



Medizinisch-therapeutisch-pädagogische Standards

im Umgang mit Kindern und Jugendlichen
mit Fluchtbiographie

Stand November 2016

Medizinisch-therapeutisch-pädagogische Standards

**im Umgang mit Kindern und Jugendlichen
mit Fluchtbiographie**

IMPRESSUM

Beteiligte an der Arbeitsgruppe:

Karin **Bauer**, Sonja **Brauner**, Alexandra **Csar**, Sabine **Ebner**, Nicole **Grois**, Claudia **Hejl**, Regine **Jelenz**, Gabriela **Kernstock**, Sarah Teresa **Koller**, Christine **Koska**, Elisabeth **Kugler**, Verena **Plutzer**, Ferdinand **Sator**, Elisabeth **Schaffelhofer-Garcia Marquez**, Johanna **Sengschmid**, Klaus **Vavrik**.

Redaktion und Koordination:

Sarah Teresa **Koller** (Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit)

Medieninhaber und Herausgeber:

Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit
Graumanngasse 7/C-2, 1150 Wien

Cover:

Fotolia, © Lydia Stöckl

Das vorliegende Material steht zum kostenlosen Download unter www.kinderliga.at zur Verfügung.

Wien, November 2016

INHALTSVERZEICHNIS

1. VORWORT	4
2. EINLEITUNG – KINDERRECHTE Rechte von Kindern und Jugendlichen auf der Flucht <i>Elisabeth Schaffelhofer-Garcia Marquez</i>	6
3. SOMATISCHE GESUNDHEIT	
3.1. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett für geflüchtete Frauen aus Sicht einer Hebamme <i>Johanna Sengschmid</i>	10
3.2. Empfehlungen für medizinische Maßnahmen bei immigrierenden Kindern und Jugendlichen <i>Nicole Grois</i>	12
4. PSYCHISCHE GESUNDHEIT	
4.1. Kinder auf der Flucht - Voraussetzungen für psychisches Wohlergehen, Gesundheit und Gesundung <i>Christine Koska</i>	16
4.2. Psychotherapeutischer Bedarf für Kinder und Jugendliche mit Fluchtbiografie <i>Sonja Brauner</i>	19
5. GESUNDHEITSSTANDARDS IM BILDUNGSKONTEXT	
5.1. Erwünschte Standards für Kinder und deren Obsorgeberechtigte mit Fluchterfahrung in institutionellen Kinderbetreuungseinrichtungen für drei- bis sechs-jährige Kinder <i>ExpertInnengruppe der Plattform EduCare</i>	22
5.2. Standards für Kinder und Jugendliche mit Fluchtbiographie im Schulbereich <i>Elisabeth Kugler</i>	26
6. SPRACHLICHE ASPEKTE Flucht und Sprache: Standards für den Gebrauch von Sprache im Gesundheitsdiskurs und die Vermittlung des Deutschen als Zweitsprache <i>Verena Plutzar</i>	30
7. GESUNDHEITSPOLITISCHE FORDERUNGEN für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Fluchtbiographie <i>Klaus Vavrik und Sarah Koller</i>	36
8. AUTORINNEN	43

Vorwort

Die steigende Anzahl von Menschen, die sich auf der Flucht befinden und durch oder nach Österreich fliehen, stellen die zivilgesellschaftlichen und öffentlichen Ressourcen vor neue Herausforderungen. Laut Daten des Innenministeriums sind im Jahr 2015 insgesamt etwa 90.000 Anträge auf Asyl eingegangen, wobei rund ein Drittel davon Kinder und Jugendliche betrafen.

Viele von ihnen haben zu Hause und auf der Flucht vor Krieg und Verfolgung Schreckliches erlebt, haben schlechte hygienische Zustände in Notquartieren vorgefunden, sind erkrankt oder haben ein Familienmitglied verloren. In Österreich angekommen, stellen sich wieder neue Herausforderungen, wie Sprachbarrieren, Orientierungslosigkeit, Unterkunftssuche und Behördengänge. Erst nachdem die ersten Hürden im neuen Land bewältigt wurden und ein grundsätzliches Maß an Sicherheit und Stabilität besteht, können jene Menschen ihren traumatischen Erlebnissen Aufmerksamkeit schenken und sich dem eigenen, gesundheitlichen Zustand widmen.

Aus den UN-Kinderrechten, als international verbindliches Regelwerk, geht klar hervor, dass allen Kindern und Jugendlichen von 0-18 Jahren, die in Österreich leben, unabhängig von ethnischer Herkunft oder Asyl-Status eine möglichst hochwertige gesundheitliche Versorgung gleichermaßen zukommen muss. Im öffentlichen Diskurs rund um Kinder und Jugendliche mit Fluchtbiographie fehlen allerdings zumeist gesundheitliche Aspekte und umfassende Standards.

Um diese Lücke zu füllen haben wir innerhalb einer multiprofessionellen ExpertInnengruppe das Fachwissen aus der täglichen Arbeit und Erfahrungen im Umgang mit Kindern und Jugendlichen nach oder auf der Flucht zusammengetragen und Standards der medizinisch-therapeutisch-pädagogischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Fluchtbiographie in Österreich formuliert. Vieles muss noch von den verantwortlichen Behörden in Angriff genommen werden, um den hier beschriebenen Weg – von der Geburt, über die somatische, sowie psychische Gesundheit der geflohenen Kinder und Jugendlichen bis zum Besuch des Kindergartens, der Schule und den Spracherwerb in gesundheits-förderlicher Weise zu gestalten. Unser Gesundheitsverständnis geht hierbei von jener Definition der WHO aus, welcher unter Gesundheit das umfassende körperliche, geistig-seelische und soziale Wohlergehen meint.

Mit der vorliegenden Zusammenstellung von medizinisch-therapeutisch-pädagogischen Standards möchten wir einen Beitrag für das Wohlbefinden und die gesunde Entwicklung und Entfaltung der zu uns geflüchteten Kinder und Jugendlichen leisten und dafür sorgen, dass sie nicht durch fehlende oder mangelnde Förderung und Begleitung als „verlorene Generation“ am Rande der Gesellschaft stehen.

Die ExpertInnengruppe „Kinder und Jugendliche auf der Flucht und die Aspekte der Gesundheit“

Einleitung Kinderrechte

2. EINLEITUNG – KINDERRECHTE

Kinderrechte – Kinder und Jugendliche auf der Flucht

Elisabeth Schaffelhofer-Garcia Marquez

„Ist es Zufall? Segen? Glück? Wir sind hier in Österreich auf die Welt gekommen. Aber man sucht sich das Land seiner Geburt nicht aus. Kinder- und Jugendrechte gelten für alle gleich. Und was kann ich selbst tun? Nicht vergessen, wie es war, als ich selbst ein Kind war! Wann habe ich mich stark und groß gefühlt? Was hat mich zum Weinen gebracht? Und einfach alle Kinder und Jugendlichen ernst nehmen, ihnen zuhören und ihnen niemals wehtun. Dann gibt's keine halben Kinder und keine halben Menschen mehr“ - eigenes Statement auf www.keinehalbenkinder.at.

Kinder- und Jugendrechte sind eine besondere Gruppe von Menschenrechten – speziell und ausschließlich für junge Menschen unter 18 Jahren. Der Begriff „Kinderrechte“ alleine ist verkürzend und kann zu Missverständnissen führen, denn es geht immer um Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr. Für alle Menschen egal welchen Alters gelten die Allgemeinen Menschenrechte. Kinder und Jugendliche haben darüber hinaus noch diese speziellen Menschenrechte. **Menschenrechte**. Die werden nicht verliehen, die sind kein Gnadentat, die kann man deswegen auch nicht verlieren. Jeder junge Mensch in Österreich, in Syrien oder in Somalia ist - juristisch ausgedrückt - Rechtssubjekt, d.h. Träger und Trägerin von eigenständigen Menschenrechten.

Menschenrechte. Kinder und Jugendliche müssen vor Gewalt geschützt werden, sie müssen ausreichend versorgt werden (mit Nahrung, Wohnung, Bildung, Gesundheit), und sie haben ein Recht darauf, ihre Meinung zu äußern und Antwort zu bekommen. Es geht um Menschenrechte, und es geht um Kindsein. Die Konvention über die Rechte des Kindes definiert die weltweit gültigen Maßstäbe für eine kindgerechte Gesellschaft sowie die Aufgaben von Staat und Gesellschaft zur Durchsetzung dieser Rechte. Kinder- und Jugendrechte sind der kleinste gemeinsame Nenner von allen Staaten dieser Welt.

Und trotzdem ist es bei uns eine weit verbreitete Meinung, dass „die UN-Konvention für Österreich materiell nicht viel Neues gebracht“ habe, „weil die Rechte des Kindes schon vorher vorbildlich garantiert worden sind. [...] vieles darin ist vor allem für Entwicklungsländer von besonderer Bedeutung.“ (aus dem Vorwort des Buches der Volksanwaltschaft „Junge Menschen und ihre Rechte“). Fakt ist aber: Auch in Österreich werden tagtäglich Kinder- und Jugendrechte verletzt. Die gesetzliche Verankerung eines Gewaltverbotes in der Erziehung vor 27 Jahren hat leider noch nicht dazu geführt, dass keinem Kind bei uns Gewalt angetan wird. Gewalt an Kindern und Jugendlichen ist auch im reichen, entwickelten Österreich leider noch immer Alltagsrealität. Nur ein Beispiel.

Gleich alt wie das österreichische Gewaltverbot ist auch die „Konvention über die Rechte des Kindes“. Am 20. November 1989 wurde sie von der Generalversammlung der Vereinten Nationen angenommen. Daher gilt der 20. November als Internationaler Tag der Kinderrechte. In Österreich ist die Konvention am 5. September 1992 auf Stufe eines einfachen Bundesgesetzes in Kraft getreten. Das heißt, man konnte sich vor Behörden und Gerichten nicht unmittelbar auf die Konvention berufen. Seit 16. Februar 2011 sind einzelne zentrale Kinderrechte im „Bundesverfassungsgesetz über die Rechte von Kindern“, mit unmittelbarer Anwendbarkeit durch Gerichte und Verwaltungsbehörden, verankert.

Der Staat Österreich ist verpflichtet, sich an das Bundesverfassungsgesetz über die Rechte von Kindern zu halten. Im Stufenbau der Rechtsordnung stehen diese einzelnen Kinder- und Jugendrechte an oberster Stelle, sind Verfassungsgesetz. Aufgenommen wurden der Vorrang des Kindeswohls, der Anspruch auf Kontakt zu beiden Elternteilen, das Verbot von Kinderarbeit, das Recht auf angemessene Beteiligung und Berücksichtigung seiner Meinung, das Recht auf gewaltfreie Erziehung mit dem Recht auf angemessene Entschädigung und Rehabilitation für Opfer von Gewalt oder Ausbeutung, der Anspruch auf Schutz und Gleichbehandlung für Kinder mit Behinderung. Kein Wort hingegen zu sozialen Kinderrechten (Lebensstandard, Gesundheit, soziale Sicherheit), kein Wort zu kulturellen Kinderrechten (Bildung im

umfassenden Sinn, Freizeit und Spiel) und kein Wort zu bestimmten Zielgruppen wie Kindern und Jugendlichen auf der Flucht.

Gerade bei Kindern und Jugendlichen auf der Flucht werden ihre Menschenrechte regelmäßig und systematisch verletzt und missachtet. Der Artikel 2 der Kinderrechtskonvention scheint bei dieser besonders schutzbedürftigen Gruppe von jungen Menschen im politischen Geschehen außer Kraft gesetzt zu sein: nämlich dass es *keine Diskriminierung von Kindern und Jugendlichen geben darf auf Grund der Rasse, der Hautfarbe, dem Geschlecht, der Sprache, der Religion, der politischen oder sonstigen Anschauung, der nationalen, ethnischen oder sozialen Herkunft, des Vermögens, einer Behinderung, der Geburt oder des sonstigen Status des Kindes*. Offensichtliche kinderrechtliche Forderungen aus diesen Diskriminierungen sind: Erstens, die Kinder- und Jugendhilfe muss die Obsorge für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge ab dem ersten Tag in Österreich übernehmen. Und zweitens, die Tagsätze für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge gehören an das Niveau der Kinder- und Jugendhilfe angepasst.

Nur, um es nochmals zu verdeutlichen: Welche sind nun die grundlegenden Rechte von Kindern und Jugendlichen auf der Flucht? Klare Antwort: Alle Rechte der UN-Kinderrechtskonvention, denn alle Kinder und Jugendlichen haben die gleichen Rechte. Da bedarf es also gar keiner Unterscheidung zwischen den "Hiesigen" und den jungen Flüchtlingen. Fragen wir aber, welche Rechte bei Kindern und Jugendlichen auf der Flucht eher, stärker, leichtfertiger als bei österreichischen jungen Menschen verletzt werden, dann gibt es (leider) mehrere Antworten:

- *der Vorrang des Kindeswohls*
- *das Recht auf einen seiner körperlichen, geistigen, seelischen, sittlichen und sozialen Entwicklung angemessenen Lebensstandard*
- *der Anspruch auf besonderen Schutz und Beistand des Staates für Kinder ohne familiäres Umfeld*
- *das Recht auf angemessene Beteiligung und Berücksichtigung der Meinung des Kindes*
- *das Recht des Kindes mit Behinderung auf Schutz und Fürsorge, die seinen besonderen Bedürfnissen Rechnung tragen*
- *das Recht auf Bildung.*

Nehmen wir zuletzt noch die jüngste Asylnovelle, die am 1. Juni 2016 in Kraft getreten ist, als weiteres Beispiel für Kinderrechtsverletzungen: So wurden die Regelungen zum Nachzug von Familienangehörigen verschärft. Subsidiär Schutzberechtigte Jugendliche dürfen nun erst nach drei Jahren die Familienzusammenführung beantragen. Im Artikel 10 der UN-Kinderrechtskonvention heißt es dazu: *„Von einem Kind oder seinen Eltern zwecks Familienzusammenführung gestellte Anträge auf Einreise in einen Vertragsstaat oder Ausreise aus einem Vertragsstaat werden von den Vertragsstaaten wohlwollend, human und beschleunigt bearbeitet.“*

Es geht um „wohlwollende, humane und beschleunigte Familienzusammenführungen“. Die neue Bestimmung des Asylrechts verletzt hier klar die UN-Kinderrechtskonvention. Zu diesem Ergebnis kam übrigens auch das Deutsche Institut für Menschenrechte. In Österreich wurde von den Regierungsparteien argumentiert, dass diese Bestimmung der UN-Kinderrechtskonvention nicht im Verfassungsrang stehe. Und für die Asylnovelle nur geprüft werde, ob es keinen Widerspruch zur Verfassung gebe. Wohlwollend, human und beschleunigt. Genau solche Fortschritte bräuchte es im Sinne der Kinder- und Jugendrechte für alle Kinder und Jugendlichen in Österreich. Ohne Unterschied!

