

Aus dem Institut für Medizinische Psychologie
der Universität München

Vorstand: Univ.-Prof. Martha Merrow, Ph.D.



Gesundheitsstatus und Traumafolgestörungen
bei syrischen Flüchtlingskindern.

Theoretische Annäherung und empirische Ergebnisse
aus einer Vollerhebung in München im Kontext von Flucht, Trauma, Familie
und Gesundheit.

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

vorgelegt von

Seval Ellert, geb. Soykök

aus München

2022

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Martha Merrow, PhD

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Thomas Ehring
Prof. Dr. Frank Padberg
PD Dr. Markos Maragkos
Prof. Dr. Michael Hölscher

Dekan: Prof. Dr. med. Thomas Gudermann

Tag der mündlichen Prüfung: 06. April 2022

“You may write me down in history
with your bitter, twisted lines.
You may trod me in the very dirt
but still, like dust, I'll rise.

[...]

Leaving behind nights of terror and fear

I rise

Into a daybreak that's wondrously clear

I rise

Bringing the gifts that my ancestors gave,

[...]

I rise

I rise

I rise.”

(Angelou, 1986)



© Foto Manfred Lehner: Bayernkaserne bei einer Aufführung der Clowns ohne Grenzen für die Kinder organisiert von der Teamkollegin Dr. Al-Hallak am Ende der Studie.

© Seval Ellert 2020

Alle Rechte - vor allem die zur Vervielfältigung und Verbreitung
(auch über elektronische Medien) - liegen beim Autor.

Dies gilt natürlich nicht für Elemente, die aus anderen Veröffentlichungen entnommen sind.

Für meine Oma Seher und meine Mama, Aylacim.

Hier mein Versprechen an Euch.

Nur icinde yatin inshallah.

Danksagung

An erster Stelle danke ich dem lieben Gott für alle Erfahrungen, die ich machen durfte und an denen ich wachsen durfte.

Danach danke ich aus ganzem Herzen allen Kindern und Familien, die in einer so schwierigen Lebenszeit im Vertrauen uns ihr Herz ausgeschüttet haben. Ich hoffe, dass es ihnen allen gut geht, sie wohlauf sind und Kind sein dürfen.

Ich danke der Stiftung Kinder im Zentrum – Für Kinder e.V. für die Finanzierung der Studie. Ich danke den KollegInnen, die mich in diesem Projekt tatkräftig unterstützt haben. Ich danke dem Statistiker Herrn Ulm für die statistische Beratung.

Ich danke Schwester Scholastika, dass sie mir in meiner Not Gehör und Hilfe geschenkt hat. Gott beschützte sie.

Ich danke Prof. Richard Mollica, dafür dass er mir im schwierigsten Moment der Promotion seine Hilfe authentisch zugesichert hat. Danke Richard!

Ich danke meinem Anwalt für Patent- und Urheberrecht, Dr. Kaya Köklü, für die von Anfang an unermüdliche, so kompetente und auch menschliche Unterstützung im langen gemeinsamen Kampf für das, was selbstverständlich sein sollte.

Ich danke meinen zwei Gutachtern Prof. Martha Merrow und PD. Markos Maragkos. Ich danke meiner wunderbaren Doktormutter: Danke, dass du an mich glaubst. Danke, dass du ein wunderbarer Mensch und eine wohlwollende Doktormutter bist. Ich danke meinem langjährigen Mentor und Professor, PD. Dr. Markos Maragkos: danke, dass du ein gutes Herz hast. Danke, dass du immer für mich über all die Jahre im Laufe meiner gesamten wissenschaftlichen Karriere ausbildend, beratend und motivierend da warst. Danke aus ganzem Herzen, dass du mich von Anfang an mit dieser Arbeit unterstützt hast. Danke, dass du ein ehrbares Vorbild als Professor und Ausbilder bist. Ich habe am meisten von dir lernen dürfen. Gott beschütze euch.

Ich danke Heinz sehr für seinen Scharfsinn und für seinen mutigen Impuls zur richtigen Zeit!

Ich danke in voller Liebe und tiefem Respekt meiner Mutter, Ayla Akdere, dafür, dass Sie uns zu mündigen Menschen mit festen Werten erzogen hat. Dafür, dass sie immer hinter mir steht und das größte Herz, mit der tiefsten Mutterliebe und der stärksten Zuversicht besitzt. Danke Mami dafür, dass du mich mit deiner Kraft durch diese lange Zeit der Promotion zum Erfolg gepusht hast. Am liebsten würde ich dir diesen Titel schenken. Gott beschütze dich canim Anam. Seni cok seviyorum.

Ich danke meinem Onkel Murat, dafür dass er beim Elternsprechtag für mich immer da war, dafür dass er mit mir sooft Mühle gespielt hat und dafür, dass er immer jeden Funken von Ehrgeiz gefördert hat und mir immer das Gefühl gegeben hat, dass ich alles schaffen kann, was ich mir vornehme. Ich danke meinem wunderbaren Onkel Özcan dafür, dass er mir das Fahrrad neben mein Bett gestellt hat, dafür dass er mir Bildung ermöglicht und gefördert hat und mir immer das subtile Gefühl von Sicherheit gegeben hat. Ich danke meiner Tante Leyla, dass Sie mir immer jedes Jahr ein neues Federmäppchen und viele Witzebücher gekauft hat. Ich danke meinen Geschwistern Sevgi Soykök, Burak Soykök und Senem Soykök dafür, dass wir so eine geile Bande zusammen sind und immer füreinander da sind.

Ganz besonders danke ich aus ganzem Herzen meinem Ehemann, der mir auf dieser prägenden und aufregenden Reise der Promotion immer mit Liebe begegnet ist, mit immenser Kraft supportet hat, und ganz oft mit einem lauten Resilienzlachen die schwierigen Momente einfach mit Leichtigkeit gemeistert hat. Was für eine Story, mein Schatz! Ich liebe dich. Gott beschütze dich.

Zusammenfassung

Hintergrund: Der andauernde Krieg in Syrien hat Millionen von Syrern gezwungen, in Europa Zuflucht zu suchen. In den letzten 7 Jahren sind über 1 Million Syrer nach Deutschland eingewandert. Der Krieg in ihrem Heimatland, die Bedingungen während ihrer Flucht sowie die minderwertigen Lebensbedingungen in den Auffanglagern sind allesamt potentiell traumatische Ereignisse und gesundheitliche Risiken für Erwachsene und Kinder.

Ziel: Diese Studie untersuchte die allgemeine psychische und somatische Gesundheit von Flüchtlingskindern aus Syrien in München/Deutschland am größten europäischen Aufnahmezentrum. Zusätzlich wurden die Eltern zu ihrem Gesundheitszustand befragt, um detaillierte Informationen über ihre Flüchtlingsreise und die Bedingungen im Aufnahmezentrum zu erhalten. Die Korrelationen zwischen den Details der Flüchtlingsreise sowie den Ergebnissen der Gesundheitsuntersuchungen wurden durch die Kontrolle bestehender Trauma-Risikomoderatoren berechnet, wobei der Schwerpunkt auf der Traumadiagnose der Kinder lag.

Die Methode: Es wurde eine Vollerhebung syrischer Flüchtlingskinder mit ihren Familien in einem Aufnahmezentrum in Deutschland (N=130) direkt nach der Ankunft mit über 1000 Testvariablen und umfassenden klinischen Interviews durchgeführt. Somit konnte der physischen und psychischen Gesundheitszustand, die Details der Flüchtlingsreise und die Risikomoderatoren ganzheitlich untersucht werden.

Ergebnisse: Als zentrales Ergebnis wurde festgestellt, dass 29% der Kinder eine posttraumatische Belastungsstörung haben und weitere 21% aufgrund des klinischen Trauma-Interviews an einer Anpassungsstörung litten. Die verschiedenen Flugrouten (Land, See, Luft) hatten entweder einen geringen oder keinen Einfluss auf die Traumadiagnose. Im Gegensatz dazu korrelierten spezifische Umstände auf der Flugreise mit den Ergebnissen der Traumadiagnose. Darüber hinaus wurde bei 63% der Kinder Zahnkaries diagnostiziert, 25% litten an Lungenerkrankungen und 11% an einer Infektionskrankheit. 42% aller Kinder, die an der Studie teilnahmen, waren nicht gemäß dem europäischen Impfplan geimpft. Die Mehrheit der Eltern litt an Schlafstörungen und neurologischen Kopfschmerzen.

Implikationen: Die Ergebnisse zeigen deutlich die Notwendigkeit von Frühinterventionssystemen im Hinblick auf die Gesundheit der Flüchtlingskinder. Die Situation erfordert wegen der hohen PTBS-Raten eine psychische Gesundheitsversorgung sowie eine breit angelegte medizinische Versorgung vor Ort, um den dringenden Gesundheitsbedürfnissen der Kinder und ihrer Eltern gerecht zu werden. Nachhaltige, kultursensible und professionelle medizinische und psychologische Dienste werden benötigt. Je früher, desto besser.

Abstract

Background: The ongoing war in Syria has forced millions of Syrians to search for refuge in Europe. In the last 7 years over 1 Million have immigrated to Germany. The war in their home country, conditions during their flight, as well as sub-standard living conditions in the reception camps, are all potentially traumatic events and health risks for both adults and children.

Objective: This study investigated the overall mental and somatic health of refugee children from Syria in Munich/Germany at the largest European intake center. Additionally, the parents have been interviewed on their health status, for detailed information about their refugee journey and on conditions in the intake center. The correlations between the details of the refugee journey as well as the results of the health examinations have been calculated by controlling existing trauma risk-moderators, with a focus on the children's trauma diagnosis.

Method: A complete census of Syrian refugee children with their families in an intake center in Germany (N=130) was assessed directly after arrival with over 1000 test variables and comprehensive clinical interviews testing for state of physical and psychological health, refugee journey details and risk moderators.

Results: The central result was that 29% of the children had post-traumatic stress disorder and another 21% suffered from adaptation disorder due to the clinical trauma interview. The different flight routes (land, sea, air) had either little or no influence on the trauma diagnosis. In contrast, specific circumstances during the flight correlated with the results of the trauma diagnosis. In addition, 63% of the children were diagnosed with dental caries, 25% suffered from lung diseases and 11% from an infectious diseases. 42% of all children who participated in the study were not vaccinated according to the European vaccination plan. The majority of parents suffered from sleep disorders and neurological headaches.

Implications: The results demonstrate clearly the need for early intervention systems with respect to refugee children's health. The situation demands mental health care for the high PTSD rates as well as broad-range medical health care on sight, in order to remedy the urgent health needs of children and their parents. Sustainable, culture sensitive and professional medical and psychological services are needed. The earlier, the better.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Abbildungsverzeichnis | VI |
| Abkürzungsverzeichnis | IX |
| 1 Einleitung | 1 |
| 1.1 Phänomen in der sozialen Realität | 1 |
| 1.2 Relevanz des Themas | 2 |
| 1.3 Zielsetzung und Fragestellung der Arbeit | 3 |
| 1.4 Ablaufstruktur und Vorgehensweise | 4 |
| 2 Theoretische Fundierung | 6 |
| 2.1 Flucht und Migration | 6 |
| 2.1.1 Begriffsdefinition des Kontext Flucht und Migration | 7 |
| 2.1.2 Fluchtmotive und -umstände | 13 |
| 2.1.3 Fluchtarten und -formen | 14 |
| 2.1.4 Kennzahlen zur Flüchtlingssituation während der Erhebungszeit | 17 |
| 2.1.5 Hauptfokusgruppe fliehende Familienbündnisse: Relevanz von Bindung | 25 |
| 2.1.6 Syrer als Hauptflüchtlingsgruppe | 27 |
| 2.1.7 Kinder und Jugendliche auf der Flucht | 28 |
| 2.1.8 Prognose und Veränderungen der Flüchtlingsbewegung seit Studienende | 29 |
| 2.2 Trauma und Posttraumatische Erkrankungen | 32 |
| 2.2.1 Definition Trauma | 35 |
| 2.2.2 Epidemiologie von PTBS weltweit | 36 |
| 2.2.3 Klassifikation von Trauma | 52 |
| 2.2.4 Traumadiagnostik ICD-10, ICD-11 und DSM-IV und DSM-V | 54 |
| 2.2.5 Traumadiagnostik im Kindes- und Jugendalter: Historie und heute | 66 |
| 2.2.6 Traumatische Verlaufssymptomatik und Komorbiditäten | 69 |
| 2.2.7 Neurobiologische Grundlagen bei einer Traumatisierung im Kindesalter | 72 |

| | |
|--|-----|
| | 6 |
| 2.2.8 Trauma und Bindung | 76 |
| 2.2.9 Gesellschaftliche Kosten des Versorgungsbedarfs von Flüchtlingen | 77 |
| 2.3 Gesundheitsstatus im Untersuchungskontext syrische Flüchtlinge | 81 |
| 2.3.1 Gesundheitsstatus vor der Flucht | 81 |
| 2.3.2 Gesundheitsstatus nach der Flucht | 83 |
| 2.4 Konzeptuelles Modell, Forschungslücke und Forschungsfragen | 90 |
| 3 Empirische Analyse | 92 |
| 3.1 Untersuchungsstrategie | 92 |
| 3.2 Methode und Messinstrument | 93 |
| 3.3 Untersuchungsdesign | 103 |
| 3.4 Gütekriterien der Untersuchung | 112 |
| 3.5 Kritische Würdigung des empirischen Ansatzes | 113 |
| 3.6 Datenanalyse | 115 |
| 3.6.1 Beschreibung der Stichprobe | 115 |
| 3.6.2 Ergebnisse und Interpretation | 116 |
| 4 Schlussfolgerungen und Ausblick | 139 |
| 4.1 Implikationen für die Wissenschaft | 139 |
| 4.2 Implikationen für die Praxis | 142 |
| Literaturverzeichnis | 180 |
| Anhang | 225 |
| Eidesstattliche Erklärung | 226 |
| Lebenslauf | 227 |
| Publikationsliste | 229 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|-----|
| Abbildung 1: Kernfragestellung | 4 |
| Abbildung 2: Ablaufstruktur der Dissertation | 4 |
| Abbildung 3: Migrationsprozessmodell | 15 |
| Abbildung 4: Fluchtländer und Fluchtquantität zur Zeitpunkt der Datenerhebung | 18 |
| Abbildung 5: Fertilitätsrate syrischer Frauen | 24 |
| Abbildung 6: Konzeptuelles Modell mit Ergänzung der Belastung der Eltern | 27 |
| Abbildung 7: Alter und Geschlecht syrischer Flüchtlinge | 27 |
| Abbildung 8: Konzeptuelles Modell mit Fokus auf Flucht und Migration | 32 |
| Abbildung 9: Einwirkung eines potentiell traumatischen Erlebnisses (ptE) | 33 |
| Abbildung 10: Wahrscheinlichkeit komorbide Störungen zu entwickeln nach Erleben eines pTE | 43 |
| Abbildung 11: „Lebenszeitprävalenz traumatischer Ereignisse im Leben von deutschen Jugendlichen“ | 47 |
| Abbildung 12: Arten der Funktions-Adaption nach traumatischem Erlebnis | 52 |
| Abbildung 13: Klassifikation psychischer Störungen nach Traumatisierung bzw. schwerer Belastung | 53 |
| Abbildung 14: Konzeptuelles Modell und Versorgungsbedarf | 69 |
| Abbildung 15: Dauer von PTBS Symptomatik ohne Behandlung | 70 |
| Abbildung 16: Komorbiditäten und Entwicklungsphasen | 72 |
| Abbildung 17: Reiz-Reaktion-Prozess und H-H-N-Achse | 73 |
| Abbildung 18: Moderator und Risikofaktor biologische Disposition | 76 |
| Abbildung 19: Konzeptuelles Konzept mit Fokus auf die Moderatoren | 83 |
| Abbildung 20: Fluchtländer und Fluchtcamps | 88 |
| Abbildung 21: Konzeptuelles Modell | 90 |
| Abbildung 22: Consort Statement Flow Diagramm | 104 |
| Abbildung 23: Untersuchungsdesign | 105 |
| Abbildung 24: Geschlechtsspezifische Unterschiede und Traumafolgestörung | 117 |
| Abbildung 25: Mittelwert und Streuung von Alter und PTBS | 118 |
| Abbildung 26: Fluchtdauer und Traumafolgestörungen | 133 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|--|----|
| Tabelle 1: Zugangsstärkste Staatsangehörigkeiten bei Asylanträgen in Deutschland 2005-2015 | 21 |
| Tabelle 2: Asyl-Erstanträge in Bayern und Deutschland 2015 | 22 |
| Tabelle 3: Asylanträge beim Bund und in Bayern | 22 |
| Tabelle 4: Alter und Geschlecht weltweiter Anteil von Flüchtlingskindern und -jugendlichen bzgl. Flüchtlingen insgesamt | 28 |
| Tabelle 5: Zugangsstärkste Staatsangehörigkeiten bei Asylanträgen in Deutschland 2015-2019 | 30 |
| Tabelle 6: Überblick Definition Trauma | 36 |
| Tabelle 7: Risikofaktoren für eine posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Erwachsenen | 39 |
| Tabelle 8: Ereignis- und PTBS-Prävalenzen Kinder und Jugendliche | 41 |
| Tabelle 9: PTBS Prävalenzen bei Kindern und Jugendlichen nach Kontext | 42 |
| Tabelle 10: Wohnsituation von Kindern und Jugendlichen aus Asylfamilien in Bayern | 49 |
| Tabelle 11: PTBS Prävalenz bei Flüchtlingskindern | 51 |
| Tabelle 12: Diagnostische Phasen bei posttraumatisierten Kindern | 55 |
| Tabelle 13: Die Kriterien der akuten Belastungsreaktion nach ICD-10 | 58 |
| Tabelle 14: Diagnosekriterien der Anpassungsstörung | 59 |
| Tabelle 15: Forschungsdiagnosekriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung | 60 |
| Tabelle 16: Diagnose PTBS Kinder unter 6 Jahren | 61 |
| Tabelle 17: Vergleich der Trauma- und Stress-Störungen zwischen dem ICD-10 und dem ICD-11 | 63 |
| Tabelle 18: Anhaltende Trauerstörung | 65 |
| Tabelle 19: Komorbiditäten mit einer PTBS Erkrankung im Kindes- und Jugendalter | 71 |
| Tabelle 20: Direkte und indirekte Kosten einer Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter | 79 |
| Tabelle 21: WHO-Projektionen zu psychischen Störungen in erwachsenen Bevölkerungsgruppen, die von Notfällen betroffen sind | 84 |
| Tabelle 22: Fälle von psychischer Gesundheit, die vom internationalen medizinischen Korps in verschiedenen Regionen Syriens bearbeitet werden | 86 |
| Tabelle 23: Forschungsfragen | 91 |
| Tabelle 24: Diagnostische Phasen bei posttraumatisierten Kindern | 94 |

| | |
|--|-----|
| Tabelle 25: Theoriegeleitete Operationalisierung des Messinstruments | 96 |
| Tabelle 26: Screening Tools und Kriteriumsvalidität von Skalen zur psychischen Gesundheit von Flüchtlingskindern und -jugendlichen | 98 |
| Tabelle 27: Messinstrumentenvalidität in Abhängigkeit des Alters (0-14 Jahre) | 99 |
| Tabelle 28: K-S Test auf Normalverteilung | 119 |
| Tabelle 29: Signifikanztest zur PTBS und Anzahl der Kinder (Gruppenvariable) | 119 |
| Tabelle 30: Mittelwert und Streuung Traumafolgestörung und Anzahl der Kinder | 120 |
| Tabelle 31: Kreuztabelle Geschlecht und erste Achse Klinisch-Psychiatrisches Syndrom | 121 |
| Tabelle 32: Signifikanztest (U-Test) PTBS und den Gruppenvariablen internalisierende Verhaltensweisen | 124 |
| Tabelle 33: Kreuztabelle Traumafolgestörung und internalisierende Verhaltensweisen | 125 |
| Tabelle 34: Kreuztabelle Geschlecht des Kindes und Vierte Achse Körperliche Symptomatik. | 126 |
| Tabelle 35: Korrelation zwischen Bildungsjahre der Mutter und der Belastungssymptomatik der Mutter | 128 |
| Tabelle 36: Häufigkeit Fluchtweg | 129 |
| Tabelle 37: Logistische Regression Fluchtweg (uV) und PTBS (aV) | 130 |
| Tabelle 38: Logistische Regression Fluchtweg (uV) und Anpassungsstörung (aV) | 130 |
| Tabelle 39: Häufigkeit Fluchtgründe | 132 |
| Tabelle 40: Prozentuales Auftreten von Fluchtumständen und Traumafolgestörung | 134 |
| Tabelle 41: ICD-10 | 136 |
| Tabelle 42: Überblick Forschungsfragen und Kernergebnisse | 138 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-------------|--|
| Abb. | Abbildung |
| ACTH | Adrenocorticotropin Hormon |
| ARD | Allgemeines Rundfunk Deutschland |
| C-BCL | Child Behavior Checklist |
| CRH | Corticotropin-Releasing Hormone |
| ECHO | European Commission's Humanitarian Aid and Civil Protection Department |
| DSM-IV | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder |
| Dr. | Doktor |
| H-H-N Achse | Hypothalamus-Hypophyse-Nebennierenrinde Achse |
| ICD-10 | International Classification of Diseases |
| IKK-Test | Interkultureller Kompetenztest |
| K-ABC | Kaufmann ABC |
| Kinder DIPS | Kinder Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen |
| KZ | Konzentrationslager |
| M-ABC | Movement ABC Entwicklungsdiagnostik |
| MERS-CoV | Middle East respiratory syndrome coronavirus |
| N-NAT | Naglieri Nonverbal Ability Test |
| Prof. | Professor |
| PTBS | Posttraumatische Belastungsstörung |
| PTSD | Posttraumatic Stress Disorder |
| PTSDSSI | Posttraumatic Stress Disorder Semi-Structured Interview |
| STMAS | Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration |
| Tab. | Tabelle |
| TUM | Technische Universität München |
| UNHCR | United Nations High Commissioner for Refugees |
| UNICEF | United Nations Children's Fund |
| UB | Untersuchungsbogen |
| usw. | und so weiter |
| WHO | World Health Organization |

Im Sinne eines geringeren Lesewiderstandes wird in der vorliegenden Dissertation auf den Ausdruck der weiblichen Form verzichtet. Eine Verwendung der männlichen Form schließt jedoch selbstverständlich die weibliche Form mit ein.

1 Einleitung

„Wo man Gefahren nicht besiegen kann, ist Flucht der Sieg.“ (Seume, n.d.)

1.1 Phänomen in der sozialen Realität

Das Phänomen Flucht ist der Menschheit lange bekannt. Noch nie waren jedoch so viele Menschen aktiv auf der Flucht, wie heute. Das 21. Jahrhundert ist von Flucht und Migration geprägt – und gesamtgesellschaftlich und weltpolitisch mit den mannigfaltigen Ursachen für Flucht, und den Interdependenzen der Ursachen konfrontiert (FES, 2020). Flucht und Migration ist zuletzt seit dem Ausbruch des Syrienkrieges in der westlichen Welt zu einem zentralen gesamtgesellschaftlichen Thema geworden, besonders durch die drastische Zunahme der Flüchtlingszahlen und Asylverfahren im Jahr 2013/2014. Während zum Zeitpunkt der Studie 65.6 Millionen Menschen (UNHCR, 2016) auf der Flucht sich befanden, sind es aktuell bereits 70.8 Millionen Menschen geworden (UNHCR, 2019). Hierunter sind aktuell 25.9 Millionen Flüchtlinge und weitere 3.5 Millionen als Asylsuchende dazu zuzuordnen. Bei den verbleibenden 41.3 Millionen Menschen handelt es sich um Binnenvertriebene (UNHCR, 2019). Laut den Dokumentationen der UNHCR hat sich demnach in den letzten zwei Jahrzehnten weltweit die Anzahl an Menschen, die zwangsweise fliehen müssen, mehr als dupliziert (UNHCR, 2018).

Die Aktualität der Flüchtlings- und Migrationsthematik hat in den letzten Jahren auch nicht abgenommen. Ganz im Gegenteil: da ein Zusammenhang zwischen dem Weltbevölkerungswachstum und Migrationszahlen festgestellt werden konnte, prognostizieren Experten, dass der Migrationsdruck in den kommenden Jahren und Jahrzehnten weiter steigen wird (BMVG, 2020).

Die Fluchtursachen sind oftmals multiple und potenzieren sich auch gegenseitig, welches an Hand des Migrationsdrucks der Menschen ablesbar ist. Die Haupttreiber sind hier vor allem Krieg und Gewalt, Perspektivlosigkeit und Armut, Diskriminierung und Verfolgung, Rohstoffhandel und Landraub sowie Umweltzerstörung und Klimawandel. (Medico, 2019)

Während die große Mehrheit der Flüchtenden in Entwicklungsländern leben, schafft es nur 1 von 5 Flüchtlingen, weiter als in eines seiner Nachbarländer zu fliehen. Daher ist es nachvollziehbar, dass 84% aller Flüchtlinge in verarmten Nachbarländern bleiben, während es nur ein Bruchteil bis zu einer legalen oder illegalen Einreise nach Europa bzw. Deutschland schaffen. Der auf ein Rekordhoch gestiegenen Zahl an 70.8 Millionen Flüchtlingen, ist die drastisch gesunkene Zahl an Asylsuchenden in Deutschland zu stellen. Im besagten Rekordjahr

2016, kurz nach Abschluss der vorliegenden Studie, verzeichnete Deutschland 722.000 Asylersanträge, 2018 bereits stark reduziert, 162.000 und 2019 nur noch 142.500 (Pro Asyl, 2019).

Die Hälfte aller aktuellen 70.8 Millionen Flüchtlinge sind unter 18 Jahren alt – das heißt, dass aktuell über 35 Millionen Kinder- und Jugendliche auf der Flucht leben. (UNO, 2020) Die besondere Verwundbarkeit von Kindern unter möglichen traumatischen Ereignissen vor, während und nach der Flucht, bedarf besonderer Aufmerksamkeit. Hierzu zählen auch im Besonderen minderjährige Kinder, die ohne jegliche Begleitung von ihren Familien oder Verwandten angehalten sind, sich auf eine Fluchtreise zu begeben. Diese sogenannten unbegleitete minderjährigen Flüchtlinge (Abk. umFs.), sind in ihrem Wohlergehen noch stärker gefährdet. (UNO, 2019a)

Der gesundheitliche Zustand und insbesondere auch die psychische Gesundheit ankommender Flüchtlinge, ist sowohl vor der Fluchtreise in ihrem Heimatland als auch während und auch nach Einreise und Niederlassung in das Ankunftsland multiplen potentiellen Risikofaktoren ausgesetzt. (Gardemann, 2005)

1.2 Relevanz des Themas

Mit dem gesellschaftlichen Zuwachs durch die ankommenden Flüchtlinge, ist es von hoher Relevanz, ein Basiswissen über den Gesundheitsstatus der einreisenden Flüchtlinge zu generieren. Besonders gefordert werden die Versorgungssysteme in den Ankunftsändern sein, die sich mit begrenzter Kapazität und Vorbereitung potentiell neuen medizinischen, psychotherapeutischen und sozialtherapeutischen Herausforderungen stellen müssen, die es abzuschätzen und realisieren gilt. Durch den Zuwachs an versorgungsbedürftigen Menschen auf der einen Seite, und den begrenzten, oftmals bereits überreizten Versorgungssystemen in Deutschland auf der anderen Seite, ist eine Abschätzbarkeit des Versorgungsbedarfs unabdingbar für Staat, Kommunen und Gemeinden. Auch ist aus der Sicherheitsperspektive für die Gesellschaft, zum Schutz vor Infektionskrankheiten, eine Grundeinschätzung von Gesundheit und Krankheit bei jeder Art von Migrationszuwachs relevant. (DGPPN, 2018)

Besonders ist hier die Fokusgruppe von Kindern- und Jugendlichen zu beleuchten. Die Literatur zeigt starke Konsistenzen der tiefgreifenden Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden und der biologischen Einbettung von traumatischen Erfahrungen auf Kinder- und Jugendliche im Kontext vom Erleben von sogenanntem Extremstress, wie zum Beispiel

einer Fluchterfahrung, dem Verlust einer nahestehenden Person oder das Erleben oder Beobachten von traumatischen Erlebnissen wie Gewalt und Missbrauch. Gleichzeitig gibt es einen bemerkenswerten Mangel an Beweisen über wirksame Interventionen im Kindes- und Jugendalter. (Masten, & Narayan, 2012).

Ohne Kenntnis des Gesundheitsstatus von Flüchtlingskindern können keine effektiven und effizienten Versorgungskonzepte entwickelt und implementiert werden oder Folgeprobleme abgeschätzt werden. Die Kenntnis des Gesundheitszustandes der Flüchtlingskinder, kann finanzielle und strukturelle Entscheidungen beeinflussen und somit gesellschaftliche negative Konsequenzen, abwenden.

1.3 Zielsetzung und Fragestellung der Arbeit

Es lebten zum Zeitpunkt der Studie ca. 1550 syrische Flüchtlingskinder und Jugendliche mit ihren Familien in München und Umland (Bayerischen Staatsministerium, personal communication, 2013). Über den Gesundheitszustand dieser Kinder und Jugendlicher existieren keine detaillierten Daten. Sowohl über den somatischen Gesundheitszustand als auch über den psychologischen und psychiatrischen Zustand in Folge möglicher Traumatisierung, existierten zum Zeitpunkt der Studie keine Untersuchungen und keine repräsentativen Daten. Das Ziel des vorliegenden Dissertationsprojektes war es, im Rahmen eines Sozialpädiatrischen Traumazentrums für Flüchtlingskinder, Kindern- und Jugendlichen aus syrischen Asylbewerberfamilien und eigener Fluchterfahrung eine kultursensible, gesundheitliche Diagnose von Trauma, Entwicklungsstörungen und somatischem Gesundheitszustand anzubieten und zu klassifizieren.

Gleichzeitig soll in dieser Studie der Gesundheitsstatus von syrischen Flüchtlingskindern und die psychosoziale Belastung ihrer Eltern im Rahmen einer empirischen Querschnittstudie in der Erstaufnahmeeinrichtung der Bayernkaserne erfasst und ausgewertet werden. Auch sollen Zusammenhänge zwischen möglichen Moderatoren, die einen Einfluss auf den Gesundheitszustand haben könnten, errechnet werden. Hierbei wird zum einen der somatische Versorgungsbedarf der Kinder und die Häufigkeit einer Traumatisierung sowie einer Traumafolgestörung nach dem Internationalen Klassifikationssystem der WHO (ICD-10) diagnostiziert.

Die Hauptfragestellung dieser Studie lautet daher:

Welchen Gesundheitsstatus und somatischen und traumatherapeutischen Versorgungsbedarf haben syrische Kinder und Jugendliche nach einer Fluchterfahrung?

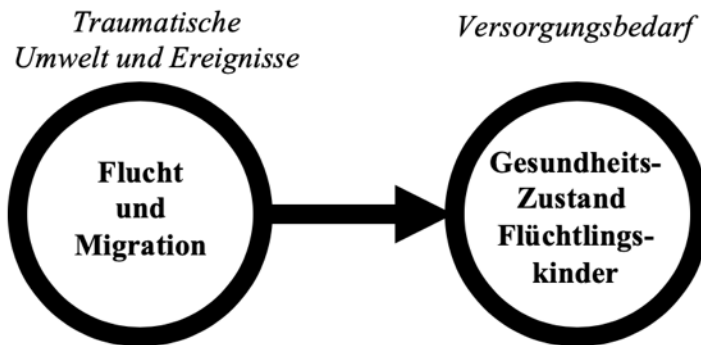


Abbildung 1: Kernfragestellung

1.4 Ablaufstruktur und Vorgehensweise

Die vorliegende Arbeit lässt sich grundsätzlich in vier Bereiche segmentieren. Im Anschluss an die Einleitung (1.) folgen die theoretische Fundierung (2.), die empirische Analyse (3.) und abschließend die Implikationen und Schlussfolgerungen des Forschers (4.).

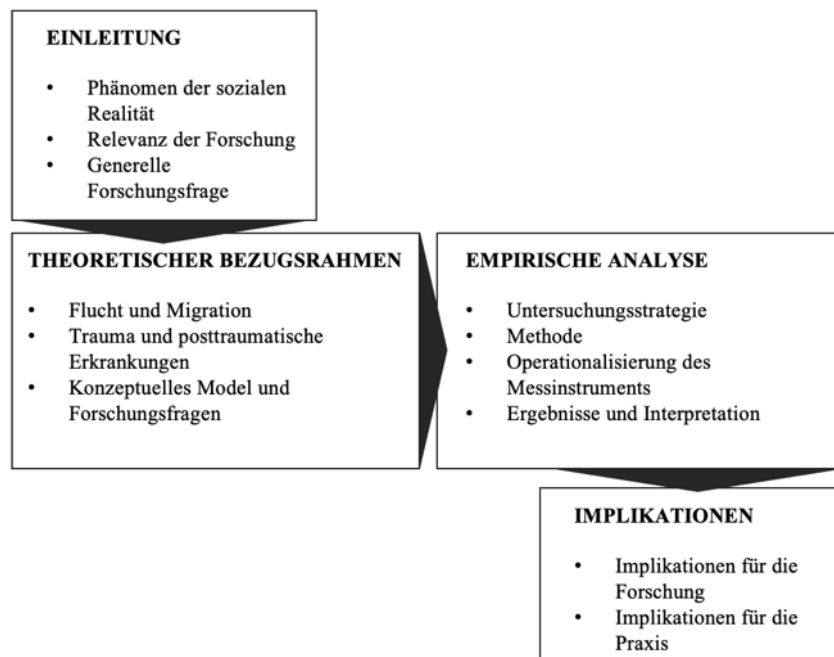


Abbildung 2: Ablaufstruktur der Dissertation

Die Theoriebildung (2.) bildet die Basis einer theoretischen Perspektive und inkludiert eine fundierte Aufarbeitung des Forschungsstandes der für die Zielsetzung relevanten Konstrukte. Das Kapitel thematisiert zunächst den allgemeinen Kontext Flucht und Migration. Den integralen Bestandteil der Theoriebildung stellt die Aufarbeitung der aktuellen Erkenntnisse im Bereich der Traumaforschung, speziell bei Kindern, dar. Auch relevante Ergebnisse zur Belastungssituation von erwachsenen Flüchtlingen soll im Kontext der elterlichen Belastung beleuchtet werden. Anschließend werden zentrale Fakten zum Kontext Flucht zusammengefasst. Diese bilden den konzeptionellen Bezugsrahmen des Untersuchungsdesigns und der Operationalisierung des Messinstruments. Das Kapitel schließt mit den auf dem Theorieansatz basierenden, weiterentwickelten Forschungsfragen ab.

Die Empirie (3.) thematisiert die Forschungsstrategie und das zusammengestellte Messinstrument zur Beantwortung der Forschungsfragen. Es folgen Implikationen zum Untersuchungsdesign für die Beschreibung der Umgebung, der Situation sowie des Umfeldes der Forschung. Das Folgekapitel nimmt Bezug auf die Gütekriterien der Untersuchung. Abschließend erfolgt die Datenanalyse.

Die Schlussfolgerungen (4.) umfassen Implikationen des Forschers für Wissenschaft und Praxis. Das Kapitel inkludiert zudem die kritische Reflexion und Grenzen des Wissensmanagements, sowie einen Ausblick des Forschers.

2 Theoretische Fundierung

Dieses Kapitel bildet die Basis der theoretischen Perspektive und inkludiert eine fundierte Aufarbeitung des Forschungsstandes bezogen auf den Kontext Flucht von Kindern und Jugendlichen und des Phänomens einer Traumatisierung. Die erarbeiteten theoretischen Konstrukte dienen dazu, die Zielsetzung zu „schärfen“ und die Dimensionen und Indikatoren der Konstrukte zu erörtern, um für die empirische Fragestellung die Operationalisierung vorzubereiten.

2.1 Flucht und Migration

Im Kontext von Flucht und Migration werden oft Akteure und Prozesse sehr unterschiedlich definiert und ausgelegt. Dies kann dazu führen, dass auf der Basis von unterschiedlichen Begriffsdefinitionen unterschiedliche Operationalisierungen angewendet werden. Um die methodische Operationalisierung dieser Arbeit plausibel darstellen zu können, werden vorliegend im Rahmen der theoretischen Annäherung an die Studie, die zentralen Begrifflichkeiten im Kontext Flucht, Migration und PTBS, und darauf aufbauend Abgrenzungen von Definitionswidersprüchen vorgenommen. Die vorliegende Arbeit versteht sich als ein wissenschaftlicher Beitrag im Bereich der transkulturellen Medizin, Psychiatrie und Psychologie sowie der interkulturellen Sozialpädiatrie. Aber auch der empirischen Flüchtlingsforschung, welches seit langem als der blinde Fleck der Migrationsforschung gesehen wurde. Die Bedürfnisse und Interessen von jungen Geflüchteten wurden lange als der „blinde Fleck der Migration- und Bildungsforschung“ (Westphal, & Behrens, 2009) titulierte. Auch in der Medizin und der Psychologie war die Erforschung von Migranten und insbesondere von Flüchtlingen lange vernachlässigt und weitestgehend von den Fach- und Forschungskreisen ignoriert (Assion, 2005). Dementsprechend war das vorliegende Forschungsprojekt, ein im Jahr 2012/2013 konzipiertes und initiiertes Forschungsprojekt in den entsprechenden Fach- und Forschungskreisen mit viel Stirnrunzeln verbunden. Die Relevanz des Forschungsziels wurde oftmals in Frage gestellt, ja sogar marginalisiert, bagatellisiert, als Randthema reduziert.

Seitdem im Sommer 2015 „die kurze Phase der Willkommenskultur“ (Behrens, 2015) in Deutschland verkündet wurde, und der Flüchtlingsmigration nach Europa ein Hoch an medialer Präsenz Teil wurde, haben auch die Forschungs- und Versorgungsstrukturen sich diesem Thema in seiner Dringlichkeit und örtlichen Relevanz und Nähe angenommen bzw.

annehmen müssen. Heute, nach dem Willkommenssommer 2015, kann man sicherlich sagen, dass Flüchtlinge in der Migrationsforschung keinen blinden Fleck mehr darstellen. (Behrens, 2015) Die Qualität der betriebenen Forschungsstudien und rasch aufgesetzten Versorgungsstrukturen, die sich vom „Hype“ der Flüchtlingsthematik aus verschiedenen - eher weniger altruistischen Gründen, ist auch aus ethischen Gesichtspunkten kritisch zu hinterfragen. (Jacobsen, & Landau, 2003) Während ähnliche fragwürdige Forschungsansätze nach der Arbeitermigrationswelle in den 60/70er Jahren in Deutschland anzutreffen waren (Bade, 1994), sollte allein der Ehrgeiz von Forschern und Forschungseinrichtungen, die sich plötzlich diesem Thema zuwenden, kein Qualitätskriterium an sich sein. In der aktuellen Literatur zu Flüchtlingsbelangen zeigen sich auch publizierte Studien, die auf fragwürdige Art und Weise, ohne die Sicherstellung von ethischen Richtlinien oder Datenschutzrichtlinien, Daten und Aussagen generieren, auf denen dann eventuell Gesetzgebungen entstehen könnten.

Wichtig ist es daher, das vorliegende Forschungsprojekt in seiner Größe, seiner Aussagekraft und den vielen Hürden und Hindernissen, die es bewältigen musste, chronologisch richtig einzuordnen. Bei der Planung dieser Studie wurden intensive Recherchearbeiten bezüglich ethischer Richtlinien und „best practice“ Beispielen aus Flüchtlingsforschungs- und Versorgungsinterventionen herangezogen. (UNHCR, 1994; Hassan, Kirmayer, Mekki- Berrada, Quosh, el Chammay, Deville-Stoetzel, Youssef, Jefee-Bahloul, Barkeel-Oteo, Coutts, Song, & Ventevogel, 2015)

Noch herrschte 2012/2013 keine breite gesellschaftliche und strukturelle Realität von Flüchtlingsbelangen, geschweige denn etablierten, gesicherten, stabilen und standardisierten Versorgungs- und Forschungsstrukturen von Flüchtlingsfamilien in der Region, obwohl sich Kolleginnen und Kollegen auch schon in der Vergangenheit mit einschlägigen Forschungsprojekten und Untersuchungen, sowie therapeutischen Institutionen dieser Bedarfsgruppe - auch in München – lange Jahre kompetent zugewendet hatten. (Butollo, & Maragos, 2012; Gavranidou, Niemiec, Magg, & Rosner, 2008; Abdallah-Steinkopff, 2017)

2.1.1 Begriffsdefinition des Kontext Flucht und Migration

Der ökologische Wechsel von einem Wohnort zu einem neuen Wohnort und damit einhergehend die tiefgreifende Veränderung der eigenen Lebenswelten und Umstände, wird als der Akt und Prozess der Migration bezeichnet (Kizilhan, 2018). Die Definition von Migration nach dem Bundesministerium für Migration und Flüchtlinge, (2006) sieht vor

allem die räumliche Verlegung des Lebensmittelpunkte als Charakteristikum einer Migration an. (BaMF, 2006)

Knipper und Bilgin (2009) setzen den Migrationsbegriff gleich wie Bade mit einer „Konstituens der *Conditio humana* wie Geburt, Vermehrung, Krankheit und Tod“ (Bade, 2005; 2017). Sie bekräftigen wie Bade (2005) und Han (2016), dass Migration ein Jahrtausende Jahre altes soziales Phänomen verkörpert, welches den Menschen seit ihrer Geburtsstunde und Evolutionsgeschichte inhärent ist. Sie unterstreichen jedoch, dass „sowohl Ausmaß, Wege und Ursachen, als auch die zeitgenössischen Bewertungen von Migrationsbewegungen insbesondere in den Aufnahmeländern vielfältig und starken Wandlungen unterworfen [sind]“ (Knipper, & Bilgin, 2009).

Genau diese Kriterien können wichtige Einflussfaktoren auf die physische und psychische Gesundheit des migrierten Menschen haben. Die neuen Lebensbedingungen in einem neuen Land, das Ausmaß der Veränderungen zum Ursprungsland und auch die Migrationsursache und das empfundene individuelle Autonomie- und Kontrollgefühl, können die Auswirkungen der Migration auf das Wohlbefinden stark lenken. Die multimodalen Hürden, die ein Individuum durch die Migration bewältigen muss, sind komplex und oftmals eng miteinander verknüpft: gesundheitliche – körperliche und psychosoziale – Veränderungen, die gesellschaftlichen Veränderungen – soziokulturelle und religiöse – und letztendlich die politischen Veränderungen – rechtliche und gesellschaftspolitische Ebene - birgt als Neustart in einer neuen Lebenswelt neben Chancen, auch Risiken für das Wohlergehen. Dementsprechend kann die neue Lebensphase auch zu neuer Krankheit führen sowie frühere Krankheiten verstärken. Die persönlichen und kollektiven Ressourcen und ganz spezifischen Bewältigungsmechanismen des jeweiligen Individuums werden hier entscheidend sein. (Kizilhan, 2018)

Migrationshintergrund und Migranten: Als Menschen mit Migrationshintergrund bzw. Migranten bezeichnet man diejenigen Mitbürger und Bürger, „[...] die nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugezogen sind, alle in Deutschland geborenen Ausländer/-innen und alle in Deutschland mit deutscher Staatsangehörigkeit Geborene mit zumindest einem zugezogenen oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil. Der Migrationsstatus einer Person wird somit sowohl aus ihren persönlichen Merkmalen zu Zuzug, Einbürgerung und Staatsangehörigkeit wie auch aus den entsprechenden Merkmalen der Eltern abgeleitet. Dies bedeutet, dass in Deutschland

geborene Deutsche einen Migrationshintergrund haben können, sei es als Kinder von Spätaussiedlern, als Kinder ausländischer Elternpaare (so genannte *ius soli*-Kinder) oder als Deutsche mit einseitigem Migrationshintergrund. Dieser Migrationshintergrund leitet sich dann ausschließlich aus den Eigenschaften der Eltern ab. Die Betroffenen können diesen Migrationshintergrund aber nicht an ihre Nachkommen vererben. Dies ist dagegen bei den Zugewanderten und den in Deutschland geborenen Ausländern der Fall. Nach den heutigen ausländerrechtlichen Vorschriften umfasst diese Definition somit üblicherweise Angehörige der 1. bis 3. Migrantengeneration (das heißt Zuwanderer, Kinder von Zuwanderern und Enkel von Zuwanderern)“ (Statistisches Bundesamt, 2015).

Die Hauptunterscheidungsmerkmal bei der Kategorisierung jeglicher Migranten - eingeschlossen sind hier auch Flüchtlinge - liegt im juristischen Sinne in der Motivstruktur, seine Heimat zu verlassen: sogenannte Flüchtlinge, sind hier in ihrer Entscheidung weniger frei und stehen eher einem Zwang gegenüber, eine Migration in Kauf nehmen zu müssen, um im äußersten Falle, weiter leben zu können. Migranten werden nach dem Völkerrecht auch was ihre juristische Zuordnung und rechtlichen Rahmenbestimmungen angeht, völlig anders gehandhabt: hier sieht die internationale Gesetzgebung, die Freiwilligkeit der Entscheidung, sein Land verlassen zu wollen, als relevantes Kriterium an. Die erzwungene Migration auf Grund eines Krieges ist klar und strikt von der wirtschaftsbedingten Migration zu differenzieren. (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2019)

Die Motivstruktur seine Heimat und seinen Wohnort zu verlassen ist von Grund auf unterschiedlich gepolt und intrinsisch verwurzelt. Während eine erzwungene Migration den existentiellen Kampf und Willen zum Überleben in einer akuten Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit in den Vordergrund stellt, stellt die Migration aus schlechten wirtschaftlichen Lebensverhältnissen den Wunsch nach einer ökonomisch besseren Zukunft an erste Stelle. Zwar kann dies auch einen existentiellen Faktor mit in sich tragen, ist aber klar durch die kriegsbedingte Migration in seinen Charakteristika zu unterscheiden. (Markard, 2012)

Flucht: Dementsprechend kann eine Flucht als eine besondere Form einer unfreiwilligen Migration angesehen werden. (Liedl, Böttche, Abdallah-Steinkopff, & Knaevelsrud, 2017). Eine Flucht kann auch das „unerlaubte und heimliche Verlassen eines Landes bedeuten, welches eine Strategie des Ausweichens aus einer als unangenehm empfundenen oder nicht zu bewältigenden [Lebens]situation begangen wird“ (Duden, n.d.).

Die Wichtigkeit der Unterscheidung zwischen freiwilliger und unfreiwilliger Migration und damit einhergehend, der wahrgenommenen Kontrolle über die Entscheidung für oder gegen eine Migration bzw. Flucht, zeigt sich im Spüren von akkulturativem Stress: eine erzwungene Migration führt zu höherem Stressempfinden, wohingegen das Kontrollgefühl über das eigene Schicksal bei einer freiwilligen Migration zu einem geringeren Empfinden von Akkulturationsstress beiträgt (Kizilhan, & Bermejo, 2009). In diesem Zusammenhang ist die Situation der Flüchtlinge daher als eine besondere zu unterstreichen: da sie weitestgehend nicht auf Freiwilligkeitsbasis ihr Heimatland verlassen, sondern auf Grund von politischer Notwendigkeit, zum Überleben oder purem Zwang, ist die Gruppe der Flüchtlinge im Vergleich zu den anderen Migrationstypen gesondert zu betrachten.

In früheren Studien konnte gezeigt werden, dass die Erfassung von prä-, peri- und postmigrations-Stressfaktoren relevante Aufschlüsse auf die mentale und körperliche Gesundheit von Flüchtlingen im Ankunftsland haben kann. (Nicholson, 1997)

Nicholson (1997) zeigte in ihrer Studie mit südostasiatischen Flüchtlingen, dass das Erleben eines Traumas im Heimatland als entscheidender Präfaktor, und das aktuelle Erleben von Stress im Aufnahmeland einen direkten Einfluss auf die psychische Gesundheit des Flüchtlings in der Gegenwart hatten. Aktueller Stress, der vor allem aus Stress durch akkulturativen Aufgaben wie zum Beispiel das Erlernen einer neuen Sprache, Arbeitslosigkeit, Aufbau von neuen sozialen Strukturen, Rollenverlust der wichtigste übergreifende Prädiktor für die psychische Gesundheit der Teilnehmer war. Vor allem Diskriminierungserleben im Aufnahmeland erhöht bei den neu zugezogenen Menschen die Wahrscheinlichkeit und Schwere des Akkulturationsstresserlebens und damit auch die Belastungssymptomatik. (Ataca, & Berry, 2002, Grove, & Zwi, 2005; Schultz, 2007)

Daher wurde auch in der vorliegenden Studie Wert darauf gelegt, umfassend mögliche Stressfaktoren vor, während und nach der Flucht zu erfassen. Hier wurde auch auf akkulturativen Stress eingegangen, um die Prädiktoren der – Perimigrations-Faktoren auf die psychische und körperliche Gesundheit der untersuchten Population erfassen zu können. Auch das Erleben von Diskriminierungserfahrungen wurde erfasst.

Flüchtling: Die Bundesrepublik Deutschland, und Bayern als Bundesland im Spezifischen, haben bereits historische Erfahrung in der Aufnahme von Flüchtlingen nach dem zweiten Weltkrieg sammeln dürfen. Während die Bundesrepublik in seiner heutigen Form 12 Millionen Flüchtlinge aufnahm, war der prägende Einfluss der Flüchtlinge damals

noch viel größer und immenser wie heute. Von der – nach wie vor - größten europäischen Bevölkerungsverschiebung damals, wurde Bayern besonders beeinflusst und geprägt. (HFB, n.d.) Dies ist vor allem durch den proportional großen Zuwachs an Flüchtlingen im Vergleich zur Stammbevölkerung ersichtlich: während damals Bayern 7 Millionen Einwohner zählte, wurden 2 Millionen Flüchtlinge aus Ländern wie der Tschechoslowakei, Ungarn, Polen, Preußen, Schlesien und Jugoslawien aufgenommen. Die Bevölkerung machte nur noch 75% der Einwohner aus und profitierte stark durch den Zuzug von Flüchtlingen, die ihre Arbeitskraft und Ausbildung ab da an in Bayern einbrachten. (HFB, n.d.)

Interessanterweise waren bereits damals, sowohl gesellschaftlich als auch politisch, die gleichen Herausforderungen wie heute omnipräsent: Mangel an Wohnraum, Chaos und katastrophale Zustände bei den Flüchtlingsunterkünften (es wurden damals die Konzentrationslager aus der Nazi Ära kurzerhand als Flüchtlingsunterkünfte umbenannt), Ausgrenzung und Rassismus gegenüber den Neubürgern. Sogar die gemeinsame nationale Herkunft und Sprache sowie auch Religionszugehörigkeit konnte die Annahme der Flüchtlinge nicht sonderlich erleichtern. Die Historikerin Hirsch unterstreicht in ihren Ausführungen, dass „keine Frage die Nachkriegsgemeinden so sehr wie die nach dem Schutz vor den ‘Zumutungen‘ und der ‘Überfremdung‘ durch die Flüchtlinge“ (Hirsch, 2005) beschäftigte. Wie auch bereits damals nach dem zweiten Weltkrieg, sind die Begrifflichkeiten mit denen fliehende, vertriebene, neuzugezogene oder auch immigrierte Menschen versehen werden, nicht nur einer politischen Dimension zuzuordnen, sondern auch einer soziologischen. (Alter und Trauma, 2020) Die wichtigsten Begriffe für die aktuelle Flüchtlingsbewegung werden im Folgenden voneinander abgegrenzt und in den relevanten Kontext gesetzt dargeboten.

Die Genfer Flüchtlingskonvention definiert unter dem Artikel 1A, wer als ein Flüchtling einzuordnen ist und welche Rahmenbedingungen für die Einordnung vorherrschen müssen. Demnach wird einem betroffenen Menschen dann ein Flüchtlingsstatus zugesprochen, wenn "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" (BMZ, 2015).

Als Binnenvertriebene werden in der politischen Fachsprache Menschen bezeichnet, die „in anderen Landesteilen ihres Heimatstaates Zuflucht finden. [...] [Sie] fallen daher

nicht unter die Genfer Flüchtlingskonvention und das UNHCR-Mandat. Für den Schutz von Binnenvertriebenen sind die jeweiligen Staaten selbst verantwortlich, die dieser Aufgabe aber häufig nicht nachkommen können oder wollen. Internationale Unterstützung erhalten Binnenvertriebene nur, wenn ihre Regierung dem zustimmt.“ (BMZ, 2015).

Asylbewerber: Laut der Definition des Bundesausländerbeauftragten Deutschlands wird der Begriff des Asylbewerbers folgendermaßen umschrieben und mit dem gesetzlichen Rahmen eingeschränkt: „Unter einem Asylbewerber versteht man eine Person die Zuflucht in einem fremden Land sucht, um politischer oder sonstiger Verfolgung zu entgehen. Als Bewertungsgrundlage für Asylbewerber gibt es die Genfer Flüchtlingskonvention. Das bedeutet in der Praxis, der Staat, in dem der Asylbewerber seinen Asylantrag stellt, prüft ob die Gründe hierfür vorliegen. Es wird geprüft ob eine Abschiebung in das Heimatland mit Gefahren für Leib und Leben des Asylbewerbers verbunden ist. Hierzu zählen Folter oder eine drohende Todesstrafe. Es wird geprüft ob eine politische Verfolgung vorliegt. In der deutschen Gerichtsbarkeit wird der Begriff der politischen Verfolgung mit einer staatlichen Verfolgung gleichgesetzt. Deshalb werden Asylanträge von Flüchtlingen aus Kriegs- oder Bürgerkriegsgebieten in der Regel abgewiesen. Für die Prüfung der Anträge von Asylbewerbern ist das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge in Nürnberg zuständig“ (Bundesausländerbeauftragte, 2015).

Da Asylsuchende/Asylbewerber sich in ihrem Asylverfahren befinden, hat dies zur Folge, dass es ihnen untersagt ist im ersten Jahr ihres Aufenthaltes in der Bundesrepublik einer Arbeit nachzugehen. Nach Ablauf des ersten Jahres ist weiterhin ihr Arbeitsrecht stark eingeschränkt. Auch sind die staatlichen Sozialleistungen um rund 35% geringer als für deutsche Staatsangehörige bemessen. Sie müssen in den ihnen zugewiesenen Unterkünften wohnhaft bleiben und dürfen ihren Aufenthaltsort in einem definierten Radius nicht ohne eine Sondergenehmigung verlassen. (Pro Asyl, 2015)

Eine Gesamtschutzquote bezeichnet man den prozentualen Anteil aller „Asylanerkennungen, der Gewährung von Flüchtlingsschutz und der Feststellung eines Abschiebeverbotes bezogen auf die Gesamtzahl der Entscheidungen im betreffenden Zeitraum“ (BaMF, 2015). Somit berechnet sich die Gesamtschutzquote aus verschiedenen Schutzformen. Diese sind nach der aktuellen deutschen Gesetzgebung folgende:

- „Asylanerkennung nach Art. 16a des Grundgesetzes,

- Gewährung von Flüchtlingsschutz durch die Anerkennung der Flüchtlingseigenschaft nach § 3 Absatz 1 und 4 des Asylgesetzes,
- Gewährung von Flüchtlingsschutz durch die Anerkennung des subsidiären Schutzes nach § 4 AsylG
- Abschiebeverbot durch die Feststellungen, dass die Abschiebung gemäß nationalem Recht entsprechend § 60 Absatz 5 und 7 AufenthG verboten ist.“ (BaMF, 2019b)

Einen Sonderfall stellt der subsidiäre Schutz dar, der vor allem auch die illegal einreisenden syrischen Flüchtlinge betrifft: denn falls ein Flüchtender nicht in den Kriterienkatalog der Genfer Flüchtlingskonvention passt und auch nicht in das deutsche Asylrecht, kommt dieser Sonderfall zu tragen. Vor allem Staatenlose können auf diese Art des Asyls Anrecht auf eine Bleibeelaubnis erhalten, denen „[...] weder durch die Zuerkennung der Flüchtlingseigenschaft noch durch das Asylrecht Schutz gewährt werden kann. Er wird als subsidiär Schutzberechtigter anerkannt, wenn er stichhaltige Gründe für die Annahme vorgebracht hat, dass ihm in seinem Herkunftsland ein ernsthafter Schaden droht“ (BaMF, 2015).

Das Bundesministerium für Migration und Flüchtlinge definiert an dieser Stelle den Begriff des „ernsthaften Schadens“ unter folgenden Fällen:

- „die Verhängung oder Vollstreckung der Todesstrafe, Folter oder unmenschliche oder
- erniedrigende Behandlung oder Bestrafung oder
- eine ernsthafte individuelle Bedrohung des Lebens oder der Unversehrtheit einer Zivilperson infolge willkürlicher Gewalt im Rahmen eines internationalen oder innerstaatlichen bewaffneten Konflikts.“ (BaMF, 2015)

Diese Definitionen leiten die Inklusionskriterien für die Grundgesamtheit und Stichprobe im Kontext dieser Studie ein.

2.1.2 Fluchtmotive und -umstände

Über die Jahre und Jahrhunderte haben sich die Wanderungsgründe von Menschen immer wieder verändert. Ein Blick in unsere Gegenwart zeigt, dass aktuell die Fluchtursachen unserer Zeit eines oder mehrere dieser Kriterien hier zutrifft:

- Tod und Gewalt, Zerstörung von Lebensgrundlagen und von Infrastruktur als Folge von staatlicher und halbstaatlicher Kriegsgefahr und Kriegszustände

- ethnische und religiöse Konflikte
- Menschenrechtsverletzungen als Folge der Unterdrückung demokratische Bewegungen
- Modernisierung in Entwicklungsländern
- Armut und Konflikte als Konsequenz der weltwirtschaftlichen Globalisierung
- starke Korruption und Ungerechtigkeit, die die Gesamtgesellschaft beeinflussen
- Naturkatastrophen und Epidemien auch als Folge der Ausbeutung der Umwelt (Kizilhan, & Bermejo, 2009; UNO, 2019b)

Sowohl die Beweggründe und Motive sein Heimatland zu verlassen als auch die Lebensumstände und Geschehnisse während und nach einer Flucht sind bei der Einschätzung des psychischen und gesundheitlichen Versorgungsbedarfs eines Menschen höchst relevant. Die komplexe Situation, die Konstitution eines Kindes oder Erwachsenen vor einem Aufbruch aus dem Heimatland, dann während einer – oftmals – langen, schwierigen und qualvollen Fluchtreise, bis zur Ankunft in das europäische Aufnahmeland, mit anschließenden schwierigen, langen und zermürbenden Lebensumständen, haben alle potentiell einen vehementen Einfluss auf das Wohlergehen.

Demnach ist die aktuelle Studie so gestaltet worden, dass die Fluchtumstände vollumfänglich erhoben worden sind. Auch die Stressbelastung der Eltern und begleitenden Bezugsperson wurden erhoben, um dem Hinweis aus der Literatur zu folgen und mögliche Übertragungsrisiken (Ruf-Leuschner, Roth, & Schauer, 2014) zu erheben. Auch können Eltern mit Belastungssymptomen und dysfunktionalen Gedanken reagieren, falls ihr Kind einem traumatischen Erlebnis ausgesetzt wird. (Tutus, & Goldbeck 2016; Holt, Cohen, Mannarino, & Jensen, 2014). Dies gilt es auch zu untersuchen und mögliche Risiken in Bezug auf die Entwicklung des Kindes abzuschätzen.

