموز بدلاً من الأسماء سواء في نماذج التاريخ المرضي أو نماذج الفحص السريري التي يتم استكمالها بمعرفة طبيب الأطفال أو الطبيب النفسي للأطفال أو المعالج النفسي، وذلك لعدم التعرف على هوية المشترك. ولا يمكن الوصول إلى رمز التشفير إلا من قِبَل فريق مركز علاج الرضوض، على أن يتم الأخذ في الاعتبار كافة متطلبات سرية البيانات.

3 - فضلاً عن ذلك أقر بموافقتي على اطلاع ممثل العميل المعتمد والملتزم بالحفاظ على السرية على بياناتي الشخصية المتوفرة لدى الطبيب القائم بالفحص إلى الحد المطلوب لمراجعة الدراسة. ولتنفيذ هذا الإجراء أعفي طبيب الأطفال والطبيب النفسي للأطفال والمعالج النفسي المختصين بحالتي لدى مركز علاج الرضوض من التزام السرية الطبي.

4 - أعلم أن اشتراكي في المشروع البحثي اختياري، وقد تم إخباري بأنني يمكنني إنهاء اشتراكي في أي وقت دون إبداء أية أسباب، دون أن يتسبب ذلك في إلحاق أية أضرار بي أو بطفلي. وعند إلغاء موافقتي على الاشتراك في المشروع البحثي يحق لي المطالبة بحذف كافة بياناتي الشخصية التي تم حفظها حتى ذلك الحين.

5 - أقر بموافقتي على حفظ بياناتي لمدة عامين على الأقل بعد إنهاء المشروع البحثي أو إلغائه طالما أن ذلك لا يتعارض مع أية فترات قانونية أو تشريعية أو تعاقدية لحفظ البيانات.

لقد حصلت على نسخة من هذه المعلومات ومن إقرار الموافقة. وسيظل النص الأصلي لدى الجهة القائمة بالدراسة.

اسم المشترك في البحث بخط واضح

المكان، التاريخ (تملاً بمعرفة المشترك)

توقيع ولي الأمر الأول

اسم ولي الأمر الأول

توقيع ولي الأمر الثاني

اسم ولي الأمر الثاني

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung des
Forschungsteilnehmers eingeholt.

Name des Studienarztes in Druckbuchstaben

Ort, Datum

Unterschrift des Studienarztes

8.1.3 Aufklärungsbogen/Einverständniserklärung Kinder Deutsch



Zuverlässig an Ihrer Seite

Lehrstuhl für Sozialpädiatrie der TU München
Kinderzentrum München GmbH
Lehrstuhlinhaber: Prof. Dr. med. Volker Mall
Heiglhofstraße 63
81377 München
Tel.: 089 71009-233

Studienstelle: Lehrstuhl für Sozialpädiatrie der Technischen Universität München

Prof. Dr. med. Volker Mall
Kinderzentrum München
Heiglhofstraße 63
81377 München

Studienleiter: Herr Dr. med. Nikolai Jung
Heiglhofstraße 63

81377 München
Tel.: (089) 71009 - 105
Email: nikolai.jung@tum.de

Prüfarzt: Herr Dr. med. Nikolai Jung
Heiglhofstraße 63

81377 München
Tel.: (089) 71009 - 105
Email: nikolai.jung@tum.de

Ansprechpartner: Frau Dipl.-Psych. Seval Soykök
Tel.: 089/71009- 392
Email: s.soykoek@tum.de

Studienkoordinator: Frau Dipl.-Psych. Seval Soykök
Tel.: 089/71009- 392
Email: s.soykoek@tum.de

Probandeninformation

Titel des Forschungsvorhabens

„Klassifikation von Gesundheitsproblemen bei Flüchtlingskindern gemäß der Mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik (MBS) in der Sozialpädiatrie und des Multiaxialen Klassifikationssystems (MAS) für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters.“

Liebe/r _____

Wir Ärzte wollen herausfinden, ob Du eventuell Hilfe brauchst und ob Dir eine Therapie helfen könnte gesund und glücklich zu sein. Wir möchten von Dir wissen, ob Du bei dieser Studie, an der auch andere Kinder teilnehmen, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben wie Du, mitmachen möchtest.

Ob Du bei der Studie mitmachen möchtest, kannst Du zusammen mit Deinen Eltern entscheiden. Keiner zwingt Dich zur Teilnahme. Du kannst auch einfach nein sagen.

Du musst nicht gleich entscheiden; lass Dir ruhig einige Tage Zeit, um darüber nachzudenken. Deine Eltern werden sicher die meisten Fragen, die Du hast, beantworten können. Und wir werden wegen dieser Studie auch alles mit Dir besprechen. Du kannst uns auch alle Deine Fragen stellen, wir werden sie Dir gerne beantworten.

Was wird bei der Studie gemacht und was geschieht mit Dir?

Am Anfang müssen wir aufschreiben wie es Dir geht und was du in deiner Heimat und auf dem Weg hierher erlebt hast. Dann würden wir uns gerne mit dir unterhalten, über dein Leben hier. Mit Spielen schauen wir, wie du spielst und deine Finger bewegen kannst. Wir werden uns unterhalten und dir Bilder zeigen, um zu erfahren ob du im Moment traurig oder glücklich bist. Das alles hilft uns Ärzten zu verstehen, wie wir dir besser helfen können.

An dem Tag, an dem wir zu euch kommen und auch Untersuchungen mit anderen Kindern machen, brauchen wir etwa drei Stunden um dich zu untersuchen..

Kann es unangenehm werden oder kann etwas Schlimmes passieren?

Bei der Untersuchung kann nichts Schlimmes passieren und sie tut auch überhaupt nicht weh.

Musst Du bis zum Ende der Studie mitmachen?

Weil Du freiwillig bei der Studie mitmachst, kannst Du auch jederzeit aufhören. Wenn Du das möchtest, musst Du uns keinen Grund nennen.

An wen kannst Du noch Fragen stellen?

Wenn Du weitere Fragen hast, kannst Du Dich gerne an uns wenden. Wir beantworten alle Deine Fragen sehr gerne. Deine Eltern geben Dir die Kontaktadressen oder stellen den Kontakt für Dich mit uns her.

Möchtest Du mitmachen?

Wenn Du bei der Studie mitmachen möchtest, bitten wir Dich, auf diesem Blatt zu unterschreiben. Du sagst uns damit, dass Du an der Studie teilnehmen möchtest und weißt, dass dies freiwillig ist. Du kannst aber auch später zu jeder Zeit sagen, dass Du nicht mehr an der Studie teilnehmen möchtest. Du wirst dadurch auch keine Nachteile haben.

Ich möchte an dieser Studie teilnehmen.

Name des Kindes in Druckbuchstaben

Ort, Datum Unterschrift Kind

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und mich davon überzeugt, dass das Kind die Information über die Studie verstanden hat, keine weiteren Fragen hat und *die Teilnahme nicht ablehnt*.

Name des Studienarztes in Druckbuchstaben

Ort, Datum

Unterschrift des Studienarztes

8.1.4 Aufklärungsbogen/Einverständniserklärung Kinder Arabisch

مركز الأطفال بمدينة ميونخ

أستاذية في الطب الإجتماعي عند الأطفال بجامعة ميونخ التقنية
مركز الأطفال بمدينة ميونخ
الأستاذ البروفسور فولكر مال
شارع هايفلهوف 63
ميونخ 81377
هاتف 08971009233

جهة الدراسة	أستاذية في الطب الإجتماعي عند الأطفال بجامعة ميونخ التقنية الأستاذ البروفسور فولكر مال مركز الأطفال بمدينة ميونخ شارع هايفلهوف 63 ميونخ 81377
مدير الدراسة	السيد الدكتور نيكولاي يونغ شارع هايفلهوف 63 ميونخ 81377 هاتف 08971009105 E mail: nikolai.jung@tum.de
الطبيب الباحث	السيد الدكتور نيكولاي يونغ شارع هايفلهوف 63 ميونخ 81377 هاتف 08971009105 E mail: nikolai.jung@tum.de
للاتصال	الأخصائية النفسية السيدة سيفال سويكوك هاتف 08971009392 E mail s.soykoek@tum.de
منسقة الدراسة	الأخصائية النفسية السيدة سيفال سويكوك هاتف 08971009392 E mail s.soykoek@tum.de

معلومات للمشاركين في الدراسة

عنوان البحث

تصنيف المشاكل الصحية عند أطفال اللاجئين طبقا للتشخيص متعدد الأبعاد في الطب
الإجتماعي عند الأطفال ونظام التصنيف متعدد المحاور للاضطرابات النفسية للأطفال واليافعين

نحن – الأطباء – نود أن نعرف إذا كنت ربما بحاجة إلى المساعدة وإذا كان هناك علاج يمكنه مساعدتك على أن تحيا سعيدًا وبصحة جيدة. ونريد أن نعرف منك إذا كنت ترغب في الاشتراك بهذه الدراسة التي يشترك فيها أيضًا أطفال آخرون مروا بتجارب مشابهة لتجاربك.

ويمكنك أن تقرر مع والديك إذا ما كنت ترغب في الاشتراك في هذه الدراسة. ولن يستطيع أي أحد إرغامك على الاشتراك. فيمكنك ببساطة أن تقول لا أرغب في الاشتراك. لا يتوجب عليك أن تتخذ قرارك الآن، اترك لنفسك عدة أيام للتفكير في الأمر. وسوف يتمكن والداك بكل تأكيد من الإجابة على غالبية الأسئلة التي نتبادر إلى ذهنك. وسوف نتحدث معك أيضًا عن كل شيء بشأن هذه الدراسة. يمكنك أيضًا أن تطرح علينا جميع أسئلتك وستقوم بالرد عليها بكل سرور.

ما الذي سيحدث في هذه الدراسة وما الذي سيحدث لك؟

في البداية يتعين علينا أن نسجل حالتك الآن والتجارب التي مررت بها في وطنك وفي طريقك إلى هنا. ثم سنتجاذب معك أطراف الحديث عن حياتك هنا. ومن خلال اللعب سنرى كيف تلعب وكيف يمكنك تحريك أصابعك.

سنتحدث معًا ونعرض لك بعض الصور لنعرف إذا ما كنت حزينًا أم سعيدًا الآن. كل ذلك سيساعدنا نحن الأطباء على معرفة أفضل وسيلة يمكننا بها مساعدتك. وفي اليوم الذي سنأتي فيه إليك وسنجري فيه أيضًا بعض الفحوصات على أطفال آخرين سنحتاج إلى حوالي ثلاث ساعات لفحصك..

هل من الممكن أن يكون الأمر مزعج أو يحدث أي شيء سيء؟

عند الفحص لا يمكن حدوث أي شيء سيء ولن تشعر بأي ألم على الإطلاق.

هل يتعين عليك الاشتراك في الدراسة حتى نهايتها؟

بما أنك تشارك في الدراسة اختياريًا يمكنك التوقف عن الاشتراك في أي وقت. وعندما ترغب في ذلك لا يتوجب عليك أن تذكر لنا أية أسباب.

من الذي يمكنك أن تطرح عليه أسئلتك؟

إذا كانت لديك أسئلة أخرى يمكنك التواصل معنا. وسنقوم بالرد على كافة أسئلتك بكل سرور. وسيعطيك والداك العناوين المطلوبة للاتصال بنا أو سيتيجان لك الاتصال بنا.

هل ترغب في الاشتراك؟

إذا كنت ترغب في الاشتراك في الدراسة نرجو منك التوقيع على هذه الورقة. فمن خلال التوقيع عليها تؤكد لنا أنك ترغب في الاشتراك وتعلم أن هذا الاشتراك اختياري. يمكنك أيضًا أن تصرح لنا في أي وقت فيما بعد بأنك لم تعد ترغب في الاشتراك في الدراسة. ولن يتسبب ذلك في إلحاق أية أضرار بك.

أرغب في الاشتراك في هذه الدراسة.

اسم الطفل بخط واضح

توقيع الطفل

المكان، التاريخ

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und mich davon überzeugt, dass das Kind die Information über die Studie verstanden hat, keine weiteren Fragen hat und *die Teilnahme nicht ablehnt*.

Name des Studienarztes in Druckbuchstaben

Ort, Datum

Unterschrift des Studienarztes

8.2 Anamnesebögen

8.2.1 Anamnesebogen Übersicht



Datum des Interviews: _____

Interviewer: _____

Anamnesebogen

Familiennummer: _____

Name, Vorname + Code:

Mutter: _____

Vater: _____

Kind 1: _____

Kind 2: _____

Kind 3: _____

Kind 4: _____

Kind 5: _____

Kind 6: _____

Kontakt Daten der Familie

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Ansprechpartner: _____

Telefonnummer Ansprechpartner: _____

Kommentar? _____

Dolmetscher: nein ja Name des Dolmetschers: _____

8.2.2 Anamnesebogen Elternteil anwesend

Identifikationsnr: _____

1. **Anamnese:** Mutter / Vater / Sorgeberechtigter (_____)

I Allgemeines

2. Geschlecht:	Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/>	
3. Geburtsland:	_____	<input type="checkbox"/> k.A.
4. Herkunftsland:	_____	<input type="checkbox"/> k.A.
5. In Deutschland seit:	_____	<input type="checkbox"/> k.A.
6. Staatsangehörigkeit:	_____	<input type="checkbox"/> k.A.

7. Alter:	_____	<input type="checkbox"/> k.A.
8. Geburtsdatum:	_____	<input type="checkbox"/> k.A.
9. Alter bei Einreise nach Deutschland:	_____	<input type="checkbox"/> k.A.
ggf. Kommentar? _____		

10. Konfession:	Christentum <input type="checkbox"/> Islam <input type="checkbox"/> Judentum <input type="checkbox"/> Hinduismus <input type="checkbox"/>	
	Buddhismus <input type="checkbox"/> Konfessionslos <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> _____	k.A. <input type="checkbox"/>

11. Muttersprache:	_____	<input type="checkbox"/> k.A.
12. Familiensprache:	_____	<input type="checkbox"/> k.A.
13. Wie gut schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein:		
Schlecht <input type="checkbox"/>	mäßig <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>
	gut <input type="checkbox"/>	sehr gut <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> k.A.

14. Jahre Schule:	_____	<input type="checkbox"/> k.A.
15. Beruf im Heimatland:	_____	<input type="checkbox"/> k.A.
16. Aktuelle Tätigkeit:	Studium <input type="checkbox"/> Integrationskurs <input type="checkbox"/> Ausbildung <input type="checkbox"/>	
	Arbeitslos/Arbeitsuchend <input type="checkbox"/> Arbeitsverbot <input type="checkbox"/>	
	Beruf <input type="checkbox"/> → 16a) Welcher Beruf: _____	
	<input type="checkbox"/> k.A.	

Sozialer Status

17. Stellen Sie sich bitte eine Leiter mit 10 Sprossen vor, die zeigen soll, wo die Menschen in Ihrer Gemeinschaft stehen. Eine Gemeinschaft kann unterschiedlich definiert werden.

