

**Aus der Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie
im Kindes- und Jugendalter der Universität Rostock**

– Direktor: Univ.- Prof. Dr. med. habil. F. Häßler–

***Die psychische Belastung und ihr Zusammenhang mit lebensweltlichen Risiken bei
minderjährigen Asylbewerbern in Gemeinschaftsunterkünften in Mecklenburg-Vorpommern***

INAUGURAL-DISSERTATION

Zur Erlangung

des akademischen Grades Doktor der Medizin

der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock



vorgelegt von

Petra Jung, geb. Kühne

aus Freiburg

Geboren am 30.09.1982 in Wolgast

Rostock, 2015

Dekan: Univ.- Prof. Dr. med. E. C. Reisinger

1. Gutachter: Prof. Dr. med. Frank Häßler

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universität Rostock

2. Gutachter: Prof. Dr. Peter Kropp

Institut für medizinische Psychologie, Universität Rostock

3. Gutachter: Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universität Ulm

Datum der Einreichung: 14.01.2015

Datum der Verteidigung: 29.09.2015

Gewidmet den minderjährigen Asylbewerbern,
die derzeit in Mecklenburg-Vorpommern leben

INHALTSVERZEICHNIS

Abbildungsverzeichnis.....	III
Tabellenverzeichnis.....	IV
Abkürzungen	VII
Einleitung.....	1
Asyl.....	2
Asylbewerber in Deutschland mit Fokus auf Mecklenburg-Vorpommern.....	2
Gesetzliche Rahmenbedingungen des Asylbewerberstatus	4
Determinanten des Migrationsprozesses	7
Individuelle Faktoren	7
Biografische Faktoren	10
Gesellschaftliche Faktoren	15
Einfluss des Asylprozesses auf die psychische Gesundheit Minderjähriger.....	18
Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)	18
Affektive Störungen (F30-F39)	19
Angststörungen (F40.0-F41.2).....	20
Störungen des Sozialverhaltens (F91.-).....	20
Somatoforme Störungen (F45.-)	22
Ziel der Studie und Hypothesen.....	22
Methodik und Materialien	24
Probandenrekrutierung	24
Ablauf der Befragung	26
Stichprobencharakterisierung.....	27
Messinstrumente	29
Fragebogen zur familiären Situation (s. Anhang).....	29
Auszüge aus der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Basisdokumentation (s. Anhang)	29
Child Behaviour Check List (CBCL).....	29
Gliederung und Statistische Bearbeitung der Daten.....	31

Ergebnisse	36
Ergebnisse aus der studienspezifischen offenen Befragung und aus eigenen Beobachtungen	36
Verlauf des Asylprozesses	36
Gemeinschaftsunterkünfte als Wohnumfeld	37
Bildungsgrad der Eltern und schulische Situation der Probanden	40
Freizeitaktivitäten der Probanden	42
Probleme und Belastungen der Familien	43
Statistische Auswertung des CBCL	46
Vergleich der Probanden (n=58) mit einer normalverteilten Referenzpopulation von (n=100)	46
Vergleich der Testergebnisse nach dem Kriterium "Geschlecht"	58
Vergleich der Testergebnisse nach dem Kriterium "Alter"	60
Vergleich der Testergebnisse nach dem Kriterium "Aufenthaltsdauer in Deutschland"	64
Vergleich der Testergebnisse nach dem Kriterium "Psychische Belastung der Eltern"	68
Vergleich der Testergebnisse nach dem Kriterium "Bildungsgrad der Eltern"	71
Diskussion	76
Interpretation der Ergebnisse	76
Ergebnisse des CBCL	76
Ergebnisse aus den Offenen Fragebögen	84
Limitationen der Studie	92
Konklusion der Studie und Appell	96
Bibliographie	99
Anhang	VIII
Offener Fragebogen zur familiären Situation	VIII
Auszüge aus der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Basisdokumentation	IX
Thesen	XVII
Danksagung	XX
Selbstständigkeitserklärung	XXI

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 3.1 Probandenzugehörigkeit zu Heimstandorten

Abb. 3.2 Herkunftsstaaten der Probanden

Abb. 3.3 Ethnische Zugehörigkeit der Probanden

Abb. 4.1 Probleme in den Gemeinschaftunterkünften

Abb. 4.2 Bildungsgrad der Eltern

Abb. 4.3 Besuchte Schulform

Abb. 4.4 Schullaufbahn

Abb. 4.5 Favorisierte Freizeitbeschäftigungen

Abb. 4.6 Vereinsmitgliedschaften/ organisierte Freizeitbeschäftigungen

Abb. 4.7 Hauptprobleme der Familien

Abb. 4.8. Familienmitglieder in psychiatrischer Behandlung

Abb. 4.9. Eigen- oder fremdanamnestisch psychisch belastete Familienmitglieder, aktuell nicht in spezialisierter Behandlung

TABELLENVERZEICHNIS

Tab. 3.1	Alters- und Geschlechtsverteilung der Probanden
Tab. 4.1	Gründe für das Asylgesuch
Tab. 4.2	Alter der Probanden bei Ankunft in Deutschland
Tab. 4.0	Bisherige Aufenthaltsdauer in Deutschland
Tab. 4.5	T-Wert Statistik, Syndromskala "sozialer Rückzug"
Tab. 4.6	Vergleich mit Referenzgruppe, Syndromskala "sozialer Rückzug"
Tab. 4.7	Chi Quadrat Berechnung, Syndromskala "sozialer Rückzug"
Tab. 4.8	T-Wert Statistik, Syndromskala "körperliche Beschwerden"
Tab. 4.9	Vergleich mit Referenzgruppe, Syndromskala "körperliche Beschwerden"
Tab. 4.10	Chi Quadrat Berechnung, Syndromskala "körperliche Beschwerden"
Tab. 4.11	T-Wert Statistik, Syndromskala "ängstlich-depressiv"
Tab. 4.12	Vergleich mit Referenzgruppe, Syndromskala "ängstlich-depressiv"
Tab. 4.13	Chi Quadrat Berechnung, Syndromskala "ängstlich-depressiv "
Tab. 4.14	T-Wert Statistik, Gesamtscore "Internalisierende Syndrome"
Tab. 4.15	Vergleich mit Referenzgruppe, Gesamtscore "Internalisierende Syndrome"
Tab. 4.16	Chi Quadrat Berechnung, Gesamtscore "Internalisierende Syndrome"
Tab. 4.17	T-Wert Statistik, Syndromskala "Dissoziales Verhalten"
Tab. 4.18	Vergleich mit Referenzgruppe, Syndromskala "Dissoziales Verhalten"
Tab. 4.19	Chi Quadrat Berechnung, Syndromskala "Dissoziales Verhalten"
Tab. 4.20	T-Wert Statistik, Syndromskala "Aggressives Verhalten"
Tab. 4.21	Vergleich mit Referenzgruppe, Syndromskala "Aggressives Verhalten"
Tab. 4.22	Chi Quadrat Berechnung, Syndromskala "Aggressives Verhalten"
Tab. 4.23	T-Wert Statistik, Gesamtscore "Externalisierende Syndrome"

Tab. 4.24	Vergleich mit Referenzgruppe, Gesamtscore "Externalisierende Syndrome"
Tab. 4.25	Chi Quadrat Berechnung, Gesamtscore "Externalisierende Syndrome"
Tab. 4.26	T-Wert Statistik, Syndromskala "Soziale Probleme"
Tab. 4.27	Vergleich mit Referenzgruppe, Syndromskala "Soziale Probleme"
Tab. 4.28	Chi Quadrat Berechnung, Syndromskala "Soziale Probleme"
Tab. 4.29	T-Wert Statistik, Syndromskala "Schizoid-zwanghaft"
Tab. 4.30	Vergleich mit Referenzgruppe, Syndromskala "Schizoid-zwanghaft"
Tab. 4.31	Chi Quadrat Berechnung, Syndromskala "Schizoid-zwanghaft"
Tab. 4.32	T-Wert Statistik, Syndromskala "Aufmerksamkeitsprobleme"
Tab. 4.33	Vergleich mit Referenzgruppe, Syndromskala "Aufmerksamkeitsprobleme"
Tab. 4.34	Chi Quadrat Berechnung, Syndromskala "Aufmerksamkeitsprobleme"
Tab. 4.35	T-Wert Statistik, Gesamtscore
Tab. 4.36	Vergleich mit Referenzgruppe, Gesamtscore
Tab. 4.37	Chi Quadrat Berechnung, Gesamtscore
Tab. 4.38	T-Wert-Verteilung der einzelnen Syndromskalen bezüglich des Kriteriums "Geschlecht"
Tab. 4.39	"Mann-Whitney-U" Testergebnisse für das Kriterium "Geschlecht"
Tab. 4.40	T-Wert-Verteilung der einzelnen Syndromskalen bezüglich des Kriteriums "Geschlecht"
Tab. 4.41	Kruskal-Wallis Testergebnisse für das Kriterium "Alter"
Tab. 4.42	Rangkorrelationskoeffizienten Kendalls Tau zur Berechnung der Beziehung zwischen den Syndromskalen und dem Alter der Probanden
Tab. 4.43	T-Wert-Verteilung der einzelnen Syndromskalen bezüglich des Kriteriums "Aufenthaltsdauer"
Tab. 4.44	Kruskal-Wallis Testergebnisse für das Kriterium "Aufenthaltsdauer"
Tab. 4.45	Rangkorrelationskoeffizienten Kendalls Tau zur Berechnung der Beziehung zwischen den Syndromskalen und der Aufenthaltsdauer in Deutschland

Tab. 4.46 T-Wert-Verteilung der einzelnen Syndromskalen bezüglich des Kriteriums "Psychische Belastung der Eltern"

Tab. 4.47 Mann-Whitney-U Testergebnisse für das Kriterium "Psychische Belastung der Eltern"

Tab. 4.48 T-Wert-Verteilung der einzelnen Syndromskalen bezüglich des Kriteriums "Bildungsgrad der Eltern"

Tab. 4.49 Kruskal-Wallis Testergebnisse für das Kriterium "Bildungsgrad der Eltern"

Tab. 4.50 Rangkorrelationskoeffizienten Kendalls Tau zur Berechnung der Beziehung zwischen den Syndromskalen und dem Bildungsgrad der Eltern

ABKÜRZUNGEN

Abb.	Abbildung
AufenthG	Aufenthaltsgesetz
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
CBCL	Child Behaviour Checklist
D	Deutschland
DDR	Deutsche Demokratische Republik
df	<i>degrees of freedom</i> (Freiheitsgrade)
IGLU	Internationale Grundschul-Lese-Untersuchung
k. A.	keine Angabe
n	Anzahl der Probanden
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
p	Signifikanz
PISA	Program for international Student Assessment
PTSD	<i>post-traumatic stress disorder</i> (Post-traumatische Belastungsstörung)
SD	Standard Deviation (Standardabweichung)
Tab.	Tabelle
UNHCR	<i>United Nations High Commissioner for Refugees</i>
χ^2	Chi Quadrat

EINLEITUNG

Kriegerische Auseinandersetzungen, politische Verfolgung und in zunehmendem Maße die Auswirkungen von Naturkatastrophen zwingen viele Menschen zur Flucht aus ihrer Heimat. Erwartungsgemäß werden sich Migrationsströme im Zuge der voranschreitenden Globalisierung weiter vergrößern und Deutschland wird als politisch stabile und ökonomisch starke Nation ein beliebtes Einwanderungsziel bleiben (Bundesministerium des Innern, 2008). Es besteht daher die Notwendigkeit, die Migrationspolitik den globalen Entwicklungen anzupassen und den besonderen Bedürfnissen der in Not geratenen Menschen Rechnung zu tragen.

Eine breite gesellschaftliche Debatte, initiiert durch verschiedene Nichtregierungsorganisation wie beispielsweise Pro Asyl, aber auch verschiedene politische Strömungen, macht deutlich, dass die Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland zum aktuellen Zeitpunkt kritikwürdig ist. Darüber hinaus thematisiert eine wachsende Zahl medizinischer Studien, dass Migranten¹ und insbesondere Flüchtlinge und Asylbewerber aufgrund der Erlebnisse im Migrationsprozess unter einer deutlich erhöhten psychischen Anspannung leiden, die eine intensive, fachkundige Betreuung notwendig macht (Classen, 2011; Hallas, 2007; Kühne, Reißler, 2008; Lennertz 2006).

Den minderjährigen Betroffenen kommt dabei eine ganz eigene Rolle zu, da sie zum einen durch den Schulbesuch deutlich mehr Berührungspunkte mit dem neuen Lebensumfeld haben als Erwachsene und zum anderen auch den Migrationsprozess anders erleben und bewerten (Behrensen, M. Westphal, 2009; Birman, 2006; Butterwegge, 2010; Schepker, Toker, 2009).

Durch die föderale Struktur der BRD ist jedes einzelne Bundesland verpflichtet, seinen Beitrag zur Versorgung der Asylbewerber zu leisten. Die landestypischen Besonderheiten beeinflussen dabei maßgeblich die Umsetzung der rechtlichen Grundlagen. Für ein Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern mit nur wenigen urbanen Zentren und wenig multikultureller Infrastruktur birgt diese Aufgabe Probleme, die nicht immer zur Zufriedenheit der Betroffenen gelöst werden können (Junge, 2010).

¹¹ Um die Lesbarkeit der Arbeit nicht zu beeinträchtigen wurde darauf verzichtet, zusätzlich zur männlichen auch die weibliche Form der Personenbeschreibungen aufzuführen. Gemeint sind jedoch immer beide Geschlechter, wenn durch den Kontext keine andere Interpretation vorgegeben wird.

ASYL

Die Bezeichnung **Asyl** (aus dem Griechischen *asyllos...* unberaubbar, unantastbar) beschreibt ursprünglich einen Ort, der Schutzbedürftigen als Zuflucht dient. Heute versteht man unter der Gewährung von Asyl die zumindest vorübergehende Aufnahme politisch Verfolgter und damit verbunden die Absicherung ihrer grundlegenden Bedürfnisse (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2012).

Weltweit geht das Flüchtlingswerk der Vereinten Nationen (UNHCR) von über 50 Millionen Flüchtlingen bzw. Menschen in fluchtähnlichen Situationen aus, von denen knapp 17 Millionen als politische Flüchtlinge gelten (UNHCR, 2013). Diese Zahl ist in den vergangenen Jahrzehnten stetig gestiegen und in Anbetracht aktueller geopolitischer Probleme ist nicht davon auszugehen, dass sich Flüchtlingsbewegungen in absehbarer Zeit signifikant reduzieren werden. Obwohl noch immer der weitaus größte Anteil an Flüchtlingen von anderen, häufig benachbarten Ländern der Krisenregionen aufgenommen wird, hat diese Entwicklung in beliebten westlichen Zielstaaten für Unmut, Ängste und in der Konsequenz zur Verschärfung gesetzlicher Bestimmungen sowie teilweise zu substanziellem Kürzungen der Sozialversorgung der Betroffenen geführt (Nuscheler, 2004).

ASYLBEWERBER IN DEUTSCHLAND MIT FOKUS AUF MECKLENBURG-VORPOMMERN

Einen Höhepunkt erreichte die Migrationsbewegung nach dem Fall des "Eisernen Vorhangs" und dem Zusammenbruch Jugoslawiens. Fast zwei Drittel aller in Europa gestellten Asylanträge entfielen auf Deutschland. Diese Entwicklung stellte aufgrund steigender Kosten für Unterbringung und Verpflegung bald eine spürbare Belastung für die sozialen Sicherungssysteme dar. In der Konsequenz wurde nach Möglichkeiten gesucht, den Zuzug zu bremsen und gesetzliche Barrieren zu forcieren. Für das umgangssprachlich auch als "Asylkompromiss" bezeichnete "Gesetz zur Neuregelung des Asylverfahrens", welches 1993 in Kraft trat, wurde der im Grundgesetz verankerte Satz "Politisch Verfolgte genießen Asylrecht" (Art. 16 Abs.2 Satz 2) eingeschränkt. Eine vordergründige Rolle spielte dabei die Berufung auf die Prinzipien der "sicheren Drittstaaten" und der "sicheren Herkunftsänder", welche besagen, dass Asylbewerber, die aus einem als sicher klassifizierten Drittstaat oder Herkunftsland nach Deutschland einreisen, keinen Asylanspruch stellen können und in die jeweiligen Länder zurückgeschickt werden müssen. Da Deutschland ausschließlich von solchen Staaten begrenzt wird, ist eine Einreise nur noch über den Luft- oder Seeweg möglich. Für Bürgerkriegsflüchtlinge wurde eine eigene Rechtsform geschaffen, die ihnen für die Dauer der Kriegshandlung einen

Aufenthaltsstatus außerhalb des Asylverfahrens zugesteht und eine Rückkehr in die Heimat nach Kriegsende vorschreibt.

Die Reformen verfehlten die gewünschte Wirkung nicht. Innerhalb von sechs Jahren sank die Zahl der neugestellten Asylanträge in Deutschland von über 400 000 im Jahre 1992 auf unter 100 000 (Efionayi-Mäder et al., 2001; Kühne, Rüssler, 2000; Nuscheler, 2004).

Dieser Trend setzte sich zunächst weiter fort, so dass in den letzten Jahren rund 30.000 bis 50.000 Anträge verzeichnet wurden. Mittlerweile ist jedoch u.a. angesichts der Auseinandersetzungen in den arabischen Staaten wieder eine deutlich zunehmende Tendenz zu verzeichnen (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2013).

Als Teil der ehemaligen DDR war das heutige Mecklenburg-Vorpommern bis zur Wiedervereinigung 1990 durch das damals ausgeübte Migrationsrecht geprägt, welches vor allem durch eine deutlich geringere Anzahl an Ausländern und strenge Restriktion integrativer Bemühungen charakterisiert war. Der Alltag der Migranten war stark reglementiert, der Kontakt zur einheimischen Bevölkerung unerwünscht, integrative Maßnahmen unterblieben. Darüber hinaus war der Aufenthalt in der DDR zeitlich begrenzt, so dass es zu keinem langfristigen Eingliederungsbestreben kam (Hess, 2008; Junge, 2010; Mac Con Uladh, 2005).

Nach der Wiedervereinigung wurde zunehmend der Einfluss rechtsextremistischer politischer Strömungen im Land deutlich. Diese durch Diskriminierung und gewaltbereiten Aktionismus geprägte Bewegung wurde deutlich im August 1992, als Anhänger der rechtsextremen Szene einen Brandanschlag auf die damalige Zentrale Aufnahmestelle für Asylbewerber in Rostock verübteten. Auch wenn in der Konsequenz friedliche Bürgerbewegungen, integrationsbemühte und demokratiestützende Bündnisse gewachsen sind, haben die Ereignisse für eine dauerhafte Stigmatisierung des Bundeslandes gesorgt.

Mecklenburg-Vorpommern hat als "Flächenland" eine niedrige Bevölkerungsdichte und wenige urbane Zentren. Die Arbeitslosigkeit liegt weit über dem Bundesdurchschnitt (Statistisches Bundesamt, 2013). Für Migranten birgt diese soziale Konstellation besondere Probleme. Um kulturelle, religiöse und soziale Bedürfnisse, wie beispielweise den Erwerb bestimmter Lebensmittel oder die Mitgliedschaft in nicht-christlichen Glaubensgemeinschaften, befriedigen zu können, sind sie häufig auf urbane Verhältnisse angewiesen. Diese zu erreichen ist jedoch schwierig und kostenintensiv, insbesondere, wenn man wie der Großteil der Asylbewerber auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen ist. Zusätzlich erschwert die in §56 des Asylverfahrensgesetzes

verankerte Residenzpflicht das Erreichen von Ballungszentren, da sie die Betroffenen verpflichtet, sich nur in einem von der zuständigen Behörde festgelegten Bereich aufzuhalten.

Die in Mecklenburg-Vorpommern ankommenden Asylbewerber werden zunächst in der Erstaufnahmeeinrichtung Nostorf/Horst im Landkreis Ludwigslust-Parchim untergebracht, von wo aus die Verteilung auf die verschiedenen Gemeinschaftsunterkünfte erfolgt. Insgesamt gab es in Mecklenburg-Vorpommern am Ende der bis 2009 durchgeführten Befragung noch 11 Gemeinschafts- und Übergangsunterkünfte, die Platz für insgesamt rund 1800 Bewohner boten (Amt für Migration und Flüchtlingsangelegenheiten M-V, 2009), wobei bereits in den Jahren zuvor Heime geschlossen wurden und laut der befragten Heimleiter neue Schließungen von mindestens drei weiteren Einrichtungen geplant waren. Die Auswahl der zu schließenden Heime richte sich ihrem Eindruck nach vor allem nach Einsparungsmöglichkeiten bzw. nach vertraglichen Bindungszeiten, orientiere sich aber nicht an den Bedürfnissen der Bewohner. So kritisierten auch Migrationsverbände des Landes, dass Heime in kleinstädtischen und dörflichen Strukturen erhalten bleiben, während größere Städte wie Greifswald, Schwerin oder Stralsund, in denen integrationsunterstützende Strukturen bereits geschaffen worden sind, nicht mehr als Heimstandorte dienen. Mittlerweile mussten aufgrund steigender Zahlen wieder neue Unterkünfte gefunden werden - auch diese befinden sich überwiegend in Kleinstädten wie beispielsweise Anklam oder Wolgast.

GESETZLICHE RAHMENBEDINGUNGEN DES ASYLBEWERBERSTATUS

ASYLVERFAHREN

Grundsätzlich ist die Gewährung von Asyl für politisch Verfolgte in der deutschen Rechtsprechung durch Artikel 16a im Grundgesetz verankert. Das seit 2005 als Bundesgesetz gültige Zuwanderungsgesetz regelt den bürokratischen Ablauf der Einwanderung in die Bundesrepublik, während das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) Höhe und Form der Leistungen vorgibt, die Asylbewerbern je nach Aufenthaltsstatus zustehen.

Nach erster behördlicher Meldung eines Asylbewerbers in Deutschland erfolgt die administrative Fallzuordnung zu einer Erstaufnahmeeinrichtung eines bestimmten Bundeslandes. Es folgt die Antragstellung beim BAMF und im Anschluss die Anhörung des Asylbewerbers möglichst mit Hilfe eines Dolmetschers. Es muss dabei glaubhaft gemacht werden, dass der Betroffene im Herkunftsland asylrelevanten Gefahren ausgesetzt war. Dabei gilt nicht nur politische Verfolgung als mögliche

Begründung für Asylgewährung, auch Diskriminierung aufgrund religiöser, geschlechtsspezifischer oder anderer äußerer Merkmale kann berücksichtigt werden. Ausschlaggebend für die Anerkennung ist eine gewisse Fallindividualität. Das heißt, dass ein Schweregrad der Diskriminierung bzw. der Verletzung der Menschenwürde erreicht sein muss, der über das Maß dessen hinausgeht, was andere Bürger des Herkunftsstaats erdulden müssen. Somit sind allgemeine Notsituationen wie Armut, Bürgerkrieg oder Naturkatastrophen per definitionem als Grund ausgeschlossen.

Während des gesamten Verlaufs des Verfahrens hält sich der Antragsteller unter dem Status einer "Gestattung" in Deutschland auf, womit nur ein geografisch eingeschränkter Aufenthalt in einem der Behörde zugeordneten Gebiet möglich ist. Die Gestattung erlischt mit Beendigung der Rechtssache.

Gelingt es dem Antragsteller gemäß Art. 16a GG, sein Asylbegehren als berechtigt darzulegen, so erhält er eine zunächst auf 3 Jahre befristete Aufenthaltserlaubnis nach §25 des Aufenthaltsgesetz (AufenthG). Ein solches Urteil resultiert jedoch äußerst selten, in den vergangenen Jahren lag die Erfolgsquote laut Statistiken des BAMF nie über 1,6%.

Eine zweite Möglichkeit ist die Gewährung von Flüchtlingsschutz gemäß §60 Abs. 1 AufenthG, die deutlich häufiger greift und in Einzelentscheidung auch die Fälle berücksichtigen kann, bei denen die Verfolgung nicht direkt von einer staatlichen Institution ausgeht. So wurde in der Vergangenheit beispielsweise Schutz vor Genitalverstümmelung, Ehrenmorden oder Zwangsheirat ermöglicht. Auch hier wird den Betroffenen zunächst eine Aufenthaltserlaubnis für drei Jahre zugesprochen. Sollte sich nach Ablauf der Dreijahresfrist der Aufenthaltsanspruch bestätigen, wird eine unbefristete Niederlassungserlaubnis ausgesprochen, die u. a. die Erwerbstätigkeit oder die Zahlung von Sozialhilfe sowie eine Integrationsförderung ermöglicht.

Die dritte Möglichkeit der Schutzgewährung ist die Erklärung von "subsidiärem Schutz". Dies geschieht, wenn die Vorgaben der Genfer Konvention nicht erfüllt werden, humanitäre Erwägungen aber trotzdem verbieten, dass der Antragsteller in sein Herkunftsland zurückgeschickt wird, beispielweise bei drohender Folter oder Ermordung im Heimatland.

In weit über der Hälfte der Fälle greift jedoch keine der oben genannten Möglichkeiten, die Anträge werden als unbegründet abgelehnt, was in der Konsequenz die Abschiebung des Antragstellers bedeutet (BAMF, 2012).

Nach §60a Abs1 AufenthG kann die Abschiebung unter Gewährung einer Duldung für einen Zeitraum von maximal sechs Monaten ausgesetzt werden. Dies geschieht immer dann, wenn eine Abschiebung

formal oder aufgrund humanitärer Gründe unmöglich ist, aber die Kriterien zur Gewährung einer richtigen Aufenthaltserlaubnis nicht erfüllt sind. Es gibt in Deutschland eine Vielzahl Asylsuchender, deren Titel nach Ablauf der Fristen immer wieder erneuert wird und die durch solche sogenannten "Kettenduldungen" bereits jahrelang in Deutschland leben. Die Auflagen sind streng und Möglichkeiten der sozialen Teilhabe stark eingeschränkt. So bleibt der Zugang zum Arbeitsmarkt verwehrt und es gibt keinen Anspruch auf Integrationsförderung oder Sozialhilfe (Kühne, Rüßler, 2000).

ASYLBEWERBERLEISTUNGSGESETZ

Die finanzielle Situation von Asylbewerbern in Deutschland ist im Asylbewerberleistungsgesetz verankert, welches 1992 in Kraft trat. Es regelt die Versorgung mit Gütern des täglichen Bedarfs meist in Form von Sachleistungen oder Gutscheinen und in begrenzter Form finanziellen Mitteln, aber auch andere Aspekte wie den Zugang zu medizinischer Versorgung und zum Arbeitsmarkt.

Asylbewerbern stehen im Vergleich zu deutschen Sozialhilfeempfängern deutlich geringere finanzielle Ressourcen zur Verfügung. Da die Zahlen seit Einführung des Gesetzes nicht an steigende Lebenserhaltungskosten angeglichen wurden, hat diese Diskrepanz in den vergangenen Jahren noch zugenommen. Bereits 2012 hat das Bundesverfassungsgericht die Höhe der Bezüge als verfassungswidrig erklärt, da gegen das Grundrecht auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums verstoßen werde. Eine akzeptable Anpassung ist bisher (Stand Ende 2014) jedoch nicht erfolgt (BVerfG, 2010; Classen, 2011). Darüber hinaus lässt das AsylbLG den zuständigen Behörden viel Spielraum, um Leistungskürzungen als Sanktionen etwa bei mangelnder Kooperation im Asylverfahren einzusetzen.

Die Kritik geht über die finanziellen Aspekte des Gesetzes hinaus und bezieht sich vor allem auch auf dessen Implikationen für den Integrationsprozess. Durch das Arbeitsverbot, die Verweigerung von Integrations- und Sprachkursen sowie durch die zwangsmäßige Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften und damit verbundener Residenzpflicht würde ihnen die Möglichkeit zur selbstverantwortlichen Lebensgestaltung genommen (Classen, 2011; Kühne, Rüßler, 2000).

DETERMINANTEN DES MIGRATIONSPROZESSES

Der Verlauf des Migrationsprozesses wird durch zahlreiche individuelle Voraussetzungen und gesellschaftliche Umstände beeinflusst. Im Folgenden sind die wichtigsten dieser Determinanten aufgeführt.

INDIVIDUELLE FAKTOREN

ALTER

Die Inzidenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in einer Normpopulation weist zwei Altersgipfel auf. Der erste liegt zwischen dem sechsten und zehnten Lebensjahr, der zweite im Alter von dreizehn bis sechzehn (Steinhausen, 2006). Darüber hinaus können widrige Umstände und traumatisierende Ereignisse, wie mangelnde Zuwendung oder der Verlust wichtiger Bezugspersonen, zu jedem Zeitpunkt während der kindlichen Entwicklung zur Manifestation verschiedenster Störungsbilder führen (Steinhausen, 2006). Kinder und Jugendliche, die dem Asylprozess vorangehend Krieg und Verfolgung erleben und im sich anschließenden Asylprozess mit zahlreichen Problemen konfrontiert werden, können in jedem Alter psychische Probleme wie Traumatisierung, Bindungsstörungen und verschiedenen Formen der Anpassungsstörung entwickeln (Dalgard, Thapa, 2007; Eksi, 2002; Lennertz, 2006; Möller, 2009; Sultan, O`Sullivan, 2001; Warfa, 2012).