Somatische Gesundheit

3. SOMATISCHE GESUNDHEIT

3.1. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett für geflüchtete Frauen aus Sicht einer Hebamme

Johanna Sengschmid

Gesunde Frauen + gesunde Kinder = starke Familien

Die Situation von Frauen und Kindern während und nach einer Flucht unterscheidet sich in mancherlei Hinsicht von der Situation der Männer.

Neben den Belastungen durch Krieg in der Heimat, Verfolgungen, Verlust von familiären Bindungen, sowie den Bedingungen der langen und gefährvollen Flucht selbst, gibt es frauenspezifische Belastungen wie Vergewaltigungen, Genitalverstümmelung (FGM) und körperliche Gewalt.

Frauen und Kinder stehen meist in einem Abhängigkeitsverhältnis gegenüber den männlichen Familienmitgliedern. Die Rolle der Frau ist in vielen Kulturen traditionellerweise auf den häuslichen Bereich beschränkt. Das bedeutet aber auch, dass sich die Frauen für die Ernährung und Pflege ihrer Kinder hauptverantwortlich fühlen, ein Aspekt, der von großer gesundheitlicher Relevanz ist. Der Großteil der Frauen stillt ihre Kinder meist ein Jahr oder länger.

Schwangerschaft

Die Gesundheit der Kinder beginnt mit einer möglichst gesunden Mutter. Dafür bedarf es einer sorgfältigen Schwangerschaftsvorsorge der geflüchteten Frauen, welche im Rahmen der Grundversorgung über den Mutter-Kind-Pass möglich ist. Idealerweise wird diese von einer weiblichen Gynäkologin in Zusammenarbeit mit einer Hebamme und einem Dolmetsch, bzw. einer Dolmetscherin geleistet.

Je nach den lokalen Gegebenheiten sehen wir als Hebammen ab der Schwangerschaft vor allem folgende Möglichkeiten:

1.) Aufsuchende Betreuung in einem Notquartier oder in einer bestehenden Flüchtlingsunterkunft mit Wohneinheiten für Frauen und ihre Familien rund um die Geburt. Es wird ein Raum zur Verfügung gestellt und zu bestimmten Zeiten stellen ein praktischer Arzt, eine Gynäkologin, Kinderärztin, Hebamme ihre Expertise zur Verfügung.

2.) Ort mit Ambulanzcharakter in einer PHC- (Primary Health Care) Einrichtung oder einer anderen bestehenden Einrichtung, z.B. „AmberMed“. Ein multiprofessionelles Team plus DolmetscherIn stehen zur Verfügung, die Leistungen werden mit der örtlichen Krankenkasse abgerechnet.

3.) Niederschwellige Angebote für Schwangere und ihre Kinder können vor allem in bestehenden Eltern-Kind-Zentren (z.B. FEM-Süd, Nanaya) wahrgenommen werden. Der Austausch unter Frauen, gemeinsam mit Gesundheitslotsinnen wie beispielsweise beim Projekt MiMi (mit MigrantInnen für MigrantInnen, www.volkshilfe-wien.at/mimi_gesundheitslotsInnen) oder wibet (wir begleiten Therapie) und Hebammen entspannt die Frauen bei deren gemeinsamen Aktivitäten. Ehrenamtliche bringen sich ein und können so einzelne Familien begleiten und wie eine Patin zur Seite stehen.

Geburt

Eine Begleitung durch eine ehrenamtliche oder muttersprachliche Patin während der Geburt ist erwünscht. Dadurch kann einer relativ hohen Kaiserschnitttrate entgegengewirkt werden und die Möglichkeit einer spontanen Geburt mit einer positiven Geburtserfahrung steigt.

Da die Entlassung aus dem Krankenhaus oft schon nach zwei, drei Tagen erfolgt, ist die weitere Betreuung durch eine Hebamme von weittragender Bedeutung.

Wochenbett

Eine weiterführende Betreuung der Wöchnerinnen mit ihren Neugeborenen im Rahmen der Grundversorgung muss gewährleistet sein. Der Gesamtvertrag, abgeschlossen zwischen dem Österreichischen Hebammengremium und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger regelt die Bereitstellung und Sicherstellung der Leistungen durch freiberuflich tätige Hebammen im Versicherungsfall der Mutterschaft, siehe www.hebammen.at.

Bedingt durch die Tatsache, dass dies derzeit nicht durch die Kassenhebammen abgedeckt werden kann, sind Sonderregelungen für die Wahlhebammen, aber auch der Einsatz von Familienhebammen und in schwierigen Situationen des Teams der Frühen Hilfen notwendig.

Bedarf

- **Migrant/Innen-Gesundheitsdokumentation**
Eine zentrale Dokumentation und Erfassung des Gesundheitszustandes der Asylwerber/innen. Bei der Erstuntersuchung erhobene Daten stehen derzeit nicht zur Verfügung.
- **24 Stunden Hotline** für medizinische Belange für Betreuer/Innen in den Flüchtlingseinrichtungen.
- **Sprache:** Es gibt sprachlich und kulturell bedingte Informationsdefizite, die die Gesundheitsversorgung erschweren. Das Angebot von professionellen DolmetscherInnen und das System des Videodolmetschens muss ausgebaut werden. Ein **Geburtshilflicher Anamnesebogen** des Österr. Hebammengremiums ermöglicht mittels Fingerzeig oder Ankreuzen am Anamnesebogen den asylsuchenden Frauen auch ohne DolmetscherIn zu kommunizieren und ihre Beschwerden mitzuteilen.
- Dringender **Ausbau der Kassenstellen für Hebammen**. Bezirke, in denen die großen Flüchtlingsquartiere sind, gibt es weit und breit keine Kassenhebammen; Einbindung der „Frühen Hilfen“ und der Familienhebammen!
- Ein **Rund-um-die-Geburt-Haus**, also eine Betreuungseinrichtung, die ausschließlich Frauen mit ihren Familien über die Zeit ab dem Mutterschutz (32. SSW) bis nach der Geburt 6 Monate zur Verfügung gestellt wird. Kleine Wohneinheiten bieten den Geflüchteten Schutz in dieser sensiblen Zeit und erlauben mit ihren Kindern einen guten Start zu erleben. Hebammen können gemeinsam in einem interdisziplinären Team die anstehende Geburt und das Wochenbett vorbereiten, wobei auch die gute Ernährung eine wichtige Rolle spielen soll.

Im Rahmen der konkreten Arbeit der Hebammen mit geflüchteten Frauen hat sich die Initiative, bzw. Plattform „Refugee Midwifery Service Austria“ RMSA (Hebammenservice für Flüchtlinge Österreich) gebildet. Dieses Hebammenservice soll eine kostenlose kultursensible Betreuung für Frauen und ihre Kinder rund um die Geburt ermöglichen. www.RMSA.help

3.2. Empfehlungen für medizinische Maßnahmen bei immigrierenden Kindern und Jugendlichen

Nicole Grois

Das Referat für Transkulturelle Pädiatrie und die Arbeitsgruppe Pädiatrische Infektiologie der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde und die Arbeitsgruppe Flüchtlingskinder der Politischen Kindermedizin haben Empfehlungen für alle ÄrztInnen, die an unterschiedlichen Stellen in die medizinische Betreuung von Flüchtlingskindern und -jünglichen involviert sind, ausgearbeitet und in *Pädiatrie & Pädologie (Paediatr. Paedolog. Austria 2, 2016; 51:51-58)* publiziert. Ziel ist einen möglichst guten Gesundheitszustand der Flüchtlingskinder und -jünglichen zu gewährleisten und ansteckende, oder in Österreich wenig bekannte Krankheiten festzustellen und deren Verbreitung und Folgen zu minimieren. Beides ist wichtig für eine gute Integration in Kindergarten, Schule oder sonstige Ausbildungs- oder Arbeitsverhältnisse.

Den österreichischen Behörden wurde die dringende Einführung eines **Migranten-Gesundheits-Buches** zur Dokumentation von durchgeführten Untersuchungen, Therapien, Impfungen und relevanten Diagnosen empfohlen. Diese Migranten-Gesundheits-Dokumentation sollte den Kindern und Jugendlichen möglichst bald nach Einreise bzw. spätestens bei der Erstuntersuchung ausgestellt werden und sollte zur Sicherstellung des Informationsflusses bei jedem Arztbesuch mitgebracht werden. Bis dieses offizielle Migranten-Gesundheits-Buch zur Verfügung steht, sollten die ÄrztInnen auf die von der Arbeitsgruppe erstellte **Kommunikationsmappe** zurückgreifen (Download siehe: *Nützliche Links*).

Bei der Erarbeitung der Richtlinien wurden medizinisch wichtige und sinnvolle Maßnahmen vorgeschlagen. Die Umsetzung ist in der Realität teilweise aufgrund organisatorischer Probleme schwierig, ebenso ist die Finanzierung der hier empfohlenen Maßnahmen und Impfungen noch nicht restlos geklärt und Gegenstand von Verhandlungen der Behörden.

- a. Die **Akutversorgung** findet sofort nach Ankunft an den Grenzübergängen, Bahnhöfen, in den Notquartieren, Ambulanzen oder Krankenhäusern statt. Die personellen Ressourcen sind oft beschränkt, DolmetscherInnen nicht immer verfügbar. Auch der Status der Flüchtlinge ist oft nicht klar. Transitflüchtlinge sind nicht versichert. AsylwerberInnen sind nach Antragstellung und Aufnahme in die Grundversorgung versichert.

Während des Arztkontaktes sollen eine kurze fokussierte Eigenanamnese, Anamnese über Krankheiten von Kontaktpersonen und Familienanamnese ein klinischer Status erhoben, sowie die notwendige Behandlung oder Weiterversorgung eingeleitet werden. Es wird empfohlen den PatientInnen eine Kurzdokumentation zur Information für weiter behandelnde ÄrztInnen bezügl. relevanter Diagnosen und Therapien auszuhändigen (siehe *Nützliche Links*).

- b. Umgehend nach Ankunft sollten in den Erstaufnahmestellen und Verteilerquartieren die für AsylwerberInnen gesetzlich vorgeschriebenen **Erstaufnahme-Untersuchungen** (gemäß Art. 6 Abs. 1 Z 4 der Grundversorgungsvereinbarung - Art. 15a B-VG, Bund – Länder) durchgeführt werden. Aufgrund des zwischenzeitlich hohen Zustromes von AsylwerberInnen sind diese oft schon Monate in Österreich und noch nicht ärztlich untersucht. Eine Dokumentation der Erstuntersuchung durch die Behörden erfolgt, wird aber bislang den AsylwerberInnen nicht ausgehändigt und steht den nachbetreuenden ÄrztInnen nicht zur Verfügung.

Die offizielle **Erstaufnahmeuntersuchung** umfasst:

Anamneseerhebung mit Dolmetsch (mehrsprachige Anamnesebögen zum Download, siehe: *Nützliche Links*) inklusive Eigenanamnese, Familienanamnese, detaillierte Anamnese über Krankheiten von Kontaktpersonen und Impfstatus.

Eine **Klinische Untersuchung** nach den Vorgaben des BMG gemäß Art 6 Abs 1 Z4 der Grundversorgungsvereinbarung vom 14.10.2015 empfiehlt eine sehr knappe klinische Untersuchung

mit Fokus auf Kopf, Hals und Hände. Aus pädiatrischer Sicht sollte bei Kindern und Jugendlichen nach Möglichkeit immer ein kompletter Status mit besonderem Augenmerk auf Verletzungen und Misshandlungspuren erhoben werden (Dokumentation!).

Tuberkulose-Untersuchung

Gemäß einer Verordnung vom BMG im Oktober 2015 sollen **alle Kinder und Jugendlichen über 6 Jahre** einem **Lungenröntgen (Thoraxröntgen p.a.)** unterzogen werden. **Kinder unter sechs Jahren** werden weder mit Röntgen, noch immunologisch untersucht, weil die Durchführung einer Röntgenuntersuchung und das Ablesen des Hauttests aus organisatorischen Gründen (Weiterreise, Adressänderung) oft schwierig sind und weil Kinder erfahrungsgemäß keine relevante Quelle für Tuberkuloseübertragungen sind.

Sofern nicht geklärt werden kann, ob eine Lungenröntgenuntersuchung tatsächlich bereits durchgeführt wurde, ist im Zweifelsfall eine Lungenröntgenuntersuchung seitens der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörden zu veranlassen. Sollte eine Röntgenuntersuchung bei einem niedergelassenen Radiologen oder einem radiologischen Institut stattgefunden haben, so ist der Befund der Gesundheitsbehörde vorzulegen.

- c. Um eine möglichst rasche Integration in das österreichische Gesundheitssystem zu gewährleisten, sollten die immigrierenden Kinder- und Jugendlichen möglichst bald nach Ankunft in Österreich bei KinderärztInnen oder AllgemeinmedizinerInnen zur **Nach- und Weiterbetreuung** in den Ordinationen, Quartieren oder Spezialambulanzen vorgestellt werden. Bei diesen Besuchen sollen, sofern noch nicht erfolgt, die *Erstuntersuchungen* nachgeholt und eine *umfassendere Vorsorgeuntersuchung* durchgeführt werden. Weiters soll *die Kommunikationsmappe* angelegt werden, um bei Ortswechsel den Informationsfluss an weiter betreuende ÄrztInnen zu erleichtern. Außerdem ist der Impfstatus zu erfragen und es sind die empfohlenen *Impfungen* nachzuholen.