Identifikationsnr: _____

Definieren Sie es für sich so, wie es Ihnen am bedeutsamsten erscheint. Ganz oben stehen die Menschen, die in Ihrer Gemeinschaft das höchste Ansehen haben. Ganz unten stehen mit dem wenigsten Ansehen. Je höher man auf der Leiter steht, desto näher ist man den Personen ganz oben, je niedriger, desto näher den Personen ganz unten.

Wo würden Sie sich momentan auf der Leiter eintragen?

k.A.



18. Stellen Sie sich nun bitte eine Leiter mit 10 Sprossen vor, die zeigen soll, wo die Menschen in Deutschland stehen. Ganz oben stehen die Menschen mit dem meisten Geld, der höchsten Bildung und den besten Jobs. Ganz unten stehen diejenigen mit dem wenigsten Geld, der niedrigsten Bildung und den schlechtesten Jobs oder ohne Job. Je höher man auf der Leiter steht, desto näher ist man den Personen ganz oben, je niedriger, desto näher den Personen ganz unten. Wo würden Sie sich auf der Leiter platzieren? Bitte kreuzen Sie an, auf welcher Sprosse Sie Ihrer Meinung nach in Ihrer aktuellen Lebensphase im Verhältnis zu anderen Menschen in Deutschland stehen.

k.A.



Identifikationsnr: _____

Ressourcen

19. Wie viele soziale Kontakte haben Sie? _____ k.A.
20. Sind sie mit der Anzahl und Art Ihrer sozialen Kontakte zufrieden?
ja nein k.A.
21. Haben Sie Probleme sich in Deutschland zu verständigen? ja nein k.A.
22. Haben Sie das Gefühl, dass sie sozial isoliert sind? ja nein k.A.
23. Haben Sie jemanden, mit dem Sie reden können? ja nein k.A.
24. Fühlen Sie sich diskriminiert? ja nein k.A.
- 24a) Wenn ja, von wem: _____
25. Sind Sie mit der derzeitigen Familiensituation zufrieden? ja nein k.A.

II Aktuelle Versorgung

Soziale und rechtliche Unterstützung/ Unterstützungsbedarf

Unterstützung	gegenwärtig	schon mal	benötigt	nicht erwünscht	nicht bekannt
26. Sozialberatung (Unterbringung / Lebensunterhalt)	<input type="checkbox"/>				
27. Aufenthalts-/asylrechtliche Beratung	<input type="checkbox"/>				
28. Unterstützung in Ausbildungsfragen	<input type="checkbox"/>				
29. bei Suche nach Angehörigen im Herkunftsland	<input type="checkbox"/>				

III Schluss-Fragen

30. Aktueller Lebensunterhalt:
- Asylbewerberleistungsgesetz eigenes Einkommen ALG II Bafög
- Einkommen des Partners Sonstiges k.A.

31. Asylstatus:
- Anerkannt als Asylberechtigter nach § 16 GG Anerkannt nach § 60.1
- Abschiebeschutz aus humanitären Gründen (§ 60.7) Abgelehnt
- Verfahren läuft noch / noch keine Entscheidung nicht bekannt k.A.

32. Aktueller Aufenthaltsstatus:

Identifikationsnr: _____

Einbürgerung <input type="checkbox"/>	Niederlassungserlaubnis <input type="checkbox"/>	Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/>	
Duldung <input type="checkbox"/>	Gestattung <input type="checkbox"/>	nicht bekannt <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>

8.2.3 Anamnesebogen Elternteil abwesend

Identifikationsnr: _____

Interviewer: _____ (Nummer)

Bei Fehlen des zweiten Elternteils: Fremdanamnese durch Elternteil1

Aufenthaltort/Kontakt des zweiten Elternteils

33. Lebt auch in Deutschland (32a seit: _____)

Lebt nicht in Deutschland (32b Kontakt: nein unregelmäßig regelmäßig)

Lebt nicht mehr

k.A.

34. Alter: _____ k.A.

35. Herkunftsland: _____ k.A.

36. Alter bei Einreise: _____ k.A.

37. Konfession: Christentum Islam Judentum Hinduismus Buddhismus

Konfessionslos Sonstiges k.A.

38. Muttersprache: _____ k.A.

39. Einschätzung der Deutschkenntnisse:

Schlecht mäßig mittel gut sehr gut k.A.

40. Jahre Schule: _____ k.A.

41. Beruf im Heimatland: _____ k.A.

42. Aktuelle Tätigkeit: Studium Integrationskurs Ausbildung Arbeitslos /

Arbeitsuchend Arbeitsverbot Beruf k.A.

→ 42a) Welcher Beruf: _____

8.2.4 Anamnesebogen ganze Familie

Identifikationsnr: _____

Interviewer: _____ (Nummer)

Anamnese ganze Familie

I Aktuelle Lebenssituation

62. Aktuelle Wohnform / Unterbringung:

Jugendhilfeeinrichtung Flüchtlingswohnheim Privatwohnung k.A.

62a) Evtl. frühere Unterbringung: _____

63. Wenn Flüchtlingswohnheim, welches: _____

64. Stellen Sie sich vor, die Leiter stellt alle Menschen in der Gemeinschaft dar, von der Sie vor Ihrer Flucht ein Teil waren. Eine Gemeinschaft kann unterschiedlich definiert werden. Definieren Sie es für sich so, wie es Ihnen am bedeutsamsten erscheint. Ganz oben sind die Menschen, die in Ihrer Gemeinschaft das höchste Ansehen hatten. Ganz unten sind die Menschen, die in Ihrer Gemeinschaft das wenigste Ansehen hatten.

Wo würden Sie sich vor der Flucht in Ihrer Gemeinschaft auf der Leiter eintragen?

k.A.



Identifikationsnr: _____

65. Stellen Sie sich nun vor, die Leiter repräsentiert alle Menschen in Ihrem Heimatland. Ganz oben stehen die Menschen mit dem meisten Geld, der höchsten Bildung und den besten Jobs. Ganz unten stehen diejenigen mit dem wenigsten Geld, der niedrigsten Bildung und den schlechtesten Jobs oder ohne Job. Je höher man auf der Leiter steht, desto näher ist man den Personen ganz oben, je niedriger, desto näher den Personen ganz unten. Wo würden Sie sich vor der Flucht platzieren, verglichen mit allen Menschen in Heimatland?

k.A.



350. Lebenssituation im Herkunftsland (Antwortmöglichkeiten vorlesen)

- Unterschicht untere Mittelschicht obere Mittelschicht Oberschicht
 Sonstige:

352. Soziale Probleme: ja nein

353. Wenn ja bei: (Antwortmöglichkeiten vorlesen)

- Wohnsituation Partnerschaftsleben Finanzen/Geldnot Krankheit
 Alkohol/Drogen
 Sonstiges:

8.2.5 Anamnesebogen Kind

Identifikationsnr: _____

Interviewer: _____ (Nummer)

Anamnese Kind: _____

I Allgemeines

43. Geschlecht: Männlich Weiblich

44. Kind in Deutschland geboren? Ja nein k.A.

45. Geburtsland: _____ k.A.

46. In Deutschland seit: _____ k.A.

47. aktuelles Alter: _____ k.A.

48. Geburtsdatum: _____ k.A.

49. Alter bei Einreise: _____ k.A.

50. Altersänderung durch deutsche Behörden? nein ja , _____ k.A.

51. Konfession:

Christentum Islam Judentum Hinduismus Buddhismus Konfessionslos

Sonstiges _____ k.A.

52. Muttersprache: _____ k.A.

53. 1. Fremdsprache: _____ Grundkenntnisse gut fließend

k.A.

54. Einschätzung der Deutschkenntnisse:

Schlecht mäßig mittel gut sehr gut k.A.

55. Schularart: Kinderkrippe Kindergarten Grundschule Hauptschule

Realschule Gymnasium Förderschule k.A.

56. Klasse: _____ k.A.

Ressourcen

57. Hat Ihr Kind viele Freunde außerhalb der Familie? ja nein k.A.

58. Denken Sie, dass Ihr Kind gut in das Leben in Deutschland integriert ist?

ja nein k.A.

Identifikationsnr: _____

59. Hat Ihr Kind jemanden zum Spielen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------

II Fragen zum Schluss

60. Asylstatus:	
Anerkannt als Asylberechtigter nach § 16 GG <input type="checkbox"/>	Anerkannt nach § 60.1 <input type="checkbox"/>
Abschiebeschutz aus humanitären Gründen (§ 60.7) <input type="checkbox"/>	Abgelehnt <input type="checkbox"/>
Verfahren läuft noch / noch keine Entscheidung <input type="checkbox"/>	nicht bekannt <input type="checkbox"/> k.A. <input type="checkbox"/>

61. Aktueller Aufenthaltsstatus:			
Einbürgerung <input type="checkbox"/>	Niederlassungserlaubnis <input type="checkbox"/>	Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/>	
Duldung <input type="checkbox"/>	Gestattung <input type="checkbox"/>	nicht bekannt <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>

8.2.6. Anamnesebogen medizinische Untersuchung

8.2.6.1 Anamnesebogen medizinische Untersuchung Elternteil I

Identifikationsnr: _____

Medizinische Anamnese

66. **Elternteil 1** (_____) **Datum:** _____

Aktueller Gesundheitszustand:

67. **Aktuelle Beschwerden:** ja nein

wenn Ja, genaue Beschreibung der genannten Beschwerden, Tageszeitliche Schwankungen,
Umgang mit den genannten Beschwerden:

68. **Allgemeine Symptome:**

- Gewichtsverlust Appetitlosigkeit Fieber
 Schwitzen

69. **Kardiologische Symptome:**

- Unregelmäßige Herzklopfen Herzstechen Rasche Ermüdung
 Schmerzen im Brustkorb Atemnot unter Belastung

70. **Pneumologische Symptome:**

- Husten Asthma Allergie

71. **Gastrologische Symptome:**

- Übelkeit Sodbrennen Magenschmerzen
 Verdauungsstörungen Enkopresis

Identifikationsnr: _____

72. Urologische Symptome:

- Vermehrter Harndrange Schmerzen beim Wasserlassen
 Nierenschmerzen Erschwertes Wasserlassen

73. Bewegungsapparat:

- Gelenkentzündung Rückenschmerzen Nackenschmerzen

74. Neurologische Symptome:

- Kopfschmerzen Schwindel
 Konzentrationsstörungen Gedächtnisstörungen

75. Schlafprobleme:

- Einschlafstörungen Durchschlafstörungen
 Ausschlafstörung Alpträume

76. Bisherige Diagnosen:

77. Medikamente: ja nein

77a) Dauermedikamente: _____

77c) Bedarfsmedikamente: _____

78. Klinikaufenthalte in Deutschland: ja nein

78a) wenn Ja: wann: _____

78b) wie lange: _____

78c) warum: _____

Gesundheitszustand vor der Flucht

79. Vorerkrankung vor der Flucht: ja nein

79a) wenn ja, welche: _____

80. Medizinische Behandlungen vor der Flucht: ja nein

80a) wenn ja, welche: _____

81. Klinikaufenthalte vor der Flucht: ja nein

81a) wenn Ja: wann: _____

81b) wie lange: _____

81c) warum: _____

8.2.6.2 Anamnesebogen medizinische Untersuchung Elternteil II

Identifikationsnr: _____

Medizinische Anamnese

82. **Elternteil 2 (_____) Datum:**

Aktueller Gesundheitszustand:

83. **Aktuelle Beschwerden:** ja nein

wenn Ja, genaue Beschreibung der genannten Beschwerden, Tageszeitliche Schwankungen,
Umgang mit den genannten Beschwerden:

84. Allgemeine Symptome:

- | | | |
|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Fieber |
| <input type="checkbox"/> Schwitzen | | |

85. Kardiologische Symptome:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Unregelmäßige Herzklopfen | <input type="checkbox"/> Herzstechen | <input type="checkbox"/> Rasche Ermüdung |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen im Brustkorb | <input type="checkbox"/> Atemnot unter Belastung | |

86. Pneumologische Symptome:

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Allergie |
|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|

87. Gastrologische Symptome:

- | | | |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Magenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen | <input type="checkbox"/> Enkoprisis | |

Identifikationsnr: _____

88. Urologische Symptome:

- Vermehrter Harndrange Schmerzen beim Wasserlassen
 Nierenschmerzen Erschwertes Wasserlassen

89. Bewegungsapparat:

- Gelenkentzündung Rückenschmerzen Nackenschmerzen

90. Neurologische Symptome:

- Kopfschmerzen Schwindel
 Konzentrationsstörungen Gedächtnisstörungen

91. Schlafprobleme:

- Einschlafstörungen Durchschlafstörungen
 Ausschlafstörung Alpträume

92. Bisherige Diagnosen:

93. Medikamente: ja nein

93a) Dauermedikamente: _____

93c) Bedarfsmedikamente: _____

94. Klinikaufenthalte in Deutschland: ja nein

94a) wenn Ja: wann: _____

94b) wie lange: _____

94c) warum: _____

Gesundheitszustand vor der Flucht

95. Vorerkrankung vor der Flucht: ja nein

95a) wenn ja, welche: _____

96. Medizinische Behandlungen vor der Flucht: ja nein

96a) wenn ja, welche: _____

97. Klinikaufenthalte vor der Flucht: ja nein

97a) wenn Ja: wann: _____

97b) wie lange: _____

97c) warum: _____

8.2.6.3 Anamnesebogen medizinische Untersuchung Kind

Identifikationsnr: _____

Kind (_____) Datum: _____ Geburtsdatum: _____

Anamnese:

98. Aktuelle Beschwerden: ja nein

99. Bisherige Diagnosen: ja nein

99a) wenn ja, welche: _____

100. Medizinische Behandlungen: ja nein

100a) wenn ja, welche: _____

101. Klinikaufenthalte in Deutschland: ja nein

101a) wenn ja, von - bis _____ Grund: _____

101b) von - bis _____ Grund: _____

102. Medikamente: ja nein

102a) Dauermedikamente:

102b) Bedarfsmedikamente:

103. Kinderarzt: _____

Krankenversicherung: _____

Identifikationsnr: _____

Gesundheitszustand vor der Flucht:

104. **Diagnosen vor der Flucht:** ja nein

105. wenn ja, welche

106. **Medizinische Behandlungen vor der Flucht:** ja nein

107. wenn ja, welche

108. **Klinikaufenthalte vor der Flucht:** ja nein

109. wenn ja von - bis _____

110. Grund: _____

111. **Kinderkrippe/-garten/Schule:** ab ____ Monaten/Jahren

112. Aktuell: Kindergarten: Regeleinrichtung Integrationsplatz HPT

112a) Schule: Hauptschule Realschule Gymnasium

112b) Klasse: _____

113. **Leistung in der Schule:**

sehr gut gut Durchschnitt Unterdurchschnitt

114. **Noten:**

114a) Deutsch/Muttersprache: _____

114b) Mathematik: _____

115. **Probleme in der Einrichtung:** ja nein

Trennungsprobleme Interaktionsprobleme

mit Betreuern mit Gleichaltrigen

116. **Sport (Art):**

117. Wie oft:

Schlafen

118. Schlafen von ____ bis ____ Uhr

119. Nachmittagsschlaf von ____ bis ____ Uhr

120. unauffällig auffällig

Identifikationsnr: _____

132c) wenn kindliche Gründe, welche: _____

133. Komplikationen: ja nein

133a) wenn ja, mütterlicherseits auf Kinderseite

133b) wenn mütterlicherseits, welche: _____

133c) wenn auf Kinderseite, welche: _____

134. Körpergewicht: _____ KA

135. Körperlänge: _____ KA

136. Kopfumfang: _____ KA

Neugeborensanamnese

137. APGAR: ____-____-____ KA

138. NS-pH: _____ KA

139. Aufenthalt im Krankenhaus: ja nein

140. wenn ja: Dauer: _____

141. Grund: _____

Sauerstoffbedarf, Beatmungsgerät, Ikterus neonatorum

Frühe psychomotorische Entwicklung

142. Entwicklung d. Motorik: unauffällig auffällig

143. Freies Sitzen mit _____ Monaten

144. freies Laufen mit _____ Monaten / _____ Jahren

145. Entwicklung der Sprache: unauffällig auffällig

146. erste Worte mit _____ Monaten/Jahren

147. 2-Wort-Sätze mit _____ Jahren

148. 3-Wort-Sätze mit _____ Jahren

149. Familiensprache: unauffällig auffällig

150a) wenn auffällig, wo: Wortschatz/Findungslücken Dysgrammatismus
 Artikulationsprobleme Verständnisprobleme

151. Spielverhalten/ mit den anderen Kindern: unauffällig auffällig

Sauberkeitsentwicklung

Identifikationsnr: _____

152. Windelfrei:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
153. Am Tag:	ab _____ Monaten/Jahren	
154. In der Nacht:	ab _____ Monaten/Jahren	
155. Einnässen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> tagsüber	<input type="checkbox"/> nachts
156.	___ mal pro	<input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> Jahr
157. Einkoten:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> tagsüber	<input type="checkbox"/> nachts
158.	___ mal pro	<input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> Jahr

<u>Ernährung/Essen</u>			
159. gestillt bis	_____ Monate/Jahre		
160. Breikost ab	_____ Monaten/Jahren		
161. Zähne mit	_____ Monaten/Jahren		
162. Essenprobleme:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
162a) wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/> Kauprobleme	<input type="checkbox"/> Speichellaufen	<input type="checkbox"/> Schluckprobleme

<u>Hören</u>			
163. gutes Hörvermögen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
164. Hörtest durchgeführt:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

<u>Vorsorgeuntersuchungen:</u>			
165. Vorsorge durchgeführt:	<input type="checkbox"/> Zahnarzt	<input type="checkbox"/> Hörtest	<input type="checkbox"/> Sehtest <input type="checkbox"/> Hüftultraschal
166. Vorsorge nicht durchgeführt:	<input type="checkbox"/> Zahnarzt	<input type="checkbox"/> Hörtest	<input type="checkbox"/> Sehtest <input type="checkbox"/> Hüftultraschal
167. wenn durchgeführt:	<input type="checkbox"/> Altersentsprechend	<input type="checkbox"/> Auffälligkeiten	
167a) wenn auffällig, was:	_____		

168. Impfschutz gemäß STIKO (siehe Anhang):			
<input type="checkbox"/> fehlend	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> altersentsprechend erfolgt	
<u>Bisherige Therapien:</u>			

Identifikationsnr: _____

169. Ergotherapie:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
170. Logopädie:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
171. Physiotherapie:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
172. Frühförderung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
173. Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
175. Pflegegeld:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
176. Behindertenausweis:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Somatischer Befund:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig
177. KG: _____ kg (P _____)		
178. KL: _____ cm (P _____)		
179. KU: _____ cm (P _____)		
180. BMI: _____(P _____)		
181. RR:		
182. <input type="checkbox"/> Dysmorphiezeichen:		
183. <input type="checkbox"/> Haut:		
184. <input type="checkbox"/> Cor:		
185. <input type="checkbox"/> Pulmo:		
186. <input type="checkbox"/> Abdomen:		
187. <input type="checkbox"/> Lymphknoten:		
188. <input type="checkbox"/> Wirbelsäulendeformität:		
189. <input type="checkbox"/> Beckenstand:		
190. <input type="checkbox"/> Ohren:		
191. <input type="checkbox"/> Zähne:		
192. <input type="checkbox"/> Genitale:		
Neurologische Untersuchung		
Verhaltenszustand:		
193. <input type="checkbox"/> altersgemäß unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	
194. <input type="checkbox"/> wach	<input type="checkbox"/> aggressiv	<input type="checkbox"/> distanzlos <input type="checkbox"/> aufmerksam
<input type="checkbox"/> oppositionell / verweigernd	<input type="checkbox"/> kooperativ	<input type="checkbox"/> schüchtern / ängstlich
195. <input type="checkbox"/> visueller Kontakt möglich	<input type="checkbox"/> kein altersentsprechender visueller Kontakt	

Identifikationsnr: _____

196. sprachlicher Kontakt möglich kein altersentsprechender sprachl. Kontakt

Hirnnerven

Visuelles System:

197. Pupillen bds. rund Pupillendifferenz

198. konstanter Blickkontakt fehlender konstanter Blickkontakt

199. Blickfolgebewegung unauffällig Strab. Con. Re, li / Strab. Div. Re, li / Nystagmus

200. gezieltes Umherschauen fehlendes gezieltes Umherschauen

201. Lichtreaktion fehlende Lichtreaktion

Auditives System:

202. promptte akustische Orientierung fehlt / verzögert / fraglich

Mimik, Mund, Schlucken:

203. Mimik variabel, symmetrisch invariabel / asymmetrisch

204. Mund in Ruhe geschlossen Mund meist offen, Speichelfluss vermehrt

205. Zunge frei beweglich, mittig eingeschränkt beweglich, asym.

Sprechen, Artikulation:

206. fließend stockend, stotternd

207. klare Artikulation verwaschene Artikulation

208. altersgemäßes Sprachverständnis fehlt / unvollständig

209. altersgemäßer sprachlicher Ausdruck fehlt / unvollständig

210. korrekte grammatikalische Sätze Dysgrammatismus

Motorik

Spontane Haltung:

211. Kopf: stabil, mittig instabil / Asymmetrie

212. Rumpf: stabil, sym. instabil / schlaff / asym.

213. Arme: lockere sym. Position schlaff re, li / Flexion re, li / Streckung re, li

214. Beine: lockere sym. Position schlaff re, li / Flexion re, li / Streckung re, li

215. Hände: offen, Finger locker gebeugt

gefaustet re, li / vermehrt überstreckt re, li

Muskeltonus

Identifikationsnr: _____

216. lockere freie Beweglichkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
217. Mukeltonus	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig
Hypertonie/Hypotonie/ Tonuswechsel		
Gangbild		
218. <input type="checkbox"/> Gang locker, sym.	<input type="checkbox"/> Gang steif, asym.	
218 a) wenn auffällig, was:	_____	
219. Zehenspitzenengang	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> auffällig
220a) wenn auffällig, was:	_____	
221. Hackengang	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> auffällig
222a) wenn auffällig, was:	_____	
223. Hüpfen:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> auffällig
224. Einbeinhüpfen:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> auffällig
225. Rennen:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> auffällig
226. Treppensteigen:	<input type="checkbox"/> im Wechselschritt aufwärts	
	<input type="checkbox"/> im Wechselschritt auf- und abwärts	
227. Treppensteigen, Halt:	<input type="checkbox"/> ohne Halt möglich	<input type="checkbox"/> nur mit Halt möglich
MER:		
228. PSR:	<input type="checkbox"/> seitengleich prompt	<input type="checkbox"/> fehlt re, li / schwach re, li / gesteigert re, li
229. ASR:	<input type="checkbox"/> seitengleich: symm.	<input type="checkbox"/> fehlt re, li / schwach re, li / gesteigert re, li
230. Babinski:	<input type="checkbox"/> fehlt bds. <input type="checkbox"/> sicher / fraglich positiv re, li	
Kraft:		
231. Hinsetzen aus der Rückenlage:	<input type="checkbox"/> mit Halt	<input type="checkbox"/> ohne Halt
232. Aufstehen vom Boden:	<input type="checkbox"/> mit Halt	<input type="checkbox"/> ohne Halt
233. Muskelkraft	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> auffällig
Nackenmuskelbeuger:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> auffällig
Oberen Extremitäten:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> auffällig
Unteren Extremitäten	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> auffällig

Identifikationsnr: _____

Sensibilität:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> auffällig		
234. wenn auffällig, welche, Berührungsempfinden, Schmerzempfinden, Vibrationsempfinden an oberen Extremitäten, Vibrationsempfinden an unteren Extremitäten, Temperaturempfinden:				
Koordination:				
235. Romberg:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig		
236. Seiltänzerang, vor und rückwärts	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig		
237. Einbeinstand	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig		
238. FNV:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig		
239. FFV:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig		
240. Eudiadochokinese:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig		
241. Händigkeit:	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links		
Feinmotorik:				
242. Stifthaltung:	<input type="checkbox"/> im 3-Punktgriff	<input type="checkbox"/> 4-Punktgriff	<input type="checkbox"/> Faustgriff	
243. Malen:	<input type="checkbox"/> Kreuz	<input type="checkbox"/> Kreis	<input type="checkbox"/> Dreieck	<input type="checkbox"/> Viereck
244. Schreiben:				
245. Zeichnen:				
242. Verdacht Diagnose:				
Empfehlungen:				

Identifikationsnr: _____

243.

244.

245.

Identifikationsnr: _____

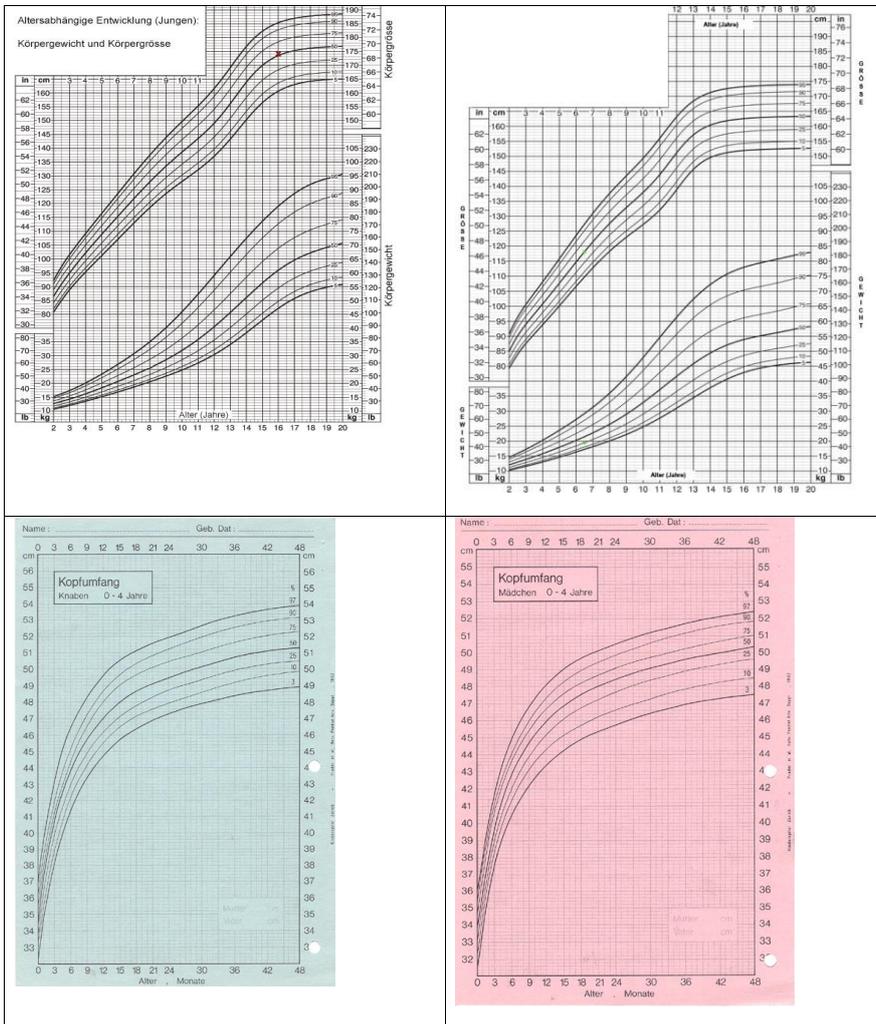
Anhang:

Impfung:

Impfung/Alter	Alter in Monaten						Alter in Jahren			
	Geburt	2	3	4	11-14	15-23	5-6	9-11	12-17	Ab 18
Tetanus		1	2	3	4	Ü	A	A		A
Diphtherie		1	2	3	4	Ü	A	A		A
Keuchhusten		1	2	3	4	Ü	A	A		A
HiB		1	2	3	4	Ü				
Polio		1	2	3	4	Ü		A		
HB	P	1	2	3	4	Ü		G		
Pneumokokken		1	2	3	4	Ü				S
Meningokokken				Ab 12 Monaten						
MMR				1	2					
Windpocken				1	2					
Grippe										S
Humane Papillomaviren								SM		

Identifikationsnr: _____

Perzentile:

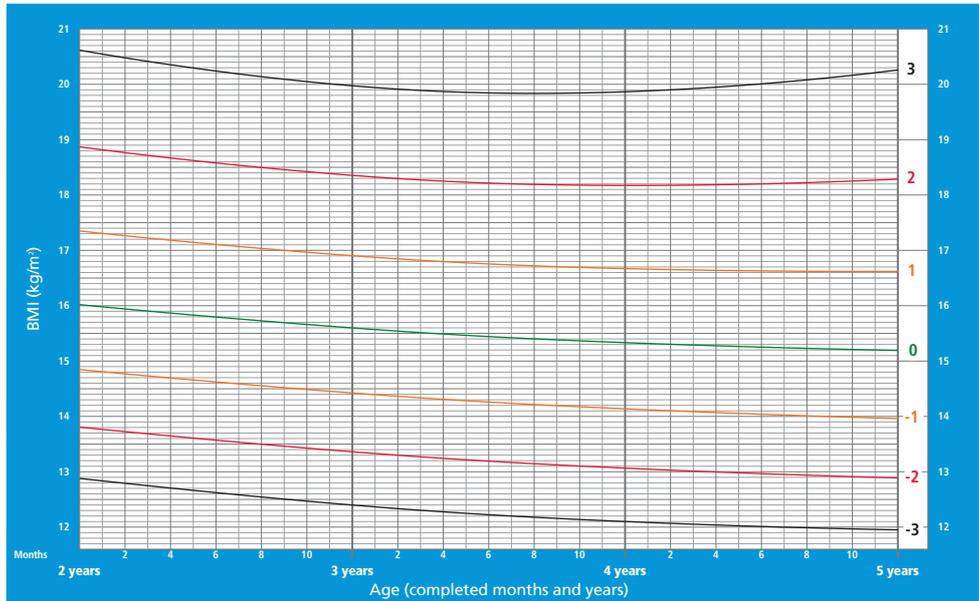


8.3 WHO Standardwachstumskurven für Kinder

8.3.1 WHO BMI Z-Scores und Perzentilen 2-5, 5-19 Jahre

BMI-for-age BOYS

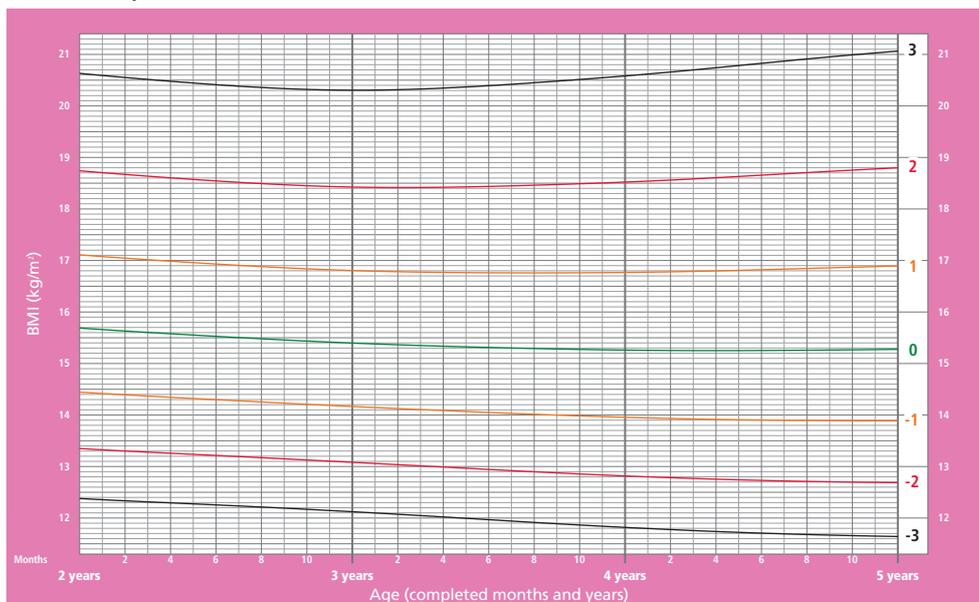
2 to 5 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards

BMI-for-age GIRLS

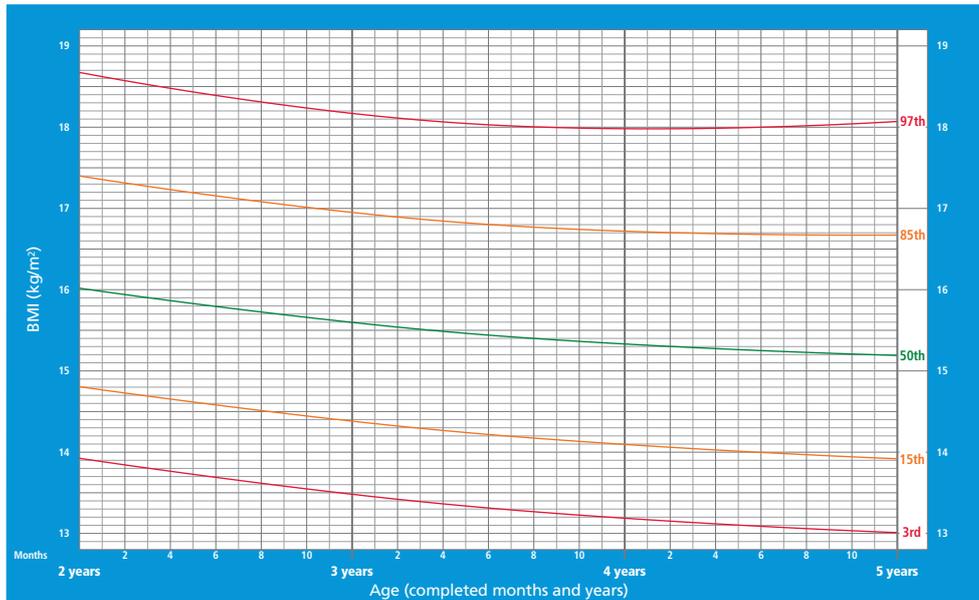
2 to 5 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards

BMI-for-age BOYS

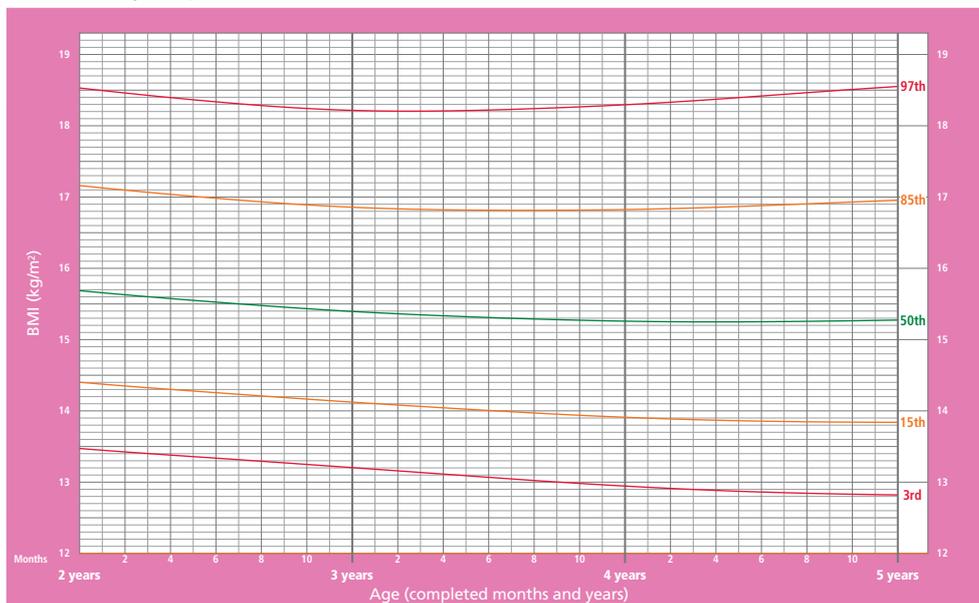
2 to 5 years (percentiles)



WHO Child Growth Standards

BMI-for-age GIRLS

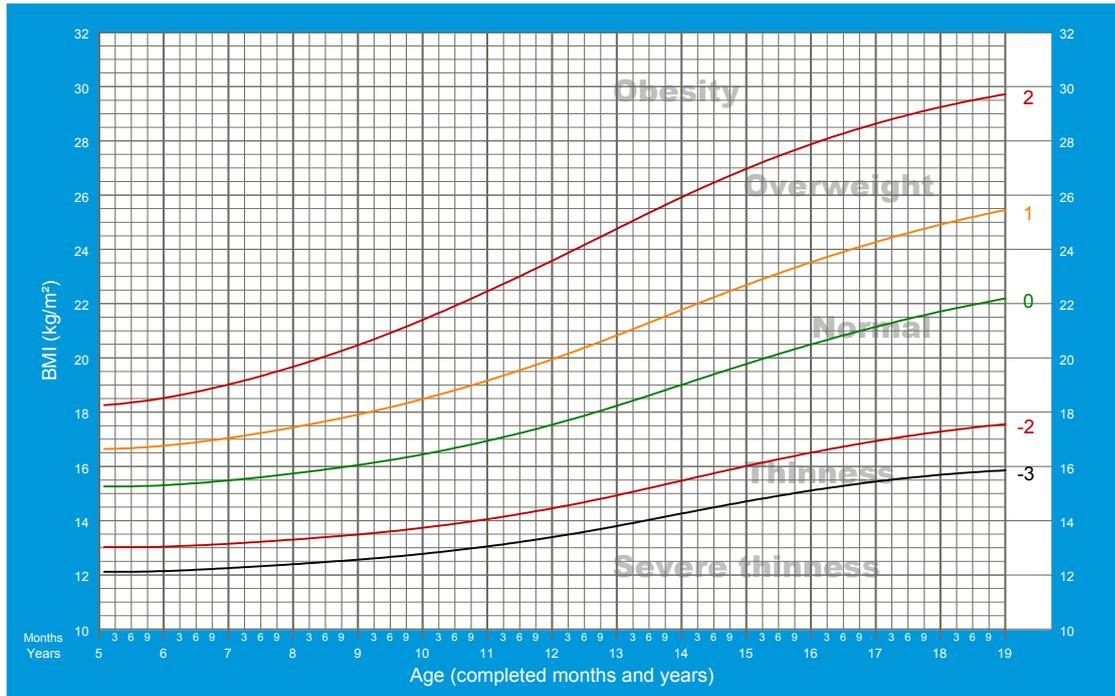
2 to 5 years (percentiles)



WHO Child Growth Standards

BMI-for-age BOYS

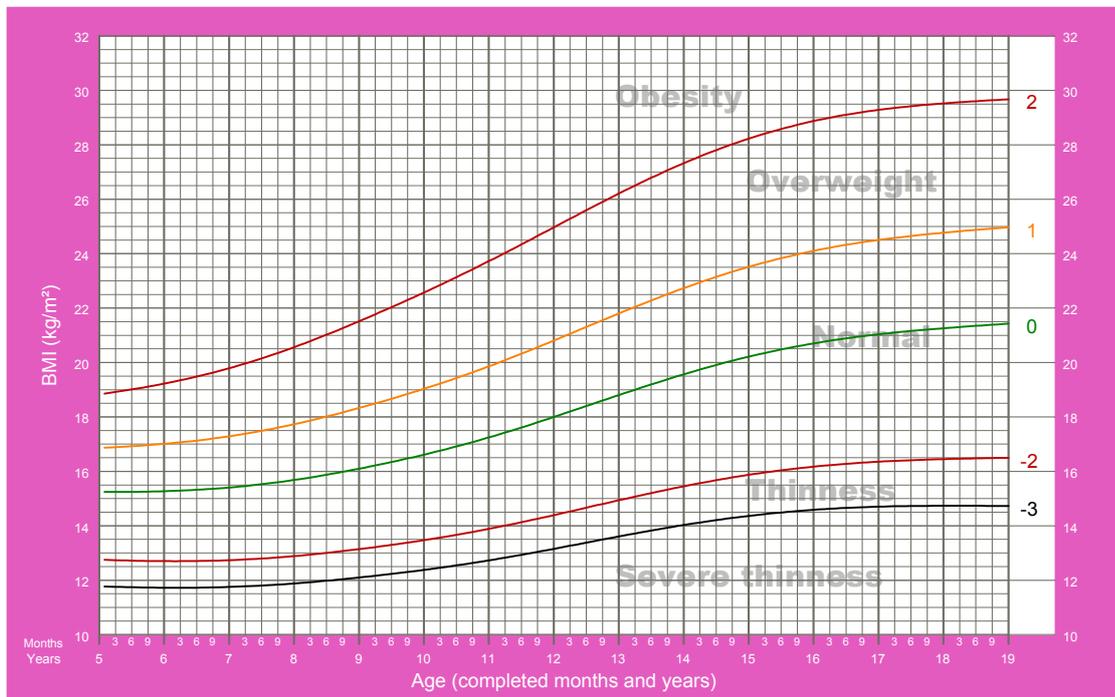
5 to 19 years (z-scores)



2007 WHO Reference

BMI-for-age GIRLS

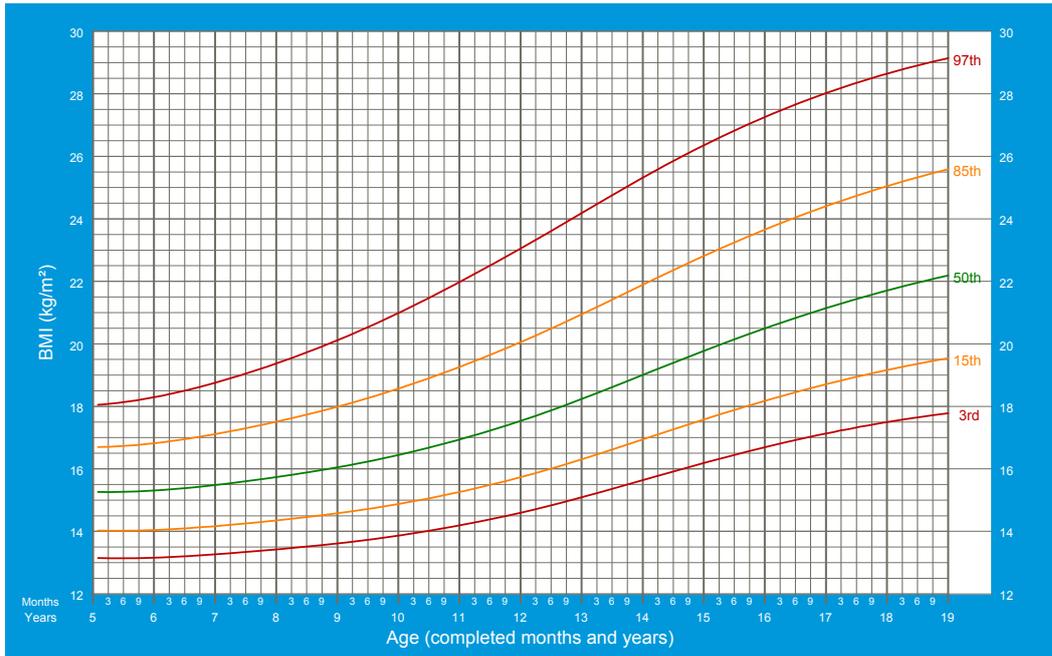
5 to 19 years (z-scores)