2.1.3 Fluchtarten und -formen

Bei der theoretischen Annäherung an das Thema Flucht und Gesundheit wurde zeitnah klar, dass Fluchtwege und Fluchtorten einen Einfluss auf die gesundheitliche Konstitution eines jeden Geflüchteten und Angekommenen in Deutschland haben können. Daher wurde es in der vorliegenden Studie als untersuchungsrelevant eingestuft, die Fluchtbiographie und Chronologie mit aufzunehmen und kategorisch zu erfassen. Als potentiell wichtige Marker

wurden hier die Fluchtdauer, Fluchtwege und Fluchtvehikel immer in Zusammenhang mit Zugang zu Versorgungsstrukturen unterwegs und traumatischen Erlebnissen gesetzt. Auch im Kontext der psychischen Gesundheit ist die Fluchtbiographie als relevant einzustufen. Anlass für diesen Gedanken gibt der Building-Block-Effekt nach Neuner, Schauer, Karunakara, Klaschik, Robert und Elbert (2004), der die Abhängigkeit der Schwere der posttraumatischen Symptombelastung von der kumulativen Anzahl der erlittenen traumatischen Ereignisarten zeigen konnte.

Sluzki (2001) untersuchte intensiv die psychologischen Phasen der Migration im Kontext der unterschiedlichen Belastungsfaktoren. Sein Modell wurde von Machleidt und Calliess (2003) in Ebenen der Regelmäßigkeit erweitert und ergänzt.

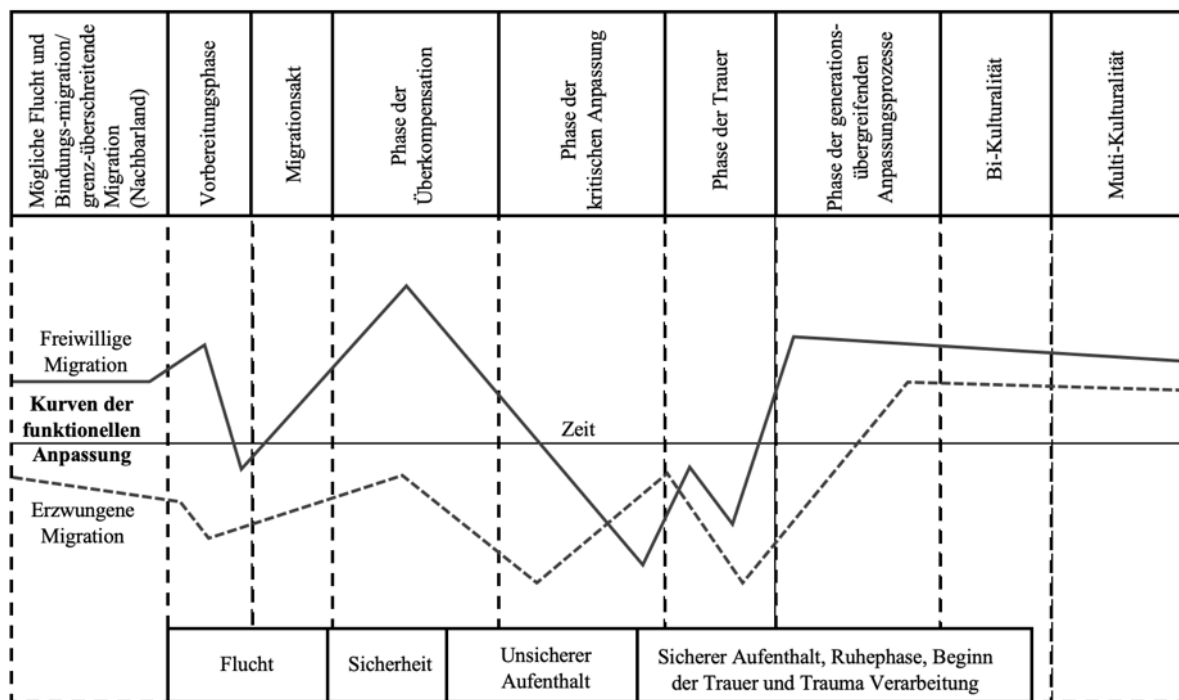


Abbildung 3: Migrationsprozessmodell

(Machleidt, & Calliess, 2003)

Das Migrationsprozessmodell von Machleidt und Calliess (2003) strukturiert die psychologischen Prozesse eines migrierenden bzw. fliehenden Menschen nach inneren und äußeren Prozessen. Auf einer zeitlichen Basislinie wird der Grad der funktionellen

Anpassungsfähigkeit des Migranten bzw. Flüchtlings gemäß der Migrationslebensphase abgebildet.

Die Unterscheidung der Kurvenverläufe zwischen der freiwilligen Migration und der erzwungenen Migration ist im Kontext der Vorhersehbarkeit der zu erwartenden Funktionseinbrüche für den öffentlichen Gesundheitsversorgungsbereich als nützlich einzustufen. Während Migranten, die freiwillig ihren Wohnort wechseln, zunächst nach dem Migrationsakt eine überschwängliche Phase der Überkompensation durchleben, fällt bei Flüchtlingen diese Phase stark herabgesetzt unter der Linie des funktionellen Anpassungsniveaus aus. Der unsichere Aufenthaltsstatus bringt die Funktionsfähigkeit bei Flüchtlingen auf ein Tief, und erholt sich nur leicht nach der Zusage für einen gesicherten Aufenthaltsstatus. Die darauffolgende Trauerphase, die auch erlebte Traumata akut wiederaufleben lassen kann, fordert von den Menschen hohe Anpassungsfähigkeiten ab und nimmt stark psychische Ressourcen in Anspruch. Eine funktionelle Anpassung im Sinne einer aktiven und intakten, integrativen Lebensführung in der neuen Gesellschaft kann bei der Gruppe von Flüchtlingen eine ganze Generation lang dauern. Vor allem die Phase der kritischen Anpassung ist für die Flüchtlinge stark belastend.

Das Leben in den Massenunterkünften mit erschwerten Lebensbedingungen, einer schlechten bis nicht vorhandenen medizinischen und psychologischen Grundversorgung sowie dem Mangel an persönlicher Wirksamkeit wie Arbeit, Schule und sozialen Tätigkeiten, in einer Zeit von starker Unsicherheit und Angst durch den unsicheren Aufenthaltsstatus, ist im Kontext einer psychischen Belastungssituation als eine Extreme zu betrachten.

Der markante Unterschied der Phasenverläufe von Migranten und Flüchtlingen ist, dass Migranten die belastenden Phasen schneller und weniger ausgeprägt durchschreiten, und eine funktionelle Integration und Anpassungsfähigkeit rascher sichtbar ist. Die besonders herausfordernde Situation für die Population der Flüchtlinge ist hier wieder deutlich. Der Mangel an Ressourcen, erschwerten Lebensbedingungen, mitgenommene traumatische Erlebnisse und das Fremde mit neuen Hürden im Ankunftsland verlangen von den Menschen viel ab.

Dass der genaue Zeitpunkt einer klinischen Untersuchung eines Geflohenen einen entscheidenden Einfluss auf die Untersuchungsergebnisse haben kann, wird aus dieser Grafik auch ersichtlich. Jegliche Ergebnisse von Untersuchungen und Studien, auch klinischen Studien, sollten im Kontext der jeweiligen Migrationsphase interpretiert werden. Die Arbeiten von Machleidt und Calliess (2003) machte die Wichtigkeit des

Untersuchungszeitpunkts im Kontext der äußeren Lebensbedingungen des Flüchtlings und seiner psychopathologischen Befindlichkeit deutlich. Diese These stützen konnten die Forschungsergebnisse von Herren et al. (2016). Diese Studiengruppe konnte einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem Aufenthaltsstatus und den psychischen Beschwerden der Flüchtlinge in Deutschland aufzeigen – dieser Zusammenhang hatte Bestand, auch wenn statistisch andere Einflussfaktoren auf das psychische Befinden kontrolliert worden sind. Die Autoren schließen daraus, dass neben möglichen traumatischen Erlebnissen, auch ein unsicherer Aufenthaltsstatus zu klinisch relevanten psychopathologischen Belastungsstörungen führt. (Heeren, Wittmann, & Ehlert, et al., 2016)

2.1.4 Kennzahlen zur Flüchtlingssituation während der Erhebungszeit

Knapp 60 Millionen Menschen waren während der Studienplanungsphase weltweit auf der Flucht. Um die Studie besser interpretieren zu können, werden die Kennzahlen im Theoriekapitel auf die Datenerhebungszeit fokussiert. Während vor zehn Jahren noch 37,5 Millionen Menschen auf der Flucht waren, waren es 2013 bereits 51,2 Millionen und Ende 2014 erschreckende 59,5 Millionen, die von den Vereinten Nationen registriert werden konnten. (UNHCR, 2015b)

Grund für diese exponentielle Entwicklung in den letzten Jahren ist die graduelle Eskalation des bewaffneten Konfliktes in Syrien, welcher „mittlerweile weltweit die größte Fluchtbewegung verursacht hat“ (UNHCR, 2015b).

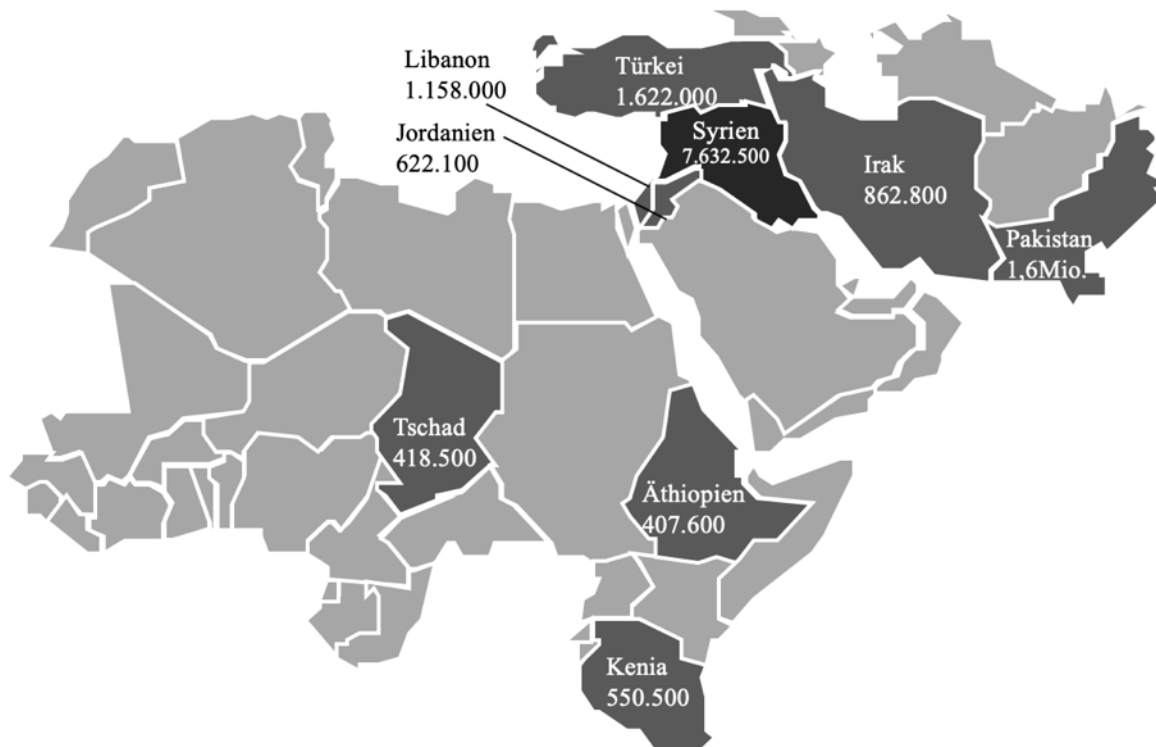


Abbildung 4: Fluchtländer und Fluchtquantität zur Zeitpunkt der Datenerhebung

(eigene Darstellung; UNHCR, 2014, 2015a)

Verschärft wird die globale Flüchtlingsbewegung durch die desolate Situation von Krisenländern, die jahrzehntelangen Kriegen und Konflikten ausgesetzt waren und dadurch immer noch Millionen von Menschen die Möglichkeit versagt wird, in ihre Heimat zurückzukehren. Die Entwicklungsländer Afghanistan und Somalia sind hier besonders zu nennen: nach wie vor gibt es eine Vielzahl von Flüchtlingen und Binnenvertriebenen aus diesen zwei Ländern, die durch eine kriegsbedingte Migration sich bessere Überlebenschancen erhoffen. (UNHCR, 2015b)

„Laut dem Global Trends Report wurden allein im Jahr 2014 insgesamt 13,9 Millionen Menschen zu Flüchtlingen oder Binnenvertriebenen – viermal so viele wie noch 2010. Weltweit gab es im letzten Jahr insgesamt 19,5 Millionen Flüchtlinge (2013: 16,7 Millionen), 38,2 Millionen Binnenvertriebene (2013: 33,3 Millionen) und 1,8 Millionen Asylsuchende, die noch auf den Ausgang ihres Asylverfahrens warteten (2013: 1,2 Millionen)“ (UNHCR, 2015b).

Kennzahlen zu Flüchtlingen in Deutschland zur Erhebungszeit

Das Bundesministerium für Migration und Flüchtlinge veröffentlichte im Oktober 2015 die Kennzahlen zu den Asylsuchenden und Flüchtlingen, die sich in der Bundesrepublik nach neuestem Stand befinden. Bei der Interpretation der folgenden Zahlen und Grafiken ist besonders die Differenzierung zwischen Asylbewerbern und Asylantragsstellern zu beachten. Die Kennzahlen von Asylantragsstellern und Asylbewerbern geht weit auseinander, da oftmals das Stellen eines Asylantrags mehrere Monate bis Jahre in Anspruch nimmt und die Flüchtlinge bis dahin als, falls Sie registriert worden sind, Asylbewerber kategorisiert werden.

Die aktuelle Ausnahmesituation in der Verwaltung der enorm hohen Flüchtlingszugänge nach Deutschland stellte die Behörden vor große Schwierigkeiten. Daher wurde ein einheitliches und flächendeckendes Registrierungs- und Verteilungssystem von Flüchtlingen, genannt „EASY System“ bundesweit eingeführt (BaMF, 2015). Nach diesem System werden die Flüchtlinge einer Erstaufnahmeeinrichtung zugewiesen.

In der Interpretation der nun folgenden Kennzahlen, die vor allem Deutschland und Bayern betreffen, ist folgendes zu beachten: lediglich ein Bruchteil der Millionen von Flüchtlingen weltweit schafft seine Ankunft in Deutschland, da die Masse der Flüchtlinge als Binnenvertriebene in einem der benachbarten Länder aus ihrer Ursprungsregion gezwungen sind zu bleiben. Somit bleiben über 80% der Flüchtlinge weltweit in ihrer Herkunftsregion. Dies ist begründet zum einen darin, dass sie die Hoffnung und den Wunsch hegen in ihre Wohnungen und ihre Heimat zurückkehren zu können, sobald sie die Lage verbessert aber auch darin, dass der Mehrheit der Flüchtlinge die finanziellen Ressourcen und Möglichkeiten einer Weiterreise fehlt. Während das Bundesinnenministerium im Jahre 2014 ca. 200.000 neue Asylanträge erwartete wird im Zuge der aktuellen Flüchtlingsproblematik bereits von 800.000 bis 1.000.000 Anträgen gerechnet. Nennenswert ist auch, dass Asylsuchende nur einen Bruchteil der Zuwanderung nach Deutschland darstellen, da neben der Fluchtmigration auch die Arbeitsmigration laufend stattfindet und den höchsten Anteil der Zuwanderung nach Deutschland bis 2014 noch darstellte (Pro Asyl, 2015). Sowohl die Antragszahlen als auch die Schutzquoten des Bundesministeriums für Migration und Flüchtlinge haben dieses Jahr ein offizielles Rekordhoch erreicht. Mit 31,5% Prozent liegt nach Urteilen des BaMF die

Schutzquote so hoch wie noch nie, mit einer steigenden Tendenz der aktuell vor allem aus Syrien kommenden Flüchtlinge (Deutscher Bundestag, 2015).

Im Jahre 2014 hatte ca. jeder vierte Antragsteller die Anerkennung als Flüchtling nach der Genfer Flüchtlingskonvention erhalten, 4 % zusätzlich den europäischen subsidiären Schutz und 1,6% erhielten ein nationales Abschiebungsverbot. Wichtig ist in diesem Kontext auch zu nennen, dass das Stellen eines Asylantrags mit hohen Auflagen und formellen Kriterien verbunden ist. Daher wurden ca. 35% aller Asylanträge – diese waren im Jahre 2014 ca. 45.000 Anträge – auf Grund von „formellen Erledigungen“ nicht zu einer Entscheidung durch den BaMF eingeleitet. Grund hierfür ist zum einen, dass durch die Dublin-Verordnung ein anderer EU-Staat für zuständig befunden wird oder aber auch, weil für den Flüchtling in einem anderen Staat bereits die internationale Schutzberechtigung festgestellt worden ist. (ARD, 2015) Somit ergibt sich nach den formellen Erledigungen eine Gesamtschutzquote durch das Bundesministerium für Migration und Flüchtlinge eine Erfolgsquote von 48,5%.

Die Asylbewerberzahl von Flüchtlingen nach Deutschland nahm im Laufe der letzten dreizehn Jahre mit der stetigen Zunahme an weltweiten Konflikten auch zu. Insgesamt verzeichnet das Bundesministerium für Migration und Flüchtlinge bis einschließlich Oktober 2015, das 758.473 Asylbewerber nach Deutschland eingereist sind.

Die Prognosen zeigten zum Zeitpunkt des Studienendes, dass sogar bis Jahresende 2015, über 1 Million neue Asylbewerber nach Deutschland erwartet werden (ARD, 2015). Dieser Hochrechnung zeigte sich auch im Anschluss an die Studie als realistisch und führte zu einer neuen Flüchtlings- und Migrationsdebatte in Deutschland und Europa.

Tabelle 1: Zugangsstärkste Staatsangehörigkeiten bei Asylanträgen in Deutschland 2005-2015

(BaMF, 2019a)

| Staatsangehörigkeit | % Asylanträge pro Jahr | | |
|------------------------|------------------------|---------------|----------------|
| | 2005 | 2010 | 2015 |
| | <i>28.914</i> | <i>41.332</i> | <i>441.899</i> |
| Syrien, Arab. Republik | 3,2 | 3,6 | 35,9 |
| Albanien | <2 | <2 | 12,2 |
| Kosovo | <2 | 3,9 | 7,6 |
| Afganistan | 2,5 | 14,3 | 7,1 |
| Irak | 6,9 | 13,4 | 6,7 |
| Serbien | 19,1 | 12 | 3,8 |
| Iran, Islam. Republik | 3,2 | 6 | <2 |
| Mazendonien | <2 | 6 | 2,1 |
| Somalia | <2 | 5,4 | <2 |
| Türkei | 10,2 | 3,2 | <2 |
| Russische Föderation | 5,9 | 2,9 | <2 |
| Vietnam | 4,2 | <2 | <2 |

Im Folgenden sollen wichtige Kennzahlen und Hintergrundinformationen für die Konzeptualisierung des Forschungsprojektes, besonders auch am Standort München, dargestellt werden.

Nach dem Königsteiner Schlüssel werden die Flüchtlinge deutschlandweit verteilt, wobei Bayern mit einer Quote von 15,3 % die zweithöchste Aufnahmequote von Flüchtlingen zuteil wird (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2015a). Das einzige Bundesland, das mehr Flüchtlinge seit Beginn des Jahres 2015 aufnehmen muss, ist Nordrhein-Westfalen mit einer Zuteilungsquote von 21,2% aller ankommenden Flüchtlinge.

Tabelle 2: Asyl-Erstanträge in Bayern und Deutschland 2015

(Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration, 2015)

| Staatsangehörigkeit | % Asyl Erstanträge 2015 | |
|---------------------|-------------------------|--------|
| | Deutschland | Bayern |
| | 331.226 | 42.840 |
| Syrien | 30 | 33 |
| Albanien | 15 | 8 |
| Kosovo | 10 | 18 |
| Afganistan | 6 | 10 |
| Irak | 6 | 8 |
| Serbien | 4 | <1 |
| Eritrea | 3 | 5 |
| Mazendonien | 2 | <1 |
| Pakistan | 2 | <1 |
| Nigeria | <1 | 6 |
| Ukraine | <1 | 6 |

Die nach Bayern und Deutschland kommenden Flüchtlinge aktuell aus den folgenden fünf Hauptherkunftsländern Syrien (39.300), Kosovo (17.200), Albanien (7.900), Afghanistan (9.000) und Irak (5.300). (Pro Asyl, 2015)

Die folgende Grafik des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Soziales, Familie und Integration (2015) veranschaulicht den stetigen Zuwachs der Asylbewerberzahlen seit 2001 bis 2015:

Tabelle 3: Asylanträge beim Bund und in Bayern

(Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration, 2015)

| Auswahlkriterium | <i>Bund</i> | <i>Bayern</i> |
|------------------|-------------|---------------|
| 2015 | 758.473 | 115.630 |
| 2014 | 238.676 | 36.411 |
| 2013 | 118.853 | 18.090 |
| 2012 | 69.076 | 18.090 |
| 2011 | 44.608 | 6.731 |
| 2010 | 39.574 | 5.901 |

| | | |
|------|--------|--------|
| 2009 | 27.649 | 4.234 |
| 2008 | 22.085 | 3.389 |
| 2007 | 19.164 | 2.966 |
| 2006 | 21.029 | 2.948 |
| 2005 | 28.914 | 3.594 |
| 2004 | 35.607 | 4.855 |
| 2003 | 50.563 | 6.854 |
| 2002 | 71.127 | 10.165 |

Asylbewerberzahlen pro Jahr (2015 von Januar bis Oktober)

Aus der grafischen Darstellung wird ersichtlich, dass die Asylbewerberzahlen sowohl bei den Asylbewerbern als auch bei den Asylerstanträgen über die letzten 15 Jahre stetig zugenommen haben und in diesem Jahre einen markanten Sprung in die Höhe gemachten haben. So wurde dokumentiert, dass es im Jahre 2013 von bundesweit 118.853 Asylbewerbern genau 18.090 Asylbewerbern nach Bayern immigriert. Diese Zahl vervielfachte sich in diesem Jahr im Monat Oktober auf 758.473 bundesweit und in Bayern anteilig auf 115.630 neue Flüchtlinge.

Aufgrund des vorherrschenden Krieges in Syrien und der geographischen Nähe des Landes zu Europa stellt Syrien nach wie vor mit Abstand das Hauptherkunftsland der meisten Asylsuchenden nach Deutschland und Bayern da.

Die Schutzquote für Syrer lag 2015 bei 100%. Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration, benennt die aktuellen Kennzahlen für Bayern wie folgt:

- 0,2 % (56 Personen) wurden als Asylberechtigt im Sinne des Grundgesetzes anerkannt
- 34,5% (8.737 Personen) erhielten Flüchtlingsschutz
- 0,4% (94 Personen) erhielten subsidiären Schutz (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration, 2015)
- 0,6% (162 Personen) wurde Abschiebungsverbot festgestellt
- 43,2% (10.937 Personen) der Anträge wurden abgelehnt
- 21,1% (5.337 Personen) der Anträge anderweitig erledigt

(Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration, 2015)

Fluchtpopulationen

Aktuell werden von der UNHCR und der Regierung der Türkei 5.543.574 Syrer als Flüchtlinge registriert. Diese Masse der Flüchtlinge befindet sich vor allem in den großen UN Flüchtlingsunterkünften in der Türkei, und den benachbarten Ländern Syriens so wie im Libanon, in Jordanien aber auch im Irak und in Ägypten. (UNHCR, 2019)

Hiervon sind allein in der Türkei 3.5 Millionen Syrer gemeldet und wohnhaft. Die demographische Verteilung der syrischen Flüchtlinge deckt sich mit der auch in Europa nun ansässigen syrischen Flüchtlingspopulation: ca.50-54% (Park, Katsiaficas, & McHugh, 2018; UNHCR, 2019) der ankommenden syrischen Flüchtlinge sind Kinder. Insgesamt machen die Kinder im Altersbereich 0 - 14 Jahren bereits 31,39% der gesamt syrischen Flüchtlingsbevölkerung aus (Index Mundi, 2020). In Anbetracht dessen, dass Syrien und die syrische Bevölkerung auch vor Ausbruch des Krieges eine relativ junge Gesellschaft waren, mit einem Durchschnittsalter von 20,7 Jahren (Welt-in-Zahlen, 2020) ist der Vergleich zur deutschen Bevölkerung mit einem Durchschnittsalter von 42,6 Jahren als drittälteste Bevölkerungsstruktur der Welt, bezeichnend.

Auch die hohe Geburtenrate der syrischen Flüchtlinge setzt sich trotz des Kriegsausbruchs fort: mit einer Fruchtbarkeitsrate von 2,85 Geburten pro Frau allein im Jahr 2017 sind die syrischen Frauen sogar vor den Gastgebern Libyen mit 2,28 und Türkei mit 2,08 Geburten pro Frau vertreten. In Deutschland liegt die Geburtenrate aktuell bei 0,9 Geburten. Somit zeigt sich in den Daten die Plausibilität der Demographie der noch Flüchtenden und bereits in Europa ankommenden syrischen Flüchtlinge.

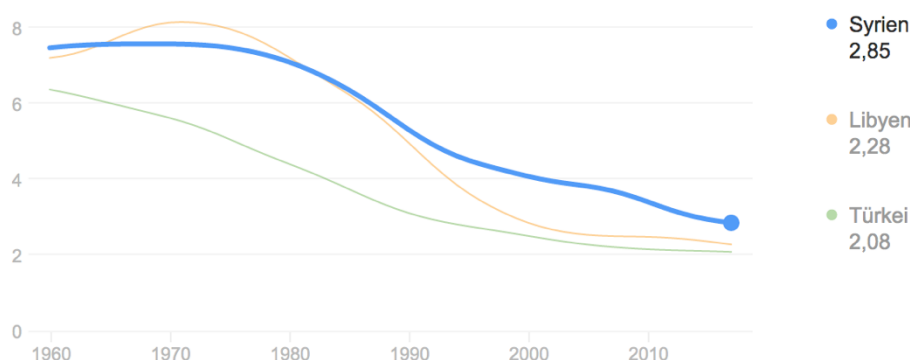


Abbildung 5: Fertilitätsrate syrischer Frauen

(The World Bank, 2020)

Folglich ist es hoch besorgniserregend, dass eine Masse von Kindern und Jugendlichen täglich Flucht und Kriegserfahrungen ausgesetzt werden, und bereits tausende von täglich Neugeborenen, in die prekären Umstände in den Notunterkünften sowie belasteten Eltern mit geringen sozialen Ressourcen, ausgesetzt sind. Ein Teil dieser Kinder findet im Familienbündnis Zuflucht in Deutschland. Die Gesundheitssituation dieser Kinder, welche die somatische als auch psychische Konstitution umfasst, hängt eng mit dem Versorgungsbedarf dieser Kinder und ihrer Eltern zusammen. Entsprechend der vorherrschenden Versorgungsressourcen und Standards, die wir hier haben, sind die Ergebnisse von hoher gesellschaftlicher und politischer Relevanz.

2.1.5 Hauptfokusgruppe fliehende Familienbündnisse: Relevanz von Bindung

Es ist in vielerlei Hinsicht entscheidend, ob ein Kind in seiner Ursprungsfamilie, oder mit engen Verwandten als Bezugspersonen oder alleine auf eine Flucht gezwungen wird. Während unbegleitete minderjährige Flüchtlinge auf sich komplett alleine gestellt sind auf einer Fluchtreise und somit komplett ungeschützt dem Zufall und der Willkür von anderen ausgesetzt werden (Dietz, & Holzapfel, 1999) können Kinder, die in einem Familienbündnis fliehen, im Idealfall auf den Schutz und den Trost ihrer Bezugspersonen und eventuell begleitenden Geschwister hoffen.

Die Wichtigkeit der begleitenden Personen und die Beziehungsqualität zum Kind ist auch bei einer potentiellen Traumatisierung und Entwicklung einer Traumafolgestörung mitentscheidend. Die Bindung zwischen dem Kind und seinen Eltern bzw. seinen Bezugspersonen ist wie bei jedem anderen Kind auch, von immenser Bedeutung für die seelische und körperliche Entwicklung. Eine sichere Bindung hat einen großen Einfluss auf die psychischen Verarbeitungsmechanismen eines Kindes im Falle einer Traumatisierung. Dementsprechend wird eine sichere Bindung sogar als ein Schutzfaktor für eine Entwicklung einer psychischen Störung im Kontext einer Fluchtbiographie betrachtet. (Aroche, & Coello 2016; Brisch, 2006; Lennertz, 2011; Papousek, & Wollwerth de Chuquisengo, 2006; De Haene, Dalgaard, Montgomery, Grietens, & Verschueren, 2013; Becke, 2017)

Auf der anderen Seite kann eine unsichere Bindung zur Bezugsperson sogar als ein Risikofaktor bei der späteren Entwicklung einer traumabedingten Belastungssymptomatik gewertet werden. (Aroche, & Coello, 2016)

Da das Promotionsprojekt seinen Ursprung als ein Initiativprojekt der Autorin an einem Sozialpädiatrischen Zentrum hatte, wurden die Familien als Bündnis bzw. flüchtende Kinder- und Jugendliche in Begleitung von einem oder mehreren Bezugspersonen/Sorgeberechtigten, als Hauptfokusgruppe von der Autorin im Studiendesign definiert. In einer Folgestudie untersuchte die Autorin außerhalb des Promotionsprojektes zum Vergleich die Symptomatik der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge (umFs), bei denen gänzlich die Unterstützung des Familienrahmens fehlte (Soykoek, 2016).

Im Kontext von Trauma und Traumafolgestörungen für flüchtende Kinder- und Jugendliche ist das Thema Bindung und Bindungsqualität zu Ihren engen Bezugspersonen ein wichtiger, richtungsweisender Indikator hinsichtlich der zukünftigen graduellen, Trauma bedingten Störungsausprägung auf psychischer Ebene. Auch bedeutet dies im Umkehrschluss, dass traumatische Erlebnisse eine sichere Bindung, umkehren können, in eine unsichere. (Aroche, & Coello, 2016)

Auch für die Eltern ist eine Flucht mit der Familie, und das Erlebte im Heimatland oftmals belastend und kann mit multiplen somatischen und mentalen Gesundheitsproblem einhergehen (Gaebel, 2006). Zusätzlich dazu ist der Zusammenhang einer schweren mütterlichen Trauma Belastungssymptomatik und des Levels der kindlichen Entwicklung im psychosozialen Bereich in einschlägigen Studien bei Flüchtlingspopulationen wie von Van Ee et al. (2012) gut dokumentiert worden. (Van Ee, Kleber, & Mooren, 2012). Durch die Bedeutung des flüchtenden Familienbündnisses ergibt sich eine erweiternde Forschungsfrage für diese Studie:

Welche psychosoziale Belastung liegt bei den Eltern von flüchtenden Kindern vor?

Die Forschungsfrage wird visuell in einem erweiterten *konzeptionellen Modell* dargestellt.

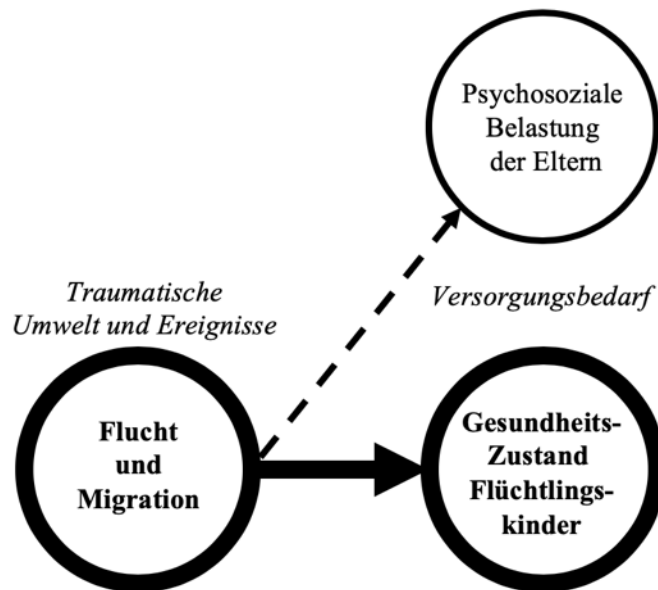


Abbildung 6: Konzeptuelles Modell mit Ergänzung der Belastung der Eltern

2.1.6 Syrer als Hauptflüchtlingsgruppe

Die Statistiken der Europäischen Union haben gezeigt, dass die größte Flüchtlingsgruppe, die ihren Weg nach Europa schafft, aus Syrien stammt (UNICEF, 2015a). Während 7.6 Millionen Syrer aktuell laut der UNHCR zur Binnenmigration innerhalb Syriens gezwungen worden sind, haben sich 3.7 Millionen syrische Flüchtlinge auf 6 Länder in unmittelbarer Nähe verteilt (UNHCR, 2014).

Die Bundesrepublik Deutschland hat seit Studienende mittlerweile 1.1 Millionen Flüchtlinge aufgenommen und ist somit unter den Top 5 stärksten Flüchtlingsaufnahme Ländern der Welt. An zweiter Stelle liegt Pakistan mit 1,4 Millionen Flüchtlingen, dann Uganda mit 1,2 Millionen und Sudan mit 1,1 Millionen Zuflucht suchenden Menschen. (LPB, 2020) Die Türkei ist das aufnahmestärkste Land von syrischen Flüchtlingen weltweit (3,7 Millionen) und beherbergt zudem das größte und gleichzeitig aktuell das qualitativ hochwertigste und effizienteste Flüchtlingslager der Welt - „Kilis Oncupinar Accommodation Facility“. (McClelland, 2014; UNHCR, 2020)

2.1.7 Kinder und Jugendliche auf der Flucht

Im Studienabschlussjahr 2015 waren in den ersten 6 Monaten ca. 133.000 asylsuchende Kinder in die Europäische Union, zwischen Januar 2015 und Juli 2015, angekommen: dies bedeutet, dass durchschnittlich 19.000 Flüchtlingskinder im Rahmen der Studienzzeit jeden Monat nach Europa eingereist sind. (UNICEF, 2015b)

Bei der Betrachtung von Alter und Geschlecht fällt auf, dass 51% der Flüchtlinge nicht älter als 18 Jahre sind. Die folgende Tabelle verdeutlicht auch die signifikanten Gruppengrößen von sehr kleinen Kindern.

Tabelle 4: Alter und Geschlecht weltweiter Anteil von Flüchtlingskindern und -jünglichen bzgl. Flüchtlingen insgesamt

(UNHCR, 2014)

| Alter Flüchtlinge | Geschlecht | % |
|-------------------|------------|------|
| 0-4 Jahre | Männlich | 8.9 |
| | Weiblich | 8.4 |
| 5-11 Jahre | Männlich | 10.8 |
| | Weiblich | 10.2 |
| 12-17 Jahre | Männlich | 6.6 |
| | Weiblich | 6.2 |
| 18-59 Jahre | Männlich | 22.2 |
| | Weiblich | 23.8 |
| Über 60 Jahre | Männlich | 1.3 |
| | Weiblich | 1.7 |

Der höchste prozentuale Kinderanteil liegt bei Flüchtlingen aus Afrika (Ost: 58%, West: 56%, zentral: 55%, Süd: 47%). Bei Flüchtlingen aus dem Mittleren und Nahen Osten liegt der Kinderanteil bei 51%. Zum Vergleich liegt der Kinderanteil bei Flüchtlingen aus Amerika bei nur 24%. (UNHCR, 2014)

Dank des Registrierungssystems der UNHCR von syrischen Flüchtlingen weltweit, kann die Altersverteilung der ankommende Flüchtlinge nach Deutschland abgeschätzt werden. Die Darstellung unten verdeutlicht die junge Altersstruktur der flüchtenden Syrer, sowie auch den hohen Anteil an Kindern und Jugendlichen unter den ankommenden Zuwanderern.

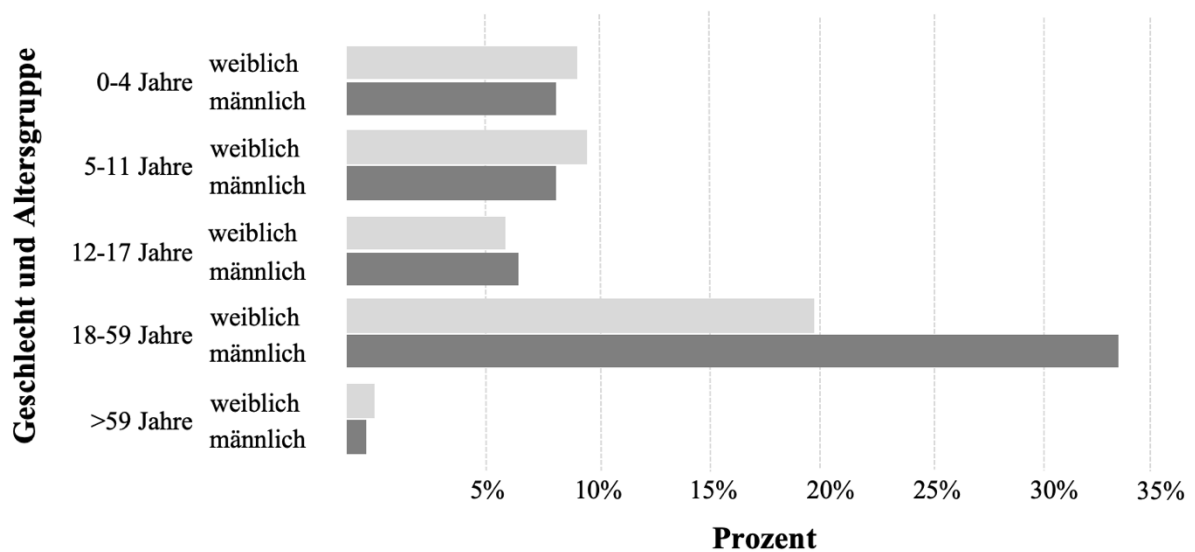


Abbildung 7: Alter und Geschlecht syrischer Flüchtlinge
(UNHCR, 2019)

Während ca. die Hälfte der syrischen Flüchtlinge noch keine 18. Jahre alt sind, sind ungefähr 40% der Flüchtlinge jünger als 12 Jahre alt (Sirin, & Rogers-Sirin, 2015).

2.1.8 Prognose und Veränderungen der Flüchtlingsbewegung seit Studienende

Auch weiterhin stellen syrische Flüchtlinge die zugangsstärkste Staatsangehörigkeit unter den antragsstellenden Flüchtlingen nach Deutschland da. Während im Jahre 2010 die syrischen Staatsangehörigen nur 3.6 % der Flüchtlinge in Deutschland darstellten, waren es 2015 35.9 % und im Jahre 2019 wieder an der Spitze, mit 27.6 % aller Flüchtlinge in Deutschland. Somit ist erkennbar, dass in der Zeit der Studienplanungsphase die Entscheidung syrische Flüchtlinge als Stichprobe vor anderen Herkunftsländern zu priorisieren, genau richtig eingeschätzt wurde. Nach wie vor sind die Studienergebnisse im Kontext von aktuellen Zugangszahlen her relevant und zeitgemäß, da nach wie vor die Syrer die zugangsstärkste Staatsangehörigkeit unter den ankommenden Flüchtlingen nach Deutschland darstellt.

Tabelle 5: Zugangsstärkste Staatsangehörigkeiten bei Asylanträgen in Deutschland 2015-2019

(BaMF, 2019a)

| Staatsangehörigkeit | % Asylanträge pro Jahr | |
|------------------------|------------------------|----------------|
| | 2015 | 2019 |
| | <i>441.899</i> | <i>142.509</i> |
| Syrien, Arab. Republik | 35,9 | 27,6 |
| Albanien | 12,2 | <2 |
| Kosovo | 7,6 | <2 |
| Afganistan | 7,1 | 6,7 |
| Irak | 6,7 | 9,6 |
| Serbien | 3,8 | <2 |
| Iran, Islam. Republik | <2 | 5,9 |
| Mazendonien | 2,1 | <2 |
| Somalia | <2 | 2,5 |
| Türkei | <2 | 7,6 |
| Nigeria | <2 | 6,4 |
| Eritrea | <2 | 2,5 |

Obwohl eine gesicherte langfristige Prognose der Flüchtlingsbewegung weltweit und im Speziellen nach Deutschland und Bayern, von mehreren, komplexen Indikatoren, wie zum Beispiel der Nahost-Politik und Weltwirtschaftslage abhängt, zeigt doch bereits seit Studienende die Faktenlage klar auf, dass Europa – vor allem Deutschland - die Aufnahme und Versorgung von Flüchtlingen, im speziellen aus Syrien, nach wie vor in Anspruch nehmen wird. (DW, 2020)

Die Flüchtlingsbewegung wird aus mehreren Gründen nicht abbrechen. Es gibt nach wie vor mehrere Faktoren, die die Migration in Richtung Europa aufrechterhalten werden.

Zum einen ist der wirtschaftliche Treiber der Flüchtlingsbewegung nach wie vor stark vorhanden: seit dem Ausbruch des Bürgerkrieges in Syrien ist vor allem in den Nachbarländern Syriens ist das Verschleppen von Flüchtlingen für die Schleppermafia nach wie vor ein attraktives Geschäftsmodell: bis zu 6.000 Euro pro Person wird für die Überfahrt von Libyen aus nach Italien oder Spanien bezahlt. Eine günstigere Alternative ist die Überfahrt aus der Türkei aus auf die griechischen Inseln. Hier wird 1100 Euro pro Person ungefähr bezahlt. Die aktuellen politischen Maßnahmen, die Seeüberwachung stark zu erhöhen, Strafen für die Mithilfe bei der illegalen Einreise von Flüchtlingen sich zu

beteiligen, führen nur zu einer Verlagerung der Ströme von Asylsuchenden und nicht einem Abbrechen der Flüchtlingsbewegung (Middelhoff, 2015).

Dennoch ist klar deutlich, dass seit dem Türkei-EU Abkommen 2016 die Zahlen der Asylsuchenden nach Europa stark eingebrochen sind. (Flucht und Migration, 2020). Inwieweit sich diese Zahlen halten werden, ist ungewiss, da zwar das Türkei-EU Abkommen, die Weiterreise der Masse der Flüchtlinge verhindert, aber die immer noch anhaltenden Zustände in den Krisenstaaten bestehen. Zusätzlich hierzu wurde die Stabilität dieses Abkommens im März 2020 durch die Öffnung der Grenzen von türkischer Seite nach Griechenland, stark in Frage gestellt. Auch durch die Corona Pandemie und die aktuellen Lockerungen der Reisebestimmungen ist laut Aussagen der europäischen Grenzschutzagentur Frontex, an der aktivsten Migrationsroute nach Europa, der Grenze zwischen der Türkei und Griechenland bzw. Bulgarien, mit mehr Andrang zu rechnen. (Sendker, 2020)

Der Bürgerkrieg in Syrien hat nach wie vor Bestand und treibt junge wie auch alte Menschen dazu, die Flucht in Kauf zu nehmen. Zusätzlich dazu ist die langjährige Wirtschaftskrise in den Balkanstaaten mit einer enormen Fluchtmotivation für junge Menschen verbunden, die nicht weiter unter der Armutsgrenze leben möchten – der Kosovo ist nach wie vor das ärmste Land Europas und in Serbien erlitt seit der Finanzkrise 2008 fast 10 Jahre lang eine Rezession. Laut UN Experten gilt Deutschland nach wie als ein wohlhabender Staat, nah am Heimatland gelegen, als ein sehr attraktives Fluchtziel für die Mehrheit der Flüchtlinge. Die geographische Nähe zum Herkunftsland, das Wissen über bereits viele aufgenommene Flüchtlinge in der Vergangenheit und die Gastarbeitergeschichte Deutschlands mit zahlreichen Erfolgsgeschichten macht die Bundesrepublik nach wie vor in unserer heutigen Gegenwart zu einem Hauptzielland für Asylsuchende und Flüchtlinge weltweit. (Middelhoff, 2015)

Die in diesem Kapitel aufgeführten Fakten führen nahe, dass in der Erhebung die Stichprobe aus syrischen Kindern und Jugendlichen im Familienbündnis erhoben werden sollten. Es ist eine bedeutsame homogene Fluchtgruppe für Europa, anhand derer Moderatoren kontrolliert werden können. Gleichzeitig hat diese Gruppe eine potentiell sehr heterogene Fluchtbiographie, welches ein bedeutsames Kriterium ist, um die Einflussfaktoren der Fluchtumstände als Moderator zu kontrollieren und gleichzeitig, in ganzer Breite, den Einfluss der Umstände auf den Gesundheitszustand zu erheben. Somit sollte der Moderator Fluchtumstände, für das Messinstrument operationalisiert werden, um dies zu kontrollieren.

Die Grundlage der Operationalisierung sind die aufgeführten Fluchtcharakteristika des Kapitels, welche im Folgenden, erweiterten konzeptuellen Modell mit aufgenommen werden.

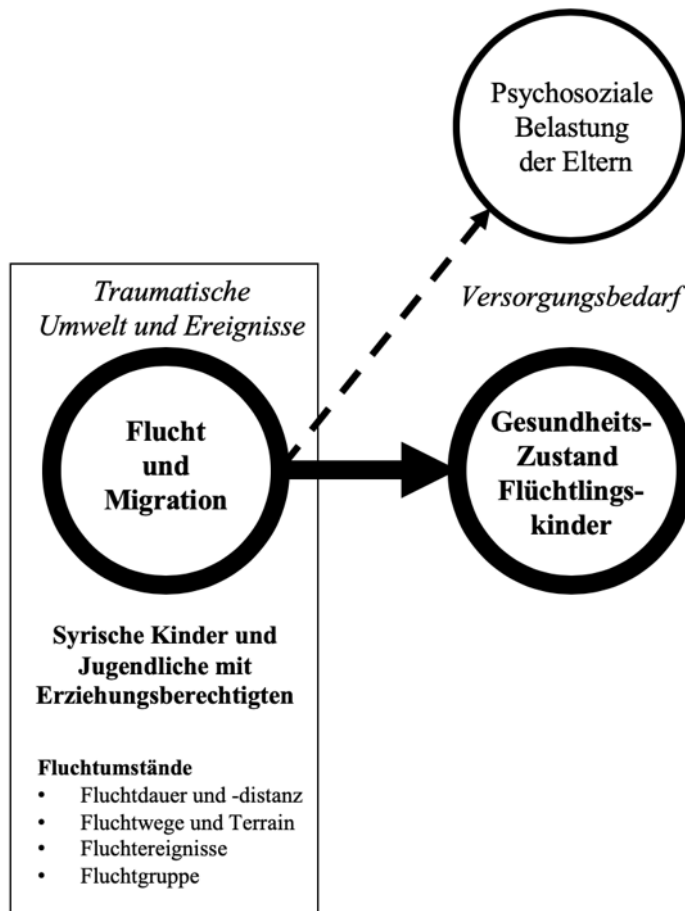


Abbildung 8: Konzeptuelles Modell mit Fokus auf Flucht und Migration

2.2 Trauma und Posttraumatische Erkrankungen

Auch wenn oftmals angenommen wird, dass Traumata bzw. „potentiell traumatische Erlebnisse“ (Bonanno, 2004) nicht die Masse der Menschen trifft, zeigt ein Blick in die weltweiten Prävalenz- und Inzidenzraten der Traumabedingten Störungsbilder, dass ein Trauma nach den heutigen ICD und DSM Kriterien, der Mehrheit der Menschen im Laufe ihres gesamten Lebens mindestens einmal begegnen wird. (Norris, 1992; Bonanno, Westphal, & Mancini, 2010)

So unterschiedlich die Quelle und das Ausmaß des traumatischen Erlebnisses sein kann, kann die Reaktion und Verlaufssymptomatik je Patienten sich individuell niederschlagen. Einschlägige Studien in der Vergangenheit konnten zeigen, dass das

Funktionsniveau der Betroffenen im zeitlichen Raster betrachtet, sehr unterschiedlich von der Einwirkung eines potentiell traumatischen Erlebnisses beeinträchtigt bzw. nicht beeinträchtigt sein kann.

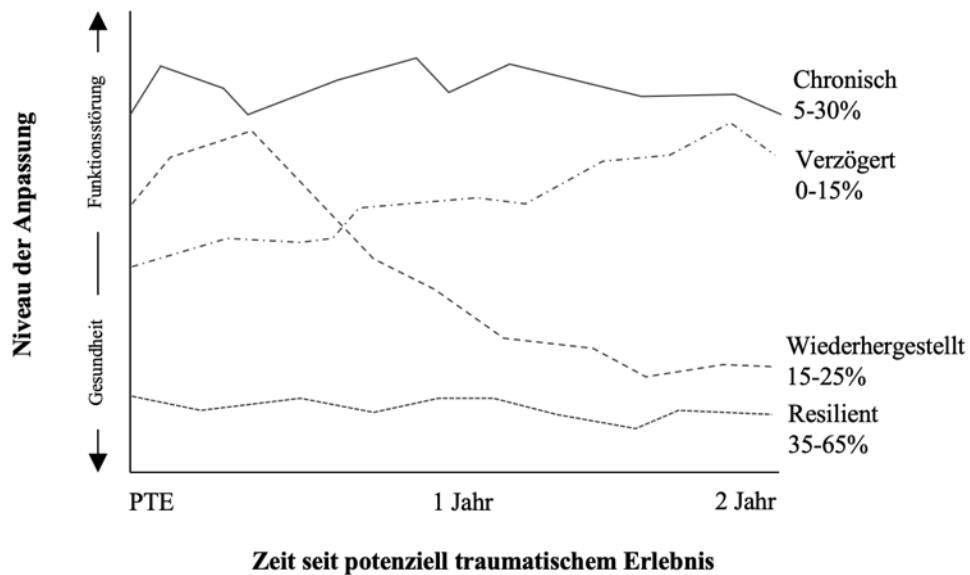


Abbildung 9: Einwirkung eines potentiell traumatischen Erlebnisses (ptE)

(Bonanno, Westphal, & Mancini, 2010)

Hier sind vor allem nach Bonanno (2004, 2010) vier Ausprägungsgruppen zu differenzieren:

Erstaunliche 35-65% der Betroffenen können das Erlebte resilient verarbeiten und zeigen auch nach zwei Jahren ein hohes Funktionsniveau, mit keinen bis geringe gesundheitliche Einschränkungen. Weitere 15- 25% der traumatisierten Menschen, erleben nach einem anfänglichen Einbruch ihres Funktionsniveaus in den ersten 6 Monaten nach dem Erlebnis, eine stetige Zunahme ihrer Funktionsfähigkeit und Genesung von Ihrer Symptomatik, so dass nach zwei Jahren von einer (Teil-) Erholung und Rehabilitation von dem potentiellen traumatischen Erlebnis gesprochen werden kann. Bei ca. 15 % der Betroffenen tritt erst im Laufe der Zeit eine verzögerte Abnahme bzw. Einbruch des Funktionsniveaus ein. Damit auch einhergehend nehmen gesundheitliche Beschwerden und Symptome zu, die sich erst nach einer Verlaufszeit von ab 6 Monaten mehr und mehr herauskristallisiert. Bei 5-30% der Menschen ist von einem chronischen Verlauf der Leidenssymptomatik auszugehen. Der Funktionseinbruch und die gesundheitlichen

Beschwerden treten hier bereits zeitnah nach dem potentiell traumatischen Erlebnis ein, und bleiben konstant chronisch beeinträchtigend für die Betroffenen, mit einem hohen Leidensdruck verbunden. (Bonanno, Westphal, & Mancini, 2010)

Bezogen auf das Ereignis Flucht und hier im Besonderen bei Kinder und Jugendlichen, die dazu angehalten sind, sich auf eine gefährliche Fluchtreise zu begeben, ist die Wahrscheinlichkeit einem potentiellen traumatischen Ereignis ausgesetzt zu werden und eine Traumatisierung zu erleiden dementsprechend höher. (Gavranidou et al., 2008; Betancourt, Newnham, Layne, Kim, Steinberg, Ellis, & Birman, 2012) Gleichzeitig steht die Belastungs- und Leidenssymptomatik in diesem Kontext in einem Zusammenhang mit Folgeerkrankungen im somatischen Bereich (Dyregrov, Gjestad, & Raundalen, 2002; Landolt, 2012; Schaal & Elbert, 2006, Brown, Anda, Tiemeier, Felitti, Edwards, Croft, & Giles 2009; Norman, Byambaa, De, Butchart, Scott, & Vos, 2012; Bellis, Hughes, Leckenby, Hardcastle, Perkins, & Lowey, 2014).

Auf Basis von zahlreichen Studien, die sich den negativen Auswirkungen einer unbehandelten Traumatisierung im Kindes und Jugendalter gewidmet haben, kann mit wissenschaftlichem Nachdruck zusammengefasst werden, dass sowohl psychische Folgeerkrankungen, somatische Erkrankungen und Beeinträchtigungen in Bezug auf die körperliche und seelische Gesundheit ein hoher Preis sind, den diese Kinder über Jahrzehnte zu tragen haben. (Pawils, Metzner, Wlodarczyk, Ewen, Christalle, & Lotzin, 2017)

Auf der anderen Seite heißt dies keineswegs, dass alle Flüchtlinge, alle fliehenden Kinder und Jugendlichen oder gar, dass alle Migranten auf Grund der Flucht oder erlebten potentiell belastenden Lebensereignisse eine Traumafolgestörung mit Sicherheit entwickeln werden. (Bonanno, 2004; Gavranidou, 2011)

Gavranidou betont an dieser Stelle auf der Basis ihrer Studien mit Migranten und Flüchtlingskindern, dass es einer professionellen und gründlichen Beurteilungskompetenz bedarf, ob die Kinder und Jugendlichen, sowie auch Erwachsenen nach einer Fluchterfahrung auf Grund eines Krieges, eine Traumafolgestörung entwickeln werden, die auch eine klinische Versorgung benötigt. Demnach sollte auch in diesem Sinne die Fluchtbiographie eines Individuums im Hinblick seiner mentalen Gesundheit nicht einer negativen Konnotation unterworfen werden. Denn aus der Migrations- und Fluchtidentität können die Betroffenen auch psychische Widerstandskräfte und Ressourcen entwickeln, die sie schützen und psychisch stützen. (Gavranidou, 2011)

2.2.1 Definition Trauma

Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme Version 10 (ICD-10) der World Health Organisation (WHO) spricht im klinischen Sinne von einem Trauma, wenn ein Mensch einem „belastenden Ereignis oder einer Situation mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß ausgesetzt [war], die bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde“ (DIMDI, 2015). (Dilling, Mombour & Schmidt, 2013; DIMDI, 2015).

Fischer und Riedesser (2009) bieten in ihrem Fachbuch folgende Umschreibung der Begrifflichkeit eines Trauma an: „Vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (Fischer, & Riedesser, 2009) und bekommen von Zito (2010) hierfür wissenschaftlichen Zuspruch in der Präzision ihrer Begriffsdefinition.

Für die vorliegende wissenschaftliche Arbeit ist vor allem die klassifikationssystembasierte Trauma Definition aus dem ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2013) und dem DSM-IV-TR (Sass, Wittchen, Zaudig, & Houben, 2003) eingesetzt worden. Der Unterschied zwischen der Definition eines Traumas besteht vor allem darin, dass es im DSM-IV-TR neben der situativen Komponente zusätzlich eine reaktive Komponente gibt. Hier kann von einer höheren Definitionsstrenge gesprochen werden.

Das relevante Trauma Kriterium, wurde 2018 im ICD-11 überarbeitet (WHO, 2015a). In dieser Revision wurde spezifiziert: Während im ICD-10 ein Trauma, als ein Erlebnis „außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt [...], welches nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde“ (Dorsch, n.d.) definiert wird, wurde im ICD-11 das Charakteristikum des Erlebnisses aus „extrem bedrohlich oder entsetzlicher Natur“ von Maercker (2015) herausgearbeitet.

Tabelle 6: Überblick Definitionen Trauma

(Dilling, Mombour & Schmidt, 2013; Saß, Wittchen, Zaudig, & Houben, 2003; WHO, 2018; Maercker, 2013)

| Definition Trauma | |
|---|--|
| ICD-10 | DSM-IV |
| "Die Betroffenen sind einem kurzen oder längeren Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung und mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jeder tiefgreifenden Verzweiflung auslösen würde." | "Die Person erlebte, beobachtete oder war mit tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhaltet. Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen." |
| ICD-11 | DSM-V |
| "Die Betroffenen sind einem kurzen oder längeren Ereignis oder Geschehen von extrem bedrohlicher oder entsetzlicher Natur. Manchmal summieren sich die Ereignisse zu extremer Todesbedrohung oder schwerer Verletzung (z.B. Hunger, Nähe zu fortgesetzten Kriegshandlungen)." | "Das Erleben von tatsächlichem oder drohende Konfrontation mit Tod, schwerer Verletzung, sexueller Gewalt. Durch entweder direkte Erfahrung, persönliche Zeugenschaft, in der nahen Familie/Verwandtschaft bzw. bei nahenstehenden Freunden, die wiederholte Konfrontation mit aversiven Details." |

2.2.2 Epidemiologie von PTBS weltweit

Die Gründe und Bedingungen, auf deren Basis eine Traumafolgestörung ausbricht, können multiple sein und sind nach dem aktuellen Forschungsstand nicht eindeutig oder linear zu erklären. Im Ländervergleich der PTBS- Raten, sind Unterschiede festzustellen. Diese Unterschiede können auf Definitions-, Untersuchungs- oder auch Interpretationsunterschieden beruhen. Ein weiterer Grund für die divergierenden Zahlen kann auch sein, dass die Kumulation von traumatischen Erlebnissen in einer Bevölkerung entscheidend sein können, wie hoch die Prävalenz einer Traumafolgestörung in einer Bevölkerung ausfällt. Falls man weltweit die historischen Ereignisse von Kriegen, Naturkatastrophen global betrachtet, ist es konsequent logisch, dass gewisse Bevölkerungen als ein Kollektiv durch ihr kumulativ oder besonders starkem exponiert sein an potentiellen traumatischen Erlebnissen, hier eine erhöhte Vulnerabilität vorherrschen könnte. Beispielhaft können hier zwei Länder genannt: während vom Genozid geprägten Ruanda die Punktprävalenz für eine PTBS-Erkrankung bei 26,1% der Bevölkerung liegt, liegt diese Zahl

für das Bundesland Zürich bei lediglich 0,7%. (Schmidt, Gehringer, Gehrke-Beck, & Gensichen, 2018)

Dieses Phänomen geht Hand in Hand mit dem Betroffenen sein als Kollektiv und wird umschrieben mit dem speziellen Begriff eines Massentraumas („mass trauma events“) umschrieben werden (Bezo, & Maggi, 2018).

Weltweit betrachtet, fällt die Prävalenz und die Inzidenz einer posttraumatischen Belastungsstörung von Land zu Land unterschiedlich aus. Eine Studie der Weltgesundheitsorganisation hat gezeigt, dass es bei einem Vergleich von über 26 Staaten hinweg gravierende Unterschiede und Abweichungen gibt, was die PTBS Diagnose, die Rate der Neuerkrankungen und die Rate der jährlichen Neuerkrankungen angeht. Die hier zitierte Forschungsstudie von Koenen, Ratanatharathorn, Ng, Bromet, Stein, Karam, Ruscio, Benjet, Scott, Atwoli, Petukhova, Lim, Aguilar-Gaxiola, Al-Hamzawi, Alonso, Bunting, Ciutan, de Girolamo und Kessler (2017), konnte darlegen, dass das Erkrankungsalter für eine PTBS besonders mit dem Alter und der damit einhergehenden Vulnerabilität zusammenhängt. Dies bedeutet, dass besonders in Ländern, mit einem geringen Bruttoinlandsprodukt, das Erkrankungsalter zum Zeitpunkt einer PTBS Erkrankung deutlich geringer ist. Somit ist in Ländern wie Kolumbien, Irak, Peru, PRC und Ukraine das Erkrankungsalter jünger. Im Vergleich zu über 26 Nationalstaaten hinweg gesehen, betrug die Lebenszeitprävalenz an einer PTBS zu erkranken 3.9 % in der Gesamterhebungsstichprobe und etwas erhöht, 5.6% in der Stichprobe, die einem potentiell traumatischen Erlebnis ausgesetzt worden war.