Empfohlen sind eine

- **Wiederholung oder Nachholen einer ausführlichen Anamnese** (mit Dolmetsch! fremdsprachige Anamnesebögen siehe nützliche Links) inklusive Verhaltensprobleme, Schlafstörungen, Enkopresis, Enuresis.
 - **Wiederholung oder Nachholen einer kompletten klinischen Untersuchung:** Größe, Gewicht mit Perzentilen (Malnutrition) mit besonderem Augenmerk auf Hautveränderungen (Parasiten, Infektionen, Verletzungen, Misshandlungsspuren), Genital (cave FGM), Lymphadenopathie, Hepato/Splenomegalie, Husten, Ödeme, psychomotorische Entwicklung.
 - **Nachholen der Tuberkuloseuntersuchung** wenn noch nicht erfolgt.
 - **Basis-Blut-/Serum-/Harn- Untersuchung.**
 - **Eine zahnärztliche Untersuchung und augenfachärztliche Untersuchung sind ebenfalls empfohlen.**
 - **Bei spezieller Indikation (TB-Verdacht, Anämie, Fieber, Splenomegalie, Verdacht auf Parasiten oder andere Infektionen, Verdacht auf eine Stoffwechsel-, -oder endokrine Störung sind weiterführende Untersuchungen und eine infektiologische tropenmedizinische Abklärung empfohlen.**
- d. **Vitamin D-Versorgung (25-Hydroxyvitamin D):** Vitamin-D-Mangel ist bei Immigranten aus südlichen Ländern häufig und sehr ausgeprägt. Daher wird eine generelle Substitution nach Ankunft und in den Wintermonaten empfohlen.
- e. Bei jedem ärztlichen Erstkontakt sollen der **Impfstatus** überprüft und **Nachholimpfungen** angeboten werden. **Prinzipiell muss bei unbekanntem Impfstatus (fehlende Dokumentation) von fehlenden Impfungen ausgegangen werden.** In den Herkunftsländern nicht vorgesehene Impfungen sollten

entsprechend dem österreichischen Impfplan nachgeholt werden. Laut einer aktuellen Empfehlung des Robert Koch Institutes können bei der Umsetzung von Nachholimpfungen bei Flüchtlingen ausnahmsweise mündliche Angaben zu erfolgten Impfungen auch ohne Impfdokumente berücksichtigt werden und müssen nicht nachgeholt werden, sofern sie als glaubwürdig eingeschätzt werden, z.B. bei Kindern aus Syrien, die vor Ausbruch des Krieges also vor 2010 geimpft wurden. (Konzept zur Umsetzung frühzeitiger Impfungen bei Asylsuchenden nach Ankunft in Deutschland DOI 10.17886/EpiBull-2015-011.4). Den Österreichischen Impfplan 2016 mit Empfehlungen für Impfungen für Personen ohne Impfdokumentation sowie die Impfstellen in den Bundesländern finden sich unter: *Nützliche Links*.

- f. Bei **Verdacht auf posttraumatische Störungen** ist eine **Überweisung zur psychologischen Evaluierung und therapeutische Betreuung erforderlich**. Mögliche Anlaufstellen sind: Ambulanz für Transkulturelle Psychiatrie/AKH, das Ambulatorium „Die Boje“ und das Behandlungszentrum HEMAYAT in Wien oder Mitglieder des österreichweiten „Netzwerkes für Interkulturelle Psychotherapie nach Extremtraumatisierung“ (siehe Nützliche Links). Dieses Angebot deckt zwar jedes Bundesland ab, ist aber dem aktuellen Bedarf keineswegs gewachsen. Die Wartezeiten sind meist viele Monate. Trotzdem sollte man **therapiebedürftige Kinder auf Wartelisten melden**, auch um den **Bedarf sichtbar zu machen**. Außerdem können Hilfestellung und Unterstützung bei der Organisation von sportlichen oder kreativen Aktivitäten helfen, die Wartezeit auf einen Therapieplatz zu überbrücken oder sogar selbsttherapeutisch wirksam sein.

g. Nützliche Links:

<p>Download PädiatriePädologie und Kommunikationsmappe : Homepage ÖGKJ: www.docs4you.at/Content.Node/Spezialbereiche/Fluechtlinge/index.php</p>
<p>Mehrsprachige Anamnesebögen für Migranten: www.medi-bild.de/hauptseiten/Materialien.html www.medknowledge.de/migration/tipdoc/anamnesebogen.htm</p>
<p>Mehrsprachige Impfaufklärungen vom Robert Koch Institut erhältlich über : www.kv-rlp.de/mitglieder/service/fluechtlinge/</p>
<p>Ratgeber zu Infektionskrankheiten: www.ages.at/service/service-oeffentliche-gesundheit/infektionskrankheiten-ratgeber-fuer-medizinisches-personal</p>
<p>Österreichischen Impfplan 2016- Impfungen für Personen ohne Impfdokumentation. www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Impfen/Oesterreichischer_Impfplan_2016</p>
<p>Impfstellen in Bundesländern www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/impfungen-beratung-impfstellen-bundeslaender.html</p>
<p>Empfehlungen des Robert Koch Institutes zum Konzept zur Umsetzung frühzeitiger Impfungen bei Asylsuchenden: www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/.../41_15.pdf</p>
<p>Empfehlungen des Robert Koch Institutes für medizinisches Personal: Akut Behandlungsbedürftige, für Deutschland ungewöhnliche Infektionskrankheiten, die bei Asylsuchenden auftreten können. www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/38_15_Artikel_Asylsuchende.html</p>
<p>Nationalen Impfpläne der Herkunftsländer: www.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/scheduleselect.cfm</p>
<p>Internationale Wachstumskurven: www.who.int/childgrowth/en</p>
<p>Österreichischen Leitlinie zur Tuberkulose - Umgebungsuntersuchung des Bundesministerium für Gesundheit www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/9/2/6/CH1478/.../leitlinienetbc_feb.pdf</p>
<p>Psychologische und Psychotherapeutische Betreuung: Netzwerkes für Interkulturelle Psychotherapie nach Extremtraumatisierung: www.nipe.or.at. Die Boje Wien: www.die-boje.at Ambulanz für Transkulturelle Psychiatrie: www.akhwien.at/default.aspx?pid=286</p>
<p>Nützliche Phrasen: www.refugeephasebook.de/medical-phrases/</p>

(cf. Paediatr. Paedolog. Austria 2,2016;51:51-58)

Psychische Gesundheit

4. PSYCHISCHE GESUNDHEIT

4.1. Kinder auf der Flucht - Voraussetzungen für psychisches Wohlergehen bzw. Gesundheit und Gesundung

Christine Koska

Nach dem Verlust der Heimat, von Freunden und Familie sowie zum Teil traumatisierenden Erlebnissen ist das Erlangen von äußerer Sicherheit die erste Voraussetzung zur psychischen Stabilisierung.

Daher benötigen Kinder, Jugendliche aber auch erwachsene Begleitpersonen Bedingungen im Aufnahmeland, die trotz vieler Unsicherheitsfaktoren möglichst viel Stabilität und Halt geben können.

Dazu ist Klarheit, Überschaubarkeit und Verlässlichkeit erforderlich. Es gilt zu helfen und zu unterstützen, ohne zu viel zu bevormunden, Möglichkeiten für erlebte wiedererlangte Selbstwirksamkeit in Teilbereichen zu schaffen, aber auch klar Verantwortung in anderen Bereichen zu übernehmen.

Wünschenswerte Standards für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF) aus jugendpsychiatrischer Sicht

Unterbringung in überschaubaren Wohneinheiten mit klaren Strukturen und Regeln. Sowohl Kinder, Jugendliche als auch erwachsene Familienmitglieder sind verunsichert, ängstlich und zum Teil traumatisiert. In den Quartieren interagieren diese Personen, je nach Temperament und Reaktionsform auf das Erlebte. Weiters spielen Vorurteile gegen andere Volksgruppen und bereits importierte Konflikte zwischen diesen eine Rolle.

Von den **Betreuenden** ist daher Übersicht und möglichst rasches Eingreifen und Klären bei Konflikten erforderlich. Dies ist nur schwer möglich, wenn die Wohneinheiten zu groß sind, außerdem erhöht sich durch übermäßige räumliche Beengtheit das Konfliktpotential. Für bereits traumatisierte Jugendliche können sich schwere Konflikte retraumatisierend auswirken.

Betreuung

BetreuerInnen, bzw. PädagogInnen sollen Vertrauen aufbauen und als Bezugsperson zur Verfügung stehen können, sowie ein gemeinsames, für alle durchschaubares Konzept mit klaren Regeln und auch Konsequenzen haben.

Viele Jugendliche und Kinder haben wichtige oder alle Bezugspersonen verloren. Daher ist der erste Schritt verlässliche Beziehungen und Vertrauen herzustellen. Dazu benötigt es genügend Zeit für persönliche Gespräche zwischen Bezugsbetreuungspersonen und Jugendlichen und Kindern sowie Familien. Auch Zeit und Möglichkeit für gemeinsame verbindende Tätigkeiten und Aktionen ist wichtig.

Die Jugendlichen waren einerseits oft über längere Zeit auf sich selbst gestellt, andererseits haben sie unrealistische Vorstellungen davon, was für ein Leben sie als Minderjährige hier erwartet. In einer vertrauensvollen Beziehung können die Jugendlichen leichter Hilfe annehmen, bzw. die enttäuschten Erwartungen korrigieren und sich neue Ziele stecken. Kenntnis und Respekt vor der Kultur der anderen, aber auch Auseinandersetzung mit und Klarheit über das eigene Wertesystem und dessen Kommunikation sind wichtig.

Da traumatisierte Personen im Rahmen einer Reaktivierung eines Traumas in einen Ausnahmezustand verfallen, nicht vernunftmäßig reagieren können, und bereits etablierte Reaktionsweisen nicht nützen können, sollen Betreuende mit den Mechanismen der Traumatisierung vertraut sein und am besten Grundzüge der Traumapädagogik kennen.

Ehrenamtliche Patenschaften, die außenstehende Personen übernehmen, sind eine große Bereicherung und fördern psychische Stabilisierung und Integration.

Lernangebot

Viele Jugendliche haben lange Zeit nicht oder noch nie eine Schule besucht. Auch wenn sie lern- und wissbegierig sind, ist es eine gehörige Anpassungsleistung, sich in einen Schulalltag zu integrieren.

Viele Jugendliche kamen mit der Erwartung nach Europa, schnell Arbeit zu finden und Geld zu verdienen und finden sich hier als schulpflichtig wieder. Auch von den daheimgebliebenen Familienmitgliedern wird das oft erwartet. In diesem Fall braucht es Unterstützung, den Wert von Schulbildung und einer Ausbildung gegenüber eines raschen Arbeitsbeginns (der ohnehin meist nicht möglich ist) schätzen zu lernen.

Auch für Jugendliche, die nicht mehr schulpflichtig sind, ist das Lernen der neuen Sprache und nach Möglichkeit das Erlangen eines Schulabschlusses wichtig. Nahezu alle sind hochmotiviert die neue Sprache zu erlernen, und es ist notwendig, je nach kognitiven Fähigkeiten und Vorbildung ein geeignetes Angebot zur Verfügung zu stellen. Das neu Gelernte muss zudem in der Freizeit mit zusätzlicher Unterstützung gefestigt werden.

Nach den ersten Erfolgen kommt es oft als Folge der psychischen Belastungen sowie im Rahmen posttraumatischer Symptome zur Verschlechterung der Konzentration und des Lernvermögens. Die Jugendlichen müssen darüber aufgeklärt und trotzdem motiviert werden, um Frustration und Aussteigen zu verhindern. Hier sind wieder die Bezugspersonen gefordert.

Tagesstruktur

Lern- und Bildungsangebote sind ein Teil der erforderlichen Tagesstruktur aber auch ein strukturiertes Freizeitangebot. Insbesondere sind genügend Möglichkeiten für körperliche Aktivitäten erforderlich.

Viele Jugendliche haben in ihrem Herkunftsland bereits, meist körperlich schwer, gearbeitet. Auf der Flucht waren sie körperlich gefordert, durch Stress entsteht außerdem ein erhöhter Adrenalin Spiegel. Zum Abbau des Adrenalins und damit zur Stressreduktion ist körperliche Aktivität erforderlich.

Außerdem kann Sport in einer Phase der Verunsicherung zur Selbstwertregulation und zur Findung eines Gemeinschaftsgefühls beitragen.

Psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung

Regelmäßige Anwesenheit von PsychologInnen für Gespräche mit den Jugendlichen und den Betreuenden ist in Gruppen mit traumatisierten Jugendlichen erforderlich.

Ein kinder- und jugendpsychiatrischer Liäsondienst um traumatisierte oder anders psychiatrisch oder psychotherapeutisch behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche identifizieren zu können, einer Behandlung zuzuführen und die BetreuerInnen zu beraten und zu unterstützen vermindert die Gefahr von Chronifizierung und Retraumatisierung. Die geeignete Behandlung hilft den Jugendlichen sich zu stabilisieren und zu integrieren und spart somit dem System sogar zusätzliche Kosten.

Häufig genügt bereits eine ausgiebige fundierte Krisenintervention und durch die Stabilisierung sind weitere Entwicklungsschritte möglich. Bei schwerwiegenden posttraumatischen Symptomen ist eine traumatherapeutische Behandlung indiziert.

Wünschenswerte Standards für Familien mit Kindern

Auch Kinder die mit ihren Familien in einem Quartier untergebracht sind benötigen ein ruhiges überschaubares Umfeld.

Unterstützung der Eltern

Viele Eltern sind durch die psychische Belastung und die unklare Situation im Ankunftsland verunsichert und eingeschränkt handlungsfähig. Sie können ihrer Elternrolle nur teilweise nachkommen. Psychische Stabilisation der Eltern und behutsame Unterstützung in Erziehungsfragen sind dann erforderlich.

Da Kinder schneller die neue Sprache erlernen als die Eltern, übernehmen ältere Kinder oft Aufgaben, die sie psychisch und emotional überfordern. Dazu gehört Dolmetschen auch bei Arztbesuchen und bei

Ämtern, oder gar das Erledigen von Behördenwegen. Diese Kinder müssen unbedingt entlastet werden, um ihre kindgerechte Rolle einnehmen zu können.