2007 WHO Reference

BMI-for-age BOYS

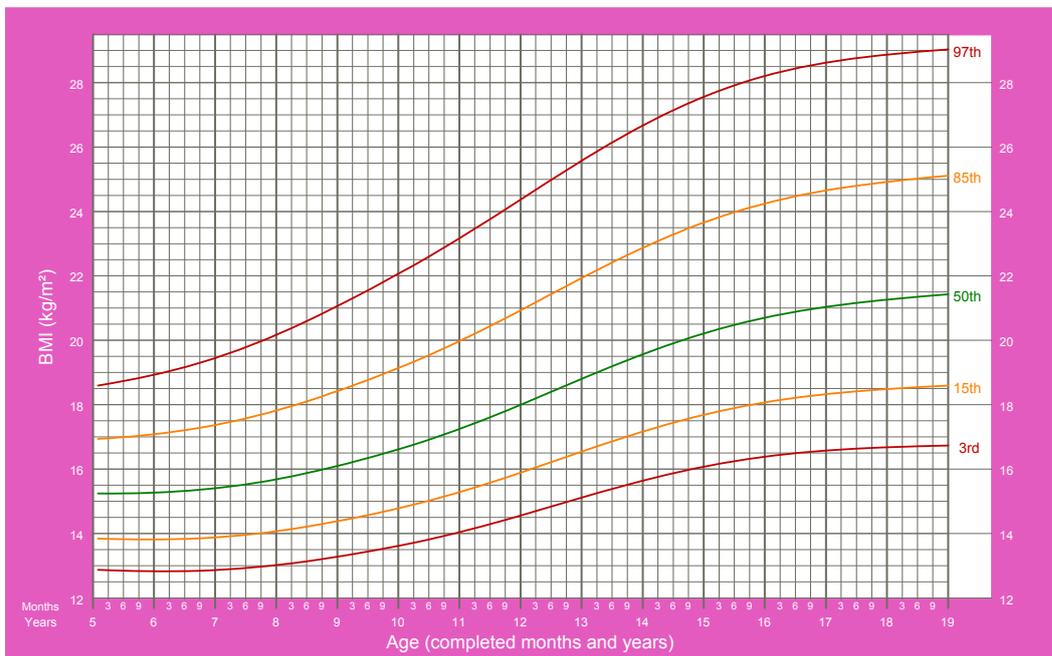
5 to 19 years (percentiles)



2007 WHO Reference

BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (percentiles)



2007 WHO Reference

9. Literaturverzeichnis

- (1.) United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (1951) Genfer Flüchtlingskonvention, Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28. Juli 1951, Protokoll über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 31. Januar 1967. available from: http://www.unhcr.de/fileadmin/user_upload/dokumente/03_profil_begriffe/genfer_fluechtlingskonvention/Genfer_Fluechtlingskonvention_und_New_Yorker_Protokoll.pdf Access Date: 20.07.2016
- (2.) United Nations (1951/1967) The 1951 Convention relating to the Status of Refugees and its 1967 protocol. available from: <http://www.unhcr.org/about-us/background/4ec262df9/1951-convention-relating-status-refugees-its-1967-protocol.html> Access Date: 09.08.2016
- (3.) United Nations High Commissioner for Refugees, UNHCR (2016) Genfer Flüchtlingskonvention. available from: <http://www.unhcr.de/questions-und-answers/fluechtlingskonvention.html>, <http://www.unhcr.de/mandat/genfer-fluechtlingskonvention.html> Access Date: 09.08.2016
- (4.) United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2016) Global Trends, forced displacement in 2015. available from: <http://www.unhcr.de/service/zahlen-und-statistiken.html> Access Date: 20.07.2016
- (5.) United Nations Childrens Emergency Fund (UNICEF) (2016) Lagebericht zur Situation der Flüchtlingskinder in Deutschland. available from: <https://www.unicef.de/blob/115186/de54a5d3a8b6ea03337b489816eeaa08/zur-situation-der-fluechtlingskinder-in-deutschland-data.pdf> Access Date: 09.08.2016
- (6.) United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2015) Global Trends, Forced Displacement in 2014. available from: <http://www.unhcr.de/service/zahlen-und-statistiken.html> Access Date: 20.11.2015
- (7.) United Nations High Commissioner for Refugees UNHCR (2016) Source for sea arrivals: UNHCR Information Portal: Refugees/Migrants Emergency Response-Mediterranean. available from: <http://data.unhcr.org/mediterranean/regional.php> Access Date: 20.07.2016
- (8.) Europäische Kommission (2014) Das Gemeinsame Europäische Asylsystem available from: https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/e.../ceas_factsheet_de.pdf Access Date: 29.08.2016

- (9.) Hirsland K (2015) Flucht und Asyl: Aktuelle Zahlen und Entwicklungen - Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ). available from: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Presse/2015-06-26-Hirsland-zahlen-entwicklung-asyl-apuz.pdf?__blob=publicationFile
Access Date: 22.02.2016
- (10.) Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Migration (2015) Fakten zu Asylpolitik. available from: <http://www.svr-migration.de/publikationen/fakten-zur-asylpolitik/> Access Date: 02.08.2016
- (11.) Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2015) Das deutsche Asylverfahren - ausführlich erklärt, Zuständigkeiten, Verfahren, Statistiken, Rechtsfolgen. available from: https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/das-deutsche-asylverfahren.pdf?__blob=publicationFile Access Date: 04.03.2016
- (12.) Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2015) Aktuelle Zahlen zu Asyl available from: <http://www.bamf.de/DE/Infothek/Statistiken/Asylzahlen/asylzahlen-node.html>
Access Date: 20.07.2016
- (13.) Burkhard Peters (2014) Übersicht über die möglichen rechtlichen Aufenthaltsarten für Flüchtlinge in Deutschland. available from: <https://www.frsh.de/fileadmin/pdf/.../UebersichtAufenthaltsarten2014.pdf>
Access Date: 05.08.2018
- (14.) Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2010) Europäische und nationale Formen der Schutzgewährung in Deutschland Studie II: 2009 im Rahmen des Europäischen Migrationsnetzwerks (EMN). available from: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/EMN/Studien/wp30-emn-schutzgewaehrung.pdf?__blob=publicationFile Access Date: 02.03.2016
- (15.) Pillay N (2008) Right to health and the Universal Declaration of Human Rights. Lancet 372(9655):2005-6
- (16.) Vereinte Nationen (1948) Resolution der Generalversammlung 217 A (III). Allgemeine Erklärung der Menschenrechte available from: <http://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf> Access Date: 25.07.2016
- (17.) Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) (1949) Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl.I S.2438) geändert worden ist. available from: <https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/gg/gesamt.pdf> Access Date: 25.07.2016

- (18.) Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (1871) Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), das durch Artikel 16 des Gesetzes vom 18. Juli 2016 (BGBl. I S. 1679) geändert worden ist. available from: <https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/stgb/gesamt.pdf> Access Date: 25.07.2016
- (19.) Lange B, Stete K, Bozorgmehr K, Camp J, Kranzer K, Kern W, et al. (2016) Gesundheitsversorgung geflüchteter Menschen. Deutsche Medizinische Wochenschrift 141(11):772-6
- (20.) Bozorgmehr K, Nöst S, Thaiss HM, Razum O (2016) Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden, Bundesweite Bestandsaufnahme über die Gesundheitsämter. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 59(5):545-55
- (21.) Szecsenyi J (2016) Gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden - Versorgungsforschung Aktuell, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitäts Klinikum Heidelberg. available from: <https://www.versorgungsforschung-aktuell.de/downloads/.../Ausgabe02-2016.pdf> Access Date: 05.08.2018
- (22.) Leopoldina, Deutsche Akademie der Technikwissenschaften (acatech), Union der deutschen Akademien der Wissenschaften (2015) Zur Gesundheit von Asylsuchenden. available from: http://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2015_Gesundheit_Asylsuchende_01.pdf Access Date: 27.07.2016
- (23.) Schneider C, Mohsenpour A, Joos S, Bozorgmehr K (2014) Health status of and health-care provision to asylum seekers in Germany: protocol for a systematic review and evidence mapping of empirical studies. Systematic Reviews 3(1):139
- (24.) Razum O, Bunte A, Gilsdorf A, Ziese T, Bozorgmehr K (2016) Gesundheitsversorgung von Geflüchteten: Zu gesicherten Daten kommen. Dtsch Arztebl International 113(4):130-4
- (25.) Razum O, Saß A-C (2015) Migration und Gesundheit: Interkulturelle Öffnung bleibt eine Herausforderung. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 58(6):513-4
- (26.) Norredam M, Mygind A, Krasnik A (2006) Access to health care for asylum seekers in the European Union - a comparative study of country policies. European journal of public health 16(3):286-90
- (27.) Liedtke M (2002) National welfare and asylum in Germany. Critical Social Policy 22(3):479-97

- (28.) Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) (1993) Asylbewerberleistungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. August 1997 (BGBl. I S. 2022), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 11. März 2016 (BGBl. I S. 390) geändert worden ist. available from:
<http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/asylblg/gesamt.pdf>
<http://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/> Access Date: 01.03.2016
- (29.) Sothmann P, auf der Günne NS, Addo M, Lohse A, Schmiedel S (2016) Medizinische Versorgung von Flüchtlingen. Dtsch med Wochenschr 141(01):34-7
- (30.) Eichenhofer E (2013) Gesundheitsleistungen für Flüchtlinge. Zeitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik 33 (5-6):169–175
- (31.) Bozorgmehr K, Razum O (2015) Effect of restricting access to health care on health expenditures among asylum-seekers and refugees: a quasi-experimental study in Germany, 1994–2013. PLoS ONE 10(7):1-22
- (32.) Ärzte der Welt e.V. (2015) Inlandsprojekte Gesundheitsversorgung fuer alle. available from:
http://www.aerztederwelt.org/fileadmin/pdf/Publikationen/ADW_Inlandsprojekte_Gesundheitsversorgung_fuer_alle.pdf Access Date: 25.07.2016
- (33.) Bozorgmehr K, Schneider C, Joos S (2015) Equity in access to health care among asylum seekers in Germany: evidence from an exploratory population-based cross-sectional study. BMC Health Services Research 15(1):1-12
- (34.) World Health Organization (WHO) (2006) Constitution of the World Health Organization. available from:
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf Access Date: 23.07.2016
- (35.) United Nations (UN), Office Of The High Commissioner (1966) International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. available from:
<http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cescr.pdf>
<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx> Access Date: 01.03.2016
- (36.) World Health Organization (WHO) (2016) Health Impact Assessment (HIA), Glossary of terms used, Health inequality and inequity. available from:
<http://www.who.int/hia/about/glos/en/index1.html> Access Date: 07.08.2018
- (37.) Braveman P (2014) What are health disparities and health equity? We need to be clear. Public Health Reports 129(1):5-8
- (38.) Pross C (1998) Third class medicine: health care for refugees in Germany. Health and Human Rights 3(2):40-53

- (39.) Robert Koch-Institut (RKI) (2015) Gesundheit in Deutschland Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS. available from: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf? blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?blob=publicationFile) Access Date: 02.08.2016
- (40.) Knipper M, Bilgin Y (2009) Migration und Gesundheit, Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. ISBN 978-3-940955-55-5. available from: https://www.researchgate.net/profile/Michael_Knipper/publication/268448313_Migration_und_Gesundheit/links/546bd9e80cf2f5eb18092696.pdf Access Date: 07.08.2018
- (41.) Gardemann J (2002) Soziale Lage und Gesundheit. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 45(11):889-93
- (42.) Windorfer A, Bruns-Philipps E (2002) Präventive Maßnahmen: Kinder ausländischer Herkunft benachteiligt. Kinderärztliche Praxis 73(4):258-64
- (43.) Oberwöhrmann S, Bettge S (2007) Basisdaten zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin - Ergebnisse auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2005. Gesundheitsberichterstattung Berlin, ISSN 1617-9250. available from: <http://www.gsi-berlin.info/redirectA.asp?filename=TB0201010000200701.pdf> Access Date: 07.08.2018
- (44.) Burmester F (2015) Medizinische Versorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 4 und 6 AsylbLG über eine Krankenkasse. Public Health Forum 23(2):106-108
- (45.) Schwienhorst E-M, Stich A (2015) Medizinische Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern – Erfahrungen aus dem Würzburger Modell. Flug u Reisemed 22(03):116-21
- (46.) Wahedi K, Nöst S, Bozorgmehr K (2017) Die Gesundheitsuntersuchung von Asylsuchenden: Eine bundesweite Analyse der Regelungen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 60(1):108-17
- (47.) Robert Koch-Institut (RKI) (2008) Migration und Gesundheit - Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, ISBN 978-3-89606-184-3. available from: <http://www.gbe-bund.de/pdf/migration.pdf> Access Date: 07.08.2018
- (48.) Dörnemann J, Stich A (2009) Migrantenmedizin - Mit gebundenen Händen arbeiten, zwischen medizinischer Herausforderung, Flüchtlingsrecht und ärztlichem Ethos. Flug u Reisemed 16(03):109-11

- (49.) Ärztlicher Kreis und Bezirksverband München (2014) Bessere medizinische Versorgung für Asylsuchende in der Bayernkaserne, Münchner Ärzte gründen Verein, um Akut-Praxis vor Ort zu betreiben. available from: https://www.aekbv.de/images/stories/leitartikel/2014/Thema_MAEA_2014_16_17-2.pdf Access Date: 14.09.2016
- (50.) Wendel K (2014) Unterbringung von Flüchtlingen in Deutschland, Regelungen und Praxis der Bundesländer im Vergleich. available from: https://www.proasyl.de/wp-content/uploads/2015/04/Laendervergleich_Unterbringung_2014-09-23_01.pdf Access Date: 09.08.2016
- (51.) Ärzte der Welt e.V. (2016) open.med - Zugang zur Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Versicherungsschutz. available from: <http://www.aerztederwelt.org/projekte/inlandsprojekte/openmed-muenchen.html> Access Date: 08.08.2016
- (52.) Malteser Migranten Medizin München (2018) Medizinische Hilfe für Menschen ohne Krankenversicherung. available from: <https://www.malteser-bistum-muenchen.de/dienste-und-leistungen/weitere-dienstleistungen/malteser-migranten-medizin.html> Access Date: 07.08.2018
- (53.) Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2011) Gesundheit und Migration Bayerischer Bericht Gesundheitsberichterstattung für Bayern 4. available from: http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e5280/e5512/e7178/e7859/attr_objis_12719/GesundheitundMigration-BayerischerBericht_ger.pdf Access Date: 02.08.2016
- (54.) MigraMed München (2016) MigraMed München - Eine Initiative Medizinstudierender der LMU und TU München zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden. available from: <http://migramed-muenchen.de/> Access Date: 09.08.2016
- (55.) Espenhorst N, Bundesfachverband Unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge e.V. (2013) Kinder zweiter Klasse - Bericht über die Lebenssituation junger Flüchtlinge in Deutschland an die Vereinten Nationen zum Übereinkommen über die Rechte des Kindes. available from: http://www.netzwerk-kinderrechte.de/fileadmin/bilder/user_upload/Kinder_Zweiter_Klasse.pdf Access Date: 07.08.2018
- (56.) Nedbal D (2015) Medizinische Versorgung von Flüchtlingen: Man verlässt sich auf Freiwillige. Dtsch Arztebl International 112(14):618-9
- (57.) REFUDOCs (2016) Verein zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen, Asylsuchenden und deren Kindern e.V. available from: <http://www.refudocs.de/startseite/> Access Date: 09.08.2016