Während über die Hälfte der PTBS-Betroffenen (53.5%) aus einkommensstarken Ländern therapeutische Hilfsangebote aufsucht, waren es in einkommensschwachen Ländern nur noch 22.8% der Betroffenen. Das gesteigerte Risiko einer Lebenszeitprävalenz für eine PTBS war assoziiert mit sozialer Benachteiligung, wie zum Beispiel jüngeres Alter, die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht, das unverheiratet sein, ein geringerer Bildungsstand, ein geringeres Haushaltseinkommen und die Betroffenheit von Arbeitslosigkeit. (Kessler et al., 2017)

Auch im Kontext von Flucht und Migration kommt der Erforschung von relevanten Faktoren, die die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung positiv unterstützen (Risikofaktoren) oder abwehrend verhindern (Schutzfaktoren) eine große Bedeutung hinzu. Denn mit diesen Faktoren hängen auch weitere Entwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter zusammen. (Fazel, Reed, Panter-Brick, & Stein, 2011)

Vergleicht man die hohe Varianz zwischen den Prävalenzraten der bestehenden Studien bei Flüchtlingskindern bezüglich PTBS Raten und weiteren komorbiden Störungen, wird ersichtlich, dass am Ende die Individualebene des jeweiligen Kindes entscheidend ist, ob eine Störung entwickelt wird oder nicht. Diese sogenannte idiosynkratische Vulnerabilität ist für weitere Forschungsansätze zu betrachten, da sie über das Grundmuster für eine posttraumatische Krankheitsausbildung jeglicher Art auf Individualebene wertvolle Aufschlüsse geben kann. (DIMDI, 2015)

Die jeweiligen Risiko- und Schutzfaktoren im Kontext von prä-, peri- und post-migratorischen Faktoren geben hier relevante Hinweise, auf Grund welcher Treiber eine Krankheitsentwicklung abgewendet bzw. gefördert wird. (Giacco, Laxhman, & Priebe, 2018)
Folgende Tabelle aus einer Metaanalyse listet potentielle Risikofaktoren für eine PTBS - Entwicklung auf.

Tabelle 7: Risikofaktoren für eine posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Erwachsenen

(Trickey, Siddaway, Meiser-Stedman, Serpell, & Field, 2012)

| Risikofaktoren | k | τ^2 | χ^2 | ρ^{\wedge} | 95% confidence interval of ρ^{\wedge} | | Z | ppb |
|---|----|----------|----------|-----------------|--|--------|----------|--------|
| | | | | | lower | upper | | |
| Demografische Faktoren | | | | | | | | |
| Weibliche Geschlecht | 29 | 0,002 | 31,20 | 0,154 | 0,126 | 0,182 | 10,77*** | 0,142 |
| Geringe Intelligenz | 2 | 0,000 | 0,28 | 0,198 | 0,079 | 0,317 | 3,25** | 0,181 |
| Niedriges SoS | 7 | 0,013 | 6,71 | 0,165 | 0,047 | 0,282 | 2,75** | 0,134 |
| Ethnische Zugehörigkeit (Black and Minority Ethnic) | 5 | 0,001 | 6,12 | 0,081 | 0,041 | 0,121 | 3,93*** | 0,062 |
| Junges Alter | 18 | 0,015 | 23,84 | 0,030 | -0,041 | 0,101 | 0,83 | 0,023 |
| Pre-trauma Faktoren | | | | | | | | |
| Lebensereignis | 8 | 0,209 | 6,98 | 0,209 | 0,109 | 0,309 | 4,09*** | 0,179 |
| Psychische Störung | 14 | 0,000 | 8,57 | 0,152 | 0,107 | 0,196 | 6,64*** | 0,130 |
| Psychologische Störung der Eltern | 4 | 0,000 | 1,11 | 0,121 | 0,024 | 0,218 | 2,45* | 0,095 |
| Prä-traumatisches geringes Selbstbewusstsein | 2 | 0,000 | 0,10 | 0,163 | 0,049 | 0,278 | 2,80* | 0,142 |
| Objektive Trauma Eigenschaften | | | | | | | | |
| Trauerfall | 4 | 0,008 | 2,63 | 0,217 | 0,116 | 0,319 | 4,19*** | 0,204 |
| Zeit nach dem Trauma | 9 | 0,048 | 6,63 | -0,183 | -0,338 | -0,028 | 2,32* | -0,148 |
| Schweregrad des Traumas | 41 | 0,025 | 85,25*** | 0,292 | 0,236 | 0,347 | 10,32*** | 0,0204 |
| Subjektive Trauma Eigenschaften | | | | | | | | |
| Peri-traumatische Angst | 3 | 0,029 | 2,24 | 0,361 | 0,132 | 0,590 | 3,09** | 0,316 |
| Wahrgenommene Lebensbedrohung | 6 | 0,000 | 4,67 | 0,362 | 0,309 | 0,416 | 13,25*** | 0,346 |
| Post-traumatische Individualfaktoren | | | | | | | | |
| Andere beschuldigen | 2 | 0,052 | 10,28** | 0,474 | 0,143 | 0,806 | 2,80** | 0,522 |
| Komorbide psychologische Störungen | 25 | 0,023 | 38,13* | 0,404 | 0,336 | 0,472 | 11,60*** | 0,361 |
| Ablenkung | 2 | 0,055 | 1,00 | 0,473 | 0,115 | 0,832 | 2,59* | 0,424 |
| PTBS (T1) | 4 | 0,182 | 2,87 | 0,636 | 0,203 | 1,069 | 2,88** | 0,541 |
| Unterdrückung von Gedanken | 2 | 0,000 | 0,07 | 0,696 | 0,508 | 0,883 | 7,26*** | 0,601 |
| Post-traumatische psychologische Umwelt | | | | | | | | |
| Niedrige soziale Unterstützung | 4 | 0,032 | 6,69 | 0,327 | 0,127 | 0,526 | 3,21** | 0,288 |
| Life Events | 5 | 0,027 | 4,45 | 0,212 | 0,145 | 0,279 | 6,20*** | 0,141 |
| Psychische Störung der Eltern | 25 | 0,021 | 26,06 | 0,290 | 0,220 | 0,360 | 8,08*** | 0,254 |
| Geringe familiäre Funktionsfähigkeit | 7 | 0,168 | 6,61 | 0,460 | 0,149 | 0,770 | 2,90** | 0,405 |
| Sozialer Rückzug | 2 | 0,000 | 0,04 | 0,385 | 0,310 | 0,461 | 9,98*** | 0,367 |
| Medien Exposition | 3 | 0,062 | 2,15 | 0,112 | -0,186 | 0,410 | 0,74 | 0,097 |

Anmerkung: *** = $p < .001$, ** = $p < .01$, * = $p < .05$, k = Anzahl der Studien.

Grundsätzlich konnte wissenschaftlich festgehalten werden, dass das weibliche Geschlecht, das Vorliegen andere psychischer Störungen, eine psychische Belastung der Eltern oder Bindungspersonen und der Schweregrad des potentiell traumatischen Erlebnisses

als Risikofaktoren berücksichtigt worden sind. Auf Basis dieser Metaanalyse wurden die relevanten Risikofaktoren im Methodendesign dieser Studie auch berücksichtigt.

Epidemiologie PTBS in Deutschland: Kinder

In der epidemiologischen Erfassung der Prävalenzraten von PTBS Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen stößt man immer wieder auf die Problematik der Verwendung von unterschiedlichen Definitionen von traumatischen Ereignissen hin. Eine Vergleichbarkeit der Studien, die auf diesem Gebiet geführt werden, ist daher teilweise und nur eingeschränkt möglich. Die hohe Varianz der Ergebnisse sollte daher Beachtung bei der Interpretation und Verwendung der Ergebnisse finden. Unter Berücksichtigung der Studiendaten von Essau et al. (1999), ergibt sich, dass in der Bundesrepublik ca. 1,2 % der Kinder an einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden (Essau, Conradt, & Petermann, 1999).

Die metaanalytische Studie von Hiller, Meiser-Stedman, Fearon, Lobo, McKinnon, Fraser und Halligan (2016) untersuchte, ob die Prävalenz und die Symptomschwere bei Kindern, die an einer posttraumatischen Störung leiden, in dem Folgejahr auf das erlebte traumatische Ereignis hin, sich verändern. Die Ergebnisse zeigten klar auf, dass auch wenn oftmals in der Literatur der Punkt unterstrichen wird, dass nicht jedes Kind nach dem Erleben eines Traumas auch zwangsweise eine Traumafolgestörung entwickeln muss (Domhardt, Münzer, Fegert, & Goldbeck, 2014), bzw. dass die Symptombelastung auch ohne eine Intervention nach gewisser Zeit remittiert. (Pervanidou, Kolaitis, Charitaki, Margeli, Ferentinos, Bakoula, 2007; Saxe, Stoddard, Courtney, Cunningham, Chawla, Sheridan, 2001), dennoch ein beträchtlicher Anteil der betroffenen Kinder auch noch nach einem Jahr an den Symptomen stark zu leiden haben, wenn keine Intervention erfolgt.

Die folgende Übersichtstabelle über die Ereignis- und PTBS- Prävalenzen aus der Arbeit von Groh (2010) fasst die wichtigen Prävalenzstudien zu allgemeiner PTBS-Erkrankung über verschiedene Altersgruppen zusammen und zeigt auch deutlich, wie unterschiedlich die Auftretenswahrscheinlichkeit einer PTBS im Kontext von Kindern und Jugendlichen und einem erlebten potentiell traumatischen Erlebnis über die Entwicklungsspanne hin ist. Statistisch gesehen sind bei der Vergleichsinterpretation dieser Daten vor allem die Unterschiedlichkeit der Studienarten (epidemiologisch oder convenient sample) und auch Prävalenzzahlen (Ereignis oder PTBS-Störung) hervorstechend. Dennoch wird ersichtlich, dass nicht jedes Kind eine PTBS Erkrankung nach einem traumatischen

Ereignis entwickelt, sowie das Erleben eines traumatischen Ereignisses in der Kindheits- und Jugendzeit auch in der Allgemeinbevölkerung, keine Seltenheit darstellt.

Tabelle 8: Ereignis- und PTBS-Prävalenzen Kinder und Jugendliche
(Groh, 2010)

| Studie | Ereignis- prävalenz | PTBS- Prävalenz |
|---|------------------------|--------------------|
| Eisen, Goodman, Qin, Davis & Crayton (2007) | | |
| 328 Kinder und Jugendliche (3-16 Jahre) | | |
| Misshandlung | 22,9 | |
| Missbrauch | 17,7 | |
| Misshandlung und Missbrauch | 8,8 | |
| Vernachlässigung | 39,6 | |
| Kiser, Heston, Millsap & Pruitt (1991) | | |
| 89 Kinder und Jugendliche (keine Altersangaben) | | |
| Misshandlung und/oder Missbrauch | 100,0 | 55,1 |
| McLeer, Callaghan, Henry & Wallen (1994) | | |
| 26 Kinder (6-16 Jahre) | | |
| Sexueller Missbrauch | 100,0 | 42,3 |
| McLeer, Deblinger, Atkins, Foa & Ralphe (1988) | | |
| 31 Kinder (3-16 Jahre) | | |
| Sexueller Missbrauch | 100,0 | 48,4 |
| McLeer, Deblinger, Henry & Orvaschel (1992) | | |
| 92 Kinder (3-16 Jahre) | | |
| Sexueller Missbrauch | 100,0 | 43,9 |
| Perkonigg & Wittchen (1997) | | |
| 3.021 Jugendliche und junge Erwachsene (14-24 Jahre) | | |
| mind. ein traumatisches Ereignis | 17,0 | |
| Kindesmissbrauch | 2,9 | |

Betrachtet man die Aufzählungstabelle von Arnold (2010) hinsichtlich der Mittelwerte der jeweiligen Studiencluster und der dazugehörigen Standardabweichung, wird eindeutig, dass die breite Streuung der Forschungsergebnisse, was die Prävalenz von PTBS-Diagnosen in den jeweiligen Studienclustern - Punktprävalenz in der Allgemeinbevölkerung, Ereignisprävalenz nach Kindesmisshandlung, Ereignisprävalenz nach Kriegserlebnissen, Ereignisprävalenz nach Unfällen, Ereignisprävalenz nach

Naturkatastrophen und Punktprävalenz bei Pflegekindern – bei der Interpretation der Daten beachtet werden muss. Eine hohe Standardabweichung von 19,84 bei Kriegserlebnissen, kann wie bereits diskutiert auf multiple Gründe zurückzuführen sein. Hier kann der Einsatz von unterschiedlichen Messinstrumenten, Verwendung von unterschiedlichen Untersuchungsmodalitäten und die Orientierung an unterschiedlichen Trauma Definitionen exemplarisch angeführt werden.

Tabelle 9: PTBS Prävalenzen bei Kindern und Jugendlichen nach Kontext

(Tabelle von Arnold, 2010 erweitert und ergänzt von Autorin)

| Kontext der Studien | Autoren | PTBS-Prävalenz | Mittelwert PTBS-Prävalenz | Standardabweichung PTBS-Prävalenz |
|----------------------|--------------------------------|----------------|---------------------------|-----------------------------------|
| Allgemeinbevölkerung | Essau et al., 1999 | 1.6% | 1,40% | 0,17 |
| | Perkonig et al., 2000 | 1.3% | | |
| | Maercker et al. 2008 | 1.3% | | |
| Kindesmisshandlung | Famularo et al., 1996 | 35% | 36,50% | 2,12 |
| | Ackerman et al., 1998 | 38% | | |
| Kriegserlebnisse | Saigh, 1991 | 27% | 48,50% | 19,84 |
| | Kuterovac et al., 1994 | 74% | | |
| | Thabet, & Vostanis, 1999 | 41% | | |
| | Smith et al., 2002 | 52% | | |
| Unfälle | Di Gallo et al., 1997 | 14% | 17,25% | 3,40 |
| | Landolt et al., 2005 | 16% | | |
| | Mirza et al., 1998 | 17% | | |
| | McDermott, & Cvitanovich, 2000 | 22% | | |
| Naturkatastrophe | Lonigan et al., 1991 | 17.5% | 52,00% | 24,34 |
| | Phynoos et al., 1993 | 64% | | |
| | Bulut, 2006 | 73% | | |
| | Scheeringa, & Zeanah, 2008 | 53.5% | | |
| Pflegekinder | Dubner, & Motta, 1999 | 41% | 27,00% | 19,09 |
| | McMillen et al., 2005 | 14% | | |

Nach Hiller et al. (2016) bleibt die PTBS Diagnose und der Schweregrad der Symptombelastung bei 50% der betroffenen der Kinder auch nach 6 Monaten voll bestehen. Lediglich bei 50% der Kinder findet ein moderater Abklang der Belastungssymptomatik direkt in den ersten drei Monaten nach dem Erlebnis statt. (Hiller et al., 2016) Demnach behalten die Kinder und Jugendlichen nach der Analyse von Hiller et al. (2016), die sich im Alter von 5 bis 18 Jahren befanden, zu 50% den Leidensdruck, der aus dem Erlebten resultiert und entwickeln zu einer hohen Wahrscheinlichkeit weitere, komorbide

Störungsbilder. (Alisic et al., 2014) Die Wahrscheinlichkeit, welche weiteren Störungsbilder nach einem oder mehreren erlebten Traumata die Kinder und Jugendlichen erleiden werden, konnte Copeland, Keeler, Angold und Costello (2007) modulieren. Demnach kommen zu dem Störungsbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung vor allem auch Diagnosen einer Angststörung, einer depressiven Störung und weiteren klinischen Störungsbildern mit Schwerpunkt einer Störung des Sozialverhaltens hinzu. Dass vor allem bei Flüchtlingskindern, Störungen des Sozialverhaltens und Störungen des emotionalen Erlebens doppelt so oft vorkommen wie bei Kindern mit Migrationshintergrund und dreimal so oft wie bei Kindern in der Allgemeinbevölkerung, ist hier besonders hervorzuheben. (Fazel, 2003)

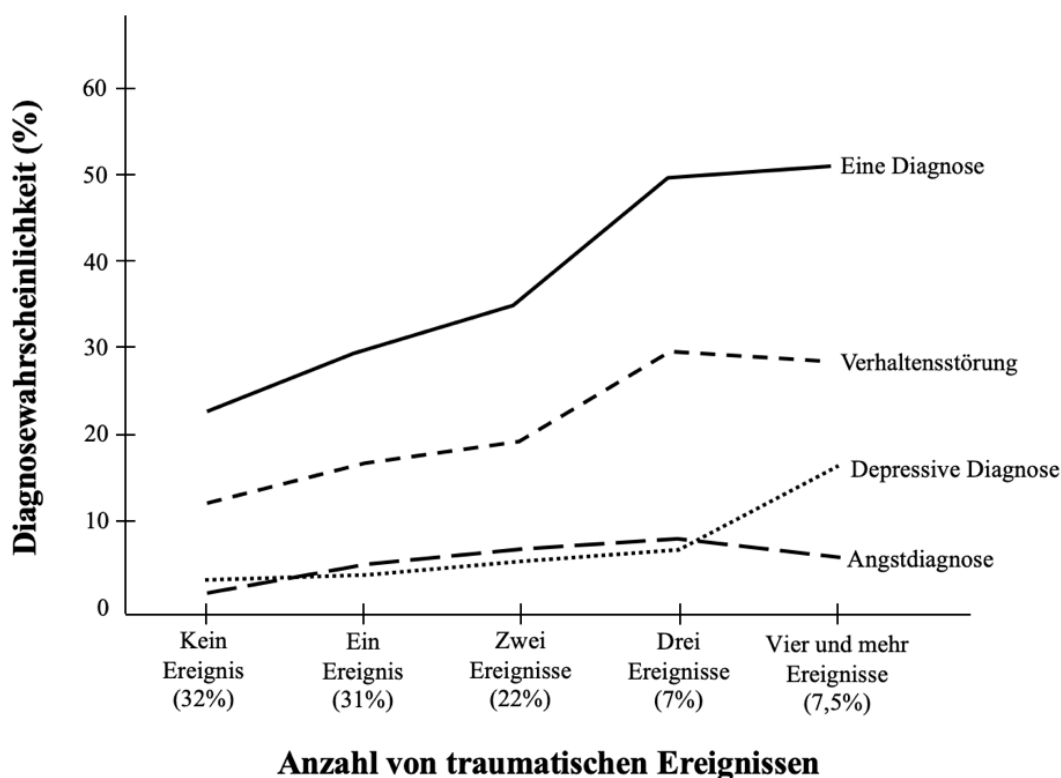


Abbildung 10: Wahrscheinlichkeit komorbide Störungen zu entwickeln nach Erleben eines pTE (Copeland, Keeler, Angold, & Costello, 2007; Rosner, & Steil, 2013)

Epidemiologie PTBS bei erwachsenen Flüchtlingen

Die Symptombelastung der Eltern, die mit ihren Kindern fliehen und Zuflucht in einem neuen Land suchen, hat in einem familiären Bündnis nicht nur Auswirkungen auf ihre eigene psychische Gesundheit, sondern betrifft die gesamte Familiendynamik bis hin zur psychischen und somatischen Gesundheit der Kinder. Dies resultiert auf den Forschungsergebnissen von Bryant, Edwards, Creamer, O'Donnell, Forbes, Felmingham,

Silove, Steel, Nickerson, McFarlane, Van Hooff, & Hadzi-Pavlovic (2018), die darauf verweisen, dass eine Trauma assoziierte Historie der Eltern sowie eine erhöhte Belastung der Eltern durch den post-migratorischen Stress im Aufnahmeland zu einem höheren Aufkommen einer PTBS Erkrankung bei den Eltern führt, und dies wiederum zu harten und rauen Erziehungsmethoden der Eltern zu ihren Kindern. Diese groben Erziehungsmuster der Eltern führen zu multiplen psychischen Problemen bei den Kindern, wie zum Beispiel zu Hyperaktivität ($(\beta=0.044, p=0.0241)$), emotionalen Regulationsstörungen ($(\beta=0.041, p=0.0218)$) und Konflikten unter Gleichaltrigen ($(\beta=0.007, p=0.047)$). Es konnte sogar eine Signifikanz zwischen der elterlichen PTBS Störung und den emotionalen Problemen der Kinder erhoben werden ($(\beta=0.144, p=0.0001)$). (Bryant et al., 2018)

Daher war es ein wegweisendes Kriterium im Studiendesign dieser vorliegenden Arbeit, auch die Belastungssituation der Eltern zu erheben, auch wenn es aus ressourcentechnischen Gründen nicht möglich war, eine Prävalenz von Traumafolgestörungen bei den Eltern als gesicherte klinische Diagnose zu dokumentieren. Die Ausrichtung der Studie betraf vor allem die Psychopathologie und den Gesundheitszustand der Kinder. Dennoch ist für weitere Studien zu empfehlen, falls möglich und umsetzbar, auch die Eltern im Rahmen einer klinischen Untersuchung hinsichtlich einer PTBS Diagnostik zu untersuchen, um so besser an bestehende Studienergebnisse wie oben anknüpfen und zu besserem Verständnis von Transmissionseffekten innerhalb einer Familie beitragen zu können. Die Erweiterung der Methodik auf die neurobiologische Ebene, vorausgesetzt die ethischen und datenschutzrechtlichen Vorgaben werden zugesichert, kann in diesem Kontext der Übertragung und Weitergabe von traumatischen Erlebnissen im epigenetischen Bereich, relevant sein und an die Ergebnisse von Blaze, Asok und Roth (2015) und Provençal und Binder (2015), anschließen.

Demnach sollen an dieser Stelle auch die Prävalenzraten einer Traumafolgestörung von erwachsenen Flüchtlingen dargestellt werden: bei erwachsenen Flüchtlingen liegt eine erhöhte PTBS und Depressionsrate vor, die global betrachtet bei durchschnittlich 20% liegt (Lindert, Brähler, Wittig, Mielck, & Priebe, 2008).

Die hohe Komorbidität bei einer PTBS Erkrankung mit einer Depression konnte in zahlreichen Studien auch bei Flüchtlingen in Deutschland gezeigt werden. Die Prävalenzrate einer PTBS lag in diesen Studien sogar weitaus über dem Durchschnitt anderer oben zitierter Studien im internationalen Vergleich, und zwar bei 40-50%. (Gäbel, Ruf, Schauer, Odenwald,

& Neuner, 2006; von Lersner, Rieder, & Elbert, 2008, Perkonig, Kessler, Storz, & Wittchen, 2000; Flatten, Gast, Knaevelsrud, Lampe, Liebermann, Maercker, Reddemann, Wöller, 2011) Die Bundespsychotherapeutenkammer konstatiert auf ihren Berechnungen basierend die Prävalenzrate einer PTBS bei Flüchtlingen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung Deutschland mindestens bei 8,7 bis 20 Mal höher. (BPtK, 2015)

Laut des relevanten Berichtes der Bundestherapeutenkammer hat die Mehrzahl der Asylsuchenden in Deutschland sowohl in ihren Herkunftsländern als auch auf ihrer Fluchtreise multiple traumatische Ereignisse machen müssen. Studienergebnissen zufolge haben erwachsene Flüchtlinge in 70% der Fälle Gewalt gegenüber anderen erlebt, in 58% der Fälle haben sie Leichen gesehen, und bei 55% sind sie selber Gewaltopfer gewesen. (BPtK, 2015)

In 43% der Fälle geben die Asylsuchenden in Deutschland sogar an, dass sie gefoltert worden sind (Gäbel, Ruf, Schauer, Odenwald, & Neuner, 2006). Gäbel et. al. (2006) konnte in ihren Studienergebnissen darauf verweisen, dass 70% der erwachsenen Flüchtlinge „ungewollte Gedanken an das Trauma“ (Gäbel et al., 2006) plagt. Weiterhin haben ca. 40% der Befragten regelmäßig unter Alpträumen zu leiden und 50% werden durch immer wiederkehrende Flashbacks in Leidenschaft gezogen. (BPtK, 2015)

Epidemiologie PTBS bei Kindern- und Jugendlichen mit Fluchterfahrung

Kinder mit einer Fluchterfahrung gehören zu einer Risikogruppe, die von multiplen psychischen Belastungen betroffen sein können. (Romer, 2012) Der Studienlage fasst zusammen, dass bei Flüchtlingskindern- und jugendlichen die Häufigkeiten der traumatischen Erlebnisse variieren:

- 41% der Kinder- und Jugendlichen sind Zeuge von körperlicher Gewalt gewesen
- 26% der Kinder mussten ansehen, wie Familienmitglieder Gewalt erfahren haben
- 39% der Kinder und Jugendlichen haben einen traumatisierenden Unfall erlitten
- 38% der Kinder und Jugendlichen haben das Erleben eines Krieges als traumatisierende Erfahrung mitgenommen. (Gäbel, Ruf, Schauer, Odenwald, & Neuner, 2006)

Die Begleitsymptome wie Alpträume, sogenannte Flashbacks sowie Ein- und Durchschlafschwierigkeiten sind häufig bei traumatisierten Kindern, die unter einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden, vorzufinden. Besonders Schlafstörungen sind

weit verbreitet: rund zwei Drittel der Erwachsenen Flüchtlinge sowie ein Drittel der Kinder haben hierunter zu leiden. (BPtK, 2015)

Eine Studie von Dilling et al. (2013) hat vor allem die Symptome der Angst und Depressivität sowie vorherrschende Suizidgedanken der Kinder- und Jugendlichen als besonders belastend herausarbeiten können (Dilling, Mombour, & Schmidt, 2013; BPtK, 2019).

Die starke psychische Belastung der Flüchtlingskinder führt dazu, dass rund 40% dieser durch das traumatische Ereignis in ihrer Entwicklungsfähigkeit eingeschränkt sind: dies betrifft vor allem ihr schulisches Lernvermögen als auch ihre zwischenmenschlichen Interaktionsfertigkeiten (Gavranidou et al., 2008; BPtK, 2019).

Als klinisch gesicherte Diagnose konnte die Posttraumatische Belastungsstörung mit einer Prävalenz von 19% dokumentiert werden: somit ist jedes fünfte Flüchtlingskind in Vorstudien mit einer PTBS diagnostiziert worden und hat somit ein 15 Mal häufiger eine PTBS als Kinder, die in Deutschland geboren worden sind (Ruf, Schauer, & Elbert, 2010; BPtK, 2019).

Klinisch betrachtet ist es nicht verwunderlich, dass auf der Basis dieser Ergebnisse, bereits rund ein Drittel der Flüchtlingskinder in Deutschland schon einmal suizidal nach Erleben des Traumas gewesen sind (Ruf et al., 2010). Die Studie von Ruf et al. (2010) widmete sich kurz vor der Studienplanung des vorliegenden Projektes der Frage, wie stark Asylbewerberkinder in Deutschland, aus verschiedenen Ländern immigrieren, von einer PTBS betroffen sind. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass neben einer hohen posttraumatischen Belastungsrate bei den Kindern (19,2% der Kinder erhielten die gesicherte Diagnose PTBS), auch weitere Einschränkungen der Funktionsfähigkeit im Bereich von Gedächtnis und Kognition einhergehen können. Ein relevantes Kriterium für die Symptombelastungsschwere war bei den Kindern die kumulative Summe der erlebten potenziell traumatischen Ereignisse: dementsprechend konnte auch bei dieser Studie, aufbauend auf die Ergebnisse von Neuner et al. (2004) gezeigt werden, dass umso mehr bzw. umso häufiger die Asylbewerberkinder ein traumatisches Erlebnis sehen oder erleben mussten, umso schwerwiegender hatten sie an einer PTBS Symptomatik zu leiden. (Ruf et al., 2010)

Besonders häufig tritt bei Flüchtlingen eine posttraumatische Belastungsstörung dann auf, falls das erlebte Trauma von Menschenhand zugefügt wurde, das heißt, falls das potentiell traumatische Ereignis in die Kategorie der „Man-made-disasters“ (Keilson, 1997) gehört. (Ruf et al., 2010; LÄK & LPtK BaWü, 2011)

Die mit dem chronischen Verlauf einer posttraumatischen Belastungsstörung sowie anderen Traumafolgestörungen einhergehenden Komorbiditäten sind in zahlreichen Vorstudien international dargestellt worden: andere psychische Erkrankungen wie zum Beispiel andauernde Persönlichkeitsveränderungen, dissoziative Störungsbilder, eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung wie zum Beispiel der Borderline Störung (Flatten et al., 2011; BPtK, 2019) mit der Tendenz der Selbstverletzung, sind häufige Komorbiditäten.

Frommberger, Angenendt und Berger (2014), konnte zeigen, dass 7 von 10 PTBS-betroffenen Flüchtlingen im Kindes- und Jugendalter im Laufe der Zeit unter weiteren psychischen Störungen leiden, wie Angststörungen, Depressionen, Somatisierungsstörungen und Suchterkrankungen. Auf der Seite der körperlichen Symptomatik kommen bei traumatisierten Menschen Lungenerkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen öfter vor. (Frommberger et al., 2014; BPtK, 2019)

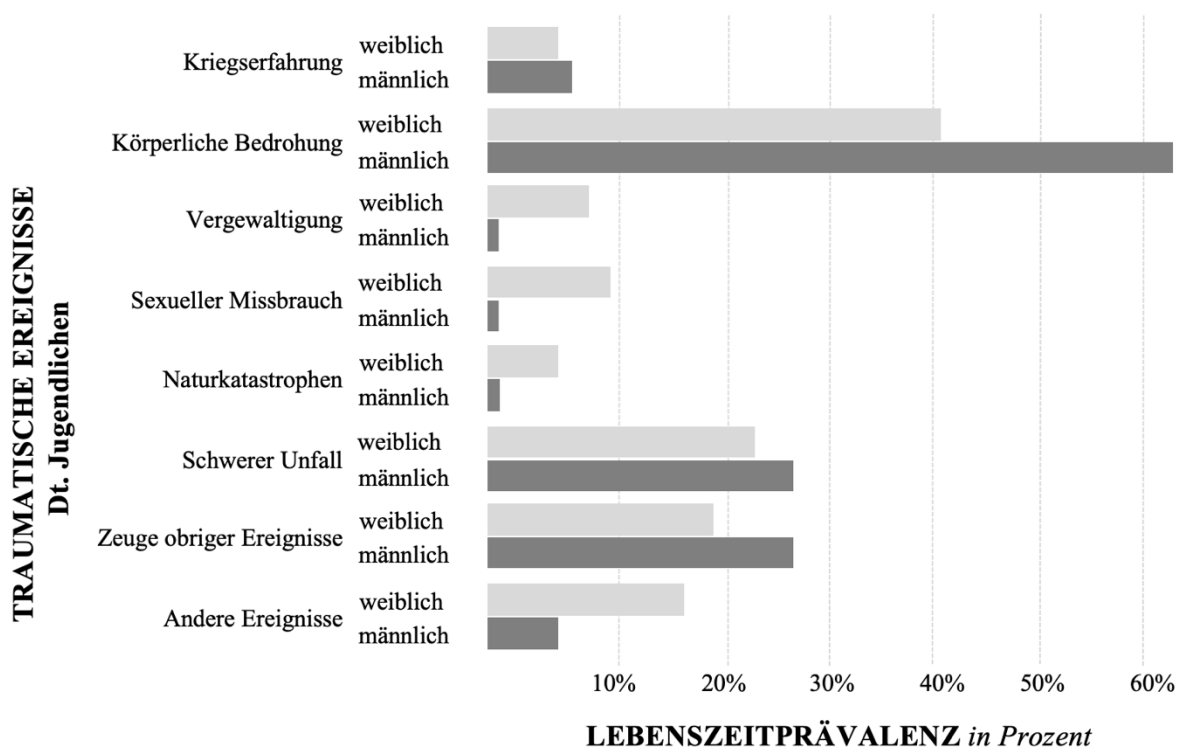


Abbildung 11: „Lebenszeitprävalenz traumatischer Ereignisse im Leben von deutschen Jugendlichen“

(Essau et al., 1999; Landolt, 2012)

Die nach wie vor ist relevanteste Studie bezüglich der Messung, wie oft deutschen Kindern in ihrem Leben ein traumatisches Erlebnis widerfährt, die Bremer Jugendstudie von Essau et al. (1999). Hier wurde bei Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren eine

Lebenszeitprävalenz einer posttraumatischen Belastungsstörung von 1,6% ermittelt (siehe Abbildung oben). Körperliche Angriffe, Verletzungen und schwerwiegende Unfälle wurden von deutschen Jugendlichen am häufigsten genannt (siehe Abbildung oben). Die gravierenden Unterschiede in den traumatischen Erlebnissen zwischen Flüchtlingskindern und in Deutschland geborenen Kindern wird mit dieser Abbildung erneut offensichtlich.

Die Geschlechtsunterschiede sind hier in der deutschen Jugendpopulation besonders auffällig: während Jungen signifikant häufiger potenziell traumatische Ereignisse als Mädchen erlebten, herrschen markante Unterschiede zwischen den Trauma Kategorien bei Mädchen und Jungen. Mädchen berichten häufiger von sexueller Gewalt und Jungen von körperlicher Gewalt und Unfällen als erlebtes Trauma und Auslöser einer PTBS.

Eine Münchner Studie in welcher eine repräsentative Stichprobe von 14- bis 29-Jährigen Personen aus der Region München untersucht wurde, dass vor allem die komorbiden psychischen Störungen (Perkonigg et al., 2000), die mit einer PTBS einhergehen, sogar bei einer Follow-Up Erhebung nach 34-50 Monaten, immer noch 48% der Betroffenen weiterhin an den Störungen litten und die Diagnose gesichert bekamen. Besonders gefährdet waren hier diejenigen Studienteilnehmer, die zu Beginn eine Vermeidungssymptomatik – das A2 Kriterium der subjektiven Reaktionskomponente – erfüllten. Diese Befunde zeigen deutlich, dass PTBS ein Chronifizierungsrisiko mit sich trägt, sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch Erwachsenen. (Perkonigg, Pfister, Stein, Höfler, Lieb, Maercker, et al., 2005)

Das Bayerische Staatsministerium für Migration, Familie und Soziales gewährt rechtlich Asylbewerbern einen zeitnahen Zugang zur ärztlichen Versorgungsstruktur in Bayern. So wird betont, dass die bestehenden medizinischen Versorgungsangebote durch niedrigschwellige Konzepte im Rahmen von ärztlichen Hilfsangeboten in allen Erstaufnahmeeinrichtungen erweitert wurden. Zur Vorbeugung von Infektionskrankheiten wurde ein medizinisches Kurzscreening unmittelbar nach Einreise der Asylbewerber in Bayern eingeführt. (Müller, 2014; Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration, 2015) Dennoch beklagte die Ärztekammer im selben Jahr, die schlechte medizinische Versorgung in den Erstaufnahmeeinrichtungen (Deutsches Ärzteblatt, 2015) – dies erst 2 Jahre nach Abschluss der Datenerhebung dieser Dissertationsstudie.

Diesen rechtlichen Rahmenbedingungen sind die erhobenen Gesundheitsdaten entgegenzustellen und am Ende dieser Arbeit kritisch zu reflektieren, warum dennoch so viele Flüchtlingsfamilien psychisch und somatisch unterversorgt werden.

Die folgende Studie knüpft an die Ergebnisse vorgestellter nationaler und internationaler Studien zur Gesundheitserfassung und Traumabelastungsforschung der Flüchtlingspopulation an. Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die Datenlage für die Region München und Bayern durch die Erkenntnisse der vorliegenden Studie zu erweitern. Die Kennzahlen des Bayerischen Staatsministeriums wurden im Vorfeld der Studie im Rahmen einer Anfrage auf die genauen Zahlen im Kinder- und Jugendbereich eingeholt. Zur Planungsphase der Studie, das heißt im September 2013, teilte das Ministerium in einem Briefverkehr mit, dass 7.742 Kinder und Jugendliche aus Asylbewerberfamilien in Bayern leben. Ihre Verteilung auf die unterschiedlichen Unterkünfte und Wohnoptionen verteilte sich laut dem Ministerium wie folgt:

Tabelle 10: Wohnsituation von Kindern und Jugendlichen aus Asylfamilien in Bayern

(Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration, 2015)

| Unterkunftarten | Anzahl |
|--|---------------|
| BMF: EAE München + Zimdorf | 467 |
| Staatliche Gemeinschaftsunterkünfte | 2492 |
| Private Wohnungen | 3524 |
| Unterkünfte der Kreisverwaltungsbehörden bzw. kreisfreien Städte | 1258 |

Mit knapp 60 Millionen Flüchtlingen weltweit, aus den verschiedensten Herkunftsländern und Kontinenten entstammend und immigrierend, stehen die Systeme der Gesundheitsversorgung und Datenerfassung der Aufnahmeländer vor großen Herausforderungen.

Der somatische und psychologische Versorgungsbedarf von Flüchtlingen ist in einem globalen Kontext sehr weitreichend und vielseitig. Das Flüchtlingshilfswerk der Vereinten Nationen (UNHCR) hat zur flächendeckenden Dokumentation der Gesundheitsdaten von Flüchtlingen die Plattform „Twine“ entwickelt. Hier fließen digital Daten zu allen Einsatzländern der UNHCR, also allen Ländern und Regionen, in denen die UNHCR eine Operation für Flüchtlinge durchgeführt hat, standardisierte Daten zu unter anderem den

Bereichen Krankheitsausbrüche, Gesundheitsinformationssysteme, Hygiene, Ernährung, Infektionskrankheiten, Laboruntersuchungen, Reproduktionsgesundheit, Kinder- und Müttersterblichkeit. (UNHCR, 2015c) Ausgehend vom umfangreichen Datenvolumen dieser Datenbank für den globalen Kontext, sind vor allem die Gesundheitsdaten der Flüchtlinge, die weltweit nach Europa einreisen, für die vorliegende Forschungsarbeit relevant.

Eine umfassende Auswertung von Bradby, Lebano, Hamed und Gil-Salmerón (2020) von den für Europa vorliegenden öffentlichen Gesundheitsdaten, hat ergeben, dass der schlechte Gesundheitszustand von Flüchtlingen vor allem durch Schwangerschaft und psychischer Gesundheit bestimmt werden (Wangdahl, Lytsy, Martensson, & Westerling, 2014). Vor allem das unterdurchschnittliche Geburtsgewicht, die erhöhte Anzahl an Frühgeburten und auch perinatalen Sterblichkeit, sowie auch Chromosomenanomalien kennzeichnet die weiblichen Flüchtlinge als eine vulnerable Gruppe. Die auffällig hohe perinatale Sterblichkeit deutet auf hier fehlende entgegenwirkende Versorgungsstrukturen der werdenden Mütter hin. (Phillimore, 2015; Lalchandani, MacQuillan, & Sheil, 2001; Råssjö, Byrskog, Samir, & Klingberg-Allvin, 2013; Small, Gagnon, Gissler, Zeitlin, Bennis, & Glazier, 2008; Lewis, 2007; Porter, & Haslam, 2005; Fazel, Wheeler, & Danesh, 2005; Gerritsen, Bramsen, Devillé, van Willigen, Hovens, & van der Ploeg, 2006; Hermansson, Timpka, & Thyberg, 2003; Masmás, Møller, Buhmann, Bunch, Jensen, & Hansen, 2008; Bean, Eurelings-Bontekoe, & Spinhoven, 2007).

Folgende Risikofaktoren können die erhöhte Prävalenz von psychopathologischen Störungsbildern bei Flüchtlingen gegenüber der Normalbevölkerung (Fazel, Wheeler, & Danesh, 2005) mit aufklären: Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht, erhöhtes Alter, das Vorhandensein eines Trauma Erlebnisses (Gerritsen et al., 2006). Die Kollegen kamen zu dem Ergebnis, dass Binnenvertriebene und Asylsuchende hier gefährdeter sind wie anerkannte Flüchtlinge. (Porter, & Haslam, 2005)

Als protektive Faktoren vor der Flucht konnten Arbeitstätigkeit und der Bildungsgrad identifiziert werden (Hermansson et al., 2003; Masmás et al., 2008). Auf der anderen Seite konnte die Analyse herausstellen, dass für Kinder in der Entwicklungsphase stabile Wohnverhältnisse, soziale Unterstützung und Zugehörigkeit (Derluyn, & Broekaert, 2008), Teilnahme am Schulunterricht, Freunde vor Ort sowie Sprachfertigkeiten in der Sprache des Aufnahmelandes mit einer Verbesserung der psychischen Gesundheit der Kinder korreliert. (Montgomery, 2011; Giordano, Boerchi, & Maragel, 2014)

Tabelle 11: PTBS Prävalenz bei Flüchtlingskindern

(Bronstein, & Montgomery, 2011; Blackmore et al., 2020)

| Autoren | Jahr | PTBS Prävalenz |
|------------------|-------------|-----------------------|
| Soykoek et al. | 2017 | 30.00 (21.00-40.00) |
| Sapmaz et al. | 2017 | 09.00 (4.00-17.00) |
| Gosnell | 2017 | 11.00 (5.00-19.00) |
| Nasiroglu et al. | 2016 | 36.00 (24.00-50.00) |
| Jakosen et al. | 2014 | 31.00 (24.00-38.00) |
| Daud et al. | 2009 | 40.00 (29.00-52.00) |
| Ahmand et al. | 2008 | 07.00 (3.00-14.00) |
| Hodes et al. | 2008 | 54.00 |
| Ellis et al. | 2008 | 19.00 |
| Bean et al. | 2007 | 41.90 |
| Geltman et al. | 2005 | 20.00 |
| Heptinstall | 2003 | 45.50 |

Anmerkung. Prävalenz 95% KI; Alle Studien hatten Kinder- oder Jugendliche Flüchtlinge

In der oben dargestellten Tabelle werden die PTBS Prävalenzraten für Flüchtlingskinder aus den Metaanalysen von Bronstein & Montgomery (2011) und Blackmore, Gray, Boyle, Fazel, Ranasinha, Fitzgerald, Misso und Gibson-Helm (2020) zusammengeführt dargestellt. Der Mittelwert aller aufgeführten Studien für eine PTBS liegt bei 28,7%. Es sei zu erwähnen, dass die Studie Soykoek et al. (2017) eine Vorabpublikation der Autorin (Namensänderung Soykök zu Ellert durch Heirat) dieser Doktorarbeit darstellt und Ergebnisauszüge der vorliegenden Arbeit darstellt, die auf Grund der hohen gesellschaftlichen Relevanz im Rahmen der starken Flüchtlingseinreise im Jahr 2016 nach Deutschland, der Öffentlichkeit somit zur Verfügung gestellt wurden.

Die Zahlen der Metaanalysen zeigen die Relevanz des Phänomens mit der gesellschaftlichen Durchdringung klar auf und verstärken die Dringlichkeit mit den dargestellten Fluchtzahlen für Aufnahmeländer, den Gesundheitszustand somatisch und psychopathologisch von Flüchtlingen - erwachsenen sowie auch von Kindern und

Jugendlichen - zu erfassen. Ziel soll es sein, die Weiterentwicklung von geeigneten Messinstrumenten auf einer qualitativ hochwertigen Datenbasis voranzubringen, um auf Grundlage des entdeckten Bedarfs, adäquate Versorgungsprogramme anbieten zu können.

2.2.3 Klassifikation von Trauma

Wie bereits im vorherigen Kapitel erläutert, kann vor allem zwischen phänomenologischen und klassifikationssystembasierten Definitionen des Traumas unterschieden werden. Hierbei werden „objektiv-situationelle Merkmale des Ereignisses“ (Landolt, 2012), wie zum Beispiel Bedrohung der persönlichen Unversehrtheit als auch subjektive Reaktionskomponenten (Landolt, 2012) wie zum Beispiel, erlebter Kontrollverlust oder Hilflosigkeit berücksichtigt.

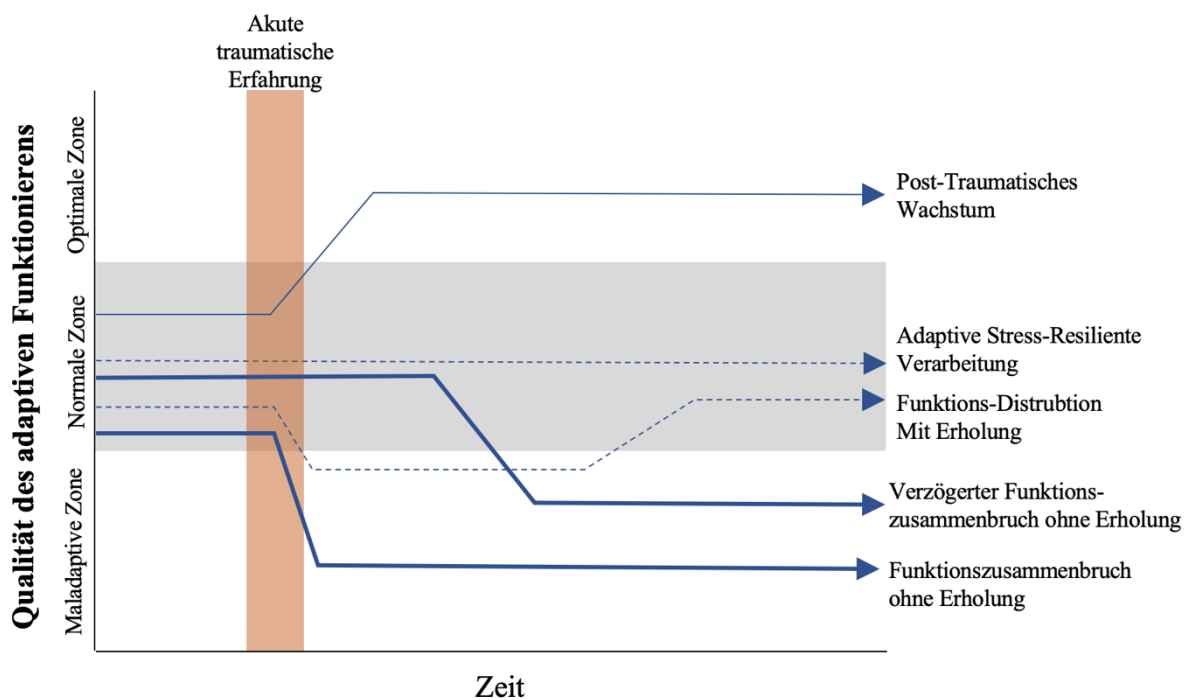


Abbildung 12: Arten der Funktions-Adaption nach traumatischem Erlebnis

(Masten, & Narayan, 2012)

Die folgende Abbildung verdeutlicht eine an die Klassifikationssysteme ICD-10 (Dilling et al., 2013) und DSM-IV-TR (Sass et al., 2003) basierende Klassifikation von potentiell möglichen psychischen Störungen, die ein Individuum – Kinder ab dem Schulalter und Erwachsene – als Konsequenz einer Traumatisierung entwickeln können.

Neben diesen Traumafolgestörungen sind weitere Störungsbilder als Reaktion auf die schwere Belastung möglich, wie zum Beispiel häufig affektive Störungen als komorbide Störungen diagnostizierbar sind. (Landolt, 2012)

Auf ein Psychotrauma kann das Individuum initial mit einer akuten Belastungsreaktion (ICD-10 Bezeichnung) beziehungsweise mit einer akuten Belastungsstörung (DSM-IV-TR) reagieren. Die Akutsymptomatik, die das Opfer erlitten hat, kann in kurzweilige oder aber auch länger andauernde Symptombelastung führen und somit zu einer Anpassungsstörung werden. Relativ häufig entwickeln die traumatisierten Individuen jedoch eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Diejenigen Menschen, die eine PTBS auf Grund eines Typ-II Traumas erlitten haben, das heißt auf Grund mehrfacher schwerer Traumatisierung, können eine sogenannte komplexe Traumafolgestörung entwickeln.

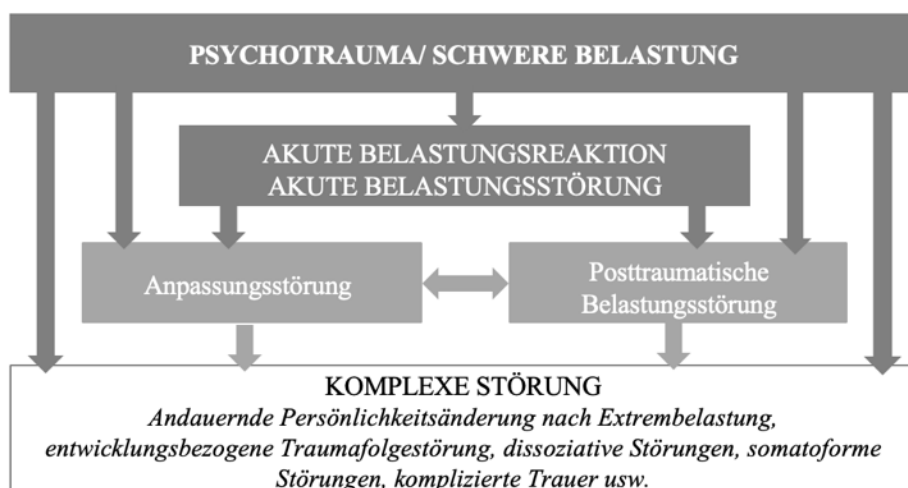


Abbildung 13: Klassifikation psychischer Störungen nach Traumatisierung bzw. schwerer Belastung (Landolt, 2012)

Im ICD-10 wird diese Klassifikationsmöglichkeit unter der andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung angeführt. Jedoch ist auch zu bemerken, dass ein gewisser Teil an Individuen, die ein Trauma erlitten haben, in Folge des Erlebnisses keine psychischen Auffälligkeiten entwickeln und weder an akuten noch an länger andauernden Traumafolgestörungen leiden. Vor allem bei Kindern wurde in Vorstudien festgestellt, dass eine beträchtliche Anzahl nach möglichen traumatisierenden Erlebnissen psychisch gesund bleibt. Hervorstechend an dieser Stelle sind die Ergebnisse von LeBrocque,

Hendrikz, und Kenardy (2010). Nach dieser Studie ist speziell bei verunfallten Kindern der resiliente, sich erholender Verlaufstyp abzuzeichnen. (LeBrocque, Hendrikz, & Kenardy, 2010)

Bei der Mehrheit der Studien über Kinder und Traumafolgestörungen konnte gezeigt werden, dass Kinder als resilienter gelten als Erwachsene, wenn es um die Verarbeitung von gewissen potentiell traumatischen Erlebnissen geht. Die zweitgrößte Gruppe dieser Kinder entwickelt zwar eine psychische Störung, diese entwickelt sich jedoch in den folgenden 6 bis 12 Monaten spontan wieder zurück. Die Minderheit von Kindern entwickelt eine chronische, langandauernde Traumafolgestörung. Dies passiert vor allem nach einem Einwirken eines Typ-II Traumas. (Landolt, 2005). Der DSM-IV erwähnt zusätzlich einen bis dato in Studien immer öfter gekennzeichneten Verlaufstypus, welcher in Form eines verzögerten Krankheitsbeginns charakterisierbar ist.

An dieser Stelle sollte erwähnt werden, dass nach der Neuauflage des ICD-11 die Systematik der Klassifikation nach einer Traumatisierung grundsätzlich verändert wurde und hierdurch sich diagnostisch und klinisch relevante Neuerungen auftraten, die im Folgenden Kapitel erörtert werden.

Daher werden im folgenden Abschnitt die Diagnoseoptionen von Traumafolgestörungen nach den ICD-10 und ICD-11 Kriterien für zukünftige Studien vorgestellt, kurz auf den DSM-IV und DSM-V diesbezüglich eingegangen und auf Besonderheiten im Kinder- und Jugendbereich hingewiesen.

2.2.4 Traumadiagnostik ICD-10, ICD-11 und DSM-IV und DSM-V

Im Rahmen der vorliegenden Studie dieser Arbeit bezog sich die Erfassung und Diagnose von Traumafolgestörungen auf die allgemeinen Grundlagen von klinisch-psychologischer Diagnostik. Die Phasen des diagnostischen Prozesses bezogen sich hier auf die Empfehlungen von Döpfner, Lehmkuhl, Petermann und Scheithauer (2002).

Tabelle 12: Diagnostische Phasen bei posttraumatisierten Kindern

(Döpfner, Lehmkuhl, Petermann, & Scheithauer, 2002; Landolt, 2012).

| Phasen des diagnostischen Prozesses bei Kindern mit posttraumatischen Auffälligkeiten |
|--|
| Entwicklungsanamnese |
| Körperliche, emotionale und soziale Entwicklung |
| Bedeutsame Lebensereignisse |
| Psychopathologische Vorbelastung |
| Abklärung der familiären und sozialen Umstände |
| Familienanamnese und aktuelle familiäre Umstände |
| Schulische Belastung |
| Soziale Bedingungen |
| Allgemeine Verhaltens- und Psychodiagnostik |
| Leistungsdiagnostik |
| Diagnostik allgemeiner Verhaltensauffälligkeiten und Komorbiditäten |
| Erfassung der psychischen Befindlichkeit und des Funktionsniveaus |
| Traumaspezifische Diagnostik |
| Traumaanamnese (objektiv, subjektiv) |
| Phasenverlauf der posttraumatischen Verarbeitung |
| Erfassung aktueller traumaspezifischer Verhaltensauffälligkeiten und Störungen |

Basierend auf diesem vier Phasen Erhebungskonzept bei Kindern- und Jugendlichen wurde die Untersuchungsstrategie der vorliegenden Studie von der Autorin konzipiert. Im Rahmen der Entwicklungsanamnese sollte eine sorgfältige Abklärung der körperlichen, emotionalen und sozialen Entwicklung des Kindes und Jugendlichen erhoben werden. Weiterhin sollten bedeutsame Lebensereignisse aufgenommen und biographisch skizziert werden, um auch psychopathologische Vorbelastungen abzuklären, da diese die Trauma Bewältigung erheblich beeinflussen können. Vor allem die Sammlung an Informationen, über die aktuelle Lebensumwelt des Kindes und Jugendlichen, bestehend aus seinen familiären Umständen als auch seinen schulischen und sozialen Lebensbedingungen, liefert wertvolle Aussagen zur Qualität der Bewältigungsressourcen des Kindes. Ein wichtiger Faktor hier ist die psychische Belastung der Eltern bzw. die psychische Gesundheit dieser, insbesondere dann, falls das traumatische Erlebnis als Familie im Kollektiv erlebt worden ist. (Landolt, 2012) Auch in der Flüchtlingsbevölkerung konnte gezeigt werden, dass die Familie als das erste und wichtigste System von Kindern, im Zusammenhang mit einer Traumatisierung als gesamte Familie, eine sehr entscheidende Rolle für die gesamte mentale Gesundheit der

kompletten Familie hat. Vor allem, falls während der Flucht eine nahe stehende Person der Familie durch Tod oder Mord verloren wurde, hat das einen signifikanten Einfluss auf die psychische Gesundheit und Traumabelastung der gesamten Familienmitglieder – der Kinder und auch der Eltern. (Nickerson, Bryant, Brooks, Steel, Silove, & Chen, 2011)

Im Rahmen der allgemeinen Verhaltens- und Psychodiagnostik soll neben einer breiten Leistungsdiagnostik des Kindes und Jugendlichen auch eine Abklärung der allgemeinen Verhaltensauffälligkeiten zu Komorbiditäten erfolgen. Hierfür werden sowohl Selbst- aus auch Fremdbeurteilungsinstrumente empfohlen und haben eine Erhöhung der Validität des Ergebnisses bestenfalls zur Folge.

Besonders gut eignet sich hier die „*Child Behavior Checklist CBCL*“ (Achenbach, 1991a; Achenbach, Dumenci, & Rescorla 2000), der „*Youth Self Report YSR*“ (Achenbach, 1991b) und für den kinderpsychologischen Diagnostikbereich besonders der Kinder-DIPS (Schneider, Unnewehr, & Margraf, 2009). Im diagnostischen Prozess ist hier zu beachten, dass es sich hier um Screening Instrumente handelt, die oftmals nicht exklusiv für die Erhebung von psychischen Auffälligkeiten im Trauma Kontext mit möglichen komorbiden Störungen reichen. Die Unschärfe dieser Instrumente erfordert besonders bei auffälliger komorbider Störungslage und komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen den Einsatz verschiedener Erhebungs- und Diagnoseverfahren, wie bereits unterschieden zwischen Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumenten. (Landolt, 2012)

Der diagnostische Prozess führt schließlich zur traumaspezifischen Diagnostik, die sowohl aus der Erhebung von objektiven Informationen zum Ereignis an sich besteht als auch zur Aufnahme subjektiver Erlebnisinformationen seitens des Kindes und Jugendlichen, hinsichtlich wie das Trauma erlebt und bewertet wurde. (Landolt, 2012) Besonders die traumabezogenen, subjektiven Bewertungen haben in Bezug auf die Entwicklung von Traumafolgestörungen eine hohe Vorhersagekraft. Die Erfragung dieser Informationen erfordert ein Höchstmaß an Feingefühl seitens des Untersuchers, um eine Retraumatisierung des Kindes auszuschließen. (Wenk-Ansohn, Scheef-Maier, & Gierlichs, 2013)

Anschließend an die Trauma Anamnese folgt eine störungsspezifische Psychodiagnostik, die ausschließlich durch valide und reliable Messinstrumente erfolgen sollte. Da Eltern nachgewiesenermaßen die Symptome einer PTBS bei Kindern oftmals unterschätzen und bagatellisieren (Schreier, Ladakakos, Morabito, Chapman, & Knudson, 2005), ist eine Diagnostik auf ausschließlicher Basis der elterlichen Interviewaussagen in Frage zu vermeiden. (Landolt, 2012)

Die Ausführungen machen deutlich, dass für die Beantwortung der vorliegenden Fragestellung eine Fremd- als auch Selbstbeurteilung sinnvoll ist. Dies hat eine Erhöhung der Gütekriterien, vor allem der Validität sowie Reliabilität der Untersuchungsergebnisse im Zusammenhang mit der Psychometrie zur Folge.