Besonders jugendliche Mädchen geraten rasch in eine Schere der Diskrepanz, welche Aufgaben sie zu bewerkstelligen haben, und welche Rechte sie andererseits erhalten. Ihre Rolle in einer anderen Kultur zu finden ist besonders schwierig und stellt HelferInnen immer wieder vor fast unlösbare Probleme. Hier ist behutsames aber beharrliches Vorgehen wichtig, damit die Mädchen sich entsprechend den Standards in unserem Kulturbereich entwickeln können, wenn sie dies wollen.

Eltern sollen von geeigneten Personen auch informiert werden, was für Folgen die Flucht und das Erlebte auf ihre Kinder haben können, und mit welchen Reaktionen sie rechnen können bzw. müssen, und welche pädagogische und therapeutische Hilfsangebote es gibt.

Tagesstruktur

Bereitstellen von altersadäquaten Beschäftigungsmöglichkeiten, Betreuungsangebot für kleinere Kinder um die Eltern zu entlasten und den Kindern den Spracherwerb zu ermöglichen sind wichtig.

Außerdem bedarf es altersentsprechender Tagesstruktur für Schulkinder, Unterstützung beim Lernen, und genügend Bewegungsmöglichkeit.

Therapie für Eltern

Wenn Eltern traumatisiert oder schwer psychisch belastet sind, ist eine Behandlung der Eltern für das Wohl der Kinder und Betreuung bzw. Behandlung der Kinder erforderlich. Auch die Folgen von indirekter Traumatisierung der Kinder und Jugendlichen können schwerwiegend und behandlungsbedürftig sein.

4.2. Psychotherapeutischer Bedarf für Kinder und Jugendliche mit Fluchtbiografie

Sonja Brauner

Nach Angaben des Flüchtlingshilfswerks (UNHCR) sind weltweit aktuell 28 Millionen Kinder auf der Flucht vor Krieg, Gewalt und Folter. Mehr als 10.000 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge werden allein in Europa vermisst.

Kinder werden gefoltert, missbraucht, vergewaltigt und brutal zu Kriegszwecken abgerichtet, wie beispielsweise somalische Kindersoldaten, oder ausgebeutet als Kinderprostituierte und Haussklaven in aller Welt.

Kinder erleben Todesangst, Verzweiflung und Gefühle der Ohnmacht und des Ausgeliefertseins, angesichts dieser nicht fassbaren Tragweite Ihrer Erlebnisse.

Kinder, die diesen Martyrien entkommen können und die Möglichkeit haben, in einem friedlichen und sicheren Land zu leben, zeigen bald sehr auffällige Symptome.

Um Kinder und Jugendliche mit Fluchtbiografie adäquat psychotherapeutisch behandeln zu können, müssen aktuelle Standards entwickelt und erweitert werden.

Zu Beginn einer Psychotherapie ist bei vielen Kindern der regionale Spracherwerb noch nicht gegeben, so dass man gut ausgebildete DolmetscherInnen braucht, die zudem ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen für die gemeinsame Arbeit mitbringen. Ein konsequenter und professioneller Austausch zwischen TherapeutIn und DolmetscherIn ist notwendig, damit eine Therapie gut gelingt.

PsychotherapeutInnen sollten sich vor Beginn einer Therapie ebenso mit den spezifischen kulturellen Besonderheiten der KlientInnen auseinandersetzen und diese als Grundlage in ihre Arbeit einbeziehen. Kinder erleben dies als Erleichterung und Unterstützung, wenn auf ihre Herkunft Rücksicht genommen, bzw. eingegangen wird.

In einer transkulturellen therapeutischen Arbeit ist die Kenntnis der Kulturunterschiede dringend notwendig. Ein offener, interessierter und gemeinsam reflektierter Umgang miteinander ist für den Erfolg einer Therapie unumgänglich.

DolmetscherInnen sind die Brücke zwischen den Kulturen und der Sprache und für den Beginn einer zielführenden Arbeit unabdingbar.

Eine der großen Herausforderungen in einer therapeutischen Arbeit stellt die rechtliche Unsicherheit von geflohenen Kindern dar. Aus der Erfahrung meiner jahrelangen Praxis ist die Stabilisierung der sozialen Umwelt der Kinder dringend notwendig, um die belastende und schwierige Situation zu überstehen. Eine rechtliche Unsicherheit ist mit einem emotionalen „Freien Fall“ zu vergleichen. In das Heimatland gibt es oftmals kein Zurück mehr, die Gegenwart ist wie auch die Zukunft ungewiss. Viele der Eltern sind ebenfalls traumatisiert und können ihren Kindern nicht genügend Schutz und Orientierung geben. Kinder und Jugendliche, die alleine die Flucht überlebt haben, brauchen dringend Bindungspersonen, um sich an ihnen orientieren zu können. Sie brauchen ein familiäres und verlässliches Lebensumfeld, welches bedingungslosen Schutz und Sicherheit gewährt. Eine Psychotherapie kann punktuell einen sicheren Ort geben, unterstützen und Ressourcen entwickeln, um keine Chronifizierung der Symptomatik zu erlangen bzw. diese zu lindern.

Kostenlose Therapieplätze sollten sofort zur Verfügung gestellt werden. Momentan beträgt die Wartezeit für Therapieplätze aber oft über ein Jahr. Das bedeutet, dass Kinder in einer unerträglichen Situation alleine gelassen werden und sich dadurch die schon vorhandenen Symptome zusätzlich chronifizieren können.

Ein wesentlicher Aspekt der psychotherapeutischen Arbeit ist die Gewaltprävention. Das Erleben von Gewalt kann zu erhöhter Aggression und Gewaltbereitschaft führen. Um eine psychische Stabilität,

Konzentrations- und Lernfähigkeit wie auch Motivation zu erlernen ist eine Psychotherapie sehr hilfreich. Langfristig lassen sich individuell neue Ressourcen entwickeln, was eine große Erleichterung für die KlientInnen darstellt. Für Kinder, die unter einer starken Belastung leben, ist die Aufnahme von neuen Bildungsinhalten oft nicht möglich. Das zieht weitere Probleme, wie Schulschwierigkeiten, Lehrstellenverlust, einhergehend mit mangelndem Selbstwertgefühl nach sich.

Eine adäquate Unterstützung hat gesellschaftspolitisch einen sehr hohen Wert, damit demokratische Grundwerte erhalten bleiben.

Das gesamte Umfeld der Kinder, wie Kindergarten, Schule, Flüchtlingseinrichtungen etc. sollte mit einbezogen werden, um professionell und umfassend helfen zu können.

Multiprofessionelle Vernetzung mit Kindergarten und Schule ist hilfreich, um KlientInnen adäquat helfen zu können. LehrerInnen, SozialarbeiterInnen und TherapeutInnen sollten gemeinsame Teambesprechungen haben, um auf die Bedürfnisse der Kinder eingehen zu können.

Außerdem wäre ein Buddy-System unterstützend, an dem ältere SchülerInnen und Freiwillige teilnehmen, um Kinder auf dem Schulweg zu begleiten, um so schlimme Mobbing Situationen abzufangen.

Eine Traumatisierung ist ein Prozess. Auch nach einer erfolgreichen Therapie kann ein Trauma immer wieder aufbrechen, es ist also dringend nötig, rechtzeitig Therapieplätze bei erneutem Bedarf zur Verfügung zu stellen. Eine rechtzeitige Hilfe spart einer Gesellschaft langfristig sehr viel Geld. Folgekosten wie die Behandlung chronischer Erkrankungen können vermieden werden.

Eine Traumatherapie kann unterstützen, stabilisieren und integrieren. Sie ist nicht in der Lage, das Trauma komplett zu löschen. Insofern ist es dringend notwendig, Therapieplätze auch nach abgeschlossener Therapie wieder sofort zur Verfügung zu stellen, wenn sich Symptome zeigen.

Die Kooperation mit Ambulatorien und der Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte im Bedarfsfall schnell und unbürokratisch ablaufen.

Die Mitarbeit der Eltern ist sehr hilfreich für einen gelingenden Therapieverlauf. Oftmals erkennen sie die Wirksamkeit und Verbesserung des Befindens ihrer Kinder, so dass sie selbst bereit sind, Hilfe anzunehmen und an ihrem Trauma zu arbeiten. Wichtig ist, dass bei Bedarf und Bereitschaft andere Familienmitglieder ebenso schnell und problemlos Unterstützung und Hilfe bekommen.

Psychotherapie für alle Familienmitglieder kann die Gesamtsituation entlasten und neue Sichtweisen bieten. Vernetzung im TherapeutInnenteam stabilisiert die Familien und die einzelnen Betroffenen. Ein positiver Asylbescheid verändert die Gesamtsituation enorm. Perspektivenarbeit und Zukunftsvisionen können konkretisiert werden.

Die Arbeit mit kriegstraumatisierten Kindern und Jugendlichen stellt auch für TherapeutInnen eine neue und große Herausforderung dar. Die rechtliche Unsicherheit ist eine hohe Belastung, da nie sicher ist, wie lange der therapeutische Prozess durchgeführt werden kann. Dies erfordert viel Auseinandersetzung und Stabilität, wenn KlientInnen abgeschoben werden. Es ist sehr wichtig, sorgsam mit sich und der gesamten Situation umgehen zu lernen. Weiterbildungen und Supervisionen sind notwendig, um die Tragweite der Problematik neu zu umreißen.

Die Bereitschaft und das Interesse, sich mit anderen Kulturen auseinanderzusetzen, ist wichtig und eine Voraussetzung für die Arbeit.

Finanziell ist als Entlastung auch die Bezahlung von zusätzlicher Vernetzungsarbeit dringend notwendig. Vor allem zu Beginn der Psychotherapie beträgt der zeitliche Aufwand oftmals das 3 bis 4-Fache einer herkömmlichen Psychotherapie.

Gesundheitsstandards im Bildungskontext

5. GESUNDHEITSSTANDARDS IM BILDUNGSKONTEXT

5.1. Erwünschte Standards für Kinder und deren Obsorgeberechtigte mit Fluchterfahrung in institutionellen Kinderbetreuungseinrichtungen für drei- bis sechs-jährige Kinder

ExpertInnengruppe der Plattform EduCare

Fast alle Kinder und auch deren Familien, die flüchtend in Österreich angekommen sind, erlebten und überlebten traumatische Erfahrungen. David Zimmermann beschreibt in seinem Buch: „Migration und Trauma – Pädagogisches Verstehen und Handeln in der Arbeit mit jungen Flüchtlingen“ drei kritische Phasen, die von den betroffenen Kindern und Erwachsenen individuell wahrgenommen werden. Erstens, die Zeit, wenn das Leben in der Heimat zunehmend oder plötzlich als Bedrohung erlebt wird. Wenn das Leben gefährdende Umstände, wie politisch, rassistisch oder religiös motivierte Verfolgung, Kriegsgeschehen oder unvorstellbare Armut das Verlassen der Heimat erzwingen. Zweitens, eine gefährliche oder illegale Migration, die nur in vollständiger Abhängigkeit von Schleppern oder Grenzsoldaten bewältigt werden kann und die oftmals zu unfreiwilligen Trennungen der Familien führen. Drittens, die Zeit des mehr oder weniger lang dauernden, rechtlich unsicheren Aufenthaltsstatus im so genannten Aufnahmeland.

David Zimmermann weist darauf hin, dass die, das einzelne Kind, den einzelnen Menschen betreffenden innerpsychischen Belastungen und die Schwere der Verletzungen nur dann nachvollzogen und verstanden werden können, wenn die Gesamtheit der individuellen, lebensgeschichtlichen Erfahrungen und der äußeren Geschehnisse rund um das einzelne Kind, den einzelnen Menschen in den Blick genommen werden.

Wenn wir Gesundheit als einen Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens verstehen und nun konkret die gesunde Entwicklung der jetzt drei- bis sechs-jährigen Kinder mit Fluchterfahrung fokussieren, sind folgende Überlegungen und konkrete Maßnahmen notwendig und unabdingbar:

1.) Das Recht des Kindes auf den Kindergartenbesuch vor die „Kindergartenpflicht“ des Kindes stellen.

Derzeit sind jene Kinder, die im Laufe des jeweiligen Kindergartenjahres (Anfang September bis Ende Juni) bis einschließlich 31. August fünf Jahre alt werden, kindergartenpflichtig. Eine Erweiterung der Kindergartenpflicht um ein zweites Jahr vor der Schulpflicht wird öffentlich diskutiert.

Flüchtend angekommen und „grundversorgt“ kann der Kindergartenbesuch für die emotionale Stabilisierung eines drei- bis sechsjährigen Kindes förderlich, aber auch hinderlich sein. Je nachdem, ob die jeweilige Familie den Besuch des Kindergartens für ihr Kind als Chance wahrnimmt oder als Zwang, auch im Sinne des Zwangs zur Trennung des Kindes von den Eltern.

Die Erfahrungen, Gefühle und die Bedürfnisse der jeweiligen Familie und des Kindes achtend, bietet die Institution Kindergarten genügend Zeit und mit Hilfe von DolmetscherInnen die Möglichkeit der sprachlichen Verständigung, um gemeinsam Grundvoraussetzungen zum Gelingen des künftigen Kindergartenbesuches zu schaffen.

2.) Das Recht des Kindes auf körperliche Gesundheit

Zu den Erfahrungen während einer Flucht zählen auch Schlafbeeinträchtigungen, Mangelernährung, gesundheitsgefährdende Einwirkungen des Wetters und unbehandelte Infektionen. Mitunter waren die Menschen bereits vor dem Antritt der Flucht medizinisch unversorgt oder litten unter Mangelernährung.

Dementsprechend ist es individuell und gesellschaftlich sinnvoll, wenn Kinder alsbald nach der Ankunft von einer Kinderärztin oder einem Kinderarzt untersucht werden. Diese Erstuntersuchung muss im Beisein der Eltern und einer Dolmetscherin oder eines Dolmetschers stattfinden und die Ergebnisse müssen in deutscher (und bestmöglich englischer) Sprache dokumentiert, gegebenenfalls auch Impfpässe erstellt werden, sodass sich die mehrmalige Erhebung der jeweiligen medizinischen Anamnese erübrigt.