- (58.) Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2008) Healthy-Migrant-Effect, Erfassungsfehler und andere Schwierigkeiten bei der Analyse der Mortalität von Migranten. available from:
http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/WorkingPapers/wp15-healthy-migrant-effekt.pdf?__blob=publicationFile Access Date: 01.08.2016
- (59.) World Health Organization (WHO) (2011) 10 facts on health inequities and their causes. available from:
http://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/en/ Access Date: 01.09.2016
- (60.) Hamburgisches WeltWirtschaftsinstitut (HWWI), Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), Netzwerk Migration in Europa e.V. (2009) Wie gesund sind Migranten? Erkenntnisse und Zusammenhänge am Beispiel der Zuwanderer in Deutschland, focus Migration Kurzdossier Nr. 12 April 2009 available from:
http://www.hwwi.org/uploads/tx_wilpubdb/KD_12_Migranten_Gesundheit.pdf Access Date: 01.08.2016
- (61.) European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (2014) Technical report: assessing the burden of key infectious diseases affecting migrant populations in the EU/EEA - executive summary, ISBN 978-92-9193-573-4 Stockholm. available from:
<https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/assessing-burden-disease-migrant-populations.pdf> Access Date: 07.08.2018
- (62.) Fazel M, Wheeler J, Danesh J (2005) Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 365(9467):1309-14
- (63.) Lindert J, Ehrenstein OS, Priebe S, Mielck A, Brähler E (2009) Depression and anxiety in labor migrants and refugees - a systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine* (1982) 69(2):246-57
- (64.) Yun K, Hebrank K, Graber LK, Sullivan MC, Chen I, Gupta J (2012) High prevalence of chronic non-communicable conditions among adult refugees: implications for practice and policy. *J Community Health* 37(5):1110-8
- (65.) Reeske A, Razum O (2011) Maternal and child health - from conception to first birthday, ISBN-13: 978-033524567-3 available from:
http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0019/161560/e96458.pdf
 Access Date:
- (66.) Tudor Hart J (1971) THE INVERSE CARE LAW. *The Lancet* 297(7696):405-12
- (67.) Wenner J, Razum O, Schenk L, Ellert U, Bozorgmehr K (2016) The health of children and adolescents from families with insecure residence status compared to children with permanent residence permits: analysis of KiGGS data 2003–2006. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 59(5):627-35

- (68.) Schouler-Ocak M, Aichberger MC (2015) Versorgung von Migranten. *Psychother Psych Med* 65(12):476-85
- (69.) Heinold H, von Voss H (2016) Juristisch-sozialpädiatrische Hilfen für Flüchtlingskinder - Die Bedeutung der UN-Kinderrechtskonvention. *Kinderärztl Praxis* 87(5):286
- (70.) United Nations (UN) (1989) Convention on the Rights of the Child. available from: <http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/menschenrechtsinstrumente/vereinte-nationen/menschenrechtsabkommen/kinderrechtskonvention-crc/> Access Date: 24.11.2017
- (71.) United Nations (UN), Deutsches Institut für Menschenrechte (1992) UN-Kinderrechts-Konvention, Übereinkommen über die Rechte des Kindes. available from: <http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/menschenrechtsinstrumente/vereinte-nationen/menschenrechtsabkommen/kinderrechtskonvention-crc/> Access Date: 24.11.2017
- (72.) Europäische Union (EU), European asylum support office (2013) RICHTLINIE 2013/33/EU DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung). available from: <https://www.easo.europa.eu/sites/default/files/public/Reception-DE.pdf> Access Date: 22.09.2016
- (73.) United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) (1989) Konvention über die Rechte des Kindes Unicef. available from: <https://www.unicef.de/blob/9364/a1bbcd70474053cc61d1c64d4f82d604/d-0006-kinderkonvention-pdf-data.pdf> Access Date: 01.08.2016
- (74.) Müller A (2014) Unbegleitete Minderjährige in Deutschland - Fokus-Studie der deutschen nationalen Kontaktstelle für das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN), ISSN:1865-4967. available from: https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/EN/Publikationen/EMN/Studien/wp60-emn-minderjaehrige-in-deutschland.pdf?__blob=publicationFile Access Date: 09.08.2018
- (75.) Lustig SL, Kia-Keating M, Knight WG, Geltman P, Ellis H, Kinzie JD, et al. (2004) Review of Child and Adolescent Refugee Mental Health. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 43(1):24-36
- (76.) Bronstein I, Montgomery P (2011) Psychological Distress in Refugee Children: A Systematic Review. *Clinical Child & Family Psychology Review* 14(1):44-56
- (77.) Geltman PL, Radin M, Zhang Z, Cochran J, Meyers AF (2001) Growth Status and Related Medical Conditions Among Refugee Children in Massachusetts, 1995–1998. *American Journal of Public Health* 91(11):1800-5

- (78.) Schenk L, Neuhauser H, Ellert U, Poethko-Müller C, Kleiser C, Mensink G (2008) Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS 2003-2006): Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. available from: <http://edoc.rki.de/docviews/abstract.php?id=250> Access Date: 09.08.2018
- (79.) Huemer J, Karnik N, Voelkl-Kernstock S, Granditsch E, Dervic K, Friedrich M, et al. (2009) Mental health issues in unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 3(1):13
- (80.) Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, Derluyn I (2014) Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry* 23(5):337-46
- (81.) Baumeister H, Härter M (2007) Körperliche Beschwerden bei Patienten mit psychischen Störungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 55(1):9-19
- (82.) Kunst A, Stronks K, Agyemang C (2011) Non-communicable diseases In: Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijky B, Petrova-Benedict R, McKee M (eds). *Migration and Health in the European Union*. Open University Press: Maidenhead, 101–120. available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/161560/e96458.pdf Access Date: 09.08.2017
- (83.) Kuehne A, Huschke S, Bullinger M (2015) Subjective health of undocumented migrants in Germany – a mixed methods approach. *BMC Public Health* 15(1):1-12
- (84.) Malteser Hilfsdienst e.V. Berlin (2013) Hilfe für Menschen ohne Krankenversicherung. available from: <http://www.malteser-migranten-medizin.de/uploads/media/Jahresbericht MMM Berlin 2012 01.pdf> Access Date: 11.08.2016
- (85.) Castañeda H (2009) Illegality as risk factor: A survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic. *Social science & medicine* (1982) 68(8):1552-60
- (86.) Wittig U, Merbach M, Siefen RG, Brähler E (2004) Beschwerden und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens von Spätaussiedlern bei Einreise nach Deutschland. *Das Gesundheitswesen* 66(02):85-92
- (87.) Alberer M, Wendeborn M, Löscher T, Seilmaier M (2016) Erkrankungen bei Flüchtlingen und Asylbewerbern. *Dtsch med Wochenschr* 141(01):e8-e15
- (88.) Robert Koch-Institut (RKI) (2015) Für medizinisches Personal: Akut behandlungsbedürftige, für Deutschland ungewöhnliche Infektionskrankheiten, die bei Asylsuchenden auftreten können. available from: <http://edoc.rki.de/oa/articles/reKBnmZGiO1Vs/PDF/29OAiZ9cxqII.pdf> Access Date: 28.03.2016

- (89.) Kühne A, Gilsdorf A (2016) Infectious disease outbreaks in centralized homes for asylum seekers in Germany from 2004–2014. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 59(5):570-7
- (90.) Stich A (2007) Eine Zukunftsaufgabe für die Tropenmedizin - Migrantenmedizin in Deutschland. Flug u Reisemed 14(02):66-7
- (91.) Kobbe R, Kitz C, Trapp S, Pfeil J, Hufnagel M (2016) Care of child and adolescent refugees. Notfall + Rettungsmedizin 19(5):346-54
- (92.) Heudorf U, Krackhardt B, Karathana M, Kleinkauf N, Zinn C (2016) Multidrug-resistant bacteria in unaccompanied refugee minors arriving in Frankfurt am Main, Germany, October to November 2015. Euro surveillance : bulletin Europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin 21(2)
- (93.) Johansson SGO, Hourihane JOB, Bousquet J, Bruijnzeel-Koomen C, Dreborg S, Haahtela T, et al. (2001) A revised nomenclature for allergy: An EAACI position statement from the EAACI nomenclature task force. Allergy 56(9):813-24
- (94.) Schmitz R, Thamm M, Ellert U, Kalcklösch M, Schlaud M (2014) Prevalence of common allergies in children and adolescents in Germany. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 57(7):771-8
- (95.) Asher MI, Montefort S, Björkstén B, Lai CKW, Strachan DP, Weiland SK, et al. (2006) Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. The Lancet 368(9537):733-43
- (96.) Anderson HR, Gupta R, Strachan DP, Limb ES (2007) 50 years of asthma: UK trends from 1955 to 2004. Thorax 62(1):85-90
- (97.) Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI) und Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) (2014) S3-Leitlinie Allergieprävention - Update 2014. available from: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/061-016l_S3_Allergiepr%C3%A4vention_2014-07.pdf Access Date: 11.08.16
- (98.) Schenk L, Ellert U, Neuhauser H (2007) Children and adolescents in Germany with a migration background. Methodical aspects in the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 50(5-6):590-9
- (99.) Parkin D, Bray F, Ferlay J, Pisani P (2005) Global Cancer Statistics. CA Cancer J Clin 55(2):74-108
- (100.) Alfvén T, Braun-Fahrländer C, Brunekreef B, von Mutius E, Riedler J, Scheynius A, et al. (2006) Allergic diseases and atopic sensitization in children related to farming and anthroposophic lifestyle – the PARSIFAL study. Allergy 61(4):414-21

- (101.) Von Ehrenstein O, Von Mutius E, Illi S, Baumann L, Bohm O, Von Kries R (2000) Reduced risk of hay fever and asthma among children of farmers. *Clinical and experimental allergy* 30(2):187-93
- (102.) Riedler J, Eder W, Oberfeld G, Schreuer M (2000) Austrian children living on a farm have less hay fever, asthma and allergic sensitization. *Clinical and Experimental Allergy* 30(2):194-200
- (103.) Riedler J, Braun-Fahrländer C, Eder W, Schreuer M, Waser M, Maisch S, et al. (2001) Exposure to farming in early life and development of asthma and allergy: a cross-sectional survey. *The Lancet* 358(9288):1129-33
- (104.) Radon K, Windstetter D, Eckart J, Dressel H, Leitritz L, Reichert J, et al. (2004) Farming exposure in childhood, exposure to markers of infections and the development of atopy in rural subjects. *Clinical & Experimental Allergy* 34(8):1178-83
- (105.) Stein MM, Hrusch CL, Gozdz J, Igartua C, Pivniouk V, Murray SE, et al. (2016) Innate Immunity and Asthma Risk in Amish and Hutterite Farm Children. *The New England journal of medicine* 375(5):411-21
- (106.) Mutius E, Weiland S, Fritzsch C, Duhme H, Keil U. (1998) Increasing prevalence of hay fever and atopy among children in Leipzig, East Germany. *Lancet* 351(9106):862-6
- (107.) Grüber C (2005) Asthma und Allergie bei türkischstämmigen Kindern in Berlin. In: Borde T, David M (Hrsg) *Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit*. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, S 161–167
- (108.) Behbehani NA, Abal A, Syabbalo NC, Abd Azeem A, Shareef E, Al-Momen J (2000) Prevalence of asthma, allergic rhinitis, and eczema in 13- to 14-year-old children in Kuwait: an ISAAC study. *International Study of Asthma and Allergies in Childhood. Annals of allergy, asthma & immunology : official publication of the American College of Allergy, Asthma, & Immunology* 85(1):58-63
- (109.) Abuekteish F, Alwash R, Hassan M, Daoud AS (1996) Prevalence of asthma and wheeze in primary school children in northern Jordan. *Annals of tropical paediatrics* 16(3):227-31
- (110.) Beasley R, Crane J, Lai CK, Pearce N (2000) Prevalence and etiology of asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 105(2):S466-S72
- (111.) Pieper K, Momeni A (2006) Grundlagen der Kariesprophylaxe bei Kindern. *Dtsch Ärztebl* 103(15):B849-B55
- (112.) Rajab LD, Hamdan MAM (2002) Early childhood caries and risk factors in Jordan. *Community dental health* 19(4):224-9

- (113.) HBSC-Studienverbund Deutschland (2014) Zahnpflege von Kindern und Jugendlichen, Faktenblatt zur Studie Health Behaviour in School-aged Children 2013/14. available from: http://hbsc-germany.de/wp-content/uploads/2016/01/Faktenblatt_Zahnpflege_final-2015.pdf Access Date: 16.08.2016
- (114.) Schenk L, Knopf H (2007) Oral health behaviour of children and adolescents in Germany. First results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 50(5):653-8
- (115.) Saltaji H (2015) Oral health consequences of the crisis in Syria. Br Dent J 219(2):49-
- (116.) Schubert Ingrid, Horch Kerstin, Robert Koch-Institut (RKI) (2004) Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Schwerpunkt der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. available from: http://www.apug.de/archiv/pdf/rki_gesundheit_kinder_2004.pdf Access Date: 11.08.2016
- (117.) Miller AL, Lee HJ, Lumeng JC (2015) Obesity-associated biomarkers and executive function in children. Pediatr Res 77(1-2):143-7
- (118.) Alleyne G, Chan Hon Yee C, Clark H, Gluckman P, Gore A, King B, et al., World Health Organization (WHO) (2016) Report on the Commission on Ending Childhood Obesity, ISBN 978 92 4 151006 6. available from: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/en> Access Date: ISBN 978 92 4 151006 6
- (119.) Kelsey MM, Zaepfel A, Bjornstad P, Nadeau KJ (2014) Age-Related Consequences of Childhood Obesity. Gerontology 60(3):222-8
- (120.) Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. (2013) Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. The Lancet 384(9945):766-81
- (121.) Rieck A, Robert Koch-Institut (RKI) Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung (2008) Übergewicht und Adipositas, ISBN 978-3-89606-109-7. available from: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Basiserhebung/GPA_Daten/Adipositas.pdf?__blob=publicationFile Access Date: ISBN 978-3-89606-109-7
- (122.) World Health Organization (WHO) (2016) Obesity and Overweight Fact sheets. available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> Access Date: 22.08.2016