Akute Belastungsreaktion (ABR) und akute Belastungsstörung (ABS) nach dem ICD-10

Die erste Reaktion, mit der der menschliche Organismus auf ein traumatisches Ereignis antwortet, wurde im ICD-10 als akute Belastungsreaktion kodiert. Der Faktor Zeit hat hier eine besondere Stellung: die Symptombelastung muss sich nach den diagnostischen Kriterien in einem zeitlichen Fenster von bis zu 48 Stunden nach dem Einwirken des potentiell traumatischen Erlebnisses zeigen und wieder abklingen. Falls die Belastungssymptomatik weiter anhält, muss eine andere Traumafolgestörung klinisch abgeklärt werden. (DeGPT, n.d.) Der ICD-10 hat keine spezifischen Kriterien für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen aufgeführt. Im ICD-11 wurde die ABR in die akute Stressreaktion umcodiert, und im DSM-V ist sie gänzlich weggefallen und mit der akuten Belastungsstörung zusammengeführt worden. (AWMF, 2019) Folgende Tabelle beschreibt die Hauptkriterien einer akuten Belastungsreaktion des ICD-10 im Überblick

Tabelle 13: Die Kriterien der akuten Belastungsreaktion nach ICD-10

(Dilling, Mombour, Schmidt, & Schulte-Markwort 2000; Landolt, 2012)

| Kriterien der akuten Belastungsreaktion nach ICD-10 | |
|---|--|
| Hauptkriterien | |
| A | Erleben einer außergewöhnlichen psychischen oder physischen Belastung. |
| B | Dem Kriterium A folgt unmittelbar der Beginn der Symptome (innerhalb einer Stunde). |
| <p>Es gibt zwei Symptomgruppen. Die akute Belastungsreaktion wird unterteilt in: F43.00 – leicht: nur Symptome aus Gruppe I.; F43.01 – mittelgradig: Symptome aus Gruppe I und zwei Symptome ausmGruppe II., F43.02 – schwer: Symptome aus Gruppe 1 und vier Symptome aus Gruppe II oder dissoziativer Stupor.</p> <p>Gruppe I: Kriterien B, C, und D der generalisierten Angststörung.</p> <p>Gruppe II:</p> | |
| C | <ul style="list-style-type: none"> a. Rückzug von erwarteten sozialen Interaktionen. b. Einengung der Aufmerksamkeit. c. Offensichtliche Desorientierung. d. Ärger oder verbale Aggression. e. Verzweiflung oder Hoffnungslosigkeit. f. Unangemessene oder sinnlose Überaktivität. g. Unkontrollierbare oder außergewöhnliche Trauer (zu beurteilen nach den jeweiligen kulturellen Normen) |
| D | Wenn die Belastung vorübergehend ist oder gemildert werden kann, beginnen die Symptome frühestens acht Stunden abzuklingen. Hält die Belastung an, beginnen die Symptome nach höchstens 48 Stunden nachzulassen. |
| E | Häufigstes Ausschlusskriterium: Derzeit liegt keine andere psychische Verhaltensstörung nach ICD-10 vor. Das Ende einer Krankheitsperiode einer anderen psychischen oder Verhaltensstörung muss mehr als drei Monate zurückliegen. |

Anpassungsstörung ICD-10 F43.2

Die Gruppe der Anpassungsstörungen umfasst nach dem ICD-10 depressive Symptome, Angst, Besorgnis und auch Einschränkungen in der Bewältigung der alltäglichen Routine. Hier wird in der Klassifikation auf eine Vielfalt möglicher Anpassungsstörungen zurückgegriffen, welche bei Jugendlichen besonders auch Störungen des Sozialverhaltens einschließen kann und bei Kindern auch regressives Verhalten, wie zum Beispiel das Wiederauftreten von Bettnässen, Daumenlutschen oder Babysprache inkludieren kann. Hier ist als Zeitfaktor ein Monat nach dem potentiell traumatischen Ereignis zu betrachten. Dieses zeitliche Fenster kann sich auch auf bis zu sechs Monate ausdehnen. Lediglich die längere depressive Episode (F43.21) stellt eine Ausnahme dieses Zeitfensters dar. Die

Diagnosekriterien werden in Haupt- und Subkriterien unterteilt und detailliert in der folgenden Tabelle aufgeführt.

Tabelle 14: Diagnosekriterien der Anpassungsstörung

(Remschmidt, Schmidt, & Poustka, 2006; Dilling et al., 2013; ICD-Code, 2015)

| Diagnosekriterien der Anpassungsstörung nach dem ICD-10 | |
|--|---|
| Hauptkriterien | |
| A | Identifizierbare psychosoziale Belastung, von einem nicht außergewöhnlichen oder katastrophalen Ausmaß; Beginn der Symptome innerhalb eines Monats. |
| B | Symptome und Verhaltensstörungen, wie sie bei affektiven Störungen (F3) (außer Wahngedanken und Halluzinationen), bei Störungen des Kapitels F4 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) und bei den Störungen des Sozialverhaltens (F91) vorkommen. Die Kriterien einer einzelnen Störung werden aber nicht erfüllt. Die Symptome können in Art und Schwere variieren. |
| C | Die Symptome dauern nicht länger als sechs Monate nach Ende der Belastung oder ihrer Folgen an, außer bei der längeren depressiven Reaktion (F43.21). Bis zu einer Dauer von sechs Monaten kann die Diagnose einer Anpassungsstörung gestellt werden. |
| Subkriterien | |
| F43.20 | Kurze depressive Reaktion. (Vorübergehender leichter depressiver Zustand, der nicht länger als einen Monat dauert). |
| F43.21 | Längere depressive Reaktion (Leichtere depressiver Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation, die jedoch nicht länger als 2 Jahre dauert). |
| F43.22 | Angst und depressive Reaktion gemischt (Es sind sowohl Angst als auch depressive Symptome vorhanden). |
| F43.23 | Mit vorwiegender Beeinträchtigung anderer Gefühle (Die Symptome betreffen meist verschiedene emotionale Qualitäten wie Angst, Depression, Besorgnis, Anspannung und Ärger. Auch bei regressivem Verhalten im Kindesalter (wie erneutes Daumenlutschen oder Bettnässen) sollte diese Diagnosekategorie verwendet werden). |
| F43.24 | Mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens (Die hauptsächliche Störung betrifft das Sozialverhalten, beispielsweise eine adoleszente Trauerreaktion mit aggressivem oder dissozialem Verhalten). |
| F43.25 | Mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (Sowohl emotionale Symptome wie Störungen des Sozialverhaltens sind vorherrschend). |
| F43.28 | Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung. |
| F43.29 | Nicht näher bezeichnete Reaktion auf schwere Belastung. |

Posttraumatische Belastungsstörung ICD-10 F43.3

Die Diagnosekriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung nach dem ICD-10 beinhalten folgende Diagnosebereiche:

Tabelle 15: Forschungsdiagnosekriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung

(Dilling et al., 2000; Landolt, 2012)

| Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10 | |
|--|---|
| Hauptkriterien | |
| A | Der Betroffene war (kurz oder langanhaltend) einem belastenden Ereignis von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. |
| B | Es müssen anhaltende Erinnerungen an das traumatische Erlebnis, oder das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks, Träumen oder Albträumen), oder eine innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder damit in Zusammenhang stehen, vorhanden sein. |
| C | Der Betroffene vermeidet (tatsächlich oder möglichst) Umstände, die der Belastung ähneln. |
| Mindestens eines der folgenden Kriterien (1. oder 2.) ist erfüllt: | |
| D | 1. eine teilweise oder vollständige Unfähigkeit, sich an einige wichtige Aspekte des belastenden Erlebnisses zu erinnern; oder 2. anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung, wobei mindestens zwei der folgenden Merkmale erfüllt sein müssen: <ul style="list-style-type: none"> • Ein- und Durchschlafstörungen • erhöhte Schreckhaftigkeit • Hypervigilanz • Konzentrationsschwierigkeiten • Reizbarkeit und Wutausbrüche |
| E | Die Kriterien B, C, und D treten innerhalb von sechs Monaten nach der Belastung oder nach Ende einer Belastungsperiode auf. |

Die Diagnose einer Traumafolgestörung stellt besonders bei Säuglingen und Kleinkindern eine große Herausforderung dar. Bereits seit über 30 Jahren versuchen Wissenschaftler wie Scheeringa, Peebles, Cook & Zeanah (2001) durch eine Validitätserhöhung der Diagnosekriterien, spezifisch für die Interaktionsmuster bei Kindern

und Säuglingen, diesem diagnostischen Defizit entgegenzuwirken. Die größte Hürde bei der Diagnose einer Traumafolgestörung in dieser Altersgruppe ist die Realität, dass Kleinkinder noch nicht ausgeprägt in der Lage dazu sind, mit Worten, an Hand von sprachlichen Mitteln das Erlebte reflektiv zu verbalisieren. Somit findet hier oftmals eine Unter- oder Fehldiagnostik statt, der es aus forschersicher Perspektive entgegenzuarbeiten gilt. Diesem Bedarf folgte Scheeringa, Zeanah, Drell und Larrieu (1995) mit der Formulierung und Validierung von neu aufgesetzten Kriterien für Säuglinge und Kleinkinder. (Scheeringa, Zeanah, Drell, & Larrieu, 1995; Scheeringa, Zeanah, & Cohen, 2011; Landolt, 2012)

Angepasste Formulierung der Diagnosekriterien für eine PTBS bei Kindern unter dem Alter von 6 Jahren nach Scheeringa, Weems, Cohen, Amaya-Jackson und Guthrie (2011) sind:

Tabelle 16: Diagnose PTBS Kinder unter 6 Jahren
(Landolt, 2012)

| Diagnosekriterien PTBS bei Kindern jünger 6 Jahre | |
|--|---|
| Hauptkriterien | |
| A | Trauma: nur A1 muss erfüllt sein. |
| A1 | Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzungen oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten. |
| A2 | Entfällt. |
| | Wiedererleben: mindestens ein Symptom muss vorhanden sein. |
| B1 | Wiederkehrende und eindringlich belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können. Beachte: Bei jüngeren Kindern können Spiele oder Verhaltensweisen auftreten, in denen wiederholt Themen oder Aspekte des Traumas ausgedrückt werden. Solche Wiedererlebenssymptome müssen bei jüngeren Kindern nicht unbedingt mit einer offensichtlichen psychischen Belastung einhergehen. |
| B2 | Wiederkehrende belastende Träume vom Ereignis. Beachte: Bei Kindern können stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt auftreten. |
| B | |
| B3 | Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen oder dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikation auftreten) Beachte: Bei jüngeren Kindern kann eine traumaspezifische Neuinszenierung auftreten. |
| B4 | Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern. |
| B5 | Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Stimuli, die einen Aspekt des traumatischen Erlebnisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern. |

| | |
|----|--|
| | Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (mindestens ein Symptom erforderlich): |
| C1 | Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen. |
| C2 | Bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen aus das Trauma wach rufen. |
| C3 | Entfällt. |
| C | Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten. |
| C4 | Beachte: Bei jüngeren Kindern kann sich dies in einer Einschränkung des Spiels zeigen. |
| C5 | Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen. Beachte: Bei jüngeren Kindern kann sich dies in einem sozialen Rückzug zeigen. |
| C6 | Eingeschränkte Bandbreite des Affekts. |
| C7 | Entfällt. |
| | Anhaltende Symptome erhöhten Arousal (mindestens zwei Symptome erforderlich): |
| D1 | Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, |
| D | D2 Reizbarkeit, Wutausbrüche oder bei jüngeren Kindern extreme Trotzanfälligkeiten |
| D3 | Konzentrationsschwierigkeiten |
| D4 | Übermäßige Wachsamkeit |
| D5 | Übertriebene Schreckreaktion |
| E | Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als einen Monat an. |
| F | Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen im sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. |

Der Vollständigkeit geschuldet sollte erwähnt werden, dass die komplexe Traumafolgestörung (F62.0) in der vorliegenden Aufzählung keine weitere Darlegung findet, da sie in der vorliegenden Studie keine Relevanz hatte.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die aufgeführte Klassifikationssystematik ein hochwertiges, valides und geprüftes Grundgerüst in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis darstellt, um im Kontext der Forschungsfragen Teile des Messinstruments zu operationalisieren.

Traumadiagnostik nach ICD-11 und DSM-V

Zur Zeit der kompletten Datenerhebungsphase im Jahre 2013 bis 2014, war zwar bekannt, dass eine neue Auflage des ICD- und DSM Katalogs zu erwarten ist, jedoch lagen

diese noch nicht vor und waren noch nicht veröffentlicht. Daher wurde die Diagnostik nach den ICD-10 Kriterien durchgeführt und dokumentiert. Auch die Beta-Version wurde weit nach der Datenerhebungszeit, am 18.06.2018, von der Weltgesundheitsorganisation offiziell der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt. (WHO, 2015a, 2018)

Da sich die klinisch-wissenschaftliche Gemeinschaft aktuell bis 01.01.2022 in der von der WHO eingeführten Übergangszeit zum ICD-11 befindet, werden an dieser Stelle die Unterschiede für die Trauma Diagnostik zwischen der Auflage 10 und Auflage 11 dargelegt, um eine Interpretierbarkeit der Ergebnisse auch im Kontext der aktuellen Diagnosekriterien im Anschluss ganzheitlich diskutieren zu können.

Betrachtet werden hier die Trauma- und Stresstörungen, die für den Kinder- und Jugendbereich, aber auch für den Erwachsenenbereich im Rahmen der Forschungsfragestellungen der vorliegenden Arbeit relevant sind. Grundsätzlich kann vorab unterstrichen werden, dass es keine gravierenden Differenzen für die Definition vom Trauma Kriterium zwischen dem ICD-10 und 11, und auch nicht zwischen dem DSM-IV und V gibt. (AWMF, 2020)

Tabelle 17: Vergleich der Trauma- und Stress-Störungen zwischen dem ICD-10 und dem ICD-11 (Maercker, 2015)

| ICD-10 | ICD-11 |
|--|---|
| F 43 | Kapitel 6 B |
| · Akute Belastungsreaktion | · Posttraumatische Belastungsstörung |
| · Posttraumatische Belastungsstörung | · Komplexe PTBS |
| · Anpassungsstörung | · Anpassungsstörung |
| F 62.0 | |
| · Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung | · Anhaltende Trauerstörung |
| F 94 | |
| · Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters | · Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters |
| · Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung | · Beziehungsstörung mit Enthemmung des Kindesalters |
| Z 63.2 | |
| · Tod eines Familienmitglieds | |

Die Neuauflage der Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung im ICD-11 werden Maercker (2015) folgendermaßen strukturiert:

„Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist eine Störung, die sich entwickeln kann, wenn sie einem extrem bedrohlichen oder schrecklichen Ereignis oder einer Reihe von Ereignissen ausgesetzt wird. Es zeichnet sich durch Folgendes aus:

- 1) Wiedererleben des traumatischen Ereignisses oder der Ereignisse in der Gegenwart in Form lebendiger aufdringlicher Erinnerungen, Rückblenden oder Albträume. Diese werden typischerweise von starken oder überwältigenden Emotionen, insbesondere Angst oder Entsetzen, und starken körperlichen Empfindungen begleitet;
- 2) Vermeidung von Gedanken und Erinnerungen an das Ereignis oder Ereignisse oder Vermeidung von Aktivitäten, Situationen oder Personen, die an das Ereignis oder die Ereignisse erinnern; und
- 3) anhaltende Wahrnehmung einer erhöhten aktuellen Bedrohung, beispielsweise wie durch Hypervigilanz oder eine verstärkte Schreckreaktion auf Reize wie unerwartete Geräusche angezeigt.

Die Symptome halten mindestens mehrere Wochen an und verursachen erhebliche Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, erzieherischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen“ (Maercker, 2013; ICD-Code, 2018).

Für die vorliegende Arbeit ist vor allem das Novum bei der PTBS Definitionserweiterung hervorzuheben, die nun auch ein sich Potenzieren von schlimmen Ereignissen, die aufeinanderfolgen explizit hervorhebt. Dies könnten zum Beispiel das lange Depriviert sein nach Nahrung, sowie auch multiple, serielle Kriegshandlungen bzw. Kriegserlebnisse sein, wie zum Beispiel das Erleben eines Bombenangriffs, dann eine lange Flucht mit Missbrauch oder Hungererleben (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, & Reed, Van Ommeren, & Saxena, 2013; ICD-Code, 2018).

Ein weiterer markanter Unterschied in den zwei Auflagen ist die Fokussierung der Definition der Symptommuster. Im ICD-10 wird „das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Albträumen, das andauernde Gefühl von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit“ (ICD-Code, 2019), und auch die Problematik der Anhedonie und ein Vermeidungsverhalten unterstrichen. Im ICD-11 dagegen ist die Engmaschigkeit der Symptommerkmale auf das Wiedererleben in der Gegenwart, auf das Vermeidungsverhalten und die Übererregung, ein markantes Novum bei der Neudefinition der Kriterien. (Maercker, 2015; WHO, 2018; ICD-Code, 2018)

Bei Vergleich der Diagnosekriterien wird ersichtlich, dass es eine gravierende Veränderung ist, dass die Diagnose F 43.0 Akute Belastungsreaktion aus dem ICD-10 im ICD-11 als solches nicht mehr existiert, und in einen Z-Code verwandelt worden ist. Als Hauptgrund für diese Veränderung in der ICD- Neuauflage diente die Studie von Bryant (2011), die zeigen konnte, dass es bei der akuten Belastungsreaktion an der prädiktiven Validität statistisch fehlt, um eine weitere Traumafolgestörung vorhersagen zu können. (Maercker, & Lalor, 2012)

Die Aufnahme der Diagnose der komplexen PTBS ist ein wichtiger Unterschied zwischen den zwei Auflagen und dem Diagnoseprozess für alle Studien, die ab jetzt auf diesem Gebiet begangen werden. Während im ICD-10 unter „F62.0 Anhaltenden Persönlichkeitsänderung nach Extremlastung“ im Kontext einer Persönlichkeits- und Verhaltensstörung kodiert wird, stellt der ICD-11 unter dem Namen der Komplexen PTBS die Dauer und die Wiederholung einer traumatischen Situation in den Vordergrund und gliedert dieses klinische Erscheinungsbild in Folge einer Traumatisierung den Traumafolgestörungen unter. (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, van Ommeren, Jones, Humayan, Kagee, Llosa, Rousseau, Somasundaram, Souza, Suzuki, Weissbecker, Wessely, First, & Reed, 2013)

Auch die neue Diagnose der „Anhaltenden Trauerstörung“ ist in diesem Zusammenhang zu erwähnen. Hierunter wird das Störungsbild erfasst, welches nach Verlust einer nahen Bezugsperson folgende Symptomatik auftritt:

Tabelle 18: Anhaltende Trauerstörung

(Maercker, 2019)

| Anhaltende Trauerstörung - Störungsbild |
|--|
| "Schweres und anhaltendes Verlangen und Sehnsucht nach der verstorbenen Person |
| Ständiges gedankliches verhaftet sein mit dem Verstorbenen oder den Todesumständen |
| Zusätzlich dazu: Verbitterung über den Verlust |
| Zusätzlich dazu: Schwierigkeiten, den Verlust zu akzeptieren |
| Zusätzlich dazu: beeinträchtigt Identitätsgefühl oder Selbstkonzept |
| Zusätzlich dazu: Vermeidung von Erinnerungsanlässen" |

Eine pharmakologische und psychotherapeutische Behandlung einer Depression müssen in diesem Kontext erfolglos bleiben. Es dürfen lediglich spezielle Therapiekonzepte

für die anhaltende Trauerstörung greifen. (Bartl, Pfoh, Kotoučová, & Hagl, 2015; Rosner, 2019)

2.2.5 Traumadiagnostik im Kindes- und Jugendalter: Historie und heute

Über alle Weltreligionen und Kulturen hinweg versucht der Mensch Antworten und Heilung zu finden für den Schmerz, der durch Krieg, Leiden, Tod und Katastrophen entsteht (Fischer, & Riedesser, 2009). Angefangen im Altertum, 2.000 Jahre vor Christus, versuchten die Sumerer die Leiden ihres Volkes nach kriegerischen Auseinandersetzungen zu verstehen (Kramer, 1981), über die Zeit des amerikanischen Bürgerkrieges, als der Forscher DaCosta erstmalig 1871 das psychovegetative Syndrom einer Traumafolgestörung, mit dem Begriff „Da-Costa Syndrom“ in den internistischen Lehrbüchern der damaligen Zeit verewigte.

Schließlich war es Oppenheim aus dem Fachbereich der Psychiatrie, der die Begrifflichkeit des „Traumas“ im Kontext stressbedingter Zustände mit dem Leitsyndrom Angst und vegetativen Begleiterscheinungen einführte (Landolt, 2012; Oppenheim, 1889).

Die Kinderpsychotraumatologie wurde wissenschaftlich besonders nach dem zweiten Weltkrieg fundiert ausgeweitet, als man sich der Erforschung der körperlichen und psychischen Gesundheit der kindlichen Opfer des Holocaust widmete.

Friedman (1948) erforschte jüdische Kinder, die das Konzentrationslager (KZ) in Buchenwald überlebt hatten und knüpfte mit seinen Untersuchungen an die Arbeiten von Hocking (1970) und Kollé (1958) an, die sich der Erforschung des gesundheitlichen Status – somatisch und psychisch – von KZ Überlebenden gewidmet hatten. Bekannt unter dem Begriff des „Konzentrationslagersyndroms“ (Niederland, 1968) konnte Friedman zeigen, dass über die Hälfte der Kinder (bis zu 60%) an Schlafstörungen, Panikattacken und Hypervigilanz litten. Die wissenschaftliche Aufarbeitung der chronischen Traumatisierung der KZ Überlebenden demonstrierte, dass „schwere und chronische Psychotraumata tiefgreifend biologische, psychologische, soziale und existentielle Folgen haben können und die Fähigkeit vermindern, zukünftige psychologische und biologische Stressoren zu bewältigen“ (Landolt, 2012).

Fünf Forscher der modernen Zeit sind in diesem Zusammenhang hervorzuheben, da aufbauend das Thema wissenschaftlich beleuchtet haben und das Feld mit ihrer Grundlagenforschung bis heute prägen. Mit René Spitz begann die systematische Erforschung von psychologischen Aspekten der Mutter-Kind-Beziehung (Spitz, 1935). Er

lieferte wertvolle Erkenntnisse zu John Bowlbys Bindungsmodellen (Bowlby, 1969). Durch seine Forschung basierend auf traumatisierten Heimkindern, entwickelte er den Begriff des Hospitalismus (Spitz, 1945). Hans Keilson baute auf die Erkenntnisse von Spitz auf und versuchte durch Analysen an traumatisierten jüdischen Kriegskindern, das Leid des Krieges speziell für Kinder und folgende Generationen darzulegen (Keilson, 1997). Er zeigte durch seine Studien, dass eine Traumatisierung einen sequenziellen Charakter zeigen kann (Keilson, 2005). Anschließend sei Leonore Terr zu erwähnen: Ihre Studien zur Kindertraumatologie, im Kontext einer Geiselnahme eines Schulbusses, führten zur bis heute verwendete Unterscheidung des Traumas in zwei Subtypen (Terr, 1979/1981/1991). Zuletzt sei William Yule zu nennen, der beauftragt wurde Kinder nach einem Schiffsunglück psychologisch zu versorgen (Yule, 1992). Er zeigte durch seine Studien, dass Traumafolgestörungen sehr langanhaltend sein können und es zahlreiche Moderatoren diesen Prozess beeinflussen (Yule, Bolton, Udwin, Boyle, O’Ryan, & Nurrish, 2000). Landolt nennt diese Forscher „die Pioniere der modernen Kinderpsychotraumatologie“ (Landolt, 2012). Die moderne Traumadiagnostik bei Flüchtlingen ist vor allem auf die Arbeiten von Professor Mollica durch seine Frühstudien und indo-chinesischen Trauma Behandlungszentren in Kambodscha zurückzuführen, die es mittlerweile auf der ganzen Welt an Orten von Massentraumatisierung als „Best practice“ Institutionen gibt (HPRT, 2020).

Im Kontext der Kinder-und Jugendpsychotraumatologie ist vor allem auch das breite Spektrum an potentiell traumatisierenden Ereignissen von großer Bedeutung. Hier wird nach Terr zwischen Typ-I und Typ-II Trauma unterschieden (Terr, 1991): in die Kategorie der Typ-I Traumata gehören „akute, unvorhersehbare und einmalige Ereignisse“ (Terr, 1991). Als Beispiel könnte hier ein plötzlicher Raubüberfall auf dem Schulweg dienen. Unter Typ-II-Traumata werden Traumata verstanden, die „wiederholt [auf]treten und teilweise [...] vorhersehbar“ sind (Terr, 1991). Das langfristige Leben in Kriegsgebieten und das regelmäßige Erleben von kriegsbedingten Traumatisierungen gehört hier in diese Kategorie.

Vor allem Traumata, die von Menschenhand bewusst zugefügt werden, erweisen sich für den Menschen schwieriger und belastender im psychischen Verarbeitungsprozess. (Terr, 1991). „Viele junge Flüchtlinge machen Erfahrungen, die nach diesen Definitionen geeignet sind, eine Traumatisierung hervorzurufen. Sie erleben Krieg und Verfolgung, die Zeugenschaft bei Misshandlungen oder dem Tod anderer Menschen, vielleicht von Angehörigen, oder auch Misshandlungen und Folter am eigenen Leib. Einige der Mädchen wurden vergewaltigt oder zur Prostitution gezwungen. Bei ehemaligen Kindersoldaten-

Mädchen wie Jungen- kommt zu der Erfahrung, Opfer zu sein, die Erfahrung der eigenen Täterschaft, die das Vertrauen in sich selbst und die Menschheit noch tiefer und nachhaltiger erschüttern kann“ (Zito, 2010).

Zur Zeit des Studiendesigns und der Studienplanung im Jahr 2012/2013 ergab eine umfassende Recherche, dass es für Kinder im Kleinkindalter, das heißt für die Altersgruppe 3 – 6 Jahren, nur eine sehr geringe Auswahl an validierten Diagnoseinstrumenten gibt, um eine mögliche Traumatisierung und Traumafolgestörung erfassen zu können. Noch dürftiger war die Situation bei Recherche nach standardisierten und validierten Diagnosemitteln von Traumafolgestörungen bei Säuglingen im Alter von 0 bis 3 Jahren. Die Gefahr einer Nicht-Erkennung einer Traumatisierung und damit einhergehend einer Unterversorgung in diesem Altersbereich, ist in diesem Zusammenhang ein klinisch relevanter Hinweis. Besonders dramatisch ist dieser Fakt, falls man in Betracht zieht, dass vor allem Kleinkinder im Alter von unter 6 Jahren zur Höchststrisikogruppe gehören, die im Kindesalter sexuellem und körperlichem Missbrauch, unbeabsichtigten Verletzungen und Zeugenschaft von häuslicher Gewalt weltweit ausgesetzt sind. Die Aufnahme im DSM-V und ICD-11 der PTBS Diagnosekriterien für Kinder im Vorschulalter stellt hier ein neues wissenschaftliches und klinisches Bewusstsein und einen großen Fortschritt dar. (De Young, & Scheeringa, 2018)

Besonderheiten der Traumadiagnostik im Kinder- und Jugendbereich – auch im Kontext der Diagnosemanuale ICD und DSM

Mit der Einführung des ICD-11 sowie des DSM-V ergeben sich für die Traumadiagnostik im Kinder- und Jugendbereich wichtige Erneuerung. Nicht nur das Hinzukommen neuer und das Wegfallen alter Diagnosen, auch die Ausrichtung der Diagnosebasis hin zur Entwicklungsqualität der Kinder unter 6 Jahren, hin zu ihren Beziehungen und Bindung mit ihren Bezugspersonen, stellen eine neue Ebene des klinisch-diagnostischen Arbeitens in diesem Bereich dar.

Eine Traumafolgestörung bzw. eine posttraumatische Belastungsstörung kann bereits ab dem Alter von 1 Jahr sich abzeichnen (De Young, & Scheeringa, 2018).

Besonderheiten der Diagnostik im interkulturellen Bereich

Die diagnostischen Mittel sind hier jedoch aktuell sehr begrenzt. Es müssen neue, valide Diagnosemethoden entwickelt und normiert werden, um eine gesicherte Aussage über das Vorkommen und den Verlauf einer Traumafolgestörung im Kleinkindalter abschätzen zu

können. Hinzu Kommt die Komplexität einer solchen Diagnosestellung im interkulturellen Untersuchungskontext, der besondere Erfordernisse und Kenntnisse an die Untersucher und auch an die Untersuchungsinstrumente stellt. (Gibbs, & Huang, 2003)

Neben den kulturellen Unterschieden in sprachlicher Ausdrucksform von Emotionen und Beschwerden, kulturellen Unterschieden von Temperamenten sowie kulturbedingten Tabuthemen, ist bei Flüchtlingen das kompetente Arbeiten mit Dolmetschern und muttersprachlichen Untersuchungsinstrumenten unabdingbar für die Validität der Ergebnisse und Diagnosen. (Mika, Abdallah-Steinkopff, & Gavranidou, 2015; Gavranidou 2009, 2011; Baron, & Schriefers, 2015) Auch müssen verschiedene kulturbasierte Krankheitskonzepte der syrischen Bevölkerung hier in die Eruiierung einer Trauma Geschichte mitbedacht und empathisch analysiert werden (Straub, & Maier, 2007; Hassan et al., 2015).

Die zusammengetragenen Definitionen der Konstrukte führen zu klarer Anleitung, auf welche Art und Weise Krankheits- und Störungsbilder in dieser Studie operationalisiert werden.

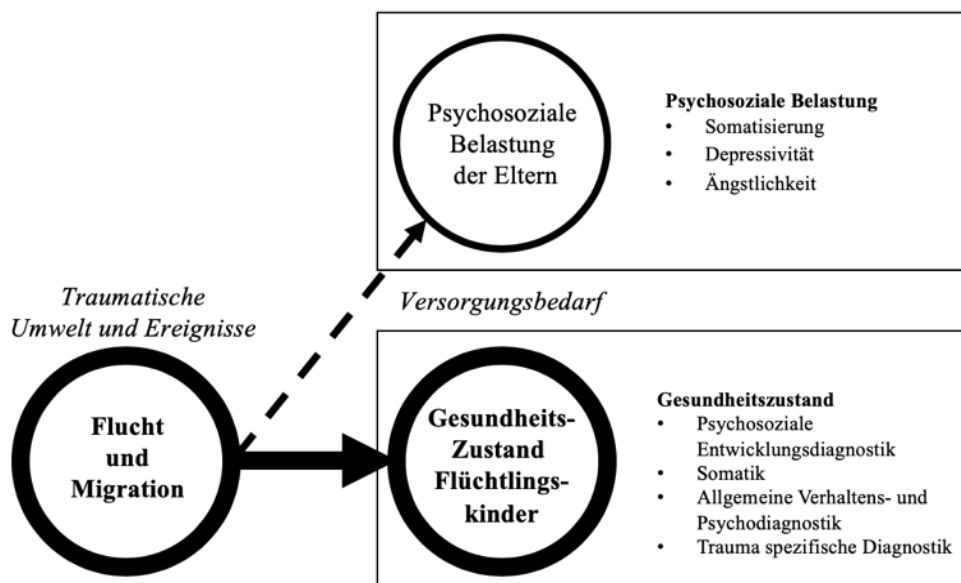


Abbildung 14: Konzeptuelles Modell und Versorgungsbedarf

2.2.6 Traumatische Verlaufssymptomatik und Komorbiditäten

In mehreren Langzeitstudien wurde die Verlaufssymptomatik nach einer Traumatisierung untersucht. Die Graphik unten zeigt die Symptombelastung auf Grund des

erlebten traumatischen Erlebnisses in Abhängigkeit von der Zeit seit dem Ereignis. Die Betroffenen können an Hand ihrer Verarbeitungsmuster in drei Untergruppen geclustert werden: 1/3 der Betroffenen ist ohne eine therapeutische Einwirkung nach 12 Monaten bereits beschwerdefrei. Weitere 33 % der Betroffenen sind ohne Therapie nach 4 Jahren nahezu beschwerdefrei. Das letzte Drittel an Betroffenen hat auch nach 10 Jahren eine schwere Belastungssymptomatik und ist mit einem chronischen Verlauf stark eingeschränkt in ihrer Funktionsfähigkeit.

(Kessler et. al. 1996; Maercker & Karl, 2005)

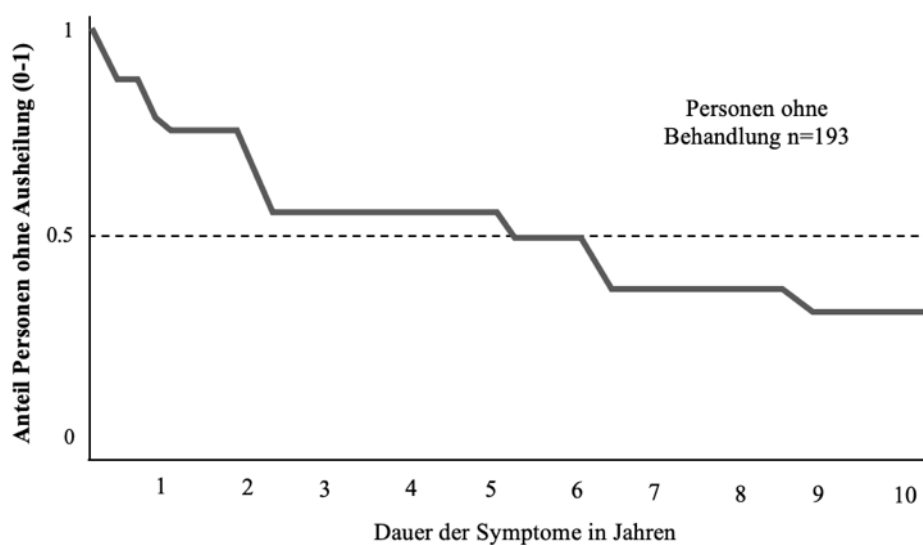


Abbildung 15: Dauer von PTBS Symptomatik ohne Behandlung

(Kessler et al., 1996)

Diese unterschiedlichen Remissionsraten sind insbesondere bei der Diskussion der Kosten einer Behandlung bzw. Nicht-Behandlung von Traumafolgestörungen im Folgekapitel aufgearbeitet worden.

Eine posttraumatische Belastungsstörung weist eine hohe Komorbidität mit weiteren psychischen und auch oftmals somatischen Erkrankungen auf, die es auch im Kindesalter zu berücksichtigen gilt. Vor allem nach jeweiliger Alterskategorie und Entwicklungsstand des Kindes, können gewisse komorbide Verhaltensstörungen häufiger oder weniger häufig in Erscheinung treten (Schäfer, Gast, Hofmann, Knaevelsrud, Lampe, Liebermann, Lotzin, Maercker, Rosner, & Wöller, 2019). Die Expertenrunde, die an der Publikation der

S3-Leitlinien für die PTBS gearbeitet haben, führen folgende Übersichtstabelle über potentielle Komorbiditäten für den Kinder und Jugendbereich an:

Tabelle 19: Komorbiditäten mit einer PTBS Erkrankung im Kindes- und Jugendalter

(Centre for Posttraumatic Mental Health, 2013; Schäfer et al., 2019)

| Vorschulkinder | Grundschul Kinder | Jugendliche |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Oppositionelles Trotzverhalten | Angststörungen | Angststörungen |
| Trennungsangst | Depression | Depression |
| ADHS | ADHS | Suizidale Vorstellungen |
| Depression | Störungen des Sozialverhaltens | Selbstverletzung |
| Spezifische Phobien | | Substanzabhängigkeit |
| Störungen des Sozialverhaltens | | Störungen des Sozialverhaltens |

Daten aus: Centre for Posttraumatic Mental Health (2013) und Rosner, R., & Unterhitzberger, J. (2019)

Nach der unten aufgeführten Darstellung von Schmid et al. (2010) wird das Ausmaß einer unbehandelten PTBS Erkrankung im Kindes- und Jugendalter und der Fülle an potentiellen komorbiden Störungen im Laufe der Jahre, klar ersichtlich. Die komorbiden Störungen, die sowohl vor der PTBS Erkrankung oder auch nach dieser eintreten können, erhöhen den Leidensdruck dieser betroffenen Kinder immens, und zeigen ihre Auswirkungen auf allen Lebensbereichen. (Jäger, Claassen, Schillen, Lembcke, Leyendecker, Ott, Brand, & Busch, 2018)

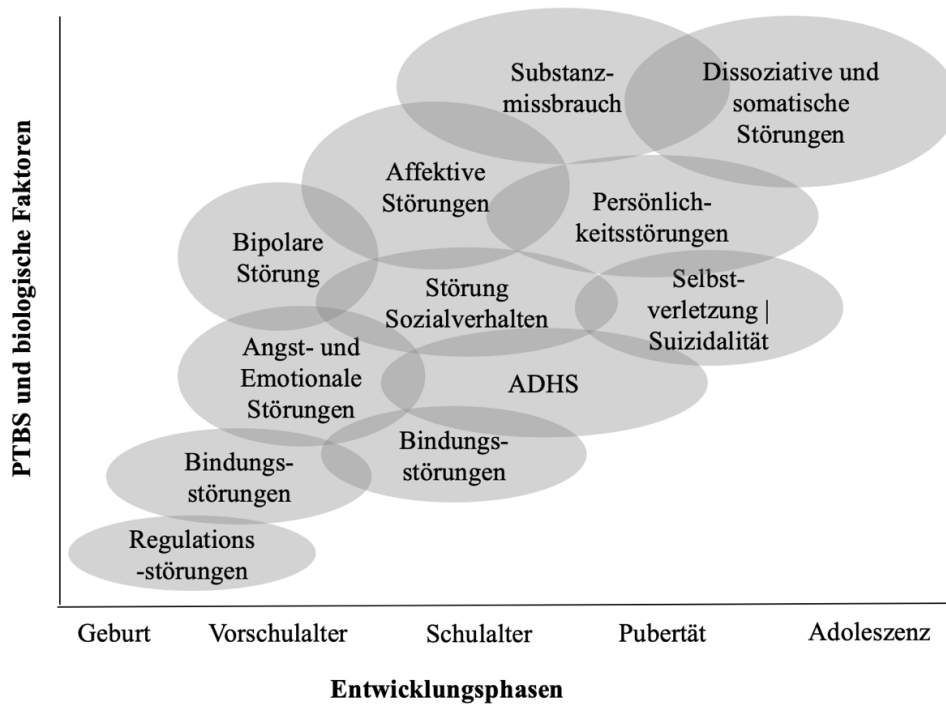


Abbildung 16: Komorbiditäten und Entwicklungsphasen

(Schmid et al., 2010)

Die Darstellung oben zeigt die Relevanz der Abklärung von Komorbiditäten und vor allem die komplexe Mehrdimensionalität einer Traumafolgestörung bei Kindern und Jugendlichen. Dass durch die Zunahme der komorbiden Störungen im Laufe der Kindheits- und Adoleszenz Phase auch die ökonomischen Kosten potenziert steigen, wird an gegebener Stelle in dieser Arbeit im Detail aufgearbeitet.

2.2.7 Neurobiologische Grundlagen bei einer Traumatisierung im Kindesalter

Der Begriff „Trauma“ entstand im Jahre 1889 von Herrn Oppenheim aus dem Fachbereich der Psychiatrie. Er nahm an, dass Traumafolgestörungen zurückzuführen sind auf mikrostrukturelle Veränderungen im Gehirn (Oppenheim, 1889). Dies ist eine Annahme des Forschers gewesen, welches in der heutigen Zeit die Grundlage für das neurobiologische Modell von Traumafolgestörung bietet. Auf der rechten Seite der unteren Abbildung werden die psychophysiologischen, neurohormonellen, neuroanatomischen, neurofunktionellen und immunologischen Veränderungen als Konsequenz eines erlebten psychischen Traumas schematisch abgebildet.

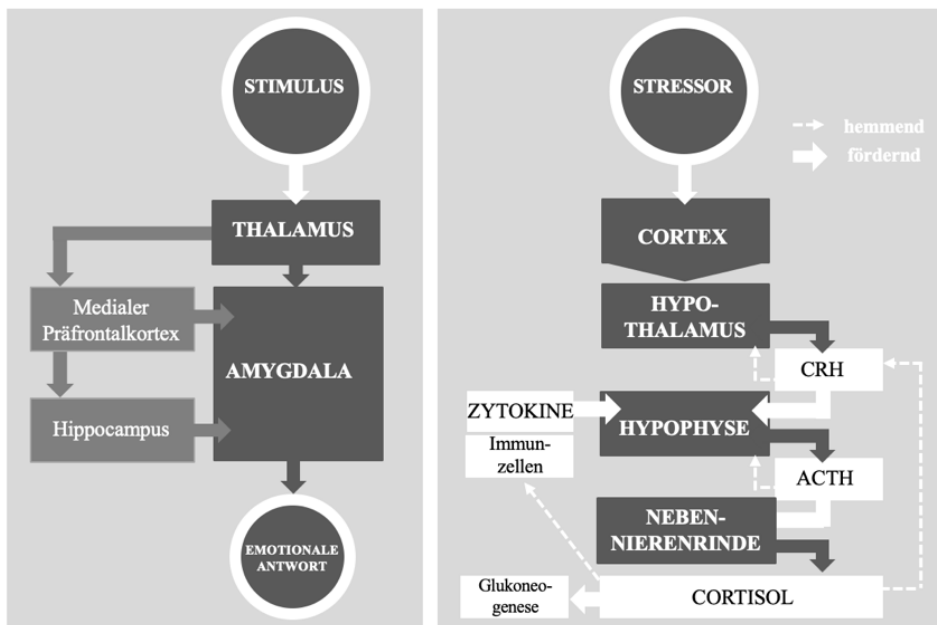


Abbildung 17: Reiz-Reaktion-Prozess und H-H-N-Achse

(Cutolo, et al., 2000; Landolt, 2012; Yasui, 2017)

Es ist zu erkennen, dass die Dysregulation verschiedener neurobiologischer Systeme in Zusammenhang mit den vegetativen Symptomen und den Angstsymptomen bei einer Traumafolgestörung sich gegenseitig bedingen. Beispielsweise wird bei der Erinnerung an das Trauma mit einem erhöhten physiologischen Erregungsniveau autonome Reaktionen in Gang gesetzt: Symptome wie Hypervigilanz, Herzklopfen, Schwitzen und Schlafstörungen können die Konsequenz sein. Besonders der Mandelkern (die Amygdala), welches eine Art Gefahrensensor des Gehirns darstellt, und bei traumatisierten Menschen bereits bei geringsten Reizen Alarm schlägt (Stam, 2007). Möglicherweise wird dies verstärkt durch eine limitierte Funktionsfähigkeit des Präfrontalkortexes, der die Amygdala nicht mehr hemmen kann und somit die Affektregulation beeinträchtigt (Koenigs, & Grafman, 2009).

Der Zusammenhang zwischen einer frühen, kindlichen Traumatisierungserfahrung und das erhöhte Risiko an weiteren psychischen Erkrankungen zu erleiden konnte in multiplen Studien gezeigt werden. Auch die negative Auswirkung eines Kindheitstraumas auf die zukünftige physische Gesundheit und Entwicklung vor allem im Bereich von Herz-Kreislauferkrankungen sowie Autoimmunerkrankungen konnte gezeigt werden (Goodwin, & Stein, 2004) Die Forschungsgruppe um Kessler konnte zeigen, dass weltweit

mindestens 30% aller psychischen Störungen auf ein Kindheitstrauma zurückzuführen sind. (Kessler et al., 2010)

Durch all diese Prozesse hinweg ist die Ebene der biologischen Konstitution omnipräsent: die genetische Disposition und biophysischen und biopsychischen Indikatoren, wie zum Beispiel eine genetische Vorbelastung für eine gewisse Krankheit bzw. psychische Pathologie, die Stressbelastungsgrenze eines Individuums, Stressregulierungssysteme, der Hormonhaushalt, etc. sind eine mächtige und sehr deutliche Projektionsfläche in der gesundheitlichen Einschätzung eines jeden Kindes und Erwachsenen. Besonders bei Kindern im Vorschulalter, zwischen 0 und 6 Jahren, bei denen die Gehirnentwicklung noch voll im Gange und noch nicht abgeschlossen ist, kann das Einwirken von starkem Stress verursacht zum Beispiel durch eine Flucht und weitere Risikosituationen, die neurologische, neuro-endokrinologische, physiologische und genetische Entwicklungsaspekte tangieren (Perry, & Szalavitz, 2013; Hanson, Nacewicz, Sutterer, Cayo, Schaefer, Rudolph, Shirtcliff, Pollak, & Davidson, 2015).

Dass bei Kindern nach einer Kriegs- und Fluchterfahrung neuro-endokrinologische Marker mit einer Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung korrelierten, konnte Feldman, Vengrober, Eidelman-Rothman und Zagoory-Sharon (2013) zeigen. Kriterien für die Wahrscheinlichkeit des Erleidens einer psychopathologischen Störung im Kindesalter, während und nach einer Fluchtbiographie, sind u.a. die Art des potentiell traumatischen Ereignisses, die Anzahl der traumatisierenden Geschehnisse sowie das direkte oder indirekte Erfahren durch das Beobachten und Hören bei Angehörigen und Bezugspersonen (Wang, Nomura, Pat-Horenczyk, Doppelt, Abramovitz, Brom, & Chemtob, 2006).

Auch haben neueste Forschungsergebnisse gezeigt, dass spezifische Biomarker im Gehirn eine Vorhersagekraft haben zu bestimmen, welche Menschen eine Veranlagung haben, eine schwere Symptomatik nach einem potentiellen traumatischen Erlebnis zu entwickeln und welche weitestgehend symptomfrei das Erlebte verarbeiten werden. (Homan et al., 2019)

Auf der wissenschaftlichen Suche nach Erklärungsmodellen, warum und wie eine frühe Traumatisierung im Kindesalter so immense Konsequenzen für den menschlichen Gesundheitsstatus ein Leben lang haben kann, ist aus neurobiologischer Perspektive nach der biologische Einbettungshypothese eine Veränderung der neurobiologischen Systeme hier entscheidend. (Brückl, & Binder, 2017)

Das neurobiologische Abbild einer Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter zeigt sich auch bei dem Chronotypen im Kontext der zirkadianen Uhr: hier konnte gezeigt werden,

dass auf Grund von einer erlebten Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter emotionale Regulationsstörungen zu einer Verschiebung des Chronotypen führen. Es wurde hier von einer drastischen Verschiebung vom Morningness-Typen (Morgenpräferenz) zu einem Eveningness-Typen (Abendpräferenz) mit einhergehenden Affektstörungen berichtet, die sich konsekutiv auf den psychischen und physischen Befindungsstatus der Betroffenen stark auswirken kann. (Park, 2019; Selvi, Aydin, Boysan, Atli, Agargun, & Besiroglu, 2010)

Der biologische Rhythmus der betroffenen Kinder und Jugendlichen wird durch das Erlebte potenziell lebenslang in Mitleidenschaft gezogen (Regestein, & Monk 1995). Dies kann den Zusammenhang zwischen der zirkadianen Gesundheit und der Entstehung von weiteren Pathologien ernsthaft verstärken (Roenneberg, & Mellow, 2016) Der Zusammenhang zwischen einer zirkadianen Disruption und auftretenden Einbußen in der kognitiven Leistungsfähigkeit und höheren Affektstörungen konnte sogar bei Kontrolle der Kovariate eines Kindheitstraumas gezeigt werden (Doherty, 2018).

Auch Ruf-Leuschner et. al greifen die Ergebnisse von Catani (2010) auf, und plädieren in neuen Studien dafür, in Laboruntersuchungen den Einfluss der genetischen und epigenetischen Faktoren weiter zu vertiefen. Denn im Rahmen des Modells der Gen-Umwelt-Interaktion wurde bei Untersuchungen, die die Zusammenhänge von Misshandlungen im Kindesalter und Verhaltensproblemen später untersuchten, demonstriert, dass eine genetische Determinante hier im Ausprägungsgrad entscheidend ist. (Catani, Jacob, Schauer, Kohila, & Neuner, 2008; Catani, 2010; Caspi, et al. 2002; Jaffee, Caspi, Moffitt, Dodge, Rutter, Taylor, & Tully, 2005, zitiert nach Ruf-Leuschner, Roth, & Schauer, 2014)

Daher muss auf Basis der zusammengefassten Forschungsergebnisse aus dem neurobiologischen und epigenetischen Forschungsbereich im Kontext Trauma und Kindheitsentwicklung, konstatiert werden, dass die biologische Disposition der Kinder- und Jugendlichen mit Fluchthintergrund hier als ein potentieller Moderator mit aufgenommen werden muss.

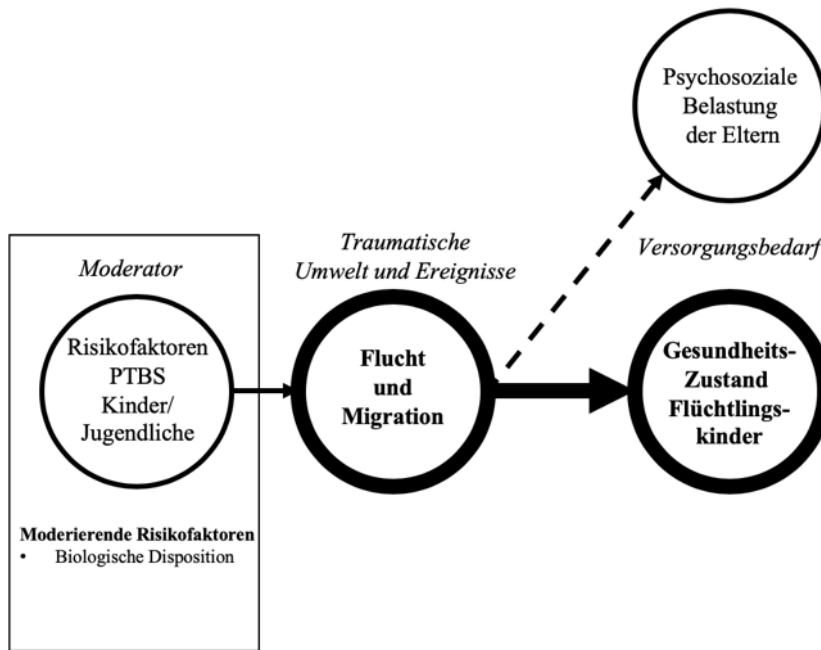


Abbildung 18: Moderator und Risikofaktor biologische Disposition

2.2.8 Trauma und Bindung

Einige Studien haben in den letzten 10 Jahren den Moderator der Bindungsqualität im Kontext einer kindlichen Traumatisierung untersucht und konnten die Bedeutung dessen für das Wohlergehen der Kinder und Jugendlichen erkennen lassen. (Walter, 1998; Petzold, 2002; Weine et al., 2004; Heran et al., 2006; Urbanek, 2005; Lanfranchi, 2006) Das Forschungsfeld ist jung und bietet noch ausreichend Forschungsentwicklungen an. Dennoch führen die Studien klar dazu auf, dass der Moderator der Bindungsqualität bei der traumaspezifischen Belastungsdiagnostik in Familien berücksichtigt werden sollte.

In den Studien wird aufgezeigt, dass die Eltern durch ihre eigenen Bewertungs- und Coping Prozesse ein bedeutsames Umfeld für die Traumaverarbeitung der Kinder prägen und formen (Yule, 1992). Im Besonderen sind die positiven Stärken von Eltern im Coping Prozess wichtig (Walter, 1998; Landolt, 2012). Die integrative Therapie fasst dies im Begriff des „creating“ zusammen und meint hiermit die Bereitschaft von Lebensveränderungen zu meistern (Petzold, 2002). Auch im Kontext von Kriegsgewalt zeigen Studien die Bedeutung von Bindung und Familiengefügen als prägenden als Umweltfaktor. Der Tagesablauf, die

Emotionalität im Umgang miteinander und Rollenverhältnisse des Familienlebens können verändert sein und so einen Einfluss für die kindliche Entwicklung nehmen (Wünsche 1999; Landolt, 2005; Rössel-Cunovic, 2006; Heran et al., 2006). Andere Studien kommen zu dem Ergebnis, dass neben den Eltern auch Lehrer als erweiterte Bezugs- bzw. Bindungspersonen einen Einfluss auf die psychosoziale Entwicklung der betroffenen Kinder haben (Urbanek, 2005; Lanfranchi, 2006; Fazel, Doll, & Stein, 2009; Fazel, 2018).

Neben diesen Bezugspersonen, die vor allem durch ihre strukturgebende Funktion für diese Kinder nach einem potentiell traumatischen Erlebnis von Bedeutung sind, zeigen Resilienz Studien auch die Relevanz von weiteren Schutzfaktoren. Haversiek-Vogelsang (2006) führt hier zum Beispiel „Verarbeitungshilfen in einem Milieu von wohlwollender Annahme, die Erhöhung des Selbstwirksamkeitserlebens und der psychischen Widerstandsfähigkeit“ auf (Haversiek-Vogelsang, 2006).

Die zusammengetragenen Erkenntnisse führen dazu, dass in der vorliegenden Studie die Eltern mit in den diagnostischen Prozess einbezogen werden und einige genannten Schutzfaktoren als Moderatoren in die Datenerhebung integriert werden. In weiteren Studien empfiehlt es sich, die Bindungsqualität der Kinder zu ihren Eltern detaillierter zu erheben.

2.2.9 Gesellschaftliche Kosten des Versorgungsbedarfs von Flüchtlingen

Die Belastung einer von potentiellen Traumafolgestörung belasteten, zugezogenen, neuen und auch fremden Bevölkerungsgruppe für die Allgemeinheit der Bevölkerung ist an dieser Stelle in einen gesamtgesellschaftlichen Kontext zu stellen. Grundsätzlich ist voranzustellen, dass nur ein geringer, dennoch signifikanter Teil der Flüchtlinge und ihrer Familien, eine Traumafolgestörung sowie andere psychische und somatische Beschwerden chronifiziert entwickeln. Die Belastung psychisch erkrankter Menschen für die Bevölkerung ist immanent.

Der DGPPN formuliert dies mit dem Satz „Krankt die Psyche, ist der Mensch krank – und mit ihm die Gesellschaft“ (DGPPN, 2018). Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik und Nervenheilkunde diskutiert in einer Publikation aus dem Jahr 2018 die kritische Situation in der Bevölkerung: die drastische Zunahme an hilfesuchenden, psychisch erkrankten Menschen, die komplexe Versorgungsstruktur in Deutschland und fehlende Ressourcen und Fachpersonal für die vielen, belasteten Menschen, ist die Grundsituation aktuell in Deutschland und auch in allen OECD Ländern der EU. In

Deutschland leidet mindestens jeder vierte (27.8 %) erwachsene Bürger an einer diagnostizierten, psychischen Erkrankung. Dies ergeben 17.8 Millionen Menschen in Deutschland allein, und summiert in der gesamten Europäischen Union leiden 164.8 Millionen Menschen unter einer oder mehrerer psychischen Störungen mit Krankheitscharakter (Jacobi, Höfler, Strehle, Mack, Gerschler, Scholl, Busch, Maske, Hapke, Gaebel, Maier, Wagner, Zielasek, & Wittchen, 2014; Wittchen, Jacobi, Rehm, Gustavsson, Svensson, Jönsson, & Fratiglioni, 2011). Auf Grund des Ausmaßes des hieraus resultierenden Versorgungsauftrages an das Gesundheitssystem ist dies neben den kardiovaskulären Erkrankungen und Diabetes, im Kontext der großen Volkskrankheiten zu erwähnen. Die ohnehin angespannte Versorgungslage für psychische Störungen global aber auch in Deutschland wird sich laut Prognosen bis zum Jahr 2030 drastisch zuspitzen. Es wird mit einer Verdopplung der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten auf Grund von psychischen Beschwerden und Störungen angenommen, für die es bis dato keine ausreichenden Ressourcen und Fachpersonal gibt. (DGPPN, 2018)

Diesem Versorgungsdefizit stehen die entstehenden Kosten einer Behandlung entgegen: Im Falle einer PTBS Behandlung können die öffentlich zugänglichen Krankheitskostenrechnungen des Statistischen Bundesamtes herangezogen werden. Hier kann sogar Einblick in die Aufteilung der Kosten je nach Altersgruppe, der Geschlechtszugehörigkeit und der jeweiligen Versorgungseinrichtung unterschieden werden, um spezifischere Daten herauszufiltern. Der letzte diesbezügliche Report aus dem Jahr 2016 konstituierte, dass die Behandlungskosten für männliche PTBS-Patienten leicht über den Kosten für eine weibliche PTBS-Patienten lagen:

10.430 Euro vs. 8.841 Euro (Deutscher Bundestag, 2016). Leider lässt die Datenbank des Statistischen Bundesamtes einen Auszug nicht zu, der die detaillierten Kosten für betroffene Kinder- und Jugendliche abbildet. Dementsprechend kann hier keine gesicherte Aussage über die therapeutischen Kosten einer PTBS- Behandlung im Kindes- und Jugendalter getroffen werden.

Während das individuelle Leiden jedes einzelnen betroffenen Kindes und Jugendlichen die wirkliche Dramatik einer Traumatisierung ohne Zweifel lässt, sind die Konsequenzen in gewisser Weise von der gesamten Gesellschaft zu tragen. Die Kosten einer solchen Traumatisierung, die sowohl auf Individualebene aber auch auf gesamtgesellschaftlicher Ebene zu tragen kommen, reichen von tangiblen Kosten, also messbaren monetären Kosten, bis hin zu intangiblen Kosten, die eine Übersetzung der

Einbußen in einen Geldwert schwieriger darstellen: wie zum Beispiel Folgekrankheiten und verminderte Produktivität im Arbeitsleben.

Die folgende Tabelle der Studiengruppe „Deutsche Traumafolgekostenstudie“ wurde für die hier vorliegende Hauptfokusgruppe, traumatisierte Flüchtlingskinder adaptiert:

Tabelle 20: Direkte und indirekte Kosten einer Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter

(Habetha, Bleich, Sievers, Marschall, Weidenhammer, & Fegert, 2012)

| Traumafolgekosten | |
|--|--|
| Direkte Kosten | Indirekte Kosten |
| <ul style="list-style-type: none"> • Behandlung in unmittelbarem Zusammenhang mit Traumatisierung • Unterhaltung sozialer Institutionen im Sinne einer ersten Anlaufstelle bei Traumatisierung • Täterbezogene Kosten bei Polizei und Justiz (Im Falle von Traumatisierungen im Ankunftsland wie zum Beispiel in der Erstaufnahmeeinrichtung) • Persönliche Kosten und Verluste • Verlust an Lebensqualität | <ul style="list-style-type: none"> • Aufwendungen im Bildungssektor • Kinderschutz und Jugendhilfe im Sinne einer sekundären Anlaufstelle für auffällige Kinder/Jugendliche • Delinquenz und Jugendkriminalität • Kriminalität im Erwachsenenalter • Fremdunterbringung • Gesundheitswesen • Minderung der individuellen volkswirtschaftlichen Produktivität • Persönliche Kosten und Verluste • Übergeordnete volkswirtschaftliche Verluste (deadweight losses) • Verlust an Lebensqualität |

Die Vielschichtigkeit der Kostenzusammensetzung (siehe Auflistung) und den vorab unschätzbaren Auswirkungen der Traumatisierung auf die verschiedenen Lebensbereich der betroffenen Kinder und Jugendlichen, zeigt ein weiteres Mal die Dringlichkeit und Relevanz der vorliegenden Dissertation. Die genaue Bestimmung von Trauma Folgekosten gestaltet sich aus volkswirtschaftlicher Perspektive als eine Herausforderung, die es in Deutschland weiter zu forcieren gilt. (Habetha et al., 2012)

Eine unbehandelte PTBS für Betroffene führt zu einer verminderten Produktivitäts- und Leistungsfähigkeit und zu einer durchschnittlich monatlichen Fehlzeit von 3.6 Tagen im Monat von ihrer Arbeitsstelle hin (Perkoenigg et al., 2000). Eine PTBS-Diagnose bekam in der Fachliteratur nicht von ungefähr das Etikett einer vergleichbaren „lebenslänglichen Strafe“ (Perkonigg et al., 2000), da die daraus bedingten Begleiterkrankungen multiple sein können, sowohl auf somatischer als auch auf psychischer Leidensebene. (Perkoenigg et al., 2000)

Besonders dramatisch ist die Situation der Betroffenen im Falle einer Nicht-Behandlung oder einer ineffektiven Behandlung bzw. einer Fehlbehandlung. Die hohe Komorbidität mit weiteren Störungsbildern in diesem Bereich ist besonders markant. Hier spielen traumaassoziierte Entwicklungsstörungen eine große Rolle und sollten stets mit betrachtet werden. (Habetha et al., 2012)

Neuere Forschungsergebnisse aus den USA konnten hochrechnen, dass jährlich die US-amerikanische Gesellschaft 458 Milliarden Dollar an finanziellem Schaden verbucht, die direkt auf Konsequenzen durch die stetige Traumatisierung von Kindern, die keine adäquate Therapie erhalten, zurückzuführen ist. (Berger, 2019)

Allein die Trauma Folgekosten auf Grund der PTBS Erkrankungen in Folge des 11. September Anschlags im mehrstelligen Milliarden-Dollar-Bereich abzuschätzen ist. Neben dem medizinischen und psychotherapeutischen Versorgungsdruck, ist auch aus gesamtgesellschaftlicher, volkswirtschaftlicher Perspektive eine zeitnahe und effektive Therapie von Patienten und Patientinnen anzustreben. (Kamolz, Reif, & Wiesbeck, 2003)

Eine auf aktueller Datenlage basierte Hochrechnung der Trauma Folgekosten für Deutschland, ergab, dass allein die Trauma Folgekosten, die aus Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung in Deutschland entsteht, sich auf jährlich 11,0 Mrd. Euro beläuft. Diese Summe zahlt die deutsche Gesellschaft jährlich. Die Studiengruppe, die im Rahmen der Deutschen Traumafolgekostenstudie die jährlichen Kosten aus allen Kindesmisshandlungs- und Kindesmissbrauchsfällen in der Bundesrepublik versucht haben zu beziffern, unterstreichen, dass die tatsächlichen Kosten für die Gesellschaft noch viel höher liegen. Die Trauma Folgekosten von Flüchtlingskindern auf Grund erlebter Traumatisierungen in ihrem Heimatland oder auf der Flucht, sind hier noch nicht berücksichtigt worden, ebenso auch Traumafolgestörungen aus anderen Ursachen heraus, finden hier in dieser Zahl noch keine Berücksichtigung. Demnach ist an dieser Stelle eine genaue Bezifferung der Trauma Folgekosten von Flüchtlingskindern in Deutschland nicht möglich. Vielmehr sollen die vorliegenden Zahlen, die finanziellen Dimensionen aufzeigen. Die Relevanz der aktuellen Studie ist nach einer humanistischen Verpflichtung heraus, auch aus einer gesamtgesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Perspektive mit geschuldet. Denn das Argument, dass sich eine Psychotherapie nach dem Cost-Offset-Gesichtspunkt, rentiert, konnte T. D. Eells bereits 1999 aufzeigen (Eells, 1999). Auch konnte im Rahmen von anderen Migrationsbewegungen gezeigt werden, dass sich die Migration von Menschen

gesamtperspektivisch sowohl für das Individuum und sein Wohlbefinden als auch für die Aufnahmegesellschaft positiv auswirkt (Stillman, McKenzie, & Gibson, 2009).