In welcher Form die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen durch das Erlebte beeinflusst wird und welche Störungsbilder sich als Folge manifestieren, ist durchaus altersabhängig, da sowohl die verfügbaren kognitiven Fähigkeiten als auch der Einfluss des sozialen Umfeldes variieren (Möller, 2009). So kann im Säuglings- und Kleinkindalter Verlusterleben oder eine traumatische Belastung der Eltern als Folge des Asylprozesses und damit einhergehend mangelnde Stimulation, körperliche Vernachlässigung und dysaffektives Verhalten zur Ausbildung von Entwicklungsverzögerung, Ess- und Schlafstörungen führen (Möller, 2009; Steinhausen, 2006).

Als Reaktion auf Probleme im Kindergarten- und Vorschulalter konnten Autoaggression oder sozialer Rückzug beobachtet werden. In Verbindung mit Vernachlässigung sah man auch dissoziales und frühdelinquentes Verhalten. Dass auch der Migrationsprozess eine solche Belastung darstellen kann, legt eine Studie von Flink et al. an niederländischen Vorschulkindern nahe, die eine erhöhte Inzidenz

an Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern von Erstgenerations-Migranten im Vergleich zu einer niederländischen Referenzgruppe festgestellt haben (Flink, 2012).

Die spätere Kindheit stellt im Normalfall die Phase der größten Erweiterung des sozialen Umfeldes dar. Bei Kindern, die in dieser Phase vermehrt psychischen und sozialen Problemen ausgesetzt sind, werden Störungsbilder aus dem psychosomatischen Bereich, Tic-Störungen, Ängste, sozialer Rückzug und Isolation beobachtet (Steinhausen 2006).

Die Adoleszenz ist der Lebensabschnitt, der besonders eng mit der eigenen Identitätsfindung verknüpft ist und den Jugendlichen zur Auseinandersetzung mit Werten, Anschauungen und Rollenverhalten zwingt. Fehlt in dieser Entwicklungsphase ein verständnisvolles soziales Umfeld, kann das die Ausbildung manifester psychischer Probleme zu Folge haben. Neben affektiven Störungen werden auch Delinquenz, Drogenmissbrauch, Zwangs-, Angst- und Essstörungen, Störungen des Sozialverhaltens und Psychosen beschrieben (Rothgang, 2009; Steinhausen, 2006). Jugendliche mit Migrationshintergrund sind in diesem Lebensabschnitt besonders oft mit Loyalitätskonflikten konfrontiert, da sie Diskrepanzen zwischen den Wertevorstellungen ihrer Herkunftskultur und der des Ziellandes stärker wahrnehmen und bewerten (Möller, 2009).

Neben den oben aufgeführten eher altersspezifischen Pathologien gibt es auch eine Reihe von altersunabhängigen Manifestationen. Dazu gehören vor allem akute psychische Belastungsreaktionen, posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD) ebenso wie Anpassungsstörungen (Merker-Melcher, 2010; Steinhausen, 2006).

GESCHLECHT

Die durch den westlichen Wertekontext geprägte kinder- und jugendpsychiatrische Forschung erbrachte die Erkenntnis, dass Jungen bei gleichen kognitiven Fähigkeiten in der sozialen und emotionalen Entwicklung gegenüber Mädchen bis zur Adoleszenz benachteiligt sind und häufiger psychiatrische Hilfe benötigen (Schepker, Böge, 2007).

Unterschiede gibt es auch in der Art der auftretenden psychischen Störungsbilder. So konnte beobachtet werden, dass unter dem Einfluss gleicher Stressoren Mädchen eher zu Depressionen, Angstsyndromen oder Somatisierungsstörungen neigen, während Jungen dissoziale Verhaltensweisen zeigen (Biedermann 2002; Ernst, 2001).

Neben der Feststellung allgemeingültiger Geschlechtsunterschiede sollten die Besonderheiten in der Asylbewerberpopulation berücksichtigt werden. Bisher gewonnene Erkenntnisse stützen sich vielfach auf Beobachtungen junger Männer, da diese den weitaus größten Anteil der Asylbewerber ausmachen (Ellinger, 2001). Die Erkenntnisse können jedoch nicht als repräsentativ für beide Geschlechtergruppen angesehen werden, da davon auszugehen ist, dass geschlechtsdeterminierte Aspekte einen Einfluss auf den Migrationsprozess haben und daher auch auf die psychische Integrität unterschiedlich einwirken. Dies ist vor allem dadurch bedingt, dass noch immer global gesehen Mädchen häufig schon von frühester Kindheit an benachteiligt werden. Sie sind beispielsweise öfter von Bildungsmöglichkeiten ausgeschlossen und im Haushalt verpflichtet. Ihre Voraussetzungen für eine erfolgreiche Integration sind daher oft trotz gesetzlicher Gleichstellung in der Aufnahmegergesellschaft ungleich schlechter (Ali, 2005).

Ein weiterer Punkt, der Beachtung verdient, sind die verschiedenen traumatisierenden Erlebnisse, mit denen sich viele minderjährige Asylbewerber konfrontiert sehen, bevor sie das Zielland erreichen. Während Jungen in Kriegsgebieten häufig Zeugen von gewalttätigen Auseinandersetzungen wurden oder zum Teil sogar als Kindersoldaten direkt involviert waren, werden Mädchen häufig Opfer sexueller Übergriffe, wobei die Gefahr unter besonders vulnerablen Bedingungen wie z. B. als Angehörige ethnischer Minderheiten, an Kriegsschauplätzen oder auf der Flucht dramatisch ansteigt. In den meisten Studien zeichnet sich eine höhere Inzidenz für Posttraumatische Belastungsstörungen und damit verbunden depressive und somatoforme Pathologien bei weiblichen Flüchtlingen ab (Ali, 2005).

Auch im Verlauf des Integrationsprozesses im Aufnahmeland gibt es geschlechtsbestimmte Unterschiede. So zeigt sich häufig eine Diskrepanz zwischen den Normen der dort herrschenden Jugendkultur, gekennzeichnet durch Freizügigkeit und individuelle Freiheit, und den tradierten Vorstellungen der asylsuchenden Familie, die geprägt sind durch religiöse und kulturelle Normen der Ursprungsgesellschaft. Besonders weibliche Migrantinnen leiden unter den Differenzen, da sie in höherem Maß familiären Kontrollbestrebungen unterworfen sind und sich das traditionelle Frauenbild vieler Kulturen zum Teil drastisch von den in der westlichen Welt herrschenden Wertvorstellungen unterscheidet. Entwickelt sich daraus ein permanenter, nicht lösbarer Konflikt, wird die Entwicklung psychischer Störungsbilder begünstigt. So wird vermutet, dass dieses kulturell bedingte Dilemma mit dafür verantwortlich ist, dass die Inzidenz psychosomatischer Störungen bei weiblichen Migrantinnen deutlich höher ist (Boos-Nünning, Karakaşoğlu-Aydın, 2005).

Eine norwegische Studie von Dalgard und Thapa konnte sogar eine geschlechtsabhängig gegenläufige Entwicklung während des Integrationsprozesses nachweisen - während sich die Belastung mit psychischen Problemen bei männlichen Migranten im Verlauf der Integration verringerte, stieg sie bei Frauen und Mädchen durch integrationsbedingte Rollenkonflikte an (Dalgard, Thapa, 2007).

BIOGRAFISCHE FAKTOREN

DER ASYLPROZESS

In verschiedenen Studien konnten Stressoren identifiziert werden, die die Lebensqualität und vor allem auch die psychische Gesundheit von Asylbewerbern in der aufnehmenden Gesellschaft negativ beeinflussen. So litten die Befragten sehr unter der *Unsicherheit*, die durch die nur temporär ausgestellten Aufenthaltsgenehmigungen bedingt ist und so beispielsweise Ängste vor Abschiebung schürt und für die Betroffenen einen schwer zu ertragenden Kontrollverlust über die eigene Existenz darstellt (Hallas et al. 2007; Katona, 2009; Laban, 2006; Momartin, 2006; Sultan, O`Sullivan, 2001). Damit verbundene häufige Behördengänge, Befragungen durch Beamte und Gerichtstermine wurden als Belastung empfunden. Eine australische Studie von Momartin et al. deklarierte diesen Zustand der Ungewissheit sogar als stärksten Prädiktor psychischer Störungsbilder.

Ein weiterer signifikanter Faktor ist die *Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften* und die häufig damit einhergehende *Isolation vom urbanen Leben*. Die Einrichtungen sind oft abgelegen von wichtiger städtischer Infrastruktur, die Wohnverhältnisse beengt, geklagt wird über schlechte hygienische Zustände und gewaltgeprägte Umgangsformen. Studien von Keller et al., Steel et al. und Sultan et al. konnten belegen, dass allein die Unterbringungsform unabhängig vom Stand des Asylverfahrens eine erhebliche psychische Belastung darstellt. Zu sozialen Spannungen kommt es unter anderem, weil die Bewohner keiner geregelten bezahlten Arbeit nachgehen dürfen, was neben prekären finanziellen Verhältnissen auch zu Langeweile und Frustration führt. Die Residenzpflicht, also die Bindung an den zugewiesenen Aufenthaltsort, wird ebenfalls als belastend empfunden (Dalgard, Thapa, 2007; Keller et al., 2003; Sultan, O`Sullivan, 2001). In Deutschland kommt erschwerend hinzu, dass aufgrund der in der Vergangenheit stark rückläufigen Zahlen Unterkünfte regelmäßig geschlossen wurden und die Bewohner so zum Teil mehrfach eine *Umsiedelung in neue Heime und neue soziale Gefüge* erleben mussten. Dies ist insbesondere für Kinder und Jugendliche mit erhöhter Schwierigkeit verbunden, da sie mit häufigen Schulwechseln konfrontiert werden und sich kaum langfristig in Peer-groups eingliedern können.

Bedenkenswert ist, dass mehrere Studien zu dem Schluss kommen, dass sich die Ausprägung und die Schwere psychischer Störungen proportional sowohl zur *Dauer des Asylverfahrens* (Mares, Jureidini, 2004; Steel, 2004; Sultan, O’Sullivan, 2001), als auch zur *Länge des Aufenthalts in Gemeinschaftsunterkünften* (Keller et al. 2003; Laban, 2008; Porter, Haslam, 2005; Steel, 2004) verhalten. Sie berichten von einer erhöhten Inzidenz v.a. an depressiven Störungen, Angst- und somatoformen Störungen und belegen u. a. auch eine Verschlimmerung des Leidensdrucks bei bereits bestehenden psychischen Erkrankungen im Verlauf des Asylprozesses.

Die australische Studie von Mares und Jureidini (2004) konzentrierte sich auf die spezielle Vulnerabilität von Kindern in Asylbewerberheimen und kam zu dem Schluss, dass diese durch die bestehenden Lebensverhältnisse noch deutlich stärker gefährdet sind als Erwachsene. Vergleichbar sind die Ergebnisse von Steel et al. (2004), die zeigen, dass sich im Verlauf des Asylprozesses bei Kindern eine Verzehnfachung der psychischen Auffälligkeiten (vorrangig Zeichen für posttraumatische Belastungsstörungen und Depression) zeigt, während bei den untersuchten Erwachsenen lediglich eine dreifach erhöhte Inzidenz zu verzeichnen war. Waren für die Kinder vor allem in der Unterkunft erlebte traumatische Ereignisse belastend, schien für ihre Bezugspersonen die Unsicherheit des Asylverfahrens und damit einhergehend ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit und Unrechtsempfinden die Hauptursache der psychischen Probleme zu sein (Mares, Jureidini, 2004; Steel, 2001; Sultan, O’Sullivan, 2001). Als Beleg für die negativen Einflüsse der Lebensverhältnisse in Gemeinschaftsunterkünften kann gelten, dass sich in einer Folgestudie zwölf Monate später der Zustand bei noch immer im Heim Untergebrachten signifikant verschlechtert hatte, während nun extern Lebende mit sicherem Aufenthaltsstatus deutlich weniger belastet waren als zuvor (Keller, 2003). Eine Studie von Drozdek (2013) zeigte, dass bei Asylsuchenden in therapeutischer Behandlung aufgrund von PTSD durch den Erhalt einer permanenten Aufenthaltsgenehmigung deutlich bessere Therapieergebnisse erzielt werden konnten.

FAMILIENGEFÜGE

Die Eltern-Kind-Beziehung sollte geprägt sein durch Nähe und Zuwendung bei gleichzeitiger Unterstützung kindlicher Autonomie durch wenigstens ein Elternteil, wobei meist der Mutter zumindest während der frühesten Kindheit die wichtigste Rolle zukommt. Als Determinanten des Kindeswohls gelten außerdem elterliches Interesse und angemessene positive Rückmeldung, sowie für das Kind nachvollziehbare Verhaltensregeln (Parker, 1988; Schlack, 2000). Gelingt es Eltern nicht,

ihre Erziehung nach diesen Prinzipien zu gestalten, kann es zur Ausprägung unterschiedlicher Störungsbilder wie depressiver Erkrankungen, dissozialem Verhalten, erhöhtem Aggressionspotential oder späterem Substanzabusus kommen (Chen et al. 2009; Ettrich, 2006).

Auch die Unterstützung durch Geschwister kann von großer Bedeutung für die Entwicklung aller Beteiligten sein. Ist es den Eltern nicht möglich, ausreichend Hilfe und Zuneigung aufzubringen, ist oft eine Vertikalisierung geschwisterlicher Beziehungen zu beobachten, die meist den Älteren, denen häufig ohnehin eine wichtige Pionierfunktion zukommt, ein erhöhtes Maß an Verantwortung abverlangt. Ähnliches beschreibt das sogenannte "Hänsel-und-Gretel-Phänomen", das eine Intensivierung geschwisterlicher Beziehungen erklärt, wenn andere emotional befriedigende Beziehungen nicht vorhanden sind (Chase, 1999).

Das Familiengefüge wird durch zahlreiche Variablen beeinflusst, die sich in Risiko- und Schutzfaktoren klassifizieren lassen. So zählen zu den negativ zu bewertenden Ereignissen die alleinige Erziehungsverantwortung, die Trennung der Eltern, Disharmonie in der elterlichen Partnerschaft, Todesfälle innerhalb des engsten Familienkreises, sowie schwere psychische oder physische Erkrankungen enger Bezugspersonen. Auch ein geringer sozioökonomischer Status und dabei insbesondere Arbeitslosigkeit, ein niedriges Bildungsniveau der Eltern, mangelnde Integration in das direkte soziale Umfeld und fehlende externe Unterstützung stellen laut Esser et al. ein psychosoziales Risiko für die kindliche Entwicklung dar (Esser, 1994; Schlack, 2000).

Als Schutzfaktoren gelten dagegen materielle Sicherheit, ein hoher elterlicher Bildungsgrad, stabile innerfamiliäre Bindungen und die Möglichkeit mindestens eines Elternteils, sich auf die individuellen Bedürfnisse des Kindes konzentrieren zu können. Günstig sind Umstände, die längere Trennungen in frühen Lebensphasen verhindern helfen sowie die Verfügbarkeit gut entwickelter Unterstützungssysteme, sei es durch Verwandte, Freunde oder auch öffentliche Stellen (Esser, 1994; Ettrich, 2006; Parker, 1988; Sohni, 2004; Zimmermann, 2006).

Familien von Migranten und insbesondere Asylbewerbern sind mit einer Vielzahl von vornehmlich belastenden Ereignissen konfrontiert. Allein die Tatsache des Asylgesuchs ist ein Hinweis darauf, dass die Familie im Herkunftsland unter widrigen Bedingungen leben musste. Kommen die Betroffenen aus einem Kriegs- oder Krisengebiet, besteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass Todesfälle oder Trennungen von engen Bezugspersonen stattgefunden haben. Auch das Auftreten anderer potentiell traumatisierender kriegstypischer Handlungen wie Folter oder sexualisierte Gewalt müssen Kinder oft miterleben. Die in der Konsequenz häufig auftretenden posttraumatischen Belastungsstörungen

stellen eine große Belastung für die Integrität des Familiengefüges dar. Studien an Soldaten mit diesem Störungsbild haben gezeigt, dass eine Zunahme an häuslicher Gewalt, emotionaler Beziehungsprobleme und Kommunikationsschwierigkeiten innerhalb der Familie zu verzeichnen waren. Die Betroffenen zeigten sich weniger liebevoll im Umgang mit ihren Kindern und hatten Schwierigkeiten, in der Eltern-Kind-Beziehung auftretende Probleme zu lösen (Gewirtz et al., 2010). Laut Lennertz (2006) kommt es durch die Traumatisierung zu einer „chronisch belasteten Familiensituation“, in der die Eltern ihre Kinder nur „eingeschränkt emotional unterstützen“ können. Selbst bei zunächst stabilem Familiengefüge kann dies zu „sekundär unsicheren Bindungsmustern“ führen, die bei dem betroffenen Kind das Gefühl hervorrufen, Kummer und Ängste niemandem anvertrauen zu können. Häufig gibt es auch keine „Ersatz-Bezugspersonen“ wie z.B. Großeltern oder andere Verwandte (Daud et al. 2008; Lennertz, 2006).

Der Migrationsverlauf konfrontiert Familien wiederum mit neuen Problemen. Das Arbeitsverbot bedingt neben Frustration und Langeweile auch *finanzielle Schwierigkeiten* (Heptinstall, 2004; Porter, Haslam, 2005; Warfa, 2012) und die *Infragestellung der Vaterrolle* als "Ernährer der Familie" (Warfa, 2012), was Verschiebungen im Selbstverständnis der Familie und Alterationen der Eltern-Kind-Beziehungen zur Folge haben kann. Ein damit eng verbundenes Problem ist die *soziale Isolation*. Während die Kinder durch die Eingliederung in Bildungseinrichtungen rasch die Sprache erlernen und in die neue Kultur eingeführt werden, gibt es diese Möglichkeit für die Erwachsenen nicht oder nur in sehr begrenztem Umfang. Unter diesen Umständen ist es für Eltern fast unmöglich, ihre Kinder adäquat zu begleiten und ihnen ausreichende Unterstützung zuteilwerden zu lassen. (Boos-Nünning et al., 2005; Porter, Haslam, 2005; Silove et al. 1997; Tasic, Streissler, 2009; Warfa et al. 2012)

Eine solche Situation prädestiniert für intrafamiliäre Konflikte. So kommt es häufig zu Respektverlust seitens der Kinder und auch zur Neudefinition geschwisterlicher Beziehungen, da Brüder und Schwestern ähnlich gut in das neue System integriert sind und daher häufig als die besseren Wegbegleiter begriffen werden (Chase, 1999).

Problematisch ist auch, dass es Eltern oft nicht mehr gelingt, den Kindern die Grundzüge der ursprünglichen Kultur zu vermitteln. Dies hat intergenerationale Entfremdung und damit einhergehend höheres Konfliktpotential zur Konsequenz. Eine solche Entwicklung wird besonders bei den Kindern erwartet, die in einer sehr frühen Lebensphase migriert sind bzw. bereits in die neue Kultur hineingeboren wurden. Studien an Arbeitsmigranten haben eindeutig nachweisen können, dass die Eltern-Kind-Beziehung umso besser ist, je enger die kindliche Verknüpfung mit der Ursprungskultur ist (Birman, 2006).

PSYCHISCHE BELASTUNG DER ELTERN

Die Auswirkungen depressiver Störungen bei Müttern als den meist wichtigsten Bezugspersonen sind wissenschaftlich umfassend untersucht und ihre nachteiligen Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung bestätigt worden (Hammen, 1991; Parker, 1988; Seguín, 2003; Shaw, 2009). Im Umgang mit den Kindern äußert sich dies durch mangelnde Geduld, das Ausbleiben positiver Rückmeldungen und Lob bis hin zu ablehnendem Verhalten. Die Kommunikation ist eingeschränkt (Hammen, 1991). Tritt dies bereits in der frökhkindlichen Entwicklung auf, zeigen die Betroffenen langfristig ein defizitäres Bindungsverhalten. Laut Seguín (2003) kommt es durch intergenerationale Transmission auch häufig dazu, dass die Kinder und Jugendlichen selber ihr Leben deutlich negativer und pessimistischer sehen als ihre Altersgenossen und überdurchschnittlich häufig über Gefühle wie Hoffnungslosigkeit klagen.

Hammen (1991) zeigt, dass sich Kinder, deren Mütter unter Depressionen leiden, dieser Tatsache viel bewusster sind und die Krankheit als Teil ihres familiären Alltags begreifen, als Kinder somatisch erkrankter Mütter. Die Reaktionen auf eine solche Erkrankung sind unterschiedlich. Während jüngere Kinder ebenfalls traurig bis deprimiert oder auch ängstlich reagieren, stehen bei älteren reaktive Wut und Aggression im Vordergrund. Alarmierend ist, dass über die Hälfte aller Kinder, deren Mütter an einer unipolaren affektiven Störung leiden, im Verlauf ihrer Kindheit ebenfalls aufgrund einer oder sogar multipler psychischer Störungen auffallen. Initial stehen dabei auch affektive Störungen im Vordergrund, langfristig zeigt sich ein breiteres Bild, in dem sich neben Angststörungen auch ein erhöhter Substanzabusus sowie delinquentes Verhalten und ein insgesamt defizitäres Sozialverhalten finden (Parker, 1988; Wissmann, 2006).

Ein zweites Krankheitsbild, das erwartungsgemäß in Asylbewerberpopulationen gehäuft auftritt und somit auch in der kindlichen Entwicklung der Betroffenen berücksichtigt werden sollte, ist die posttraumatische Belastungsstörung (Eksi, 2002; Hodes, 2010; Steel et al., 2004). Untersuchungen zeigten, dass Kinder von Betroffenen eine erhöhte Prädisposition für Belastungsstörungen aufweisen, über geringer ausgeprägte Coping-Strategien verfügen und generell ein pessimistisches Weltbild kommunizieren (Daud et al., 2005; Hieu, Thao, 2007).

Eine auf diese Erkenntnisse aufbauende schwedische Studie von Daud et al. (2008) kam zu dem Ergebnis, dass rund 75% aller Kinder, deren Eltern die diagnostischen Kriterien für PTDS erfüllen, ebenfalls typische Symptome für ein solches Störungsbild, mehr Anzeichen für Entwicklungsstörungen und niedrigere IQ-Werte aufwiesen. Kinder traumatisierter Eltern erreichten

bei standardisierten Tests deutlich niedrigere Werte in den Bereichen Emotionalität (insbesondere in der Kategorie "Selbstwertgefühl"), hyperkinetische Störungen und Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen. Verhältnismäßig gut schnitten sie bei der Erfassung prosozialen Verhaltens ab. Bemerkenswert ist hierbei, dass Langzeitstudien nachweisen konnten, dass auch nach 20 Jahren noch eine Korrelation zwischen PTDS-Erkrankung eines Elternteils und ähnlichen psychischen Problemen bei Sohn oder Tochter nachweisbar ist (Daud, 2008; Kellerman, 2001; Warfa et al., 2012).

Berücksichtigen muss man jedoch auch, dass insbesondere Eltern, die unter einer depressiven Symptomatik leiden, ihr eigenes Empfinden auf die Gefühlswelt ihrer Kinder projizieren und somit altersentsprechendes Verhalten tendenziell eher als auffällig bzw. pathologisch bewerten (Chen et al., 2009).

GESELLSCHAFTLICHE FAKTOREN

FINANZIELLE RESSOURCEN UND WOHNVERHÄLTNISSE

Eine der wichtigsten Determinanten der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen ist die sozio-ökonomische Struktur, in der sie aufwachsen. Angelehnt an Definitionen global agierender Organisationen gilt als "arm", wer weniger als 60 % des gesellschaftlichen Durchschnittseinkommens zur Verfügung hat. In Deutschland trifft dies auf jeden Bürger zu, der Bezüge nach der HARTZ IV-Regelung bekommt (Butterwegge, 2010), Asylbewerber verfügen wie oben beschrieben sogar über noch weitaus geringere finanzielle Ressourcen (Classen, 2011).

Bei Kindern und Jugendlichen ist die subjektive Einschätzung der finanziellen Situation der Familie die ausschlaggebende Komponente. Erst wenn Kinder tatsächlich den Zustand der Deprivation wahrnehmen und unter den Konsequenzen leiden, lässt sich eine Belastung für ihr Wohlbefinden daraus ableiten. Dass dies nicht immer koinzidiert, ist am ehesten dem Umstand zu verdanken, dass es Familien häufig gelingt, an Stellen zu sparen, die das kindliche Dasein weniger tangieren. Es bedeutet aber auch, dass ältere Kinder bzw. Jugendliche aufgrund ihrer weitreichenderen Wahrnehmung und durch steigende Ansprüche stärker unter bestehenden Mängeln leiden (Butterwegge, 2010).

Ein von weniger privilegierten Kindern häufig beklagtes Problem ist die Stigmatisierung, die bis zu sozialer Isolation führen kann. Laut Warfa et al. (2012) geht das Gefühl, "nur Asylbewerber" zu sein oft mit Ohnmachtsgefühlen und Desillusionierung einher. Hinzu kommen die materiellen

Unterschiede. Verfügt jemand nicht über von der Peergroup geschätzte oder sogar geforderte Güter, stellt sich rasch das Gefühl des "Nicht-Dazugehörens" ein. Die Betroffenen werden ausgeschlossen und bilden einen Angriffspunkt für Mobbing. Um dieser Problematik zu entgehen, laufen insbesondere Adoleszenten Gefahr, sich frühzeitig zu verschulden oder sich auf kriminelle Aktivitäten einzulassen.

Ein weiteres Problem sind eingeschränkte Partizipationsmöglichkeiten. Die grundlegende Schulbildung erfolgt in Deutschland zwar einkommensunabhängig, jegliche darüber hinaus gehende Angebote, sei es z. B. das Erlernen von Musikinstrumenten, die Mitgliedschaft in Sportvereinen oder auch nur die Teilnahme an Klassenausflügen, stellen für Familien mit geringen finanziellen Ressourcen eine Hürde dar. Erschwerend kommt bei Migranten hinzu, dass diese häufig mit den bürokratischen Gegebenheiten zu wenig vertraut sind und die Nichtinanspruchnahme staatlicher Hilfsangebote überdurchschnittlich hoch ist (Butterwegge, 2010; Kühne, Rüßler 2000).

Die Qualität der Wohnverhältnisse spielt ebenfalls eine wichtige Rolle in der Risikoanalyse. Die Gemeinschaftsunterkünfte befinden sich fast ausnahmslos in städtischen Randgebieten mit deutlichen infrastrukturellen Mängeln. Die Bausubstanz ist häufig von geringer Qualität. Aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen leben viele Menschen auf engem Raum zusammen, was, noch potenziert durch die multi-ethnische Zusammensetzung der Bewohner, zahlreiche Probleme verursacht (Butterwegge, 2010; Kühne, Rüßler, 2000). Lorek et al. (2009) belegten den negativen Einfluss der Gemeinschaftsunterkünfte, indem sie zeigten, dass mentale und physische Probleme bei dort untergebrachten Kindern oft erst unter den Wohnbedingungen auftreten oder deutlich verstärkt werden.

Ein weiterer nicht zu vernachlässigender Aspekt ist der sekundäre Einfluss von Armut in der Familie. So steigt die Inzidenz an depressiven Störungen und Angsterkrankungen. Es herrscht ein Klima der Hoffnungs- und Hilflosigkeit. Auch Alkohol- und Drogenabusus steigen signifikant. Studien belegen, dass die Inzidenz an Kindesmisshandlungen unter Arbeitslosen und Sozialhilfeempfängern mehr als doppelt so hoch ist im Vergleich zur arbeitenden Bevölkerung (Schepker, Toker 2009). Kinder erleben deutlich mehr Zurückweisung, elterliche Beziehungen sind häufig geprägt durch einen Mangel an Stabilität, Wärme, Anerkennung und Zuwendung (Chassé, 2005).

Insgesamt zeigen Kinder aus langzeitig in Armut lebenden Familien mehr Verhaltensauffälligkeiten, anti-soziales Verhalten, depressive Störungen und weniger ausgeprägte kognitive Fähigkeiten als finanziell gut abgesicherte Gleichaltrige. Während Jungen häufig durch vermehrte aggressive

Neigungen und erhöhte Delinquenzraten auffallen, beobachtet man bei Mädchen vor allem Angststörungen und sozialen Rückzug (Kuruvilla, 2007).