- (123.) Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter der Deutschen Adipositas Gesellschaft (2015) Konsensbasierte (S2) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. available from: http://www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/AGA_S2_Leitlinie.pdf Access Date: 15.08.2016
- (124.) Roberto CA, Swinburn B, Hawkes C, Huang TT, Costa SA, Ashe M, et al. (2015) Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. *The Lancet* 385(9985):2400-9
- (125.) Haug E, Rasmussen M, Samdal O, Iannotti R, Kelly C, Borraccino A, et al. (2009) Overweight in school-aged children and its relationship with demographic and lifestyle factors: results from the WHO-Collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study. *International Journal of Public Health* 54(2):167-79
- (126.) Currie, Candace, Zanotti, Cara, Morgan, Antony, et al., World Health Organisation (WHO) (2009) Social determinants of health and well-being among young people, Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study, ISBN 978 92 890 1423 6. available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf Access Date:
- (127.) Kurth B-M, Schaffrath Rosario A (2010) Overweight and obesity in children and adolescents in Germany. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 53(7):643-52
- (128.) Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2009) Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Familien mit Migrationshintergrund. available from: https://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/IB/2009-12-01-gesundheit-kinder-und-jugendliche.pdf?__blob=publicationFile&v=9 Access Date: 02.08.2016
- (129.) Nasreddine L, Mehio-Sibai A, Mrayati M, Adra N, Hwalla N (2010) Adolescent obesity in Syria: prevalence and associated factors. *Child: Care, Health & Development* 36(3):404-13
- (130.) World Health Organization (WHO) (2015) Syrian Arab Republic WHO statistical profile. available from: <http://www.who.int/gho/countries/syr.pdf?ua=1> Access Date: 25.08.2016
- (131.) World Health Organization (WHO) (2015) Germany WHO statistical profile. available from: <http://www.who.int/gho/countries/deu.pdf> Access Date: 25.08.2016
- (132.) United Nations International Children's Emergency Fund (Unicef) (2016) Nutrition in Emergencies. available from: <http://www.unicef.org/nutrition/training/list.html> Access Date: 30.08.2016

- (133.) Save the Children (2006) Évaluation nutritionnelle en situation d'urgence. available from: <http://www.savethechildren.org.uk/resources/online-library/emergency-nutrition-assessment-guidelines-field-workers> Access Date: 30.08.2016
- (134.) Bilukha OO, Jayasekaran D, Burton A, Faender G, King'ori J, Amiri M, et al. (2014) Nutritional Status of Women and Child Refugees from Syria - Jordan, April-May 2014. MMWR: Morbidity & Mortality Weekly Report 63(29):638-9
- (135.) Ghattas H, Sassine AJ, Seyfert K, Nord M, Sahyoun NR (2014) Food insecurity among Iraqi refugees living in Lebanon, 10 years after the invasion of Iraq: data from a household survey. British Journal of Nutrition 112(01):70-9
- (136.) Hadley C, Sellen D (2006) Food Security and Child Hunger among Recently Resettled Liberian Refugees and Asylum Seekers: A Pilot Study. Journal of Immigrant and Minority Health 8(4):369-75
- (137.) Mason JB (2002) Lessons on Nutrition of Displaced People. The Journal of Nutrition 132(7):2096S-103S
- (138.) Toole M (1992) Micronutrient deficiencies in refugees. The Lancet 339(8803):1214-6
- (139.) Grijalva-Eternod CS, Wells JC, Cortina-Borja M, Salse-Ubach N, Tondeur MC, Dolan C, et al. (2012) The double burden of obesity and malnutrition in a protracted emergency setting: a cross-sectional study of Western Sahara refugees. PLoS Med 9(10):e1001320
- (140.) Aslan, Dilek, Turkish Medical Association Publications (2016) Humanitarian Crisis, Refugee Problems and Priorities in Nutrition. available from: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/siginmacilar_rpr_en.pdf - page=48 Access Date: 27.08.2016
- (141.) Diedrich S, Schreier E (2007) The German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS): State of immunity against poliomyelitis in German children. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 50(5):771-4
- (142.) World Health Organization (WHO) (2016) WHO vaccine-preventable diseases, monitoring system, global summary, Syrian Arab Republic. available from: http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/schedules http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/countries?countrycriteria%5Bcountry%5D%5B%5D=SYR&commit=OK Access Date: 08.08.2016
- (143.) Robert Koch-Institut (RKI) (2016) Impfkalender 2016, für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene der Ständigen Impfkommision (STIKO). available from: https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Aktuelle/Impfkalender.pdf;jsessionid=D8248654F278D9FFEE4E5E0427CB81F3.2_cid381?_blob=publicationFile Access Date: 12.08.2018

- (144.) Fazel M, Reed RV, Panter-Brick C, Stein A (2012) Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *Lancet* 379(9812):266-82
- (145.) Jakobsen M DM, Heir T (2014) Prevalence of Psychiatric Disorders Among Unaccompanied Asylum-Seeking Adolescents in Norway. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health* 10:53-8
- (146.) Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, Van Ommeren M (2009) Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *Jama* 302(5):537-49
- (147.) Quosh C, Eloul L, Ajlani R (2013) Mental health of refugees and displaced persons in Syria and surrounding countries: a systematic review. *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work & Counselling in Areas of Armed Conflict* 11(3):276-94
- (148.) Gavranidou M, Niemiec B, Magg B, Rosner R (2008) Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge. *Kindheit und Entwicklung* 17(4):224-31
- (149.) Lindert J, von Ehrenstein OS, Priebe S, Mielck A, Brähler E (2009) Depression and anxiety in labor migrants and refugees—a systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine* 69(2):246-57
- (150.) Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2015) Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision, German Modification Version 2016. available from: <https://www.dimdi.de/static/de/klasi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2016/index.htm> Access Date: 14.09.2016
- (151.) Willen S (2012) Migration, „illegality“, and health: Mapping embodied vulnerability and debating health-related deservingness. *Soc Sci Med* 74(6): 805-811
- (152.) Hanewald B, Giesecking J, Vogelbusch O, Markus I, Gallhofer B, Knipper M (2016) Asylrecht und psychische Gesundheit: Eine interdisziplinäre Analyse des Zusammenwirkens medizinischer und juristischer Aspekte. *Psychiatr Prax* 43(03):165-71
- (153.) Perkonig A, Kessler RC, Storz S et al. (2000) Traumatic events and posttraumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand.* 101(1):46-59
- (154.) Copeland WE, Keeler G, Angold A, Costello EJ (2007) Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry* 64(5):577-84

- (155.) Stallard P, Velleman R, Baldwin S (1999) Psychological screening of children for post-traumatic stress disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 40(07):1075-82
- (156.) Devakumar D, Birch M, Rubenstein LS, Osrin D, Sondorp E, Wells JCK (2015) Child health in Syria: recognising the lasting effects of warfare on health. *Conflict and Health* 9(1):1-4
- (157.) Bronstein I, Montgomery P, Ott E (2013) Emotional and behavioural problems amongst Afghan unaccompanied asylum-seeking children: results from a large-scale cross-sectional study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 22(5):285-94
- (158.) Fazel M, Stein A (2002) The mental health of refugee children. *Archives of Disease in Childhood* 87(5):366-70
- (159.) Papadopoulos RK (2001) Refugee families: issues of systemic supervision. *Journal of family Therapy* 23(4):405-22
- (160.) Sam DL, Berry JW (2010) Acculturation: When Individuals and Groups of Different Cultural Backgrounds Meet. *Perspectives on Psychological Science* 5(4):472-81
- (161.) Williams CL, Berry JW (1991) Primary prevention of acculturative stress among refugees: application of psychological theory and practice. *American psychologist* 46(6):632
- (162.) Save the Children (2014) A devastating toll, the impact of three years of war on the health of Syria's children. available from:
http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/SAVE_THE_CHILDREN_A_DEVASTATING_TOLL.PDF Access Date: 22.08.2016
- (163.) World Health Organization (WHO) (2015) Syria annual report 2015. available from:
http://www.who.int/hac/crises/syr/sitreps/syria_annual_report_2015.pdf?ua=1 Access Date: 22.08.2016
- (164.) Guterres A, UN High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2015) Written text of speech to the UN Security Council. available from:
<http://www.unhcr.org/news/press/2015/2/54ef66796/un-high-commissioner-refugees-antonio-guterres-written-text-speech-un-security.html> Access Date: 20.08.2016
- (165.) Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2015) Das Bundesamt in Zahlen 2015 - Asyl. available from:
<https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2015.html> Access Date: 09.08.2018
- (166.) Kherallah M, Alahfez T, Sahloul Z, Eddin KD, Jamil G (2012) Health care in Syria before and during the crisis. *Avicenna Journal of Medicine* 2(3):51-3

- (167.) United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) (2014) Syria annual report unicef 2014. available from:
<http://childrenofsyria.info/2015/06/30/unicef-syria-2014-annual-report/>
 Access Date: 22.08.2016
- (168.) United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA) (2016) Syrian Arab Republic about the crisis. available from:
<http://www.unocha.org/syrian-arab-republic/syria-country-profile/about-crisis>
 Access Date: 22.08.2016
- (169.) Unicef, UNHCR, World Vision, Save the Children (2013) Syria Crisis: Education Interrupted - Global action to rescue the schooling of a generation. available from: <http://reliefweb.int/report/syrian-arab-republic/syria-crisis-education-interrupted-global-action-rescue-schooling> Access Date: 22.08.2016
- (170.) United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) (2014) Under Siege The devastating impact on children of three years of conflict in Syria. available from: http://www.unicef.org/publications/index_72815.html Access Date: 22.08.2016
- (171.) United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) (2013) Syria's Children - A lost generation. available from:
http://www.unicef.org/emergencies/syria/70207_67574.html Access Date: 22.08.2016
- (172.) James L, Sovcik A, Garoff F, Abbasi R (2014) The mental health of Syrian refugee children and adolescents. *Forced Migration Review* (47):42-4
- (173.) Sen K, Al-Faisal W, AlSaleh Y (2013) Syria: effects of conflict and sanctions on public health. *Journal of Public Health* 35(2):195-9
- (174.) World Health Organization (WHO) (2016) Humanitarian Health Action, Syrian Arab Republic Humanitarian Response Plan 2016. available from:
<http://www.who.int/hac/crises/syr/appeals/en/> Access Date: 25.08.2016
- (175.) World Health Organization (WHO) (2014) The Syrian Arab Republic, Fact Sheet Emergency Risk and Crisis Management March 2014. available from:
http://www.who.int/hac/crises/syr/sitreps/syria_country_fact_sheet_13march_2014_final.pdf Access Date: 26.08.2016
- (176.) Sharara SL, Kanj SS (2014) War and Infectious Diseases: Challenges of the Syrian Civil War. *PLoS Pathogens* 10(11):1-4
- (177.) Coutts A, McKee M, Stuckler D (2013) The emerging Syrian health crisis. *The Lancet* 381(9865):e6-e7
- (178.) Physicians for Human Rights (2011) syria attacks on doctors, patients and hospitals. available from: https://s3.amazonaws.com/PHR_Reports/syria-attacks-on-drs-patients-hospitals-final-2011.pdf Access Date: 22.08.2016

- (179.) Physicians for Human Rights (2014) Syria's Medical Community Under Assault. available from: https://s3.amazonaws.com/PHR_other/Syria%27s-Medical-Community-Under-Assault-January-2014.pdf Access Date: 22.08.2016
- (180.) World Health Organization (WHO) (2013) Health Syrian Arab Republic 2013. available from: http://www.who.int/hac/syria_dashboard_6june2013_final_small_.pdf Access Date: 20.08.2016
- (181.) Hurley R (2013) Who cares for the nine million displaced people of Syria? BMJ 347(f7374)
- (182.) Saltaji H (2015) 4 years of the humanitarian tragedy in Syria: who cares? The Lancet 385(9972):943
- (183.) Devakumar D, Birch M, Osrin D, Sondorp E, Wells JC (2014) The intergenerational effects of war on the health of children. BMC Med 12(1):57
- (184.) Benage M, Greenough PG, Vinck P, Omeira N, Pham P (2015) An assessment of antenatal care among Syrian refugees in Lebanon. Conflict and Health 9(1):8
- (185.) UNICEF, Save the Children, CDC, Women's Refugee Commission, Columbia University for the Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crisis (IAWG) (2012) Newborn Care for Syrian Crisis. available from: <https://data.unhcr.org/syrianrefugees/download.php?id=4101> Access Date: 22.08.2016
- (186.) Pitts-Tucker T (2012) Healthcare in Syria is close to collapse as drug shortages bite. BMJ: British Medical Journal 345:e5410
- (187.) Sahloul Z, Coutts A, Fouad FM, Jabri S, Hallam R, Azrak F, et al. (2014) Health response system for Syria: beyond official narrative. The Lancet 383(9915):407
- (188.) The Lancet E (2014) Syria: 3 years of suffering. The Lancet 383(9922):1014-
- (189.) World Health Organization (WHO), Eastern Mediterranean Emergency Programme (EMRO) (2016) WHO warns of increased risk of disease epidemics in Syria and in neighbouring countries. available from: <http://www.emro.who.int/pdf/press-releases/2013/disease-epidemics-syria.pdf?ua=1> Access Date: 22.08.2016
- (190.) World Health Organization (WHO) (2013) Health regional response to the crisis in the Syrian Arab Republic 2013. available from: <http://www.emro.who.int/syr/syria-infocus/regional-situation-reports-2015.html> Access Date: 09.08.2018
- (191.) Early Warning Alert and Response Network (EWARN) (2014) Epidemiological Weekly Bulletin: Syria 29 Dec – 4 Jan, January 2014 (unpublished)

- (192.) Taleb ZB, Bahelah R, Fouad FM, Coutts A, Wilcox M, Maziak W (2015) Syria: health in a country undergoing tragic transition. *International Journal of Public Health* 60(1):63-72
- (193.) United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) (2014) Lebanon Nutrition Assessment of Syrian Refugees Report May 2014. available from: http://www.unicef.org/lebanon/resources_9771.html Access Date: 22.08.2016
- (194.) Von Voss H, Stormer C, Klein HG, Faltenbacher V, Nicolai T, Reiter K, et al. (2016) Rettung aus höchster Lebensnot. *Kinderärztliche Praxis* 87(5):302-308
- (195.) Ruebel J, *Sueddeutsche Zeitung* (2016) Neues Land, neues Leben. available from: <http://www.sueddeutsche.de/leben/syrische-fluechtlinge-neues-land-neues-leben-1.2837172> Access Date: 22.08.2017
- (196.) Jaeschke M, *Sueddeutsche Zeitung* (2012) Rettung aus der Hölle von Homs. available from: <http://www.sueddeutsche.de/muenchen/hilfe-fuer-syrische-jugendliche-rettung-aus-der-hoelle-von-homs-1.1339879> Access Date: 22.08.2017
- (197.) Kreienbrock L, Pigeot I, Ahrens W (2012) *Epidemiologische Methoden*, ISBN 978-3-8274-2334-4
- (198.) München das offizielle Stadtportal (2016) Flüchtlingsunterkünfte in München, Definitionen der Unterkunftsformen. available from: <https://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Sozialreferat/Fluechtlinge/Unterkuenfte.html> Access Date: 07.09.2016
- (199.) Weathington B, Cunningham C, Pittenger D (2010) *Research Methods for the behavioral and social sciences*, ISBN-13: 978-0470458037
- (200.) Powell RR (1997) *Basic Research Methods for Librarians*, ISBN-13: 978-1591588658
- (201.) Deutsches Institut für Medizinische Information und Dokumentation (DIMDI) (2016) Aktualisierungsliste zur Endfassung der ICD-10-GM Version 2016, Institution: im Geschäftsbereich der Bundesregierung für Gesundheit. available from: https://www.dkgev.de/media/file/24371.Anlage_2_Veroeffentlichung_der_Vorabfassung_der_ICD-10-GM_2017.pdf Access Date: 09.09.2018
- (202.) Henderson SE, Sugden DA, Barnett AL, Petermann F, Bös K, Kastner J (2009) M-ABC-2 (Movement Assessment Battery for Children – Second Edition) Deutschsprachige Adaptation
- (203.) Raven JC, Bulheller S, Häcker HO (2006) CPM (Coloured Progressive Matrices)
- (204.) Meyer CS, Hagmann-von Arx P (2009) IDS (Intelligence and Development Scales)