Spezifisch gesehen haben sich effektiv, und kompetent ausgeführte Traumatherapien gesundheitsökonomisch als finanziell rentabel herausgestellt (Levant, House, May, & Smith, 2006) Trauma fokussierte Therapieansätze, die wissenschaftlich basiert sind, und fachkundig durchgeführt werden, zahlen sich sozusagen von alleine aus, da die zukünftig anfallenden medizinischen Versorgungskosten, die mit den traumaassoziierten Erkrankungen entstehen werden, präventiv abgedeckt werden können. (Greer, Grasso, Cohen, & Webb, 2014) Auch werden die Kosten für die Gesellschaft, die durch Substanzmissbrauch, Kriminalität und auch einer Inhaftierungserfahrung der Traumatisierten entstehen würden, effektiv gespart und die eher traurigen Erfahrungen allen erspart werden. (Sheidow, Jayawardhana, Bradford, Henggeler, & Shapiro, 2012)

2.3 Gesundheitsstatus im Untersuchungskontext syrische Flüchtlinge

Der Gesundheitsstatus vor der Flucht kann als Moderator gesehen werden. Dieser wird im Folgenden genauer beleuchtet, um die Forschungsergebnisse später besser interpretieren zu können. Auch gibt es schon Untersuchungen zum Gesundheitszustand nach Flucht.

2.3.1 Gesundheitsstatus vor der Flucht

Durch die standardisierten Erhebungen der Weltgesundheitsorganisation sowie dem Gesundheitsministerium Syriens, können valide Aussagen über die Qualität der Gesundheitsversorgung und dem Gesundheitszustand der syrischen Bevölkerung vor dem Ausbruch des Krieges getroffen werden. (Kherallah, Alahfez, Sahloul, Khaldoun Dia Eddin, & Jamil, 2012)

Bevor der Krieg in Syrien für über 33 Jahren ausgebrochen ist - hat die Gesundheitsversorgung in Syrien an Qualität und Quantität eine erhebliche Verbesserung erlebt gehabt. Dies kann anhand der Indikatoren wie der durchschnittlichen Lebenserwartungszeit und der Kindersterblichkeitsrate abgeleitet werden: während 1970 die Lebenserwartungszeit bei 56 Jahren lag, stieg diese 2009 auf 73.1 Jahre an. Leider ist die

Lebenserwartung im Schnitt auf Grund des verheerenden Krieges seit 2011 um 15 Jahre wieder gesunken, so dass heute von 58,1 Jahren Lebenserwartungszeit gerechnet werden kann (dpa, 2016). Die Kindersterblichkeitsrate sank enorm von 132 Fällen von 1000 Geburten im Jahre 1970 auf 17,9 Fälle von 1000 Geburten im Jahre 2009. Unter Anbetracht der Tatsache, dass nur 2,9 % der Bruttoinlandsproduktes für die Gesundheitssektor investiert worden sind, sind die Ergebnisse hinsichtlich der Qualität der Versorgung als positiv zu bewerten. In Deutschland lag der Anteil der Gesundheitsausgaben im Jahr 2009 am Bruttoinlandsprodukt gemessen bei 11,4 %. (Statistisches Bundesamt, 2015) Einen mehr realistischen Vergleich können die Daten des Nachbarlandes Türkei erlauben: hier lagen die Gesundheitsausgaben im Jahr 2009 bei 5,8% (Statista, 2018). Während die Daten der Gesundheitsversorgung in Syrien sich zwischen 2000 und 2010 stark verbessert haben, hat der Ausbruch des Krieges im Jahr 2011 das Land und die Menschen wieder den Punkt von vor 20 zurückgeworfen: die Sterblichkeit von Kindern nahm in den letzten Jahren jährlich um 9 % zu. Die Forschungsgruppe um Mokdad et al. (2016) beklagt auch die Zunahme an Infektionskrankheiten. Die Kinder sind vor allem betroffen von Infektionen der oberen Atemwege, Diarrhoe auf Grund der schwierigen Lebensbedingungen, Hautinfektionen und weitere somatische Erkrankungen (WHO, 2015d).

Diese Statistiken wurden vom Gesundheitsministerium Syriens seit dem Jahr 2009 nicht mehr aktualisiert (SMH, 2020). Andere Quellen, wie zum Beispiel die UNRWA, kann hier die aktuellsten Daten aus dem Jahr 2012 anbieten, bevor ein Großteil der Strukturen zerstört worden sind. Hier zeigen sich die positiven Entwicklungstendenzen bis zum Jahr 2009 weiter fortgesetzt: die Lebenserwartung lag bei durchschnittlich 75 Jahren, die Kindersterblichkeitsraten bei 15 aus 1000 Kindern (UNRWA, 2019).

Diese positiven Entwicklungen wurden auch vor allem auf die Erfüllung der Impfnormen und dem Einsatz von professionell ausgebildeten Geburtshilfen zugeschrieben. Die vorherrschenden Daten über das Gesundheitssystem in Syrien vor dem Krieg deuten darauf hin, dass vor dem Ausbruch des Konfliktes im Jahr 2011 Syriens Strukturen vergleichbar ähnliche waren, wie andere Länder mittleren Einkommens. Was die psychiatrische und psychotherapeutisch Versorgung in Syrien vor dem Krieg angeht, muss erwähnt werden, dass diese bei weitem nicht so fortgeschritten und ausgebaut war, wie die somatische. Bis kurz vor dem Krieg existierten in Gesamtsyrien lediglich 70 – 120 Psychiater, 3 öffentlichen psychiatrische Kliniken, die geringen Ressourcen und unterbesetzten Fachkräften stationäre sowie ambulant Versorgungswege anboten – für die

gesamte syrisch Population damals bestehend aus 21 Millionen. Die drastische Unterversorgung der syrischen Bevölkerung an psychischen und psychotherapeutischen Therapiemöglichkeiten bestand somit bereits vor Ausbruch des Krieges. In diesem Kontext sollte unterstrichen werden, dass das Thema, um psychische Gesundheit und psychische Erkrankungen mit einer weit verbreiteten und kulturell auch verankerten Stigmatisierung zu kämpfen hat. (WHO, 2015c)

Lediglich eine dieser Kliniken hatte einen pädiatrischen Versorgungsbereich, für Kinder- und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten und Entwicklungsstörungen. Die Unwissenheit, die Stigmatisierung und die Ablehnung von psychischen Problemen und Störungen in der gesamten syrischen Gesellschaft machte die psychische Gesundheit als relevantes Kennzeichen für Gesundheit und Wohlbefinden völlig unsichtbar und nicht-existent. Demzufolge ist es nicht überraschend, dass es keine nationale und epidemiologische Erhebung von psychischen Störungen in Syrien bis 2012 gegeben hat. Daher muss davon ausgegangen werden, dass die Prävalenz von psychischen Erkrankungen in Syrien vor dem Krieg, dem der globalen Verteilung ähnlich war. (Hedar, 2017)

Somit können bestimmte Risikofaktoren auch schon vor der Flucht bestanden haben und sollten als Moderatoren bei den bestehenden Forschungsfragen diskutiert werden.

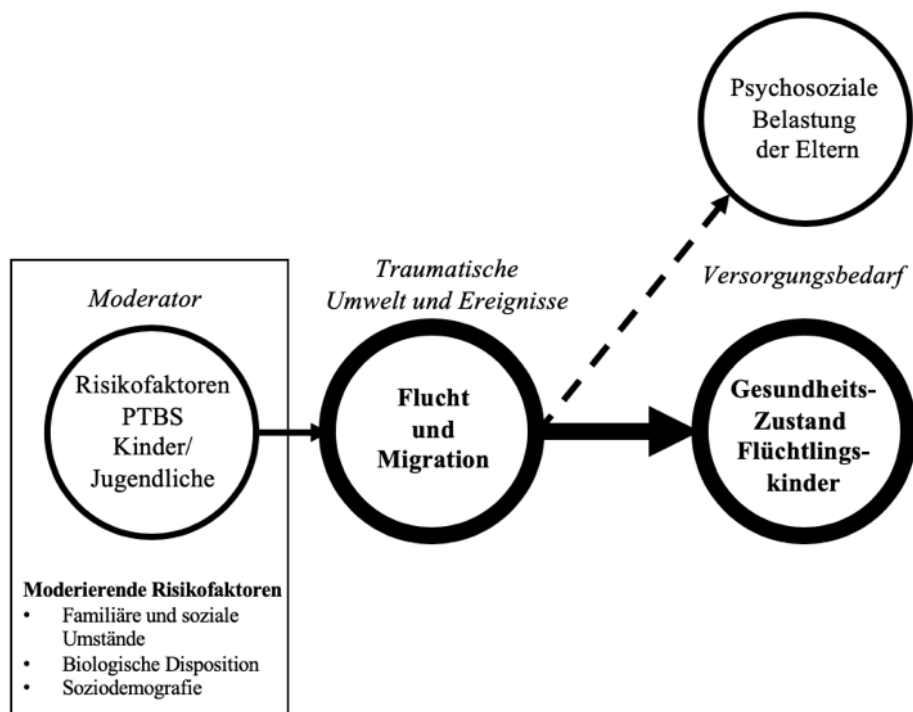


Abbildung 19: Konzeptuelles Konzept mit Fokus auf die Moderatoren

2.3.2 Gesundheitsstatus nach der Flucht

Um die Prävalenz von psychischen Auffälligkeit nach dem Ausbruch des Krieges abschätzen zu können, wurde die untenstehende Tabelle und Hochrechnungsformel der Weltgesundheitsorganisation herangezogen.

Tabelle 21: WHO-Projektionen zu psychischen Störungen in erwachsenen Bevölkerungsgruppen, die von Notfällen betroffen sind

(WHO, 2012)

| | Vor dem Notfall: 12-Monats-Prävalenz (Median zwischen den Ländern und über den Grad der Exposition gegenüber dem Notfall) | Nach dem Notfall: 12-Monats-Prävalenz (Median zwischen den Ländern und über den Grad der Exposition gegenüber dem Notfall) |
|--|---|--|
| Schwere psychische Störung (z.B. Psychose, schwere Depression) | 2-3% | 3-4% |
| Milde bis moderate psychische Störung (Angststörung und moderate PTBS) | 10% | 15-20% |
| Normale psychische Reaktion (keine Störung) | keine Schätzung | Hoher Prozentsatz, reduziert bei Zeit |

Die WHO geht grundsätzlich davon aus, dass Bevölkerungsgruppen innerhalb der folgenden 12 Monate nach Erleben eine einschneidende und bedrohliche Stresssituation wie Krieg oder Massenflucht, eine Verdoppelung der psychischen Störungsbilder und klinisch-psychologischen Symptome zur Folge hat. Demnach wird während und nach einer Krise mit einer Verdoppelung der Prävalenz von psychischen Störungen gerechnet. Nach einer Hochrechnung von Hedar et al. (2017) sind nach dieser Formel aktuell noch in Syrien lebend 1 Million syrischer Bürger von schwerwiegenden psychischen Störungen betroffen, weitere 5 Millionen Syrer von mittelgradig bis mäßig schwere psychische Störungen. Danach Erkenntnis der syrischen Psychiatrie Kammer im Jahre 2018 ca. 80 Berufskollegen (SAPK, 2018) in Syrien noch im Dienst waren, würde dies bei einer Maximalauslastung aller Psychiater bedeuten, dass 104.000 Patienten im Jahr erreicht werden können. Folglich bedeutet dies, dass 90% der Patienten mit einer akuten schweren psychischen Störung aktuell nicht einmal mit irgendeiner Art von klinisch-psychiatrischen Versorgung erreicht werden können. Falls man diese Schätzungen und Hochrechnungen mit anderen Prävalenzraten in

Vergleich setzt, kommen für fliehende Syrer weitaus schlechtere Prognosen heraus: laut einer Studie der Bundetherapeutenkammer Deutschland (BPtK, 2017) leiden über 50% der ankommenden syrischen Flüchtlinge an einer psychischen Störung. Zu ähnlichen Werten konnten türkische Wissenschaftler in den Flüchtlingsunterkünften in der Türkei kommen. Auch hier wurde eine Prävalenzrate von 55% von betroffenen Syrern gemessen, die auf Grund einer psychischen Störungssymptomatik als akut behandlungsbedürftig diagnostiziert eingestuft wurden. Auch wünschten sich 50% aller befragten Familien psychologische Hilfsangebote auf Grund der psychischen Beschwerden, unter denen Erwachsene und Kinder zu leiden haben. (Government of Turkey, 2013) Bei den Kindern und Jugendlichen waren ca. 45% der Kinder mit klinisch auffälligen Trauma Symptomen getestet worden, die zu einer PTBS Diagnose führen könnte. Auffällig ist auch in dieser Studie, dass bereits die Kinder und Jugendlichen von immer wiederkehrenden körperlichen Beschwerden und Schmerzen des Bewegungsapparates berichteten, die gemäß der Forschungsgruppe um Özer et al. psychosomatischer Natur war (65% der Kinder). (Özer, Sirin, & Oppedal, n.d.)

Auf somatischer Ebene stehen vor allem neu hinzugekommene chronische Erkrankungen im Vordergrund, das Fehlen von nötiger Medikation für bereits bestehende Erkrankungen auf der Flucht und Beschwerden hinsichtlich von Infektionskrankheiten, Erkrankungen der oberen Atemwege, Tuberkulose, Beschwerden den Bewegungsapparates sowie unzureichend versorgte Wunden hinzu. (Gammouth, Al-Smadi, Tawalbeh, Khoury, 2015; Eonomopoulou, Pavli, Stasinopolou, Giannopoulos, & Tsiodras, 2017)

Tabelle 22 : Fälle von psychischer Gesundheit, die vom internationalen medizinischen Korps in verschiedenen Regionen Syriens bearbeitet werden

(IMC, 2017)

| | Länder | | | | Gesamt |
|--|--------|---------|--------|-----------|--------|
| | Syrien | Libanon | Türkei | Jordanien | |
| Alter (n) | | | | | |
| Männlich | 73 | 1950 | 368 | 1011 | 3402 |
| Weiblich | 110 | 1661 | 277 | 907 | 2955 |
| Altersgruppen (n)* | | | | | |
| Kinder unter 18 Jahren | 75 | 549 | 199 | 353 | 1176 |
| Erwachsene über 18 Jahre | 108 | 3062 | 446 | 1565 | 5181 |
| UNHCR Kategorien der psychischen Erkrankungen (%) | | | | | |
| Schwere emotionale Störung | 61% | 59% | 23% | 74% | |
| Psychotische Störung | 4% | 16% | 16% | 9% | |
| Epilepsie | 14% | 5% | 40% | 7% | |
| Entwicklungsstörung | 11% | 5% | 8% | 6% | |
| Andere Störung | 2% | 6% | 9% | 1% | |
| Verhaltensstörung | 8% | 4% | | 3% | |
| Alkohol- und andere Drogenmissbrauchsstörung | | 2% | 1% | | |
| Andere psychologische Beschwerden | | 2% | 1% | | |
| Medizinisch unerklärliche somatische Beschwerden | | 1% | 2% | | |
| Gesamt (n) | 183 | 3611 | 645 | 1918 | 6357 |

Die Studiengruppe des internationalen medizinischen Korps führten eine Screening Untersuchung in den drei größten Flüchtlingslagern an Syrien angrenzend (Jordanien, Libanon und Türkei) sowie auch eine kleine Stichprobe der noch in Syrien befindlichen Syrern durch. Das Screening, welches sich an den UNHCR Richtlinien für psychische Störungen orientierte, zeigte hohe Prävalenzraten an Störungsbildern bei Kindern und Erwachsenen, unabhängig vom Unterbringungsort. Eine Ergebnisübersicht oben zeigt, dass vor allem schwere emotionale Störungen in allen vier Aufnahmelagern sowie psychotische Störungen und Epilepsie prädominant die Flüchtlinge belasten.

Als Kontrast zu dem akuten Bedarf an psychotherapeutischen Angeboten, steht der immense Bedarf an Psychoedukation auf allen syrischen gesellschaftlichen Ebenen. Während es bis dato in Syrien keine wissenschaftliche Anerkennung von psychiatrischen und therapeutischen Fachwissen gibt, gibt es auch keine soziale Akzeptanz für psychisch Erkrankte. Vielmehr wird mit Stigmatisierung und Abwertung eine negative Spirale bedient, die sich durch die gesamte Gesellschaft hindurchzieht. Hedar (2018) Bis dato gab es in Syrien auch noch nie Gesetzesentwürfe, die juristisch psychisch Erkrankte angemessen thematisiert. Hedar (2018) hebt daher die Relevanz von wichtigen Akteuren, wie zum Beispiel den Glaubensvertretern, der Wissenschaft und Forschung sowie den Medien und der Legislative in der Etablierung und Anerkennung des Mehrwertes von Psychotherapie und Psychiatrie hervor.

Der aktuelle Gesundheitsstatus von syrischen Flüchtlingen lässt sich im Moment zurückführen auf die Gesundheitserhebungsdaten in den Flüchtlingscamps der benachbarten Länder, wie zum Beispiel Jordanien, Libanon und Türkei, sowie – falls bereits vorhanden – in die immigrierten westlichen Staaten – wie zum Beispiel vorwiegend nach Deutschland, USA und Schweden.

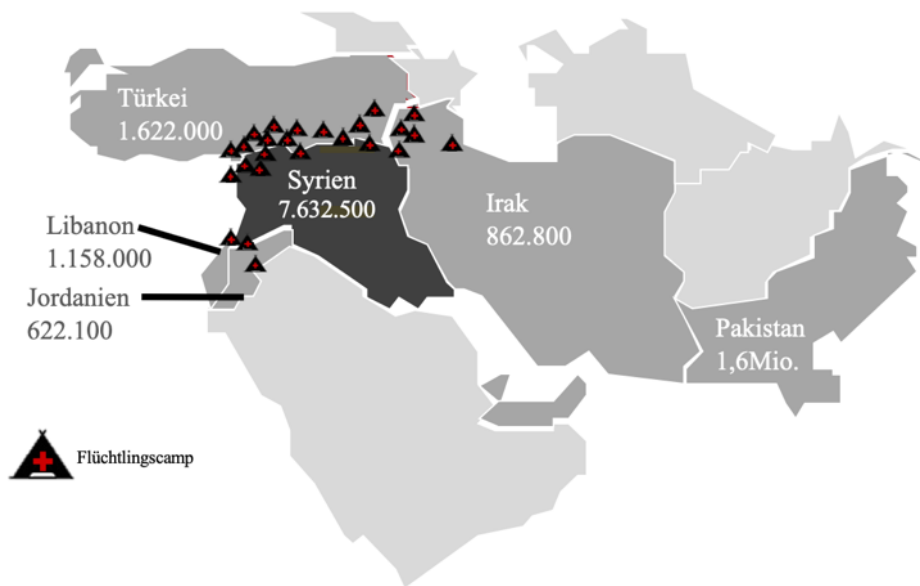


Abbildung 20: Fluchtländer und Fluchtamps

(UNHCR, 2014)

Die syrische Flüchtlingspopulation macht in Jordanien im Moment 10% der Bevölkerung aus und stellt somit das Gesundheitssystem Jordaniens bereits seit Beginn des Konfliktes vor große Herausforderungen.

Gemäß einer Studie zum gesundheitlichen Versorgungsbedarf syrischer Flüchtlinge in Jordanien wurde ermittelt, dass ein Drittel der syrischen Familien keinen Zugang zum medizinischen Versorgungssystem haben, falls sie diese benötigen. Der Grund hierfür sind laut der Studie die fehlenden finanziellen Ressourcen der Flüchtlinge, die Untersuchungskosten aus eigener Kraft zu tragen, seitdem der jordanische Staat seit November 2014 die staatlich gedeckte Gesundheitsversorgung der Flüchtlinge auf Grund der hohen Haushaltsbelastung abschaffen musste. Weiterhin hat die Studie mit einem Kollektiv bestehend aus 1300 syrischen Flüchtlingsfamilien herausgefunden, dass 50% der Schwangeren keine Schwangerenvorsorge und 60% der Mütter keine Schwangerschaftsnachsorge erhalten. Vor allem der Bedarf an psychosozialer Unterstützung durch den Krieg und potentiell erlebter Traumata wurde gekennzeichnet. (ECHO, 2015)

Den komplexen gesundheitlichen Problemen der syrischen Bevölkerung nimmt sich international die Weltgesundheitsorganisation (WHO) aktuell in allen benachbarten Ländern und in Syrien selbst an. Im folgenden Abschnitt sollen der Gesundheitszustand der syrischen

Population sortiert nach beherbergenden Ländern auf vorherrschender valider Datenlage zusammengefasst werden:

Während bereits 4 Millionen der syrischen Bevölkerung das Land als Folge des andauernden Konfliktes verlassen haben, sind nach wie vor 12.2 Millionen Menschen dem Krieg ausgesetzt und benötigen medizinische Versorgung. Aktuell werden über 1 Million verletzte und 220.000 Tote in Syrien gezählt (Hassan, et al., 2015)

Vor allem durch das Ausfallen des Impfsystems, der steigenden Binnenmigration, der Überfüllung an öffentlichen Aufnahmestationen, der Beschädigung der Sanitäreinrichtungen und dem defizitären Müllentsorgungssystem wird die Ausbreitung von Infektionskrankheiten steigen. Bei einer Erhebung meldeten 50% der syrischen Population, dass sie keinen Zugang zu sauberem Wasser haben. Weiterhin wurden allein im Monat September 2015 1.746 Typhusdiagnosen vergeben. Weitere Krankheitsmeldungen im September bezogen sich auf 601 Fälle von Leishmaniose, 883 Fälle von Brucellose und 28.292 Fällen von akuter Diarrhö. (WHO, 2015b)

Im Oktober 2015 wurde eine Massenimpfkampagne durch die WHO und die UNICEF gestartet, die 3 Millionen syrische Kinder in Syrien gegen Polio impfen will (WHO, 2015c).

Die syrischen Flüchtlinge im Irak, Libanon, Ägypten und der Türkei: Die Aufnahmeländer sind mit multiplen Erkrankungen der syrischen Flüchtlingspopulation konfrontiert, denen sie aktuell nicht Herr werden können: während im Irak bei einer Erhebung einer randomisierten Stichprobe von 106 Personen, bei über einem Drittel eine Cholera Diagnose festgestellt wurde, versuchen die Behörden in den syrischen Flüchtlingscamps die Anzahl der Toten an einer ausgebrochenen MERS-CoV zu beschränken, da bereits im September vier Flüchtlinge diesem Virus tödlich erlegen sind. Im Irak bemühen sich die Behörden und das medizinische Personal unter den schwierigen Versorgungsstrukturen die Cholera-Epidemie unter den Flüchtlingen zu bekämpfen: allein im Monat September 2015 wurden 414 sichere Cholera Kranke identifiziert und weitere 1.700 Fälle als Verdachtsfälle registriert. Im Libanon bereitet die hohe Kindersterblichkeit unter den syrischen Flüchtlingen große Sorge und Anlass für akute Maßnahmen. Die fehlenden finanziellen und fachmännischen Ressourcen geben wenig Hoffnung für eine zeitnahe Besserung der Situation. Zwar wurden in den Flüchtlingscamps in der Türkei bis dato kein Ausbruch von Infektionskrankheiten vermerkt, werden jedoch ab jetzt verstärkt mit Fehlernährten Kindern und Jugendlichen sowie komplexen Verletzungsoptionen gerechnet, die über die Grenze in die Türkei aus den stark betroffenen Krisengebieten einreisen werden. Die

WHO betont in ihrer Gesundheitsberichterstattung zum syrischen Gesundheits- und Versorgungsstatus besonders den dringenden Bedarf an sprachsensibler psychosozialer Stabilisierung auf Grund der hohen Traumatisierung und der daraus resultierenden psychischen Folgeprobleme. (WHO, 2015b)

2.4 Konzeptuelles Modell, Forschungslücke und Forschungsfragen

Die Grundlage der Studie ist das folgende konzeptuelle Modell, welches die beiden Hauptkonstrukte, Flucht- und Migrationserfahrung von Kindern und die Auswirkungen davon auf den Gesundheitszustand, aufzeigt. Durch die theoretische Auseinandersetzung wurden folgende Modifikationen vorgenommen: a) da Kinder und Jugendliche oft im Familienbündnis fliehen ist festzuhalten, welche psychosoziale Belastung Eltern von der Flucht davontragen und b) aus existierender Forschung bekannte Moderatoren, sollten als Risikofaktoren, kontrolliert werden.

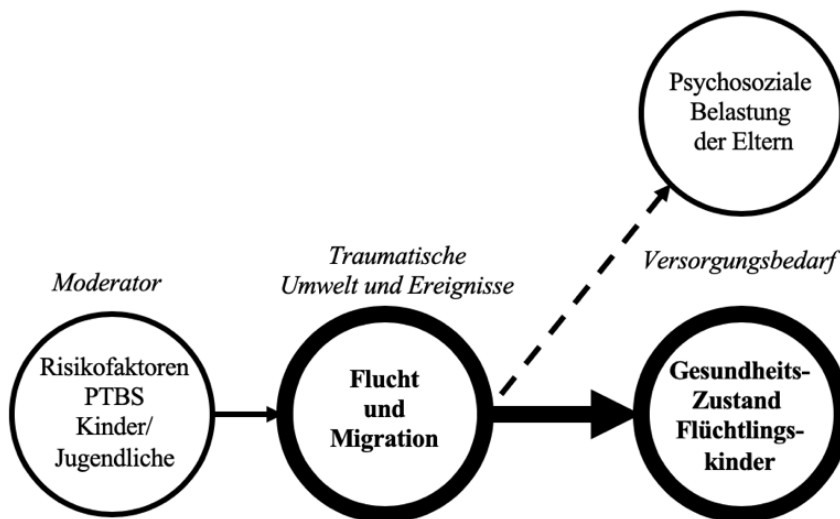


Abbildung 21: Konzeptuelles Modell

Im Rahmen der Theoriebildung wurde der Grundstein für die Weiterentwicklung der forschungsleitenden Fragen sowie die anschließende Erhebung gelegt. Diese Studie widmet sich allein der Hauptfragestellung:

Welchen Gesundheitsstatus und somatischen und traumatherapeutischen Versorgungsbedarf haben syrische Kinder nach einer Fluchterfahrung?

Die Hauptfragestellung wird durch folgende 12 Forschungsfragen beantwortet. Die Forschungsfragen sind theoriegeleitet entwickelt und durch das konzeptuelle Modell strukturiert worden:

Tabelle 23: Forschungsfragen

| Forschungsfragen |
|--|
| Forschungsfragen zur Kinder Basisdiagnostik |
| 1a: Wie häufig liegt bei syrischen Flüchtlingskindern eine Traumafolgestörung vor? |
| 1b: Wie häufig liegen bei syrischen Flüchtlingskindern andere psychische Störungen vor? |
| 1c: Wie häufig liegt bei syrischen Flüchtlingskindern eine Entwicklungsstörung vor? |
| 1d: Wie stark ist die somatische Gesundheit von syrischen Flüchtlingskindern beeinträchtigt? |
| Forschungsfrage zur Eltern Inklusion |
| 2: Wie stark sind die Eltern psychisch belastet? |
| Forschungsfragen zum Moderator Flucht |
| 3a: Welchen Effekt hat der Fluchtweg auf die Traumatisierung der Kinder? |
| 3b: Welchen Effekt haben die Fluchtgründe auf die Traumatisierung der Kinder? |
| 3c: Welchen Effekt hat die Fluchtdauer auf die Traumatisierung der Kinder? |
| Forschungsfrage zum peritraumatischen Faktoren |
| 4: Bestehen Zusammenhänge zwischen peritraumatischen Faktoren und einer Traumafolgestörung bei den syrischen Flüchtlingskindern? |
| Forschungsfrage zum Moderator Geschlecht |
| 5: Inwieweit weisen die 6 Achsen vom multiaxialen Klassifikationssystem des ICD-10 geschlechtsspezifische Merkmale auf? |

3 Empirische Analyse¹

Gemäß der wissenschaftlichen Literatur lassen sich als zentrale Charakteristika des empirischen Vorgehens „die Sammlung von Erfahrung (1), die dabei verwendete Systematik (2) und die intersubjektive Nachvollziehbarkeit (3)“ (Brosius, Haas & Koschel, 2009, S. 19) implizieren. Entscheidend ist dabei der Anspruch auf Validität, Reliabilität und Objektivität der Forschung (Brosius et al., 2009).

3.1 Untersuchungsstrategie

Das Forschungsproblem, die Definition des Forschungsziels und die resultierenden Forschungsfragen bilden die Basis für die Wahl der Untersuchungsstrategie. Vorliegende Arbeit folgt dem Prozess einer quantitativen Forschungsstrategie, da primär „Zusammenhänge zwischen verschiedenen Variablen an der Realität“ (Raithel, 2008) überprüft werden. Konkret werden mögliche Kausalitäten zwischen der Gewichtung bzw. Bewertung einzelner Fragen untersucht und mit Zahlenwerten belegt. Dabei wird von einem theoretischen Bezugssystem (siehe Kap. 2.3) ausgegangen, woraus sich ein deduktiver Forschungsprozess ableiten lässt.

Die empirische Sozialforschung folgt in der Literatur einem komplexen Problemlösungsprozess (Ellert, Schafmeister, Germelmann, & Wawrzinek, 2014). Die Prozessstufen sind anerkannte immer wieder auftretende Vorgaben, die zur Problemlösung so hochwertig als möglich durchschritten werden müssen (Böhler, 2004; Kuß, Wildner, & Kreis, 2014; Malhotra, Birks, & Wills, 2012). Der Mainstream der gesundheitswissenschaftlichen Forschung, vor allem die Disziplinen der universitären Medizin und Psychologie, verstehen sich als naturwissenschaftlich-quantitativ orientiert. Auch Bortz und Döring unterstreichen in ihren Methodenlehrbüchern (2006) die Unterscheidung des qualitativen und quantitativen Forschungsansatzes und begründen hierauf auch ein unterschiedliches Wissenschaftsverständnis und Menschenbild.

¹ Ein gewisser Anteil an bisher unveröffentlichten Teilen aus dem Ergebnisteil dieser Doktorarbeit wurden von einer Forschergruppe ohne Zustimmung und auch ohne Beteiligung der Autorin veröffentlicht. [Nehring, I., Schlag, E., Qirjako, E., Büyükyaglıoğlu, C., Mall, V., Sattel, H., Sack, M., Henningson, P., & Aberl, S. (2019). Health State of Syrian Children and Their Parents in a German Refugee Camp. *Journal of Refugee Studies*, 0(0), 1-12. Retrieved from <https://academic.oup.com/jrs/advance-article-abstract/doi/10.1093/jrs/fez029/5480419?redirectedFrom=fulltext>] Die Autorin bestätigt, dass sie erst kürzlich und durch Zufall auf diese Publikation gestoßen ist. Die Autorin versichert, dass sie als Doktorandin dieses Projekts Urheberin und Erstautorin der darin gewonnenen Ergebnisse ist. Im Übrigen geht die Autorin davon aus, dass die streitgegenständliche Publikation zu erheblichen Teilen aus einer Publikation der Autorin und im *Lancet* veröffentlichten (in der streitigen Publikation jedoch nicht zitierten) Artikels stammt und damit ohnehin gegen die gute wissenschaftliche Praxis verstößt (siehe: Soykoek, S., Mall, V., Nehring, I., Henningsen, P., & Aberl, S. (2017). Post-traumatic stress disorder in Syrian children of a German refugee camp. *The Lancet*, 389(10072), P903-904. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30595-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30595-0)).

Mayring (2007) erklärt, dass historisch gesehen „die naturwissenschaftliche Orientierung der modernen Psychologie mit dem Professionalisierungsprozess der Psychotherapie gegenüber der Medizin“ erklärbar ist. Dementsprechend ist die vorliegende Dissertationsstudie in Bezug auf die Forschungsmethoden und die Gestaltung dieser Arbeit zu betrachten, und die Limitationen des gewählten Forschungsansatzes inhärent festzuhalten. In der Konzipierungsphase dieser Studie und der Auswahl der Forschungsmethoden, ist die Herausarbeitung adäquater Methoden, die die Forschungsfragen vor allem auf dem komplexen Gebiet der Psychotraumatologie des Kindesalters in einem transkulturellen Kontext ermöglichen kann, fundiert auf wissenschaftstheoretische Analysen, federführend gewesen. Die Auswahl der psychometrischen Testverfahren beruhte in erster Linie auf der Validität sowie der Kultur- und Sprachsensibilität für die zu untersuchende Population.

3.2 Methode und Messinstrument

Ausgehend von der Auswahl der Forschungsstrategie, dem Untersuchungsmechanismus und der anschließenden Theoriebildung lässt sich als geeignetes Messinstrument die standardisierte Diagnose ableiten. Die Konstruktion eines qualitativ hochwertigen Messinstruments basiert auf der im Rahmen der Literaturanalyse identifizierten Operationalisierung des Gegenstandsbereichs in Konstrukte, Dimensionen und Indikatoren (Ellert, Schafmeister, Germelmann, & Wawrzinek, 2014; Raithel, 2008).

Im Rahmen der vorliegenden Studie bezog sich die Erfassung und Diagnose von Traumafolgestörungen auf die allgemeinen Grundlagen von klinisch-psychologischer Diagnostik. Die Phasen des diagnostischen Prozesses bezogen sich hier auf die Empfehlungen von Döpfner, Lehmkuhl, Petermann und Scheithauer (2002).

Tabelle 24: Diagnostische Phasen bei posttraumatisierten Kindern

(Landolt, 2012)

| Phasen des diagnostischen Prozesses bei Kindern mit posttraumatischen Auffälligkeiten |
|--|
| Entwicklungsanamnese |
| Körperliche, emotionale und soziale Entwicklung |
| Bedeutsame Lebensereignisse |
| Psychopathologische Vorbelastung |
| Abklärung der familiären und sozialen Umstände |
| Familienanamnese und aktuelle familiäre Umstände |
| Schulische Belastung |
| Soziale Bedingungen |
| Allgemeine Verhaltens- und Psychodiagnostik |
| Leistungsdiagnostik |
| Diagnostik allgemeiner Verhaltensauffälligkeiten und Komorbiditäten |
| Erfassung der psychischen Befindlichkeit und des Funktionsniveaus |
| Traumaspesifische Diagnostik |
| Traumaanamnese (objektiv, subjektiv) |
| Phasenverlauf der posttraumatischen Verarbeitung |
| Erfassung aktueller traumaspezifischer Verhaltensauffälligkeiten und Störungen |

Wie Fazel und Betancourt (2018) unterstreichen, sollte jegliche Forschung mit Kindern und Jugendlichen mit einem Fluchthintergrund multimodal im Kontext ihrer Familie, ihrer Schule und ihres Community-Umfelds durchgeführt werden. Da der Autorin die Bedeutung der direkten Umgebung und der Bezugssysteme bereits aus vorheriger Forschung und Theorie für eine valide Datenerhebung im gesundheitlichen und psychischen Bereich von Kindern und Jugendlichen bekannt war, konnte dieser Faktor bei der Studienplanung bereits 2013/2014 realisiert werden. Einer der Besonderheiten der Methodik dieser Doktorarbeit ist die direkte Erhebung im eigenen Umfeld der Kinder und Jugendlichen, hier in der Flüchtlingsunterkunft direkt, sowie die Miterhebung der psychischen Belastungssymptomatik der Eltern und die umfangreiche Erhebung der Stressoren im näheren Umfeld und darüber hinaus belastende Stressoren für die Eltern und die Kinder. Auch dies wird von Fazel und Betancourt (2018) stark empfohlen: die Mituntersuchung der Elternbelastung sowie eine Befragung von wirkenden Stressoren für alle Familienmitglieder.

Basierend auf diesen bewährten vier Phasen der Kinder- und Jugenddiagnostik, wurde das Erhebungskonzept und die Untersuchungsstrategie der vorliegenden Studie von der Autorin konzipiert. Die Forschungsfragen fordern eine quantitative Forschungsstrategie mit

einem deduktiven Prozessvorgehen. Die Rolle des Forschers kann als Objektivistin und Positivistin gesehen werden, um die Gütekriterien der Untersuchung hochwertig umzusetzen. (Ellert et al., 2014)

Durch eine systematische Operationalisierung werden die Konstrukte der Untersuchung über Dimensionen zu Indikatoren überführt. In dieser Studie werden die Konstrukte psychosoziale Entwicklungsdiagnostik, die familiären und sozialen Umstände, allgemeine Verhaltens- und psychopathologische Diagnostik, Diagnostik bezüglich einer Traumafolgestörung und die Somatik erhoben, um die Fragestellungen zu beantworten und somit das soziale Phänomen besser zu verstehen.

Tabelle 25: Theoriegeleitete Operationalisierung des Messinstruments

| | KONSTRUKT | DIMENSION | INDIKATOR |
|------------------------------------|---|--|--|
| Kinder und Jugendliche Flüchtlinge | Psychoziale Entwicklungsdiagnostik | <ul style="list-style-type: none"> • Feinmotorik • Sprachfähigkeit • Neurokognitive Fähigkeiten • Verbale Gedächtnisleistung • Intelligenz | <ul style="list-style-type: none"> • Items nach M-ABC, Petermann et al, 2008 • Items Test nach Mottier, 1951 • Items D2-Test nach Brickenkamp, 2010 • Items K-ABC Test nach Kaufmann, 2001 • Items N-NAT Test nach Naglieri, 2004 |
| | Somatik | <ul style="list-style-type: none"> • Impfstatus • Infektionskrankheiten • Wachstum • Unter- und Mangelernährung | <ul style="list-style-type: none"> • Items IKK Bogen, SPZ Kinderzentrum • Items Pädiatrischer UB, 2013 |
| | Allgemeine Verhaltens- und Psychodiagnostik | <ul style="list-style-type: none"> • Leistungsdiagnostik • Diagnostik allgemeiner Verhaltensauffälligkeiten und Komorbiditäten • Erfassung der psychischen Befindlichkeit und des Funktionsniveaus | <ul style="list-style-type: none"> • Items nach M-ABC, Petermann et al, 2008 • Items Test nach Mottier, 1951 • Items D2-Test nach Brickenkamp, 2010 • Items K-ABC Test nach Kaufmann, 2001 • Items N-NAT Test nach Naglieri, 2004 |
| | Trauma spezifische Diagnostik | <ul style="list-style-type: none"> • Trauma Anamnese (objektiv, subjektiv) • Phasenverlauf der posttraumatischen Verarbeitung • Erfassung aktueller Trauma spezifischer Verhaltensauffälligkeiten und Störungen | <ul style="list-style-type: none"> • Items PTSDSSI Test nach Scheeringa, 2003 • Items CBCL-Test nach Achenbach, 1991 • Items Kinder DIPS Test nach Schneider, 1995 |
| Risikofaktoren | Familiären und sozialen Umstände | <ul style="list-style-type: none"> • Familienanamnese und aktuelle familiäre Umstände • Schulische Bedingungen • Soziale Bedingungen • Fluchtcontext | <ul style="list-style-type: none"> • Items Kieler Interviewleitfaden für den Erstkontakt mit Flüchtlingen und weitere. • Items CBCL Test nach Achenbach, 1991 • Items U-Untersuchung nach Hellbrügge, 1977 |
| | Biologische Disposition | <ul style="list-style-type: none"> • Würde nicht erfasst | |
| | Soziodemografie | <ul style="list-style-type: none"> • Sozioökonomischer Status • Alter • Geschlecht • Bildung | <ul style="list-style-type: none"> • Items McArthur Scale (2007) • Items sozialwissenschaftlicher Standard 2013 |
| Umweltfaktoren | Fluchtumstände | <ul style="list-style-type: none"> • Fluchtdauer und -distanz • Fluchtwege und Terrain • Fluchtereignisse • Fluchtgruppe | <ul style="list-style-type: none"> • Items Eigenentwicklung |
| | | | \sum Items 1192 |
| Eltern | Gesundheitszustand | <ul style="list-style-type: none"> • Somatisierung • Depressivität • Ängstlichkeit | <ul style="list-style-type: none"> • Items BSI-18 nach Derogatis 2000 |
| | | | |
| | | | \sum Items 1210 |

Bei den verwendeten Messinstrumenten handelt es sich um validierte, geprüfte und vorhandene Erhebungsinstrumente. Alle psychometrischen Tests wurden nach den bereits beschriebenen Gütekriterien ausgewählt und eingesetzt. Lediglich beim umfangreichen

Anamnesegespräch bezüglich der Fluchtbiographie wurde ein eigener Bogen auf Basis bestehender Interviewfragebögen aus dem Arbeitskontext der Flüchtlingsversorgung adaptiert zusammengestellt. Kollegialerweise wurden der Autorin in der Planungsphase der Studie der Kieler Interviewleitfaden für den Erstkontakt mit Flüchtlingen, der Anmeldebogen bei REFUGIO Thüringen und der Fragebogen Kindersoldaten sowie der Fragebogen für rückkehrfreiwillige Flüchtlinge des Vereins Heimatgarten zugesendet, und für die Studie zur Verfügung gestellt. Aus dieser Auswahl wurde ein eigener Fragebogen gemäß den Anforderungen der Forschungsfragen generiert.

Auf persönliche Empfehlung von PD Dr. Lampert vom Robert-Koch-Institut, Leiter FG27 Gesundheitsberichterstattung, wurde die MacArthur Scale (2017) zur Messung des sozioökonomischen Statuses (SoS) angewendet. Der "subjektive soziale Status" hat sich hier in Vorstudien als ein valides Instrument für den sprach- und kultursensiblen Forschungsbereich gezeigt. (Hegar, & Mielck, 2010)

Hauptselektionskriterium für die Auswahl der Messinstrumente in der Untersuchungsbatterie war die Kultur- und Sprachsensibilität, sowie die gesicherten Gütekriterien nach den geltenden Forschungsstandards. Somit kann unterstrichen werden, dass alle Messinstrumente nach den bestmöglichen Kriterien der Güte ausgewählt wurden. Um die menschliche Haltung, Meinung, Kognition oder Erlebnisse zu erheben ist die Methode der Befragung und das Messinstrument ‚Frage und Antwort‘ ein geeignetes und in der Wissenschaft anerkanntes Instrument. Die folgende Tabelle mit existierenden Screening Instrumenten und den jeweiligen Kriteriumsvaliditäten bietet eine wertvolle Übersicht für Skalen zur psychischen Gesundheit von Flüchtlingskindern- und jugendlichen.

Tabelle 26: Screening Tools und Kriteriumsvalidität von Skalen zur psychischen Gesundheit von Flüchtlingskindern und -jugendlichen

(Gadeberg, Montgomery, Frederiksen, & Norredam, 2017)

| Studie | Screening Tool | Validierungs Kriterium | Parameter | Ergebnisse | | Messansatz | Itemanzahl | Probanden |
|------------------------|---|--|-----------------------------|--|---|---|------------|------------------------------------|
| | | | | Internalisierung | Externalisierung | | | |
| Hall et al. (2014) | YSR, CBCL, CPSS (Kinder), CPSS - (Bezugsperson) | Identifizierte Fälle aus qualitativen Interviews basierend auf Zeichen und Symptomen | Sensitivität und Spezifität | 68,35% und 63,16% 65,82% und 65,79% | - 59,65% und 60,53% | CBCL - emotionaler Stress und maladaptives Verhalten CPSS - PBTS | 164 | Jugendliche Flüchtlinge und Eltern |
| Bean et al. (2007) | TRF | Mentale Gesundheit: - Selbstbericht - Evaluation Vormund - Evaluation Lehrer - Selbstberichtete Nutzung - Verweisung einen juristischen Vormund | Mittelwertsunterschiede | 0,51 5,23*** 11,75*** 1,73 7,61*** | -2,42 1,71 7,47*** 0,83 4,3* | Emotionaler Stress und maladaptives Verhalten | 101 | Lehrer |
| Bean et al. (2007) | HSCl-37A | Mentale Gesundheit: - Selbstbericht - Evaluation Vormund - Evaluation Lehrer - Selbstberichtete Nutzung - Verweisung einen juristischen Vormund | Korrelationen | 10,3*** 8,42*** 6,01*** 3,81** 9,75*** | 0,57 1,24*** 1,02** 0,50 1,20** | Emotionaler Stress und maladaptives Verhalten | 37 | Jugendliche Flüchtlinge |
| Bean et al. (2006) | RATS | Mentale Gesundheit: - Selbstbericht - Evaluation Vormund - Evaluation Lehrer - Selbstberichtete Nutzung - Verweisung einen juristischen Vormund | Effektgröße d | 0,65 0,43 0,17 0,77 | | PTBS Syndrome | 22 | Jugendliche Flüchtlinge |
| Ellis et al. (2006) | UCLA, PTSD index | - Depressions Selbstbewertung - Kriegs- Trauma Screening Skala | Korrelationen | 0,72*** 0,59*** | | PTBS Syndrome | 22 | Jugendliche Flüchtlinge |
| Bean et al. (2005) | CBCL | Mentale Gesundheit: - Selbstbericht - Evaluation Vormund - Evaluation Lehrer - Selbstberichtete Nutzung - Verweisung einen juristischen Vormund | Effektgröße d | 0,18 11,55*** 6,23*** 2,89 12,17*** | -2,43* 4,05*** 2,33* -2,26 3,96 | Emotionaler Stress und maladaptives Verhalten | 118 | Jugendliche Flüchtlinge |
| Ahmad et al. (2000) | PTSS-C | - Kinder PBTS Reaktions Test - Diagnose-Interview Kinder und junge Erwachsene | Sensitivität und Spezifität | 96% und 100% 64,3% und 96,6% | | PTBS Syndrome | 30 | Jugendliche Flüchtlinge |
| Sack et al. (1997) | IES | - Diagnose-Interview Kinder und junge Erwachsene | Sensitivität und Spezifität | 66,0% und 63,0% | | PTBS Syndrome | 15 | Jugendliche Flüchtlinge |
| Dyregrov et al. (1996) | IES | - Kriegs-Stressoren Befragung | Korrelationen | 0,28*** | | PTBS Syndrome | 15 | Jugendliche Flüchtlinge |

Die biologische Disposition wurde aus Gründen eines fehlenden Laborzugangs, der organisatorisch nicht tragbaren Steigerung des Komplexitätsgrads und den Risiken im ethischen Genehmigungsverfahren, bezüglich Laborforschung bei Minderjährigen, aus der Untersuchung ausgeschlossen.

Im Folgenden werden die einzelnen Messinstrumente vorgestellt und erläutert. Die Auswahl der Instrumente wurde dabei auf den Forschungskontext fokussiert und spezielle Messverfahren aus dem entwicklungsdiagnostischen Bereich für Kinder- und Jugendliche auserwählt. Hierbei ist das Kindesalter eine wichtige Variable, um die Testvalidität hoch zu halten. Folgender Überblick zeigt in welchen Altersstrukturen die Messinstrumente angewendet wurden.

Tabelle 27: Messinstrumentenvalidität in Abhängigkeit des Alters (0-14 Jahre)

| Alter des Kindes | Messinstrumente | | | | | | | | | |
|------------------|-----------------|---------------|--------------|----------------|--------------|---------------|----------------|------------------|---------------|--------|
| | PTSDSSI | CBCL 1.5-4 | CBCL 4-14 | Kinder DIPS | M-ABC 3-6 | M-ABC 7-10 | M-ABC 11-14 | IDS preschool | IDS school | NNAT 2 |
| 0 Jahr | x | | | | | | | | | |
| 1 Jahr | x | | | | | | | | | |
| 1.5 Jahre | x | x | | | | | | | | |
| 2 Jahre | x | x | | | | | | | | |
| 3 Jahre | x | x | | | x | | | x | | |
| 4 Jahre | x | | x | | x | | | x | | |
| 5 Jahre | | | x | | x | | | | x | x |
| 6 Jahre | | | x | x | x | | | | x | x |
| 7 Jahre | | | x | x | | x | | | x | x |
| 8 Jahre | | | x | x | | x | | | x | x |
| 9 Jahre | | | x | x | | x | | | x | x |
| 10 Jahre | | | x | x | | x | | | x | x |
| 11 Jahre | | | x | x | | | x | | x | x |
| 12 Jahre | | | x | x | | | x | | | x |
| 13 Jahre | | | x | x | | | x | | | x |
| 14 Jahre | | | x | x | | | x | | | x |

Testinstrumente für die pädiatrische Grunduntersuchung: Die pädiatrische Grunduntersuchung erfolgte durch eine Fachärztin der Kinder- und Jugendheilkunde, angeleitet durch einen pädiatrischen Untersuchungsbogen, der eigens für diese Studie von der Autorin zusammengestellt und entworfen wurde. Der Bogen enthält eine Vielzahl an Items und ist thematisch untergliedert in folgende Hauptpunkte: Impfstatus, Infektionskrankheiten,

Wachstum Unterernährung und Mangelernährung, Krankheitsvorgeschichte, aktuelle Beschwerden, chronische Erkrankungen.

Testinstrumente für die psychosoziale Entwicklungsdiagnostik: Um eine umfassende psychosoziale Entwicklungsdiagnostik zu gewährleisten, sollen mögliche Defizite in den Bereichen motorische Entwicklung, sprachliche Entwicklung, neurokognitive Entwicklung und Intelligenz erhoben werden.

Feinmotorik: Zur Diagnose von Schwierigkeiten in der Feinmotorik wird die „*Movement Assessment Battery for Children*“ (M-ABC, Petermann et al., 2008) eingesetzt. Die Durchführung dauert 20-30 Minuten, wobei die Fertigkeiten „Handgeschicklichkeit“, „statische und dynamische Balance“ sowie „Ballfertigkeit“ mit altersspezifischen Aufgaben für Kinder von 3 bis 16 Jahren erfasst werden. Die Messgenauigkeit und Validität des M-ABC Tests wurden über verschiedene Kulturen gut belegt. Auch liegt eine aktuelle, hochwertige Normierung des Tests vor. Zudem werden für den M-ABC Test, abgesehen vom Verständnis der Aufgabeninstruktion, keine Sprachkenntnisse benötigt, weshalb er speziell für die Zielgruppe der Flüchtlingskinder mit Unterstützung eines Dolmetschers gut geeignet ist.

Sprachfähigkeit: Zur Eruiierung der sprachlichen Entwicklung und der Sprachproduktion wird für zwei und 3-jährige Kinder der SBE-2-KT (Sachse, & Suchodoletz, 2008) verwendet, welcher in über 30 Sprachen vorliegt. Die Eltern der Kinder beurteilen die sprachproduktiven Fähigkeiten anhand einer Liste von kulturspezifischen Wörtern, welche die Kinder im Alter von 2 Jahren bereits selbst produzieren können, sollten, wobei die Bearbeitungszeit des Tests ca. 15-20 Minuten beträgt. Die Anwendung des Tests bei 3-jährigen Kindern ist dadurch gerechtfertigt, dass nur eine Absicherung nach unten, also gegen ein Sprachdefizit angestrebt wird. Der Test ermöglicht eine spezielle Auswertung für mehrsprachig aufgewachsene Kinder. Die Reliabilität (Cronbachs-Alpha = .981) sowie die konvergente und prognostische Validität der Skala sind nachgewiesen (Sachse, & Suchodoletz, 2008; Suchodoletz, Sachse, Kademann, & Tippelt, 2012). Ab einem Alter von vier Jahren werden die sprachproduktiven Fähigkeiten der Kinder mit dem Mottiertest (Mottier, 1951) ermittelt. Anhand der Fähigkeit der Kinder 30 Pseudowörter zunehmender Länge korrekt nachzusprechen (Bearbeitungszeit 5-10 Minuten), wird die akustische

Merkfähigkeit, phonologische Lautdifferenzierung und sprechmotorische Koordination ermittelt. Da es sich bei den Items um Phantasiewörter handelt, zeigt das Testergebnis die generelle Sprachfähigkeit an, unabhängig von den Deutschkenntnissen der Kinder. Der Test weist eine hohe Reliabilität (Cronbachs-Alpha= .79-.88) sowie konvergente und diskriminante Validität auf (Renner, Rothermel, & Krampen, 2008).

Neuro-kognitive Fähigkeiten: Die Überprüfung neuro-kognitiver Aufmerksamkeitsfunktionen erfolgt mittels des D2-Tests (Brickenkamp, Schmidt-Atzert & Liepmann, 2010), da dieser ein sprachfreies und ökonomisches Screening (Bearbeitungszeit ca. 5 Minuten) der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistung sowie des schlussfolgernden Denkens ermöglicht. Der D2-Test ist ab einem Alter von 9 Jahren anwendbar und weist gute Reliabilitäts- und Validitätskennwerte auf. Verbale Gedächtnisleistungen werden anhand des Subtests „Zahlennachsprechen“ abgeklärt, welcher für Kinder im Alter von 2 ½ bis 6 Jahren aus der „Kaufmann Assessment Battery for Children“ (K-ABC; Kaufmann, 2001) und für Kinder ab 6 Jahren aus dem „Wechsler Intelligenz Test für Kinder“ (WISC-IV; Peterman, & Peterman, 2011) entnommen werden. Die Entnahme eines einzelnen Subtests aus den Testbatterien ist dadurch gerechtfertigt, dass dieser hier lediglich zur Überprüfung einer eingeschränkten Gedächtnisleistung dient und nicht zur Erfassung der Intelligenz, wofür natürlich die Durchführung aller Kerntests der Testbatterien nötig wäre.

Intelligenz: Zur Erfassung der Intelligenz werden hier sprachfreie Matrizen Tests herangezogen, da sich diese als neutral gegenüber Primärsprache, Kultur, Ausbildung und sozioökonomischem Hintergrund erwiesen haben. Für Kinder im Alter von 3 bis 5 Jahren kommt hier der „Coloured Progressive Matrices Test“ (CPM; Raven, Raven, & Court, 2001) zum Einsatz, während für Kinder ab 5 Jahren der Naglieri Nonverbal Ability Test (N-NAT; Naglieri, 2008) verwendet wird. Beide Tests dauern ca. 20-30 Minuten, erfassen insbesondere die Fähigkeiten zum nonverbalen Schlussfolgern und Problemlösen und haben sich in mehreren Studien als messgenau und valide herausgestellt. Bei Kindern ab 8 Jahren kommt zusätzlich der Zahlen-Verbindungs-Test (ZVT; Oswald, & Roth, 1987) zum Einsatz, da es sich um einen kurzen und sprachfreien Test handelt, welcher neben der Messung kognitiver Leistungsgeschwindigkeit auch eine zuverlässige, sprachfreie und ökonomische (Bearbeitungsdauer 5-10 Minuten) Abschätzung der Globalintelligenzleistung ermöglicht.

Die Objektivität, interne Konsistenz (Cronbachs Alpha = .89- .97), Retest-Reliabilität ($r=.84-.97$) sowie konvergente, divergente und faktorielle Validität des ZVT ist vielfach belegt worden. Normen liegen für einen Altersbereich von 8-15 Jahren getrennt für jeden Jahrgang vor.

Testinstrumente für die Trauma- und Belastungsdiagnostik bei Kindern und Jugendlichen: Zur Eruiierung einer möglichen Traumasymptomatik der Flüchtlingskinder, wird bei allen Kindern und Jugendlichen ein klinisches Interview zur psychopathologischen Anamnese geführt welches an Hand des Kinder-DIPS (Schneider, Unnewehr, & Margraf, 2009) strukturiert durchgeführt wurde. Um weitergehende Belastungssymptome in verschiedenen Bereichen (u. A. körperliche Beschwerden, sozialer Rückzug, Aufmerksamkeitsprobleme, Angst und Depression) zu erheben, wird die „*Child Behavior Checklist*“ (CBCL; Achenbach, 1966; Achenbach et al., 1987; Achenbach, 1991a; Achenbach, & Rescorla, 2000/2001/2003) als Elternfragebogen für Kinder von 1,5 bis 11 Jahren verwendet. Für Kinder ab 11 Jahren wird die „*Youth Self Report Form*“ der CBCL (YSR; Achenbach, 1991b) verwendet. Beide Versionen liegen in verschiedenen Sprachen vor (u.A. arabisch, französisch, türkisch und persisch) und ermöglichen eine sehr umfassende Erhebung einer Belastungssymptomatik bei einer nicht zu langen Bearbeitungszeit von 15-20 Minuten. Bei der CBCL und ihren Abwandlungen handelt es sich um bewährte, ausreichend messgenaue und valide Instrumente. Es liegt eine sehr ausführliche Normierung mit getrennten Normen für jeden Altersbereich sowie für Jungen und Mädchen getrennt vor. Zur genaueren und differenzierteren Abklärung von Trauma- und Belastungssymptomatik kommt zusätzlich die „*Clinical Assessment Scale for Child and Adolescent Psychopathology*“ (CASCAP; Döpfner, Berner, Flechtner, Lehmkuhl, & Steinhausen, 1999) zum Einsatz. Dabei handelt es sich um ein halbstrukturiertes Interview zur klinischen Beurteilung einzelner psychopathologischer Merkmale, welches sich als sehr zuverlässig und valide herausgestellt haben (Döpfner et al., 1999).