BILDUNG

Die Auswertung der zwei wichtigsten auf nationaler Ebene durchgeführten Schulleistungsuntersuchungen PISA und IGLU zeigt, dass es bisher nur unzureichend gelungen ist, Migranten im deutsche Bildungssystem ausreichend zu fördern und ihnen somit den Anschluss an Gleichaltrige deutscher Herkunft zu ermöglichen (BAMF, 2008). So kommt rund die Hälfte aller Kinder aus Migrantenfamilien über die elementare Lesekompetenzstufe nicht hinaus, mit entsprechender Konsequenz für den Wissenserwerb auch in mathematischen und naturwissenschaftlichen Fächern. Rund ein Viertel aller Migranten verlassen die Schule ohne Abschluss, über 40% erreichen maximal einen Hauptschulabschluss - im Vergleich zu deutschen Schülern entspricht das fast der doppelten Inzidenz. Nur rund 7% erlangen das Abitur und qualifizieren sich somit für eine universitäre Ausbildung, im Gegensatz zu über 20% der Jugendlichen deutscher Herkunft (Bundesministerium des Innern, 2010; Schepker, Toker, 2009). Dabei ist zusätzlich zu berücksichtigen, dass sich sämtliche Studien auf die Gesamtheit aller in Deutschland lebenden Migranten beziehen und Erkenntnisse daher vornehmlich an den größeren Populationen gewonnen wurden. Eine gesonderte Betrachtung der Probleme von Asylbewerbern gibt es nicht, wobei diese häufig noch zusätzlichen Hindernissen ausgesetzt sind (Behrensen, Westphal, 2009).

Eines der Hauptprobleme ist das mangelnde Sprachverständnis. In den seltensten Fällen wird in Migrantenfamilien Deutsch gesprochen. Oft beherrschen zumindest die Eltern die Sprache gar nicht oder nur unzureichend, staatlich geförderte Sprachkurse sind aufgrund des Aufenthaltstitels auch nicht vorgesehen. In Bildungseinrichtungen wird das Kind also mit Lerninhalten konfrontiert, die es allein aufgrund von Sprachschwierigkeiten nicht erfassen kann. Darüber hinaus ist auch die Kommunikation zwischen Schule und Elternhaus nur bedingt möglich und daher die elterliche Begleitung des Bildungsweges schwierig (Möller, Adam, 2009).

Ein weiterer Aspekt ist der Stellenwert, den Bildung in Migrantenfamilien einnimmt. So konnte gezeigt werden, dass der schulische Erfolg eng mit dem Bildungsgrad der Eltern korreliert. Hatten diese Zugang zu höherer Bildung, verfolgen sie dieses Ziel auch bei ihren Kinder (Behrensen, Westphal, 2009). Asylbewerbern ist jedoch möglicherweise in den Heimatländern aufgrund ihres

ethnischen oder rechtlichen Status der Zugang zu Bildung erschwert oder sogar verwehrt worden oder die notwendige Infrastruktur ist kriegerischen Auseinandersetzungen zum Opfer gefallen.

Das Leben in Gemeinschaftsunterkünften bietet keine günstige Lernumgebung. Aufgrund der räumlichen Enge ist der Lärmpegel hoch, die Konzentrationsfähigkeit und somit auch die Leistungsfähigkeit sind eingeschränkt (Behrensen, Westphal, 2009).

EINFLUSS DES ASYLPROZESSES AUF DIE PSYCHISCHE GESUNDHEIT MINDERJÄHRIGER

Der Asylprozess ist in seinen verschiedenen Phasen mit zum Teil deutlich erhöhten potentiellen Risiken für die psychische Gesundheit der unmittelbar Betroffenen vergesellschaftet. In zahlreichen diesbezüglich durchgeführten Studien der vergangenen Jahre konnte diese Annahme belegt werden. Im Fokus standen meist Asylbewerberpopulationen im angloamerikanischen und westeuropäischen Raum. Zusammenfassend kann postuliert werden, dass es aus dem Bereich der kinder- und jugendpsychiatrischen Krankheitsbilder vor allem Hinweise auf *Posttraumatische Belastungsstörungen* (Eksi, 2002; Elklit et al., 2012; Hodes, 2010; Steel et al., 2004; Warfa, 2012), *Affektive Störungen* (Eksi, 2002; Elklit et al., 2012; Hodes, 2010; Lorek, 2009; Steel et al., 2004; Sultan, O`Sullivan, 2001; Tousignant et al., 1999; Warfa, 2012) und *Angststörungen* (Eksi, 2002; Elklit et al., 2012; Hodes, 2010; Lorek, 2009; Steel et al., 2004; Tousignant et al., 1999) gibt. In geringerer Ausprägung ließen sich auch *Entwicklungsverzögerungen* (Mares, Jureidini, 2004) sowie *Störungen des Sozialverhaltens* (Lorek, 2009; Mares, Jureidini, 2004; Steel et al., 2004; Sultan, O`Sullivan, 2001; Tousignant et al., 1999) nachweisen.

POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG (F43.1)

Die posttraumatische Belastungsstörung ist definiert als klinisch komplexes Bild aus emotionalen, kognitiven und biologisch-körperlichen Symptomen als Folge einer schwerwiegenden psychischen Belastung. Zu den Symptomen gehören das Wiedererleben traumatischer Ereignisse z. B. in Träumen oder Erinnerungsschüben, emotionaler und sozialer Rückzug mit ausgeprägtem Vermeidungsverhalten sowie der Zustand vegetativer Übererregtheit. Als Auslöser gelten Ereignisse, die eine als außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung liegende Belastung verursachen und langanhaltende, wiederholt stattfindende Vorgänge wie Misshandlungen, Folter oder

Gefangenschaft, die charakterisiert werden durch die Kumulation traumatischen Erlebens und durch geringe Vorhersagbarkeit belasten (Fegert, Eggers, 2012).

Klinisch fallen betroffene Kinder durch die eingangs beschriebenen Symptome auf, zusätzlich werden Schlafstörungen, erhöhtes Aggressionspotenzial, aber auch erhöhter Substanzabusus, Impulskontrollverlust, dissoziative Phänomene und Selbstverletzungstendenzen ebenso wie depressive Entwicklungen beobachtet. In der Folge zeigen sich zum Teil ausgeprägte Entwicklungseinschränkungen, die insbesondere in sozialen und kognitiven, aber auch die Persönlichkeitsentwicklung betreffenden Bereichen auffallen (Fegert, Eggers, 2012).

Während in der Normalbevölkerung von einer Prävalenzrate der PTDS um 5% ausgegangen wird, belegen Studien, die sich insbesondere mit minderjährigen Asylbewerbern und Flüchtlingen befassen, eine Ausprägung bis weit über 50% (Liu et al., 2011; Robjant et al., 2009).

AFFEKTIVE STÖRUNGEN (F30-F39)

Affektive Störungen beschreiben krankhafte Veränderungen der Stimmungslage. Bei reinen Depressionen (F34.-) spricht man von monopolarer Ausprägung. Bipolare Muster (F31.-) weisen zusätzlich zur depressiven auch eine manische Komponente auf. (Fegert, Eggers, 2012)

Laut DSM-IV Kriterien müssen für eine Diagnosestellung mindestens fünf der folgenden Symptome über einen Zeitraum von wenigstens zwei Wochen vorliegen: gedrückte-depressive Stimmung, Freudlosigkeit und Interessenverlust, gesteigerte Müdigkeit, fehlende Energie, verringertes Konzentrationsvermögen, psychomotorische Hemmung oder gesteigerte Unruhe, Schlaflosigkeit, unbegründbare Schuldgefühle, Wertlosigkeitsgefühle, Suizidgedanken oder Appetitstörungen. Zu beobachten sind mit fortschreitendem Alter zunehmender sozialer Rückzug, teilweise gesteigerte Aggressionen oder auch agitiertes Verhalten (Fegert, Eggers, 2012).

Bei der Betrachtung der Ätiologie in Asylbewerberpopulationen gelten als relevante Ereignisse das Erleben verschiedener Traumata und persönlicher Verluste, "gelernte Hilflosigkeit" und akute psychosoziale Belastungen. Da diese den Voraussetzungen für PTDS teilweise gleichen, sind beide Krankheitsbilder nicht sicher trennbar und stehen häufig als Differentialdiagnosen gleichwertig nebeneinander (Eksi, 2002; Hodes, 2010; Katona , 2009; Liu et al. 2011)

Neben den bereits erwähnten psychosozialen Faktoren belegen weitere Studien, dass Kinder aus den untersten Einkommensklassen, zu denen zweifelsohne auch minderjährige Asylbewerber gehören, ein rund zweifach erhöhtes Risiko für die Ausbildung von Depressionen aufweisen (Kuruvilla et al., 2007). Untersuchungen an europäischen (Hodes et al., 2010; Lorek et. al. 2009) und australischen Asylbewerbern (Steel et. al. 2004) zeigen darüber hinaus, dass auch die prolongierte Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften zu einem Anstieg depressiver Symptome beiträgt.

ANGSTSTÖRUNGEN (F40.0-F41.2)

Von Angststörungen sind in einer Normalpopulation rund 10% aller Kinder und Jugendliche betroffen, womit es sich um die häufigste psychische Störung des ersten Lebensabschnitts handelt (Fegert, Eggers, 2012). Die häufigsten beobachteten Formen sind Trennungsängste, Phobien und generalisierte Angststörungen. Mit einem angstauslösenden Stimulus konfrontiert, reagieren Kinder häufig mit Gereiztheit, aggressiver oder apathischer Stimmung oder auch körperlichen Symptomen wie Bauch- und Kopfschmerzen. Auffällig ist oftmals eine Tendenz, negative Ereignisse zu über- und eigene Bewältigungsstrategien zu unterschätzen, sowie ein niedriges Selbstwertgefühl, körperliche Mißempfindungen wie anhaltende Nervosität und körperliche Anspannung (Fegert, Eggers, 2012).

Verschiedene Studien mit Asylbewerbern zeigen, dass Symptome für Angststörungen in diesem Probandenkreis sehr häufig zu beobachten sind. In einer in den USA durchgeföhrten Untersuchung von Keller et al. (2003) waren 77% der untersuchten Bewohner von Gemeinschaftsunterkünften betroffen, ähnliche Zahlen ermittelten Mares und Jureidini (2004) für in Australien lebende Asylbewerber. Studien, die sich explizit mit minderjährigen Flüchtlingen beschäftigen, zeigen, dass diese möglicherweise in noch höherem Maß betroffen sind. So ergab eine britische Studie von Lorek et al. (2009), dass ausnahmslos alle erfassten Kinder und Jugendlichen eindeutige Symptome für Angststörungen aufwiesen.

STÖRUNGEN DES SOZIALVERHALTENS (F91.-)

Unter Störungen des Sozialverhaltens können eine Vielzahl kindlicher Handlungen subsummiert werden, die die Beziehung zum sozialen Umfeld beeinträchtigen oder sogar einen messbaren Schaden verursachen, darunter fallen das Ignorieren von Regeln und Anweisungen ebenso wie tätliche Angriffe oder Diebstähle. Von einer manifesten Störung ist auszugehen, wenn sich

disssoziales, oppositionelles und aggressives Verhalten nicht beherrschen lassen und zu Problemen im sozialen Umfeld führen. Gesamtgesellschaftlich geht man von einer Prävalenzrate um 6 bis 8 % aus, wobei Mädchen diese Kriterien deutlich seltener erfüllen als Jungen (Fegert, Eggers, 2012).

Dissoziales Verhalten tritt oft als Begleitsymptomatik anderer psychischer Störungen auf. So muss in vielen Fällen von Komorbidität mit hyperkinetischen oder depressiven Störungen ausgegangen werden, zu beobachten sind solche Probleme aber auch im Rahmen von posttraumatischen Belastungsstörungen oder kindlichen Bindungsstörungen (Fegert, Eggers, 2012).

Bei Migranten kommt vor allem einer Beeinträchtigung der verbalen Fähigkeit als Ursache der Problematik eine Schlüsselfunktion zu, da insbesondere aggressives Verhalten benutzt wird, um ein Defizit an Möglichkeiten zur verbalen Wunschäußerung auszugleichen (Fegert, Eggers, 2012; Steinhausen, 2010).

Mögliche Ursachen sind antisoziales Verhalten von Bezugspersonen, Vernachlässigung, frühes Erfahren von Gewalt sowie frühe Traumatisierung, da dadurch die Ausbildung der empathischen Perspektivübernahme beeinträchtigt ist. Erhöhte Raten an delinquentem Verhalten werden unter anderem auf schlechte Wohnverhältnisse und relative Armut zurückgeführt. Der indische Psychiater Kuruvilla (2007) beschreibt einen eindeutigen Zusammenhang zwischen Armut und der Entwicklung antisozialen Verhaltens.

Zweifelsohne sind minderjährige Asylbewerber häufiger als der Durchschnitt mit den oben aufgeführten negativen psychosozialen Faktoren konfrontiert, so dass eine erhöhte Prävalenz nicht verwundern sollte. Tousignant et al. (1999) stellten in einer mit jugendlichen Asylbewerbern in Kanada durchgeführten Studie fest, dass sich in dieser Gruppe deutlich häufiger Verhaltensauffälligkeiten zeigten, wobei insbesondere Jungen betroffen waren. Als einer der wichtigsten Trigger wurde hier die Arbeitslosigkeit des Vaters erwähnt. Auch die von Lorek et al. (2009) in England durchgeführte Studie kam zu dem Ergebnis, dass Verhaltensauffälligkeiten bei minderjährigen Asylbewerbern signifikant häufiger auftreten als bei Gleichaltrigen.

Gleichzeitig gilt es jedoch den von den Medien häufig vermittelten Eindruck, Jugendliche mit Migrationshintergrund würden häufiger straffällig, kritisch zu hinterfragen, da die jährlich vom Bundeskriminalamt veröffentlichten Polizeilichen Kriminalitätsstatistiken nicht die tatsächlichen Verhältnisse widerspiegeln. Zum einen ist die Alters- und Geschlechtszusammensetzung anders als die der Bundesrepublik, da die Migrantenpopulation einen höheren Anteil an jungen Männern und damit an einer kriminalitätsgefährdeten Subgruppe aufweist. Zweitens können manche Delikte

ausschließlich durch Migranten verübt werden, so zum Beispiel Verstöße gegen das Aufenthaltsgesetz (Pfeiffer, 2004).

SOMATOFORME STÖRUNGEN (F45.-)

Von *somatoformen Störungen* spricht man bei gehäuftem Auftreten körperlicher Krankheitssymptome ohne organisches Korrelat. Häufig geben die betroffenen Kinder an, unter starken familiären Spannungen, Schulproblemen oder anderweitigen Sorgen zu leiden, sie haben wenig soziale Kontakte, und oft ist ein niedriger sozio-ökonomischer Status auffällig. Auch psychosomatische Erkrankungen in der Familie prädisponieren zu somatoformen Störungen. Als Komorbiditäten gelten Depressionen und Angststörungen (Fegert, Eggers, 2012).

Bei einer von Lorek et al. (2009) durchgeführten psychiatrischen Evaluierung von Kindern in einer britischen Gemeinschaftsunterkunft wurden somatoforme Beschwerden vergesellschaftet mit Schlafstörungen, aber auch Appetitmangel angegeben. Letzterer führte in 40% der Fälle zu signifikantem Gewichtsverlust. Eine Studie von Bronstein et al. (2013) über das Schlafverhalten von in Großbritannien lebenden afghanischen Flüchtlingskindern zeigte, dass Kinder, die hohe Scores für das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung aufweisen, auch signifikant häufiger unter Alpträumen, Einschlafstörungen und reduzierter Schlafdauer leiden.

ZIEL DER STUDIE UND HYPOTHESEN

Primäres Ziel dieser Studie ist es, basierend auf standardisierte Testverfahren die psychische Belastung minderjähriger Asylbewerber in den Gemeinschaftsunterkünften Mecklenburg-Vorpommerns darzustellen und diese zu den Daten der nicht-migrationsgeprägten altersentsprechenden Normalpopulation ins Verhältnis zu setzen.

Des weiteren sollen die Lebensverhältnisse betrachtet werden mit dem Ziel, die Faktoren zu identifizieren, die möglicherweise eine psychische Belastung und eine Hürde für den Integrationsprozess darstellen könnten.

Ausgehend von oben beschriebenen Kenntnissen aus der aktuellen Studienlage lassen sich folgende Hypothesen formulieren:

Hypothese 1 - Vergleich der Probanden mit der Normalpopulation

Die Inzidenz psychischer Störungsbilder ist in der Probandenpopulation im Vergleich zur Normalpopulation erhöht. Die am häufigsten zu erwartenden Pathologien sind Affektive Störungen, Posttraumatische Belastungsstörungen und Angststörungen.

Hypothese 2 - Einfluss des Geschlechts

Die Geschlechtszugehörigkeit hat einen Einfluss auf die Verteilung der psychischen Störung. Weibliche Migranten weisen eine höhere Inzidenz an internalisierenden, insbesondere somatisierenden Störungen auf. Männliche Probanden dagegen zeigen häufiger Auffälligkeiten im Feld der externalisierenden Störungsbilder.

Es ist zu erwarten, dass Mädchen aus traditionellen Familiengefügen während des Integrationsprozesses mit größeren Hürden konfrontiert werden, daraus erwächst eine im Vergleich zu Jungen höhere psychische Belastung.

Hypothese 3 - Einfluss des Alters

Psychische Störungen können in jedem Alter auftreten, sie unterscheiden sich jedoch möglicherweise in ihrer Ausprägung (z.B. mehr psychosomatische Störungen im Schuleintrittsalter, mehr affektive Störungen während der Pubertät).

Hypothese 4 - Einfluss der Dauer des Asylprozesses

Je länger der Asylprozess dauert, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten psychischer Störungen. Dabei ist insbesondere mit einem Anstieg an depressiven und somatoformen Störungsbildern sowie Angsterkrankungen zu rechnen.

Hypothese 5 - Einfluss der psychischen Probleme der Eltern

Probanden, deren Eltern unter psychischen Probleme leiden, weisen ebenfalls eine höhere Inzidenz an psychischen Störungsbildern auf. Diese sind vor allem im Bereich der affektiven Störungen, Angststörungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen anzusiedeln.

Hypothese 6 - Einfluss des Bildungsgrades der Eltern

Probanden, deren Eltern einen geringen Bildungsgrad haben, sind durch begrenzte elterliche Unterstützungsmöglichkeiten mit größeren Hürden im Integrationsprozess konfrontiert. Sie sind daher stärker gefährdet, psychische Störungsbildern auszubilden.

METHODIK UND MATERIALIEN

PROBANDENREKRUTIERUNG

Ziel dieser Arbeit war es, die Daten möglichst aller im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern lebenden minderjährigen Bewohner in Gemeinschaftsunterkünften zu erfassen. Dabei spielten der gesetzliche Aufenthaltsstatus bzw. der aktuelle Stand des Aufenthaltsverfahrens keine Rolle, als Einschlusskriterium galt lediglich die Unterbringung des Probanden und seiner Familie in einer der Gemeinschaftsunterkünfte. Das zweite Einschlusskriterium war das Alter der Probanden. Aufgrund der komplexen Teststruktur wurde ein Mindestalter von 7 Jahren festgelegt. Als obere Altersgrenze wurde die Vollendung des 18. Lebensjahres gewählt, da diese laut §§ 2; 828 Abs. 3 BGB den Zeitpunkt des Beginns der Volljährigkeit darstellt.

Zunächst wurde die Gemeinschaftsunterkunft in Rostock direkt aufgesucht und um Mitarbeit gebeten. Die anderen Heime wurden mit Hilfe des Innenministeriums des Landes Mecklenburg-Vorpommern angefragt (Juni 2008) und bei ausnahmslos positivem Echo in die Studie aufgenommen. In der Zeit zwischen Oktober 2007 und November 2009 wurden somit die folgenden Gemeinschaftsunterkünfte besucht (in chronologischer Reihenfolge):

Rostock - Bad Doberan - Stralsund - Neubrandenburg - Neustrelitz - Wismar - Parchim - Jürgenstorf - Malchow

Insgesamt konnten die Daten für 71 Probanden erhoben werden ($n_{gesamt} = 71$), wobei zu berücksichtigen ist, dass aufgrund unterschiedlicher Interviewbedingungen nicht für jeden die Ergebnisse der kompletten Befragung vorliegen.

Obwohl eigentlich alle in Frage kommenden Familie mit einbezogen werden sollten, gelang dies nicht in jedem Fall. Von 133 möglichen Probanden (die Zahl ist die Summe der aus den Listen der Heime hervorgehenden möglichen Probanden), konnten 71 in die Studie aufgenommen werden. Dies entspricht einem Prozentsatz von 53 %.

Gründe, die eine Befragung verhinderten:

- in 8 Fällen mangelnde Deutschkenntnisse ohne Überbrückungsmöglichkeit durch Übersetzer (meist bei erst kürzlich aufgenommenen Familien)
- 49 Fällen Abwesenheit der Kinder während des Besuches (aufgrund der geographischen Lage der Heime war der zeitliche Rahmen der Befragung meist auf ein bis drei Tage begrenzt)
- in 3 Fällen Verweigerung des Interviews durch die Eltern oder durch das Kind (kein Interesse, keine Zeit o. ä.)
- in 2 Fällen Verhinderung des Kontakts durch das Heimpersonal (Familie sei schwierig/ nicht zugänglich etc.)

Die Probandenzahl verteilt sich wie folgt auf die einzelnen Heime:

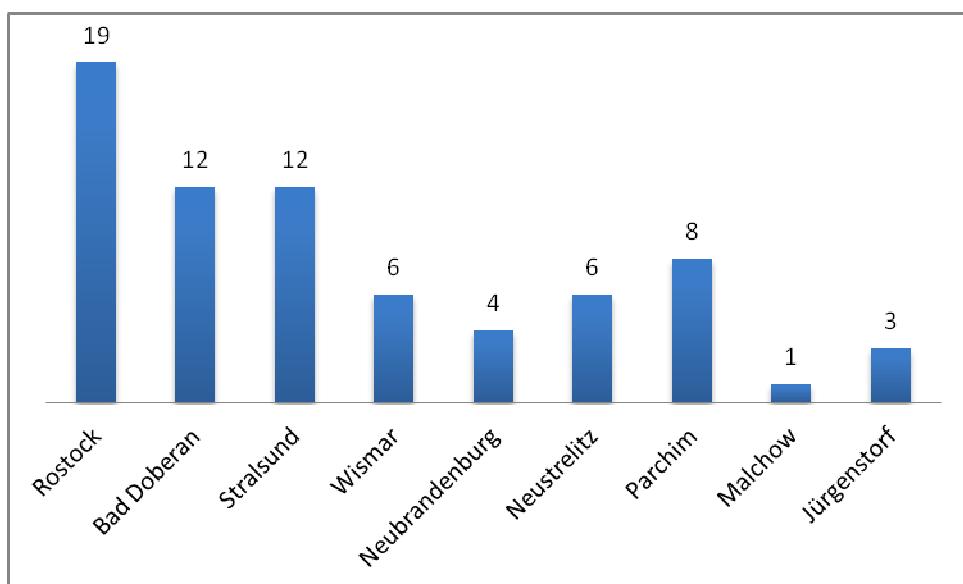


Abb.3.1 Probandenzugehörigkeit zu Heimstandorten

ABLAUF DER BEFRAGUNG

Bevor der Besuch erfolgte, wurde im Vorfeld der Kontakt zu der Einrichtung hergestellt, so dass das anwesende Personal über die Hintergründe und Inhalte der Untersuchung aufgeklärt war.

Der Besuch begann mit einem Interview der Heimleitung bzw. eines auskunftsähigen Mitarbeiters. Im Anschluss daran wurde durch diese der Kontakt zu den in Frage kommenden Familien vermittelt. An dieser Stelle erfolgte die bereits erwähnte, zwar nicht erwünschte, aber unvermeidbare Filterung der Probanden: Kontakt ließ sich nur zu den Familien herstellen, die als geeignet erschienen. Kriterium dafür war vor allem die Sprachkompetenz bzw. die Möglichkeit, das Interview mit einem Übersetzer zu führen. Die Aufwandsentschädigung erfolgte in Form von Kinogutscheinen für die Probanden in Höhe von 5 Euro.

Sämtliche Befragungen wurden in den Wohneinheiten der Familien durchgeführt. Dies erwies sich als günstig, da sich die Familien in den eigenen Räumlichkeiten frei und zugänglich gaben und durch das Verhältnis "Gastgeber-Gast" eine angenehme Atmosphäre entstand. Zum anderen ermöglichte das Betreten der privaten Zimmer eine bessere Einschätzung der Lebensverhältnisse einer Familie. Die durchschnittliche Interviewdauer für eine Befragung betrug 1,5 Stunden. Die Zeit, die innerhalb der Familie verbracht wurde, war häufig deutlich länger, da in den meisten Fällen mehr als ein Kind in die Studie mit eingeschlossen wurde und ein großes Mitteilungsbedürfnis die Besuche zeitlich ausdehnte. Dies war begrüßenswert, da so auch die über die Befragung hinaus gewonnenen Eindrücke in die Untersuchung mit aufgenommen und die biografischen Daten sinnvoll ergänzt werden konnten. In die Datenerhebung flossen neben Angaben von Eltern und Proband auch die Urteile von beispielsweise älteren Geschwistern ein, die vor allem Belange des schulischen Alltags oft besser beurteilen konnten. Waren nicht zur Familie gehörende Personen anwesend, wurden sie auch häufig von den Eltern gebeten, bei der Einschätzung ihrer Kinder behilflich zu sein. In jedem Fall wurden Daten jedoch erst dann aufgenommen, wenn die eigentlich Befragten die Angabe als korrekt einschätzten bzw. ihre Zustimmung zur Verwendung in der Studie gaben. Blieben Angaben zweifelhaft, wurden sie nicht in die Datensammlung aufgenommen.

SPRACHE UND VERSTÄNDIGUNG

Am häufigsten wurde die Befragung allein mit der Familie durchgeführt, wobei einerseits die Kinder als Übersetzer fungierten, aber auch Mimik und Gestik für ein besseres Verständnis genutzt werden mussten. In vierzehn Fällen wurden andere Heimbewohner oder Außenstehende (z. B. sprachkundige Sozialarbeiter) gebeten, bei den Gesprächen zugegen zu sein. Auf professionelle Dolmetscher konnte

nicht zurückgegriffen werden, einerseits aufgrund mangelnder finanzieller Ressourcen, zum anderen sind für viele der in den Heimen vertretenen Sprachen keine ausgebildeten Übersetzer vorhanden, so dass meist die Kinder oder Nachbarn aus dem gleichen Kulturkreis, die die deutsche Sprache besser beherrschen, um Hilfe gebeten wurden. Vier Gespräche wurden in einer anderen Sprache geführt, zwei davon auf Spanisch, zwei auf Englisch - diese Methode war durch die begrenzten Fremdsprachenkenntnisse der Interviewerin auf wenige Fälle beschränkt.

STICHPROBENCHARAKTERISIERUNG

Die Probanden, die für diese Studie rekrutiert werden konnten, bilden eine inhomogene Gruppe sowohl die Alters- und Geschlechtsverteilung als auch die nationale Herkunft und ethnische Zugehörigkeit betreffend. Die folgenden Tabellen und Diagramme sollen diese Unterschiede veranschaulichen.