- (205.) Jack A, Naglieri (2011) Naglieri Nonverbal Ability Test®-Second Edition (NNAT®-2)
- (206.) Graf, Irblich, Landolt (2003) Posttraumatische Belastungsstörung - Semistrukturiertes Interview und Beobachtungsbogen für Säuglinge und Kleinkinder (PTSDSSI), Scheeringa, dt. Übersetzung
- (207.) Graf A, Irblich D, Landolt M (2008) Posttraumatische Belastungsstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 57(4):247-63
- (208.) Achenbach TM (2000) Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, CBCL/1 ½-5 (Child Behavior Checklist zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten, emotionalen Auffälligkeiten, somatischen Beschwerden, sowie sozialen Kompetenzen von Kindern im Alter von 1 ½ bis 5 Jahren aus Sicht der Eltern)
- (209.) Achenbach TM, Plück J, Kinnen C (1998) Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, CBCL/4-18 (Child Behavior Checklist zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten, emotionalen Auffälligkeiten, somatischen Beschwerden, sowie sozialen Kompetenzen von Kindern im Alter von 4 bis 18 Jahren aus Sicht der Eltern)
- (210.) Unnewehr S, Schneider S, Margraf J (2013) Kinder-DIPS: diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter: Springer-Verlag. ISBN:3662066076
- (211.) Franke GH (2000) BSI, BSCL (Brief Symptom Inventory, Checklist, deutschsprachige Übersetzung, Hogrefe Verlag, Original von 1975 von Leonard Derogatis, Kurzform der Symptom-Checkliste SCL-90-R zur Erfassung der psychischen Belastung).
- (212.) Remschmidt H, Schmidt M, Poustka F (Hrsg) (2012) Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV, 6. korr. Auflage ed.
- (213.) Holling H, Schlack R, Kamtsiuris P, Butschalowsky H, Schlaud M, Kurth BM (2012) [The KiGGS study. Nationwide representative longitudinal and cross-sectional study on the health of children and adolescents within the framework of health monitoring at the Robert Koch Institute]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 55(6-7):836-42
- (214.) Eckey HF, Kosfeld R, Türck M (2015) Wahrscheinlichkeitsrechnung und Induktive Statistik: Grundlagen—Methoden—Beispiele: Springer-Verlag. ISBN:3322834808
- (215.) Hölling H, Schlack R, Kamtsiuris P, Butschalowsky H, Schlaud M, Kurth BM (2012) Die KiGGS-Studie. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 55(6):836-42

- (216.) World Health Organization (WHO), Department of Nutrition for Health and Development (2006) WHO Child Growth Standards, Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age, Methods and development, ISBN 92 4 154693. available from: http://www.who.int/childgrowth/standards/Technical_report.pdf?ua=1 Access Date: 09.08.2018
- (217.) de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. (2007) Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bull World Health Organ. 85(9):660-7
- (218.) Robert Koch-Institut (RKI), Statistisches Bundesamt (2008) Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), ISBN 978-3-89606-192-8. available from: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/KiGGS_SVR.pdf?__blob=publicationFile Access Date: 12.08.2018
- (219.) Wabitsch M, Kunze D (2015) Adipositas im Kindes- und Jugendalter - Basisinformationen und Leitlinien für Diagnostik, Therapie und Prävention. Monatsschrift Kinderheilkunde 149(8):805-6
- (220.) Elger R (2008) Kleines Islam-Lexikon: Geschichte, Alltag, Kultur: CH Beck.ISBN:3406572952
- (221.) Strohmeier M, Yalcin-Heckmann L (2016) Die Kurden: Geschichte, Politik, Kultur: CH Beck.ISBN:3406690939
- (222.) Cancik-Kirschbaum EC (2003) Die Assyrer: Geschichte, Gesellschaft, Kultur: CH Beck.ISBN:3406508286
- (223.) The World Bank (2015) Population Syrian Arab Republic. available from: <http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL.FE.ZS?end=2015&locations=SY&start=1975> Access Date: 07.09.2016
- (224.) Central Intelligence Agency (2016) The World Fact Book Syria. available from: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/sy.html> Access Date: 07.09.2016
- (225.) Breithecker R, Fresemann O (2009) Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge – eine Herausforderung für die Jugendhilfe, Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung der Aufnahmegruppe für junge Migranten (AJUMI) und der Aufnahmegruppe für Kinder und Jugendliche (AKJ) des Kinder- und Jugendhilfeszentrums der Heimstiftung Karlsruhe. available from: https://heimstiftung-karlsruhe.de/files/abschlussbericht_der_wissenschaftlichen_begleitung_der_aufnahmegruppe_fuer_junge_migranten_ajumi_application_pdf_199_kb.pdf Access Date: 12.08.2018

- (226.) Parusel B (2009) Unbegleitete minderjährige Migranten in Deutschland: Aufnahme, Rückkehr und Integration; Studie II/2008 im Rahmen des Europäischen Migrationsnetzwerks (EMN). available from: https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/EMN/Studien/wp26-emn-unbegleitete-minderjaehrige.pdf?__blob=publicationFile Access Date: 12.08.2018
- (227.) Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2014) Das Bundesamt in Zahlen 2014 Asyl, Migration und Integration. available from: https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2014.pdf?__blob=publicationFile Access Date: 07.09.2016
- (228.) Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) (1992) Asylverfahrensgesetz available from: https://www.gesetze-im-internet.de/asylvfg_1992/ Access Date: 12.08.2018
- (229.) Funck BJ, Karakaşoğlu Y, Vogel D (2016) „Es darf nicht an Papieren scheitern“. Theorie und Praxis der Einschulung von papierlosen Kindern in Grundschulen. Universität Bremen, ISBN: 978-3-944763-17-0. available from: https://www.gew-berlin.de/public/media/Nicht_an_Papieren_scheitern_2015_A4_web.pdf Access Date: 12.08.2018
- (230.) Klingelhöfer S, Rieker P, Deutsches Jugendinstitut e.V. (2003) Junge Flüchtlinge in Deutschland. available from: https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/188_2138.pdf Access Date: 12.08.2018
- (231.) Deutsches Jugendinstitut e.V. (2014) Die Probleme junger Flüchtlinge in Deutschland, DJI Impulse, Das Bulletin des Deutschen Jugendinstituts. available from: http://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bulletin/d_bull_d/bull105_d/DJI_114_WEB.pdf Access Date: 08.09.2016
- (232.) Förderverein PRO ASYL e.V. (2011) Flüchtlingskinder in Deutschland, Politischer und gesellschaftlicher Handlungsbedarf nach Rücknahme der Vorbehalte zur UN-Kinderrechtskonvention. available from: http://www.netzwerk-kinderrechte.de/fileadmin/publikationen/Positionspapier_Fluechtlingskinder.pdf Access Date: 03.08.2016
- (233.) Razum O, Geiger I, Zeeb H (2004) SPEKTRUM-Gesundheitsversorgung von Migranten. Deutsches Arzteblatt-Arztliche Mitteilungen-Ausgabe A 101(43):2882-7
- (234.) Heim T (2004) Missverständnisse–nicht nur durch die Sprache. Probleme bei der hausärztlichen Versorgung von Migranten. MMW Fortschr Med 22:4-6

- (235.) Ludwig M, Amnesty International (2015) Amnesty Journal, Kein sicherer Ort, viele geflüchtete Frauen haben im Heimatland oder auf der Flucht sexuelle Gewalt erlebt. Doch auch in Deutschland finden sie häufig keinen Schutz. available from: <http://www.amnesty.de/journal/2015/dezember/kein-sicherer-ort> Access Date: 27.09.2016
- (236.) Russo G, Vita S, Miglietta A, Terrazzini N, Sannella A, Vullo V (2016) Health profile and disease determinants among asylum seekers: a cross-sectional retrospective study from an Italian reception centre. *Journal of Public Health* 38(3):212-22
- (237.) Padovese V, Egidi AM, Melillo Fenech T, Podda Connor M, Didero D, Costanzo G, et al. (2014) Migration and determinants of health: clinical epidemiological characteristics of migrants in Malta (2010–11). *Journal of Public Health* 36(3):368-74
- (238.) Papan C, Hübner J, von Both U (2016) Infektionen bei Flüchtlingskindern–woran muss man denken? *Kinderärztliche Praxis*, 2016; 87 (5) Seite 322-326
- (239.) Lindert J, Brähler E, Wittig U, Mielck A, Priebe S (2008) Depressivität, Angst und posttraumatische Belastungsstörung bei Arbeitsmigranten, Asylbewerbern und Flüchtlingen. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie* 58(03/04):109-22
- (240.) Lie B (2004) The psychological and social situation of repatriated and exiled refugees: a longitudinal, comparative study. *Scandinavian Journal of Public Health* 32(3):179-87
- (241.) Lavik NJ, Hauff E, Skrondal A, Solberg O (1996) Mental disorder among refugees and the impact of persecution and exile: some findings from an out-patient population. *The British Journal of Psychiatry* 169(6):726-32
- (242.) Friederichs E (2016) Flüchtlinge: Resilienz stärken. *Dtsch Arztebl International* 113(26):1267-
- (243.) Wahn U, Seger R, Wahn V, Holländer GA (Hrsg)(2005) *Pädiatrische Allergologie und Immunologie*, 4. Aufl. Elsevier Urban & Fischer, München, ISBN 9783437313455
- (244.) Langen U, Schmitz R, Steppuhn H (2013) Prevalence of allergic diseases in Germany. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 56(5):698-706
- (245.) Clough S (2011) Gender and the hygiene hypothesis. *Social Science & Medicine* 72(4):486-93
- (246.) Almqvist C, Worm M, Leynaert B, for the working group of GALENWPG (2008) Impact of gender on asthma in childhood and adolescence: a GA2LEN review. *Allergy* 63(1):47-57

- (247.) Postma DS (2007) Gender Differences in Asthma Development and Progression. *Gender Medicine* 4:S133-S46
- (248.) Bollini P, Siem H (1995) No real progress towards equity: Health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Social Science & Medicine* 41(6):819-28
- (249.) Von Radetzky MC, Stoewe K, Institut der deutschen Wirtschaft Köln (2016) Flüchtlinge: Bildungsstand syrischer Flüchtlinge-5 Gerüchte auf dem Prüfstand. available from: <https://www.iwkoeln.de/studien/iw-kurzberichte/beitrag/fluechtlinge-bildungsstand-syrischer-fluechtlinge-5-geruechte-auf-dem-pruefstand-280548.html> Access Date: 12.08.2018
- (250.) Worbs S, Bund E, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF), (2016) BAMF-Kurzanalyse, Kurzanalysen des Forschungszentrums Migration, Integration und Asyl des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge, Asylberechtigte und anerkannte Flüchtlinge in Deutschland Qualifikationsstruktur, Arbeitsmarktbeteiligung und Zukunftsorientierungen. available from: https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Kurzanalysen/ku-rzanalyse1_qualifikationsstruktur_asylberechtigte.pdf?__blob=publicationFile Access Date: 25.09.2016
- (251.) Kreyenfeld M, Konietzka D (2002) The performance of migrants in occupational labour markets. *European Societies* 4(1):53-78
- (252.) Beasley R (1998) Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. *The Lancet* 351(9111):1225-32
- (253.) Nieuwenhuysen JPV, Carvalho JC, D'Hoore W (2002) Caries reduction in Belgian 12-year-old children related to socioeconomic status. *Acta Odontologica Scandinavica* 60(2):123-8
- (254.) Hoffmann T, John M, Kerschbaum T, Micheelis W, Potthoff P, Reich E, et al. (2006) Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV) Neue Ergebnisse zu oralen Erkrankungsprävalenzen, Risikogruppen und zum zahnärztlichen Versorgungsgrad in Deutschland 2005. Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Köln. available from: <https://www.idz.institute/publikationen/buecher/vierte-deutsche-mundgesundheitsstudie-dms-iv.html> Access Date: 12.08.2018
- (255.) Kühnisch J, Senkel H, Heinrich-Weltzien R (2003) Vergleichende Untersuchung zur Zahngesundheit von deutschen und ausländischen 8-bis 10-Jährigen des westfälischen Ennepe-Ruhr-Kreises. *Das Gesundheitswesen* 65(02):96-101
- (256.) Knopf H, Rieck A, Schenk L (2008) Oral hygiene. KIGGS data on caries preventative behaviour. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 51(11):1314-20

- (257.) Shearer DM, Thomson WM, Broadbent JM, Poulton R (2011) Maternal oral health predicts their children's caries experience in adulthood. *J Dent Res* 90(5):672–7
- (258.) Sundby A, Petersen PE (2003) Oral health status in relation to ethnicity of children in the Municipality of Copenhagen, Denmark. *International Journal of Paediatric Dentistry* 13(3):150-7
- (259.) Winkler G (2003) Ernährungssituation von Migranten in Deutschland–was ist bekannt. *Ernährungsumschau* 1(1):170-5
- (260.) Ünal A (2011) Warum sind türkische Kinder oft so dick? *MMW - Fortschritte der Medizin* 153(43):50-3
- (261.) Bundesärztekammer (2015) Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (Stand 2015). available from: <http://www.bundesaerztekammer.de/recht/berufsrecht/muster-berufsordnung-aerzte/muster-berufsordnung/> Access Date: 25.11.2017
- (262.) Pediatrics AAO (2006) THE APGAR SCORE. *Advances in Neonatal Care* 6(4):220-3
- (263.) United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2015) Asylum Trends 2014, Levels and Trends in Industrialized Countries. available from: <http://www.unhcr.org/551128679.html> Access Date: 01.03.2016
- (264.) Statistisches Bundesamt (2014) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit Bevölkerung mit Migrationshintergrund -Ergebnisse des Mikrozensus. available from: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220147004.pdf?__blob=publicationFile Access Date: 11.08.2016
- (265.) Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2013) Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. available from: https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2014.pdf?__blob=publicationFile Access Date: 11.08.2016
- (266.) Farmer PE, Nizeye B, Stulac S, Keshavjee S (2006) Structural violence and clinical medicine. *PLoS Med* 3(10):e449
- (267.) World Health Organization (WHO) (2016) The Z-score or standard deviation classification system. available from: <http://www.who.int/nutgrowthdb/about/introduction/en/index4.html> Access Date: 12.09.2016
-