Im Kindergarten aufgenommen werden diese Kinder zeitnah der Kindergartenärztin oder dem Kindergartenarzt vorgestellt, sodass die Eltern aber auch das Team des Kindergartens Hinweise für eventuell sinnvolle Diäten bei Mangelernährung oder andere Unterstützungsmaßnahmen erfahren können. Eventuell könnten Eltern, die industriell hergestellte, preiswert erscheinende „Kinder-Nahrung“ bisher nicht kennen gelernt haben, auf die gesundheitsschädlichen Auswirkungen der, dieser Produkte beigefügten Zusatzstoffe, wie Zucker, Fette, Farben, Konservierungsstoffe, usw. aufmerksam gemacht werden.

In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass gemeinsames Essen nicht nur Körper und Seele nährt, sondern auch das Zusammengehörigkeitsgefühl stärkt. Deshalb ist es sinnvoll, die jeweiligen Familien von der Bezahlung des Essensbeitrages zu befreien, beziehungsweise diesen deutlich zu ermäßigen.

Für die Gesundheit jedes Kindes ist der tägliche Aufenthalt im Freien, der freie und spontane Bewegung erlaubt, unabdingbar. Bewegung unter freiem Himmel unterstützt einerseits die motorische Entwicklung und trägt andererseits zur Entwicklung eines intakten Immunsystems bei. Gegebenenfalls müssten den Kindern im Kindergarten wettergerechte Kleidung und Schuhwerk zur Verfügung gestellt werden.

Die bereits von einigen Kindergartenträgern traditionell stattfindende Zusammenarbeit mit gesundheitsfördernden Institutionen, wie AUVA (Unfallverhütung), WIG (Gesundheit im Kindergarten), MA15 Seh- und Hörtest und der Zahngesundheitsprophylaxe verschiedener Anbieter und auch Reihenuntersuchungen durch OrthopädInnen, physiotherapeutische Fachkräfte, SprachheiltherapeutInnen sind auch für Kinder mit Fluchterfahrungen förderlich. Auch hierbei empfiehlt es sich, dass eine Dolmetscherin oder ein Dolmetscher zum gegenseitigen Verständnis hinzugezogen werden kann.

Für Eltern ist eine schriftliche und mündliche Information über die im jeweiligen Umfeld medizinischen Versorgungsmöglichkeiten notwendig. (Zum Beispiel: Das Leitungswasser hat hervorragende Trinkwasserqualität, Ordinationszeiten der Ärztinnen und Ärzte in der Umgebung, Funktion der E-Card, Aufgaben des Amtes für Jugend und Familie,...).

Von hoher Relevanz für die gesundheitliche Entwicklung der Kinder ist auch die Information an deren Eltern, dass in Österreich die körperliche Züchtigung der Kinder mit Strafandrohung verboten ist.

3.) Das Recht des Kindes auf psychische Gesundheit

Die psychische Gesundheit von Kindern mit traumatischen Erlebnissen ist auf individueller Ebene durch die Wiederholung von Erfahrungen der Ausgrenzung vehement gefährdet.

In diesem Sinne bitten wir die zuständigen Behörden die Sinnhaftigkeit von willkürlich festgelegten Geburtsdaten wie 1. 1. 20XX zu überdenken, die gleichsam für immer darauf hinweisen, dass dieses Kind beziehungsweise deren Geschwister und deren Eltern ohne Dokumente um Asyl angesucht haben. Genauso ist darauf hinzuweisen, wie unangenehm es für Familien sein kann, wenn die jeweiligen Familiennamen auf Dokumenten, zum Beispiel für die E-Card jeweils leicht variiert übersetzt werden, sodass der Familienname kein einheitlicher ist.

Für die psychische Gesundheit förderlich ist das Wohlbefinden des Kindes im Kindergarten. Dieses kann nur durch eine, die Bedürfnisse des Kindes achtende und gemeinsam mit seinen Eltern individuell gestaltete, Eingewöhnungszeit erreicht werden.

Auch hat es sich als zielführend erwiesen, Bildungspartnerschaft zu leben, das heißt Familien aktiv zum Verweilen im Kindergarten einzuladen (Spielnachmittage, gemeinsame Festvorbereitungen, ...), Familien mit gleicher Erstsprache einander vorzustellen und Raum und Zeit für Kommunikation zur Verfügung zu stellen (Elternsitzecke, Elternkaffee, ...).

Aktuelle Ergebnisse der Hirnforschung weisen deutlich darauf hin, dass gemeinsames Singen das Zusammengehörigkeitsgefühl stärkt und jene Hirnregionen beruhigt, die für das Fühlen von Angst zuständig sind (Gerald Hüther, Manfred Spitzer). Das im Kinderarten traditionell gepflegte, tägliche gemeinsame Singen trägt also wesentlich zur psychischen Gesundheit der Kinder bei.

Die Institution Kindergarten ist eine Bildungsinstitution und keine therapeutische Einrichtung. Dennoch: im pädagogischen Rahmen kann Kindern mit Fluchterfahrung durch die Möglichkeit jederzeit großflächig, frei und unkommentiert zu malen eine der psychischen Gesundheit förderliche Ausdrucksmöglichkeit gegeben werden (Konzept Malraum von Arno Stern).

Grundsätzlich ist bei der Aufnahme von Kindern in einem Kindergarten von dem Team immer wieder neu zu überlegen, ob der derzeit gepflegte Tagesablauf den Bedürfnissen der zu erwartenden Kinder entspricht und ihnen ermöglicht, sich zu orientieren.

Im konkreten Fall der Aufnahme von Kindern, die Fluchterfahrungen gemacht haben, ist auch darauf Bedacht zu nehmen, dass scheinbar Selbstverständliches bei Kindern und Eltern zu Missverständnissen und zum Aufkommen von Gefühlen der Angst und Bedrohung führen kann (Geräusche wie das eines Hubschraubers, Ortwechsel, wenn nicht verstanden wird wohin und warum, der Anblick eines Buffets ausschließlich mit Schwarzbrot, ...)

Es ist die Aufgabe, des im Kindergarten tätigen Fachpersonals, möglichst vielfältige Formen der Kommunikation mit den BildungspartnerInnen zu suchen und zu finden, um gegenseitiges Vertrauen im Sinne der Gesundheit der Kinder zu pflegen.

4.) Das Recht des Kindes auf Bildung

Wenn es im Kindergarten gelingt Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass sich auch Kinder mit traumatischen Fluchterfahrungen wohl fühlen und dazu eingeladen werden vertrauensvolle Beziehungen zu einzelnen, am jeweiligen Standort wirkenden Menschen zu pflegen, dann sind auch günstige Voraussetzungen für den Erwerb der Sprache Deutsch geschaffen.

Im gemeinsamen Tun jeder Handlung, sei es die eigene, die des Kindes oder eines anderen, jede Beobachtung und jeden Gedanken mit Worten begleiten, ist die Aufgabe des Fachpersonals und jedes Wort, das an ein Kind gewandt, ausgesprochen und gesagt wird, ist gleichsam ein Geschenk an dieses, denn „die Grenzen meiner Sprache sind die Grenzen meiner Welt“ (Ludwig Wittgenstein).

In diesem Zusammenhang ist es wesentlich, die Eltern darüber zu informieren, dass Fernsehen oder Betrachten von DVDs in deutscher Sprache entgegen der öffentlichen Meinung für den Deutsch-Spracherwerb eher hinderlich als förderlich ist (Manfred Spitzer) und die Pflege der Erstsprache in all ihrer Differenziertheit, die beste Voraussetzung für den Zweitspracherwerb ist.

Erfahrungsgemäß ist die Einladung von Lesepaten und Lesepatinnen mit den verschiedensten Erstsprachen eine nicht zu unterschätzende Hilfe für die Unterstützung des Spracherwerbs.

Optimale Methoden für den gelingenden Spracherwerb sind gemeinsames Singen von überlegt ausgewählten Liedern und Vorlesen von Schriftsprache (Erstsprache und Deutsch). Denn die Bildungssprache Deutsch, die das Kind für einen erfolgreichen Schulbesuch benötigt, weicht zumeist sehr von der Alltagssprache Deutsch ab, sodass Kinder üblicherweise und ohne dass dies den pädagogischen Fachkräften bewusst ist, zwei neue Sprachen erlernen: einen deutschen Dialekt und die Bildungssprache Deutsch.

Manche Eltern haben das Bild, dass ein Kindergarten schulähnliche Strukturen und Aufgaben hätte. Um Missverständnisse zu vermeiden, ist es zielführend, Familien vorab darüber zu informieren, dass im deutschsprachigen Raum „Kindergarten“ als eine selbstständige, der Entwicklung junger Kinder entsprechende Bildungsinstitution verstanden wird.

In Hinblick auf die Bildungschancen der einzelnen Kinder hat es sich als nützlich erwiesen, Eltern auf die in der Wohnumgebung kostenfrei oder kostengünstig angebotenen kulturellen Angebote hinzuweisen, wie zum Beispiel: Öffentliche Büchereien, öffentliche Spielotheken, öffentliche Musikschulen, Theatergruppen, Selbsthilfegruppen, Sportvereine, Musizier-gemeinschaften.... Idealerweise werden die Eltern zu einem ersten gemeinsamen Besuch des jeweiligen Angebotes eingeladen und so der Zugang für die Familien wesentlich erleichtert.

Das führt schlussendlich zu der Überlegung, dass für jeden Kindergarten standortbezogene Wege gefunden werden sollten, um gemeinsam Feste zu feiern, gemeinsam deren Bedeutung zu verstehen und sich dadurch zugehörig zu fühlen und gemeinsam an kulturellen Angeboten (Museumsbesuche, Kinder-Theater, Kinder-Konzerte, ...) teilzuhaben, auch wenn das bedeutet, dass die Finanzierung der Eintrittskosten immer wieder neu bedacht werden muss.

5.) Weiterbildung des Kindergartenteams vor Ort

Grundvoraussetzung für die oben skizzierte, gelingende, integrativ gelebte „Willkommenskultur“ an jedem Kindergartenstandort und in der Folge einer gesunden Entwicklung jedes Kindes das diesen Kindergarten besucht, ist die themenbezogene Weiterbildung des gesamten Teams.

Während dieser von ExpertInnen angebotenen Weiterbildungsmaßnahme sollte die jeweils eigene Betroffenheit, die Perspektive der flüchtend angekommenen Kinder und deren Familien und die Erarbeitung von hilfreichen Angeboten fokussiert werden.

Literatur:

David Zimmermann (2012): Migration und Trauma. Pädagogisches Verstehen und Handeln in der Arbeit mit jungen Flüchtlingen. Gießen, Psychosozial-Verlag. 3. Auflage. ISBN: 978 3 837921809;

Gerald Hüther: Singen ist „Kraftfutter“ für Kindergehirne; <http://gerald-huether.de/populaer/veroeffentlichungen-von-gerald-huether/texte/singen-gerald-huether/index.php>; (aufgerufen am 24.6.2016).

Manfred Spitzer (2010): Medizin für die Bildung – Ein Weg aus der Krise. Heidelberg: Spektrum Verlag. ISBN: 9783827426772.

Arno Stern (2014): Wie man Kinderbilder nicht betrachten soll. Gütersloh: ZS Verlag Zabert Sandmann. 2. Auflage. ISBN: 978 3898 833288.

Erstellt von ExpertInnen der Plattform EduCare: Kindergartenleiterinnen und Studentinnen des Studienganges „Sozialmanagement in der Elementarpädagogik“: Karin Bauer, Alexandra Csar, Sabine Ebner, Claudia Hejl, Regine Jelenz, Gabriela Kernstock.

5.2. Standards für Kinder und Jugendliche mit Fluchtbiographie im Schulbereich

Elisabeth Kugler

Um Kinder und Jugendliche mit Fluchtbiographie gut in unserem Bildungssystem aufnehmen zu können, müssen spezifische Bedürfnisse erfüllt werden bzw. muss charakteristischen Problemstellungen begegnet werden.

Das betrifft wesentlich die Betreuung durch SchulärztInnen, SchulpsychologInnen und SozialarbeiterInnen, wie sie je nach Bedarf für alle SchülerInnen gewährleistet sein müsste.

Die für die Aufnahme von Kindern und Jugendlichen mit Fluchtbiographie notwendigen „Maßnahmen“ sollten in Umfang und Qualität als Standards definiert werden. Standards, denen allerdings in unserem Schulsystem bisher - auch unabhängig vom erhöhten Bedarf durch die Fluchtbewegung der letzten Zeit - nicht entsprochen wurde.

Kinder mit Fluchtbiographie werfen aber gerade in diesen Betreuungsbereichen auch neue Fragen auf. Um auf die psychischen und physischen Beeinträchtigungen der Kinder und Jugendlichen, die entbehrungsreiche und dramatische Fluchterfahrungen gemacht haben, angemessen reagieren zu können, werden zusätzliche Ressourcen und Personen mit entsprechenden Kompetenzen benötigt.

Gesundheit

Neu angekommene Kinder benötigen eine gute gesundheitliche Versorgung; sie sollten von SchulärztInnen untersucht werden. Eltern und Kinder müssen darüber hinaus beraten werden, was für die Gesundheit der Kinder unternommen werden muss.

- Um diese Aufgabe gut erfüllen zu können, benötigen SchulärztInnen zum einen spezielle, die Bereiche „Migration“ und „Flucht“ betreffende, Kenntnisse,
- Zum anderen muss ihnen für diese wichtigen Aufgaben sehr viel mehr Zeit als bisher zur Verfügung stehen.

Kommunikation

Die Kommunikation zwischen Schule und Flüchtlingsfamilien ist gerade am Anfang von großer Bedeutung. Sowohl für das Gespräch zwischen Flüchtlingseltern und SchulärztInnen, als auch zwischen Flüchtlingseltern und LehrerInnen, bzw. DirektorIn, werden DolmetscherInnen gebraucht. Manche Väter und Mütter können weder schreiben noch lesen; kaum welche Englisch sprechen. Daher ist Kommunikation bzw. dringende Hilfe, nur über eine Person mit Kenntnissen in der Herkunftssprache möglich, die auch schriftlich Unterstützung anbieten kann, z.B. Formulare ausfüllen.