Tab. 3.1. Alters- und Geschlechtsverteilung der Probanden

Alter	7 J	8 J	9 J	10 J	11 J	12 J	13 J	14 J	15 J	16 J	17 J	Summe
Anzahl der Probanden	8	4	8	7	7	9	8	7	8	2	3	71
Geschlechtsverteilung (m/w)	7/1	2/2	4/4	1/6	6/1	4/5	5/3	2/5	7/1	0/2	1/2	39/32

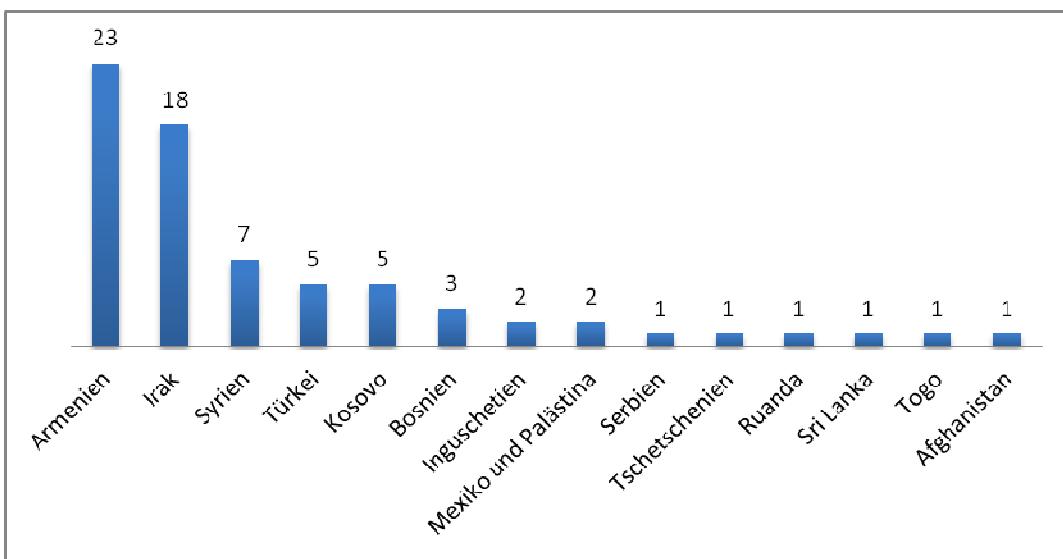


Abb. 3.2. Herkunftsstaaten der Probanden²

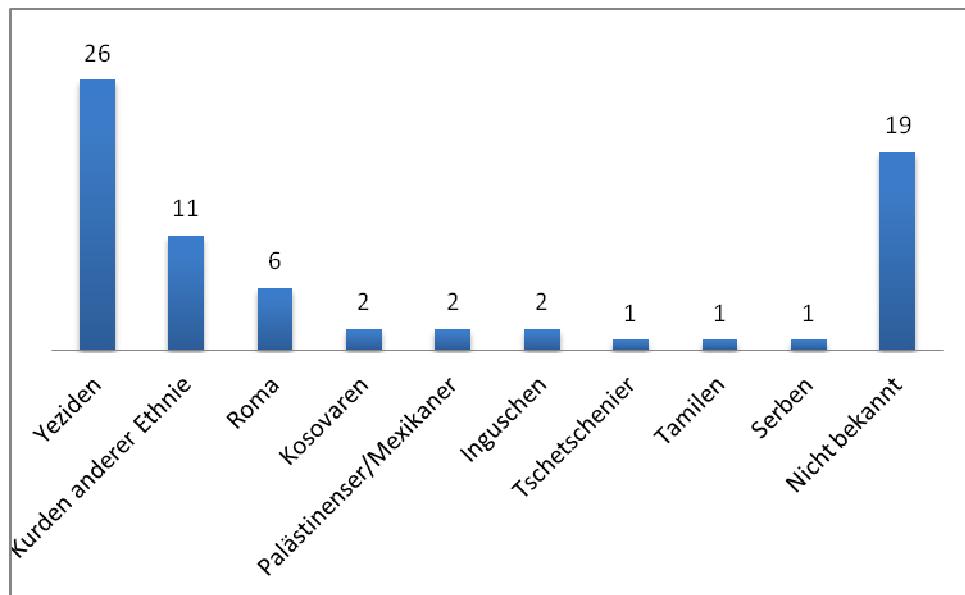


Abb. 3.3 Ethnische Zugehörigkeit der Probanden³

² Es handelt sich bei den Angaben um die Herkunft der Eltern, die zwar in den meisten, aber nicht in allen Fällen der Herkunft der Probanden entspricht, weil manche Kinder bereits in Drittstaaten oder in Deutschland geboren wurden. Da dies bei der Betrachtung der Daten jedoch eher zu Missverständnissen führen würde, wurde diese Gliederung gewählt.

³ Die Zuordnung ist nur unvollständig möglich, da sie in der Untersuchung nicht explizit bei allen erfragt wurde und so beispielsweise für Probanden aus Ländern mit vielen verschiedenen ethnischen Gruppierungen (z. B. afrikanische Staaten, Afghanistan) die genaue Zugehörigkeit nicht bekannt ist.

MESSINSTRUMENTE

FRAGEBOGEN ZUR FAMILIÄREN SITUATION (S. ANHANG)

Der eigens für diese Studie erstellte Fragenkatalog beinhaltet 13 offene Fragen zu Lebensumständen, Problemen, bereits erfahrener und gewünschter Unterstützung der befragten Familien. Er ist nicht normiert und bisher an keinem anderen Kollektiv getestet worden.

AUSZÜGE AUS DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHEN BASISDOKUMENTATION (S. ANHANG)

Das Ziel der Basisdokumentation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Datenerfassung sozialdemographischer und psychopathologischer Merkmale, die Dokumentation diagnostischer und therapeutischer Ansätze sowie das Festhalten des Behandlungserfolgs (Englert et al., 1998). Erstellt wurde dieses Instrument in Kooperation zahlreicher Institutionen, u.a. der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und der Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Englert et al., 1998).

Die vorliegende Untersuchung bedient sich folgender Auszüge der Basisdokumentation: biographische Anamnese (inklusive der gesamten Migrationsbiographie der Familie), Erhebung der soziodemographischen Daten u.a. mit Informationen zu Schichtzugehörigkeit im Heimatland und Bildungsniveau der Eltern, psychopathologischer Befund.

CHILD BEHAVIOUR CHECK LIST (CBCL)

Ziel der CBCL ist es, einerseits die Talente und das Engagement eines Individuums in Aktivitäten und sozialen Netzwerken zu betrachten und andererseits psychische Auffälligkeiten und Probleme von Kindern, Jugendlichen und mittlerweile auch Erwachsenen zu dokumentieren. Dadurch gelingt es, statistische Analysen und Korrelationen anzustellen, sowie Profile und Skalen anzuwenden, die es ermöglichen, Individuen mit Alters- und Geschlechtsnormen zu vergleichen (Achenbach, 2010).

In dieser Studie findet, angepasst an das Alter der Probanden, die CBCL/6-18 Anwendung. Diese gliedert sich in zwei Teile. Im ersten wird die soziale Kompetenz ermittelt, wobei hier insbesondere

das Engagement des Probanden in außerschulischen Aktivitäten betrachtet wird (sportliche Betätigung, Hobbies, Mitgliedschaft in Vereinen etc.).

Im zweiten Teil erfolgt anhand von 118 kurzen Einzelfragen eine Evaluation möglicher Verhaltensauffälligkeiten oder emotionaler Probleme. Die Antwort wird mit einem Punktwert bis maximal 2 verschlüsselt, wobei 0 der Antwort "fast nie" und 2 der Antwort "fast immer" entspricht. Die verschiedenen Fragen lassen sich in 8 Syndromkonstrukte aufteilen und diese entsprechen wiederum drei Syndromskalen. Zur ersten, der "internalisierenden Syndromskala" gehören "sozialer Rückzug", "körperliche Beschwerden" und "ängstlich-depressives Verhalten". Die externalisierende Skala beinhaltet "dissoziales Verhalten" und "aggressives Verhalten". Eine Art Misch-Skala bildet sich aus den Kategorien "soziale Probleme", "schizoid/zwanghaftes Verhalten" und "Aufmerksamkeitsprobleme". Für jede Skala lässt sich in der Summe ein Punktwert ermitteln. Einzelne Punktwerte summieren sich zu einem Gesamtpunktwert.

Um die Auswertung der CBCL zu ermöglichen, wurde eine T-Wert-basierte Normwertska mit dem Mittelwert 50 und einer Standardabweichung von 10 erstellt (Amelang, Zielinski, 1994). Allen erzielten Punktwerten der jeweiligen Skala ist ein spezifischer T-Wert zugeordnet. Anhand einer von Achenbach herausgegebenen Tabelle lässt sich ermitteln, ob der errechnete Punktwert sich im alters- und geschlechtsentsprechenden Normbereich, in einem Grenzbereich oder schon im Auffälligkeitsbereich befindet (Albores-Gallo, 2007)

Die CBCL ist hier besonders geeignet, da sie in über 80 Sprachen übersetzt worden ist. Dank internationaler Vergleiche konnte gezeigt werden, dass trotz signifikanter kultureller Unterschiede der Probanden die CBCL-Skalierung in den meisten Kulturen mit der originalen praktisch übereinstimmt (Albores-Gallo, 2007; ASEBA, 2010). Somit können die Ergebnisse auch bei multiethnischer Probandengruppe als verlässliches diagnostisches Instrument angesehen werden. Für diese Studie wurde ausschließlich die deutsche Version der CBCL genutzt und die Daten wurden mit der in Deutschland gängigen Skalierung prozessiert.

GLIEDERUNG UND STATISTISCHE BEARBEITUNG DER DATEN

Die notwendigen statistischen Berechnungen der durch den CBCL-Test gewonnenen Daten erfolgen durch Nutzung des Programms *IBM® SPSS® Statistics Version 20*.

Folgende statistische Verfahren werden für die Datenverarbeitung angewandt:

- *Chi-Quadrat-Test*: Mit diesem Test werden nominal- oder ordinalskalierte Stichproben bezüglich der Häufigkeiten ihrer Merkmalsausprägungen miteinander verglichen. Nimmt das Ergebnis p einen Wert $<0,05$ ein, ist davon auszugehen, dass es signifikante Unterschiede zwischen den verglichenen Stichproben gibt (Krentz, 2008).
- *Mann-Whitney-U-Test*: Dieser parameterfreie statistische Test prüft, in wie weit zwei unabhängige Stichproben eine homogene Verteilung aufweisen. Er findet Anwendung, wenn nicht bekannt ist, ob die geschaffenen Stichproben normalverteilt sind. Nimmt das errechnete Signifikanzniveau p Werte $<0,05$ ein, muss davon ausgegangen werden, dass es signifikante Unterschiede in der Verteilung beider Stichproben gibt. Ergebnisse von $p<0,1$ gelten als grenzwertig (Krentz, 2008).
- *Kruskall-Wallis-Test*: Hierbei handelt es sich ebenfalls um einen parameterfreien statistischen Test, der mit dem Mann-Whitney-U Test vergleichbar ist. Angewandt wird er, wenn mehr als zwei Stichproben miteinander verglichen werden. Auch hier gilt ein Signifikanzniveau von $p<0,05$ als Indikator für inhomogene Verteilung der Stichproben, Ergebnisse von $p<0,1$ sind als grenzwertig zu betrachten (Krentz, 2008).
- *Berechnung des Rangkorrelationskoeffizienten Kendall Tau*: Berechnet wird, ob Korrelationen zwischen ordinal oder intervallskalierten Variablen bestehen. Angewandt wird dieser Koeffizient, wenn nicht sichergestellt ist, dass die Beziehung zwischen den Variablen normalverteilt ist und vermieden werden soll, dass Ausreißer zu verfälschten Ergebnissen führen. Der Koeffizient nimmt einen Wert zwischen -1 und 1 ein. Das Vorzeichen gibt an, ob es sich um einen positiven oder negativen Zusammenhang handelt, die Korrelation ist umso stärker, je höher der nominale Wert des Koeffizienten ist. Hat das gleichzeitig berechnete Signifikanzniveau p einen Wert $<0,05$ gilt die Korrelationsbeziehung als signifikant, für $p<0,01$ sogar als hochsignifikant (Krentz, 2008).

VERGLEICH DER GESAMTSTICHPROBE MIT EINER FIKTIVEN NORMALPOPULATION

Den im Test erzielten Punktwerte werden anhand der von der "Arbeitsgruppe Deutsche CBCL" herausgegebenen Tabelle T-Werte zugeordnet. Berücksichtigt werden dabei das Alter (unterschiedliche Werte für Kinder zwischen 7 und 11 Jahren und für Kinder zwischen 12 und 18 Jahren) und das Geschlecht (unterschiedliche Werte für Jungen und Mädchen).

Bei der CBCL handelt es sich um eine dimensionale Form der Klassifikation. Der jeweilig in den acht Symptom- bzw. Problemkomplexen erzielte T-Wert kann je nach Höhe einer der folgenden Kategorien zugeordnet werden: *unauffällig* (für $T \leq 59$), *grenzwertig* (für $T \leq 63$) und *auffällig* (für $T \geq 64$). Somit wird eine ordinal-skalierte Stichprobe geschaffen.

Der in dieser Studie begutachteten Probandengruppe mit $n=71$ wurde eine fiktive normalverteilte Stichprobe mit $n=100$ gegenübergestellt. Nach den auf dem Auswertungsbogen aufgeführten Prozenträngen (PR) ergibt sich für eine normalverteilte Stichprobe folgendes Bild: 95 Probanden (95%, $x \leq PR95$) gelten als *unauffällig*, 3 Probanden als grenzwertig auffällig (3%, $PR95 < x < PR98$) und 2 Probanden als *auffällig* (2%, $x \geq 98$).

Um den Vergleich beider Stichproben zu ermöglichen, können aufgrund der nicht metrischen Ordinalskalierung Chi-Quadrat-Tests durchgeführt werden (Krentz, 2008).

Die für diese Fragestellung formulierte Nullhypothese "*Die Inzidenz psychischer Störungsbilder ist in der Probandenpopulation im Vergleich zur Normalpopulation gleich*" muss für Ergebnisse mit $p < 0,05$ abgelehnt werden, da dies für signifikante Unterschiede zwischen Probanden und fiktiver normalverteilter Stichprobe spricht. (H. Krentz, 2008).

VERGLEICH DER ERGEBNISSE BEZÜGLICH DES FAKTORS "GESCHLECHT"

Der Gesamtdatensatz wurde in zwei Gruppen geteilt, wobei die erste Gruppe den weiblichen Probanden mit $n=25$ und die zweite Gruppe den männlichen mit $n=33$ entsprach. Da nicht bekannt ist, ob die so geschaffenen unabhängigen Stichproben normalverteilt sind, wurde für die Berechnung der Signifikanzniveaus der einzelnen Syndromskalen der Mann-Whitney-U Test angewandt (Krentz, 2008).

Die für diese Fragestellung formulierte Nullhypothese "*Die Geschlechtszugehörigkeit hat keinen Einfluss auf die Verteilung der psychischen Störung*" muss für Ergebnisse $p < 0,05$ verworfen werden.

VERGLEICH DER ERGEBNISSE BEZÜGLICH DES FAKTORS "ALTER"

Für diese Untersuchung wurde eine Dreiteilung des Datensatzes vorgenommen, da so eine gute Unterscheidung zwischen den Altersgruppen ermöglicht wird, die Probandenanzahl innerhalb der einzelnen Gruppen aber immer noch groß genug ist, um repräsentativ zu sein.

Die erste Gruppen sind Probanden im Alter von 7 bis 10 Jahren (n=23), die zweite Probanden von 11 bis 13 Jahren (n=19) und die dritten Probanden im Alter von 14 bis 17 Jahren (n=16). Da es sich somit um mehr als zwei unabhängige Stichproben handelt, findet in diesem Fall der Kruskal-Willis-Test Anwendung (Krentz, 2008). Für Ergebnisse $p<0,05$ muss die Nullhypothese "*Psychische Störungen sind nicht in allen Altersgruppen zu beobachten*" abgelehnt werden.

Da es sich um eine metrische Variable handelt, kann zusätzlich überprüft werden, ob eine Korrelation zwischen den Variablen besteht. Da nicht sichergestellt ist, dass es sich um eine lineare Verteilung ohne Ausreißer handelt, wird der Rangkorrelationskoeffizient Kendall Tau berechnet.

VERGLEICH DER ERGEBNISSE BEZÜGLICH DES FAKTORS "DAUER DES ASYLPROZESSES"

Für diese Fragestellung wurde eine Unterteilung in drei Gruppen vorgenommen, um der großen Varianz Rechnung zu tragen und um besser herausarbeiten zu können, ab welcher Dauer welche Form der Belastung stärker auftritt. Die so entstandenen Gruppen sind wie folgt charakterisiert: n=21 für "Aufenthalt in Deutschland bis 5 Jahre", n=23 für "Aufenthalt in Deutschland zwischen 5 und 8 Jahren", n=14 für "Aufenthalt in Deutschland länger als 8 Jahre".

Zur Auswertung wird der Kruskal-Willis-Test durchgeführt, wobei wiederum für alle $p<0,05$ die Nullhypothese "*Die Dauer des Asylprozesses hat keinen Einfluss auf die Ausprägung psychischer Probleme*" verworfen werden muss.

Auch die Variable "Dauer des Asylprozess" ist eine metrische Variable, so dass Korrelationsberechnungen sinnvoll sind. Um eventuellen Ausreißern Rechnung zu tragen, wird der Rangkorrelationskoeffizient Kendall Tau berechnet.

VERGLEICH DER ERGEBNISSE BEZÜGLICH DES FAKTORES "PSYCHISCHE BELASTUNG DER ELTERN"

Für die Betrachtung dieses Aspekts wurde eine Einteilung in zwei Gruppen vorgenommen, wobei die Gruppe "Psychische Belastung vorhanden" 42 Probanden, die Gruppe "Keine psychischen Belastungen" 16 Probanden umfasst.

Die Zuordnung der Eltern in die Gruppe mit vorhandenen psychischen Belastungen erfolgte aufgrund ihrer eigenen Einschätzung bzw. durch Verwertung der Angaben von Angehörigen. Befragt wurden alle Eltern nach den schwerwiegendsten Problemen generell und nach gesundheitlichen und dabei insbesondere seelischen Beeinträchtigungen. Wurden hier depressive Symptome, belastende Ängste oder Symptome für Traumatisierung (flash-backs, Alpträume etc.) genannt, erfolgte die Zuordnung in die Gruppe "vorhandene psychische Belastung". Auch die Frage nach ärztlicher Versorgung war in vielen Fällen aufschlussreich, da sich manche aktuell in psychiatrischer Behandlung befanden, eine solche für notwendig erachteten bzw. sie trotz ärztlicher Indikation aufgrund bürokratischer Hürden abgelehnt worden war. In solchen Fällen erfolgte ebenfalls die Zuordnung zur Gruppe der psychisch belasteten Eltern.

Die beiden Gruppen wurden mit Hilfe des Mann-Whitney-U-Tests miteinander verglichen, für $p<0,05$ muss die Nullhypothese "*Die psychische Belastung der Eltern hat keinen Einfluss auf die psychische Belastung der Kinder*" verworfen werden.

VERGLEICH DER ERGEBNISSE BEZÜGLICH DES FAKTORES "BILDUNGSGRAD DER ELTERN"

In dieser Kategorie erfolgte die Einteilung der Probanden in vier Gruppen. Der ersten Gruppe wurden alle diejenigen zugeordnet, bei denen beide Eltern Analphabeten sind bzw. bei denen das alleinerziehende Elternteil Analphabet ist. Für diese Gruppe ist $n=16$.

In der zweiten Gruppe befinden sich Probanden, bei denen mindestens ein oder auch beide Elternteile zumindest elementare Schulbildung (ein bis sechs Schuljahre) genossen haben. Hier ist $n=19$.

In der dritten Gruppe befinden sich Probanden, deren Eltern oder zumindest ein Elternteil ein Bildungsniveau erreicht haben, das einem deutschen Real- oder Hauptschulabschluss entsprechen würde (7 bis 10 Schuljahre). In diesem Fall ist n=12.

Der letzten Gruppe sind diejenigen zugeordnet, bei denen mindestens ein Elternteil das Abitur erreicht hat. Diese Gruppe schließt dementsprechend auch diejenigen ein, deren Eltern ein Fachhochschul- oder Hochschulstudium absolviert haben. Hier ist n=10.

Bei einer Probandin wurde der elterliche Bildungsgrad nicht eindeutig aufgenommen, so dass die Berechnungen nur mit einer Gesamtstichprobengröße von n=57 durchgeführt werden konnten.

Um diese vier Gruppen miteinander vergleichen zu können, wurde der Kruskal-Wallis-Test angewendet, die Nullhypothese "*Die Bildung der Eltern hat keinen Einfluss auf die psychische Belastung der Kinder*" muss verworfen werden, wenn $p<0,05$.

Die Variable "Bildungsgrad der Eltern" ist intervallskaliert, so dass das Vorliegen von Korrelationen durch die Berechnung des Rangkorrelationskoeffizienten Kendall Tau geprüft werden kann.

ERGEBNISSE

ERGEBNISSE AUS DER STUDIENSPEZIFISCHEN OFFENEN BEFRAGUNG UND AUS EIGENEN BEOBSCHAUERUNGEN

VERLAUF DES ASYLPROZESSES

Im Folgenden sind relevante Daten aus der offenen Befragung aufgeführt, die den Verlauf des Asylprozesses beschreiben. Darunter finden sich zum einen Erkenntnisse zur Migrationsmotivation, die sich also auf das Geschehen im Herkunftsland beziehen, größtenteils geben die Daten jedoch Auskunft über den Migrationsverlauf seit Ankunft in Deutschland.

Tab. 4.1 Gründe für das Asylgesuch

Gründe für Asylgesuch	Ethnische Verfolgung	Krieg/ Bürgerkrieg	Politische Verfolgung
Anzahl der Probanden ⁴	45	24	5

Tab. 4.2 Alter der Probanden bei Ankunft in Deutschland

Alter bei Ankunft	Unter 1 Jahr	1 bis 3 Jahre	4 bis 6 Jahre	7 bis 9 Jahre	10 bis 12 Jahre	13 Jahre	In D geboren
Anzahl der Probanden	1	13	17	24	8	1	7

⁴ In Einzelfällen wurden Mehrfachnennungen aufgenommen, da mehreres insbesondere für die Beurteilung möglicher Traumatisierung relevant sein kann, z.B. Roma aus Bosnien wurden als ethnische Minderheit unterdrückt und waren zusätzlich vom Krieg betroffen

Tab. 4.3 Bisherige Aufenthaltsdauer in Deutschland

Aufenthaltdauer in Deutschland	0 bis 2 Jahre	2 bis 4 Jahre	4 bis 6 Jahre	6 bis 8 Jahre	8 bis 10 Jahre	10 bis 12 Jahre	12 bis 14 Jahre	14 bis 16 Jahre
Anzahl der Probanden	9	7	31	10	6	4	3	1

Tab. 4.4 Anzahl vorher bewohnter Gemeinschaftsunterkünfte⁵

Anzahl vorher bewohnter Gemeinschaftsunterkünfte	1	2	3	4	5	k. A.
Anzahl der Probanden	32	26	6	1	2	4

GEMEINSCHAFTSUNTERKÜNTE ALS WOHNUMFELD

Die für die Studie besuchten Gemeinschaftsunterkünfte unterscheiden sich in zahlreichen Aspekten, die für die Lebensqualität der Bewohner von teilweise großer Relevanz sind. Die folgende Übersicht soll einen Eindruck vom jeweiligen Standort ermöglichen. Die Beschreibungen stützen sich auf den Eindruck der Interviewerin und auf die Angaben von Heimpersonal und Bewohnern.

LAGE UND BESONDERHEITEN DER EINZELNEN UNTERKÜNFTEN

1. Rostock - Nahe des Stadtzentrums einer Großstadt, mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar. Besteht aus mehreren barackenartigen Einzelgebäuden mit jeweils mehreren Wohneinheiten, geteilte Küchen- und Sanitäreinrichtung. Vom Ökohaus e.V. getragen

⁵ Diese Angabe bezieht sich auf die Anzahl der Gemeinschaftsunterkünfte, in denen die Probanden vor der aktuell bewohnten untergebracht waren. Da alle zunächst in der Zentralen Erstaufnahmestelle in Nostorf/Horst wohnten, ist die Anzahl in jedem Fall mindestens 1.

(gemeinnütziger Verein), ausgebildete Sozialarbeiter als Betreuungspersonal, mehrere integrative und kinderspezifische Betreuungsangebote (Sprachkurse, Ferienbetreuung).

2. Bad Doberan - In vorstädtischem Industriegebiet gelegen. Besteht aus mehreren Container-Einzelgebäuden mit jeweils mehreren Wohneinheiten, geteilte Küchen- und Sanitäreinrichtung. Verwaltung durch Gesellschaft für kommunale Dienstleistung, Betreuung durch sozialpädagogisch geschultes Personal. Zusammenarbeit mit gemeinnützigen Vereinen in der Stadt, vom Heim aus ein frauenspezifischer Sprachkurs.

3. Stralsund - Auf der der Stadt vorgelagerten Insel Dänholm gelegen, keine anderen Wohngebiete, weder Einkaufsmöglichkeiten noch Bildungsseinrichtungen oder Dienstleister in der Nähe (ehemaliges Kasernengelände, einige mittelständische Betriebe und Lagerhallen in der Nachbarschaft). Besteht aus mehreren Container-Einzelgebäuden mit jeweils mehreren Wohneinheiten. Verwaltung durch Dienstleistungsgruppe. Keine Sprachkurse, keine Zusammenarbeit mit Vereinen.

4. Neubrandenburg - In Plattenbaubezirk mit guter Infrastruktur in der näheren Umgebung. Plattenbau mit einzeln abgetrennten Wohnungen. Verwaltung durch Malteser. Keine Information zu Angeboten für Bewohner.

5. Wismar - In Wohngebiet mit guter Infrastruktur. Plattenbau, Küche und Sanitäranlagen werden gemeinsam benutzt. Eigenverwaltung durch die Stadt, geteilt mit dem städtischen Obdachlosenheim. Keine Information zu Angeboten für Bewohner.

6. Parchim - Im vorstädtischen Industriegebiet mit relativ guter Infrastruktur. Besteht aus mehreren Container-Einzelgebäuden mit jeweils mehreren Wohneinheiten. Verwaltung durch Gesellschaft für kommunale Dienstleistung. Aktuell keine Sprachkurse oder andere integrative Angebote, gelegentlich Zusammenarbeit mit gemeinnützigen Vereinen.

7. Jürgenstorf - Isolierte Lage in dörflichem Umfeld mit wenig Infrastruktur (mehrere Kilometer bis zur nächsten Einkaufsmöglichkeit). Ein großer Plattenbau, Küche und sanitäre Anlagen werden geteilt. Verwaltung durch Malteser. Aktuell keine Sprachkurse, Versuch der Zusammenarbeit mit kommunalen Vereinen.

8. Malchow - Isolierte Lage in Waldgebiet weit außerhalb der Stadt (nächster Supermarkt 5 km, spärliche Verbindungen mit ÖPNV). Backsteinbau, ehemals Pflegeheim, geteilte Sanitär- und Kücheneinrichtungen. Verwaltung durch Gesellschaft für kommunale Dienstleistung. Keine integrativen oder kindgerechten Angebote.

9. Neustrelitz - In Wohngebiet mit guter Infrastruktur gelegen. Plattenbau mit abgetrennten Wohneinheiten. Küche und sanitäre Anlagen werden geteilt. Verwaltung durch Gesellschaft für kommunale Dienstleistung. Durch engagiertes Personal verschiedene integrative und kindgerechte Angebote (inkl. Kinderbetreuung).

WOHNBEDINGUNGEN DER FAMILIEN

Durchschnittlich teilen sich 2,4 Personen ein Zimmer. Die Familien von 76% der befragten Probanden teilen sich die Küche mit anderen Heimbewohnern, 53% auch die sanitären Einrichtungen. Die Zimmer sind neben den rechtlich vorgeschriebenen Gegenständen bei allen Familien auch mit eigenhändig beschafften Möbeln (vom Sperrmüll, Geschenke aus der Bevölkerung etc.) ausgestattet. Per Satellitenempfang schaffen sich viele Familien den Zugang zu Fernsehsendungen aus dem Ursprungsland.

Rund 40% der Befragten sehen die Gegebenheiten im Heim als eines ihrer Hauptprobleme an. Die folgende Faktoren werden von ihnen als am störendsten empfunden:

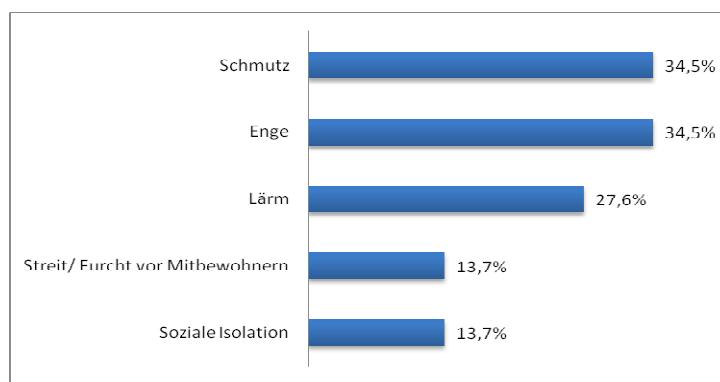


Abb. 4.1 Probleme in den Gemeinschaftunterkünften

BILDUNGSGRAD DER ELTERN UND SCHULISCHE SITUATION DER PROBANDEN

Aus den folgenden Diagrammen lässt sich Information zur Bildungssituation der Probanden und ihren Familien entnehmen. Zunächst soll der elterliche Bildungsgrad betrachtet werden:

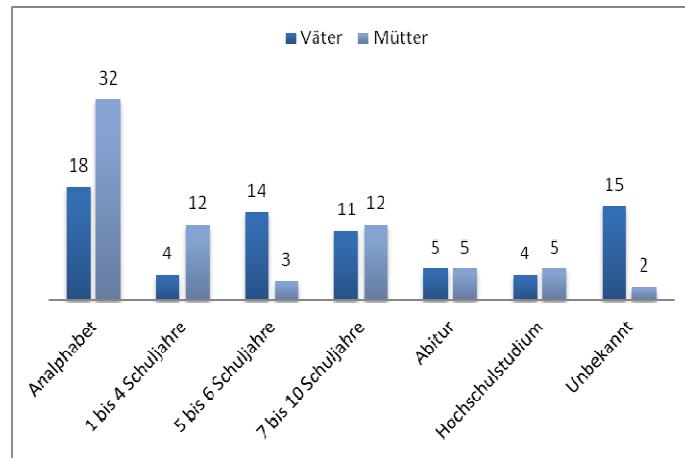


Abb. 4.2 Bildungsgrad der Eltern

Im Folgenden geht es um den Bildungsverlauf der Probanden selber. Dargestellt werden die aktuelle Verteilung auf die unterschiedlichen Schulformen und der bisherige Verlauf des Schulbesuchs.