Messinstrument zur Diagnose einer akuten Belastungsstörung:

Die Diagnose einer akuten Belastungsstörung erfolgt mit dem IBS-A-KJ, welcher auch in der Form eines strukturierten klinischen Interviews durchgeführt wird und eingebettet ist in das Gesprächsformat nach Steil und Fücksel (2006), die zum ersten Mal das „*Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents*“ (CAPS-CA) von Nader (1997,

2004) ins Deutsche übertragen und validierten. Bezüglich der Testgütekriterien kann der Test mit einer internen Konsistenz $\alpha = .92$ überzeugen. Vor allem die hohe Validität zum CBCL-Test und dem Kinder-DIPS war bei der Auswahl dieses Tests entscheidend (Steil, & Füchsel, 2006). Das Instrument gibt auch die Möglichkeit, die Symptomschwere zu bestimmen und findet Einsatz bei Kindern ab dem siebten Lebensjahr. (Kindertraumainstitut, 2019)

Messinstrument zur Diagnose einer Posttraumatische Belastungsstörung für Kinder im Alter von 0 bis 4 Jahren: Fragebogen „Posttraumatische Belastungsstörung Semistrukturiertes Interview und Beobachtungsbogen für Säuglinge und Kleinkinder“ (PTSDSSI) nach Scheeringa (1995, 2001, 2005)

Scheeringa hat in diesem Fragebogen die Kriterien für die Diagnosestellung einer posttraumatischen Belastungsstörung aus dem DSM-IV für die Eltern bzw. nahen Bezugspersonen für Kinder im Alter von 0 bis 4 Jahren formuliert. Es handelt sich hierbei um einen Test auf Fremdbeurteilungsbasis und ist auf die Kooperation und Reflexions- und Beobachtungsfähigkeit der Bezugspersonen angewiesen. (Kindertraumainstitut, 2016)

Testinstrumente für das Trauma- und Belastungsscreening der Eltern bzw. der Sorgeberechtigten: Zur Eruierung einer potentiellen Traumasymptomatik bei den Eltern der Flüchtlingskinder, (u.A. Somatisierung, Depressivität, Angst oder Aggressivität), wird das „Brief-Symptom-Inventary-18 (BSI-18)“ von Derogatis (2000) verwendet, dessen Reliabilität (interne Konsistenzen der Subskalen = .71-.85) und Validität bestätigt werden konnte (Derogatis, 2000). Die Skala liegt in vielen Sprachen (u.A. Französisch, Farsi, Arabisch und Türkisch) vor und die Bearbeitungszeit beträgt 10-15 Minuten. Auch liegen nach den Geschlechtern getrennte Normen für Jugendliche (ab 12 Jahren), sowie für Erwachsene vor.

Die Wahl der Skalenniveaus basiert primär auf bestehenden Studien. Zur Sicherstellung der Verständlichkeit, Vollständigkeit, Übersichtlichkeit und Qualität des Fragebogens wurde im Vorfeld der Befragung ein Pre-Test mit zwei Experten und zehn Flüchtlingen durchgeführt. Anschließend wurden das Messinstrument und der Untersuchungsablauf gemäß den erhaltenen Beobachtungen modifiziert und optimiert.

3.3 Untersuchungsdesign

Grundsätzlich beschreibt das Untersuchungsdesign die Umgebung, die Situation und das Umfeld der Forschung (Ellert et al., 2014). Das Studiendesign folgt den Regeln einer Querschnittsuntersuchung (Raithel, 2008). Ein Kernelement des Forschungsdesigns stellt die Beschreibung der Grundgesamtheit und die Stichprobenbildung dar. Um in der spezifischen Thematik der vorliegenden Arbeit qualitativ hochwertige Ergebnisse zu erlangen, wurden für die Ermittlung der Grundgesamtheit folgende Inklusionskriterien durch ein *CONSORT Statement Flow Diagramm* konzipiert:

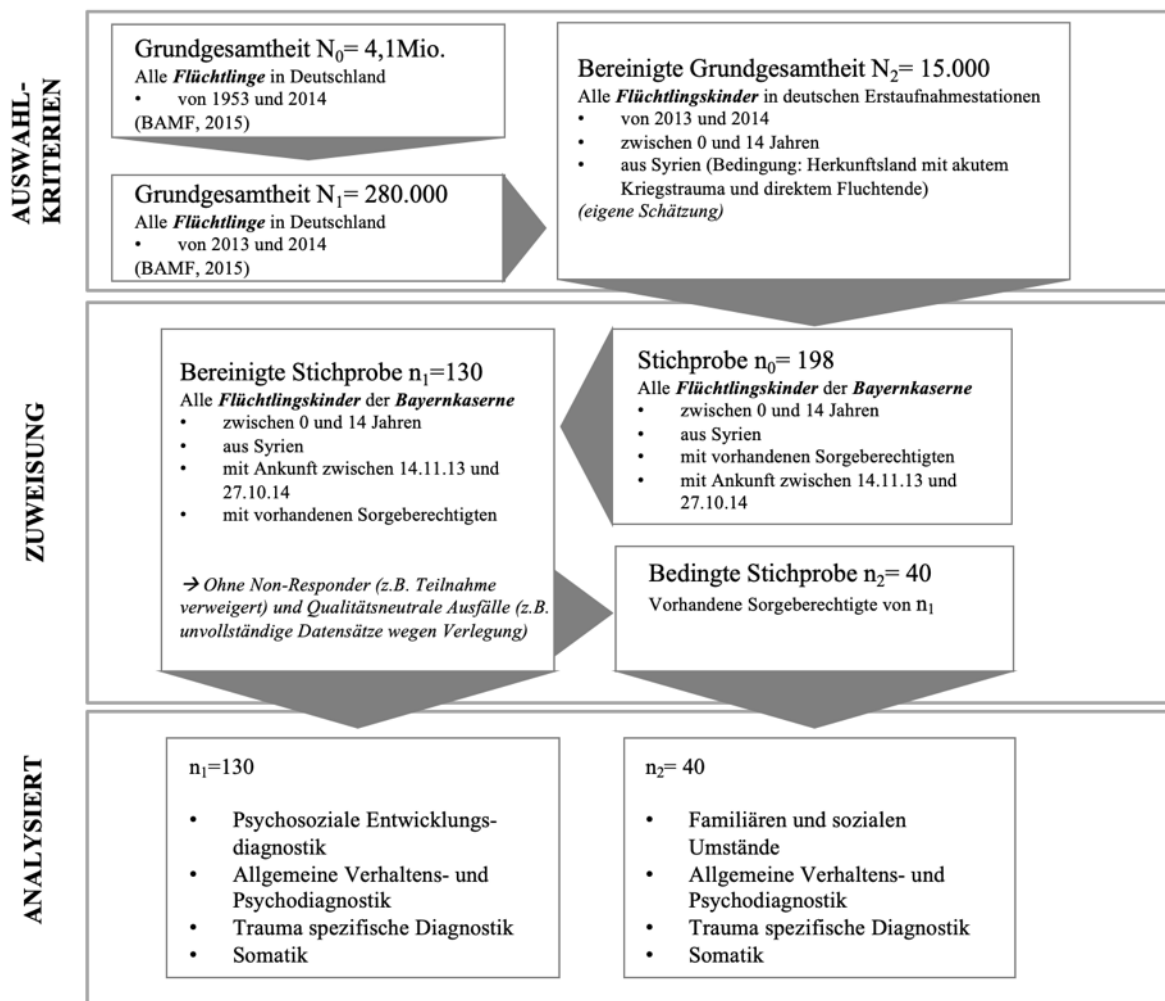


Abbildung 22: Consort Statement Flow Diagramm

Grundgesamtheit und Stichprobe: Die Grundgesamtheit dieser Untersuchung sind syrische Flüchtlinge, die in Zentraleuropa nach einer durchschnittlichen Fluchtdauer von 6-12 Monaten aufgenommen werden. Die Stichprobenziehung war eine Vollerhebung von

Flüchtlingskindern in der Bayernkaserne München und deren Eltern. Die Auswahl des Flüchtlingslagers wurde getroffen, auf Grund der Tatsache, dass die Bayernkaserne das größte Zentralflüchtlingslager Europas zu diesem Zeitpunkt war, und aus dem Grund eine möglichst große Stichprobe im Untersuchungszeitplan erlangt werden kann. Die Stichprobengröße der Kinder n_1 ergab 130, die der Eltern n_2 ergab 40 Personen.



Abbildung 23: Untersuchungsdesign

Eingeschlossen wurden alle syrischen Flüchtlingskinder im Alter von 0 bis 14 Jahren, die in der Erstaufnahmeeinrichtung Bayernkaserne untergebracht worden sind und in Begleitung mindestens eines Elternteils oder Sorgeberechtigten waren. Ausgeschlossen wurden Kinder und Jugendliche aus Syrien, die das 14. Lebensjahr überschritten hatten.

Die Regierung von Oberbayern Sachgebiet 14 stellte jeden Montag eine aktuelle Liste der neu hinzugekommenen syrischen Flüchtlingsfamilien zusammen. Alle Familien, die die Einschlusskriterien erfüllen, und bei denen keine Ausschlusskriterien vorlagen, wurden

kontaktiert und erhielten in ihre Muttersprache übersetzt eine Patienteninformation, Datenschutzerklärung und Einverständniserklärung sowohl für die Kinder als auch für ihre Eltern. Allen Familien, die ihr Einverständnis gegeben haben, wurden zum Ersttermin eingeladen. Nicht alle Familien konnten den Termin wahrnehmen, da sie im Vorfeld unangekündigt transferiert und das Lager verlassen mussten. Ein anderer Teil der Familien konnte den Folgetermin für den zweiten Teil der Untersuchung auf Grund eines Transfers nicht wahrnehmen. Die Ausfallquote war lediglich durch diese zwei unbeeinflussbaren Umstände entstanden. Insgesamt wurden 61% (59 von 97) der in der Bayernkaserne aufgenommenen syrischen Flüchtlinge im Zeitraum 14.11.2013 bis 27.10.2014 vollständig untersucht. Auf Grund des beschriebenen Rekrutierungsweges wird diese Stichprobe als repräsentativ angesehen.

Erhebungsumfeld: Die Untersuchung wurde als Felduntersuchung durchgeführt, um rechtliche Rahmenbedingungen einzuhalten, aus untersuchungsökonomischen Gründen, um klinisch fragwürdige Situationen zu vermeiden und strukturelle Zeiträume zur vollständigen Diagnostik zu nutzen.

Kontrolle des Einflusses des Forschers: Zur Kontrolle von Störvariablen wurde die Untersuchung als Quasiexperiment aufgesetzt. Die Diagnostik, der Ort und die beteiligten Akteure wurden systematisch und bewusst implementiert. Dadurch können Einflussfaktoren wie Uhrzeit, Personen, Stimmungslage, Tagesperformance kontrolliert oder systematisch randomisiert werden.

Zusätzlich hierzu wurde versucht, unter den bescheidenen räumlichen und atmosphärischen Umständen in der Bayernkaserne, in Eigenregie die Kreation eines sicheren Ortes für das Untersuchungsteam und die Probanden sicherzustellen. Durch das Hinzufügen von Gegenständen und Arrangements, das Anbieten von warmen Getränken (Kaffee, Tee) oder Wasser, das Aufhängen von positiven Bildern gemalt von den Kindern sowie der Nähe der beiden Untersuchungsräume (Durchgangsräume) wurde der Versuch unternommen, für die gesamte Untersuchungssituation für die Kinder und die Mütter eine angenehme, sichere und vertrauenswürdige Untersuchungsatmosphäre zu verschaffen. (Weiß, Kessler, & Gahleitner, 2016) Die Wichtigkeit einer festen, räumlichen Zuordnung, mit genug Tageslicht, einer Sitzposition mit offenem Blick auf die Tür aus Teilnehmerperspektive, eine angenehme

Sitz- und Gesprächsatmosphäre sowie auch kindliche Gegenstände im Raum - wie z.B. Mal- und Spielzeug - sollten zu dem sicheren Gefühl in der geschaffenen Räumlichkeit beitragen. In einem weiteren Schritt wäre die Kreation eines "healing environments" von großer Bedeutung, besonders im Untersuchungskontext von Trauma und Flucht. (Mollica, 2006; Huisman, Morales, van Hooff, & Kort, 2012)

Rotation der Erheber: Durch die qualitativ sehr hochwertige Ausbildung des Untersuchungsteams konnten die einzelnen Untersuchungsmomente bei Bedarf rotiert und abgewechselt werden (je zwei Ärztinnen und zwei Psychologinnen und zwei Hilfskräfte). Durch den Wechsel der Interviewer kann auch der Einfluss des Interviewers reduziert werden. (Breuer, 2020)

Kontrolle von Einflussfaktoren und Artefakten: Im Messinstrument werden Moderatoren und Mediatoren, die in der Literatur und Vorgängerstudien Berücksichtigung fanden, aufgenommen, um deren Einfluss analytisch zu messen und dadurch zu kontrollieren. Um die Mediatoren im System besser zu verstehen, werden Korrelationen zwischen den Diagnoseinstrumenten durchgeführt. Daraus lässt sich zum einen Störvariablen erkennen und kontrollieren, zum anderen neue Erkenntnisse für die tiefere Beantwortung der Fragen generieren. Zudem werden typische Störvariablen durch den Vollerhebungsansatz oder Randomisierung kontrolliert: Auswahl- und Zuordnungsfehler, Treatment-Effekte, Test-Effekte, Entwicklungseffekt. (Kuß et al., 2014; Berekoven, Eckert, & Ellenrieder, 2009)

Kontrolle der Untersuchungstransparenz bei den Patienten: Das Untersuchungsziel, der Untersuchungsprozess und Datenverwertung waren den Probanden vollständig transparent. Sie wurden vor der Erhebung durch die Datenschutzerklärung aufgeklärt und haben ihr Einverständnis in ihrer Muttersprache schriftlich bestätigt. Dazu wurden alle Dokumente in drei Sprachen übersetzt. Das Aufklärungsgespräch wurde mit einem kultursensiblen Dolmetscher begangen. Zur Sicherung des Datenschutzes wurde den teilnehmenden Kindern und Jugendlichen sowie ihren Eltern einzeln, schriftlich in Form eines Infoschreibens zur Patientenaufklärung erläutert, dass nach vorherrschender Gesetzgebung keine Angaben aus den Untersuchungen an Dritte veräußert werden dürfen. Der Zugang zu den vertraulichen Patienteninformationen und Akten war der Studienleitung und den Studienärztinnen vorbehalten. Das gesamte Untersuchungs- und Studienteam

unterlag der Schweigepflicht. Die Datenschutzrichtlinien und Forschungskriterien wurden nach den ethischen Standards der „Declaration of Helsinki“ umgesetzt (WMA, 2013).

Abschließend ist anzumerken, dass die Studiendaten im In- und Ausland lediglich zu statistischen und wissenschaftlichen Zwecken weitergereicht dürfen, wie zum Beispiel in Publikationen. Auch hier dürfen die Patienten rigoros namentlich nicht genannt werden. Auch ist der Punkt des ethischen Umgangs mit therapiebedürftigen Flüchtlingen zu klären gewesen. Da die Flüchtlingskinder- und Familien zum Zeitpunkt der Studie keine psychologische und pädiatrische Detailuntersuchung erhalten haben, war es eins der zentralen Bestandteile dieser Studie, die Familien mit einem fachmännischen Arzt-Psychologen Brief zu versorgen, in dem die Diagnosen mit Weiterempfehlungen zur Behandlung und therapeutischen Versorgung dargestellt werden. Bei Bedarf wurden die Familien mit Familienbetreuern und niedergelassenen Psychiatern, Kinderärzten, Hausärzten sowie Versorgungsstellen jeglicher Art verbunden und vermittelt, um eine Anschlussversorgung wo möglich zu gewährleisten. In akuten Notfällen wurde eine direkte Weiterleitung und Einschaltung eines Kinder- und Jugendpsychiaters mit medikamentöser Einstellung und Anschlussversorgung organisiert. Der erstellte und eigens den Eltern ausgehändigte Arzt-Psychologen-Brief für jedes einzelne Kind, ist im Kontext der Versorgungsengpässe in ganz Bayern und dem desolaten Zustand für Flüchtlingskinder in einem Erstaufnahmelager, von den Familien – und auch den weiterbehandelnden Fachpersonen - sehr wertgeschätzt worden.

Statistische Analyse: Die Outcome Parameter zur methodischen Analyse der Studienfragestellungen stellen die eingesetzten klinischen Fragebögen im Rahmen der Trauma Diagnostik und Messung der Belastungssymptomatik des Kindes, ein klinisches Diagnostikinterview zur Trauma Belastung der Kinder- und Jugendlichen, klinische Testfragebögen zur Entwicklung des Kindes und die somatische Untersuchung der Kinder dar. Bei der Untersuchung der Sorgeberechtigten dienen die Ergebnisse der klinischen Testfragebögen zur Messung der psychosozialen Belastungssymptomatik im Rahmen eines Interviews als Outcome Parameter für die statistische Auswertung.

Die methodische Analyse zur Beantwortung der Studienfragestellungen stellen deskriptive Analysen und Korrelationen dar. Da unsere erhobenen Daten skaliert sind, ist es uns möglich hier die Zusammenhänge zu untersuchen. Zusätzlich hierzu werden vertiefende

Analysen mit weiteren statistischen Methoden wie zum Beispiel der logistischen Regressionsanalyse durchgeführt.

Die statistische Datenanalyse der vorliegenden Studie wurde in der Version 22 des „Statistical Package of Social Science“ (IBM, 2013) betrieben. Für eine Übersichtlichkeit wurden die Daten thematisch kategorisiert und in einzelne SPSS Masken eingepflegt. Die Dateneingabe durchlief eine Doppeleingabe, danach einer intensiven Datenbereinigung und abschließend einer augenscheinlichen Plausibilitätsprüfung. Abschließend wurden stichprobenartig Einzelfälle randomisiert gezogen und auf Plausibilität geprüft. Bezüglich des Umgangs mit fehlenden Werten kann konstatiert werden, dass in der vorliegenden Studie diese nicht durch ein Imputationsverfahren wiederhergestellt wurden. Für die Datenanalyse wurde auf differenzierte statistische Berechnungsmethoden zurückgegriffen, die in der klinischen Forschung oft Verwendung finden. Aus allen Berechnungsmethoden hervorzuheben ist hier das Modell zur Prognose der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung und der Anpassungsstörung, da dies thematisch das Kernstück und Fundament dieser Arbeit darstellt. Standardmäßig wurde ein α -Fehler von 0,05 angenommen. Um einen Datenverlust zu vermeiden, wurden die Daten aller Patienten in die Analysen eingeschlossen, auch wenn nicht alle Patienten, die aufgenommen wurden, die gesamte Test- und Untersuchungsbatterie durchlaufen konnten und an gegebenen Stellen ein Datenverlust vorherrscht. Da sich die „missing values“ auf organisatorischer Ebene begründen lassen und die aufgenommen Patienten alle die Einschlusskriterien der Studie erfüllten sowie zur Gesamtstichprobe im Erhebungsumfeld angehören, wurden alle nachfolgenden Analysen mit den 130 Patienten und den dazugehörigen 46 Elternteilen durchgeführt. Somit wird eine hohe Datenqualität in den folgenden statistischen Auswertungen zugesichert, indem der Datenverlust maximal limitiert wird. Die drei genannten demographischen Merkmale der beiden Gruppen – Alter, Geschlecht und Sprache - werden als Moderatoren der Forschungsfragen gesehen und werden aus diesem Grund in die tiefergehende Statistik miteinberechnet, um als Störvariable kontrolliert zu werden.

Durch die Entwicklung eines Modells sollen Risikofaktoren einer Traumafolgestörung (PTBS und APS) mittels einer multivariaten logistischen Regression identifiziert werden. Die Skalenniveaus (nominal und ordinal) der eingesetzten Untersuchungsinstrumente erlauben dies. Die verwendeten Messinstrumente wurden zum Großteil (Ausnahmen im anamnestischen Bereich wurden im vorangehenden Kapitel erläutert) aus der Literatur entnommen, um die Validität der Messung hoch zu halten. Dadurch muss jedoch

berücksichtigt werden, dass die Skalenniveaus je Messinstrument unterschiedlich ausfallen. Dies bedeutet, dass für die analytische Statistik die Skalenniveaus genau geprüft und für die Regressionen aufgebaut worden sind (Hosmer, & Lemeshow, 2000). Bei der Logit-Regression - der sogenannten logistischen Regressionsanalyse - kann das Skalenniveau der unabhängigen Variablen beliebig sein und benötigt diskret abhängige Variablen (Andreas, Hagenaars, & Kühnel, 1997; Urban, 1998).

Die folgenden statistischen Analysen wurden mit je zwei Teilpopulationen der Studie durchgeführt. Zum einen der Population der Kinder und Jugendlichen und zum anderen die Population der Eltern, die eine gesonderte Untersuchungsbatterie durchlaufen haben. Die Größe dieser Stichproben variiert zwischen Testinstrumenten und Untersuchungsmomenten leicht, da nicht alle Eltern und Kinder und Jugendliche das umfangreiche Untersuchungsverfahren durchlaufen konnten. Gründe hierfür wurden in vorherigen Kapiteln erläutert.

Die Arbeitsgruppe: Für die gesetzten Ziele bedarf es interdisziplinäre Arbeitsgruppe, bestehend aus einem Facharzt der Kinderheilkunde, einem Facharzt der Psychosomatik, einem approbierten Psychologen, einem psychologischen Assistenten und Dolmetschern, die eine mögliche Sprachbarriere für eine valide gesundheitliche Diagnose und Versorgung der Flüchtlings- und Asylbewerberkinder durch ihre Übersetzungsdienste minimieren werden. Unterstützt wurde das Team zusätzlich von studentischen Hilfskräften des Public Health Studiengangs.

Ethische Forschungsrichtlinien für die Untersuchung: Im Vorfeld der Studie wurde durch die Ethikkommission ein Ethikvotum (Votumnummer 5868/13) eingeholt, womit die ethische Vertretbarkeit der Studie und damit die Einhaltung der *Declaration of Helsinki* (WMA, 2013) bestätigt wurde. Im Rahmen der Studienplanung und Durchführung wurde ein großer Schwerpunkt auf den sensiblen und ethisch korrekten Umgang mit den Studienteilnehmern und deren Daten gelegt. Es wurden gezielt ethisch-rechtlich relevante Themen vorausschauend abgeschätzt und an Hand von einem Maßnahmenkatalog – wo möglich - abgewendet beziehungsweise zum Wohle der Patienten entschieden. Hier stand vor allem eine mögliche Stigmatisierung der Eltern und Kinder bei Feststellung eines

psychosozialen bzw. psychotherapeutischen Hilfebedarfs im Vordergrund. Um dies zu vermeiden, wurden folgende Maßnahmen ergriffen:

1. Es werden der Angebotscharakter des Traumazentrums und die damit verbundenen Chancen in den Vordergrund gestellt.
2. Das Team an Ärzten und Psychologen wird im Rahmen der Studie von Psychologen dahingehend geschult, Informationen zum Hilfebedarf zu kommunizieren.
3. Das Team an Ärzten und Psychologen wird in interkultureller Kommunikationskompetenz in Beratungssituationen geschult.
4. Die Information bezüglich des Hilfebedarfs wird in der Studie zwischen dem klinischen Team und Studienteam pseudonymisiert kommuniziert.
5. Das Team wird Supervision erhalten.

Neben der Gefahr einer möglichen Stigmatisierung der Studienteilnehmer, war im Vorfeld der Einschluss von Minderjährigen in die Studie ethisch zu diskutieren und zu vertreten. Der Einschluss von Minderjährigen in die Studie ist notwendig und sinnvoll, da die potentiell traumatisierenden Erlebnisse insbesondere in diesem Alter zu tiefgreifenden physischen und psychischen Störungen im Sinne von Traumastörungen und Traumafolgestörungen, psychische Entwicklungsstörungen, somatische Entwicklungsbehinderungen und psychosozialen Belastungsstörungen führen können. Gegebenenfalls können somit notwendige frühzeitige Interventionen so früh wie möglich in Betracht gezogen und angewendet werden, um weiteren Folgeschäden vorzubeugen.

Entscheidend im Diskurs der ethischen Vertretbarkeit der Studie ist auch gewesen, dass ein signifikanter Wissenszuwachs auf dem Gebiet der Ermittlung des psychotherapeutischen und psychosozialen Unterstützungsbedarfs im Rahmen der Untersuchungen zu erwarten waren, aus denen klinisch hochrelevante Erkenntnisse gewonnen werden können. Diese haben sowohl für betroffene Familien als auch für die behandelnden Kinderärzte, Kinder- und Jugendpsychiater sowie auch Diplom-Psychologen und Psychotherapeuten eine hohe Alltagsrelevanz. Das Hervorgehen anderer ethisch relevanter Themen war nicht zu erwarten. Zum Zeitpunkt der Studienplanung und -durchführung überwog der Nutzen der Studie.

3.4 Gütekriterien der Untersuchung

Zur Sicherung der Datenqualität dienen in der quantitativen Forschung die Gütekriterien Validität (Gültigkeit des Messinstruments), Reliabilität (Zuverlässigkeit der Messung) und Objektivität (Intersubjektivität der Befunde) (Brosius et al., 2009). Für die vorliegende Studie kann durch die literaturbasierte Erfassung der Ziele und Auswahlkriterien (Inhaltsvalidität) sowie einer theoriegeleiteten Operationalisierung des Konstrukts (Konstruktvalidität) eine Validität weitestgehend gewährleistet werden (Raithel, 2008). Zur Erreichung einer akzeptablen Reliabilität wurden primär Skalen und Fragestellungen aus vorangegangenen und themennahen Studien übernommen. Zur Sicherstellung der beiden Kriterien wurde im Vorfeld der Durchführung der Befragung ein Pre-Test durchgeführt. Die Objektivität der Studie wird aufrechterhalten, indem bei der Auswertung und Interpretation der Untersuchungsergebnisse keine Einflussnahme des Forschers vorliegt.

Validität: Um die Qualität der Studie hochzuhalten, wurden nur geprüfte und wissenschaftlich anerkannte Messinstrumente verwendet. Bei der Auswahl der Instrumente wurde demnach auch besonders auf eine hohe Validität der Messinstrumente geachtet (Items nach M-ABC, Petermann et al., 2008, Items Test nach Mottier, 1951, Items D2-Test nach Brickenkamp, 2010, Items K-ABC Test nach Kaufmann, 2001, Items N-NAT Test nach Naglieri, 2008, Items CBCL Test nach Achenbach, 1991a, Items U-Untersuchung nach Hellbrügge, 1977, Items PTSDSSI Test nach Scheeringa et al., 2001, Items CBCL-Test nach Achenbach, 1966; Achenbach et al., 1987; Achenbach, 1991b; Achenbach, & Rescorla, 2000/2001/2003, Items Kinder DIPS Test nach Schneider, 1995, Items Pädiatrischer UB, 2013). Die Besonderheit dieser Studie ist das Konglomerat aus diesen bestehenden Messinstrumenten mit der Integration eines von der Autorin zusammengestellten Untersuchungsbogens. Eine Pilotstudie und unterschiedliche Pretest, mit dem Ziel der Validitätserhöhung des Messinstruments sorgten für letzte Verbesserungen des Messinstruments. Die Reihenfolgestruktur und Verständlichkeit und einzelnen Fragen des Messinstruments wurden auf Grund der neuen Erkenntnisse angepasst.

Reliabilität: Der Grad der Messgenauigkeit muss im Rahmen der vorliegenden Studie zum einen an der Reliabilität der einzelnen Messinstrumente, als auch an der einzigartigen Zusammensetzung der Testbatterie bewertet werden. Während die Messgenauigkeit der quantitativen Untersuchungsinstrumente sich bei vorherigen Studien als stabil bewährt hat, ist die Reliabilität der Gesamtttestbatterie auf Grund der hohen Stichprobengröße, des zeitlichen Erhebungsumfangs sowie des umfangreichen Volumens der Erhebung eine wissenschaftliche

Herausforderung in der Replikation. Paralleltests, durch deren Hilfe gängiger Weise in der Sozialforschung, die Reliabilität einer Methode beurteilt werden können, stellen hier durch die hohen Organisations- und Ressourcenansprüche eine konzeptionelle, wissenschaftliche Herausforderung dar.

Objektivität: In der quantitativen Forschungsstrategie werden Objektivität und der Prozess des Positivismus gefordert. Beide Konstrukte sind nicht einfach in das Feld der klinischen Sozialforschung zu übertragen. Das Maß der Objektivität ist als intersubjektives Konstrukt zu sehen. Die Transparenz in der Entscheidungsfindung der Empirie und die Integration von Kollegen und Mentoren auf nationaler und internationaler Ebene haben der Forschung ein akzeptables Maß an Objektivität verliehen.

3.5 Kritische Würdigung des empirischen Ansatzes

Trotz der umfangreichen Erhebung und sorgfältigen Planungszeit der Studie, öffnet auch diese Studie neue Erkenntnisse, weitere Forschung auf diesem Gebiet zu optimieren und auch erfolgreiche Charakteristika der Studie für Folgeprojekte zu reflektieren.

Die Studie wurde initiativ beworben, konzipiert und durchgeführt zu einer Zeit (2012/2013), in den klinischen Studien zur Gesundheitslage von Flüchtlingskindern in Deutschland weitestgehend öffentlich und wissenschaftlich keine große Beachtung fanden. Als erste Stärke der Studie ist ihr Dasein zu einem denkbar wichtigen Momentum zu unterstreichen. Das vorausschauende, forschersche Denken und beharrliche Umsetzen der forscherschen Idee, trotz vieler Widrigkeiten, war am Ende durch die bestätigte Signifikanz und Anerkennung der Ergebnisse gezeigt worden. Denn mit Abschluss der Studie konnten zu einem Zeitpunkt, an dem niemand epidemiologische Daten und valide Kenntnisse über den Versorgungsbedarf von syrischen Flüchtlingskindern in Deutschland machen konnte, durch diese Studie diese Informationen erfasst und geteilt werden. Die Daten aus dieser Studie konnten Entscheidungsträgern in Politik, Gesundheitsversorgungsdiensten und Forschern weltweit offeriert werden. Dies erklärt auch die Vorabpublikationen in Auszügen aus diesem Promotionsprojekt, da die gesellschaftliche Relevanz der Daten sehr drängend und zeitsensibel war.

Eine weitere Stärke der Studie ist wohl der hohe Anspruch an die Validität der Datenerhebung. Es wurde der höchste Anspruch im Rahmen des Machbaren gesteckt und an keinen Mitteln gespart. Nennenswert ist an dieser Stelle die Auswahl an hoch, spezifisch

ausgebildetem klinischen Personal und die sorgfältige Recherche von kultur- und sprachsensiblen Messinstrumenten. Auch der durchgängige Einsatz von einer speziell trainierten, kultur- und sprachsensiblen Dolmetscherin aus der untersuchten Populationsgruppe, sollte als ein Beitrag zur Validität der Daten anerkannt werden. Gleichzeitig kann der Einsatz einer Dolmetscherin im Generellen als eine mögliche Limitation der Datenqualität angesehen werden, auch wenn es an dieser Stelle ein Paradoxon darstellt, denn ohne den Einsatz von Dolmetschern wäre in diesem Kontext die Erhebung von Daten nur muttersprachlichem Personal vorbehalten. Da die pädiatrischen Untersuchungen von einer muttersprachlichen Ärztin durchgeführt worden sind, gilt diese Teillimitation hypothetisch nur für die restlichen Daten.

Dennoch bietet auch diese Studie potentielle Limitationen, die an dieser Stelle Platz finden sollen. Zum einen könnte argumentiert werden, dass die Daten größtenteils durch klinische Interviews erhoben wurden. Durch diese Art der Erhebung ist ein Bias durch die Interviewer, in diesem Fall die Ärztinnen und Psychologinnen, nie in Gänze zu vermeiden oder auszuschließen. Des Weiteren könnte argumentiert werden, dass die Angaben der Eltern und Kinder in den Interviews durch den gewünschten gesicherten Asylbewerber Status, durch Übertreibungen oder Falschaussagen getrübt werden könnte. Oftmals wird hier mit dem Argument der Krankheitstäuschung der Flüchtlinge für den Erhalt eines Aufenthaltstitels gearbeitet. Dem ist entgegenzusetzen, dass die teilnehmenden Familien exzessiv, sowohl mündlich als auch schriftlich, darüber aufgeklärt wurden, dass es sich hierbei um eine wissenschaftliche Studie handelt, die voll anonymisiert durchgeführt wird, und jegliche Angaben unter dem Datenschutz und der Schweigepflicht unterliegen. Die ausgestellten Arzt-Psychologen Briefe wurden auch nur den Eltern persönlich ausgehändigt.

Als weitere Limitation ist das Auslassen des klinischen Vollinterviews mit den Eltern zu nennen. Es wäre sicherlich aufschlussreicher gewesen, wenn man auch die PTBS Belastung als gesicherte Diagnose bei den Eltern miterhoben hätte. Durch die ohnehin sehr umfangreiche Untersuchungssituation bei den Kindern, die sich über mehrere Tage erstrecken konnte, war es nicht möglich im Rahmen dieser Studie auch die Eltern zeitlich mehr in Anspruch zu nehmen. Auch die Erhebung der biologischen Disposition und entsprechenden Laboruntersuchungen wurden in dieser Studie aus Komplexitäts- und Ressourcengründen für Folgestudien überlassen. Auch die genaue Analyse der Bindungsqualität zwischen den Eltern und den Kindern ist für eine Folgestudie sicherlich wertvoll.

Weiterhin ist zu nennen, dass eine umfangreiche Erhebung von Komorbiditäten, zumindest bei depressiven Störungen und Angststörungen sehr wertvoll für die weitere Interpretier- und Vergleichbarkeit der Daten sein würde.

Im Anbetracht der hochwertigen Operationalisierung mit sehr umfangreichen Messinstrumenten, ist die Datenqualität in diesem Forschungsbereich selten vorzufinden. Der Punkt, dass es sich um eine vor Ort Vollerhebung einer ganzen Einrichtung, in einem bestimmten Zeitraum handelt, ist wohl das wichtige Charakteristikum dieser Studie.

3.6 Datenanalyse

Die Auswertung und statistische Datenanalyse erfolgte mittels IBM SPSS Statistics 24.0. Dabei wurde der Datensatz zunächst bereinigt und zur Auswertung transformiert. Im folgenden Ergebnisteil werden die Forschungsfragen chronologisch dargestellt und interpretiert. Die Implikationen werden im Folgekapitel für die Theorie und Praxis aufgeführt. Bevor die Forschungsfragen konkret beantwortet werden, werden die demographischen und klinischen Angaben der Stichprobe dargestellt.

3.6.1 Beschreibung der Stichprobe

Am 14.11.2013 wurde das erste Kind mit seiner Familie im Rahmen des Studienbeginns registriert. Die Aufnahme der Studienteilnehmer wurde mit dem letzten aufgenommenen Kind bzw. Familie am 27.10.2014 beendet. Die Kinder und Jugendlichen, die an der Studie teilnahmen, waren zu 44 % weiblichen und zu 56 % männlichen Geschlechts. Sie waren im Schnitt 6,8 Jahre alt (Spannweite 0,4-14 Jahre). Anzahl der Kinder einer Familie waren im Durchschnitt 3,11, bei einer Spannweite zwischen 1 und 6 Kindern. Die Kinder hatten sich mit ihren Familien in der Bayernkaserne im Schnitt bereits 50 Tage aufgehalten, wobei die Angaben bei einer weiten Range von 9 bis 212 Tagen variierten. In Deutschland befanden sie sich im Schnitt seit 1,5 Monaten (bei einer Spannweite von 0,2 bis 8 Monaten). Bezüglich ihrer religiösen Zugehörigkeit konnte ermittelt werden, dass 95,1% der Kinder dem sunnitischen Islam und 2% dem Christentum angehörten. Unter sonstige Konfession werden 2,9% der Kinder gelistet, wobei es sich bei diesen Fällen um die kulturell-religiöse Minderheit der Drusen aus dem mittleren und Nahen Osten handelte

Im Rahmen des Aufnahmegespräches wird mit einem der Elternteile das Interview und Belastungsscreening durchgeführt. Schriftlich werden jedoch auch alle demographischen

Angaben des nicht-interviewten Elternteils aufgenommen und analysiert. Die Daten zeigen, dass in 70% der Fälle das Aufnahmegespräch mit den Müttern und in 30% der Fälle das Gespräch mit den Vätern durchgeführt worden ist. Die Mütter sind zwischen 19 und 46 Jahren. Im Durchschnitt sind sie 32,2 Jahre alt. Die Väter sind zwischen 27 und 63 Jahren. Im Durchschnitt sind sie 40,6 Jahre alt. Es wurden 46 Elternpaare in die Studie aufgenommen. Die angegebenen Bildungsjahre wurden umkodiert in „kein Abitur“ (bis 11 Bildungsjahre), „Abitur“ (12 Bildungsjahre) und „Akademiker“ (13+ Bildungsjahre). Unter den Frauen sind 50% ohne Abitur, 50% haben Abitur oder sind Akademiker. Unter den Vätern sind 62,5% ohne Abitur, 37,5% haben Abitur oder sind Akademiker. Männer haben im Durchschnitt 9,95 Bildungsjahre genossen, wohin gegeben die Mütter im Durchschnitt 10,54 Bildungsjahre absolviert haben. Somit sind die Mütter mit 0,59 Bildungsjahren Vorsprung im Durchschnitt den Vätern gegenüber gebildeter. Je ein Elternteil wurde in die Studie aufgenommen als Sorgeberechtigter und der Studienpopulation 2 zugeordnet. Bei 21,9% der Kinder war der zweite Elternteil nicht in Deutschland lebend, bei 78,1 % der Kinder lebte der zweite Elternteil auch in Deutschland. In den Familien wurde mehrheitlich als Muttersprache arabisch, zu 76,5 % gesprochen. Bei weiteren 12,7 % der Familien wurde ausschließlich kurdisch, bei 5,9% eine Mischung aus kurdisch und arabisch, bei 2 % der Familien wurde assyrisch und bei 2,9% wurde die türkische Sprache gesprochen. Die Staatsangehörigkeiten der Studienteilnehmer reichte von Syrien, Palästina über Jordanien, Irak und Libyen. Die Familien gaben als Fluchtgründe zu 31,3% den vorherrschenden Krieg an. Jedoch Krieg zusammen mit anderen Ereignissen, wie Wohnungsverlust oder Bedrohung, sind es kumuliert 97,4%. Weder die Staatsangehörigkeit noch die Muttersprache der Studienteilnehmer hatte einen signifikanten Einfluss auf eine Trauma Diagnose ihrer Kinder.

3.6.2 Ergebnisse und Interpretation

Dieses Kapitel widmet sich der anschaulichen Ergebnisaufbereitung und begleitenden Interpretation der gewonnen statistischen Berechnungsergebnisse im Kontext der Forschungsfragen und bestehenden Vorstudien. Dazu werden die Forschungsfragen in numerischer Reihenfolge vorgestellt und statistisch beantwortet.

Forschungsfrage 1a: Wie häufig liegt bei syrischen Flüchtlingskindern eine Traumafolgestörung vor?

An keinem der untersuchten Kinder konnte eine akute Belastungsreaktion festgestellt werden. Bei 21% der Kinder (bei n=100) wurde eine Anpassungsstörung, bei 29% der Stichprobe wurde eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert. Hierzu zeigten 44% der Kinder- und Jugendliche eine allgemeine Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen. Dieses Ergebnis liegt sehr nahe am Mittelwert von bestehenden PTBS Studien bei Flüchtlingskindern.

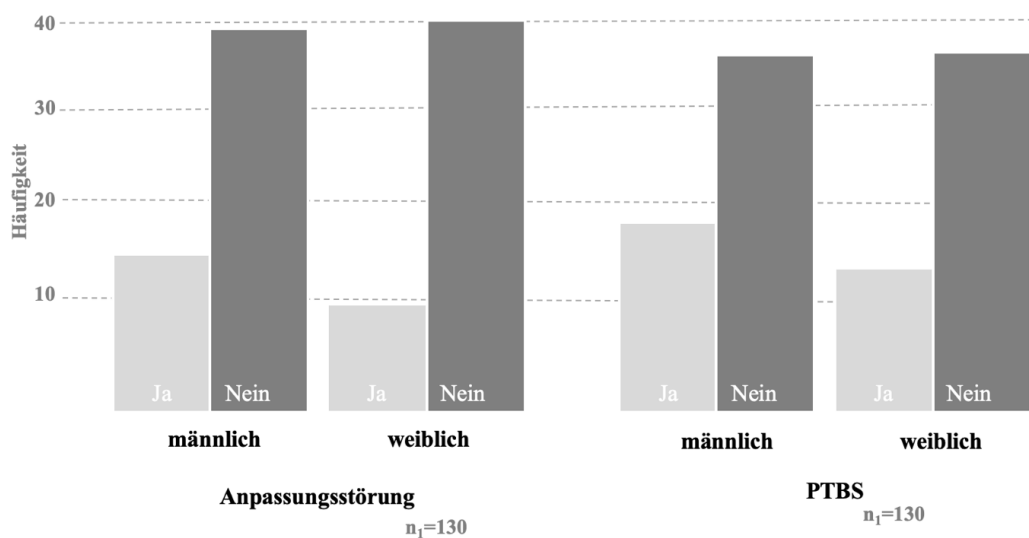


Abbildung 24: Geschlechtsspezifische Unterschiede und Traumafolgestörung

Betrachtet man die diagnostizierten zwei Traumafolgestörungen, PTBS und Anpassungsstörung, nach Geschlechterverteilung wird ersichtlich, dass tendenziell mehr männliche Probanden eine Trauma Diagnose erhalten. Die Kinder, die eine PTBS diagnostiziert bekommen haben, waren im Durchschnitt 7,4 Jahre alt bei einer Standardabweichung von 2,7. Diejenigen Patienten, die keine PTBS haben, waren im Durchschnitt 7,1 Jahre alt bei einer Standardabweichung von 4,0.

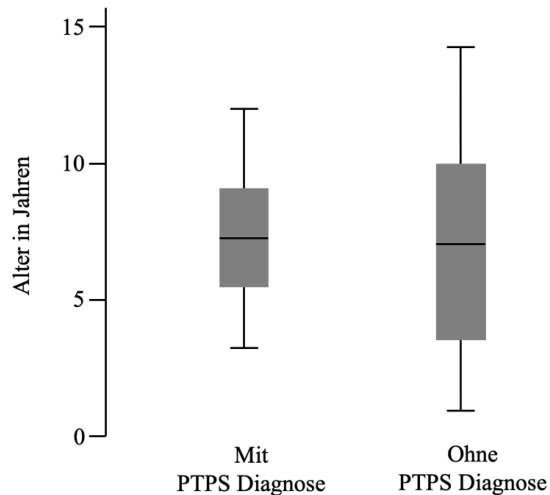


Abbildung 25: Mittelwert und Streuung von Alter und PTPS

Vortestungen: Zur Berechnung einer Varianzanalyse, müssen gewisse statistische Standards gegeben sein. Zu diesen Voraussetzungen gehört das Intervallskalenniveau, eine Normalverteilung der Residuen und eine Homoskedastizität. (Wentura, & Pospeschill, 2015)

Vorab wurden diese Standards durch Voranalysen getestet und sichergestellt. Erst nach Abschluss dieser Sicherstellung, ob die Voraussetzungen statistisch vorherrschen oder nicht, wurden die Varianzanalysen berechnet. Der Kolmogorov-Smirnov (KS)-Test wurde für die Testung der Normalverteilung der Variablen in den einzelnen Varianzanalysen vorangestellt durchgeführt. Alle Variablen waren in ihrer Grundgesamtheit nach dieser Berechnung bewiesenermaßen nicht normalverteilt.

Tabelle 28. K-S Test auf Normalverteilung

| K-S Test auf Normalverteilung <i>Kolmogorov-Smirnov-Test bei einer Stichprobe</i> | | Aktuelles Alter des Kindes | Aufenthaltsdauer in Deutschland (Monat) | Alter des Anamnesepartners | Alter des Anamnesepartners bei Einreise | Konfession des Anamnesepartners |
|---|---------------------------|----------------------------|---|----------------------------|---|---------------------------------|
| H | | 130 | 130 | 129 | 129 | 130 |
| <i>Parameter der Normalverteilung^{a,b}</i> | <i>Mittelwert</i> | 6,856 | 1,472 | 34,33 | 33,94 | 2,11 |
| | <i>Standardabweichung</i> | 3,7036 | 1,5958 | 7,577 | 7,553 | 0,76 |
| Extremste Differenzen | Absolut | 0,092 | 0,316 | 0,091 | 0,095 | 0,533 |
| | Positiv | 0,092 | 0,316 | 0,091 | 0,095 | 0,533 |
| | Negativ | -0,067 | -0,215 | -0,054 | -0,069 | -0,436 |
| <i>Teststatistik</i> | | <i>0,092</i> | <i>0,316</i> | <i>0,091</i> | <i>0,095</i> | <i>0,533</i> |
| Asymp. Sig. (2-seitig) | | ,009^c | ,000^c | ,011^c | ,007^c | ,000^c |

** p < 0,05 bedeutet keine Normalverteilung vorhanden (Konsequenz: Es werden nicht-parametrische Test für die analytische Statistik herangezogen.)*

Die Anzahl der Kinder einer Familie weist keinen signifikanten Unterschied bei der Vergabe der Diagnosen Anpassungsstörung (Mann-Whitney-U-Test, $U = -0,088$; $p = 0,930$) und auch posttraumatischen Belastungsstörung (Pearson-Chi-Quadrat, $p = 0,523$) auf. Jedoch ist anzumerken, dass tendenziell Signifikanzen bei kinderreichen Familien bei der posttraumatischen Belastungsstörung besteht (Mann-Whitney-U-Test, $U = -1,911$; $p = 0,056$).

Tabelle 29: Signifikanztest zur PTBS und Anzahl der Kinder (Gruppenvariable)

| Signifikanztest zur PTBS und Anzahl der Kinder (Gruppenvariable) | Anzahl Kinder |
|--|---------------|
| Mann-Whitney-U-Test | 577 |
| Wilcoxon-W | 902 |
| U | -1,911 |
| Asymp. Sig. (2-seitig) | 0,05 |

** p < 0,05 bedeutet einen signifikanten Unterschied der Kinderanzahl zur PTBS Diagnose.*

Die folgende Grafik stellt die Verteilung der Kinder einer Familie in Relation zur Diagnose posttraumatische Belastungsstörung dar. Es ist klar erkennbar, dass diejenigen Kinder, die eine PTBS erlitten haben, aus tendenziell kinderarmen Familien entstammen.

Tabelle 30: Mittelwert und Streuung Traumafolgestörung und Anzahl der Kinder

| Traumafolgestörung | | Anzahl Kinder | |
|------------------------------------|------|---------------|--------------------|
| | | Mittelwert | Standardabweichung |
| Posttraumatische Belastungsstörung | nein | 2,9 | 1,9 |
| | ja | 2,4 | 2,1 |
| Anpassungsstörungen | nein | 2,7 | 1,8 |
| | ja | 2,9 | 2,5 |

** SA bedeutet 68,3% der Kinder liegen in dieser Streuung um das arithmetische Mittel.*

Dies unterstreicht den Schutzfaktor der Geschwisterbeziehung als psychische Resilienz Ressource. Kinder, die eine PTBS Diagnose erhielten, stammen aus Familien mit durchschnittlich MD=2,4 Kindern bei einer Standardabweichung von SD=2,1. Kinder, die eine Anpassungsstörung erlitten, entstammen im Mittel aus Familien mit 2,9 Kindern bei einer Standardabweichung von SD = 2,5.

Unabhängig von den Fluchtumständen zeigt das Ergebnis, dass jedes zweite Kind eine Art der Traumafolgestörung aufweist. Dieses Ergebnis liegt im wissenschaftlichen Rahmen von anderen Studienergebnissen. Trotzdem ist die hohe Prozentzahl der betroffenen Kinder erschreckend und alarmierend und zeigt erneut die Dringlichkeit und Relevanz von effektiven therapeutischen Versorgungsstrukturen für die aufgenommenen Flüchtlingskinder.

Forschungsfrage 1b: Wie häufig liegen bei syrischen Flüchtlingskindern andere psychische Störungen vor?

Bei knapp der Hälfte, hier 43,4% der untersuchten Kinder (Grundgesamtheit hier n=122), ist eine psychiatrische Störung zu erkennen – tendenziell häufiger bei männlichen Kindern.

Weitere psychologisch-psychiatrische Diagnosen auf der Achse 1 verteilten sich prozentual wie folgt: 18,8 % der Kinder leiden unter einer „Verhaltens- und emotionalen Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ (DIMDI, 2014). Weitere 9% der Kinder leiden unter

einer „emotionalen Störung im Kindesalter“ (DIMDI, 2014) und 5% der Kinder leiden unter einer „phobischen Störung mit sozialer Überempfindlichkeit“ (DIMDI, 2014).

Tabelle 31: Kreuztabelle Geschlecht und erste Achse Klinisch-Psychiatrisches Syndrom

| Geschlecht des Kindes | Erste Achse Klinisch-psychiatrisches Syndrom | | | Gesamtsumme |
|------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------|
| | nicht beurteilbar | keine psychiatrische Störung | psychiatrische Störung | |
| weiblich | 6 | 28 | 20 | 54 |
| männlich | 16 | 19 | 33 | 68 |
| Gesamtsumme | 22 | 47 | 53 | 122 |

Das Bewertungskriterium „nicht beurteilbar“ in der obenstehenden Tabelle umfasst alle Fälle, die die Untersuchung abbrechen mussten und es zu keiner psychiatrisch-psychologischen Diagnosestellung kommen konnte. Diese 22 Fälle setzen sich zusammen aus den Untersuchungsabbrüchen aus organisatorischen Gründen, wie zum Beispiel der Transfer einer Familie und der damit resultierende Datenverlust einer angefangenen psychopathologischen Anamnese, als auch dem spontanen Abbruch des klinischen Interviews durch die zu hohe Belastungssymptomatik des Elternteils und/oder Kindes.

Die erhobenen Ergebnisse sind in einer nahen Häufigkeitsrange, die auch Folgestudien bei syrischen Flüchtlingskindern zeigen konnten. Hier sind exemplarisch die Ergebnisse von Cartwright, El-Khani, Subryan und Calam (2015) zu nennen, die zeigten, dass über 30% syrischer Kinder in einem Erstaufnahmelaager in der Türkei, im Alter von 4 bis 10 Jahren, an Verhaltensstörungen zu leiden haben. Ein Hauptmoderator für Verhaltensprobleme bei Kindern in diesem Alter sind generell vor allem psychische Probleme der Eltern sowie eine hohe seelische Belastung von Eltern und weitere bedrückende Lebensverhältnisse wie zum Beispiel finanzielle Schwierigkeiten und vorherrschende Wohnungsprobleme, wie Größe, Lautstärke oder Beschaffenheit (Haffner, Esther, Münch, Parzer, Raue, Steen, Klett, & Resch, 1998). Demnach ist die Prävalenz dieser Probleme bei den untersuchten Kindern im Kontext von vorangehenden Studien im entwicklungspsychologischen Bereich sehr plausibel einzuordnen.

Die klinische Präzision der Psychodiagnostik der vorliegenden Studie liefert für die untersuchte Population erstmals genaue Angaben bezüglich der Prävalenz einer psychiatrischen Diagnose, neben einer Traumafolgeerkrankung. Zwar haben Studien, die zeitnah und kurze Zeit nach dieser Studie durchgeführt wurden, ebenfalls durch Screening Instrumente die Belastung auf dieser Achse versucht zu bestimmen. Die Validität der umfangreichen, professionellen klinischen Untersuchungssituation der vorliegenden Studie liefert jedoch hier zum ersten Mal gesicherte Richtungswerte, die die Abschätzungen anderer Studien zu belegen. Auch dieses Ergebnis deutet auf einen dringlichen Versorgungsbedarf der Kinder- und Jugendlichen im psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting hin.

Forschungsfrage 1c: Wie häufig liegt bei syrischen Flüchtlingskindern eine Entwicklungsstörung vor?

Die Entwicklungsstörungen bilden sich auf der Achse-II und der Achse-III des multiaxialen Klassifikationssystems ab. Hierzu zählen die umschriebenen Entwicklungsstörungen und separat die Beurteilung des Intelligenzniveaus des Kindes und Jugendlichen durch die testpsychologischen Mittel. Während 6% der Kinder eine umschriebene Entwicklungsstörung diagnostiziert bekommen haben, wurde der Mehrheit der Patienten – mit 80.3% - eine durchschnittliche Intelligenzleistung diagnostiziert. Ausreißer stellen je 0,9 % der Stichprobe dar, die jeweils eine sehr hohe Intelligenz und sehr niedrige Intelligenzleistung bewertet bekommen haben. Wie bereits im Methodik Kapitel dieser Arbeit erläutert, wurden zur Diagnostik der kognitiven Leistungsfähigkeit und Beurteilung der Entwicklungsleistung auf kultursensible, sprachensible, standardisierte Verfahren gesetzt, um einen Bewertungsbias durch Sprache und Kultur zu limitieren. Als valides standardisiertes Fremdbeurteilungsmittel wurde der „Child Behavior Checklist (CBCL)“ von Achenbach (Achenbach, 1966; Achenbach et al., 1987; Achenbach, 1991a; Achenbach, & Rescorla, 2000/2001/2003) - CBCL 1½-5 und CBCL 4-18 - zusätzlich als Elternfragebogen eingesetzt, da es das international am weitesten verbreitete, dimensionale Verfahren darstellt das im klinischen Alltag zur Einschätzung kindlicher Auffälligkeiten eingesetzt wird.

Die Fragestellung führt zu einem Mittelwertsvergleich der CBCL 4-18 Skalen und der Variablen Geschlecht, des Alters und dem Vorliegen einer F-Diagnose innerhalb der Traumafolgestörungen und Stressreaktionen. Für die analytische Prüfung der Fragestellung wird ein T-Test für unabhängige Stichproben und zusätzlich einseitige Varianzanalysen (ANOVA) berechnet. Die Bonferroni-Korrektur wurde durchgeführt und das Alpha Risiko

(α -Familienfehler: = $1 - (1 - \alpha \text{Einzelfehler})^m$) auf α reduziert (= $\alpha \text{Einzel}/m$), um das Signifikanzniveau nach Bortz (2004) zu steigern. Für die Logit-Regressionen wurde die F-Diagnose als abhängige Variable betrachtet und alle CBCL Skalen in neue Variablen mit kategorialer Ausprägung umcodiert (Komanek, 2008).

Die folgenden Analysen beruhen auf der Stichprobengröße $n=66$, da das CBCL eine altersbedingte Zuteilung erfordert. Zunächst geht es um die Kinder der Altersspanne 4 bis 14 Jahren, unter Beachtung der acht Kompetenzskalen („I. Sozialer Rückzug“, „II. Körperliche Beschwerden“, „III. Ängstlich-depressiv“, „IV. Soziale Probleme“, „V. Schizoid/zwanghaft“, „VI. Aufmerksamkeitsprobleme“, „VII. Dissoziales Verhalten“, „VIII. Aggressives Verhalten“) aus der Child Behavior Checklist (CBCL) von Achenbach (Achenbach, 1966; Achenbach et al., 1987; Achenbach, 1991a; Achenbach, & Rescorla, 2000/2001/2003) Bei den dazugehörigen subsummierten Items zeigen gewisse Items eine erhöhte Häufigkeit auf. Auf der Kompetenzskala sozialer Rückzug wurden die Items 1 („Ist lieber allein, als mit anderen zusammen“) und Item 2 („Weigert sich zu sprechen“) vorwiegend von 12,5% der Eltern angekreuzt, das Item 4 („Ist schüchtern oder zaghaft“) mit 14,1% am häufigsten angegeben. Auf der Skala II bezüglich körperlicher Beschwerden fällt Item 2 „Ist immer müde“ mit 10,9% der Antworten auf. Im Kontext ängstlich-depressiv wurde das Item 1 „Klagt über Einsamkeit“ mit 13,1% am häufigsten angegeben, gefolgt von Item 6 „Glaubt andere wollen ihm etwas antun“ mit 9,8%. Auf der Skala 4, die die sozialen Probleme der Kinder und Jugendliche abbilden soll, sind besonders vier Items auffallend oft vorgekommen: Item 1 „Verhält sich zu jung für sein Alter“ in 22% der Fälle, Item 2 „Klammert sich an Erwachsene oder ist zu abhängig“ in 13,6% der Fälle, Item 3 „Kommt mit anderen Kindern/Jugendlichen nicht aus“ in 10,2% der Fälle und Item 4 „Wird viel gehänselt“ auch in 10,2% der Fälle. Auf der Kompetenzskala schizoid-zwanghaft gab es keine auffällig oft vergebenen Antworten. Auf der Skala sechs bezüglich der Aufmerksamkeitsprobleme wiederholt sich das Item 1 mit „Verhält sich zu jung für sein Alter“ mit 22% Häufigkeit. Auf der Skala für dissoziales Verhalten fällt das Item 1 „Scheint sich nicht schuldig zu fühlen, wenn er sich schlecht benommen hat“ mit 17,2% Häufigkeit auf. Auf der letzten Kompetenzskala VIII für aggressives Verhalten fällt das Item 1 „Streitet oder widerspricht viel“ mit einer Häufigkeit von 11,5% und das Item 2 dieser Skala mit dem Statement „Gibt an, schneidet auf“ mit weiteren 11,5%.

Analysiert man den Zusammenhang einer PTBS Diagnose und den Kompetenzskalen des CBCL 4-18 ist festzustellen, dass alle Kinder, bei denen eine posttraumatische

Belastungsstörung festgestellt wurde, ein signifikanter Unterschied im Vergleich zu Kindern, bei denen keine PTBS Diagnose vorliegt, auf den Kompetenzskalen zu erkennen ist. Dieser signifikante Unterschied zwischen diesen zwei Gruppen (Kinder mit einer PTBS Diagnose und Kinder ohne eine PTBS Diagnose) zeichnete sich auf den Skalen „sozialer Rückzug“, „ängstlich depressiv“, „soziale Probleme“ und „Aufmerksamkeitsprobleme“, sowie „aggressives Verhalten“ ab.

Statistisch hoch signifikante Korrelationen (p -Werte $< ,01$) zeigen sich auf den Skalen bezüglich internalisierender Verhaltensweisen auf („Sozialer Rückzug“ mit $p = 0,000$; „Ängstlich- depressiv“ mit $p=0,006$) sowie der Skala VI „Aufmerksamkeitsprobleme“ mit $p=0,004$. Bei den externalisierenden Verhaltensweisen liegt auf der Skala „Aggressives Verhalten“ eine sehr hohe Korrelation mit $p=0,004$ vor.

Tabelle 32: Signifikanztest (U-Test) PTBS und den Gruppenvariablen internalisierende Verhaltensweisen

| Nichtparametrischer Signifikanztest | | Kompetenzskalen | | | |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|--------------------|-------------------------|
| | | Sozialer Rückzug | Ängstlich-depressiv | Soziale Probleme | Aufmerksamkeitsprobleme |
| PTPS Gruppe | Mann-Whitney-U-Test | 175 | 199.5 | 225.5 | 185.5 |
| | Wilcoxon-W | 1078 | 940.5 | 966.5 | 926.5 |
| | U | -3.598 | -2.754 | -2.104 | -2.859 |
| | Asymp-Sig. (2-seitig) | 0.000*** | 0.006** | 0.035* | 0.004** |
| | | Aggressives Verhalten | Körperliche Beschwerden | Schizoid-zwanghaft | Dissoziales Verhalten |
| PTPS Gruppe | Mann-Whitney-U-Test | 198 | 356 | 267.5 | 361 |
| | Wilcoxon-W | 978 | 1259 | 1128.5 | 1222 |
| | U | -2.890 | -0,457 | -1,560 | -0,513 |
| | Asymp-Sig. (2-seitig) | 0.004** | 0.648 | 0.119 | 0.608 |

* $p < .05$

Vergleicht man die Mittelwerte der Syndromskalen zwischen den Kindern mit einer PTBS und den Kindern mit einer Anpassungsstörung, ist zu erkennen, dass diejenigen Kinder, die eine PTBS haben, durchgängig höhere Mittelwerte in den Syndromskalen aufweisen. Das Ergebnis bestätigt den aktuellen Literaturstand dazu und bestätigt eine valide Diagnosestellung durch das klinische Interview und die Psychometrie.