- Schulen brauchen eine Liste mit Adressen von Personen, die bei Bedarf an die Schule kommen und übersetzen, bzw. beim Schreiben helfen können.
- Um Kontakt zwischen Schule und Familien mit Fluchtbiographie halten zu können, braucht die Schule unterstützend SozialarbeiterInnen mit Kompetenzen für die Beratung geflüchteter Familien.

Trauma-Pädagogik

Viele der geflüchteten Kinder bzw. Jugendlichen sind durch ihre Erlebnisse im Herkunftsland bzw. aufgrund ihrer Erfahrungen auf der oft Monate dauernden Flucht traumatisiert. Die Schule in Österreich bietet zwar fürs Erste einen geschützten Raum, einen geregelten Tagesablauf, eine freundliche, liebevolle Betreuung durch LehrerInnen, aber dies ist für die Verarbeitung der Fluchterfahrungen und das Zurechtfinden in der neuen Umgebung oft nicht ausreichend.

- Um dem spezifischen Bedarf im alltäglich-pädagogischen Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen gerecht werden zu können (z.B. gezielte Deeskalation, Trigger erkennen, „Sichere Orte“ schaffen, ...), braucht es auch spezifische trauma-pädagogische Kompetenzen. Die Vermittlung solcher sollte für alle PädagogInnen, welche Kinder und Jugendliche mit

Fluchtbiographie betreuen, zu Verfügung gestellt werden (wie etwa vom Zentrum für angewandte Psychotraumatologie-Wien angeboten).

Psychologische Betreuung

Wenn pädagogische Maßnahmen nicht ausreichen, wird in vielen Fällen psychologische Intervention benötigt. Derzeit hat der schulpsychologische Dienst weder genügend Personal, noch ist dieses in trauma-pädagogischen Zusammenhängen ausreichend geschult, um diese Kinder und Jugendlichen zu betreuen.

- Schulen brauchen PsychologInnen mit spezifischen Fachkenntnissen zur Unterstützung der traumatisierten SchülerInnen.

Sprachförderung

Um sich am Unterricht beteiligen und in die Klassengemeinschaft integrieren zu können, müssen neuankommende SchülerInnen so rasch wie möglich Grundkenntnisse in Deutsch erwerben.

- Die Schule benötigt „Stunden“ und geeignete Personen für die Sprachförderung der Kinder mit Fluchtbiographie.

Pflichtschulabschluss

Seit dem Jahr 2012 ist in Österreich das Nachholen eines Pflichtschulabschlusses für nicht mehr Schulpflichtige möglich. Dieser entspricht dem Abschluss der 8. Schulstufe und berechtigt zum Besuch von weiterführenden Schulen und erleichtert den Zugang zu beruflicher Erstausbildung (z.B. Lehre). Er findet an Erwachsenenbildungseinrichtungen, z. B. an den Volkshochschulen statt.

Die Voraussetzungen dafür sind:

Wohnsitz in Wien, ein Mindestalter von 16 Jahren bei der ersten Teilprüfung, Basiskompetenzen in Mathematik und Englisch, Deutschkompetenzen auf dem Niveau A2/B1, Bereitschaft zur regelmäßigen und aktiven Teilnahme am Unterricht.

- Damit Jugendliche mit Fluchtbiographie eine realistische Chance haben, einen Pflichtschulabschluss zu erreichen, müssen zumindest die Zugangsbestimmungen bzgl. der Deutschkenntnisse aufgehoben oder angepasst werden.
- Um Jugendlichen mit Fluchtbiographie einen Ausbildungsplatz in einem solchen Lehrgang garantieren zu können, werden genügend Kurse und kompetente Personen zur Sprachförderung in Deutsch benötigt.
- Jugendliche mit wenig Basisbildung muss genügend Zeit zur Verfügung gestellt werden, einen Pflichtschulabschluss nachzuholen.

Sprachliche Aspekte

6. SPRACHLICHE ASPEKTE

Flucht und Sprache: Standards für den Gebrauch von Sprache im Gesundheitsdiskurs und die Vermittlung des Deutschen als Zweitsprache

Verena Plutzar

Flucht bedeutet in der Regel den Verlust des selbstverständlichen Gebrauchs der eigenen Sprache und die Notwendigkeit, sich eine neue Sprache in einem Maße anzueignen, dass ein selbstbestimmtes und selbstwirksames Leben wieder aufgenommen werden kann. Das betrifft Eltern wie ihre Kinder, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß.

Die Sprachlosigkeit der ersten Zeit verstärkt die Erfahrung der Hilflosigkeit und Orientierungslosigkeit in der neuen Gesellschaft, was vor allem von Erwachsenen als bedrohlich erlebt wird. Die Tatsache sich im öffentlichen Leben nicht ausdrücken zu können, nicht mehr für sich und seine Kinder sprechen zu können und auf fremde Hilfe angewiesen zu sein, ist von Gefühlen der Scham begleitet. Die Zeit des Wartens auf den Asylbescheid ist mit dem Erleben von Unsicherheit und Ohnmacht verbunden und wirkt auch in die Zeit nach der Zuerkennung des positiven Bescheids. Die Frage, ob man im neuen Land tatsächlich Aufnahme und einen sicheren Ort findet, wird von der Frage abgelöst, ob man für sich und seine Kinder ohne soziale Netzwerke, ohne ein sprachliches Repertoire, das dem eigenen Selbstverständnis entspricht, und ohne die Anerkennung der beruflichen Qualifikationen in der neuen Gesellschaft einen guten Platz finden kann.

Standards für den Einsatz von KommunaldolmetscherInnen

In Begegnungen mit Institutionen des Aufnahmelandes wird die Sprachlosigkeit und verlorene Selbstwirksamkeit in der neuen Gesellschaft (immer wieder) schmerzhaft bewusst. Tatsächlich ist die Kommunikation mit Institutionen in einem hohen Maße reduziert. Das Ausweichen auf selbstorganisierte LaiendolmetscherInnen, nicht selten die Kinder, oder, wenn das nicht möglich ist, auf „Hände und Füße“ schafft eine ungenügende Kommunikation, die nicht nur der Würde der Menschen nicht gerecht wird, sondern in der auch ihre Situation nicht im notwendigen Maße erfasst werden kann.

Die daraus entstehenden nachteiligen Folgen sind enorm. Sie betreffen nicht nur die Personen selbst, sondern die gesamte Gesellschaft. Die Folgekosten von nicht adäquater medizinischer Versorgung oder pädagogischer Begleitung sind dabei offensichtlicher, als die Dynamiken, die sich in den Familien durch den Einsatz von Kinderdolmetschungen ergeben. Das ohnehin durch Flucht und Migration destabilisierte Familiengefüge, wird durch die Verantwortungsübernahme der Kinder für ihre Eltern weiter massiv gestört und überfordert die Kinder und Jugendliche in einem hohen Maße. Sie gehören vor diesen Situationen unbedingt geschützt!

Es ist daher dringend notwendig, in Krankenhäusern, in Schulen und Kindergärten, aber auch beim Arbeitmarktservice Personen einzusetzen, die in der Lage sind, als KommunaldolmetscherInnen in einer professionalisierten Form die Gespräche sprachlich zu mitteln. Informationen und Forderungen zu der Querschnittsmaterie des Kommunaldolmetschens wurden durch den Berufsverband für Dolmetschen und Übersetzen (Universitas Austria) formuliert. Besonders wichtig erscheint uns aber das Verbot von Kinderdolmetschungen. Ein solches Verbot kann aber nur verbunden mit einer entsprechenden Ausweitung des Angebots von Kommunaldolmetschdiensten wirksam werden.

Konkrete Forderungen sind:

- Durchgängigen Einsatz von KommunaldolmetscherInnen in möglichst allen regional nachgefragten Sprachen in Krankenhäusern, Schulen und Kindergärten sowie Beratungsstellen des Arbeitmarktservice und des Sozialservices ermöglichen.

- Schaffung eines auf Dolmetsch im Gesundheitsbereich eigens ausgebildeten Pools an KommundolmetscherInnen in den am häufigsten gebrauchten Sprachen an allen größeren Krankenhäusern.
- Schaffung eines KommundolmetscherInnen-Pools für den Einsatz in Schulen, Kindergärten und auf Behörden durch Gemeinden.
- Schaffung eines laufenden Angebots von Ausbildungen für KommundolmetscherInnen an translationswissenschaftlichen Instituten österreichischer Universitäten sowie Einrichtungen der Österreichischen Volksbildung. Vorbildhaft können hier die Ausbildung an der Universität Graz „Kommundolmetschen Basiskurs: Grundlagen und Basiskompetenzen“ und der Universität Innsbruck „Universitätskurs Community Interpreting“, wirken. Ein gutes Beispiel eines spezialisierten Angebotes ist der Lehrgang des Verbandes Österreichischer Volkshochschulen QUADA „Qualifizierungsmaßnahme für DolmetscherInnen im Asylverfahren“.
- Damit verbunden müssen verbindliche Qualitätsstandards und ethische Richtlinien für den Einsatz von KommundolmetscherInnen formuliert und eingeführt werden. Auch hier ist das Handbuch für DolmetscherInnen im Asylverfahren ein richtungsweisendes Beispiel.

Im Gesundheitsbereich wie auch im kommunalen Bereich gibt es zunehmend Angebote des Videodolmetschens. Sie sind als zweite Wahl nur dort zu empfehlen, wo ein Akutfall vorliegt oder eine Sprachvarietät benötigt wird, die nicht alltäglich gebraucht wird oder wenn es sich um eine Einrichtung handelt, die insgesamt wenig Dolmetschbedarf hat. Videodolmetschen darf aber in öffentlichen Einrichtungen einen „hausinternen“ DolmetscherInnenpool für die häufigsten Sprachen nicht ersetzen. Außerdem darf das Recht auf freie Wahl eines Dolmetschers/ einer Dolmetscherin nicht eingeschränkt werden. Es bedarf dringendst einer wissenschaftlichen Begleitforschung, um die Chancen und Grenzen solcher Angebote differenziert einschätzen zu können.

Standards für die Deutschförderung

Die Sprachlosigkeit wie auch die Herausforderungen, die mit der Situation des Geflüchtet-Seins in einer fremden Gesellschaft verbunden sind, machen die Aneignung der neuen Sprache schwieriger als gemeinhin angenommen. Mit den Anstrengungen eines Spracherwerbs wird weit mehr geleistet als die Aneignung einer neuen Sprache. Im und durch den Spracherwerb geht es auch um eine innere Neuordnung - und das ist ein aufwendiger, anstrengender und belastender psychischer Prozess. Kinder im schulpflichtigen Alter haben durch den Besuch der Schule anders als ihre Eltern oder jugendliche Geschwister täglich Kontakt mit der neuen Sprache und damit die Möglichkeit, einen Zugang zu ihr zu finden. Ihre Herausforderung ist jedoch, dass, je jünger sie sind, der Gleichlauf von kognitiver und sprachlicher Entwicklung vorübergehend gestört wird, was zu gleichzeitigen Unter- wie Überforderungen im Schulalltag führen kann.

Erfolgreiches Sprachenlernen nach der Flucht kann also nur gelingen, wenn in und durch die Sprache Zugang, Emotionalität und Identifikation ermöglicht wird. Die eigene Sprache wirkt im besten Falle mit und trägt zu einer Stabilität der sprachlichen, emotionalen und kognitiven Entwicklung bei. Der Erwerb der Zweitsprache Deutsch braucht außerdem Zeit und Geduld. Bei Erwachsenen kann es manchmal viele Jahre dauern, bis sie soweit sind, sich der neuen Sprache über das Maß, das sie für die Alltagsbewältigung brauchen, zuzuwenden. Schulkinder brauchen in der Regel zwischen sechs bis zehn Jahre, bis sie die Zweitsprache Deutsch in einem Maße beherrschen, das annähernd vergleichbar mit einem einsprachig aufwachsenden Kind ist. Das gegenwärtige Schulsystem ist noch nicht auf flucht- und migrationsbedingt zweisprachig aufwachsende Kinder eingestellt. Weder Curricula noch Lehrmaterialien noch Didaktik noch Leistungsbeurteilungen nehmen auf die speziellen Lernanforderungen dieser Kinder in einer Form Rücksicht, sodass von einer gleichberechtigten Teilnahme dieser immer größer werdenden SchülerInnengruppe gesprochen werden könnte. In einem solchen auf Einsprachigkeit ausgerichteten Bildungssystem müssen Kinder mit Deutsch als Zweitsprache überdurchschnittliche Leistungen erbringen, um bildungserfolgreich zu sein.