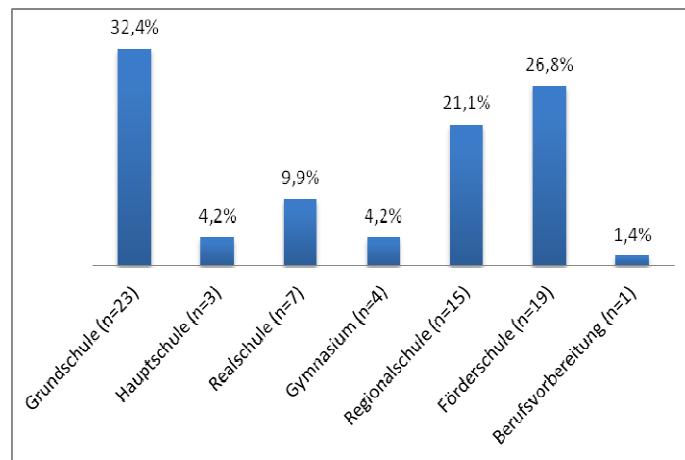
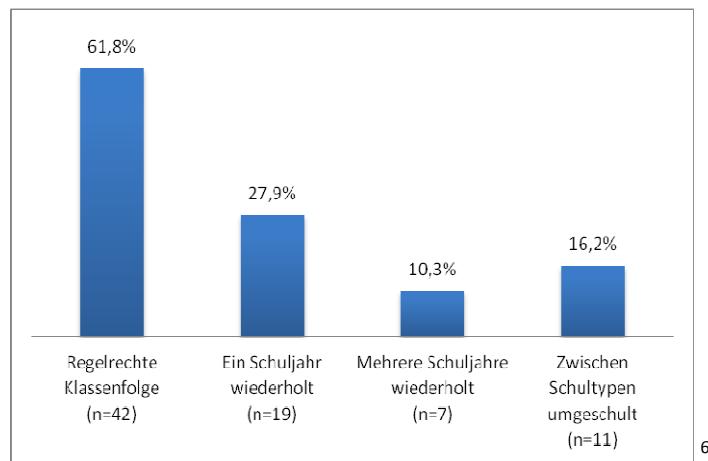


Abb. 4.3 Besuchte Schulform



6

Abb. 4.4 Schullaufbahn

Die Probanden, die ein oder mehrere Schuljahre wiederholen mussten, gaben als häufigste Ursache (in 30% der Fälle) Sprachprobleme als Ursache an, weitere Gründe waren nicht spezifizierte Lernschwächen, Krankheit oder Umzüge.

Die Angaben von Schulwechseln beziehen sich sowohl auf den von der Grundschule zur Förderschule (in 45,5% der Fälle), als auch auf den von der Förderschule auf Grund- oder Hauptschule (in 36,4% der Fälle), zu den verbleibenden Fällen liegen keine eindeutigen Angaben vor.

⁶ Mehrfachnennungen waren möglich. Die Prozentangaben beziehen sich auf eine Stichprobengröße von n=68, da die Angaben von drei Probanden fehlen.

FREIZEITAKTIVITÄTEN DER PROBANDE

Befragt nach ihrer Freizeitgestaltung, gaben die Probanden eine breite Palette unterschiedlicher Aktivitäten an. Diese verfolgen sie teilweise in festen Vereinsstrukturen, häufig sind sie aber auch selbständig organisiert. Es gab keine vorgegebenen Auswahlmöglichkeiten, alle Angaben sind demzufolge von den Probanden frei gewählt worden.

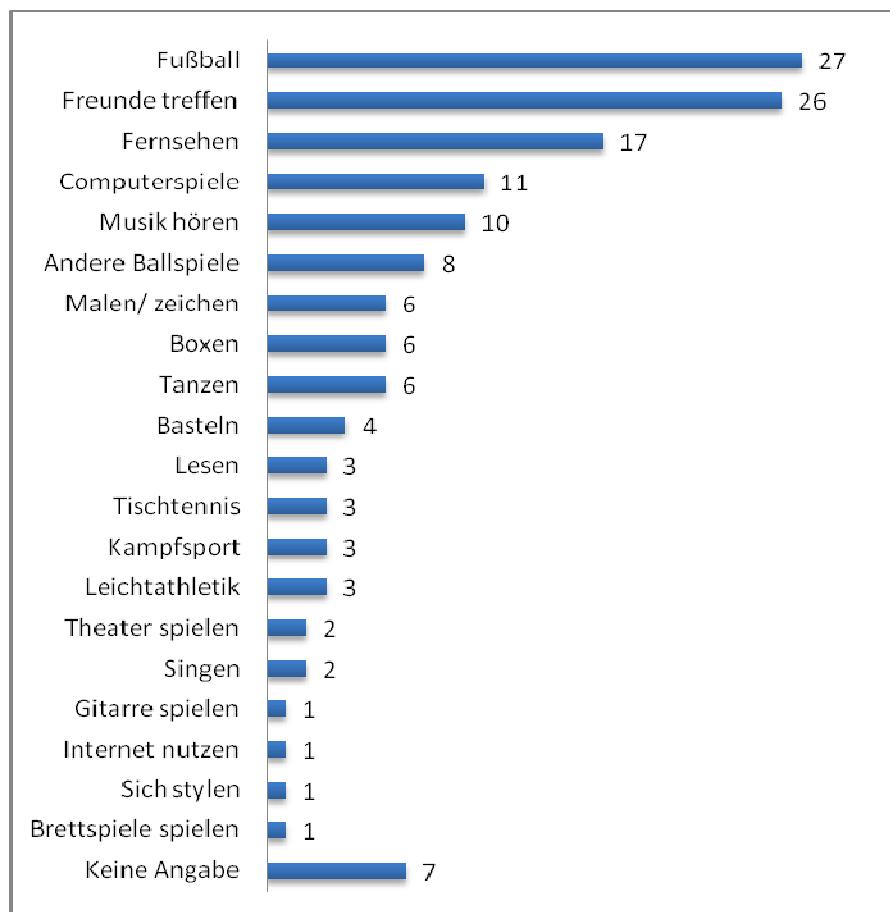


Abb. 4.5 Favorisierte Freizeitbeschäftigungen

⁷ Mehrfachnennungen waren möglich

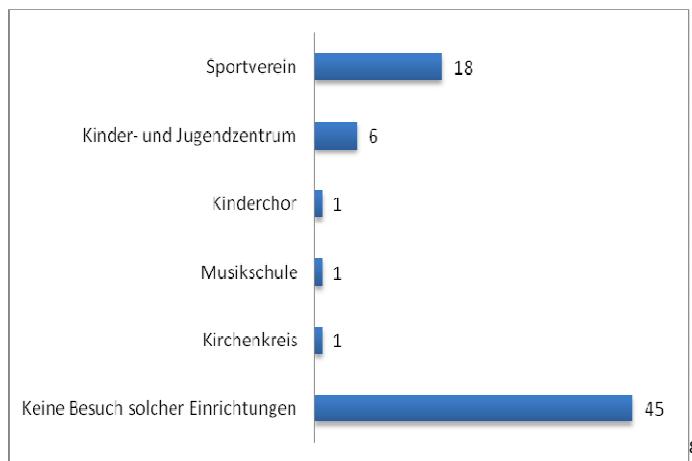


Abb. 4.6 Vereinsmitgliedschaften/ organisierte Freizeitbeschäftigungen

Bei der Betrachtung der Freizeitaktivitäten und Vereinsmitgliedschaften sind deutliche Geschlechtsunterschiede auffällig: während rund 77% der Jungen regelmäßig eine Sportart ausüben, sind es bei den Mädchen nur 53%. Ähnlich verhält es sich bei den Vereinsmitgliedschaften: bei den Jungen sind 43,6% in einem Verein angemeldet, während dies nur auf 31,3 % der Mädchen zutrifft.

PROBLEME UND BELASTUNGEN DER FAMILIEN

Die im Folgenden aufgeführten Angaben sind frei gewählte Antworten der Familien auf die Frage *"Welches sind die vordergründigen Probleme?"*. Da keinerlei Vorgaben gemacht wurden, lässt sich aus den Ergebnissen nicht schließen, dass die genannten Probleme nicht auch andere Familien belasten, die Übersicht lässt aber Rückschlüsse darauf zu, welche Probleme unter den Befragten gehäuft auftreten und somit wahrscheinlich am schwerwiegendsten sind.

⁸ Mehrfachnennungen waren möglich

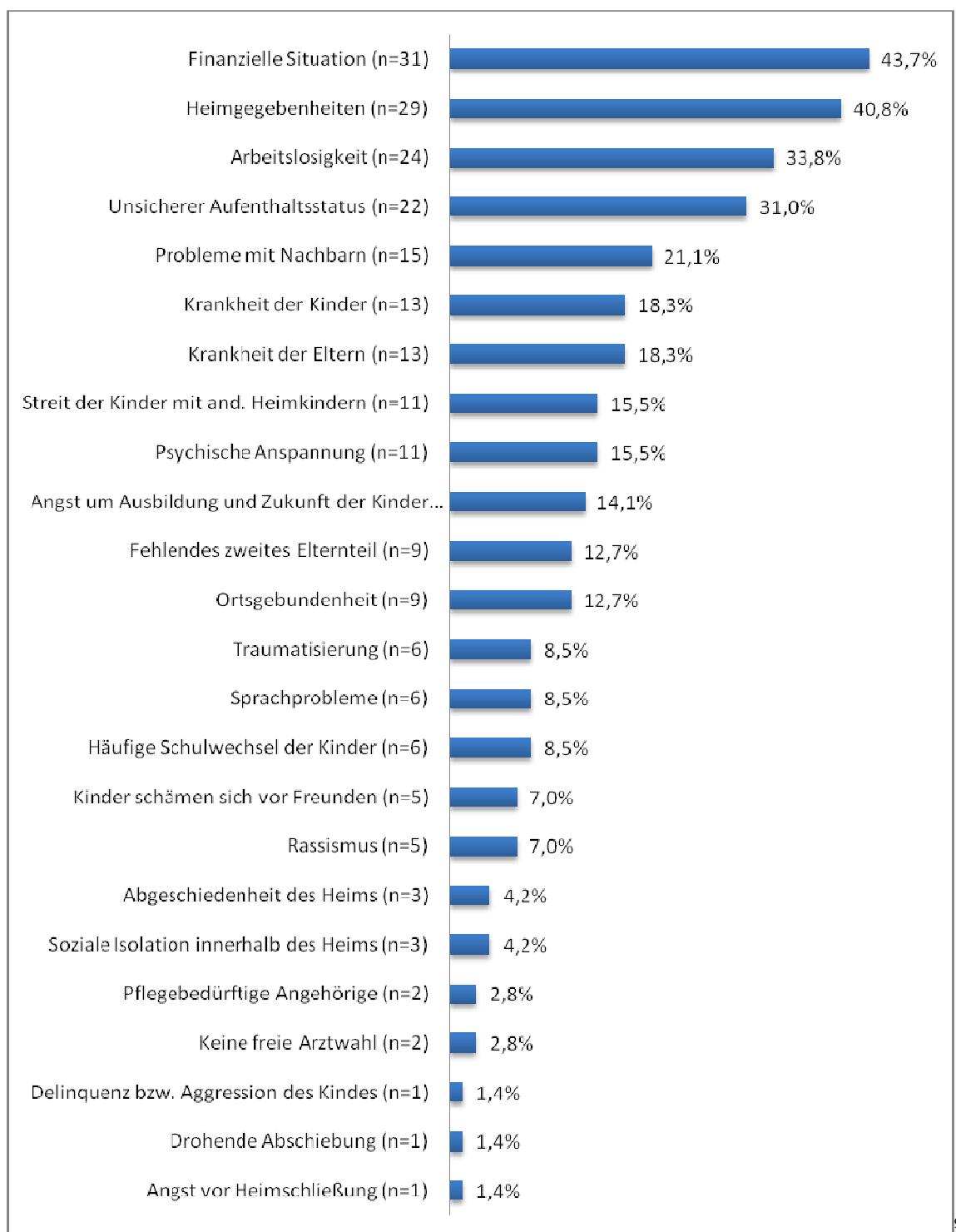


Abb. 4.7 Hauptprobleme der Familien

⁹ Mehrfachnennungen waren möglich.

Bei der Begutachtung der psychischen Gesundheit der Probanden sind eventuelle psychische Belastungen der Eltern von großer Bedeutung. Aus diesem Grund wurden ihnen während der Befragung besondere Beachtung geschenkt. Im Folgenden finden sich Angaben zu den Fällen, die bereits spezialisierter psychiatrischer Behandlung zugeführt wurden, sowie eine Übersicht über psychische Belastungen bei nicht in Behandlung befindlicher Probanden und ihrer Familienmitglieder.

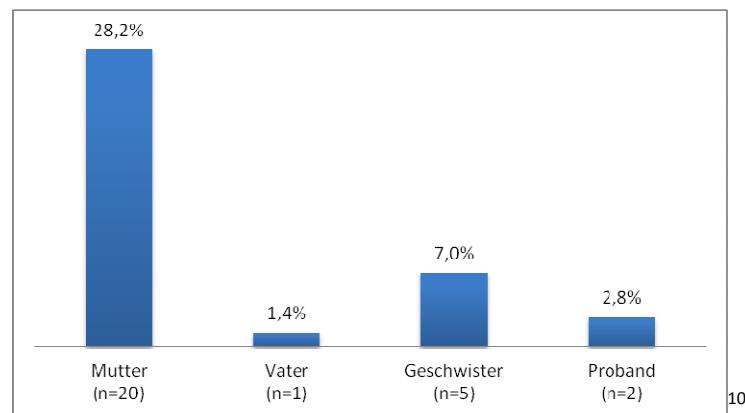


Abb. 4.8 Familienmitglieder in psychiatrischer Behandlung

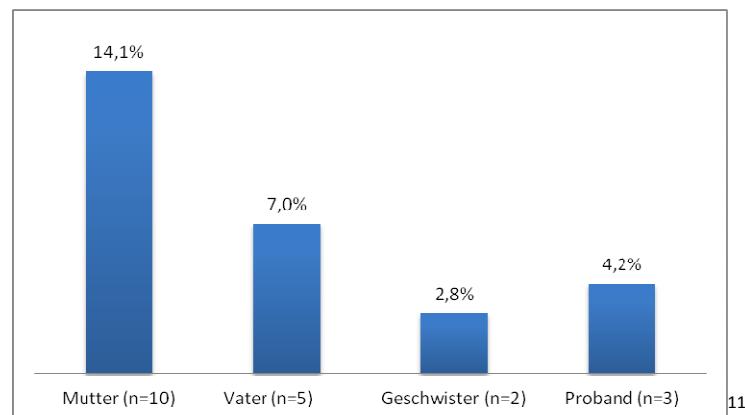


Abb. 4.9 Eigen- oder fremdanamnestisch psychisch belastete Familienmitglieder, aktuell nicht in spezialisierter Behandlung

¹⁰ Die Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtstichprobe von n=71.

¹¹ Die Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtstichprobe von n=71.

STATISTISCHE AUSWERTUNG DES CBCL

VERGLEICH DER PROBANDE (N=58) MIT EINER NORMALVERTEILTEN REFERENZPOPULATION VON (N=100)

SOZIALER RÜCKZUG

Diese Syndromskala erhebt, in wie weit der Proband lieber allein und aktivitätsgemindert ist, traurig, scheu und verschlossen wirkt und häufiger ins Leere starrt.

Für die untersuchten Probanden ergab sich folgende T-Wert -Verteilung:

Tab. 4.5 T-Wert Statistik, Syndromskala "sozialer Rückzug"

	N	Minimum	Maximum	Mean	Standardabweichung
T-Werte soz. Rückzug	58	50,0	80,0	64,0	9,2

Der Vergleich mit einer fiktiven normalverteilten Referenzgruppe (n=100, T-Wert Mean=50) kommt zu folgenden Ergebnissen:

Tab. 4.6 Vergleich mit Referenzgruppe, Syndromskala "sozialer Rückzug"

	Auffällig	Grenzwertig	Unauffällig
Asylbewerber	16 (27,6%)	7 (12,1%)	35 (60,3%)
Normalpopulation	2 (2%)	3 (3%)	95 (95%)

Tab. 4.7 Chi Quadrat Berechnung, Syndromskala "sozialer Rückzug"

χ^2	df	p
31,2	2	0,001

Die Inzidenz von Anzeichen für sozialen Rückzug bei den befragten Probanden ist im Vergleich zur einer fiktiven Normalpopulation deutlich erhöht: fast 14-mal so viele Kinder sind auffällig und 4-mal so viele Kinder grenzwertig auffällig. Das Ergebnis des Chi Quadrat Tests zeigt, dass die Probandenpopulation kein normalverteiltes Ergebnis erzielt und die festgestellten Unterschiede höchst signifikant sind.

Fazit: Die Nullhypothese ist abzulehnen - die untersuchten Probanden zeigen signifikant häufiger sozialen Rückzug, als es in einer normalverteilten Gruppe zu erwarten wäre.

KÖRPERLICHE BESCHWERDEN

Diese Syndromskala untersucht, ob die Probanden häufiger unter Symptomen wie Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Übelkeit oder Schwindel leiden, Haut- oder Augenprobleme haben oder sich oft müde fühlen.

Für die untersuchten Probanden ergab sich folgende T-Wert -Verteilung:

Tab. 4.8 T-Wert Statistik, Syndromskala "körperliche Beschwerden"

	N	Minimum	Maximum	Mean	SD
T-Werte körperliche Beschwerden	58	50,0	80,0	60,9	8,0

Der Vergleich mit der fiktiven normalverteilten Referenzgruppe (n=100, T-Wert Mean=50) kommt zu folgenden Ergebnissen:

Tab. 4.9 Vergleich mit Referenzgruppe, Syndromskala "körperliche Beschwerden"

	Auffällig	Grenzwertig	Unauffällig
Asylbewerber	9 (15,5%)	6 (10,3%)	43 (74,1%)
Normalpopulation	2 (2,0%)	3 (3,0%)	95 (95,0%)

Tab. 4.10 Chi Quadrat Berechnung, Syndromskala "körperliche Beschwerden"

χ^2	df	p
14,9	2	0,001

Die Inzidenz von Anzeichen für körperliche Beschwerden ist bei den befragten Probanden deutlich höher als in der Normalpopulation: mehr als 7-mal so viele Ergebnisse sind auffällig und rund 3-mal so viele grenzwertig auffällig. Das Ergebnis des Chi Quadrat Tests zeigt, dass die Probandenpopulation kein normalverteiltes Ergebnis erzielt und die festgestellten Unterschiede höchst signifikant sind.

Fazit: Die Nullhypothese ist abzulehnen - die untersuchten Probanden weisen signifikant häufiger körperliche Beschwerden auf als es in einer normalverteilten Gruppe zu erwarten wäre.

ÄNGSTLICH-DEPRESSIV

Für diese Syndromskala werden die Probanden danach eingeschätzt, ob sie sich traurig, ungeliebt oder wertlos fühlen, sich Sorgen machen, Ängste verspüren, oft misstrauisch oder nervös sind, mit Schuldgefühlen zu kämpfen haben oder häufig weinen.

Für die untersuchten Probanden ergab sich folgende T-Wert-Verteilung:

Tab. 4.11 T-Wert Statistik, Syndromskala "ängstlich-depressiv"

	N	Minimum	Maximum	Mean	SD
T-Werte ängstlich-depressiv	58	50	80	61,5	8,1

Der Vergleich mit der fiktiven normalverteilten Referenzgruppe (n=100, T-Wert Mean=50) kommt zu folgenden Ergebnissen:

Tab. 4.12 Vergleich mit Referenzgruppe, Syndromskala "ängstlich-depressiv"

	Auffällig	Grenzwertig	Unauffällig
Asylbewerber	7 (12,1%)	13 (22,4%)	38 (65,5%)
Normalpopulation	2 (2,0%)	3 (3,0%)	95 (95,0%)

Tab. 4.13 Chi Quadrat Berechnung, Syndromskala "ängstlich-depressiv "

χ^2	df	p
24,0	2	0,001

Die Inzidenz von Anzeichen für ängstlich-depressive Symptome bei den befragten Probanden ist deutlich höher als in der Normalpopulation. Im Vergleich sind mehr als 6-mal so viele Kinder auffällig und mehr als 7-mal so viele Kinder grenzwertig auffällig. Das Ergebnis des Chi Quadrat Tests zeigt, dass die Probandenpopulation kein normalverteiltes Ergebnis erzielt und die festgestellten Unterschiede höchst signifikant sind.

Fazit: Die Nullhypothese ist abzulehnen - die untersuchten Probanden weisen signifikant häufiger ängstlich-depressive Symptome auf als es in einer normalverteilten Gruppe zu erwarten wäre.

GESAMTSCORE INTERNALISIERENDE SYNDROME

Der Gesamtscore für internalisierende Symptome ergibt sich aus der Summe der ersten drei Syndromskalen (sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden und ängstlich-depressive Symptome).

Für die untersuchten Probanden ergab sich folgende T-Wert-Verteilung:

Tab. 4.14 T-Wert Statistik, Gesamtscore "Internalisierende Syndrome"

	N	Minimum	Maximum	Mean	SD
T-Werte intern. Syndr.	58	44	80	64,0	8,8

Der Vergleich mit der fiktiven normalverteilten Referenzgruppe (n=100, T-Wert Mean=50) kommt zu folgenden Ergebnissen:

Tab. 4.15 Vergleich mit Referenzgruppe, Gesamtscore "Internalisierende Syndrome"

	Auffällig	Grenzwertig	Unauffällig
Asylbewerber	31 (53,4%)	10 (17,2%)	38 (29,3%)
Normalpopulation	2 (2,0%)	3 (3,0%)	95 (95,0%)

Tab. 4.16 Chi Quadrat Berechnung, Gesamtscore "Internalisierende Syndrome"

χ^2	df	p
77,9	2	0,001

Die Inzidenz von internalisierenden Syndromen bei den befragten Probanden ist um ein Vielfaches höher als in der Normalpopulation. Im Vergleich sind mehr als 26-mal so viele Kinder auffällig und mehr als 5-mal so viele Kinder grenzwertig auffällig. Das Ergebnis des Chi Quadrat Tests zeigt, dass die Probandenpopulation kein normalverteiltes Ergebnis erzielt und die festgestellten Unterschiede höchst signifikant sind.

Fazit: Die Nullhypothese ist abzulehnen - die untersuchten Probanden weisen einen signifikant erhöhten Wert für internalisierende Syndrome auf als es in einer normalverteilten Gruppe zu erwarten wäre.

DISSOZIALES VERHALTEN

Diese Syndromskala erfasst Auffälligkeiten in den Bereichen Lügen, Diebstahl, Pyromanie, Alkohol- und Drogenabusus, Vandalismus und fehlendes Schuldbewusstsein bei Fehlverhalten.

Tab. 4.17 T-Wert Statistik, Syndromskala "Dissoziales Verhalten"

	N	Minimum	Maximum	Mean	SD
T-Werte dissoz. Verh.	58	44	80	55,7	7,3

Der Vergleich mit der fiktiven normalverteilten Referenzgruppe (n=100, T-Wert Mean=50) kommt zu folgenden Ergebnissen:

Tab. 4.18 Vergleich mit Referenzgruppe, Syndromskala "Dissoziales Verhalten"

	Auffällig	Grenzwertig	Unauffällig
Asylbewerber	3 (5,2%)	1 (1,7%)	54 (93,1%)
Normalpopulation	2 (2,0%)	3 (3,0%)	95 (95,0%)

Tab. 4.19 Chi Quadrat Berechnung, Syndromskala "Dissoziales Verhalten"

χ^2	df	p
1,4	2	0,492

Die Inzidenzen von dissozialem Verhalten sind weitestgehend mit denen in einer Normalpopulation vergleichbar, die festgestellten Unterschiede sind nicht signifikant.

Fazit: Die Nullhypothese ist beizubehalten - die Probandengruppe unterscheidet sich hier nicht signifikant von der Normalpopulation.

AGGRESSIVES VERHALTEN

Für diese Syndromskala werden Auffälligkeiten in den Bereichen Streitsucht, Ungehorsam, körperliche Aggressionen und Eifersucht erfragt.

Für die untersuchten Probanden ergab sich folgende T-Wert-Verteilung:

Tab. 4.20 T-Wert Statistik, Syndromskala "Aggressives Verhalten"

	N	Minimum	Maximum	Mean	SD
T-Werte aggr. Verh.	58	44	80	58,0	10,0

Der Vergleich mit der fiktiven normalverteilten Referenzgruppe (n=100, T-Wert Mean=50) kommt zu folgenden Ergebnissen:

Tab. 4.21 Vergleich mit Referenzgruppe, Syndromskala "Aggressives Verhalten"

	Auffällig	Grenzwertig	Unauffällig
Asylbewerber	12 (20,7%)	1 (1,7%)	45 (77,6%)
Normalpopulation	2 (2,0%)	3 (3,0%)	95 (95,0%)

Tab. 4.22 Chi Quadrat Berechnung, Syndromskala "Aggressives Verhalten"

χ^2	df	p
16,0	2	0,001

Die Inzidenzen von aggressivem Verhalten sind bei den untersuchten Probanden 10-mal häufiger als von einer normalverteilten Population zu erwarten wäre. Das Ergebnis des Chi-Quadrat Test zeigt, dass die Probandenpopulation kein normalverteiltes Ergebnis erzielt und die festgestellten Unterschiede höchst signifikant sind.

Fazit: Die Nullhypothese ist abzulehnen - die untersuchten Probanden weisen signifikant häufiger aggressives Verhalten auf.

GESAMTSCORE EXTERNALISIERENDE SYNDROME

Der Gesamtscore für externalisierende Syndrome ergibt sich aus der Summer der Syndromskalen "dissoziales Verhalten" und "aggressives Verhalten".

Für die untersuchten Probanden ergab sich folgende T-Wert-Verteilung:

Tab. 4.23 T-Wert Statistik, Gesamtscore "Externalisierende Syndrome"

	N	Minimum	Maximum	Mean	SD
T-Werte exter. Syndr.	58	36	74	53,9	9,8

Der Vergleich mit der fiktiven normalverteilten Referenzgruppe (n=100, T-Wert Mean=50) kommt zu folgenden Ergebnissen:

Tab. 4.24 Vergleich mit Referenzgruppe, Gesamtscore "Externalisierende Syndrome"

	Auffällig	Grenzwertig	Unauffällig
Asylbewerber	13 (22,4%)	4 (6,9%)	41 (70,7%)
Normalpopulation	2 (2,0%)	3 (3,0%)	95 (95,0%)

Tab. 4.25 Chi Quadrat Berechnung, Gesamtscore "Externalisierende Syndrome"

χ^2	df	p
19,9	2	0,001

Die Probanden erzielen deutlich öfter einen höheren Wert für den Gesamtscore Externalisierender Syndrome. Auffällige Werte waren 11-mal häufiger als und grenzwertig auffällige Werte doppelt so häufig wie in einer normalverteilten Population. Das Ergebnis des Chi Quadrat Tests zeigt, dass die Probandenpopulation kein normalverteiltes Ergebnis erzielt und die festgestellten Unterschiede höchst signifikant sind.

Fazit: Die Nullhypothese ist abzulehnen - die untersuchten Probanden weisen signifikant häufiger einen erhöhten Wert für externalisierende Probleme auf.

SOZIALE PROBLEME

Für diese Syndromskala werden die Probanden danach eingeschätzt, ob sie sich altersentsprechend verhalten und gleichaltrige Freunde haben, gehänselt werden oder beliebt sind.

Für die untersuchten Probanden ergab sich folgende T-Wert-Verteilung:

Tab 4.26 T-Wert Statistik, Syndromskala "Soziale Probleme"

	N	Minimum	Maximum	Mean	Standardabweichung
T-Werte soz. Probl.	58	36	74	59,1	8,6

Der Vergleich mit der fiktiven normalverteilten Referenzgruppe (n=100, T-Wert Mean=50) kommt zu folgenden Ergebnissen:

Tab. 4.27 Vergleich mit Referenzgruppe, Syndromskala "Soziale Probleme"

	Auffällig	Grenzwertig	Unauffällig
Asylbewerber	6 (10,3%)	2 (3,4%)	50 (86,2%)
Normalpopulation	2 (2,0%)	3 (3,0%)	95 (95,0%)

Tab. 4.28 Chi Quadrat Berechnung, Syndromskala "Soziale Probleme"

χ^2	df	p
5,3	2	0,068

Die Probanden zeigen öfter als Kinder und Jugendliche in einer Normalpopulation Anzeichen für soziale Probleme. So erzielen sie in dieser Syndromskala fünfmal häufiger einen auffälligen Wert. Das Ergebnis des Chi Quadrat Tests zeigt, dass die Probandenpopulation kein normalverteiltes Ergebnis erzielt, wobei die Unterschiede nur grenzwertig signifikant sind.