Bei den Kindern mit einer Anpassungsstörung ist dieser Mittelwertsunterschied nur auf der Skala „Sozialer Rückzug“ und „Ängstlich-depressiv“ zu erkennen. Die verbleibenden

Mittelwerte bei Kindern ohne Anpassungsstörung sind höher als bei Kindern mit einer Anpassungsstörung.

Tabelle 33: Kreuztabelle Traumafolgestörung und internalisierende Verhaltensweisen

| Deskriptive Werte nach Anpassungsstörung | Kompetenzskalen | | | | | | | | | |
|--|--------------------|---------------------|------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|--------------------|-----------------------|--|--|
| | Sozialer Rückzug | Ängstlich-depressiv | Soziale Probleme | Aufmerksamkeitsprobleme | Aggressives Verhalten | Körperliche Beschwerden | Schizoid-zwanghaft | Dissoziales Verhalten | | |
| keine PTBS | Mittelwert 1,71 | 3,79 | 1,37 | 1,5 | 3,13 | 0,55 | 0,32 | 0,83 | | |
| | Median 0 | 3 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | | |
| | Min 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| | Max 10 | 16 | 8 | 9 | 11 | 4 | 4 | 5 | | |
| PTPS | Mittelwert 4 | 7,05 | 2,56 | 3,94 | 8,26 | 1 | 1,25 | 1,16 | | |
| | Median 4 | 6 | 2 | 3 | 9 | 0 | 0 | 0 | | |
| | Min 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| | Max 8 | 17 | 7 | 13 | 22 | 5 | 9 | 5 | | |
| keine AS | Mittelwert 2,29 | 4,8 | 1,63 | 2,33 | 5,58 | 0,7 | 0,66 | 1,05 | | |
| | Median 2 | 4 | 1 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | | |
| | Min 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| | Max 8 | 17 | 7 | 13 | 22 | 5 | 9 | 5 | | |
| Anpassungsstörung (AS) | Mittelwert 2,81 | 5,06 | 2,07 | 2,19 | 2,6 | 0,63 | 0,38 | 0,63 | | |
| | Median 1,5 | 3,5 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | | |
| | Min 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| | Max 10 | 16 | 8 | 8 | 11 | 4 | 3 | 5 | | |

Für eine vollständige Erläuterung dieser Indifferenz muss der Moderator Kultur in zukünftigen Studien intensiver mit aufgegriffen werden, um hier eine Validität des Messinstruments vollständig verstehen zu können.

Forschungsfrage 1d: Wie stark ist die somatische Gesundheit von syrischen Flüchtlingskindern beeinträchtigt?

Bei 82,1% der 117 untersuchten Kinder und Jugendlichen wurde eine Achse 1 Diagnose vergeben und somit ein somatischer Versorgungsbedarf fachärztlich bestimmt. Hierunter wurden signifikant mehr Jungs (n=56) als Mädchen (n=40) als kinderärztlich versorgungsbedürftig eingestuft.

Tabelle 34: Kreuztabelle Geschlecht des Kindes und Vierte Achse Körperliche Symptomatik.

| Geschlecht des Kindes | Vierte Achse Körperliche Symptomatik | | | Gesamt- summe |
|----------------------------------|---|------|-----------|--------------------------|
| | nicht beurteilbar | nein | ja | |
| weiblich | 6 | 6 | 40 | 52 |
| männlich | 6 | 3 | 56 | 65 |
| Gesamtsumme | 12 | 9 | 96 | 117 |

**Häufigkeiten*

Die Häufigsten somatischen Diagnosen, die vergeben wurden, waren bei 63,5% der Kinder Zahnkaries, bei 20% der Kinder Krankheiten des Atmungssystems sowie bei 11% der Kinder infektiöse und parasitäre Krankheiten. Weitere 7,1% der Kinder litten unter endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten und 8,2% der Fälle wurden Krankheiten des Nervensystems festgestellt. Bei 7,1% der Kinder waren Krankheiten des Urogenitalsystems vorherrschend und 4,7% der Kinder sind von angeborenen Missbildungen und Chromosomenanomalien betroffen.

In Anbetracht einer Kriegsflucht und langen Fluchtreise, ist es verständlich, dass die Kinder keiner bis seltener Mundhygiene nachgehen durften und somit eine Kariesproblematik entwickelt haben. Es ist an dieser Stelle dennoch festzuhalten, dass bei diesen Kindern- und Jugendlichen ein akuter, erhöhter zahnärztlicher Versorgungsbedarf besteht, um weitere Zahnschäden zeitnah abwenden zu können.

Auch diese Zahlen stellen eine wertvolle Kalkulationsgrundlage für den Versorgungsbedarf – sowohl der akut pädiatrischen als auch einer langfristig stationären medizinischen Versorgungsstruktur – dar. Die Dringlichkeit aus der Sicht der betroffenen

Kinder- und Jugendlichen, die an Epilepsie, Diabetes oder einer Infektionskrankheit leiden oder von einer Chromosomenanomalie betroffen sind, brauchen eine entsprechende Versorgung. Die langen Aufenthaltszeiten in den Erstaufnahmelagern sowie die langwierigen Asylantragsverfahren machen den Zugang der Familien zu entsprechenden Hilfseinrichtungen noch komplizierter. Eine Felduntersuchung von Brandenburg, Wildenau und Peer (2015) in Hamburg in einem Erstaufnahmelaager, genau auch wie die vorliegenden Ergebnisse vor allem „Infekte der oberen Atemwege, sonstige Dermatosen wie Scabies und Läuse, gastrointestinale Beschwerden, Beschwerden des Bewegungsapparates [und] [...] mangelhafte versorgte Wunden oder fehlende Hilfsmittel“ (Brandenburg, et al., 2015) bei den unmittelbar angekommenen Flüchtlingen deskriptiv dokumentiert. Auch die Ergebnisse von Eonomopoulou, Pavli, Stasinopolou, Giannopoulos und Tsiodras (2017) zu einer sehr nahen Erhebungszeit wie die vorliegende Dissertationsstudie, konnte zu ähnlichen Ergebnissen kommen (z.B. 23% Atemwegserkrankungen).

Exemplarisch ist an dieser Stelle eine Familie zu nennen, die mit ihren drei Kindern, die alle drei von einer Chromosomenanomalie betroffen waren, in einem Gemeinschaftszimmer untergebracht waren und ohne jegliche Grundausstattung wie zum Beispiel spezielle Windeln für die Kinder, unter einer hohen Stressbelastung leben mussten. Durch den entsprechenden Arzt-Psychologen Brief und einer Kontaktaufnahme mit den entsprechenden Verwaltungsstellen, konnte eine rasche Verlegung der Familie in eine entsprechend, normale Wohnräumlichkeit und eine Anbindung an ein Therapiezentrum für die versorgungsbedürftigen Kinder geleistet werden.

Forschungsfrage 2: Wie stark sind die Eltern psychisch belastet?

Die psychische Belastung der Eltern wurde mit dem BSI psychometrisch gemessen. Zur statistischen Analyse der Belastungssymptomatik wurde der Gesamtrohwert hinzugezogen. Bei der Elternstichprobe von $n=37$ wurde eine erhöhte Belastung nachgewiesen. Für ein tiefgründiges Verständnis des Forschungsergebnisses werden weitere Statistiken kalkuliert, um den Effekt der Belastungssymptomatik der Eltern genauer zu verstehen. Die Belastungssymptomatik der Elternteile zeigt keinen signifikanten Unterschied (Mann Whitney-U-Test: $p=0,316$) zwischen den Kindern mit und ohne posttraumatischer Belastungsstörung. Die posttraumatische Belastungsstörung (Mann Whitney U Test: $p=0,316$; $U=-1,035$) und die Anpassungsstörung (Mann Whitney U Test: $p=0,088$; $U=-1,739$) sind beide nicht signifikant bezüglich der Belastungssymptomatik der Eltern. Die Anzahl der

Kinder in einer Familie haben keinen Einfluss auf die Belastungssymptomatik der Eltern (Kruskal Wallis Test: $p=0,243$; $\chi^2=6,714$).

Tabelle 35: Korrelation zwischen Bildungsjahre der Mutter und der Belastungssymptomatik der Mutter

| | | BSI_GS | Bildungsjahre der Mutter |
|-----------------------------|---------------------|--------------|-----------------------------|
| BSI_GS | Pearson-Korrelation | 1 | -0,009 |
| | Sig. (2-seitig) | | 0,955 |
| | N | 46 | 45 |
| Bildungsjahre der Mutter | Pearson-Korrelation | -0,009 | 1 |
| | Sig. (2-seitig) | 0,955 | |
| | N | 45 | 96 |

* $p > 0,05$ bedeutet keinen signifikanten Unterschied zu $r=0$; es gibt also **keinen** Zusammenhang zwischen dem BSI Gesamtskalenwert und der Bildungsjahre der Mutter.

Es gibt keinen nachweislichen Zusammenhang zwischen der Belastungssymptomatik der Mutter und der Bildungsjahre der Mutter ($r=-0,009$; $p=0,955$). Das Ergebnis ist soweit nicht überraschend, da die Mütter einen sehr hohen Bildungsstand aufweisen und diese nur eine leichte Belastungssymptomatik aufweisen. Der Moderator Bildungsjahre der Mutter muss in der Folgeforschung nicht zwingend in diesem Kontext wieder erhoben werden.

Forschungsfrage 3a: Welchen Effekt hat der Fluchtweg auf die Traumatisierung der Kinder?

Der häufigste verwendete Fluchtweg in der Stichprobe ist mit 33,8% eine Kombination aus See und Landweg.

Tabelle 36: Häufigkeit Fluchtweg

| Fluchtweg | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
|-----------------------------|-------------------|----------------|------------------------|----------------------------|
| Nur Landweg | 29 | 22,3 | 25,2 | 25,2 |
| See und Landweg | 44 | 33,8 | 38,3 | 63,5 |
| See und Luftweg | 1 | 0,8 | 0,9 | 64,3 |
| Land und Luftweg | 9 | 6,9 | 7,8 | 72,2 |
| See, Land und Luftweg | 24 | 18,5 | 20,9 | 93 |
| Land und sonstige Wege | 2 | 1,5 | 1,7 | 94,8 |
| See, Land und sonstige Wege | 6 | 4,6 | 5,2 | 100 |
| Gesamtsumme | 115 | 88,5 | 100 | |

Nähere statistische Analysen haben ergeben, dass keine Fluchtwegs Kombination einen signifikanten Einfluss auf die Diagnose posttraumatische Belastungsstörung bei den Kindern und Jugendlichen hat (Pearson-Chi-Quadrat $p=0,512$). Jedoch fällt die erhöhte Häufigkeit der Kinder, die über die Fluchtwegskombination See-Land nach Deutschland gereist sind, mit $n=12$ von insgesamt $n=28$ Kindern auf. Auch für die Diagnose der Anpassungsstörung konnte gezeigt werden, dass die Fluchtwegsarten keinen signifikanten Einfluss haben (Pearson-Chi-Quadrat $p=0,258$). Auch die Einzelauswertung der Fluchtwegsarten See, Land und Luft haben bei beiden Traumafolgestörungsdiagnosen – Anpassungsstörung und posttraumatische Belastungsstörung – keinen signifikanten Unterschied aufzuweisen.

Nach der Varianzanalyse und den Post-hoc Vergleichen bestehen signifikante Skalen, mit denen weitere Logit-Regressionen berechnet werden. Hierbei wird die jeweilige diagnostische Zuteilung aus den Traumafolgestörungen (also F- Diagnose) als abhängige Variable verwendet und der jeweilige Moderator als unabhängige Variable in die Analyse eingespielt. Die T-Werte der Skalen führen zur kategorialen Neucodierung der Variablen. Dies wird je nach klinischer Auffälligkeit graduell codiert und als Kovariate in die Berechnung aufgenommen. (Komanek, 2008)

Tabelle 37: Logistische Regression Fluchtweg (uV) und PTBS (aV)

| aV PTBS | | B | S.E. | Wald | df | Sig. | Exp(B) |
|------------|----------------|---------|-----------|-------|----|-------|--------|
| Schritt 1* | Fluchtweg Luft | -4,600 | 0,674 | 0,465 | 1 | 0,495 | 0,631 |
| | Fluchtweg Land | -20,658 | 40192,970 | 0,000 | 1 | 1,000 | 0,000 |
| | Fluchtweg See | 0,733 | 0,729 | 1,011 | 1 | 0,315 | 2,082 |
| Ges_ROH | | 0,056 | 0,022 | 6,680 | 1 | 0,010 | 1,057 |
| Konstante | | -2,161 | 0,722 | 8,961 | 1 | 0,003 | 0,115 |

*Variablen im ersten Schritt: Fluchtweg, Luft und See
Likelihood 58.885; R-Q Cox & Snell ,200

Das Ergebnis zeigt, dass Kinder deren Skalenwerte sich im klinisch-relevanten Bereich befinden, einen signifikanten prädiktiven Wert – also einem 1,06-fach höheres Risiko (OR) - für eine PTBS Diagnose darstellen. Weiterhin kann aus der logistischen Regressionsanalyse 1 geschlossen werden, dass weder der Fluchtweg per Luft, Land noch See eine signifikante Vorhersagewahrscheinlichkeit für die diagnostische Gruppe der posttraumatischen Belastungsstörung zeigt.

Tabelle 38: Logistische Regression Fluchtweg (uV) und Anpassungsstörung (aV)

| aV Anpassungsstörung | | B | S.E. | Wald | df | Sig. | Exp(B) |
|----------------------|----------------|--------|-----------|-------|----|-------|----------------|
| Schritt 1* | Fluchtweg Luft | -1,609 | 0,761 | 4,471 | 1 | 0,034 | 0,631 |
| | Fluchtweg Land | 21,846 | 40192,969 | 0,000 | 1 | 1,000 | 3074278412,448 |
| | Fluchtweg See | -0,270 | 0,693 | 0,152 | 1 | 0,697 | 0,763 |
| Ges_ROH | | -0,024 | 0,024 | 0,974 | 1 | 0,324 | 0,976 |
| Konstante | | 0,052 | 0,617 | 0,007 | 1 | 0,933 | 1,053 |

*Variablen im ersten Schritt: Fluchtweg, Luft und See
Likelihood 56.689; R-Q Cox & Snell ,153

Die logistische Regressionsanalyse 2 ergab, dass der Gesamtrohwert des Fluchtwegs Luft einen signifikanten prädiktiven Wert bezüglich der Diagnose Anpassungsstörung nach ICD-10 hat. Kinder, die über den Fluchtweg Luft als Teilstrecke eingereist sind, weisen ein um das 0,20-fach höhere Risiko (OR) einer Anpassungsstörung diagnostisch auf.

Weiterhin kann aus der logistischen Regressionsanalyse 2 geschlossen werden, dass weder der Fluchtweg per Land noch See noch der Gesamtrohwert des CBCL-Tests eine

signifikante Vorhersagewahrscheinlichkeit für die diagnostische Gruppe der Anpassungsstörung zeigen.

Die Ergebnisse bezüglich des Zusammenhangs zwischen den Fluchtwegen und einer Traumafolgestörung bei den Kindern und Jugendlichen zeigt überraschenderweise, dass die Art des Fluchtweges keinen Einfluss auf das Störungsbild der Kinder hat. Außer im Bereich der Anpassungsstörung zeigt der Fluchtweg über die Luft einen signifikanten Effekt. Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass nur die sehr wohlhabenden, elitären syrischen Familien sich den Fluchtweg per Flugzeug leisten konnten. Der Fluchtweg mit dem Flugzeug war der teuerste Fluchtweg, der auch ein Netzwerk besonderer Art (Fälschung von Ausweisdokumenten) erforderte. Es könnte sein, dass diese besonders elitär aufgewachsenen Kinder- und Jugendlichen, nach nur einem 6-stündigen Flug dem Krieg auf eine relativ „komfortable Art“ entkommen sind, und somit vielleicht die reale Dramatik einer Flucht in der Kürze der Zeit nicht vollständig realisieren konnten. Dementsprechend gering kann die Transformationsbereitschaft für die äußerst widrigen Lebensbedingungen im Erstaufnahmelager ausfallen. Beispielhaft kann hier eine 6-köpfige Familie genannt werden, die einen Diamantenhandel in 3. Generation betrieben haben und ihrem geräumigen Haus mehrere Bedienstete und Hilfspersonal beschäftigten, die vorausschauend mit gefälschten Pässen, ihre Heimat Syrien über eine Zwischenlandung in der Türkei verlassen haben, und innerhalb von wenigen Stunden sich in München im Erstaufnahmelager wiederfanden. Zum Untersuchungszeitpunkt lebte die Familie mit 4 Kinder in einem Zimmer von ca. 14 Quadratmetern Größe.

Forschungsfrage 3b: Welchen Effekt haben die Fluchtgründe auf die Traumatisierung der Kinder?

Die numerische Anzahl der Fluchtgründe ist signifikant bei der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung (Pearson-Chi-Quadrat, $p=0.009$), jedoch nicht für die Diagnose Anpassungsstörung. (Pearson-Chi-Quadrat, $p=0,205$).

Tabelle 39: Häufigkeit Fluchtgründe

| Fluchtgründe | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
|--|------------|---------|-----------------|---------------------|
| Krieg | 36 | 27,7 | 31,3 | 31,3 |
| Krieg und Wohnung verloren | 21 | 16,2 | 18,3 | 49,6 |
| Krieg und persönliche Bedrohung | 24 | 18,5 | 20,9 | 70,4 |
| Krieg und Wohnung verloren und persönliche Bedrohung | 31 | 23,8 | 27 | 97,4 |
| Sonstiges | 3 | 2,3 | 2,6 | 100 |
| Gesamtsumme | 115 | 88,5 | 100 | |

Prozentual verteilt gaben 31,3% der Familien an, auf Grund des Krieges ihre Heimat verlassen zu haben, 18,3% wegen des Krieges und zusätzlich dazu wegen des Verlustes der eigenen Wohnung, 20,9% auf Grund des Krieges und einer persönlichen Bedrohung heraus, und 27% auf Grund des Krieges, Verlust ihrer Wohnung und einer bestehenden persönlichen Bedrohung heraus.

Die Fluchtgründe stellen hier umschrieben potentiell traumatische Erlebnisse dar. Dass die Kumulation von traumatischen Erlebnissen, die Entwicklung und auch Schwere einer PTBS beeinflussen, konnte Neuner et al. (2004) mit dem Building-Blocks bzw. Baustein-Effekt erklären und den Zusammenhang nachweisen. Dieses Ergebnis passt ideal zu den Studienergebnissen von Neuner et al. (2004) und zeigt, dass die Anzahl der traumatischen Ereignisarten einen signifikanten Einfluss auf die Entwicklung einer PTBS ausübt.

Forschungsfrage 3c: Welchen Effekt hat die Fluchtdauer auf die Traumatisierung der Kinder?

Die Messinstrumente können die aktuelle traumatische Situation der Kinder und Jugendlichen sehr gut erfassen. Die erhobenen Variablen zur Beschreibung der prä- und peri-traumatischen Situation korrelieren nicht oder nur sehr geringfügig mit dem aktuellen Grad der Traumatisierung. Dies bedeutet, dass die kindliche Traumatisierung weitaus unabhängig von der prä-Situation im Heimatland - wie zum Beispiel Bildungsstand der Eltern, Anzahl der Geschwister, Fluchtgründe, Art des Fluchtweges sind.

Die sechste Achse bezüglich der globalen Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus weist einen signifikanten Unterschied bei den Kindern mit einer

Anpassungsstörung auf (Pearson-Chi-Quadrat, $p=0,003$) - bei den Kindern mit einer posttraumatischen Belastungsstörung sogar hoch signifikant (Pearson-Chi-Quadrat, $p=0,000$).

Bei der einzelnen Betrachtung der Fluchtwege und des Gesamtrohwertes der Syndromskalen sind Zusammenhänge und tendenzielle Zusammenhänge erkennbar. Bei der Fluchtwegs Kombination sind bezüglich PTBS und Anpassungsstörung keinerlei Zusammenhänge in der Regression erkennbar.

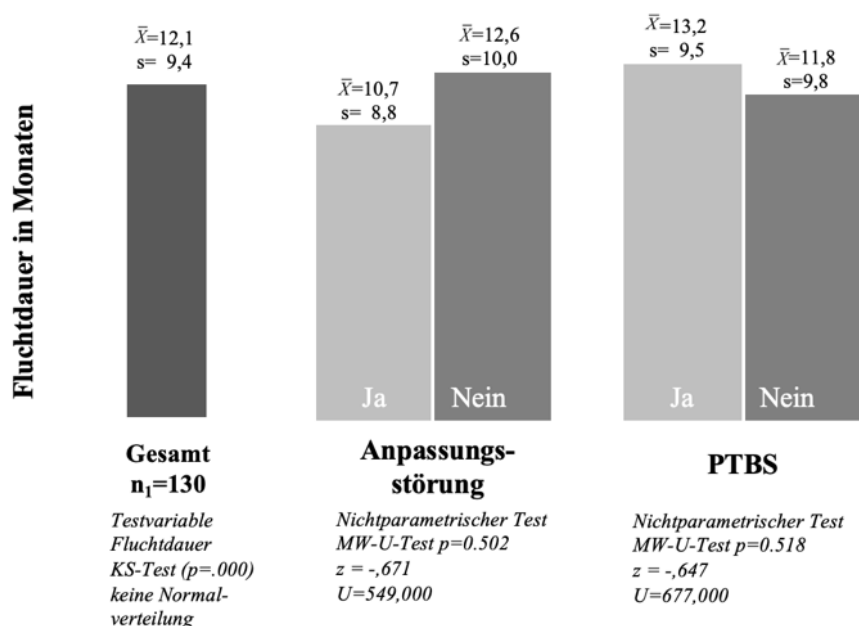


Abbildung 26: Fluchtdauer und Traumafolgestörungen

Betrachtet man die Fluchtdauer und den Einfluss der Fluchtdauer auf eine mögliche Traumafolgestörung, ist zu erkennen, dass bei einer PTBS Diagnose die Fluchtdauer länger war, wie bei Kindern, die keine PTBS Diagnose erhalten haben. Dieses Ergebnis ist jedoch nicht signifikant und kann als ein tendenzieller Effekt angesehen werden.

Forschungsfrage 4: Bestehen Zusammenhänge zwischen peritraumatischen Faktoren und einer Traumafolgestörung bei den syrischen Flüchtlingskindern?

Die genaue Analyse der Ergebnisse der unterschiedlichen Fluchtumstände zeigt, dass bei einer PTBS Diagnose die Kinder weitaus häufigen multiplen, schwierigen Umständen auf der Flucht ausgesetzt waren. Hier ist vor allem die Flucht mit Schleppern, das Erfahren von persönlicher Gewalt und die Verhaftung auf der Flucht der Eltern zu nennen. Die meisten Flüchtlinge nutzten die Unterstützung von Schleppern. Circa $\frac{1}{4}$ alle Flüchtlingskinder wurden von ihren Eltern getrennt oder mussten Hunger und Durst erleiden. Andere Erlebnisse, wie

zum Beispiel persönliche Gewalt oder Diskriminierung wurden von wenigen wahrgenommen.

Tabelle 40: Prozentuales Auftreten von Fluchtumständen und Traumafolgestörung

| Fluchtumstände | Erlebt in % | Traumadiagnose in % | |
|---|-------------|---------------------|-------------------|
| | | PTBS | Anpassungsstörung |
| Trennung von Familienangehörigen auf der Flucht | 22,1 | 52,4 | 28,6 |
| Flucht mit Schleppern | 88,4 | 28,6 | 21,4 |
| Bedrohung durch Hunger und Durst auf der Flucht | 29,5 | 32,1 | 25 |
| Krankheitsfall auf der Flucht | 13,7 | 38,5 | 7,7 |
| Persönliche Gewalt auf der Flucht | 3,2 | 66,7 | 0 |
| Gewalt gegenüber Anderen auf der Flucht miterlebt | 2,1 | 100 | 0 |
| Erfahrung von Diskriminierung auf der Flucht | 3,2 | 0 | 0 |
| Folter auf der Flucht | 0 | 0 | 0 |
| Verhaftung auf der Flucht | 13,7 | 61,5 | 30,8 |
| Unfall auf der Flucht | 16,8 | 18,8 | 37,5 |

*Mehrfachantworten möglich
n=130

Die Auswirkungen der Fluchtumstände haben unterschiedliche Effekte auf die Traumafolgestörungen. Auffällig ist der hohe Prozentsatz von PTBS-Diagnosen bei den Fluchtumständen „Verhaftung“, „Trennung von der Familie“, Gewalt Erlebnis – gegenüber anderen oder persönlich. Dagegen ist die Anpassungsstörung mit anderen Umständen deskriptiv auffällig: Unfall auf der Flucht und Trennung von der Familie, aber nicht erhöht verbunden mit dem Erleben oder Beobachten von Gewalt.

Forschungsfrage 5: Inwieweit weisen die 6 Achsen vom Multiaxialen Klassifikationssystem des ICD-10 geschlechtsspezifische Merkmale auf?

Um die letzte Forschungsfrage dieser Großstudie beantworten zu können, werden vorab die Verteilungsquoten der Diagnosen auf allen sechs Achsen des ICD-10 dargestellt.

Eins der Hauptziele der Studie war es, Flüchtlingskinder und Jugendliche nach dem Multiaxialen Klassifikationssystem auf allen sechs bestehenden Achsen diagnostisch zu klassifizieren. Im folgenden Abschnitt wird die diagnostische Verteilung der Kinder auf die sechs Achsen des ICD-10 Klassifikationssystems beschrieben und analysiert. Es wird jeweils die Stichprobengröße und die prozentuale Verteilung der vergebenen Klassifikation zu jeder Achse angegeben.

Während 43,4 % (bei n=122) der Kinder eine psychiatrische Störung auf der I. Achse diagnostiziert bekommen haben, wiesen 6% (bei n=117) der Kinder eine umschriebene Entwicklungsstörung auf (Achse II). Auf der Achse III bezüglich des Intelligenzniveaus wurden 0,9% der Kinder ein hohes, der Mehrheit der Kinder mit 80,3% ein durchschnittliches und 0,9 % der Kinder ein niedriges Intelligenzniveau diagnostiziert (bei n=117). Bei 82,1% (bei n=117) der Kinder wurde eine Diagnose auf der IV. Achse zur körperlichen Symptomatik vergeben. Bei allen, also 100% (bei n=105) auf Achse V untersuchten Kindern, wurde auf Grund der Flucht- und Migrationsproblematik assoziierte, aktuelle abnorme psychosoziale Umstände klassifiziert. Die letzte Achse des ICD-10 widmet sich der globalen Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus. Insgesamt wurden n=105 Kinder der Gesamtstichprobe auf der letzten Achse VI beurteilt: 41% der Kinder wurden mit herausragenden bzw. guten sozialen Funktionen in allen Bereichen, 1,9% mit mäßigen sozialen Funktionen beurteilt.

Tabelle 41: ICD-10

| Achse des ICD-10 | Diagnose | % Verteilung |
|---|--|---------------------|
| Achse-I Klinisch-psychiatrisches Syndrom | Anpassungsstörung | 21% |
| | Posttraumatische Belastungsstörung | 29% |
| | Neurotische Belastungs- und somatoformen Störung. | 43,40% |
| Achse-II Umschriebene Entwicklungsstörungen | Umschriebene Entwicklungsstörungen | 6% |
| Achse-III Intelligenzniveau | Sehr hohe Intelligenzleistung | 0,90% |
| | Durchschnittliche Intelligenzleistung (klinischer Eindruck) | 80,30% |
| | Niedrige Intelligenzleistung | 0,90% |
| Achse-IV | Körperliche Symptomatik | 82,10% |
| Achse-V Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände | Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung (Z59.1) | 100% |
| | Migration (Z60.3) | 100% |
| Achse-VI Globales psychosoziales Funktionsniveau | Gute soziale Funktionen in allen sozialen Bereichen | 41% |
| | Mäßige soziale Funktionen in allen sozialen Bereichen | 1,90% |
| | Leichte soziale Beeinträchtigung | 27,60% |
| | Mäßige soziale Beeinträchtigung | 21,90% |
| | Ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigung: Ernsthafte Beeinträchtigung in den meisten Bereichen. | 7,60% |

**die prozentuale Verteilung bezieht sich auf die Klassifikation des Gesundheitsstatus des multiaxialen Systems des ICD-10 der Stichprobe.*

Insgesamt wurden 60 Kindern von 105 soziale Beeinträchtigungen diagnostiziert. Die graduelle Abstufung dieser sozialen Beeinträchtigungen verteilte sich prozentual folgendermaßen: 27,6% wurde eine leichte und 21,9 % die Kinder und Jugendlichen bereits eine mäßige soziale Beeinträchtigung ihres psychosozialen Funktionsniveaus statuiert. Bei

7,6% der Kinder musste eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung festgestellt werden. Alle sechs Achsen wiesen keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede auf.

Die 10 forschungsleitenden Fragestellungen aus 5 Perspektiven sind, mit der Stichprobe der Studie, eindeutig durch die Empirie beantwortbar. Die folgende Tabelle erlaubt einen Überblick über alle Fragen und Kernergebnisse.

Tabelle 42: Überblick Forschungsfragen und Kernergebnisse

| Forschungsfragen | Kernergebnisse |
|--|--|
| Forschungsfragen zur Kinder Basisdiagnostik | |
| 1a: Wie häufig liegt bei syrischen Flüchtlingskindern eine Traumafolgestörung vor? | 1a: Bei 50% der Kinder und Jugendlichen liegt eine Traumafolgestörung vor. |
| 1b: Wie häufig liegen bei syrischen Flüchtlingskindern andere psychische Störungen vor? | 1b: 43,4% der Kinder und Jugendlichen lassen eine andere psychische Störung erkennen. |
| 1c: Wie häufig liegt bei syrischen Flüchtlingskindern eine Entwicklungsstörung vor? | 1c: 6% der Kinder und Jugendlichen haben eine Entwicklungsstörung. |
| 1d: Wie stark ist die somatische Gesundheit von syrischen Flüchtlingskindern beeinträchtigt? | 1d: Bei 82,1% der Stichprobe wurde ein somatischer Versorgungsbedarf bestimmt. |
| Forschungsfrage zur Eltern Inklusion | |
| 2: Wie stark sind die Eltern psychisch belastet? | 2: Die Eltern der Stichprobe zeigen, nach BSI 18 eine tendenziell erhöhte Belastungssymptomatik. |
| Forschungsfragen zum Moderator Flucht | |
| 3a: Welchen Effekt hat der Fluchtweg auf die Traumatisierung der Kinder? | 3a: Die Traumatisierung der Kinder hängt nicht signifikant mit der Art des Fluchtwegs zusammen. |
| 3b: Welchen Effekt haben die Fluchtgründe auf die Traumatisierung der Kinder? | 3b: Die numerische Größe der Fluchtgründe hat einen Effekt auf die Traumatisierung. |
| 3c: Welchen Effekt hat die Fluchtdauer auf die Traumatisierung der Kinder? | 3c: Die Fluchtdauer hat keinen signifikanten Effekt auf die Traumatisierung der Kinder. |
| Forschungsfrage zum peritraumatischen Faktoren | |
| 4: Bestehen Zusammenhänge zwischen peritraumatischen Faktoren und einer Traumafolgestörung bei den syrischen Flüchtlingskindern? | 4: Die Posttraumatischen Analysen korrelieren nicht oder nur gering mit den erhobenen Moderatoren der Peri-Situation. Bestimmte Fluchtumstände führen mit einem erhöhten Prozentsatz zu PTBS oder Anpassungsstörungen. |
| Forschungsfrage zum Moderator Geschlecht | |
| 5: Inwieweit weisen die 6 Achsen vom multiaxialen Klassifikationssystem des ICD-10 geschlechtsspezifische Merkmale auf? | 5: Das Geschlecht hat keinen signifikanten Einfluss auf die 6 Achsen vom multiaxialen Klassifikationssystem. |

4 Schlussfolgerungen und Ausblick

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, den Gesundheitszustand der syrischen Flüchtlingskinder nach dem multiaxialen Klassifikationssystem des ICD-10 und das psychosoziale Belastungsniveau ihrer Eltern zu erfassen. Gleichzeitig dazu, ist es Ziel der Arbeit mögliche Traumafolgestörungen bei den Kindern und Jugendlichen zu diagnostizieren. Diesbezüglich wurden zehn klare Forschungsfragen formuliert, die sich auf fünf thematische Felder erstreckten. Alle Fragen konnten im Rahmen der Studienergebnisse fundiert beantwortet werden und mit Implikationen für aktuelle Forschung und Praxis, als auch Anschlussfragen für zukünftige Projekte im Folgekapitel diskutiert werden.

4.1 Implikationen für die Wissenschaft

Die Ergebnisse der Studie führen zu weiteren Forschungsimplicationen. Eine zukünftige Forschungsagenda kann abgeleitet werden und bietet Wissenschaftlern eine breite und perspektivisch zukunftsrelevante Chance, das Thema auf verschiedenen Ebenen weiterzubringen.

An erste Stelle stehen methodisch gesehen der Anspruch einer Neu-Entwicklung und Weiterentwicklung der psychotraumatologischen Diagnostikinstrumente im Kindes- und Jugendalter aufgeteilt in die Entwicklungsphasen der Kinder und sortiert nach kategorialen Altersgruppen 0-3 Jahren, 4-6 Jahren und 6-18 Jahren.

Nach wie vor fehlen valide, normierte Erhebungsinstrumente für eine saubere psychotraumatologische Diagnostik im Kleinkindes- und Vorschulalter. Demnach ist die Wahrscheinlichkeit hoch, die Symptombelastung dieser Kinder zu verkennen oder falsch einzuordnen und somit eine verlorene Chance, dem Leid der betroffenen Kinder entgegen ein adäquates Hilfs- und Heilungsangebot machen zu können. Forscherisch stellt dieses Defizit eine Chance und Herausforderung zugleich dar. Durch die neuen ICD-11 und vor allem DSM-V Erneuerung im Bereich der Traumadiagnostik für Kinder unter 6 Jahren, ist bereits ein erster Anfang getan, an der Entwicklung valider Kriterien und Testitems weiter zu arbeiten.

Eine weitere Implikation für die Forschung bezieht sich auf die bereits bestehenden diagnostischen Instrumente und Item Batterien für die psychopathologische Fallanalyse, für die Entwicklungsdiagnostik im Kinder und Jugendbereich sowie die pädiatrischen Anamnesebögen, mit denen aktuell forschersich und klinisch gearbeitet wird: die

eingesetzten diagnostischen Mittel sind entweder gar nicht oder kaum kultur- und sprachsensibel. Zusätzlich dazu sind diese für eine Mehrzahl der Bevölkerungs- und Kulturstichproben nicht normiert worden. Besonders im Kontext der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Pädiatrie führt dies zu den bereits diskutierten Folgeproblemen. Auch hier ist es forschersich dringendst notwendig, die Instrumente zu normieren und erneut zu validieren. In Anbetracht dessen dass, 30 % (RKI, 2019) aller Kinder in Deutschland und 26 % (Statistisches Bundesamt 2020) der Erwachsenen in Deutschland einen Migrationshintergrund haben, sollte die interkulturelle Öffnung und adäquate kultur- und sprachensible Versorgung dieser Population nicht mehr als ein Randthema der klinisch versorgenden Institutionen behandelt werden. Allen voran sollten korrekte Normierungen und Validierungen von diagnostischen Mitteln von der Wissenschaft und Forschung nicht mehr ein „nice to have“, sondern zu einem „must have“ Anspruch identifiziert werden.

Beispielsweise wurde beim Studiendesign dieser Arbeit bereits in den Planungsphase und Instrumentenauswahl der Bedarf an einem vollumfänglichen kultur- und migrationssensiblen Anamnesebogen für den pädiatrischen und psychodiagnostischen und entwicklungspsychologischen Untersuchungskontext bewusst. Der Entwurf eines Pädiatrie-konformen Untersuchungsbogens für Kinder mit einem Flucht- bzw. Migrationshintergrund zu entwickeln, der relevante Informationen aus der Flucht- und Migrationsbiographie miterhebt, könnte die Arbeit der Behandler hinsichtlich einer effektiven Therapieplanung immens erleichtern. Noch immer ist es im gesamten stationären und ambulanten klinischen und psychotherapeutischen Versorgungsbereich nicht standardmäßig eingeführt, den Migrationshintergrund der Patienten und Patientinnen und eine krankheitsrelevante Migrations- und Fluchtbiographie mit zu dokumentieren. Migrations- und fluchtsensible Gesundheitsuntersuchungen und Datenerhebungen sollten in Anbetracht dessen, dass in Deutschland der Anteil an Kindern generell mit einem Migrationshintergrund bei rund 30% liegt und hierzu auch stetig mehr Kinder mit einer Fluchtbiographie hinzukommen, optimiert werden. (RKI, 2019) An dieser Stelle geht es nicht darum, eine Migrations- oder Fluchtbiographie als krankheitsfördernd zu betrachten, sondern ganz im Gegenteil: wie bereits bei Machleidt und Calliess (2003) graphisch dargelegt, können aus der Migrations- und Fluchtgeschichte eines Individuums, wertvolle Informationen auf potentielle psychische Krisen und Belastungsphasen aber auch aktivierte Ressourcen zeitnah erfasst werden. (Gavranidou, 2017) Die Informationen gilt es nur einzuholen und im Wohle des

Patienten zu verwenden. Jedoch bringt auch hier der Spruch, „keine Daten, keine Taten“ die Problematik auf den Punkt.

Auch Fazel und Betancourt (2018) unterstreichen, dass qualitativ hochwertige Forschung im Bereich der Flüchtlings- und Migrationsgesellschaft besonderen Herausforderungen und multiplen Schwierigkeiten gegenübersteht. Hochwertige Forschung mit und für vulnerable Kinder und Jugendliche ist in jedem Kontext besonders schwierig und herausfordernd. Die Dimension der erzwungenen Migration der Flüchtlingskinder bringt on-top weitere Indikatoren der Komplexität des Arbeitsumfeldes und Erwartungen an hohe wissenschaftlich Akkuratess mit. Zum einen können hier kulturelle Differenzen in der Wahrnehmung und Bewertung von psychischer Gesundheit vorliegen. Zum anderen kann die Bedeutung von Wissenschaft und Forschung mit Flüchtlingskindern und Erwachsenen mit Fluchthintergrund unverstanden und missverstanden werden.

Es besteht Hoffnung in Interventionen, die in der schulischen Umgebung der Flüchtlingskinder ansetzen, da hier zum einen der Zugang zu dieser Fokusgruppe erleichtert ist durch die schulische Anbindung. Zum anderen haben Interventionen, die die Gruppenzugehörigkeit dieser Kinder in eine Peer-Gruppe fördern und ihre Beziehung zu anderen Gleichaltrigen unterstützen eine große Wichtigkeit für den Interventionserfolg. Das Gefühl „dazuzugehören“ sollte im Sinne der Flüchtlingskinder im geschützten Rahmen ihrer Schule genutzt und unterstützt werden (Fazel, & Betancourt, 2018). Laut Fazel und Betancourt (2018), ist dringend ein Kontinuum einer psychischen Gesundheitsversorgung dieser Kinder im Rahmen eines mehrstufigen und Sektor übergreifenden Modells von Nöten, um die Vielzahl der Akkulturationsstressoren und Umsiedlungsstressoren von Flüchtlingskindern aufzufangen.

Es gibt verschiedene konzeptuelle Ansätze von therapeutischen Maßnahmen von traumatisierten Flüchtlingen. Dies betrifft sowohl erwachsene als auch minderjährige Flüchtlinge. Eine Interventionsstudie in Dänemark widmete sich der Frage nach Langzeiteffekten von therapeutischen Ansätzen für Flüchtlinge mit einer PTBS Symptomatik, um die Symptomreduktion durch Medikation im Vergleich zu verschiedenen psychotherapeutischen Angeboten herausarbeiten zu können. (Böck Buhmann et. al., 2018). Die Studie, die eine Follow-Up Studie von 6 und 18 Monaten inkludiert, konnte geringe Veränderungen in der Symptombelastung für die Flüchtlinge zeigen, unabhängig von der Art des therapeutischen Mittels (Medikation vs. Trauma fokussierte kognitive Verhaltenstherapie vs. Narrative Expositionstherapie vs. Kombination aus Medikation und Gesprächstherapie).

Ein möglicher Grund für die verhältnismäßig geringe Effektivität der Mittel kann die multiple Belastungssituation der Flüchtlinge sein (Lolk, Byberg, Carlsson, & Norredam, 2016). Komorbiditäten wie multiple somatische Beschwerden und Erkrankungen sowie oftmals eine Depressionsbelastung, erschweren den Patienten mit einem verringerten Funktionsniveau die Bewältigung ihrer Trauma Symptomatik. (Böck Buhmann, et, al, 2018). Hinzukommen weitere erschwerte Lebensbedingungen und potentielle Stressoren im Ankunftsland, die über die Zeit eine vollständige Ausheilung der Trauma Belastung überschatten können (Bruhn, Rees, Mohsin, Silove, & Carlsson, 2017). Auch im Ankunftsland erwarten die Flüchtlinge neue Herausforderungen und Hürden, die sie nehmen und meistern müssen. Ihr bereits verringertes Funktionsniveau durch eine potentielle Depressionserkrankung oder eine Trauma Belastung wird sofort erneut gefordert und ausgereizt, bevor ein Ressourcenaufbau stattgefunden hat. Daher kommt unterstützenden Hilfsmaßnahmen und Organisationen, die Flüchtlingen und Migranten während der Ankunfts- und Akkulturationsphase praktisch zur Seite stehen, eine große Bedeutung zu.

Ein weiterer wichtiger Aspekt für zukünftige Forschung ist das Timing einer Erhebung und Traumadiagnostik. Die Wichtigkeit der jeweiligen Migrationsphase wurde bereits im theoretischen Teil dargelegt. Demnach ist es empfehlenswert, gewonnene Daten auch in den Kontext der jeweiligen Migrationsphase der Flüchtlingspopulation zuzuordnen. Follow Up Studien können hier sehr aufschlussreich sein und eine Veränderung der Symptomatik im Phasenverlauf der Akkulturationsprozesse eventuell beobachtet werden.

4.2 Implikationen für die Praxis

Die Ergebnisse erlauben zudem Rückschlüsse auf Verbesserungen für die Praxis. Die Vorschläge zur Optimierung der Zustände sind auf drei Akteursebenen aufgebaut. Betroffen sind in erster Linie die Akteure der öffentlichen Verwaltungsapparate für die Flüchtlingsthematik (Ministerien und Referate auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene), medizinische, psychotherapeutische und psychiatrische Versorgungseinrichtungen sowohl ambulanter als auch stationärer Natur (Kliniken, Fachkliniken wie zum Beispiel Sozialpädiatrische Zentren, Kinder- und Jugendpsychiatrien, Schwerpunktambulanzen für Trauma, niedergelassene psychotherapeutische Praxen etc.) sowie abschließend die Bildungs- und Erziehungsinstitutionen, in denen die Kinder- und Jugendlichen mit ihren Eltern angebunden sind (Krippe, Kindergarten, Hort, Schule, Nachmittagsbetreuung, Sportvereine, Förderunterricht, Schulen, Sondereinrichtungen wie Heilpädagogische Tagesstätten, etc.).

Die vorgeschlagenen Ansatzpunkte, können in der Praxis für eine deutliche Steigerung der Effektivität und Effizienz im Umgang und der Versorgung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen nach einer Fluchterfahrung, führen. Einschlägige Forschungsstudien konnten zeigen, dass es spezielle Angebotsstrukturen bedarf für Flüchtlingskinder in Schulen, um eine Entwicklung einer tiefergreifenden psychiatrischen Diagnose präventiv abwenden zu können. (Fazel, & Betancourt, 2017) Diese Angebote gilt es auch an deutschen Schulen und frühkindlichen Institutionen flächendeckend einzuführen. Zuletzt sollten neben dem humanistisch-menschlichen Anspruch, die volkswirtschaftlichen Hochrechnungen für einer Verbesserung der Zustände überzeugen. Dies unterstreicht nochmals die Relevanz von hochwertigen Datensätzen wie diese, um für zukünftige Entscheidungsträger eine solide Basis der Realität bieten zu können.

Bei den Kliniken:

Die Ergebnisse und Erfahrungen aus der vorliegenden Arbeit zeigen deutlich den Bedarf an Fortschritt und Anpassung an die neue Bevölkerungszusammensetzung und den Bedürfnissen dieser Patientengruppen. Dass sich medizinisch-klinische und therapeutische Einrichtungen in anderen westlichen Ländern wie in Kanada, in der Schweiz, in den USA und sogar in der Türkei als eine neue Normalität bereits seit über 20 Jahren etabliert hat, ist in Deutschland und in den deutschen Kliniken nach wie vor eine Seltenheit und weit weg von einer Standardisierung und Professionalisierung einer interkulturellen, kultur- und sprachsensiblen Versorgungsinfrastruktur. Das Beschäftigen von klinischem Personal mit einem Migrations- bzw. Fluchthintergrund, das Etablieren von Sprach- und Kulturmittlern, das Schulen des Klinikpersonals in interkultureller Kompetenz ist im klinischen Alltag in Deutschland nach wie vor nicht flächendeckend eingeführt. Dieser Nachholbedarf kostet die gesamte Gesellschaft durch die bekannten Kosten einer Unter-, Fehl- und Überversorgung immense Kosten, die de facto vermeidbar wären. Gleichzeitig dazu, sollte eine realisierbare Versorgung dieser Populationsgruppe auch von nicht-klinischem Personal, wie in anderen Ländern gut dokumentiert worden ist, in Betracht gezogen werden. (Vostanis, 2014)

Bei den kommunal- und regierungsgeleiteten Unterkünften und Verwaltungsstrukturen

Mit großer Verwunderung und einem Schock hat das komplette Untersuchungsteam in der Erstaufnahmeeinrichtung die Zustände der Verwaltung, Versorgung und Unterbringung

der Familien wahrnehmen müssen. Während die Verantwortung für die Missstände von Kommunal- auf Regierungsebene in einem Wechsel geschoben wurde, ist es sehr verwunderlich und besorgniserregend, warum ein Land wie die Türkei, mit einem weitaus geringeren BIP, weitaus geringeren Fachkräften in Medizin, Psychiatrie und Forschung und vor allem mit weitaus geringeren Erfahrungen auf dem Gebiet der strukturierten und organisierten Aufnahme von Migranten (siehe Arbeitsmigranten Abkommen von Deutschland in den 60er Jahren), die größte und ideal organisierteste Erstaufnahmeeinrichtung der Welt aktuell führt (McClelland, 2014). Das hohe Engagement jeglicher Mitarbeiter der Verwaltung aus Regierungs- und Kommunalebene ist an dieser Stelle mit höchstem Lob und Anerkennung zu vermerken. Auch das Projekt hat durchweg positive Resonanz auf allen Ebenen der Verwaltungs- und Regierungsebene erhalten.

In der klinischen, stationären Versorgung sei es in der somatischen, der sozialpädiatrischen oder psychiatrischen Versorgung im Kindes- und Jugendbereich sind Adaptionen und Serviceoptimierungen für das vorgestellte Patientenkontext erforderlich.

29% der Kinder leiden unter einer PTBS mit einhergehenden Entwicklungsstörungen. Auch wenn wir noch nicht wissen, wie viele von diesen betroffenen Kindern ohne eine therapeutische Intervention symptomfrei werden, wird es dennoch höchstwahrscheinlich auch hier, so wie es aus der Fachliteratur zu entnehmen ist, ca. 30% der Kinder geben, die dringend einer adäquaten psychotherapeutischen Versorgung bedürfen. Das Ziel sollte es sein, eine chronifizierte Symptomatik mit Komorbiditätsentwicklung zu vermeiden, um die Lebensqualität und Funktionsfähigkeit dieser Kinder wiederherzustellen bzw. zu erhalten.

Die restriktive Migrations- und Flüchtlingspolitik Deutschlands (Meier-Braun, 2013; Polat, 2017), die sich mit Trotz der globalen und sozialen Realität versucht zu widersetzen, ist ein roter Faden deutscher Nachkriegsgeschichte (Polat, 2018), die auch in der gesundheitspolitischen Gegenwart seinen Preis hat. An dieser Stelle ist jegliche Realitätsverweigerung Wegweiser für kulturelle, strukturelle Gewalt und System inhärente Diskriminierung der neuen Mitbürger und ihrer Nachkommen (Galtung, 1998; Grant-Hayford, & Scheyer, 2016). Dieses schädliche Muster zeigte sich bereits in Deutschland nach der Arbeitsmigrationswelle der Gastarbeiter aus der Türkei, Griechenland und Italien in den 60er Jahren (Polat, 2018). Es ist eher empfehlenswert, aus der nahen Geschichte der Bundesrepublik zu lernen. Ein ehrlicher internationaler Vergleich mit anderen, erfolgreicherer Migrationsgesellschaften und deren Umgang mit Flüchtlingen und

Migranten, auch hinsichtlich einer kultursensiblen Gesundheitsversorgung, könnte ein erster Schritt hier sein.

Dringlich müssen die Versorgungsengpässe zunächst in den Erstaufnahmeeinrichtungen diesbezüglich im psychotherapeutischen, psychiatrischen und auch pädiatrischen Bereich verbessert und ausgebaut werden. Der Zustand ist ähnlich mit einem Wettlauf gegen die Zeit zu umschreiben. Nach wie vor muss auf einen Psychotherapieplatz nach einem Richtlinienverfahren ca. 19,9 Wochen gewartet werden (BPtK, 2018). Auch wenn laut des Bayerischen Staatsministeriums die psychiatrische Versorgung von Kindern- und Jugendlichen in Bayern konstant ausgebaut wird, (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2017), werden laut Hochrechnungen der Bundetherapeutenkammer insgesamt ca. 7000 neue psychotherapeutische Praxissitze benötigt, um die langen Wartezeiten im ambulanten Bereich zu verringern. Leider zeichnen die gesundheitspolitischen Entwicklungen aktuell keine Investments dieser Größenordnung für die nahe Zukunft auf, um hier schnelle Abhilfe zu verschaffen. Dieses Dilemma zwischen einem Versorgungsdruck in der Bevölkerung und Versorgungsengpässen in den medizinischen und psychotherapeutischen Einrichtungen wird eine gesamtgesellschaftliche Auswirkung haben. Das Gesundheitssystem ist an dieser Stelle aufgefordert, für die ernst zu nehmende Anzahl an Kindern- und Jugendlichen mit einer schweren Belastungssymptomatik, mit einer PTBS, mit einer Entwicklungsstörung kultur- und sprachensible Versorgungs- und Heilungsangebote zu kreieren und zu finanzieren. Die finanzielle Zusicherung der Übernahme von benötigten Dolmetscherdiensten bzw. das Anstellen eines hausinternen Dolmetscherdienstes wird dringendst zur Qualitäts- und Validitätssicherung der therapeutischen Arbeit empfohlen.

Auch die Bildungs- und Erziehungseinrichtungen wie Schulen, Kindergärten, Horten etc. sind zur Wachsamkeit, Achtsamkeit und einem professionell geschulten Umgang mit diesen Kindern und ihrer besonderen Bedarfssituation aufgerufen. Therapeutische Angebote können wie bereits erläutert besonders in diesen Settings gewinnbringend sein, da ein Therapieplatz für alle betroffenen Kinder einer Utopie gleicht. Die Digitalisierung und digital unterstützte Therapiekonzepte können eine Lösung bzw. Teillösung für den bestehenden Defizit an Hilfsangeboten darstellen. Bereits bestehende digitale Therapiemaßnahmen sollten für den Bereich der Traumatherapie Forschung transformiert und adaptiert werden. Der Einsatz und die Entwicklung von skalierbaren, digitalen Lösungen auch im

Gesundheitsversorgungs- und Therapiebereich sollten bestehenden Instanzen keine Angst, sondern Mut und Hoffnung machen

„Es gibt zu viele Flüchtlinge, sagen die Menschen.
Es gibt zu wenig Menschen, sagen die Flüchtlinge.“
(Ferstl, n.d.)

Literaturverzeichnis

- Abdallah-Steinkopff, (2017) *Zusammenarbeit mit Dolmetschern*. In. Liedl, A., Böttche, M., Abdallah-Steinkopff, C., & Knaevelsrud, C. (Hrsg.). *Psychotherapie mit Flüchtlingen - neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse*, Schattauer, Klett-Cotta.
- Achenbach, T. M. (1966). *The classification of children's psychiatric symptoms: a factor-analytic study*. *Psychological Monographs* 80, 1-37.
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross- informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-232.
- Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist 4-18 and Profiles*. Burlington, Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 profile*. Burlington, Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach, T. M., Dumenci, L., & Rescorla, L. (2000). *Ratings of Relations Between DSM-IV Diagnostic Categories and Items of the CBCL 1.-5, LDS and C-TRF*. Burlington, University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families, University of Vermont.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2000). *CBCL 1.-5 & C-TRF Profiles*. Burlington, University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families, University of Vermont.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2001). *Manual for ASEBA School-Age Forms and Profiles*. Burlington, Research Center for Children, Youth and Families, University of Vermont.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2003). *Manual for ASEBA Adult Forms and Profiles*. Burlington, Research Center for Children, Youth and Families, University of Vermont.

- Alisic, E., Zalta, A. K., Van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G.S., Hassanpour, K., & Smid, G.E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204, 335–340.
- Alter und Trauma (2020). *Aus (Flucht)Erfahrungen lernen*. Retrieved from <https://www.alterundtrauma.de/basiswissen/krieg-und-kriegsfolgen/aus-fluchterfahrungen-lernen.html>
- Andreß, H. J., Hagenaaars, J. A., & Kühnel, S. (1997). *Analyse von Tabellen und kategorialen Daten*. Springer Berlin.
- Angelou, M. (1986). *And still I rise*. Virago.
- APA - American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR*. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- ARD – Allgemeines Rundfunk Deutschland (2015). *Flüchtlinge in Deutschland*. Retrieved from <https://www.tagesschau.de/inland/fluechtlinge-deutschland-123.html>
- Arnold, J. (2010). *Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Pflegekindern: Psychische Belastung, posttraumatische Symptomatik und kindliche Verhaltensauffälligkeiten*. {Dissertation}, LMU München, Fakultät für Psychologie und Pädagogik.
- Aroche, J., & Coello, M. (2016). *Das komplexe Wechselspiel zwischen Bindung, Kultur und Flüchtlingstrauma*. In: Britsch, K. H. (Hrsg.). *Bindung und Migration*. Stuttgart: Klett-Cotta, 129-158.
- Assion, H. J. (2005). *Migration und seelische Gesundheit*. Springer, Heidelberg.
- Ataca, B., & Berry, J. W. (2002). Psychological, sociocultural, and marital adaptation of Turkish immigrant couples in Canada, *International Journal of Psychology*, 37(1), 13-26.
- AWMF – Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (2019). *S2k – Leitlinie: Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung*. Retrieved from

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-0271_S2k_Diagnostik_Behandlung_akute_Folgen_psychischer_Traumatisierung_2019-10.pdf

AWMF – Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (2020). *Posttraumatische Belastungsstörung Leitlinie S3*. Retrieved from https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/155-0011_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2020-02_1.pdf

Bade, K. J. (1994). *Das Manifest der 60. Deutschland und die Einwanderung*. Beck Verlag.

Bade, K. J., & Oltmer, J. (2005). *Migration und Integration in Deutschland seit der Frühen Neuzeit*. In: Beier-de Haan, R. (Hrsg.): *Zuwanderungsland Deutschland – Migrationen 1500-2005*. Berlin, Deutsches Historisches Museum.

Bade, K. J. (2017). *Migration, Flucht, Integration. Kritische Politikbegleitung von der „Gastarbeiterfrage“ bis zur „Flüchtlingskrise“*. *Erinnerungen und Beiträge*. Karlsruhe, von Loeper Literaturverlag.

BaMF - Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2006). *Migrationsbericht*. Retrieved from https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/Migrationsberichte/migrationsbericht-2006.pdf?__blob=publicationFile&v=12

BaMF - Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2015). *Verteilung der Asylbewerber*. Retrieved from <http://www.bamf.de/DE/Migration/AsylFluechtlinge/Asylverfahren/Verteilung/verteilung-node.html>

BaMF - Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2019a). *Das Bundesamt in Zahlen. Asyl*. Retrieved from https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/BundesamtinZahlen/bundesamt-in-zahlen-2019-asyl.pdf?__blob=publicationFile&v=4

BaMF - Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2019b). *Ablauf des deutschen Asylverfahrens*. Retrieved from https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/AsylFluechtlingsschutz/Asylverfahren/das-deutsche-asylverfahren.pdf?__blob=publicationFile&v=14

- Baron, J., & Schriefers, S. (2015). *Versorgungsbericht: Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland*. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer
- Bartl, H., Pfoh, G., Kotoučová, M., & Hagl, M. (2015). Efficacy of an integrative CBT for prolonged grief disorder: a long-term follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 106-112.
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration (2015). *Zahlen & Fakten*. Retrieved from <http://www.zukunftsministerium.bayern.de/migration/asyl/index.php>
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2017). *Huml: Psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird weiter verbessert – Bayerns Gesundheitsministerin beim Spatenstich der Bezirkskliniken Mittelfranken in Ansbach*. [stmgp.bayern.de](http://www.stmgp.bayern.de), Retrieved from <https://www.stmgp.bayern.de/presse/huml-psychiatrische-versorgung-von-kindern-und-jugendlichen-wird-weiter-verbessert-bayerns/>
- Bean, T. M., Eurelings-Bontekoe, E., & Spinhoven, P. (2007). Course and predictors of mental health of unaccompanied refugee minors in the Netherlands: one-year follow-up. *Social Science Medical*, 64(6), 1204–15.
- Becke, S. (2017). *Die Erfindung des Traumas – verflochtene Geschichten*. Berlin: Ed. Freitag.
- Behrens, D. (2015). *Financing Strategies for TST-R Project*. {Unpublished internal document}, George Washington University.
- Bellis, M.A, Hughes, K., Leckenby, N., Hardcastle, K.A., Perkins, C., & Lowey, H. (2014). Measuring mortality and the burden of adult disease associated with adverse childhood experiences in England: a national survey. *Journal of Public Health*, 37(3), 445-454.
- Berekoven, L., Eckert, W., & Ellenrieder, P. (2009). *Marktforschung: Methodische Grundlagen und praktische Anwendung*. Wiesbaden: Springer Gabler.