Konkrete Forderungen sind:

- In der aktuellen Situation des Übergangs braucht es eine intensive fachliche Unterstützung an Schulen und Kindergärten vor Ort durch Personen mit Expertise in migrationsbedingter Zwei- und Mehrsprachigkeit, die den emotionalen Aspekt der innerpsychischen Neuorganisation miteinschließt. Ihre Aufgabe ist in erster Linie die Begleitung des pädagogischen Teams zu Fragen der Zweit- und Mehrsprachigkeitsdidaktik in allen Fächern, zu flucht- und migrationsbedingten Herausforderungen wie dem Umgang mit Traumatisierungen und damit verbunden auch zu Fragen der Kommunikation mit Eltern.
- Angebote der Supervision für PädagogInnen bzw. Teams, die mit Kindern und Jugendlichen aus geflüchteten Familien arbeiten und zwar durch SupervisorInnen, die Erfahrungen aus dem Arbeitsfeld rund um Flucht und Trauma haben.
- Verstärkter Einsatz der MuttersprachelehrerInnen oder MuttersprachenpädagogInnen ist in Regionen mit vielen Flüchtlingskindern im Regelunterricht notwendig. Sie übernehmen dabei nicht nur die Rolle, die Kinder in ihren Erstsprachen abzuholen und weiter zu fördern, sondern auch eine wichtige Vorbildfunktion. Diese Maßnahme muss durch eine verstärkte Qualifizierung der MuttersprachenlehrerInnen nach dem Vorbild des Lehrgangs *Muttersprachenunterricht: Erstsprachen unterrichten im Kontext von Migration* an der PH Wien und einer entsprechenden dienstrechtlichen Einbindung an Schulen gestützt werden.
- Erfassung und Einbezug von Mehrsprachigkeit der Studierenden sowie der Erfahrungen von Flucht und Migration in die Ausbildung an pädagogischen Hochschulen und Ausbildungsstätten für Kindergartenpädagogik, um den Zugang der PädagogInnen und ihrer Arbeit mit migrationsbedingt- und zweisprachig aufwachsenden Kindern nachhaltig zu verändern.
- Verstärkte Aufnahme von Personen mit Flucht- und Migrationserfahrungen in pädagogische Ausbildungen.
- Verstärkte und verpflichtende Aus- und Weiterbildung aller PädagogInnen im Elementar-, Primar- und Sekundarbereich in Bezug auf die spezifischen Bedingungen von Deutsch als Zweitsprache sowie Mehrsprachigkeitsförderung. Das bedingt einen Ausbau der Aus- und Weiterbildungsangebote und eine Verpflichtung zur Weiterbildung in diesem Bereich.
- Überarbeitung der Curricula, Lehrmitteln und Leistungsbeurteilung wie auch der PädagogInnenausbildungen in Hinblick auf die Lernbedingungen der immer größer werdenden Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit Deutsch als Zweitsprache.
- Einrichtung von Fachstellen, die für die Entwicklung von Materialien und Schulungen sowie für Beratung und Begleitung von Einrichtungen zuständig sind nach dem Vorbild des Sprachförderzentrums Wien.

für Jugendliche gilt

- Ausweitung der Möglichkeiten eines Schulbesuchs auch jenseits der Schulpflicht.
- Verstärkte Verknüpfung der Deutschlernangebote mit Angeboten zur Identitätsstärkung sowie mit beruflichen Orientierungsangeboten.
- Verstärkter Einsatz von mehrsprachigen Begleitungspersonen, die selbst Flucht- und Migrationserfahrung haben und eine Vorbildfunktion übernehmen können.
- Erfassung von Mehrsprachigkeit der Studierenden sowie Erfahrungen von Flucht und Migration bei Studierenden an Hochschulen für Sozialpädagogik und Sozialarbeit.
- Verstärkte Aufnahme von Personen mit Flucht- und Migrationserfahrungen in Ausbildungen in die Berufsfelder Sozialpädagogik und Sozialarbeit.

Literatur und weiterführende Links:

Handbuch Dolmetschen im Asylverfahren (2006), Hrsg von Bundesministerium für Inneres der Republik Österreich, UN-Flüchtlingshochkommissariats UNHCR in Österreich, Österreichischer Verband der allgemein beeideten und gerichtlich zertifizierten Dolmetscher, Institut für Theoretische und Angewandte Translationswissenschaft der Karl-Franzens-Universität Graz.

www.unhcr.at/fileadmin/rechtsinfos/fluechtlingsrecht/1_international/1_3_asylverfahren/FR_int_asyl-Dolmetsch.pdf (7.8.16)

UNHCR (2015), Trainingshandbuch für Dolmetschen im Asylverfahren.

www.unhcr.at/fileadmin/user_upload/dokumente/07_presse/material/Trainingshandbuch_fuer_DolmetscherInnen_im_Asylverfahren.pdf (7.8.16)

Universität Austria. Berufsverband für Dolmetschen und Übersetzer (o.J): Kommunaldolmetschen – eine absolute Querschnittsmaterie. www.universitas.org/uploads/media/PA231209_CI_Handout.doc (7.8.16)

Universität Graz: Kommunaldolmetschen Basiskurs: Grundlagen und Basiskompetenzen an der Karl-Franzens-Universität Graz, www.uniforlife.at/sprache-kommunikation/detail/kurs/kommunaldolmetschen-basiskurs-grundlagen-und-basiskompetenzen/ (7.8.16)

Universität Innsbruck: Universitätskurs Community Interpreting an der Universität Innsbruck www.uibk.ac.at/weiterbildung/universitaetskurse/community-interpreting/ (7.8.16)

Verband Österreichischer Volkshochschulen: QUADA. Qualifizierungsmaßnahme für DolmetscherInnen im Asylverfahren www.vhs.or.at/594/ (7.8.16)

Sprachförderzentrum Wien.

www.sfz-wien.at/

Zusammenfassung

Gesundheitspolitische Forderungen

7. ZUSAMMENFASSUNG – GESUNDHEITSPOLITISCHE FORDERUNGEN für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Fluchtbiographie

Klaus Vavrik, Sarah Koller

Im Jahr 2015 wurden in Österreich 88.340 Asylanträge gestellt. Etwa ein Drittel davon betrafen Kinder und Jugendliche. 6.680 Anträge wurden zum Zwecke der Familienzusammenführung, 8.380 von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen (UMF) gestellt.¹

Die ExpertInnengruppe der hier präsentierten Standards fordert: Damit diese Kinder nicht eine „verlorene Generation“ und eine mit allen negativen Folgen desintegrierte, chronisch kranke Erwachsenen-Generation werden, müssen sie so früh wie möglich in unser Sozial-, Bildungs- und Gesundheitssystem aufgenommen und bestmöglich versorgt werden.

Kinderrechte gelten überall und für jedes Kind und Jugendlichen, auch das Recht auf Gesundheit!

Artikel 1 Österreichisches Bundesverfassungsgesetz Kinderrechte:

„Jedes Kind hat Anspruch auf den Schutz und die Fürsorge, die für sein Wohlergehen notwendig sind, auf bestmögliche Entwicklung und Entfaltung sowie auf die Wahrung seiner Interessen auch unter dem Gesichtspunkt der Generationengerechtigkeit. Bei allen Kinder betreffenden Maßnahmen öffentlicher und privater Einrichtungen muss das Wohl des Kindes eine vorrangige Erwägung sein.“

Artikel 2 Österreichisches Bundesverfassungsgesetz Kinderrechte:

„(1) Jedes Kind hat Anspruch auf regelmäßige persönliche Beziehungen und direkte Kontakte zu beiden Elternteilen, es sei denn, dies steht seinem Wohl entgegen.

(2) Jedes Kind, das dauernd oder vorübergehend aus seinem familiären Umfeld, welches die natürliche Umgebung für das Wachsen und Gedeihen aller ihrer Mitglieder, insbesondere der Kinder ist, herausgelöst ist, hat Anspruch auf besonderen Schutz und Beistand des Staates.“

Artikel 3 internationale Kinderechtkonvention:

(1) Bei allen Maßnahmen, die Kinder betreffen, gleichviel ob sie von öffentlichen oder privaten Einrichtungen der sozialen Fürsorge, Gerichten, Verwaltungsbehörden oder Gesetzgebungsorganen getroffen werden, ist das Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt, der vorrangig zu berücksichtigen ist.

Artikel 24 internationale Kinderechtkonvention:

(1) Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit. Die Vertragsstaaten bemühen sich sicherzustellen, dass keinem Kind das Recht auf Zugang zu derartigen Gesundheitsdiensten vorenthalten wird.

Aus dieser eindeutigen und verbindlichen Menschenrechtslage² geht unzweifelhaft hervor, dass die **medizinische, Versorgung allen Kindern und Jugendlichen von 0-18 Jahren, die in Österreich leben, unabhängig von ethnischer Herkunft oder Asyl-Status gleichermaßen zukommen muss.** Die Kinderrechte beachten zudem weitere gesundheitsfördernde Aspekte wie das Recht auf Bildung, auf psychisches Wohlbefinden und soziale Teilhabe durch Spracherwerb- und Verständnis.

¹ Integrationsbericht BMEIA 2016

² Kinderrechte in Österreich: www.kinderrechte.gv.at/kinderrechte-in-osterreich/

UN Konvention der Kinderrechte: www.unicef.de/blob/9364/a1bbbed70474053cc61d1c64d4f82d604/d-0006-kinderkonvention-pdf-data.pdf

Bei Kindern mit Fluchtbiographie gibt es einige spezifische Besonderheiten zu beachten. Sie sind durch die Not im Herkunftsland oder durch die Flucht geschwächt, durch Kälte, Nässe oder schlechte Hygienebedingungen in Massenquartieren erkrankt, haben Traumata erlebt und vieles mehr. Gemäß der Aufnahmerichtlinie des Europäischen Parlaments gelten sie als „besonders vulnerable Schutzsuchende“, für welche nach Artikel 23 die Mitgliedsstaaten zur Wahrung des Kindeswohls für einen der körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen Entwicklung angemessenen Lebensstandard, für altersgerechte Spiel- und Erholungsmöglichkeiten, für notwendige psychologische, therapeutische und Rehabilitationsmaßnahmen sowie für eine Familienunterbringung bzw. Familienzusammenführung Sorge zu tragen haben. Für unbegleitete Minderjährige ist eine Vertretung zu bestellen, damit sie ihre – noch weiter gefassten - Rechte aus der Aufnahmerichtlinie in Anspruch nehmen können.

Die Identifikation der besonders schutzbedürftigen Personen sollte nach § 2 Abs 1 GVG-Bund „so rasch als möglich im Rahmen der medizinischen Erstuntersuchung“ (in der Erstaufnahmestelle oder in einer Betreuungseinrichtung des Bundes) erfolgen.³ Die gelebte Praxis wird in Österreich als unzureichend beschrieben.

Um Kinder und Jugendliche gut in unser Sozial-, Bildungs- und Gesundheitssystem zu integrieren braucht es für alle Beteiligten sachgerechte, verlässliche Strategien und klare Standards. In der Lebensrealität der ankommenden Kinder und Familien und für deren Betreuung gibt es drei abgrenzbare Phasen der Versorgungsnotwendigkeit: Erstens: Angekommen - die Akutversorgung (z.T. auch für Transitflüchtlinge), Zweitens: Erste Schritte im neuen Land - die Erstaufnahmeuntersuchung und erste stabilisierende und integrierende pädagogische und Gesundheitsmaßnahmen sowie Drittens: die längerfristige Betreuung.

1.) Angekommen – die Akutversorgung:

Die Realität des letzten Jahres, sowohl an den Grenzen, wie auch in den Bahnhöfen war geprägt von einer weitgehend spontanen und selbstorganisierten Hilfestruktur der Zivilgesellschaft gepaart mit einem höheren Erfahrungsgrad von Hilfsorganisationen. Dieses höchst schätzenswerte Engagement ist kein langfristig vertretbares Vorgehen, denn ein solches Konstrukt birgt immer die implizite Gefahr der Erschöpfung in sich und ist nicht in der Lage, einen stabilen Aufbau von verlässlichen Versorgungsstrukturen zu leisten. Ähnlich wurde die Situation auch in den großen Erstaufnahmелagern wahrgenommen. Menschen auf der Flucht brauchen primär jedoch vor allem das Gefühl von Zuverlässigkeit und Sicherheit im Gegenüber.

Die Forderungen der ExpertInnen-Gruppe für die Akutversorgungsphase lauten:

- Etwa 30-40% der Flüchtlinge sind Kinder und Jugendliche. Es muss in der Erstversorgung zumindest in diesem Ausmaß **pädiatrische Kompetenz** geben.
- Viele Menschen auf der Flucht sind aus den verschiedensten Gründen in einer psychisch schlechten Verfassung. Es muss diesem Aspekt in der fachlichen **Zusammensetzung des medizinisch-therapeutischen Teams Rechnung getragen** werden sowie zusätzlich die Möglichkeit der Krisenintervention gegeben sein.
- Diese Angebote müssen **in klaren Strukturen, verlässlich, in professioneller Qualität und durch die öffentliche Hand bezahlt angeboten** werden.
- Es braucht **klare Konzepte und verbindliche Einsatzpläne für bestimmte Zielgruppen** (z.B. schwangere Frauen, unbegleitete Kinder, ...) und **Anlässe** (z.B. für das Vorgehen im „Seuchenfall“ einer Infektionskrankheit u.ä.).
- Es braucht ein **System einer beim Flüchtling verbleibenden Dokumentation (Gesundheits-Dokumentation)**, damit die Information über Erkenntnisse und Intervention der VorbehandlerInnen nicht zum Nächsten verloren geht.

³ Quelle: Studie zur Situation besonders vulnerabler Schutzsuchender im Österreichischen Asyl- und Grundversorgungsrecht; Amnesty International, 3-2016

- Es braucht als Brücke zwischen den Kulturen und den Sprachen ein **rasch verfügbares qualitätsgesichertes, kommunales Dolmetsch-System** flankierend zu den medizinisch-therapeutischen Angeboten.
- Es braucht eine **Verbesserung der hygienischen Zustände in den Not- und Massenunterkünften**.
- Für die BetreuerInnen in Flüchtlingseinrichtungen ist eine Anlaufstelle für **medizinische und psychische Krisenintervention in Form einer 24-Stunden-Hotline** notwendig.
- Für **unbegleitete minderjährige Flüchtlinge** sollte **vom ersten Tag an die Jugendhilfe Verantwortung und Obsorge** übernehmen. Kein Kind darf verloren gehen!
- Die **Tagsätze für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge** gehören an das **Niveau der Kinder- und Jugendhilfe angepasst**.
- Die **weitere Unterbringung von UMF-Kindern sollte jedenfalls in familiären Strukturen, jene von UMF-Jugendlichen in betreuten Kleingruppen-Quartieren** erfolgen.
- **Wohllollende, humane und beschleunigte Familienzusammenführung**, wie in der **UN-Kinderrechtskonvention** festgelegt, ist der Boden für psychische Stabilität und Gesundheit aller Familienangehörigen. Die neue Asylnovelle verhindert ein rasches Vorgehen (Wartezeit 3 Jahre).
- **Schwangeren Frauen** sollte in einem Notquartier oder einer bestehenden Flüchtlingsunterkunft **aufsuchende Betreuung in Form eines multiprofessionellen Teams** mit möglichst weiblicher Hebamme/Gynäkologin und Dolmetscherin zur Verfügung gestellt werden. Die Schaffung einer spezifischen Wohneinrichtung für Frauen oder Familien rund um die Geburt (etwa 8 Wochen vor bis 8 Wochen nach der Geburt) ist dringend zu empfehlen.