Fazit: Die Nullhypothese ist in Frage zu stellen - die Probandengruppe zeigt grenzwertig signifikant häufiger Anzeichen für soziale Probleme.

SCHIZOID-ZWANGHAFTES VERHALTEN

In dieser Syndromskala wird untersucht, ob die Probanden Zwangsgedanken, optische oder akustische Halluzinationen haben, sich seltsamen Ideen oder Gedanken hingeben oder häufig ins Leere starren. Für die untersuchten Probanden ergab sich folgende T-Wert-Verteilung:

Tab. 4.29 T-Wert Statistik, Syndromskala "Schizoid-zwanghaft"

	N	Minimum	Maximum	Mean	SD
T-Werte schiz.-zwang.	58	50	80	56,8	8,4

Der Vergleich mit der fiktiven normalverteilten Referenzgruppe (n=100, T-Wert Mean=50) kommt zu folgenden Ergebnissen:

Tab. 4.30 Vergleich mit Referenzgruppe, Syndromskala "Schizoid-zwanghaft"

	Auffällig	Grenzwertig	Unauffällig
Asylbewerber	6 (10,3%)	6 (10,3%)	46 (79,3%)
Normalpopulation	2 (2,0%)	3 (3,0%)	95 (95,0%)

Tab. 4.31 Chi Quadrat Berechnung, Syndromskala "Schizoid-zwanghaft"

χ^2	df	p
9,5	2	0,008

Die Probanden zeigen öfter als Kinder und Jugendliche in einer Normalpopulation Anzeichen für schizoides Verhalten. Sie erzielen in dieser Syndromskala 5-mal häufiger einen auffälligen Wert und rund 3,5-mal häufiger einen grenzwertig auffälligen Wert. Das Ergebnis des Chi Quadrat Tests zeigt, dass die Probandenpopulation kein normalverteiltes Ergebnis erzielt, die Unterschiede sind signifikant.

Fazit: Die Nullhypothese ist abzulehnen - die untersuchten Probanden weisen signifikant häufiger schizoid-zwanghaftes Verhalten auf.

AUFMERKSAMKEITSPROBLEME

Für diese Syndromskala werden folgende Aspekte berücksichtigt: schulische Leistung, Konzentrationsschwäche, Nervosität und Impulsivität und altersentsprechendes Benehmen.

Für die untersuchten Probanden ergab sich folgende T-Wert-Verteilung:

Tab 4.32 T-Wert Statistik, Syndromskala "Aufmerksamkeitsprobleme"

	N	Minimum	Maximum	Mean	SD
T-Werte	58	50	80	60,0	7,7
Aufmerksamk.probleme					

Der Vergleich mit der fiktiven normalverteilten Referenzgruppe (n=100, T-Wert Mean=50) kommt zu folgenden Ergebnissen:

Tab. 4.33 Vergleich mit Referenzgruppe, Syndromskala "Aufmerksamkeitsprobleme"

	Auffällig	Grenzwertig	Unauffällig
Asylbewerber	4 (6,9%)	6 (10,3%)	48 (82,8%)
Normalpopulation	2 (2,0%)	3 (3,0%)	95 (95,0%)

Tab. 4.34 Chi Quadrat Berechnung, Syndromskala "Aufmerksamkeitsprobleme"

χ^2	df	p
6,4	2	0,041

Die Probanden zeigen öfter als Kinder und Jugendliche in einer Normalpopulation Anzeichen für Aufmerksamkeitsprobleme. So erzielen sie in dieser Syndromskala rund 3-mal häufiger einen auffälligen Wert und ebenfalls rund 3-mal häufiger einen grenzwertig auffälligen Wert. Das Ergebnis des Chi Quadrat Tests zeigt, dass die Probandenpopulation kein normalverteiltes Ergebnis erzielt, die Unterschiede sind signifikant.

Fazit: Die Nullhypothese ist abzulehnen - die untersuchten Probanden weisen signifikant häufiger Aufmerksamkeitsprobleme auf.

GESAMTSCORE

Der Gesamtscore berücksichtigt alle Ergebnisse der oben aufgeführten einzelnen Syndromskalen.

Für die untersuchten Probanden ergab sich folgende T-Wert-Verteilung:

Tab 4.35 T-Wert Statistik, Gesamtscore

	N	Minimum	Maximum	Mean	SD
T-Werte	58	36	80	58,4	8,7
Gesamtscore					

Der Vergleich mit der fiktiven normalverteilten Referenzgruppe (n=100, T-Wert Mean=50) kommt zu folgenden Ergebnissen:

Tab. 4.36 Vergleich mit Referenzgruppe, Gesamtscore

	Auffällig	Grenzwertig	Unauffällig
Asylbewerber	13 (22,4%)	15 (25,9%)	30 (51,7%)
Normalpopulation	2 (2,0%)	3 (3,0%)	95 (95,0%)

Tab. 4.37 Chi Quadrat Berechnung, Gesamtscore

χ^2	df	p
41,7	2	0,001

Die Probanden zeigen häufiger als Kinder aus einer Normalpopulation einen auffälligen oder grenzwertig auffälligen "Gesamtscore". So erzielen sie 11-mal häufiger einen auffälligen Wert und mehr als 8-mal häufiger einen grenzwertig auffälligen Wert. Das Ergebnis des Chi Quadrat Tests zeigt, dass die Probandenpopulation kein normalverteiltes Ergebnis erzielt, die Unterschiede sind höchst signifikant.

Fazit: Die Nullhypothese ist abzulehnen - die untersuchten Probanden weisen einen signifikant höheren Gesamtproblemwert auf.

VERGLEICH DER TESTERGEBNISSE NACH DEM KRITERIUM "GESCHLECHT"¹²

Zunächst finden sich hier die T-Wert-Verteilungen der einzelnen Syndromskalen. Mit Hilfe des Mann-Whitney-U-Test wurde darüber hinaus für die Probandengruppe (n=58) berechnet, ob die Geschlechtszugehörigkeit relevant ist für das Auftreten der jeweilig durch die Syndromskalen getesteten psychischen Auffälligkeiten. Die Nullhypothese "*Es gibt keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern in der T-Wert-Verteilung der jeweiligen Syndromskala*" muss verworfen werden, wenn das Ergebnis p kleiner ist als 0,05.

Tab. 4.38 T-Wert-Verteilung der einzelnen Syndromskalen bezüglich des Kriteriums "Geschlecht"

Syndromskala	Geschlecht	N	Minimum	Maximum	Mean	SD
Sozialer Rückzug	w	25	50	80	64,9	10,3
	m	33	50	70	63,4	8,3
Körperliche Beschwerden	w	25	50	80	61,0	7,0
	m	33	50	76	60,7	8,8
Ängstlich-depressiv	w	25	50	78	61,5	9,0
	m	33	50	80	61,6	7,5
Internal. Syndr.	w	25	45	80	64,1	9,5
	m	33	44	80	64,0	8,3
Dissoziales Verhalten	w	25	50	79	54,9	6,9
	m	33	50	80	56,2	7,7
Aggressives Verhalten	w	25	50	80	57,0	9,5
	m	33	50	80	58,8	10,5

¹² Da auch in einer Normalpopulation von Geschlechtsunterschieden bei der Begutachtung der psychischen Gesundheit auszugehen ist, werden beim CBCL je nach Geschlecht verschiedenen Testergebnissen gleiche T-Werte zugeordnet. Dadurch wird es möglich, die T-Werte miteinander zu vergleichen und so herauszufinden, ob die besonderen Umstände zusätzlich Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen bedingen.

Extern. Syndr.	w	25	37	74	53,2	9,5
	m	33	36	73	54,4	10,1
Soziale Probleme	w	25	50	80	57,8	8,9
	m	33	50	80	60,2	8,3
Schizoid-zwanghaft	w	25	50	80	56,5	8,5
	m	33	50	73	57,0	8,5
Aufmerksamkeitsprobleme	w	25	50	80	57,5	8,2
	m	33	50	74	60,1	7,2
Gesamtscore	w	25	40	80	57,9	8,9
	m	33	36	73	58,8	8,6

Tab. 4.39 "Mann-Whitney-U" Testergebnisse für das Kriterium "Geschlecht"

Syndromskala	p (Mann-Whitney-U)	Nullhypothese
Sozialer Rückzug	0,488	Beibehalten
Körperliche Beschwerden	0,745	Beibehalten
Depressiv-ängstlich	0,832	Beibehalten
Internalisierende Syndrome	0,987	Beibehalten
Dissoziales Verhalten	0,581	Beibehalten
Aggressives Verhalten	0,491	Beibehalten
Externalisierende Syndrome	0,741	Beibehalten
Soziale Probleme	0,234	Beibehalten
Schizoid-zwanghaftes Verhalten	0,837	Beibehalten
Aufmerksamkeitsprobleme	0,067	Grenzwertig
Gesamtscore	0,455	Beibehalten

Fazit: Die Nullhypothese ist für sämtliche untersuchte Aspekte beizubehalten - es konnten **keine signifikanten geschlechtsbedingten Unterschiede** festgestellt werden. Lediglich im Aspekt "Aufmerksamkeitsprobleme" lässt sich bei den Jungen eine grenzwertig erhöhte Auffälligkeit nachweisen ($p<0,1$).

VERGLEICH DER TESTERGEBNISSE NACH DEM KRITERIUM "ALTER"

Für die Berechnung der Signifikanzniveaus der T-Wert-Unterschiede bezüglich des Kriteriums "Alter" sind drei unabhängige Stichproben geschaffen worden: Gruppe 1 - Alter zwischen 7 und 10 Jahren ($n=23$), Gruppe 2 - Alter zwischen 11 und 13 Jahren ($n=19$), Gruppe 3 - Alter zwischen 14 und 17 Jahren ($n=16$). Zunächst findet sich eine Darstellung der T-Wert-Verteilungen. Im Folgenden wurde mit Hilfe des Kruskall-Wallis-Tests ermittelt, ob es signifikante Unterschiede der Syndromausprägung zwischen den verschiedenen Altergruppen gibt. Für Ergebnisse

$p \leq 0,05$ muss die Nullhypothese "*Es gibt keinen Unterschied zwischen den verschiedenen Altersgruppen in der T-Wert-Verteilung der jeweiligen Syndromskala*" verworfen werden.

Tab. 4.40 T-Wert-Verteilung der einzelnen Syndromskalen bezüglich des Kriteriums "Geschlecht"

Syndromskala	Altersgruppe	N	Minimum	Maximum	Mean	SD
Sozialer Rückzug	1	23	50	80	64,5	9,0
	2	19	50	80	62,6	8,4
	3	16	50	80	64,9	10,6
Körperliche Beschwerden	1	23	50	76	62,7	6,5
	2	19	50	75	60,1	8,6
	3	16	50	80	59,1	9,1
Ängstlich-depressiv	1	23	50	78	63,5	7,8
	2	19	50	75	60,3	7,9
	3	16	50	80	60,3	8,7

Internal. Syndr.	1	23	45	77	65,4	8,4
	2	19	44	77	62,9	8,3
	3	16	48	80	63,4	10,2
Dissoziales Verhalten	1	23	50	75	56,9	6,9
	2	19	50	80	54,8	7,5
	3	16	50	79	55,0	7,8
Aggressives Verhalten	1	23	50	79	59,3	9,5
	2	19	50	80	56,1	9,0
	3	16	50	80	58,3	12,0
Extern. Syndr.	1	23	44	71	56,6	8,7
	2	19	36	73	51,0	9,5
	3	16	37	74	53,4	11,1
Soziale Probleme	1	23	50	80	60,7	9,6
	2	19	50	73	56,9	6,2
	3	16	50	80	59,6	9,6
Schizoid-zwanghaft	1	23	50	75	58,0	9,2
	2	19	50	73	55,4	6,8
	3	16	50	80	56,8	9,2
Aufmerksamkeitsprobleme	1	23	50	74	58,7	7,8
	2	19	50	68	59,4	6,2
	3	16	50	80	58,8	9,4
Gesamtscore	1	23	45	73	60,0	8,0
	2	19	36	68	56,7	7,5
	3	16	40	80	58,1	10,8

Tab. 4.41 Kruskal-Wallis Testergebnisse für das Kriterium "Alter"

Syndromskala	p (Kruskal-Wallis)	Nullhypothese
Sozialer Rückzug	0,778	Beibehalten
Körperliche Beschwerden	0,241	Beibehalten
Depressiv-ängstlich	0,260	Beibehalten
Internalisierende Syndrome	0,595	Beibehalten
Dissoziales Verhalten	0,328	Beibehalten
Aggressives Verhalten	0,549	Beibehalten
Externalisierende Syndrome	0,115	Beibehalten
Soziale Probleme	0,412	Beibehalten
Schizoid-zwanghaftes Verhalten	0,730	Beibehalten
Aufmerksamkeitsprobleme	0,809	Beibehalten
Gesamtscore	0,362	Beibehalten

Da es sich beim Alter um eine metrische Variable handelt, wird im folgenden zusätzlich zu den statistischen Größen auch der Rangkorrelationskoeffizient Kendall Tau mitberechnet, um zu erkennen, ob sich trotz nicht signifikanter Unterschiede doch eine Korrelation zwischen zunehmendem Alter und psychischer Belastung zeigt.

Tab. 4.42 Rangkorrelationskoeffizienten Kendalls Tau zur Berechnung der Beziehung zwischen den Syndromskalen und dem Alter der Probanden

Syndromskala	Rangkorrelationskoeffizient (Kendalls Tau)	Signifikanz	Aussage
Sozialer Rückzug	0,340	0,725	Keine Korrelation
Körperl. Beschw.	-0,146	0,135	Keine Korrelation
Ängstlich-depressiv	-0,100	0,300	Keine Korrelation
Internal. Syndr.	0,059	0,538	Keine Korrelation
Dissoziales Verhalten	-0,118	0,225	Keine Korrelation
Aggress. Verhalten	-0,110	0,321	Keine Korrelation
Extern. Syndr.	-0,159	0,096	Keine Korrelation
Soziale Probleme	-0,054	0,580	Keine Korrelation
Schizoid-zwanghaft	-0,016	0,877	Keine Korrelation
Aufmerksamk.probleme	0,030	0,760	Keine Korrelation
Gesamtscore	-0,100	0,291	Keine Korrelation

Fazit: Die Nullhypothese ist für sämtliche untersuchte Aspekte beizubehalten - es konnten **keine signifikanten altersbedingten Unterschiede** festgestellt werden, auch signifikante Korrelationen liegen nicht vor.

VERGLEICH DER TESTERGEBNISSE NACH DEM KRITERIUM "AUFENTHALTSDAUER IN DEUTSCHLAND"

Für die Berechnung der Signifikanzniveaus der T-Wert-Unterschiede bezüglich des Kriteriums "Zeit in Deutschland" sind drei unabhängige, möglichst gleichgroße Stichproben geschaffen worden: Gruppe 1 - Aufenthalt in Deutschland bis max. 5 Jahre (n=21), Gruppe 2 - Aufenthalt in Deutschland länger als 5 bis max. 7 Jahre (n=21), Gruppe 3 - Aufenthalt in Deutschland länger als 7 Jahre (n=16).

Aufgeführt sind im Folgenden die T-wert-Verteilungen der einzelnen Syndromskalen. Des weiteren wurde bei drei unabhängige Stichproben der Kruskall-Wallis-Test angewandt. Für Ergebnisse $p \leq 0,05$ muss die Nullhypothese *"Es gibt keinen Unterschied bezüglich der T-Wert -Verteilung der jeweiligen Syndromskala abhängig von der Aufenthaltsdauer in Deutschland"* verworfen werden, für $p \leq 0,1$ gilt das Ergebnis als grenzwertig signifikant.

Tab. 4.43 T-Wert-Verteilung der einzelnen Syndromskalen bezüglich des Kriteriums "Aufenthaltsdauer"

Syndromskala	Gruppierung Aufenthaltsdauer	N	Minimum	Maximum	Mean	SD
Sozialer Rückzug	1	21	50	77	62,6	7,2
	2	21	50	80	62,8	10,4
	3	16	50	80	67,5	9,5
Körperliche Beschwerden	1	21	50	75	59,7	8,3
	2	21	50	80	60,3	8,7
	3	16	50	72	63,0	6,7
Ängstlich-depressiv	1	21	50	70	59,6	6,6
	2	21	50	78	59,5	8,4
	3	16	54	80	66,8	7,5
Internal. Syndr.	1	21	45	73	62,7	7,0
	2	21	44	80	61,8	10,1
	3	16	55	80	68,8	7,7

Dissoziales Verhalten	1	21	50	61	53,2	4,0
	2	21	50	80	56,5	9,4
	3	16	50	75	57,8	7,1
Aggressives Verhalten	1	21	50	62	52,2	3,6
	2	21	50	80	60,7	11,0
	3	16	50	79	62,1	11,3
Extern. Syndr.	1	21	42	59	49,4	4,9
	2	21	36	74	55,8	11,7
	3	16	42	71	57,3	10,3
Soziale Probleme	1	21	50	69	59,1	5,8
	2	21	50	80	59,7	9,3
	3	16	50	80	58,5	11,0
Schizoid-zwanghaft	1	21	50	73	56,3	8,4
	2	21	50	80	56,3	9,2
	3	16	50	73	58,1	7,6
Aufmerksamkeitsprobleme	1	21	50	67	57,6	5,6
	2	21	50	80	59,0	8,9
	3	16	50	75	60,9	8,5
Gesamtscore	1	21	42	59	49,4	4,9
	2	21	36	74	55,8	11,7
	3	16	42	71	57,3	10,3

Tab. 4.44 Kruskal-Wallis Testergebnisse für das Kriterium "Aufenthaltsdauer"

Syndromskala	p (Kruskal-Wallis-Test)	Nullhypothese
Sozialer Rückzug	0,197	Beibehalten
Körperliche Beschwerden	0,328	Beibehalten
Depressiv-ängstlich	0,011	Ablehnen
Internalis. Syndrome	0,052	Grenzwertig
Soziale Probleme	0,490	Beibehalten
Schizoid-zwanghaftes Verhalten	0,560	Beibehalten
Aufmerksamkeitsprobleme	0,595	Beibehalten
Dissoziales Verhalten	0,212	Beibehalten
Aggressives Verhalten	0,012	Ablehnen
Externalis. Syndrome	0,074	Grenzwertig
Gesamtscore	0,069	Grenzwertig

Da es sich bei der Aufenthaltsdauer um eine metrische Variable handelt, wird in der folgenden Einzelbetrachtung der Syndromskalen zusätzlich zu den statistischen Größen auch der Rangkorrelationskoeffizient Kendall Tau mitberechnet, um zu erkennen, ob sich eine Korrelation zwischen Aufenthaltsdauer und psychischer Belastung abzeichnet.

Tab. 4.45 Rangkorrelationskoeffizienten Kendalls Tau zur Berechnung der Beziehung zwischen den Syndromskalen und der Aufenthaltsdauer in Deutschland

Syndromskala	Rangkorrelationskoeffizient (Kendalls Tau)	Signifikanz p	Aussage
Sozialer Rückzug	0,160	0,097	Keine Korrelation
Körperl. Beschwerden	0,094	0,340	Keine Korrelation
Ängstlich-depressiv	0,165	0,089	Keine Korrelation
Internal. Syndr.	0,121	0,207	Keine Korrelation
Dissoziales Verhalten	0,175	0,085	Keine Korrelation
Aggress. Verhalten	0,274	0,007	Hochsignifikante geringgradige Korrelation
Extern. Syndr.	0,189	0,040	Signifikante geringgradige Korrelation
Soziale Probleme	0,141	0,154	Keine Korrelation
Schizoid-zwanghaft	0,100	0,923	Keine Korrelation
Aufmerksamk.probleme	0,066	0,497	Keine Korrelation
Gesamtscore	0,175	0,068	Keine Korrelation

Fazit:

Die Nullhypothese ist in folgenden Fällen abzulehnen bzw. als grenzwertig anzusehen:

1. *Ängstlich-depressives Verhalten*: Es tritt signifikant häufiger bei Probanden auf, die seit über 7 Jahren in Deutschland leben (Gruppe 3). Eine signifikante Korrelation über die gesamte Zeitspanne ist nicht nachweisbar.
2. *Gesamtwert für internalisierende Syndrome*: Sie treten grenzwertig signifikant häufiger in Gruppe 3 auf. Eine signifikante Korrelation über die gesamte Zeitspanne ist nicht nachweisbar.

3. *Aggressives Verhalten*: Es zeigt sich eine hochsignifikante geringgradige Korrelation, nach der die Symptomausprägung mit der Dauer des Aufenthalts in Deutschland zunimmt.
4. *Gesamtwert für externalisierende Syndrome*: Sie treten grenzwertig signifikant häufiger bei Kindern auf, die länger als 5 Jahre in Deutschland leben. Über die gesamte Zeitspanne ist eine signifikante geringgradige Korrelation nachweisbar.

VERGLEICH DER TESTERGEBNISSE NACH DEM KRITERIUM "PSYCHISCHE BELASTUNG DER ELTERN"

Für diese Beurteilung wurden zwei unabhängige Stichproben geschaffen: Gruppe 1 - Probanden, deren Eltern *keine* psychischen Probleme angaben, Gruppe 2 - Probanden, deren Eltern psychische Probleme angaben. Aufgeführt ist hier die T-Wert-Verteilung für die jeweilige Syndromskala. Darüber hinaus wird mit Hilfe des Mann-Whitney-U-Tests geprüft, ob Unterschiede in der Symptomausprägung signifikant sind. Für Ergebnisse $p \leq 0,05$ muss die Nullhypothese "*Es gibt keinen Unterschied bezüglich der T-Wert-Verteilung der jeweiligen Syndromskala abhängig von der psychischen Belastung der Eltern*" verworfen werden, für $p \leq 0,1$ gilt das Ergebnis als grenzwertig.

Tab. 4.46 T-Wert-Verteilung der einzelnen Syndromskalen bezüglich des Kriteriums "Psychische Belastung der Eltern"

Syndromskala	Psychische Belastung	N	Minimum	Maximum	Mean	SD
Sozialer Rückzug	nein	16	50	67	56,6	5,7
	ja	42	50	80	66,8	8,7
Körperliche Beschwerden	nein	16	50	75	57,2	7,4
	ja	42	50	80	62,2	7,9
Ängstlich-depressiv	nein	16	50	69	55,9	5,5
	ja	42	50	80	63,7	7,9
Internalisierende Syndrome	nein	16	44	68	56,9	6,8
	ja	42	45	80	66,8	7,9

Dissoziales Verhalten	nein	16	50	70	55,3	5,9
	ja	42	50	80	55,8	7,8
Aggressives Verhalten	nein	16	50	72	56,8	8,4
	ja	42	50	80	58,5	10,7
Extern. Syndr.	nein	16	36	67	51,6	10,1
	ja	42	42	74	54,7	9,7
Soziale Probleme	nein	16	50	65	56,4	5,6
	ja	42	50	80	60,2	9,3
Schizoid-zwanghaft	nein	16	50	73	56,4	7,6
	ja	42	50	80	57,0	8,8
Aufmerksamkeitsprobleme	nein	16	50	74	58,3	7,4
	ja	42	50	80	59,2	7,9
Gesamtscore	nein	16	36	67	53,6	8,6
	ja	42	46	80	60,2	8,0

Tab. 4.47 Mann-Whitney-U Testergebnisse für das Kriterium "Psychische Belastung der Eltern"

Syndromskala	p (Mann-Whitney-U)	Nullhypothese
Sozialer Rückzug	0,001	Ablehnen
Körperliche Beschwerden	0,035	Ablehnen
Depressiv-ängstlich	0,001	Ablehnen
Internalisierende Syndrome	0,001	Ablehnen
Soziale Probleme	0,209	Beibehalten
Schiz.-zwangh. Verhalten	0,956	Beibehalten
Aufmerksamkeitsprobleme	0,687	Beibehalten

Dissoziales Verhalten	0,957	Beibehalten
Aggressives Verhalten	0,571	Beibehalten
External. Syndrome	0,250	Beibehalten
Gesamtscore	0,024	Ablehnen

Fazit:

Die Nullhypothese ist in folgenden Fällen abzulehnen:

1. *Sozialer Rückzug*: Probanden, deren Eltern psychische Probleme angeben, zeigen derartige Symptome signifikant häufiger als diejenigen, deren Eltern keine psychischen Probleme angeben.
2. *Körperlicher Beschwerden*: Probanden, deren Eltern psychische Probleme angeben, klagen darüber signifikant häufiger als diejenigen, deren Eltern keine psychischen Probleme angeben.
3. *Ängstlich-depressives Verhalten*: Probanden, deren Eltern psychische Probleme angeben, zeigen derartige Symptome signifikant häufiger als diejenigen, deren Eltern keine psychischen Probleme angeben.
4. *Gesamtscores für internalisierende Probleme*: Probanden, deren Eltern psychische Probleme angeben, erzielen einen signifikant höheren Punktewert als diejenigen, deren Eltern keine psychischen Probleme angeben.
5. *Gesamtpunktewert*: Probanden, deren Eltern psychische Probleme angeben, erreichen einen signifikant höheren Punktewert als diejenigen, deren Eltern keine psychischen Probleme angeben.

VERGLEICH DER TESTERGEBNISSE NACH DEM KRITERIUM "BILDUNGSGRAD DER ELTERN"¹³

Für die Berechnung der Signifikanzniveaus der T-Wert-Unterschiede bezüglich des Kriteriums "Bildungsgrad der Eltern" sind wie oben erwähnt vier unabhängige Stichproben geschaffen worden:

Gruppe 1 - beide Eltern bzw. das alleinerziehende Elternteil sind Analphabeten (n=16). Gruppe 2 - mindestens ein Elternteil verfügt über elementare Schulbildung entsprechend ein bis sechs Schuljahren (n=19). Gruppe 3 - mindestens ein Elternteil verfügt über höhere Schulbildung entsprechend 8 bis 10 Schuljahren (n=12). Gruppe 4 - mindestens ein Elternteil hat Abitur oder einen äquivalenten Abschluss bzw. besitzt einen Hochschulabschluss (n=10).

Aufgeführt ist hier zunächst die Verteilung der T-Werte für die einzelnen Syndromskalen. Darüber hinaus finden sich die Ergebnisse des Kruskall-Wallis-Tests. Für $p \leq 0,05$ muss die Nullhypothese "*Es gibt keinen Unterschied bezüglich der T-Wert -Verteilung der jeweiligen Syndromskala abhängig vom Bildungsgrad der Eltern*" verworfen werden, für $p \leq 0,1$ gilt das Ergebnis als grenzwertig signifikant.

Tab. 4.48 T-Wert-Verteilung der Syndromskalen bezüglich des Kriteriums "Bildungsgrad der Eltern"

Syndromskala	Gruppierung Bildungsgrad	N	Minimum	Maximum	Mean	SD
Sozialer Rückzug	1	16	50	80	68,3	9,4
	2	19	50	80	59,4	9,0
	3	12	58	80	67,5	7,9
	4	10	50	73	61,5	6,9
Körperliche Beschwerden	1	16	55	76	66,4	6,2
	2	19	50	72	57,9	6,0
	3	12	50	80	59,9	9,8
	4	10	50	72	59,6	8,0
Ängstlich-depressiv	1	16	54	80	66,4	9,0
	2	19	50	73	57,9	7,2
	3	12	50	72	62,0	7,3
	4	10	50	70	60,3	6,5

¹³ Da in einem Fall der Bildungsgrad der Eltern nicht eindeutig zu bestimmen war, wurden bei der Untersuchung dieses Aspekts nur 57 Probanden berücksichtigt.