- Berger, M. W. (2019). *Childhood exposure to trauma costs society \$458 billion annually*, Penn Today, Retrieved from <https://penntoday.upenn.edu/news/childhood-exposure-trauma-costs-society-458-billion-annually>
- Betancourt, T. S., Newnham, E. A., Layne, C. M., Kim, S., Steinberg, A. M., Ellis, H., & Birman, D. (2012). Trauma History and Psychopathology in War-Affected Refugee Children Referred for Trauma-Related Mental Health Services in the United States. *Journal of Traumatic Stress, 25*, 682-690.
- Bezo, B., & Maggi, S. (2018). Intergenerational perceptions of mass trauma's impact on physical health and well-being. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 10*(1), 87–94.
- Blackmore, R., Gray, K. M., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasinha, S., Fitzgerald, G., Misso, M., & Gibson-Helm, M. (2020). Systematic Review and Meta-analysis: The Prevalence of Mental Illness in Child and Adolescent Refugees and Asylum Seekers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 59*(6), 705-714.
- Blaze, J., Asok, A., & Roth, T. L. (2015). The long-term impact of adverse caregiving environments on epigenetic modifications and telomeres. *Front Behav Neurosci, 9*, 79.
- BMZ - Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2015). *Flüchtling, Asylsuchender, Binnenvertriebener, Klimamigration, UNHCR*. Retrieved from https://www.bmz.de/de/was_wir_machen/themen/Sonderinitiative-Fluchtursachen-bekaeempfen-Fluechtlinge-reintegrieren/hintergrund/definition_fluechtling/index.html
- BMVG - Bundesministerium für Verteidigung (2020). *Fluchtursachen*. Retrieved from https://www.bmz.de/de/was_wir_machen/themen/Sonderinitiative-Fluchtursachen-bekaeempfen-Fluechtlinge-reintegrieren/hintergrund/definition_fluechtling/index.html
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*. Basic Books.
- BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (2015). *Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen*. Retrieved from

https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20150916_bptk_standpunkt_psychische_erkrankungen_fluechtlinge.pdf

BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (2017). *Psychotherapeutic Care for Refugees in Europe*. Retrieved from http://www.npce.eu/mediapool/113/1137650/data/20171006/psychotherapeutic_care_for_refugees_in_europe.pdf

BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (2018). *Wartezeiten 2018*. Retrieved from https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf

BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (2019). *Standpunkt: Psychische Erkrankungen Flüchtlinge*. Retrieved from https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20150916_bptk_standpunkt_psychische_erkrankungen_fluechtlinge.pdf

Böck Buhmann, C., Nordentoft, M., Ekstroem, M., Carlsson, J., & Mortensen, E. L. (2018). Long-term treatment effect of trauma-affected refugees with flexible cognitive behavioral therapy and antidepressants, *Psychiatry Res*, 264, 217-223.

Böhler, H. (2004). *Marktforschung*. Stuttgart: Kohlhammer.

Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychology* 59, 20–28.

Bonanno, G.A., Westphal, M., & Mancini, A.D. (2010). Resilience to Loss and Potential Trauma. *The Annual Review of Clinical Psychology*. 7, 511-535.

Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Berlin, Springer.

Brandenburg, P., Wildenau, G., & Peer, N. (2015). Ärzte in der Flüchtlings-Erstaufnahme: Frühe Versorgung ermöglichen. *Deutsches Ärzteblatt*, 112(38). Retrieved from <http://mobile.aerzteblatt.de/print/172044.htm>

Bradby, H., Lebano, A., Hamed, S., & Gil-Salmerón, A. (2020). Policy Makers', NGO, and Healthcare Workers' Accounts of Migrants' and Refugees' Healthcare Access Across

- Europe—Human Rights and Citizenship Based Claims. *Frontiers in Sociology*. 5(16), 10.3389/fsoc.2020.00016.
- Breuer, F. (2020). *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*, VS Verlag.
- Brickenkamp, R., Schmidt-Atzert, L., & Liepmann, D. (2010). *D2-R. Aufmerksamkeits- und Konzentrationstest*. Hogrefe.
- Brisch, K. H. (2006). *Bindungsstörungen und Trauma*. In Brisch, K. H., & Hellbrügge, T. (Hrsg.). *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern*. 2. Aufl. Stuttgart, Klett-Cotta.
- Bronstein, I., & Montgomery, P. (2011). Psychological Distress in Refugee Children: A Systematic Review. *Clinical Child Psychology Review*, 14, 44-56.
- Brown, D. W., Anda, R.F., Tiemeier, H., Felitti, V. J., Edwards, V.J., Croft, J. B., Giles, W. G. (2009). Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(5), 389-396.
- Bruhn, M., Rees, S., Mohsin, M., Silove, D., & Carlsson, J. (2017). The Range and Impact of Postmigration Stressors During Treatment of Trauma-Affected Refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 206.1.10.1097.
- Brückl, T. M., & Binder, E.B. (2017). Folgen früher Traumatisierung aus neurobiologischer Sicht. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol*, 11, 118–132.
- Bryant, R. A. (2011). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: a systematic review. *Journal Clinical Psychiatry*, 72, 233-249.
- Bryant, R. A., Edwards, B., Creamer, M., O'Donnell, M., Forbes, D., Felmingham, K. L., Silove, D, Steel, Z., Nickerson, A., McFarlane, A. C., Van Hooff, M., & Hadzi-Pavlovic, D. (2018). The effect of post-traumatic stress disorder on refugees' parenting and their children's mental health: a cohort study. *The Lancet Public Health*, 3(5), 249-258.
- Bundesausländerbeauftragte (2015). *Asylbewerber*. Retrieved from <http://www.bundesauslaenderbeauftragte.de/asylbewerber.html>

- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2019). Begriffsbestimmungen und Erläuterungen. Flüchtling, Asylsuchender, Binnenvertriebener, Klimamigrant, UNHCR, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. https://www.bmz.de/de/themen/Sonderinitiative-Fluchtursachen-bekaempfen-Fluechtlinge-reintegrieren/hintergrund/definition_fluechtling/index.jsp
- Bundes Psychotherapeuten Kammer (2015). *BPtK-Standpunkt. Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen*. Berlin.
- Butollo, W., & Maragos, M. (2012). *Gutachterstelle zur Erkennung psychischer Störungen bei Asylbewerbern: Abschlussbericht*. {unpublished report}, Ludwig-Maximilians-Universität München, Department Psychologie.
- Cartwright, K., El-Khani, A., Subryan, A., & Calam, R. (2015). Establishing the feasibility of assessing the mental health of children displaced by the Syrian conflict. *Global Mental Health*, 2(8), 1-13.
- Catani, C., Jacob, N., Schauer, E., Kohila, M., & Neuner, F. (2008). Family violence, war, and natural disaster: A study of the effect of extreme stress on children's mental health in Sri Lanka. *BMC Psychiatry*, 8(33), 10.
- Catani, C. (2010). War at Home - a Review of the Relationship between War Trauma and Family Violence. *Verhaltenstherapie*, 20, 19-27.
- Centre for Posttraumatic Mental Health (2013). *Australian Guidelines for the Treatment of Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. Phoenix Australia, Melbourne, Victoria.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic Events and Posttraumatic Stress in Childhood. *Arch Gen Psychiatry*, 64(5), 577–584.
- Cutolo, M., Giusti, M., Foppiani, L., Seriola, B., Briata, M., Bisso, A., Faelli, F., Felli, L., Prete, C., Pizzorni, C., & Sulli, A. (2000). The hypothalamic-pituitary-adrenocortical and gonadal axis function in rheumatoid arthritis. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 59(2), II/65–II/69.

- DaCosta, J. M. (1871). On Irritable Heart; a Clinical Study of a Form of Functional Cardiac Disorder and its Consequences. *American Journal of Medical Sciences*, 61, 2-53.
- DeGPT (n.d.). *Akute Belastungssyndrome*. Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie. Retrieved from <https://www.degpt.de/informationen/fuer-betroffene/trauma-und-traumafolgen/posttraumatische-beschwerden/akute-belastungsreaktion/>
- Deutsches Ärzteblatt (2015). *Mediziner beklagen unzureichende Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen*. Retrieved from <http://mobile.aerzteblatt.de/news/63736.htm>
- Deutscher Bundestag (2015). Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Jan Korte, Kerstin Kassner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 18/5617 – *Aufnahme von syrischen Flüchtlingen zum Stand Mitte 2015*, Retrieved from <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/057/1805799.pdf>
- Deutscher Bundestag (2016). *Sachstand: Posttraumatische Belastungsstörung. Zahlen sowie Aspekte geschlechtsspezifischer Behandlungsangebote*. Retrieved from <https://www.bundestag.de/resource/blob/490504/8acad12ffbf45476eecdfeff7d6bd3f4/wd-9-069-16-pdf-data.pdf>
- Derluyn, I., & Broekaert, E. (2008). Unaccompanied refugee children and adolescents: the glaring contrast between a legal and a psychological perspective. *International Journal of Law Psychiatry*, 31(4), 319–30.
- Derogatis, L. R. (2000). *Brief Symptom Inventory (BSI) 18. Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis, MN, NCS Pearson.
- De Haene, L., Dalgaard, N. T., Montgomery, E., Grietens, H., & Verschueren, K. (2013). Attachment Narratives in Refugee Children: Interrater Reliability and Qualitative Analysis in Pilot Findings From a Two-Site Study. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 413-417.
- De Young, A. C., & Scheeringa, M. S. (2018). *PTSD in children 6 years and younger*. In Stoddard, F. J., Benedek, D. M., Milad, M. R., & Ursano R. J. (Eds.), *Primer on series. Trauma- and stressor-related disorders*, 85–102.

- DGPPN (2018). Dossier. Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung. Dgppn.de, Retrieved from https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/f80fb3f112b4eda48f6c5f3c68d23632a03ba599/DGPPN_Dossier%20web.pdf
- DIE LINKE (2015). *Aufnahme von syrischen Flüchtlingen zum Stand Mitte 2015*. Retrieved from <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/057/1805799.pdf>
- Dietz, B., & Holzapfel, R. (1999). *Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund: Kinder in Aussiedlerfamilien und Asylbewerberfamilien- alleinstehende Kinderflüchtlinge*. München, Deutsches Jugendinstitut.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., & Schulte-Markwort, M. (2000). *Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis*. (3. Aufl.). Bern, Huber.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (2013). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10*. Klinisch-diagnostische Leitlinien. München, Huber.
- DIMDI (2014). *ICD-10-GM Version 2014*. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Retrieved from <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2014/block-f90-f98.htm>
- DIMDI (2015). *ICD-10-GM Version 2015*. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Retrieved from <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2015/block-f40-f48.htm>
- DIMDI (2016). *ICD-10-GM Version 2015*. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Retrieved from <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/kode-suche/htmlamtl2016/block-f40-f48.htm>

- Döpfner, M., Berner, W., Flechtner, H., Lehmkuhl, G., & Steinhausen, H. C. (1999). *Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D)*. Hogrefe Verlag.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Petermann, F., & Scheithauer, H. (2002). *Diagnostik psychischer Störungen: Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*. Göttingen, Hogrefe.
- Doherty, A. (2018). Circadian rhythms and mental health: wearable sensing at scale. *The Lancet Psychiatry*, 5(6), 457–458.
- Domhardt, M., Münzer, A., Fegert, J. M., & Goldbeck, L. (2014). Resilience in survivors of child sexual abuse: a systematic review of the literature. *Trauma, Violence & Abuse*. In. Bundesgesundheitsministerium.de, Retrieved from https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Abschlussbericht_Therapieangebote_fuer_traumatisierte_Kinder.pdf
- Dorsch (n.d.). *Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)*, Dorsch Lexikon der Psychologie, Retrieved from <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/posttraumatische-belastungsstoerung-ptbs%20>
- dpa (2016). *Die Folgen des fünfjährigen Bürgerkriegs in Syrien*. Zeit.de, Retrieved from <https://www.zeit.de/news/2016-09/13/konflikte-die-folgen-des-fuenfjaehrigen-buergerkrieges-in-syrien-13060805>.
- Duden (n.d.). *Flucht*. In. Duden.de Dictionary. Retrieved from https://www.duden.de/rechtschreibung/Flucht_Ausbruch
- Dyregrov, A., Gjestad, R., & Raundalen, M. (2002). Children Exposed to Warfare: A Longitudinal Study. *Journal of Traumatic Stress*, 15(1), 59-68.
- DW – Deutsche Welle (2020). Syrien: Düstere Aussichten für 2020. *dw.com*, Retrieved from <https://www.dw.com/de/syrien-dustere-aussichten-für-2020/a-51613029>
- ECHO - European Commission's Humanitarian Aid and Civil Protection department (2015). *Five Years into Exile*. Retrieved from

<http://www.care-international.org/uploaddocument/news/publications/english/care%20five%20years%20into%20exile%20exec%20summary%202015%20print%20final%20recut.pdf>

Eells, T. D. (1999). Is there a cost offset to psychotherapy? *The Journal of psychotherapy practice and research*, 8(3), 243–247.

Ellert, G., Schafmeister, G., Germelmann, C. C., & Wawrzinek, D (2014). The ‘Empiric Research Map’ as a navigation assistant in the research process. *WiSt – Economic science. Journal for study and science*, 43(19), 516-522.

Eonomopoulou, A., Pavli, A., Stasinopolou, P., Giannopoulos, L.A., & Tsiodras, S. (2017). Migrant screening: Lessons learned from the migrant holding level at the Greek-Turkish borders. *Journal of infection and Public Health*, 10, 177-184.

Essau, C. A., Conradt, J. & Petermann, F. (1999). Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 27 (1), 37–45.

Fazel, M., & Stein, A. (2003). Mental health of refugee children: comparative study. *BMJ*, 327, 134.

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.

Fazel, M., Doll, H., & Stein, A. (2009). A School-Based Mental Health Intervention for Refugee Children: An Exploratory Study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(2), 297–309.

Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2011). Mental health of displaced and refugee children resettled in low-income and middle-income countries: Risk and protective factors. *Lancet*, 379, 250-65.

Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *Lancet*, 379, 266-82.

- Fazel, M., & Betancourt, T. (2017). Preventive mental health interventions for refugee children and adolescents in high-income settings. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2. 10.1016/S2352-4642(17)30147-5.
- Fazel, M. (2018). Psychological and psychosocial interventions for refugee children resettled in high-income countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(2), 117-123.
- Feldman, R., Vengrober, A., Eidelman-Rothman, M., & Zagoory-Sharon, O. (2013). Stress reactivity in war-exposed young children with and without posttraumatic stress disorder: relations to maternal stress hormones, parenting, and child emotionality and regulation. *Development and psychopathology*, 25(4), 943–955.
- FES (2020). *Flucht und Migration*, fes.de, Retrieved from <https://www.fes.de/themenportal-flucht-migration-integration>
- Ferstl, E. (n.d.). *Zitate von Ernst Ferstl*. Zitate.eu, Retrieved from <https://www.zitate.eu/autor/ernst-ferstl-zitate/110906>
- Fischer, G., & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. 4. Auflage, München, Reinhardt.
- Flatten, G., Gast, U., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Maercker, A., Reddemann, L. & Wöller, W. (2011). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung ICD-10: F43.1. *Trauma & Gewalt*, 3, 202–201.
- Flucht und Migration (2020). In *Wikipedia*. Retrieved from https://de.wikipedia.org/wiki/Flucht_und_Migration_über_das_Mittelmeer_in_die_EU
- Frommberger, U., Angenendt, J. & Berger, M. (2014). Posttraumatische Belastungsstörung – eine diagnostische und therapeutische Herausforderung. *Deutsches Ärzteblatt*, 11(5), 59–66.
- Friedman, P. (1948). The effects of imprisonment. *Acta Medica Orientalia*, 7, 163-167.
- Gadeberg, A. K., Montgomery, E., Frederiksen, H. W., & Norredam, M. (2017). Assessing trauma and mental health in refugee children and youth: a systematic review of

- validated screening and measurement tools, *The European Journal of Public Health*, 27(3), 439-446.
- Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M., & Neuner, F. (2006). Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(1), 12–20.
- Galtung, J. (1998). *Kulturelle Gewalt*. In: Frieden mit friedlichen Mitteln. Friedens- und Konfliktforschung, 4, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gammouth, O. S., Al-Smadi, A. M., Tawalbeh, L. I., & Khoury, L. S. (2015). Chronic Diseases, Lack of Medications, and Depression Among Syrian Refugees in Jordan, 2013-2014. *Preventing Chronic Disease*, 12(10), 01-09.
- Gardemann, J. (2005). *Kinder auf der Flucht: Zur Gesundheitssituation von Flüchtlingskindern in ihren Herkunftsländern und im Aufnahmeland Deutschland*. In: Borde, T., & David, M. (Hrsg.). Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund: Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit. Frankfurt am Main, Mabuse.
- 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), 224–231.
- Gavranidou, M. (2009). *Gesundheitliche Situation von Migrantenkindern*. In: Frank, R. (Hrsg.). Kinder zwischen den Kulturen. Migration, Integration und seelische Gesundheit. München, Hans Marseille.
- Gavranidou, M. (2011). *Kulturspezifische Besonderheiten*. In: von Hagen, C., & Schwarz, H. P. (Hrsg.). Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart, Kohlhammer.
- Gavranidou, M. (2017). *Migration*. In: Liedl, A., Böttche, M., Abdallah-Steinkopff, B., & Knaevelsrud, C. (Hrsg.). Psychotherapie mit Flüchtlingen - neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse. Das Praxisbuch für Psychotherapeuten und Ärzte, Stuttgart, Schattauer.

- Gerritsen, A. A. M., Bramsen, I., Devillé, W., van Willigen, L. H. M., Hovens, J. E., & van der Ploeg, H. M. (2006). Use of health care services by Afghan, Iranian, and Somali refugees and asylum seekers living in the Netherlands. *European Journal of Public Health*, 16(4), 394–9.
- Giacco, D., Laxhman, N., & Priebe, S. (2018). Prevalence of and risk factors for mental disorders in refugees. *Seminars in Cell & Developmental Biology*, 77, 144-152.
- Gibbs, J. T., & Huang, L. N. (2003). *Children of Colour: Psychological Interventions with Culturally Diverse Youth*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Giordano, F., Boerchi, D., & Maragel, M. (2014). *Risk and protection in mental health among Syrian children displaced in Lebanon*. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/271073198_Risk_and_protection_in_mental_health_among_Syrian_children_displaced_in_Lebanon
- Goodwin, R. D., & Stein, M. B. (2004). Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the united states. *Psychological Medicine* 34(3), 509–520.
- In. Brückl, T.M., & Binder, E.B. (2017). Folgen früher Traumatisierung aus neurobiologischer Sicht. *Forensic Psychiatric Psychological Criminology*, 11, 118–132.
- Government of Turkey (2013). *Syrian Refugees in Turkey, 2013: Field Survey Results*. Received from <https://reliefweb.int/report/turkey/syrian-refugees-turkey-2013-field-survey-results>
- Grant-Hayford, N., & Scheyer, V. (2016). *Strukturelle Gewalt verstehen*. Gestaltung-Institut für Friedenstheorie und Friedenspraxis, Retrieved from <https://www.galtung-institut.de/papers/G-I-WP-2016-06-SG.pdf>
- Greer, D., Grasso, D. J., Cohen, A., & Webb, C. (2014). Trauma-focused treatment in a state system of care: Is it worth the cost? Administration and Policy in Mental Health, *Adm Policy Ment Health*, 41(3), 317-323.
- Groh, E. M. (2010). *Die psychische Belastung bei Pflegekindern*. {Dissertation} LMU, München.

- Grove, N. J., & Zwi, A. B. (2005). Our health and theirs: Forced migration, othering, and public health. *Social Science & Medicine*, 62(8), 1931-42.
- Habetha, S., Bleich, S., Sievers, C., Marschall, U., Weidenhammer, J., & Fegert, J.M. (2012). *Deutsche Traumafolgekostenstudie. Kein Kind mehr – kein(e) Trauma(kosten) mehr?*
- Hedar, M. (2017). Mental health during the Syrian crisis: How Syrians are dealing with the psychological effects. *International Review of the Red Cross*, 99(3), 927–935.
- Haffner, J., Esther, C., Münch, H., Parzer, P., Raue, B., Steen, R., Klett, M., & Resch, F. (1998). *Verhaltensauffälligkeiten im Einschulungsalter: Ergebnisse einer epidemiologischen Studie*. Beiträge zur regionalen Gesundheitsberichterstattung, Rhein-Neckar, Heidelberg.
- Han, P. (2016). *Soziologie der Migration. Erklärungsmodelle, Fakten, politische Konsequenzen, Perspektiven*. 4., Konstanz, UVK Verlagsgesellschaft mbH; UVK Lucius. UTB Soziologie.
- Hanson, J. L., Nacewicz, B. M., Sutterer, M. J., Cayo, A. A., Schaefer, S. M., Rudolph, K. D., Shirtcliff, E. A., Pollak, S. D., & Davidson, R. J. (2015). Behavioral Problems After Early Life Stress: Contributions of the Hippocampus and Amygdala. *Biological Psychiatry*, 77(4), 314-323.
- Hassan, G., Kirmayer, L. J., Mekki- Berrada, A., Quosh, C., el Chammay, R., Deville-Stoetzel, J. B., Youssef, A., Jefee-Bahloul, H., Barkeel-Oteo, A., Coutts, A., Song, S., & Ventevogel, P. (2015). *Culture, Context and the Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Syrians: A Review for Mental Health and Psychosocial Support staff working with Syrians Affected by Armed Conflict*. Geneva: UNHCR.
- Haversiek-Vogelsang, S. (2006). Traumatisierte Flüchtlingskinder Therapeutische Behandlung im Spannungsfeld von individueller Bewältigung und kinderrechtlichem Notstand, *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 14(1), 191–204.
- Heeren, M., Wittmann, L., Ehlert, U., et al. (2016). Psychopathologie und Aufenthaltsstatus. *Forum Psychoanal*, 32, 135–149.

- Hegar, R., & Mielck, A. (2010). 'Subjektiver sozialer Status'. Stellenwert für die Untersuchung und Verringerung von gesundheitlicher Ungleichheit. *Präv. Gesundheitsf*, 5, 389-400.
- Heran, N. S., Song, J. K., Namba, K., et al. (2006). The utility of DynaCT in neuroendovascular procedures. *AJNR Am J Neuroradiol*, 27, 330-332.
- Hermansson, A. C., Timpka, T., & Thyberg, M. (2003). The long-term impact of torture on the mental health of war-wounded refugees: findings and implications for nursing programmes. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 17(4), 317–24.
- HFB (n.d.). *Flucht und Vertreibung*. Historisches Forum Bayern, Retrieved from <https://www.historisches-forum.bayern.de/historisch-politische-themen/flucht-und-vertreibung/>
- Hiller, R. M., Meiser-Stedman, R., Fearon, P., Lobo, S., McKinnon, A., Fraser, A., & Halligan, S. L. (2016). Research Review: Changes in the prevalence and symptom severity of child post-traumatic stress disorder in the year following trauma – a meta-analytic study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(8), 884-898.
- Hirsch, H. (2005). *Flucht und Vertreibung – Erinnerung und Gegenwart*. {Vortrag am 02.03.2005 im Bayrischen Landtag}, Retrieved from https://books.google.de/books/about/Flucht_und_Trauma.html?id=1ScrCwAAQBAJ&redir_esc=y
- HPRT (2020). *Harvard Program in Refugee Trauma*. hpert-cambridge.org, Retrieved from <http://hpert-cambridge.org>
- Hocking, F. (1970). Psychiatric aspects of extreme environmental stress. *Diseases of the Nervous System*, 31, 1278–1282.
- Holt, T., Cohen, J., Mannarino, A., & Jensen, T. K. (2014). Parental Emotional Response to Children's Traumas. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 23(10), 1057-1071.
- Homan, P., Levy, I., Feltham, E. et al. (2019). Neural computations of threat in the aftermath of combat trauma. *Nat Neurosci*, 22(3), 470-476.

- Hosmer, D., & Lemeshow, S. (2000). *Applied logistic regression*. Wiley New York.
- Huisman, E. R. C. M., Morales, E., van Hooff, J., & Kort, H. S. M. (2012). Healing environment: A review of the impact of physical environmental factors on users. *Building and Environment*, 58, 70-80.
- IBM (2013). *SPSS Statistics for Windows*, Version 22.0. Armonk, NY, IBM Corp.
- ICD-Code (2015). *ICD-10-GM*. Retrieved from <https://www.icd-code.de/icd/code/F43.2.html>
- ICD-Code (2018). *ICD-11-MMS*. Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/Help/Get/Caveat/en>
- ICD-Code (2019). *F43.1*. Retrieved from <https://www.icd-code.de/icd/code/F43.1.html>
- Index Mundi (2020). *Altersstruktur Syrien*. Indexmundi.com, Retrieved from <https://www.indexmundi.com/de/syrien/altersstruktur.html>
- IMC (2017). *Syria Crisis*. International Medical Corps, Received from <https://internationalmedicalcorps.org/wp-content/uploads/2017/07/Syria-Crisis-Addressing-Mental-Health.pdf>
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., & Wittchen, H. U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Nervenarzt*, 85, 77–87.
- Jacobsen, K., & Landau, L. B. (2003). The Dual Imperative in Refugee Research: Some Methodological and Ethical Considerations in Social Science Research on Forced Migration. *Disasters*, 27(3), 185-206.
- Jäger, P., Claassen, K., Schillen, P., Lembcke, H., Leyendecker, B., Ott, N., Brand, A., & Busch, J. (2018). Psychische Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen mit Fluchthintergrund im kommunalen Vorsorgesetting – Potenziale der Schuleingangsuntersuchung. *Zeitschrift für Flüchtlingsforschung*, 2, 231-261.
- Kamolz, S., Reif, A., & Wiesbeck, A. (2003). Die Posttraumatische Belastungsstörung - Teil 2: Kosten, Komorbiditäten und Therapie. *Krankenhauspsychiatrie*, 14(4), 149–155.

- Kaufman, A. S., & Kaufman, N. L. (1983). *Kaufman assessment battery for children: interpretive manual*. Circle Pines, MN, American Guidance Service, Inc.
- Keilson, H. (1997). *Psychiatrie und Man-made-disaster*. In Pöldinger, W., & Zapotoczky, H. G. (Hrsg.). *Der Erstkontakt mit psychisch kranken Menschen*. Springer, Wien.
- Keilson, H. (2005). *Sequentielle Traumatisierung: Untersuchung zum Schicksal jüdischer Kriegswaisen*. Gießen, Psychosozial.
- Kessler, R., Sonnega, S., Bromet, E.J., Hughes, M., & Nelson, C. (1996). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 52, 1048-60.
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., Aguilar-Gaxiola, S., Alhamzawi, A. O., Alonso J., Angermeyer, et al. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO world mental health surveys. *Br J Psychiatry*, 197(5), 378–385.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Evelyn J. Bromet, Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J., Levinson, D., Navarro-Mateu, F., Pennell, B., Piazza, M., Posada-Villa, J., Scott, K. M., Stein, D. J., Ten Have, M., Torres, Y., Viana, M. C., Petukhova, M. V., Sampson, N. A., Zaslavsky, M. A., & Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8, 5-11.
- Kherallah, M., Alahfez, T., Sahloul, Z., Khaldoun Dia Eddin, K., & Jamil, G. (2012). Health care in Syria before and during the crisis. *Avicenna J Med*, 2(3), 51–53.
- Kindertraumainstitut (2016). *Materialien*. Kindertraumainstitut.de, Retrieved from <https://www.kindertraumainstitut.de/de/Materialien/>
- Kindertraumainstitut (2019). *Screening- und Diagnoseinstrumente*. Kindertraumainstitut.de, Retrieved from https://www.kindertraumainstitut.de/userfiles/files/Trauma-Screening_Diagnose_KJ_2_2019.pdf

- Kizilhan, J., & Bermejo, I. (2009) *Migration, Kultur, Gesundheit*. In: Bengel, J., & Jerusalem, M. (Hrsg.). *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie*, Bern, Huber
- Kizilhan, J. (2018). *Psychologie der Migration*. In: Machleidt, W., Kluge, U., Sieberer, M. G., & Heinz, A. (Hrsg.). *Praxis der Interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie* (2. Ausgabe), Urban & Fischer.
- Koenen, K., Ratanatharathorn, A., Ng, L., Bromet, E., Stein, D., Karam, E., Ruscio, A., Benjet, C., Scott, K., Atwoli, L., Petukhova, M., Lim, C., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bunting, B., Ciutan, M., de Girolamo, G., & Kessler, R. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological medicine*, 47, 1-15.
- Kolle, K. (1958). Die Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung in psychiatrischer Sicht. *Der Nervenarzt*, 29, 148-158.
- Koenigs, M., & Grafman, J. (2009). Posttraumatic Stress Disorder: The Role of Medial Prefrontal Cortex and Amygdala. *The Neuroscientist: a review journal bringing neurobiology, neurology and psychiatry*, 15, 540-548.
- Komanek, V. (2008). *Klassifikation psychischer Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter. Ein Vergleich dimensionaler und kategorialer Systeme*, Bern.
- Knipper, M., & Bilgin, Y. (2009). *Migration und Gesundheit*. Sankt Augustin, Berlin: Konrad-Adenauer-Stiftung.
- Kramer, S. N. (1981). *History begins at Sumer: Thirty-nine firsts in man's recorded history*. Philadelphia, University of Philadelphia Press.
- Kuß, A., Wildner, R., & Kreis, H. (2014). *Marktforschung: Grundlagen der Datenerhebung und Datenanalyse*. Wiesbaden, Springer Gabler.
- LÄK & LPtK BaWü (2011). *Ambulante medizinische, psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung von traumatisierten Migrantinnen in Baden-Württemberg*. Landesärztekammer & Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Retrieved from www.lpk-bw.de

- Lalchandani, S., MacQuillan, K., & Sheil, O. (2001). Obstetric profiles and pregnancy outcomes of immigrant women with refugee status. *Irish Medical Journal*, 94(3), 79–80.
- Landolt, M. A. (2005). Die posttraumatische Belastungsstörung im Kindes- und Jugendalter. *Praxis der Rechtspsychologie. Themenschwerpunkt Posttraumatische Belastungsstörung im Kindes- und Jugendalter*, 15, 10-27.
- Landolt, M. A. (2012). *Psychotraumatologie des Kindesalters: Grundlagen, Diagnostik und Interventionen*. Göttingen, Hogrefe.
- Lanfranchi, A. (2006). Kinder aus Kriegsgebieten in europäischen Einwanderungsländern: Trauma, Flucht, Schule, Therapie. *Systeme*, 20(1), 82-102.
- LeBrocq, R. M., Hendrikz, J., & Kenardy, J. A. (2010). The course of posttraumatic stress in children: examination of recovery trajectories following traumatic injury. *J Pediatr Psychol*, 35(6), 637-645.
- Lennertz, I. (2011). *Trauma und Bindung bei Flüchtlingskindern: Erfahrungsverarbeitung bosnischer Flüchtlingskinder in Deutschland*. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Levant, R. G., House, A. T., May, S., & Smith, R. (2006). Cost offset: Past, present, and future. *Psychological Services*, 3, 195–207.
- Lewis, G. (2007). *Saving mothers' lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer, 2003–2005*. London, Confidential Enquiry into Maternal and Child Health.
- Liedl, A., Böttche, M., Abdallah-Steinkopff, B., & Knaevelsrud, C. (2017). *Psychotherapie mit Flüchtlingen - neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse*. Das Praxisbuch für Psychotherapeuten und Ärzte. Stuttgart, Schattauer.
- Lindert, J., Brähler, E., Wittig, U., Mielck, A., & Priebe, S. (2008). Depressivität, Angst und Posttraumatische Belastungsstörung bei Arbeitsmigranten, Asylbewerbern und Flüchtlingen – Systematische Übersichtsarbeit zu Originalstudien. *Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie*, 48, 109–122.

- LPB (2020). Flüchtlinge und Schutzsuchende in Deutschland. Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg, Retrieved from <https://www.lpb-bw.de/fluechtlingsproblematik>
- Lolk, M., Byberg, S., Carlsson, J., & Norredam, M. (2016). Somatic comorbidity among migrants with posttraumatic stress disorder and depression – a prospective cohort study. *BMC Psychiatry*, 16, 10.1186/s12888-016-1149-2.
- Machleidt, W. & Calliess, I. T. (2003). *Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von Migranten und Transkulturelle Psychiatrie*. In: Berger, M. (Hrsg.) *Psychiatrie und Psychotherapie*. (2. Aufl.), München, U. & F.
- Maercker, A., & Karl, A. (2005). *Posttraumatische Belastungsstörung: Klassifikation und Diagnostik*.
- Maercker, A., & Lalor, J. (2012). Diagnostic and clinical considerations in prolonged grief disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 167–176.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R.A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L.M., Humayan, A., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S. C., First, M. B., & Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12, 198-206.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., Van Ommeren, M., & Saxena, S. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *The Lancet*, 381(9878), 1683–1685.
- Maercker, A. (2013). *Posttraumatische Belastungsstörungen*, Springer-Verlag, Heidelberg.
- Maercker, A. (2015). *Die neuen Trauma- und Belastungsdiagnosen des ICD-11: Konsequenzen für das Diagnostizieren und Therapieren*. Retrieved from https://www.dgtd.de/fileadmin/user_upload/issd/tagung_2015/nachlese/dgtd_dresden-2015_workshop_maercker.pdf
- Maercker, A. (2019). *Traumafolgestörung*. 5. Auflage, Springer, Berlin.

- Malhotra, N. K., Birks, D., & Wills, P. (2012). *Marketing Research: An Applied Approach*. Harlow, Pearson.
- Markard, N. (2012). *Kriegsflüchtlinge - Gewalt gegen Zivilpersonen in bewaffneten Konflikten als Herausforderung für das Flüchtlingsrecht und den subsidiären Schutz*. Mohr Siebeck, Tübingen.
- Masmas, T. N., Møller, E., Buhmannr, C., Bunch, V., Jensen, J. H., & Hansen, T. N. (2008). Asylum seekers in Denmark: a study of health status and grade of traumatization of newly arrived asylum seekers. *Torture*, 18(2), 77–86.
- Masten, A. S., & Narayan, A. J., (2012). Child Development in the Context of Disaster, War, and Terrorism: Pathways of Risk and Resilience. *Annual Review of Psychology*, 63, 227-257.
- Mayring, P. (2007). Designs in qualitativ orientierter Forschung. *Journal für Psychologie*, 15, 1-10.
- McClelland, M. (2014). How to Build a Perfect Refugee Camp. *The New York Times*.
Received from
<https://www.nytimes.com/2014/02/16/magazine/how-to-build-a-perfect-refugee-camp.html>
- Medico (2019). *Fluchtursachen. Warum Menschen fliehen*. Medico international. Retrieved from <https://www.medico.de/warum-menschen-fliehen-16487/>
- Meier-Braun, K. H. (2013). *Deutschland Einwanderungsland*. In: Karl-Heinz Meier-Braun und Reinhold Weber, Hrsg. Migration und Integration in Deutschland. Begriffe – Fakten – Kontroversen. Bonn, Bundeszentrale für Politische Bildung.
- Middelhoff, P. (2015). *Sechs Gründe für die steigenden Flüchtlingszahlen*. Zeit.de. Retrieved from
<https://www.zeit.de/politik/deutschland/2015-08/fluechtlinge-prognose-deutschland-europa/komplettansicht>

- Mika, J., Abdallah-Steinkopff, B., & Gavranidou, M. (2015). Die Exploration der Krankheitskonzepte von Flüchtlingen bezüglich ihrer Posttraumatischen Belastungsstörung. *Psychotherapeutenjournal*, 14(2), 134-145.
- Mokdad, A. H., et al. (2016) Health in times of uncertainty in the eastern Mediterranean region, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet Global Health*, 4(10), E704-E713.
- Mollica, R. F. (2006). *Healing Invisible Wounds: Paths to Hope and Recovery in a Violent World*. Vanderbilt University Press.
- Montgomery, E. (2011). Trauma, exile and mental health in young refugees. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 124, 1–46.
- Mottier, G. (1951). Mottier-Test. Über Untersuchungen zur Sprache lesegestörter Kinder. *Folia Phoniatr Logop*, 3, 170–177.
- Müller, E. (2014). *Bayerns Asylpolitik: menschlich und verantwortungsbewusst*. Retrieved from https://www.stmas.bayern.de/imperia/md/content/stmas/stmas_inet/infoblatt_1505.pdf
- Nader, K. O. (1997). *Assessing traumatic experiences in children*. In Wilson, J. P., & Keane, T. M. (Hrsg.). *Assessing psychological trauma and PTSD*, The Guilford Press.
- Nader, K.O., Newman, E., Weathers, F.W., Kaloupek, D.G., Kriegler, J.A., & Blake, D.D. (2004). *National Center for PTSD Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA) Interview Booklet*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Interviewer's Guide. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Naglieri, J. A. (2008). *NNAT3. Naglieri Nonverbal Ability Test*. Perason.
- Neuner, F., Schauer, M., Karunakara, U., Klaschik, C., Robert, C., & Elbert, T. (2004). Psychological trauma and evidence for enhanced vulnerability for posttraumatic stress disorder through previous trauma among West Nile refugees. *BMC Psychiatry*, 4, 34.

- Nicholson, B. L. (1997). The influence of pre-emigration and postmigration stressors on mental health: A study of Southeast Asian refugees. *Social Work Research*, 21(1), 19–31.
- Nickerson, A., Bryant, R. A., Brooks, R., Steel, Z., Silove, D., & Chen, J. (2011). The Familial Influence of Loss and Trauma on Refugee Mental Health: A Multilevel Path Analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 24(1), 25-33.
- Niederland, W. G. (1968). Psychiatric disorders among persecution victims: A contribution to the understanding of concentration camp pathology and its aftereffects. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 139, 458-474.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos Medicine*, 9(11), e1001349.
- Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal Consult. Clinical Psychology*, 60, 409–418.
- Özer, S., Sirin, S., & Oppedal, B. (n.d.). *Bahcesehir Study of Syrian Refugee Children in Turkey*. Retrieved from <http://www.fhi.no/dokumenter/4a7c5c4de3.pdf>
- Oppenheim, H. (1889). *Die traumatischen Neurosen*. Berlin, Hirschwald.
- Oswald, W. D., & Roth, E. (1987). *ZVT. Zahlen-Verbindungs-Test*. Hogrefe, Göttingen.
- Park, M., Katsiaficas, C., & McHugh, M. (2018). Responding to the ECEC Needs of Children of Refugees and Asylum Seekers in Europe and North America. *Migration Policy Institute*, Received from https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjlgf3B_aLqAhVQe8AKHSUNAZ8QFjAAegQIARAB&url=https%3A%2F%2Fwww.migrationpolicy.org%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fpublications%2FECECforRefugeeChildren_FINALWEB.pdf&usq=AOvVaw10t4c_a0X01q39Jw8GDkL7
- Park, Y. M. (2019). Chronotype Is Associated with Emotional Dysregulation Influenced by Childhood Trauma: A Retrospective Study. *Chronobiology in Medicine*, 1(1), 21–25.

- Pawils, S., Metzner, F., Wlodarczyk, O., Ewen, J., Christalle, E., & Lotzin, A. (2017). *Therapieangebote für psychisch traumatisierte, von Gewalt betroffene Kinder und Jugendliche in Deutschland*. {Wissenschaftliches Gutachten}, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Retrieved from https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Abschlussbericht_Therapieangebote_fuer_traumatisierte_Kinder.pdf
- Petzold, H. G. (2002). *Kernkonzepte der Integrativen Therapie*. Retrieved from www.fpi-publikationen.de/polyloge/Petzold-Kernkonzepte-Polyloge-02-2002.pdf
- Perkonig, A., Kessler, R., Storz, S., & Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand*, 101, 46-59.
- Perkonig, A., Pfister, H., Stein, M.B., Höfler, M., Lieb, R., Maercker, A., et al. (2005). Longitudinal course of posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and young adults. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1320-1327.
- Pervanidou, P., Kolaitis, G., Charitaki, S., Margeli, A., Ferentinos, S., Bakoula, C., et al. (2007). Elevated morning serum interleukin (IL)-6 or evening salivary cortisol concentrations predict posttraumatic stress disorder in children and adolescents six months after a motor vehicle accident. *Psychoneuroendocrinology*, 32, 991– 999.
- Perry, B. D., & Szalavitz, M. (2013). *Der Junge, der wie ein Hund gehalten wurde: Was traumatisierte uns über Leid, Liebe und Heilung lehren können: Aus der Praxis eines Kinderpsychiaters*. München, Kösel.
- Peterman, F., & Peterman, U. (2011). *WISC-IV. Wechsler Intelligence Scale for Children*. In: Wechsler, D. (Hrsg.). WISC-IV, Pearson.
- Phillimore, J. (2015). Delivering maternity services in an era of superdiversity: the challenges of novelty and newness. *Ethnicity and Racial Studies*, 38(4), 568–82.
- Polat, A. (2017). *Migration und Soziale Arbeit. Wissen, Haltung, Handlung. Grundwissen Soziale Arbeit*. Stuttgart, Kohlhammer Verlag.

- Polat, A. (2018). *Migration*. Socialnet.de, Retrieved from https://www.socialnet.de/lexikon/Migration#quelle_ref
- Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA*, 294(5), 602–612.
- Pro Asyl (2015). *Zahlen und Fakten 2014*. Retrieved from <http://www.proasyl.de/de/themen/zahlen-und-fakten/>
- Pro Asyl (2019). *Zahlen und Fakten 2019*. Retrieved from <https://www.proasyl.de/thema/fakten-zahlen-argumente/>
- Provençal, N., & Binder, E. B. (2015). The effects of early life stress on the epigenome: from the womb to adulthood and even before. *Exp Neurol*, 268, 10–20.
- Raithel, J. (2008). *Quantitative Forschung*. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, Wiesbaden.
- Råssjö, E. B., Byrskog, U., Samir, R., & Klingberg-Allvin, M. (2013). Somali women's use of maternity health services and the outcome of their pregnancies: a descriptive study comparing Somali immigrants with native-born Swedish women. *Sex Reprod Health*, 4(3), 99–106.
- Raven, J. C., Raven, J., & Court, J.H. (2001). *CMP. Raven's Progressive Matrices and Vocabulary Scales*. In. Bulheller, S., & Häcker, H. O. (Hrsg.). CPM. Pearson.
- Regestein, Q. R., & Monk T. H. (1995). Delayed sleep phase syndrome: a review of its clinical aspects. *Am J Psychiatry*, 152, 602–608.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. H., & Poustka, F. (2006). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV*. Huber.

- Renner, G., Rothermel, C., & Krampen, G. (2008). Befunde zur Reliabilität und Validität des Mottier-Tests in einer klinisch-sozialpädiatrischen Stichprobe. *Sprache Stimme Gehör*, 32, 30-35.
- RKI (2019). *Migration und Gesundheit*. Rki.de, retrieved from https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Migration/migration_node.html
- Roenneberg, T., & Merrow, M. (2016). The Circadian Clock and Human Health. *Current Biology*, 26(10), 432–443.
- Rössel-Cunovic, M. (2006). Adoleszenz und Identitätsentwicklung von Jugendlichen in Flüchtlingsfamilien – eine Annäherung. In: Regner, F., & Heckel, U. (Hrsg.). *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 1+2/ 22006.
- Romer, G. (2012). Psychotherapie für Flüchtlingskinder, *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 40(2), 79–82.
- Rosner, R., & Steil, R. (2013). Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. *DNP – Der Neurologe & Psychiater*, 14(1), 1-10.
- Rosner, R., & Unterhitzberger, J. (2019). *Posttraumatische Belastungsstörung*. In: Schneider, S., Margraf, J. (Hrsg.). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Band 3; Berlin, Springer.
- Ruf, M., Schauer, M. & Elbert, T. (2010). Prävalenz von traumatischen Stresserfahrungen und seelischen Erkrankungen bei in Deutschland lebenden Kindern von Asylbewerbern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39(3), 151–160.
- Ruf-Leuschner, M., Roth, M., & Schauer, M. (2014). Traumatisierte Mütter – traumatisierte Kinder? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 43, 1-16.
- Sachse, S., & Suchodoletz, W. (2008). Early identification of language delay by direct language assessment or parent report? *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 29, 34-41.

- SAPK (2018). *Child Mental Health*. Syrisch Arabische Psychiatrie Kammer, *Psysyr.org*. Retrieved from www.psysyr.org/
- Sass, H., Wittchen, H. U., Zaudig, M., & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen - Textrevision – DSM-IV-TR*. Göttingen, Hogrefe.
- Saxe, G., Stoddard, F., Courtney, D., Cunningham, K., Chawla, N., Sheridan, R. et al. (2001). Relationship between acute morphine and the course of PTSD in children with burns. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 915– 921.
- Schaal, S., & Elbert, T. (2006). Ten Years After the Genocide: Trauma Confrontation and Post-traumatic Stress in Rwandan Adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 19(1), 95-195.
- Schäfer, I., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Lotzin, A., Maercker, A., Rosner, R., & Wöller, W. (2019). *S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung*. Springer Verlag, Berlin.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Drell, M. J., & Larrieu, J. A. (1995). Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood [published correction appears in *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995 May;34(5):694]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34(2), 191-200.
- Scheeringa, M. S., Peebles, C. D., Cook, C. A., & Zeanah, C. H. (2001). Toward establishing procedural, criterion, and discriminant validity for PTSD in early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 52-60.
- Scheeringa, M. S., & Zeanah, C. H. (2005). *PTSD Semi-Structured Interview and Observational Record for Infants and Young Children*. Tulane University Health Sciences Center, New Orleans.
- Scheeringa, M. S., Weems, C. F., Cohen, J. A., Amaya-Jackson, L., & Guthrie, D. (2011). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three-through six-year-old children: A randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(8), 853-860.

- Scheeringa, M., Zeanah, C., & Cohen, J. (2011). PTSD in children and adolescents: Toward an empirically based algorithm. *Depression and anxiety*, 28, 770-782.
- Schmid, M., Fegert, J. M., & Petermann, F. (2010). Traumaentwicklungsstörung: Pro und Contra. *Kindheit und Entwicklung*, 19(1), 47-63.
- Schmidt, K., Gehringer, R., Gehrke-Beck, S., & Gensichen, J. (2018). Traumafolgestörungen in der Allgemeinmedizin. *Prim Hosp Care Allg Inn Med*, 18(12), 212-216.
- Schneider, S., Pflug, V., In-Albon, T., & Margraf, J. (2017). *Kinder-DIPS Open Access: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Bochum: Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit, Ruhr-Universität Bochum.*
- Schultz, D. (2007). *Ressourcen- und resilienzorienteerte Arbeit mit migrierten Patientinnen und Patienten.* In: Borde, T., & David, M. (2007). *Migration und psychische Gesundheit: Belastungen und Potentiale.* Frankfurt am Main, Mabuse.
- Selvi, Y., Aydin, A., Boysan, M., Atli, A., Agargun, M. Y. & Besiroglu, L. (2010). Associations between chronotype, sleep quality, suicidality and depressive symptoms in patients with major depression and healthy controls. *Chronobiology International*, 27(9–10), 1813–1828.
- Sendker, M. (2020). *Frontex warnt vor neuer Eskalation.* Tagesschau.de. Retrieved from <https://www.tagesschau.de/ausland/frontex-warnung-101.html>
- Seume, J. G. (n.d.). *aphorismen.de*, retrieved from <https://www.aphorismen.de/zitat/11762>
- Sheidow, A. J., Jayawardhana, J., Bradford, W. D., Henggeler, S. W., & Shapiro, S. B. (2012). Money matters: Cost-effectiveness of juvenile drug court with and without evidence-based treatments. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 21, 69-90.
- Sirin, S. R., & Rogers-Sirin, L. (2015). *The Educational and Mental Health Needs of Syrian Refugee Children.* Washington, DC, Migration Policy Institute.
- Sluzki, C. E. (2001). *Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen.* *Transkulturelle Psychiatrie.* Psychiatrie-Verlag, Bonn.

- Small, R., Gagnon, A., Gissler, M., Zeitlin, J., Bennis, M., & Glazier, R. (2008). Somali women and their pregnancy outcomes postmigration: data from six receiving countries. *BJOG International Journal Obstet Gynaecology*, 115(13), 1630–40.
- Schneider, S., Unnewehr, S., & Margraf, J. (2009). *Kinder-DIPS für DSM-IV-TR. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter*. (2. Auflage). Heidelberg, Springer.
- Schreier, H., Ladakakos, C., Morabito, D., Chapman, L., & Knudson, M. M. (2005). Posttraumatic stress symptoms in children after mild to moderate pediatric trauma: a longitudinal examination of symptom prevalence, correlates, and parent-child symptom reporting. *The Journal of trauma*, 58(2), 353–363.
- SMH (2020). *Health Indicators*. Syrian Ministry of Health, Received from <http://www.moh.gov.sy/Default.aspx?tabid=248&language=en-US>
- Soykoek, S. (2016). *Projektabschlussbericht Sozialpädiatrisches Traumazentrum für unbegleitete minderjährige Flüchtling (umFs)*. {unveröffentlichter Abschlussbericht}, TU München.
- Soykoek, S., Mall, V., Nehring, I., Henningsen, P., & Aberl, S. (2017). Post-traumatic stress disorder in Syrian children of a German refugee camp. *Lancet*, 389(10072), 903–904.
- Spitz, R. A. (1935). *Frühkindliches Erleben und Erwachsenenkultur bei den Primitiven*. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien.
- Spitz, R. A. (1945). *Hospitalism, The Psychoanalytic Study of the Child*, 1(1), 53-74.
- Statista (2018). Gesundheitsausgaben Türkei 2009. *Statista.com*. Received from <https://www.statista.com/statistics/893497/health-expenditure-as-share-of-gdp-in-turkey/>
- Statistisches Bundesamt (2015). *Gesundheit - Ausgaben 1995 bis 2011*. Destatis, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2020). *Migration und Integration*. Retrieved from https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/_inhalt.html

- Steil, R., & Füchsel, G. (2006). *IBS-KJ. Interviews zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Hofgrefe.
- Stillman, S., McKenzie, D., & Gibson, J. (2009). Migration and Mental health: Evidence from a Natural Experiment. *Journal of Health Economics*, 28(3), 677-687.
- Stam, R. (2007). PTSD and stress sensitisation: A tale of brain and body. Part 1: Human studies. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 31, 530-57.
- Straub, M. & Maier, T. (2007). *Therapieerwartungen und Krankheitskonzepte bei traumatisierten Migranten und Migrantinnen. Eine qualitative Studie*. Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer (afk) Zürich & Bundesamt für Migration.
- Suchodoletz, W., Sachse, S., Kademann, S., & Tippelt, S. (2012). *Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen. Der SBE-2-KT und SBE-3-KT für zwei- bzw. dreijährige Kinder*. Kohlhammer, Stuttgart.
- Terr, L. (1979). Children of Chowchilla: A study of psychic trauma. *Psychoanalytic Study of the Child*, 34, 552–623.
- Terr, L. (1981). Psychic trauma in children: observations following the Chowchilla school-bus kidnapping. *Am J Psychiatry*, 138, 14–19
- Terr, L. (1991). Childhood Trauma: An Outline and Overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20.
- The World Bank (2020). *World Development Indicators*. Received from <http://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators>
- Trickey, D., Siddaway, A.P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., & Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 32, 122-138.
- Tutus, D., & Goldbeck, L. (2016). Posttraumatic symptoms and cognitions in parents of children and adolescents with PTSD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 25, 997–1005.

UNHCR (1994). *Refugee Children: Guidelines on Protection and Care*. United Nations High Commissioner for Refugees, Retrieved from <http://www.refworld.org/docid/3ae6b3470.html>

UNHCR (2014). *Global Report. Middle North*. United Nations High Commissioner for Refugees, Retrieved from <http://www.unhcr.org/5575a7910.html>

UNHCR (2015a). *Global Trends: Forced Displacement in 2014. World at War*. United Nations High Commissioner for Refugees, Retrieved from <http://unhcr.org/556725e69.html>

UNHCR (2015b). *Weltweit fast 60 Millionen Menschen auf der Flucht*. United Nations High Commissioner for Refugees, Retrieved from <http://www.unhcr.de/home/artikel/f31dce23af754ad07737a7806dfac4fc/weltweit-fast-60-millionen-menschen-auf-der-flucht.html>

UNHCR (2015c). *Using Data to Protect Refugee Health*. United Nations High Commissioner for Refugees, Retrieved from <http://www.unhcr.org/pages/49c3646ce0.html>

UNHCR (2016). *Global Trends. Forces Displacement in 2016*. United Nations High Commissioner for Refugees, Retrieved from <https://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/5943e8a34/global-trends-forced-displacement-2016.html>

UNHCR (2018). *Global Trends. Forces Displacement in 2018*. United Nations High Commissioner for Refugees, Retrieved from <https://www.unhcr.org/5d08d7ee7.pdf>

UNHCR (2019). *Operational Portal. Refugee Situations*. United Nations High Commissioner for Refugees, Retrieved from <https://data2.unhcr.org/en/situations/syria?page=1&view=grid&Language%255B0%255D=1&Country%255B0%255D=224>

UNHCR (2020). *Trend of Registered Syrian Refugees*. Retrieved from <https://data2.unhcr.org/en/situations/syria>

- UNICEF (2015a). *Child refugee crisis in Europe will only grow if humanitarian needs in Syria and the region are not met, warns UNICEF*. United Nations Children's Fund, Retrieved from http://www.unicef.org/media/media_83168.html
- UNICEF (2015b). *UNICEF launches new appeal to support refugee and migrant children in Europe*. United Nations Children's Fund, Retrieved from http://www.unicef.org/media/media_85636.html
- UNO (2019a). *Zahlen & Fakten zu Menschen auf der Flucht*. United Nations, Retrieved from <https://www.uno-fluechtlingshilfe.de/informieren/fluechtlingszahlen/>
- UNO (2019b). *Fluchtursachen*. United Nations, Retrieved from <https://www.uno-fluechtlingshilfe.de/informieren/fluchtursachen/>
- UNO (2020). *Kinder auf der Flucht*. United Nations, Retrieved from <https://www.uno-fluechtlingshilfe.de/hilfe-weltweit/fluechtlingschutz/fluechtlingskinder/>
- UNRWA (2019). *Alienation and violence impact of the Syria crisis in 2014*. United Nations Relief and Works Agency, Received from http://www.unrwa.org/sites/default/files/alienation_and_violence_impact_of_the_syria_crisis_in_2014_eng.pdf
- Urban, D. (1998). *Logit Analyse*. Lucius Stuttgart.
- Urbanek, F. (2005). *Erziehungsberatung mit Flüchtlingsfamilien*. In: Jahrbuch für Erziehungsberatung Band 6, Weinheim und München, Juventa.
- Van EE, E., Kleber, R.J., & Mooren, T. T. M. (2012). War Trauma Lingers on: Associations between maternal posttraumatic stress disorder, parent-child interaction and child development. *Infant Mental Health Journal*, 33(5), 459-468.
- von Lersner, U., Rieder, H., & Elbert, T. (2008). Psychische Gesundheit und Rückkehrvorstellungen am Beispiel von Flüchtlingen aus dem ehemaligen Jugoslawien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37(2), 112–121.
- Vostanis, P. (2014). Meeting the mental health needs of refugees and asylum seekers. *The British Journal of Psychiatry*, 204, 176-177.

- Walter, J. (1998). *Psychotherapeutische Arbeit mit Flüchtlingskindern und ihren Familien*. In: Endres, M., Biermann, G. (Hrsg.). *Traumatisierung in Kindheit und Jugend*, München, Reinhardt.
- Wang, Y., Nomura, Y., Pat-Horenczyk, R. U. T. H., Doppelt, O., Abramovitz, R., Brom, D., & Chemtob, C. (2006). Association of direct exposure to terrorism, media exposure to terrorism, and other trauma with emotional and behavioral problems in preschool children. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 363-368.
- Wangdahl, J., Lytsy, P., Martensson, L., & Westerling, R. (2014). *Health literacy among refugees. Sweden: a cross-sectional study*, 14, 1030.
- Weiß, W., Kessler, T., & Gahleitner, S. B. (2016). *Handbuch Traumapädagogik*, Belz, Basel.
- Wenk-Ansohn, M, Scheef-Maier, G., & Gierlichs, H. W. (2013). *Zur Begutachtung psychisch-reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren*. In: Feldman, R. E., & Seidler, G. (Hrsg.). *Traum(a) Migration: Aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer*, Psychosozial Verlag.
- Welt-in-Zahlen (2020). *Syrien*. Welt-in-zahlen.de. Retrieved from <https://www.welt-in-zahlen.de/laendervergleich.phtml?indicator=21>
- Wentura, D., & Pospeschill, M. (2015). *Multivariate Datenanalyse*, Springer, Wiesbaden.
- Westphal, M., & Behrens, B. (2009). *Junge Flüchtlinge - ein blinder Fleck in der Migrations- und Bildungsforschung: Bildung junger Flüchtlinge als Randthema in der migrationspolitischen Diskussion*. In Krappmann, L., Lob-Hüdepohl, A., Bohmeyer, A., & Kurzke-Maasmeier, S. (Hrsg.). *Bildung für junge Flüchtlinge - ein Menschenrecht: Erfahrungen, Grundlagen und Perspektiven*, Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag.
- WHO (2012). *Assessing mental health and psychosocial needs and resources: Toolkit for major humanitarian settings*. World Health Organization & United Nations High Commissioner for Refugees. Geneva: WHO.
- WHO (2015a). *International Classification of Diseases (ICD)*. World Health Organization, Retrieved from <http://www.who.int/classifications/icd/en>

- WHO (2015b). *Regional Situation Report, September 2015 WHO response to the Syrian crisis*. World Health Organization, Retrieved from http://www.emro.who.int/images/stories/WHO_SitRep_September2015.pdf?ua=1
- WHO (2015c). *Syrian Arab Republic*. World Health Organization, Retrieved from <http://www.emro.who.int/countries/syr/index.html>
- WHO (2015d). World Health Organization, World Health Organization, *Frequently asked questions on migration and health*. Retrieved from <http://www.who.int/features/qa/88/en/>
- WHO (2018). *WHO releases new International Classification of Diseases (ICD 11)*. World Health Organization, Retrieved from [https://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., & Fratiglioni, L. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679.
- WMA (2013). *WMA Deklaration von Helsinki - Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen*, Retrieved from https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Helsinki_2013_20190905.pdf.
- Wünsche, P. (1999). *Ressourcen*. In: Woge e.V. und Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.). *Handbuch der sozialen Arbeit mit Kinderflüchtlingen*. Münster, Votum.
- Yasui, Y. (2017). *Amygdala and Jaw Movements: A Hodological Review*. In: Ferry, B. (Hrsg.). *The Amygdala*. IntechOpen.
- Yule, W. (1992). Post-traumatic stress disorder in child survivors of shipping disasters: sinking of the "Jupiter". *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57, 200-205.
- Yule, W., Bolton, D., Udwin, O., Boyle, S., O’Ryan, D., & Nurrish, J. (2000). The long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: The incidence and course of PTSD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 503-511.

Zito, D. (2010). *Traumatherapie mit jungen Flüchtlingen*, In: Dieckhoff, P. (Hrsg.).
Kinderflüchtlinge. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Anhang

Datensatz und Messinstrument können direkt bei der Autorin angefragt werden.

Eidesstattliche Erklärung



Eidesstattliche Versicherung

Von
Ellert, Seval

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Titel:

Gesundheitsstatus und Traumafolgestörungen bei syrischen Flüchtlingskindern.

Theoretische Annäherung und empirische Ergebnisse
aus einer Vollerhebung in München im Kontext von Flucht, Trauma, Familie
und Gesundheit.

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.

München, 11.04.2022

Dipl. Psych. Seval Ellert

Publikationsliste

Soykoek, S., Mall, V., Nehring, I., Henningsen, P., & Aberl, S. (2017). Post-traumatic stress disorder in Syrian children of a German refugee camp. *The Lancet*, 389(10072), P903-904.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30595-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30595-0)

Anmerkung: Die Publikation ist noch unter dem Mädchennamen der Autorin aufgeführt – Seval Soykök.