2.) Erste Schritte im neuen Land – die Erstaufnahmeuntersuchung und weitere pädagogische- und Gesundheitsmaßnahmen:

Bei Übernahme in die Grundversorgung müssen gemäß den Vorgaben des BMG alle AsylwerberInnen einer Erstuntersuchung unterzogen werden. Diese sollte in Erstaufnahmezentren und Verteilerquartieren durchgeführt werden. In der Realität des letzten Jahres waren die vorgesehenen medizinischen Dienste weit überlastet und hatten im Regelangebot keine Kinder-spezifischen-Kompetenzen vorgesehen. Die Flüchtlinge wurden z.T. auch ohne dieser Untersuchung auf diverse Not- oder Privatquartiere verteilt.

Spitalsambulanzen und Ordinationen der KinderärztInnen sind für die Erstaufnahme-Untersuchung bis dato weder zuständig noch vorbereitet. Zu diesem Zeitpunkt ist der Versicherungsstatus oft auch noch ungeklärt. Zudem gibt es dort in der Regel nicht die erforderliche Unterstützung durch DolmetscherInnen. Erschwerend kommt hinzu, dass Flüchtlingsfamilien zumeist nicht mobil sind und sich in unserem Gesundheitswesen nicht zurecht finden. Flüchtlingskinder sind oft monatelang in Österreich, ohne diese erforderliche Untersuchung erhalten zu haben. Dies bedeutet aber häufig, dass ein spezifischer somatischer oder psychischer Behandlungsbedarf bei diesen Kindern nicht erkannt wird. Darüber hinaus erschwert das Fehlen der erforderlichen Untersuchungen und therapeutischen Angebote die Integration in Kindergarten und Schule.

Ein großes Problem sehen wir darin, dass es keine zentrale Erfassung und Dokumentation der Untersuchungsergebnisse gibt. Die bei der Erstuntersuchung erhobenen Befunde werden nicht weitergegeben und stehen für nachbehandelnde ÄrztInnen oder andere Gesundheitsberufe nicht zu Verfügung!

Die Forderungen lauten hierzu:

- Es muss dringend die **Zuständigkeit, der Ort und die Abrechnung dieser notwendigen Leistungen geklärt und festgelegt** werden, damit sie regelhaft für alle AsylwerberInnen gleichermaßen und möglichst rasch nach Ankunft in Österreich durchgeführt werden können (eigene ambulante Einrichtungen oder eine definierte Anzahl von spezifisch qualifizierten Ordinationen mit einer Verrechnungsmöglichkeit dieser besonders aufwendigen Leistung).
- Es braucht **verbindliche Standards spezifisch für Kinder und Jugendliche** und eine (zumindest zuziehbare) **fachärztliche Qualifikation**.
- Spätestens bei dieser Untersuchung sollte ein **Basis-Impfprogramm angeboten** werden und **ausreichend Impfstoff vorhanden** sein.
- Ebenso ist hier ein guter Zeitpunkt die **psychische Situation der Familie oder der alleine fliehenden Kinder und Jugendlichen** zu evaluieren. Dafür braucht es **fachspezifisches Personal im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie /Psychologie/Psychotherapie um Traumata zu identifizieren** wie auch um FlüchtlingsbetreuerInnen zu beraten.
- **Kostenlose Therapieplätze für traumatisierte Kinder- und Jugendliche** nach der Flucht sollten sofort zur Verfügung gestellt werden. Derzeit beträgt die Wartezeit für eine Therapie oft über ein Jahr.
- Eine **standardisierte Gesundheits-Dokumentation** soll für jeden in Österreich Asyl-ersuchenden Menschen verbindlich ausgestellt werden.
- Diese sollte **mehrsprachige Anamnesebögen** beinhalten, damit die PatientInnen über ihren eigenen Gesundheitsstatus aufgeklärt sind.

3.) Die längerfristige Betreuung:

Die weitere gesundheitliche Versorgung in diversen Betreuungsinstitutionen (von Heimen und Unterküften der NGO's bis zu Privatquartieren) ist nicht geregelt! Menschen in der Grundversorgung haben zwar mittels E-Card Zugang zum medizinischen System, sind mit diesem aber nicht vertraut bzw. umgekehrt, das System oft mit den Erfordernissen einer sachgerechten Flüchtlingsbetreuung überfordert.

Zudem erfordert die längerfristige Betreuung von Kindern und Jugendlichen die Beachtung wichtiger gesundheitsförderlicher und integrativer Aspekte wie der Spracherwerb, die Einbindung in Bildungseinrichtungen, niederschwellige Betreuungs- und Unterstützungsmöglichkeiten für Familien, sowie Bedacht auf das psychische Befinden der Flüchtenden.

Familien dürfen im Zuge einer Unterbringung nicht getrennt werden. Insbesondere unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF) bedürfen besonderer Schutzbedingungen. Je jünger sie sind, umso mehr ist eine familiäres Umfeld unabdingbar, für jugendliche UMF ist auch eine Unterbringung in überschaubaren, gut betreuten Wohneinheiten mit klaren Strukturen und Regeln zu befürworten. Voraussetzung für ein gelingendes Ankommen ist ein empathisches Beziehungsangebot an das einzelne Individuum.

Eine möglichst rasche und alters- bzw. bildungsadäquate Anbindung an das regionale Bildungssystem, aber auch eine strukturierte Freizeit sind unabdingbar.

Die Forderungen der ExpertInnengruppe lauten hier:

- Schaffung eines **KommunaldolmetscherInnen-Pools** durch **Gemeinden**, die in den regional nachgefragten Sprachen bei allen Agenden in öffentlichen Ämtern, Bildungseinrichtungen und Krankenhäusern zur Seite stehen.
- Nach der emotional sowie physisch kräftezehrenden Flucht brauchen Familien mit Kindern ein **ruhiges, überschaubares Wohn- und Lebensumfeld**. Der Aufenthalt in überfüllten Flüchtlingsheimen sollte so kurz als möglich andauern.
- Es braucht den **Aufbau kultursensibler und fluchtspezifischer Kompetenzen** im Bereich des Gesundheits- wie auch Bildungswesens (z.B. im schulärztlichen und schulpsychologischen Dienst, der niedergelassenen FachärztInnen und, AllgemeinmedizinerInnen, anderer Gesundheitsberufe...) und Dolmetschdienste.
- **Nachuntersuchung und –betreuung durch spezifische Ambulanzen** (mit multiprofessionellem Team) **oder Ordinationen** sowie durch **Hausbesuche in den Flüchtlingsunterkünften** sowie
- bei Bedarf eine weiterführende störungsspezifisch und individuell adaptierte **komplette Diagnostik**,
- eine **adäquate Abgeltung dieser Leistungen**,
- eine **rasche und kostenfreie Übernahmemöglichkeit bei Therapiebedarf** (um etwa Chronifizierung insbesondere bei Traumastörungen zu vermeiden),
- eine verfügbare **Unterstützung bei der Überwindung von Sprach- und Kulturbarrieren**,
- eine die Menschen **begleitende standardisierte Dokumentation**,
- ein **angemessener Ort für Frauen rund um die Geburt**, sowie ein **Ausbau der Kassenstellen für Hebammen**, sowie
- niederschwellige Angebote für Schwangere und neugeborene Kinder in Eltern-Kind-Zentren und durch **Unterstützung von Ehrenamtlichen** (LotsInnen, Buddy-System).
- Wichtig wär auch konkrete und **fachgerechte Traumatherapie** als Unterstützung und Stabilisierung so früh wie möglich und notwendig (auch bei Neu-Auftreten von Symptomen sollten rasch und unbürokratisch Therapieplätze zur Verfügung gestellt werden) sowie
- eine Betreuung und Information von Eltern über die eventuellen Traumafolge-störungen ihrer Kinder **sowie im Bedarfsfall therapeutische Intervention für Kinder und Eltern**, und
- eine **gute Kooperation mit Sekundär- und Tertiär-Versorgern** bei Bedarf.
- Sinnvoll wäre eine **angemessene Information** über die im jeweiligen Umfeld bestehenden Bedingungen und **gesundheitlichen Versorgungsmöglichkeiten** (z.B. die gute Trinkwasserqualität, altersorientierter Ernährungsratgeber, regionale Gesundheitsangebote und Ordinations-zeiten, E-Card-Funktion, Aufgaben des Amtes für Jugend und Familie, ...)
- Notwendig ist eine **rasche Integration ins Bildungssystem mit ausreichender und qualitätsgesicherter Unterstützung in der Zweitsprache Deutsch**, weil das Gefühl des Angenommen-Seins, der Zugehörigkeit und die Möglichkeit sich verständlich zu machen der **Boden für psychosoziale Gesundheit** ist.
- Bei kindergartenpflichtigen Kindern Vermittlung der Institution **Kindergarten nicht als Zwang**, sondern als **Chance für Stabilität und Integration** nach der Flucht. Gerade im frühen Lebensalter können elementarpädagogische Bildungs-angebote auf Grund ihrer Lebensnähe und Niederschwelligkeit hochwirksame Faktoren für das Gefühl des „heimisch Werdens“ und für die psychische Gesundheit und Entwicklung von Kindern mit Fluchtbiographie sein. Wenn ein guter bildungs-partnerschaftlicher Kontakt mit den Eltern gelingt, ist dieser Effekt noch erheblich zu verstärken.
- Die **Weiterbildung** des gesamten Personals durch **kultursensible** und/oder **Trauma-geschulte SupervisorInnen** ist für eine **integrativ gelebte Willkommenskultur** an Kindergärten und Schulen und Institutionen der Flüchtlingshilfe unerlässlich.

- Es bedarf einer **multiprofessionellen Unterstützung** und **Vernetzung** (z.B. traumapädagogische Kompetenz, externe HelferInnen-Systeme und Therapiemöglichkeiten) **für Kindergärten und Schule**. Wünschenswert wären **gemeinsame Teambesprechungen von LehrerInnen, SozialarbeiterInnen und TherapeutInnen**, um bestmöglich auf die **Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen eingehen zu können**.
- Im Bereich der **Schulbildung** empfiehlt sich an Schulstandorten mit höherer Belastung eine **Aufstockung der Stunden der SchulärztInnen, Unterstützung des Lehrpersonals durch SozialarbeiterInnen und Fachpersonal mit traumapädagogischer/psychotherapeutischer Ausbildung sowie Hilfestellungen durch muttersprachliche Ressourcen**.
- Es braucht **intensive fachliche Unterstützung** an den **Schulen und Kindergärten durch Personen mit Expertise in migrationsbedingter Zwei- oder Mehrsprachigkeit**, sowie verstärkter **Einsatz von muttersprachlicher PädagogInnen**,
- verstärkte und verpflichtende **Aus- und Weiterbildung aller PädagogInnen** in Bezug auf die spezifischen **Bedingungen von Deutsch als Zweitsprache**, sowie **Mehrsprachigkeitsförderung**,
- **Ausweitung** der Möglichkeiten eines **Schulbesuchs inkl. Pflichtschulabschluss auch jenseits der Schulpflicht**,
- verstärkte **Verknüpfung der Deutschlernangebote mit Angeboten zur Identitätsstärkung**, sowie mit **beruflichen Orientierungsangeboten** für Jugendliche mit **Fluchtbiographie**, und
- **strukturierte, altersadäquate Freizeitangebote** für Kinder und Jugendliche unter **integrativen Prämissen**.
- **Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge** sollten - je jünger desto mehr - in familiären Strukturen oder als Jugendliche in **überschaubaren Wohneinheiten mit traumapädagogischem Personal** betreut werden.

Zusätzlich zu diesen konkreten-operativen Umsetzungserfordernissen empfehlen wir für die österreichweiten Entwicklung und die strategische Koordination dieser Agenden eine **„Koordinationsstelle für gesundheitliche Belange für Kinder und Jugendliche mit Fluchtbiographie“** einzurichten.

Die Umsetzung dieser Maßnahmen darf nicht bloß als Kostenfaktor, sondern muss als nachhaltige Investition in die Zukunft gesehen werden. Wenn wir jetzt in die zu uns gekommenen Kindern und Jugendliche investieren, sie schnellstmöglich in unser Sozial-, Bildungs- und Gesundheitssystem integrieren, können wir vielfach die Entwicklung zu einer sonst mangelhaft integrierten und oftmals kranken Erwachsenen-Generation vermeiden. Dies verhindert menschliches Leid und erfüllt zusätzlich einen positiven volkswirtschaftlichen Aspekt und sollte dementsprechend öffentlich kommuniziert werden.

AutorInnen

8. AUTORINNEN

Mag.^a Elisabeth Schaffelhofer-Garcia-Marquez: Juristin, Journalistin, Leitung des Netzwerks Kinderrechte - National Coalition (NC) zur Umsetzung der UNO-Kinderrechtskonvention in Österreich.

Doz. Dr.ⁱⁿ Nicole Grois: Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde. Arbeitsgruppe der Politischen Kindermedizin und des Referates für Transkulturelle Pädiatrie der ÖGKJ.

Johanna Sengschmid: Hebamme, Stellvertretende Leitung des Wiener Hebammengremiums und Vorstand des ÖHG.

Dr.ⁱⁿ Christine Koska: Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie; Ärztliche Leiterin ‚die Boje‘.

Sonja Brauner: Psychotherapeutin und Diplomierte Pädagogin, Privatpraxis, HEMAYAT – Behandlungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende.

ExpertInnen der Plattform EduCare: Kindergartenleiterinnen und Studentinnen des Studienganges „Sozialmanagement in der Elementarpädagogik“: Karin Bauer, Alexandra Csar, Sabine Ebner, Claudia Hejl, Regine Jelenz, Gabriela Kernstock.

Elisabeth Kugler, BA: Direktorin der Ganztagesvolksschule Novaragasse; assoziiertes Mitglied ÖFEB.

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Verena Plutzar, MA: Sprachwissenschaftlerin, Universitätslektorin, Erwachsenenbildnerin und Supervisorin, Netzwerk SprachenRechte.

Prim. Dr. Klaus Vavrik: Präsident der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit; Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde; Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie; Psychotherapeut.

Mag.^a Sarah Teresa Koller: Geschäftsführerin Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit, Sprachwissenschaftlerin, Kulturmanagerin.