Internalisierende Syndrome	1	16	55	80	69,8	7,5
	2	19	44	77	59,4	8,6
	3	12	52	80	65,5	7,4
	4	10	45	74	62,3	8,4
Dissoziales Verhalten	1	16	50	75	56,6	7,7
	2	19	50	70	54,5	5,5
	3	12	50	79	57,0	8,3
	4	10	50	57	52,3	2,9
Aggressives Verhalten	1	16	50	79	64,0	11,1
	2	19	50	71	54,3	7,1
	3	12	50	80	58,5	10,7
	4	10	50	59	52,7	3,6
Externalisierende Syndrome	1	16	43	71	59,3	9,8
	2	19	36	67	50,3	8,2
	3	12	42	74	53,8	11,1
	4	10	42	57	50,1	5,2
Soziale Probleme	1	16	50	80	62,1	10,7
	2	19	50	69	56,2	6,4
	3	12	50	80	61,0	9,7
	4	10	50	65	57,7	6,1
Schizoid-zwanghaft	1	16	50	75	55,4	7,5
	2	19	50	73	56,5	8,4
	3	12	50	80	60,5	9,6
	4	10	50	73	54,9	8,6
Aufmerksamkeitsprobleme	1	16	50	75	61,2	7,9
	2	19	50	74	55,7	7,8
	3	12	50	80	61,8	7,6
	4	10	50	67	57,8	5,7
Gesamtscore	1	16	46	73	63,6	8,2
	2	19	36	68	53,7	8,5
	3	12	52	80	60,6	7,8
	4	10	46	63	55,6	5,3

Tab. 4.49 Kruskal-Wallis Testergebnisse für das Kriterium "Bildungsgrad der Eltern"

Syndromskala	p (Kruskal-Wallis)	Nullhypothese
Sozialer Rückzug	0,010	Ablehnen
Körperliche Beschwerden	0,009	Ablehnen
Ängstlich-depressiv	0,031	Ablehnen
Internalis. Syndrome	0,008	Ablehnen
Dissoziales Verhalten	0,487	Beibehalten
Aggressives Verhalten	0,030	Ablehnen
Externalis. Syndrome	0,066	Grenzwertig
Soziale Probleme	0,349	Beibehalten
Schiz.-zwangh. Verhalten	0,341	Beibehalten
Aufmerksamkeitsprobleme	0,097	Grenzwertig
Gesamtscore	0,006	Ablehnen

Da es sich bei dem Kriterium "elterliches Bildungsniveau" um eine metrische Variable handelt, wird in der folgenden Einzelbetrachtung der Syndromskalen zusätzlich zu den statistischen Größen auch der Rangkorrelationskoeffizient Kendall Tau mitberechnet. Hieraus kann man ableiten, ob sich eine Korrelation zwischen elterlichem Bildungsgrad und psychischer Belastung abzeichnet.

Tab. 4.50 Rangkorrelationskoeffizienten Kendalls Tau zur Berechnung der Beziehung zwischen den Syndromskalen und dem Bildungsgrad der Eltern

Syndromskala	Rangkorrelationskoeffizient (Kendalls Tau)	Signifikanz p	Aussage
Sozialer Rückzug	-0,088	0,396	Keine Korrelation
Körperliche Beschwerden	-0,257	0,015	Hochsignifikante geringgradige Korrelation
Ängstlich-depressiv	-0,139	0,179	Keine Korrelation
Internal. Syndrome	-0,150	0,145	Keine Korrelation
Dissoziales Verhalten	-0,106	0,331	Keine Korrelation
Aggressives Verhalten	-0,232	0,033	Hochsignifikante geringgradige Korrelation
Extern. Syndrome	-0,206	0,046	Hochsignifikante geringgradige Korrelation
Soziale Probleme	-0,047	0,653	Keine Korrelation
Schizoid-zwanghaft	0,043	0,706	Keine Korrelation
Aufmerksamk.probleme	-0,017	0,874	Keine Korrelation
Gesamtscore	-0,185	0,070	Keine Korrelation

Fazit:

Die Nullhypothese ist in folgenden Fällen abzulehnen bzw. als grenzwertig zu beurteilen:

1. *Sozialer Rückzug*: Kinder von Analphabeten und Kinder von Eltern mit erweiterter Schulbildung zeigen signifikant häufiger sozialen Rückzug als Kinder der anderen beiden Gruppen.
2. *Körperlicher Beschwerden*: Kinder von Analphabeten zeigen diese signifikant häufiger als Kinder, deren Eltern einen höheren Bildungsgrad erreicht haben. Es lässt sich darüber hinaus

eine hochsignifikante geringgradige negative Korrelation zwischen körperlichen Beschwerden und elterlichem Bildungsniveau nachweisen.

3. *Ängstlich-depressive Symptome*: Kinder von Analphabeten zeigen diese signifikant häufiger als Kinder, deren Eltern einen höheren Bildungsgrad erreicht haben.
4. *Gesamtwert internalisierende Probleme*: Kinder von Analphabeten erzielen einen signifikant höheren Punktwert als Kinder, deren Eltern einen höheren Bildungsgrad erreicht haben.
5. *Aggressives Verhalten*: Bei Kindern von Analphabeten tritt es signifikant häufiger auf, als bei Kindern, deren Eltern einen höheren Bildungsgrad erreicht haben. Eine hochsignifikante geringgradige negative Korrelation zwischen aggressivem Verhalten und elterlichem Bildungsgrad konnte ermittelt werden.
6. *Gesamtwert externalisierende Syndrome*: Kinder von Analphabeten erzielen signifikant höhere Werte als Kinder, deren Eltern einen höheren Bildungsgrad erreicht haben. Eine hochsignifikante geringgradige negative Korrelation konnte ermittelt werden.
7. Aufmerksamkeitsprobleme: In dieser Kategorie zeigt sich, dass Kinder von Analphabeten ebenso wie Kinder, deren Eltern einen Real- oder Hauptschulabschluss erreicht haben, höhere Werte erzielen als die Probanden aus den anderen beiden Gruppen.
8. *Gesamtpunktwert*: Kinder von Analphabeten erzielen in der Gesamtwertung den höchsten Wert. Die Werte in den anderen drei Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant.

INTERPRETATION DER ERGEBNISSE

ERGEBNISSE DES CBCL

Hypothese 1 - Gesamtübersicht über psychische Auffälligkeiten

Die Ergebnisse der Befragung bestätigen die erste Hypothese: die untersuchten Probanden zeigen tatsächlich in fast allen Kategorien und dadurch auch im Gesamtbild eine signifikant erhöhte Problembelastung.

Die markantesten Auffälligkeiten sind im Bereich der internalisierenden Syndrome (körperliche Beschwerden, sozialer Rückzug, ängstlich-depressives Verhalten) zu beobachten. Damit kommt diese Studie zu einem ähnlichen Ergebnis wie zahlreiche andere international durchgeführte Studien mit minderjährigen Asylbewerbern (Hodes et al. 2010; Kuruvilla et al., 2007; Lorek et al. 2009; Steel et al. 2004), die ebenfalls konstatierten, dass minderjährige Asylbewerber überdurchschnittlich häufig Anzeichen für Depressionen, Angst- und Somatisierungsstörungen zeigen.

Signifikant erhöht sind auch die Werte für aggressives Verhalten und Aufmerksamkeitsprobleme, der erhöhte Wert im Bereich "soziale Probleme" ist immerhin grenzwertig signifikant. Auch dieses Ergebnis überrascht nicht, da solche Auffälligkeiten zum einen als Begleiterscheinung bei verschiedenen psychischen Störungsbildern wie affektiven Störungen oder im Rahmen von posttraumatischen Belastungsstörungen (Fegert, Eggers, 2012) auftreten. Doch auch die von den Probanden und ihren Familien teilweise als sehr belastend empfundenen Lebensumstände in der Gemeinschaftsunterkunft sind ein wichtiger Faktor in der Pathogenese. So wurde mehrfach erwähnt, dass Konzentrationsstörungen v. a. dadurch bedingt sind, dass den Kindern in den Unterkünften kein ruhiger Arbeitsplatz zur Verfügung stehe, es oft sehr laut sei und auch der Schlaf regelmäßig gestört würde. In den Befragungen wurde auch mehrfach erwähnt, dass die Familien und vor allem auch die Kinder in den Gemeinschaftsunterkünften häufig Zeugen von gewalttätigen Auseinandersetzungen zwischen anderen Mitbewohnern werden oder selber Angriffen ausgesetzt sind. Derartige Probleme wurden meist auf das beengte Wohnumfeld zurückgeführt, als Reaktion auf die erlebten Enttäuschungen und auf die Ungewissheit über den weiteren Lebensverlauf angesehen und nicht zuletzt auch als Ergebnis kultureller Unterschiede und fremdenfeindlicher Ansichten unter den Bewohnern gewertet. Die u. a. von Pottie et al. (2014) beschriebene erhöhte Inzidenz an

innerfamiliärer Gewalt in Erstgenerations-Migranten-Familien wurde im Interview nicht erwähnt, was jedoch in erster Linie daran liegen dürfte, dass die Eltern fast immer zugegen waren und außerdem diesbezüglich keine ausreichend vertrauensvolle Beziehung zwischen Interviewerin und Proband aufgebaut werden konnte, um etwaige Missstände in diesem Bereich zu erfassen. Dass häusliche Gewalt jedoch auch in einigen der befragten Familien eine Rolle spielt, wurde vom Heimpersonal berichtet.

Der Aspekt "soziale Probleme" wiederum beinhaltet unter anderem das Erleben von Hänseleien und Ablehnung durch Gleichaltrige. Diese Fragen wurden häufig bejaht mit dem Hinweis darauf, dass sich die Kinder v. a. aufgrund materieller Mängel und wegen der ärmlichen Wohnverhältnisse schämen würden.

Das häufigere Auftreten von schizoid-zwanghaftem Verhalten war nicht voraussehbar, denn derartige Auffälligkeiten werden in der Literatur nicht als typisch für minderjährige Migranten beschrieben. Da zur Bewertung dieser Syndromskala Fragen nach "seltsamem Verhalten" oder "seltsamen Ideen" gehören, kann auch eine aus diagnostischer Sicht fehlerhafte Einschätzung der Eltern zu dem unerwarteten Ergebnis geführt haben, denn sie bewerten möglicherweise manches Verhalten ihrer Kinder in Deutschland aufgrund des kulturell anderen Hintergrunds als "seltsam", die ein hier lebender Begutachter als normal erachten würde. Hinzu kommt, dass die Skala sehr sensibel ist: schon bei zwei positiven Antworten wird ein grenzwertig hoher, bei drei bereits ein auffälliger T-Wert erreicht, während auf anderen Skalen erst ab 5 bis 17 positiven Antworten grenzwertige T-Werte erzielt werden. Ob sich unter Berücksichtigung dieser Tatsache ein solches Ergebnis in ähnlichen Settings und nach Ausräumung möglicher Missverständnisse reproduzieren ließe, ist also anzuzweifeln.

Positiv ist, dass es keine signifikanten Unterschiede bei dissozialem Verhalten im Vergleich zur Normalpopulation gibt. Dies deckt sich mit den Angaben des Heimpersonals und ist folglich zumindest nicht offensichtlich nur auf ein elterliches verschönerndes Fehlurteil zurückzuführen. Vielmehr erwähnen Außenstehende beispielsweise delinquentes Verhalten nur in Einzelfällen, dem Gros der Probanden werden sogar eher hohe, teilweise sogar überdurchschnittliche soziale Kompetenz bescheinigt. Es muss also eindeutig zwischen den zwei Formen externalisierender Syndrom, "Aggression" und "Delinquenz" unterschieden werden. Dies wird auch bei der Betrachtung der Einzelantworten deutlich: hohe Ergebnisse für die Syndromskala "aggressives Verhalten" werden bei Fragen nach beispielsweise dem Auftreten von Eifersucht, Wutausbrüchen oder Streitsucht erzielt. Vorkommnisse, die delinquentem Verhalten gleichkommen, wie z. B. Diebstahl oder

Zerstörung, werden als weitestgehend unauffällig eingestuft. Darüber hinaus muss beachtet werden, dass die Bewertungen sich oft auf das Verhalten des Kindes innerhalb seines Familienumfeldes beziehen und ausdrücklich darauf hingewiesen wurde, dass es in der "Öffentlichkeit" weniger Probleme gäbe.

Hypothese 2 -Einfluss des Geschlechts

Bei der Betrachtung geschlechtsbedingter Unterschiede bestätigt sich die eingangs formulierte Hypothese nicht, denn es zeigen sich in keiner Syndromskala eindeutige Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Probanden. Lediglich im Bereich "Aufmerksamkeitsprobleme" scheinen Jungen mit grenzwertiger Signifikanz häufiger auffällig zu werden, eine Tendenz, die sich darüber hinaus auch bei der Betrachtung "sozialer Probleme" abzeichnet. Dieses Ergebnis lässt sich durchaus mit Erkenntnissen der allgemeinen Kinder- und Jugendpsychiatrie erklären, laut denen Jungen in jedem Alter eine deutlich höhere Inzidenz für Aufmerksamkeitsdefizitstörungen ebenso wie für dissoziale Verhaltensweisen zeigen (Biedermann, 2002; Ernst, 2001; Schepker, Böge, 2007). Die Unterschiede erscheinen somit zunächst nicht spezifisch für minderjährige Asylbewerber.

Trotzdem wäre es die falsche Schlussfolgerung, dem Aspekt "Geschlecht" in der Arbeit mit minderjährigen Asylbewerbern keine besondere Aufmerksamkeit zuteilwerden zu lassen. Auch wenn sich dies in den Ergebnissen nicht widerspiegelt, wurde in der Befragung deutlich, dass minderjährige Asylbewerberinnen Problemen ausgesetzt sind, die Jungen in der Form nicht erleben. Am eindrücklichsten zeigte sich dies in Familien mit sehr tradierten, konservativen Normen. In fünf Fällen wurde besonders deutlich, dass die Töchter in Haushalt und Geschwisterbetreuung sehr eingespannt waren. Ein 14-jähriges yezidisches Mädchen, das an der Befragung gar nicht erst teilnehmen durfte, würde laut Heimleitung "auf die Heirat vorbereitet werden" und dürfe daher keine soziale Veranstaltung besuchen, hätte stattdessen aber zahlreiche häusliche Verpflichtungen.

Auch die soziale Integration bzw. Assimilation an die deutsche Jugendkultur scheint für Mädchen schwieriger zu sein. Dafür spricht u. a. die Tatsache, dass sie seltener in Vereinen aktiv sind bzw. seltener Sport treiben. Auf genauere Nachfrage liegt dies nicht an mangelndem Interesse, stattdessen wurden elterliche Verbote als Ursache angeführt. So durften die Töchter einer yezidischen Familie nicht Fußball spielen, ältere Mädchen durften an Feiern Gleichaltriger nicht teilnehmen oder abends ausgehen. Ein ähnliches Phänomen beschreibt die Studie von Dalgard und Thapa (2007), die eine zunehmende psychische Belastung aufgrund moralischer Zerrissenheit bei Mädchen aus "nicht-westlichen Ländern" feststellte, während Jungen im Verlauf des Asylprozesses

zunehmend besser integriert werden. Zu einem ähnlichen Ergebnis wäre möglicherweise auch eine Langzeitstudie mit den hier beteiligten Probanden gelangt.

In diesem Zusammenhang sollte die Tatsache noch einmal hervorgehoben werden, dass auch in der Elterngeneration eindrückliche Unterschiede bei der Einschätzung der psychischen Belastung zwischen den Geschlechtern feststellbar sind. Eine wichtige Rolle spielt die von Dalgard und Thapa (2007) erwähnte "psychische Zerrissenheit", die Frauen aufgrund teilweise fundamental unterschiedlicher Rollenbilder in Ursprungs- und Aufnahmeland verspüren. Auch die Tatsache, dass die Mütter häufig viel weniger Bildung genossen haben und somit über weniger Ressourcen verfügen, um sich in einem neuen System zu orientieren, ist von Bedeutung. Dies ist besonders schwerwiegend, weil in fast allen interviewten Familien den Frauen die Kindererziehung obliegt, sie die damit verbundenen Aufgaben aber häufig aufgrund der eigenen Probleme nicht suffizient erfüllen können - eine Tatsache, die durch somit entstehende Schuldgefühle teufelskreisartig zur weiteren psychischen Destabilisierung beitragen und zusätzlich einen negativen Einfluss auf die Vorbildfunktion der Mutter für die Kinder und insbesondere für die Töchter ausüben könnte.

Hypothese 3 - Einfluss des Alters

Die im Vorfeld postulierte Hypothese bestätigte sich in der Untersuchung - das Alter zum Zeitpunkt der Befragung ist per se noch kein Indikator für das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten. Dies unterstreicht die Annahme, dass anderen Faktoren eine größere Relevanz zukommt.

Im Umkehrschluss lässt sich daraus schließen dass sich die insgesamt erhöhten Zahlen für psychische Auffälligkeiten auf Asylbewerberkinder aller Altersgruppen aufteilen. Dementsprechend breit sollten Hilfsmaßnahmen angeboten werden.

Hypothese 4 - Einfluss der Dauer des Asylprozesses

Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen die Erkenntnisse zahlreicher anderer Studien (vgl. Mares, Jureidini, 2004; Steel, 2004; Sultan, O'Sullivan, 2001), die sich mit der psychischen Gesundheit von Asylbewerbern befasst haben: die Dauer des Asylprozesses ist ein äußerst relevanter Faktor in der Pathogenese von psychischen Auffälligkeiten minderjähriger Migranten.

Wie bereits bei den Untersuchungen von Mares und Jureidini (2004) sowie Sultan und O'Sullivan (2001) ist auch in der vorliegenden Untersuchung ein Anstieg ängstlich-depressiver Syndrome mit zunehmender Aufenthaltsdauer in der Gemeinschaftsunterkunft offensichtlich. Die beiden zitierten Studien machen vor allem die anhaltend schwierigen Lebensbedingungen, aber auch die

langwierigen und mit großer Unsicherheit assoziierten bürokratischen Abläufe für die Aggravation der psychischen Belastung verantwortlich. Betrachtet man die in den Befragungen für die vorliegende Studie erwähnten Hauptprobleme, kommt man zur gleichen Schlussfolgerung. Die vier am häufigsten genannten Schwierigkeiten sind finanzielle Nöte und Arbeitslosigkeit, die Lebensumstände im Heim und die Unsicherheiten des bürokratischen Asylprozesses. Auch viele der anderen erwähnten Probleme (z. B. Ortsgebundenheit, Ärger mit den Nachbarn, Isolation der Unterkunft) lassen sich in diese Kategorien einordnen. All diese Missstände können die Familien nicht aus eigener Kraft verändern, sie sind ihnen vielmehr durch gesetzliche Vorgaben "ausgeliefert" und müssen sich fügen. Angesichts dieser Konstellation kann das von Seligman bereits 1967 aufgrund von Erkenntnissen aus Tierexperimenten postulierte, aus drei Komponenten bestehende Konzept der "erlernten Hilflosigkeit" bemüht werden. Dies besagt, dass Menschen, die bei dem Versuch, Probleme zu lösen oder widrige Bedingungen zu verändern, mehrfach scheitern und erfahren müssen, dass sie persönlich keinen Einfluss auf ihr Schicksal nehmen können, zunehmend weniger motiviert sind, es weiter zu versuchen (motivationale Komponente). Sie verfügen im Verlauf über immer weniger aktive Handlungsmöglichkeiten (kognitive Komponente) und entwickeln in der Konsequenz depressive Störungen (emotionale Komponente). Das Leben in Asylbewerberheimen ist in vielen Aspekten durchaus mit einem fremdbestimmten Dasein vergleichbar - auch wenn die Wohnbedingungen schlecht sind, können die Familien nicht ausziehen, über das weiteren Prozedere des Aufenthaltsstatus entscheiden Behörden, Wünsche können aufgrund finanzieller Nöte nicht erfüllt werden etc. Diese "Hoffnungslosigkeit" kann auch den Kindern und Jugendlichen nicht vorenthalten werden. Häufig sind sie in dieser Konstellation sogar diejenigen, die als Dolmetscher oder "Elternersatz" aktiv in die Probleme involviert werden. Bis sich solche Vorgänge aber zu einer signifikanten psychischen Auffälligkeit entwickeln, vergehen möglicherweise einige Jahre. Dafür spricht zumindest die Tatsache, dass sich bei der Betrachtung der internalisierenden Syndrom und hier vor allem bei ängstlich-depressiven Symptomen erst in der Gruppe 3 (Probanden, die länger als sieben Jahre in Deutschland sind) signifikant höhere Symptombelastungen zeigen. In den ersten Jahren scheint es diesbezüglich eine ausreichende Resilienz zu geben.

Anders verhält es sich in dieser Studie mit der Anfälligkeit für aggressives Verhalten, für das sich eine signifikante Korrelation zwischen Ausprägung und Aufenthaltsdauer feststellen lässt. Die Ätiologie ist sehr vielfältig und nicht immer eindeutig zu identifizieren. Aus den Gesprächen mit den Familien kristallisierten sich jedoch zwei Hauptphänomene. Die meisten Eltern und auch Probanden selber interpretierten das Auftreten von Aggressionen als Zeichen von Wut auf bzw. Unzufriedenheit mit der aktuellen Situation, hervorgerufen insbesondere durch den Mangel an materiellen Gütern und

die beengten Wohnverhältnisse. Damit bestätigt sich Kuruvillas (2007) These, dass es eindeutig einen Zusammenhang zwischen Armut und Aggression gibt. Ein zweites Problem ist das "Erlernen" aggressiver Verhaltensweisen. In diesem Zusammenhang erwähnten insbesondere die Eltern, dass die Kinder häufig Zeugen von gewalttätigen Auseinandersetzungen im Heim werden und die Verhaltensweisen imitieren - ein Phänomen, das auch Steel und Momartin (2004) beschreiben. Auch hier handelt es sich wiederum um einen Prozess, der (zunächst) mit fortschreitender Zeit zunimmt oder zumindest im Ergebnis auffälliger wird. Ein dritter, von Eltern und Probanden jedoch nicht erwähnter Faktor, ist sicher auch die von Momartin (2004) und Lorek (2009) festgehaltene Beobachtung, dass die Eltern aufgrund der Strapazen des Asylprozesses und der somit wachsenden psychischen Belastung im Lauf der Zeit immer weniger Ressourcen haben, sich der Kindererziehung in ausreichendem Maß zu widmen, den Kindern sinnvolle Grenzen zu setzen und starke Bindungen zu pflegen und die Kinder dies mit stetig steigender Aggressionsbereitschaft quittieren, in der Hoffnung, die gewünschte Aufmerksamkeit zu bekommen.

Zusammenfassend lässt sich postulieren, dass sich eine Zunahme von aggressiven Verhaltensweisen im Lauf des Asylprozesses früher zeigt als eine Zunahme ängstlich-depressiven Verhaltens.

Hypothese 5 - Einfluss psychischer Belastung der Eltern

Die vorliegende Untersuchung bestätigt die Hypothese, dass die Probanden, deren Eltern im Interview über psychische Belastungen klagten, ebenfalls eine höhere Inzidenz psychischer Auffälligkeiten zeigen, wobei die signifikanten Unterschiede sich ausschließlich bei den drei Elementen der internalisierenden Syndrome zeigen, dort also, wo sich auch die von den Eltern beklagten Probleme (vornehmlich depressive Verstimmung, Angststörungen, Somatisierungsstörungen) einordnen würden. Die ebenfalls denkbare Möglichkeit, dass sich bei den Kindern reaktiv vermehrt aggressives Verhalten, soziale Probleme oder Aufmerksamkeitsdefizite entwickeln (vgl. Parker, 1988; Wissmann, 2006), lässt sich in dieser Studie nicht verifizieren.

Es bestätigt sich somit das von Seguín et al. (2003) als "intergenerationelle Transmission" bezeichnete Phänomen, bei dem Kinder und Jugendliche die Leiden ihrer Eltern gewissermaßen übernehmen. Zum einen ist davon auszugehen, dass Eltern, die unter reaktiven affektiven Störungen leiden, ein grundlegendes Gefühl von Hoffnungslosigkeit unbewusst auch ihren Kinder anerziehen und gleichzeitig durch den Mangel an geeigneten Coping-Strategien kaum in der Lage sind, eine resilienz-stärkende Vorbildfunktion auszuführen (Hammen, 1991; Klein et al., 2005; Seguín et al., 2003). Insbesondere das Gefühl der Hoffnungs- und Machtlosigkeit wurde auch in vielen an der

Studie beteiligten Familien immer wieder thematisiert und bereits von jüngeren Kindern als ihr Leben prägend empfunden.

Ein zweiter Erklärungsansatz ist, dass die psychische Belastung der Eltern nachweislich einen großen Einfluss auf ihren Erziehungsstil ausüben kann. Die Beziehungen sind häufig charakterisiert durch weniger emotionale Wärme und positive Rückmeldungen an das Kind, mangelnde Energie und Motivation bis hin zum Gefühl der Unfähigkeit, den familiären Alltag zu bewältigen. Anzeichen für solche Entwicklungen gab es auch in den besuchten Familien. Insbesondere Mütter gaben an, lautes Spielen der Kinder oder ihre Wünsche und Nachfragen nicht ertragen zu können und darauf beispielsweise mit starken Kopfschmerzen zu reagieren. Sowohl Mütter als auch Väter wirkten "ausgebrannt". Insbesondere die älteren Probanden gaben an, dass sie sich mit emotionalen Problemen eher an andere Erwachsene statt an ihre Eltern wenden. Erschwerend kommt hinzu, dass häufiger die Mütter von psychischen Problemen betroffen sind. Da sie in den meist traditionstreuen Familien hauptsächlich für das Kindeswohl zuständig sind und die kindliche Entwicklung am engsten begleiten, besteht die Gefahr der mütterlichen Überforderung einerseits und der vertikalen Übertragung der Probleme andererseits. Kommt es zu einer manifesten psychischen Erkrankung der Mutter und in der Konsequenz ihrem Ausfall als Erzieherin, dürfte sich die familiäre Lage in vielen der befragten Familien noch deutlich verschlechtern, da die Väter oft nicht in der Lage sind, die Abläufe zu koordinieren und emotional ausgleichend zu wirken. Als Beispiel sei hier der Fall zweier Mädchen (12 und 14 Jahre) erwähnt, deren Mutter stationär in einer psychiatrischen Klinik aufgenommen war. Sie mussten sich selber und den jüngeren Bruder versorgen und waren die meiste Zeit des Tages auf sich allein gestellt, Unterstützung bei Problemen bekamen sie laut eigenen Aussagen kaum.

Abschließend sollte noch einmal daran erinnert werden, dass die in den Ergebnissen verarbeiteten Daten die Einschätzung der Kinder aus Sicht der Eltern widerspiegeln und somit viel Raum für Bias gegeben ist, der wiederum durch die psychische Verfassung der Interviewpartner maßgeblich beeinflusst werden könnte. Sowohl Chen et al. (2009) als auch Vollebergh et al. (2005) fanden heraus, dass Eltern, die unter depressiven Störungen leiden, das eigentlich unauffällige Verhalten insbesondere ihrer Töchter derart pathologisieren, dass auch diese in den diesbezüglichen Tests auffällige Ergebnisse erzielen. Durch die Einbeziehung der Kinder selber und verschiedener Dritter wurde versucht, diese Fehlerquelle für die vorliegende Studie bestmöglich zu umgehen, in wie weit dies gelungen ist, kann jedoch nicht eindeutig verifiziert werden.

Hypothese 6 - Einfluss des Bildungsgrades der Eltern

Elterliches Analphabetentum stellt ein Risiko für die Ausbildung psychischer Belastung dar, wobei es vor allem im Bereich der internalisierenden Syndrome und aggressiven Verhaltensweisen zu einer signifikanten Mehrbelastung im Vergleich zu allen anderen Bildungsniveaus kommt. Die plausibelste Erklärung hierfür ist, dass das Fehlen elementarer Schulkenntnisse einer erfolgreichen Integration im Weg steht, da sich die Betroffenen die neue Umgebung nicht erschließen können. Im digitalen Zeitalter wird ihnen darüber hinaus der Kontakt zu Angehörigen im Ursprungsland im Vergleich zu allen anderen deutlich erschwert, was wiederum die psychische Stabilität gefährden könnte. Problematisch ist auch, dass es für Eltern, die nie eine Schule besucht haben, schwer ist, den Alltag ihrer schulpflichtigen Kinder zu verstehen und ihnen die notwendige Begleitung und Unterstützung zu geben.

Ein anderer Diskussionsansatz eröffnet sich durch die Frage, warum die Eltern Analphabeten sind. Die an dieser Studie Beteiligten erklärten diesen Umstand zum Teil dadurch, dass sie im Heimatland Opfer von Unterdrückung und großer Armut waren, so dass der Fakt "Analphabetismus" auch ein Hinweis für elterliche Traumatisierung sein könnte. Diese ist, wie oben erwähnt, mit einer höheren Inzidenz psychischer Probleme bei den Kindern assoziiert (Daud et al. 2007; Hieu, Thao, 2005).

Eine Proportionalität zwischen Bildungsgrad und psychischen Auffälligkeiten lässt sich dennoch nur ganz selten feststellen. Signifikante geringgradige negative Korrelationen lassen sich lediglich in den Syndromskalen "körperliche Beschwerden" und "aggressives Verhalten" nachweisen. Eine weitere Ausnahme bildet die Syndromskala "sozialer Rückzug". Hier sind Probanden, deren Eltern einen Real- oder Hauptschulabschluss erreicht haben, fast ebenso häufig und damit signifikant häufiger betroffen als Kinder der anderen beiden Gruppen. Für letztgenannte Feststellung ist zunächst keine plausible Erklärung möglich. Die Gruppe 3 ist jedoch die mit der geringsten Probandenzahl, so dass Ausreißer, die es auch in den anderen Gruppen vereinzelt gibt, zahlenmäßig stärker ins Gewicht fallen. Für die übrigen Syndromskalen lässt sich jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen 2,3 und 4 nachweisen. Diese Tatsache könnte bedeuten, dass bereits ein Mindestmaß an schulischer Bildung ausreicht, um den Integrationsprozess im Aufnahmeland gut zu bewältigen und den Kindern ausreichende Unterstützung zuteilwerden zu lassen.

Man könnte aufgrund der Ergebnisse sogar einen Trend vermuten, nach dem Probanden, deren Eltern nur wenige Jahre eine Schule besucht haben, vor allem bei der Betrachtung der internalisierenden Syndrome, aber auch in der Gesamtwertung insgesamt am wenigsten belastet

sind. Ein möglicher Erklärungsansatz ist, dass Eltern mit höherem Bildungsgrad stärker durch den Migrationsprozess belastet sind, da sie im Vorfeld größere Ambitionen beispielsweise bezüglich ihres beruflichen Werdegangs hatten und somit unter der gesetzlich verordneten Arbeitslosigkeit stärker leiden oder durch insgesamt analytischeres Denken die aktuelle, von Perspektivlosigkeit und Ungewissheit geprägte Lebenssituation als hoffnungsloser bewerten. In der Konsequenz könnte sich eine höhere Anfälligkeit für affektive Störungen unter höher gebildeten Migranten zeigen. Diese wiederum gehen, wie oben bereits dargelegt, mit verstärkter psychischer Auffälligkeit der Kinder einher. Sie können zusätzlich mit einer Projektion der eigenen Probleme auf die Kinder vergesellschaftet sein. Ein anderer Erklärungsansatz stützt sich auf die während der Befragung gemachte Beobachtung, dass die Eltern, denen eine höhere Schulbildung zuteilwurde, den Werdegang der eigenen Kinder kritischer verfolgten und über die Rolle des eigenen Kindes in den verschiedenen sozialen Kontexten intensiver reflektieren. Dadurch konnten sie während der Befragung differenziertere und womöglich auch realistischere Einschätzungen ihrer Kinder liefern als Eltern mit niedrigerem Bildungsniveau - was wiederum bedeuten würde, dass die tatsächliche Gesamtinzidenz psychischer Auffälligkeiten aller Kinder noch höher liegen würde, wenn alle Eltern über ein ausreichend hohes Bildungsniveau verfügten, um die psychische Belastung ihrer Kinder reflektiert und kritisch beurteilen zu können.

ERGEBNISSE AUS DEN OFFENEN FRAGEBÖGEN

CHARAKTERISIERUNG DER PROBANDENGRUPPE

Die Betrachtung der Herkunftsstaaten und ethnischen Zugehörigkeiten zeigt ein diverses Bild und veranschaulicht somit, dass Verallgemeinerungen über "die Asylbewerber" nur eingeschränkt möglich sind, da sich dahinter unterschiedliche Biographien, Migrationsgeschichten und Wertekontexte verbergen. Dieser Umstand erschwert einerseits das wissenschaftliche Arbeiten. Noch wichtiger ist aber seine Bedeutung für das (unfreiwillige) Zusammenleben auf engstem Raum in Gemeinschaftsunterkünften, da Konflikte durch die unterschiedlichen, teils gegensätzlichen Lebensvorstellungen entstehen.

Auch wenn diese Studie die Zugehörigkeit zu den verschiedenen Ethnien nicht genauer betrachtet, kann dieser Aspekt für manche Fragestellung bedeutsam sein. Die meisten Probanden gehören den Yeziden an, einer alten kurdischen Volksgruppe, die seit langem und zuletzt wieder zunehmend unter der Verfolgung durch Muslime leiden und daher seit einigen Jahrzehnten in großer Zahl nach

Westeuropa immigrieren, wo man sie als Flüchtlinge anerkennt (Schulz, 2009). Yeziden sind bekannt für ausgeprägte patriarchische Strukturen, wodurch Mädchen und Frauen für deutsche Verhältnisse über wenig Mitspracherecht zu verfügen und beispielsweise beim Zugang zu Bildung benachteiligt zu sein scheinen (Schulz, 2009) - ein wichtiges Detail in der Beurteilung geschlechtsbedingter Unterschiede innerhalb der Probandenpopulation, das stellvertretend dafür steht, dass kulturelle Aspekte eine entscheidende Rolle im Integrationsprozess spielen und diesen im ungünstigen Fall auch behindern können. So wird die Tatsache nachvollziehbar, dass Frauen häufiger gesellschaftlich isoliert sind und Mädchen stärker mit Konflikten zwischen den in der Schule erlebten Werten einerseits und den elterlichen Moralvorstellungen andererseits kämpfen.

Die angegebenen Gründe, die zum Asylgesuch geführt haben, machen deutlich, dass alle Familien vor ihrer Ankunft in Deutschland Umständen ausgesetzt waren, die möglicherweise mit traumatisierenden Erlebnissen einhergingen, sei es durch kriegerische Auseinandersetzungen oder Verfolgungen unterschiedlicher Art. Es ist aber aufgrund der relativ kurzen Zeit des Kennenlernens nicht möglich, die verschiedenen miterlebten Ereignisse bezüglich ihres Traumatisierungspotentials zu gewichten. Der Untersucherin ist während der Befragung aber bewusst geworden, dass der Leidensdruck in den einzelnen Familien sehr unterschiedlich ausgeprägt war. Auch in Gesprächen mit dem Heimpersonal wurde deutlich, dass nicht jede Geschichte tatsächlich so vorgefallen sein kann, wie von den Betroffenen im Verfahren behauptet. Um die einzelnen Erlebnisse jedoch detailliert aufzuarbeiten, wäre eine zeitintensivere Befragung notwendig.

SCHULISCHE SITUATION DER PROBANDEN

Für minderjährige Asylbewerber ist der Besuch von Bildungseinrichtungen ein entscheidender Faktor im Integrationsprozess, da häufig erst hier Kontakte zur Kultur des Aufnahmelandes hergestellt werden und mit dem Spracherwerb begonnen wird.

Auffällig ist, dass fast 40% der Probanden ein oder mehrere Schuljahre wiederholen mussten - dieser Wert liegt somit annähernd um ein 20-faches höher als der bundesdeutsche Durchschnitt mit 2 % (Statistisches Bundesamt, 2012). Es ist davon auszugehen, dass diese Entscheidungen im Sinne der Betroffenen gefallen sind, um beispielsweise Sprachprobleme oder ein zu hohes Leistungsdefizit zu beheben. Zu bedenken bleibt dennoch, dass hinter einer solchen Entscheidung fast immer ein längerer Leidensweg des betroffenen Schülers geprägt durch schulische Enttäuschungen steht, die das Selbstbewusstsein nachhaltig verletzen können. Möglicherweise musste das Kind auch erfahren,

dass ihm nicht in ausreichendem Maß Unterstützung zuteilwurde. Hinzu kommt, dass es sich im neuen Schuljahr in ein neues soziales Umfeld integrieren muss, in dem nicht selten ein Stigmatisierungsprozess gegenüber dem "Sitzenbleiber" stattfindet (Wei Wu et al. 2010).

Byrd et al. (1997) konnten zeigen, dass eine Zurückstellung auch häufiger mit Verhaltensauffälligkeiten einhergeht. Denkbar ist zum einen, dass die betroffenen Schüler Schwierigkeiten haben, sich aufgrund ihrer unterschiedlichen physischen und psychomotorischen Fähigkeiten in die Klasse zu integrieren oder diese nutzen, um sich in einer Führungsposition abseits von schulischen Erfolgen zu etablieren, was zu Konflikten mit dem Lehrpersonal beiträgt.

Die Verteilung auf die unterschiedlichen Schulformen lässt darauf schließen, dass die akademischen Leistungen der Probandengruppe schlechter sind als die der Gesamtschülerschaft des Landes Mecklenburg-Vorpommern: vergleicht man die Zahlen aus dieser Studie mit denen des Landesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur (2011), wird deutlich, dass fast viermal so viele Asylbewerber Förderschulen besuchen, der Anteil derer, die an einem Gymnasium lernen, ist hingegen mehr als fünffach geringer.

Legt man diese Studie zugrunde, ist davon auszugehen, dass ein Teil der untersuchten Probanden den Hauptschulabschluss nicht erreichen wird. Daraus folgt unweigerlich, dass sie, selbst bei positivem Abschluss des Asylverfahrens, auf dem deutschen Arbeitsmarkt einen schweren Stand haben werden. Dies wiederum stellt auch langfristig ein großes Hindernis für einen erfolgreichen Integrationsprozess dar.

Es gibt keinen Grund anzunehmen, dass die an dieser Studie beteiligten Kinder über einen geringeren Intellekt verfügen als ihre deutschen Altersgenossen, daher müssen andere Faktoren als Erklärung für diese Unterschiede verantwortlich gemacht werden. Offensichtlich sind Sprachschwierigkeiten und in einigen Fällen auch Bildungslücken durch mangelnde Schulbildung an früheren Aufenthaltsorten. Letzteres kann jedoch nur sehr eingeschränkt gelten, wenn man bedenkt, dass über 70% bereits in Deutschland eingeschult wurden.

Obwohl zumindest im Rahmen der Befragung fast alle Familien die Schule als wichtig angesehen haben, dürfte ein Hauptfaktor die mangelnde häusliche Unterstützung sein. Ein Großteil der Eltern hat selber nur wenig oder gar keine Schulbildung genossen und die Kenntnisse der deutschen Sprache sind häufig rudimentär, so dass sie Lehrpläne nicht nachvollziehen können und Hilfe bei den Hausaufgaben nicht möglich ist. Auch die Zusammenarbeit zwischen Schule und Elternhaus ist schwierig. Zwar bemühen sich viele Familien, an Elternabenden teilzunehmen, gehen sie jedoch

allein dorthin, wird von dem dort Gesagten Vieles nicht verstanden. Fungieren hingegen die eigenen Kinder als Dolmetscher, können Probleme nicht adäquat diskutiert werden. Individuelle Gespräche oder gar Hausbesuche sind Ausnahmen. In der Konsequenz haben die Eltern keine genauen Vorstellungen von Bildungsstand und Problemen ihrer Kinder. In diesem Zusammenhang soll jedoch erwähnt werden, dass sich im Rahmen der Untersuchung zumindest in diesem Aspekt die Unterbringung in einer Gemeinschaftsunterkunft als Vorteil gegenüber einer dezentralen Unterbringung herausstellt, da in mindestens fünf der neun Einrichtungen Hausaufgabenhilfe angeboten wird. Vor allem die älteren Probanden nennen das Heimpersonal als wichtigste Bezugspersonen in Schulangelegenheiten und auch die Schule findet bei größeren Problemen im Personal einen kompetenten Ansprechpartner.

Als Lernumfeld sind die Gemeinschaftsunterkünfte dagegen äußerst ungeeignet. Keines der befragten Kinder hatte einen eigenen Arbeitsplatz, die Hausaufgaben werden meist im Wohnzimmer erledigt, fast immer läuft dabei der Fernseher und auch sonst gibt es zahlreiche Störungen, z. B. durch andere Familienmitglieder, durch Besucher oder Lärm von draußen.

Eine weitere Ursache für Lernschwierigkeiten könnten auch die Strapazen des gesamten Migrationsprozesses sein, die die psychische Gesundheit kompromittieren können. Relevant ist die Tatsache, dass die Kinder durch Umzüge häufig mit Schul- und Klassenwechseln konfrontiert werden. Durch Heimschließungen und Umquartierungen haben die Probanden bis zu fünf Mal die Gemeinschaftsunterkunft und somit auch die Schule samt sozialem Umfeld wechseln müssen. Wie belastend dies sein kann, zeigt beispielhaft der Fall einer 13-jährigen Schülerin mit eigentlich guten Leistungen, die sagt, dass sie sich im Fall einer erneuten Umsiedlung weigert, noch einmal in einer neuen Schule anzufangen, lieber bliebe sie ohne Schulabschluss zu Hause als sich wieder in ein neues Klassenkollektiv zu integrieren.

INTEGRATION

Im Gegensatz zu ihren Eltern sprechen die Probanden insgesamt recht gut Deutsch und sollten somit, zumindest die sprachlichen Fähigkeiten betreffend, in der Lage sein, alltägliche Kommunikation zu bewältigen. Die Befragten, die nicht in der Lage waren, das Interview auf Deutsch zu führen, leben erst seit kurzem in Deutschland und werden durch den Schulbesuch vermutlich bald ebenfalls gute Sprachkenntnisse erlangen. Natürlich heißt dies nicht, dass die Kinder damit gleichzeitig in der Lage sind, ausreichend gut zu lesen und zu schreiben, um schulische Aufgaben zu bewältigen. Auch eine

Stigmatisierung aufgrund grammatischer Fehler kann noch ein Problem darstellen. Um dies zu beheben, wäre in vielen Fällen eine individuelle sprachliche Förderung notwendig.

Ein weiterer wichtiger Indikatoren für gelungene Integration ist die soziale Vernetzung der Kinder und Jugendlichen. Auch hier scheinen die Probanden insgesamt kaum Probleme zu haben. Die absolute Mehrzahl der Befragten gibt an, vier oder mehr gute Freunde zu haben, wobei diese Angaben bei fast allen sowohl andere Kinder im Heim als auch deutsche Kinder in der Schule mit einbezog. In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass zwar fünf Eltern Rassismus generell als ein Problem empfinden, mit dem sie in Deutschland konfrontiert sind, aber fast keines der Kinder gab trotz expliziter Nachfrage an, selber fremdenfeindliches Verhalten erlebt zu haben. Lediglich ein 15-jähriger Proband berichtete von rassistischen Kommentaren durch andere Jugendliche.

Auch die zahlreichen verschiedenen Freizeitbeschäftigungen signalisieren ein hohes Maß an Integration, mit "Fußball" und "Freunde treffen" führen zwei aktive, soziale Tätigkeiten die Liste an. Insgesamt scheint vor allem das Ausüben verschiedener Sportarten einen wichtigen Stellenwert in der Freizeitgestaltung einzunehmen, wobei kritisch betrachtet werden sollte, dass Jungen aus Gemeinschaftunterkünften signifikant häufiger die Möglichkeiten zur aktiven Freizeitgestaltung wahrnehmen als die Mädchen (77% vs. 53%). Eine nicht zu verachtende Rolle spielt hier sicher wiederum die Unterbringung in den Gemeinschaftsunterkünften, die häufig zumindest über Bolzplätze und in einigen Fällen Tischtennisplatten verfügen. Zu verdanken ist dies aber auch der vor Ort existierenden Vereinskultur. Auch in Mecklenburg-Vorpommern hat fast jeder kleine Ort einen Fußballverein, selbst wenn es sonst keine weiteren Freizeitmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche gibt. Die Gebühren sind gering und die Teilnahme der Söhne wird von den Vätern besonders unterstützt, da Fußball international sehr bekannt und beliebt ist. Ähnlich verhält es sich mit Kampfsportarten. So lässt sich der prozentual höhere Anteil an Vereinsmitgliedschaften bei den männlichen Probanden erklären (43,6% vs. 31,3%), obwohl auch die Mädchen beispielsweise in Tanzsportgruppen aktiv sind.

Andere Sparten der Freizeitgestaltung wie zum Beispiel das Erlernen von Musikinstrumenten, bleiben minderjährigen Asylbewerbern meist aufgrund zu hoher Kosten vorenthalten. Um den Kindern einen Einblick zu ermöglichen, müssten ortsansässige Vereine den direkten Kontakt zu den Kindern suchen und sie, gegebenenfalls gebührenfrei, explizit zu Veranstaltungen einladen.

Auffällig ist auch, dass nur eine einzige Familie über einen kirchlichen Verein Integration erfährt. Dieser Umstand lässt sich dadurch erklären, dass in Mecklenburg-Vorpommern hauptsächlich

christliche Angebote zu finden sind, die meisten Asylbewerber aber anderen Religionsgruppen angehören. Dies ist insofern bedauerlich, als dass die Zugehörigkeit zu religiösen Gemeinschaften Menschen Sicherheit und Stabilität geben und von dort ausgehende Hilfsangebote eine wichtige Unterstützung sein können.

Bei der Diskussion über den Erfolg des Integrationsprozesses der Kinder darf ein entscheidendes Problem nicht vernachlässigt werden: die Integration der Eltern. In den Interviews wurde sehr deutlich, dass insbesondere die Mütter auch nach bereits jahrelangem Aufenthalt in Deutschland nicht nur eklatante Probleme im Umgang mit der Sprache haben, sie finden es darüber hinaus sehr schwierig, sich außerhalb der Gemeinschaftsunterkunft zurecht zu finden, haben meist keinen Kontakt zu Deutschen und hier übliche Bräuche und Umgangsformen sind ihnen fremd.

Für das familiäre Gefüge stellt die fehlende elterliche Integration ein großes Problem dar. Um dies zu verdeutlichen, kann Hwangs (2010) Model des "acculturative family distancing" herangezogen werden. Laut diesem verläuft der Akkulturationsprozess in der neuen Gesellschaft bei Eltern und Kindern in unterschiedlicher Intensität und Geschwindigkeit, wobei er insbesondere die Bedeutung der zwei Dimensionen Spracherwerb und Aneignung kultureller Werte hervorhebt. Während die Kinder sich in der Regel vor allem dank des Schulbesuchs und damit einhergehend neuen sozialen Kontakten sehr rasch in der neuen Gesellschaft assimilieren, gelingt dies den Eltern nicht im gleichen Maße. Dies ist dadurch bedingt, dass die Eltern weniger intensive Kontakte zur Aufnahmegerüssenschaft herstellen können - insbesondere im Fall der Asylbewerber, die in den Gemeinschaftsunterkünften isoliert von der Normalbevölkerung leben und denen es gesetzlich untersagt ist, durch ein geregeltes Arbeitsverhältnis in die neue Gesellschaft vorzudringen. Darüber hinaus sind sie aufgrund der eigenen Biographie viel stärker mit den Moral- und Wertevorstellungen der Kultur im Ursprungsland verbunden, die teilweise in starkem Kontrast zu denen der neuen Gesellschaft stehen. Laut Hwang führt diese Diskrepanz zu innerfamiliären Konflikten und verringertem familiären Zusammenhalt, langfristig kann ein Anstieg depressiver Störungsbilder sowohl bei den Eltern, insbesondere den Müttern, als auch bei den Jugendlichen folgen.

Eine weitere mögliche Folge der mangelnden elterlichen Integrationsmöglichkeiten wird durch den Terminus "Parentifizierung" beschrieben. Laut Chase (1999) ist diese durch emotionale und/ oder funktionelle Rollenumkehr gekennzeichnet, unter der Kinder oder Jugendliche die eigenen Bedürfnisse nach Zuneigung und Unterstützung vernachlässigen, um emotionale oder organisatorisch-logistische Defizite der Eltern auszugleichen. Derartige Entwicklungen zeigten sich bei den Befragungen zahlreich: Kinder werden regelmäßig zu Behördengängen mitgenommen, vor allem

um zu übersetzen, werden dann aber häufig auch in Entscheidungsfindungsprozesse aktiv mit eingebunden. Mindestens acht der Probanden haben darüber hinaus eine wichtige Rolle in der Betreuung der kleineren Geschwister inne, häufig werden sie auch bei Schulproblemen der anderen Kinder als Vermittler eingesetzt, und bezeichnenderweise verließen sich bei fast einem Drittel der Interviews die Eltern sehr auf die Einschätzung der Kinder.

Eine solche Entwicklung muss nicht per se negativ sein, da sie der Herausbildung sozialer Kompetenzen dienen und bei entsprechender Anerkennung zur Festigung des Selbstwertgefühls beitragen kann. Sind Kinder und Jugendliche den an sie gestellten Aufgaben jedoch nicht gewachsen und kommt es zu einem Gefühl der Überforderung, kann dies laut Chase langfristig zum Auftreten psychischer Probleme, insbesondere zu Depressionen und abnormen Belastungsreaktionen, aber auch zu (auto)aggressivem Verhalten führen. Durch Zeitmangel fehlen soziale Kontakte zu Gleichaltrigen mit daraus resultierender Isolation, die schulische Leistungsfähigkeit ist eingeschränkt, und mangelnde Anerkennung führt zu Minderwertigkeitskomplexen. Darüber hinaus bewirkt die enge Bindung zu Eltern und Familie verbunden mit dem empfundenen Verantwortungsgefühl paradoxe Bindungsmuster und ein Abhängigkeitsverhältnis, das dem oft ohnehin schon durch tradierte Wertevorstellungen beschnittenen Autonomiestreben konträr gegenübersteht.

LEBENSQUALITÄT

So wie in mehreren internationalen Studien (Lorek, 2009; Mares und Jureidini, 2004; Porter und Haslam, 2005; Steel und Momartin, 2004) die Lebensumstände in Sammelunterkünften als entscheidender Risikofaktor für die Entstehung psychischer Belastung oder gar Erkrankung angesehen werden, müssen auch die in Mecklenburg-Vorpommerns Gemeinschaftsunterkünften vorherrschenden Bedingungen bei der Pathogenese kindlicher psychischer Probleme als mitverantwortlich diskutiert werden, da sie die Lebensqualität der betroffenen Familien teilweise stark beeinträchtigen.

Auf die Interviewerin als Außenstehende wirkten die Heime aufgrund ihrer Schmucklosigkeit und des zum Teil schlechten baulichen Zustands ausnahmslos abweisend und trostlos, zusätzlich verstärkt wurde der negative Eindruck an manchen Standorten durch die isolierte Lage fernab städtischer Infrastruktur. Die Spuren von Vandalismus und nachlässigem Umgang zeugen von sozialen Problemen, mit denen sich die Bewohner regelmäßig konfrontiert sehen ebenso wie die Berichte von Streitigkeiten, Gewalt, Drogenabusus und psychischen Ausnahmezuständen anderer Bewohner. Wie

sehr dadurch die freie Entfaltung der Kinder eingeschränkt sein kann, zeigt das Beispiel einer Familie in Wismar: die Mutter gab an, ihre Kinder aus Angst vor den anderen Mitbewohnern nie allein außerhalb der Wohnräume spielen zu lassen und sie immer einzuschließen, sobald sie die Zimmer auch nur für einen kurzen Moment verlassen würde.

Dank der Beschaffung gebrauchter Möbel (z. B. vom Sperrmüll) ist es zwar vielen Familien gelungen, das dürftige Grundmobilier zu erweitern und die Räume wohnlicher zu gestalten, durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen wohnen sie jedoch so beengt, dass es kaum Rückzugsmöglichkeiten für Kinder und Eltern gibt. Das führt dazu, dass individuelle Bedürfnisse nach persönlicher Entfaltung häufig nicht befriedigt werden können. Als belastend empfinden die Befragten auch den Mangel an sanitären Einrichtungen und Küchen, der dazu führt, dass mehrere Familien sich diese teilen müssen. Konflikte aufgrund unterschiedlicher hygienischer Vorstellungen seien häufig, viele sehen ihr Recht auf Privatsphäre verletzt und mehrere Eltern berichteten, dass ihre Kinder Angst hätten, die Einrichtungen allein zu benutzen. Welche Auswirkungen dies haben kann, zeigt exemplarisch der Fall eines 8-jährigen Probanden, der Angst hat, im Dunkeln die Toilette auf dem Flur aufzusuchen, daher wieder begonnen hat einzunässen und nun nachts wieder Windeln trägt.

Neben den mangelhaften Wohnbedingungen gibt es aber noch weitere Stressoren, die den Alltag von Asylbewerbern bestimmen und aufgrund von gesetzlicher Verankerung auf alle gleichermaßen zutreffen. Am schwerwiegendsten scheinen die finanziellen Nöte bzw. der geringe sozio-ökonomische Status zu sein. Wie Warfa et al. (2012) bereits beschreibt, ist die damit einhergehende Arbeitslosigkeit eine Hauptursache für psychische Probleme unter Migranten und auch die im Rahmen der Studie befragten Erwachsenen leiden sehr unter der Untätigkeit, die den Alltag eintönig erscheinen lässt, unter der mangelnden Anerkennung und nicht zuletzt der Unfähigkeit, ihren Kindern Vorbild sein zu können. Die Kinder wiederum empfinden den Mangel an finanziellen Ressourcen und die somit fehlende Kaufkraft der Eltern als besonders schwierig. In Verbindung mit den widrigen Wohnbedingungen ist es nicht ungewöhnlich, dass die Kinder und Jugendlichen einen Verlust des Selbstwertgefühls erleben. Fünf Probanden drückten es sogar so aus, dass sie sich vor Klassenkameraden für ihr Leben schämen und sich nie trauen würden, jemanden nach Hause einzuladen.

Weit oben auf der Liste der Hauptprobleme finden sich auch die bürokratischen Hürden, die damit verbundene Unsicherheit und die Beschränkung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Vergleichbar mit Momartin et al. (2006), welche die nur temporäre Vergabe von

Aufenthaltsgenehmigungen als einen Hauptauslöser für das Auftreten von Angststörungen und Depressionen sehen, klagen auch die Studienteilnehmer über starke Ängste. Auch wenn sie selber bisher nicht betroffen waren, wurden die Kinder mehrfach Zeugen von Abschiebungen - schon das Beobachten, geschweige denn das Miterleben eines durch die Behörden erzwungenen Abtransports gegen den Willen der Betroffenen, dürfte als Traumatisierung gelten. So berichtet eine Mutter, dass ihr mittlerweile 13-jähriger Sohn nach einigen beobachteten Abschiebungen große Angst vor einer solchen Prozedur verspüre und selbst zum Sporttraining nur noch in Begleitung der Mutter gehen will.

Abschließend soll jedoch nicht unerwähnt bleiben, dass viele Familien und insbesondere die Kinder und Jugendlichen sich trotz aller Probleme auch sehr positiv über ihr Leben in Deutschland generell und im besonderen über die Gemeinschaftsunterkunft äußern. Die meisten geben an, dass ihre aktuellen Lebensverhältnisse besser sind als im Heimatland, so fühlen sie sich sicherer und freier und viele Eltern sind dankbar für die Möglichkeiten, die ihren Kindern offen stehen, beispielsweise der kostenlose Schulbesuch oder auch die Möglichkeit, in Sportvereinen zu trainieren. In Orten, an denen man sich explizit für eine bessere personelle Betreuung eingesetzt hat (z. B. Rostock) bzw. an denen das Personal außergewöhnlich engagiert ist (z. B. Neustrelitz) ist auffällig, wie die geleistete Arbeit honoriert wird. Insbesondere die älteren weiblichen Jugendlichen finden in den Betreuern Bezugspersonen, denen sie oft mehr anvertrauen als den eigenen Eltern, in Frauencafés findet reger Austausch über zum Teil bis dahin tabuisierte Themen statt und einige Heime bieten den dort untergebrachten Kindern ein abwechslungsreiches, pädagogisch durchdachtes Programm. Auch die Organisation von ehrenamtlichem Engagement durch die Bevölkerung ist nur durch die Heimstrukturen möglich. Es zeigte sich außerdem, dass viele Familien in sämtlichen administrativen und bürokratischen Belangen auf die Unterstützung des Heimpersonals angewiesen sind.

LIMITATIONEN DER STUDIE

Der Plan, sämtliche in Mecklenburg-Vorpommern lebenden minderjährigen Asylbewerber in die Studie zu integrieren, war nicht umsetzbar, da die Struktur der Gemeinschaftsunterkünfte ständigen Veränderungen unterworfen ist. So wurden manche Heime bereits im Verlauf der Untersuchung, manche unwesentlich später geschlossen. Zudem leben nicht alle in der Einrichtung gemeldeten Asylbewerber tatsächlich dort, sondern konnten durch private Kontakte eigenhändig dezentrale Unterbringung organisieren.

Auch der Ablauf der Befragung war nicht in jedem Fall ideal: das Umfeld in einer Gemeinschaftsunterkunft ist per se stärker durch Enge, erhöhte Lautstärkepegel und ablenkende Faktoren geprägt, als es für die Durchführung von Interviews wünschenswert wäre. Der begrenzte Wohnraum wird meist stark frequentiert und zusätzlich läuft in vielen Familien permanent der Fernseher. Unter diesen Bedingungen ist ein konzentriertes Gespräch schwierig. Überhaupt stellt die teilweise nur begrenzte Konzentrationsfähigkeit über die gesamte Länge der Befragung ein Problem dar. Oft fiel es den Eltern schwer, gegen Ende der Befragung die Testfragen noch aufzunehmen, über das zugrundeliegende Konzept zu reflektieren und eine passende Antwort zu geben. Das Auftreten dieses Phänomens verwundert kaum, da die Befragten in ihrem derzeitigen Alltag kaum Aufgaben ausführen müssen, die eine längere Konzentration verlangen. Sicher ist oftmals auch die fehlende Schulbildung mit verantwortlich, die auf solche kognitiven Aufgaben hätte vorbereiten können.

Eine große Rolle spielen auch die zahlreichen sprachlichen Hürden: Grundsätzlich schwingt immer der Zweifel mit, in wie weit die Fragen tatsächlich verstanden und die Antworten präzise formuliert werden konnten. Vieles ließ sich dank bestimmter Gesten veranschaulichen, doch die Möglichkeiten sind begrenzt, zumal sowohl die verbale als auch die non-verbale Kommunikation bei ausgeprägten interkulturellen Unterschieden zwischen Befragten und Fragender einer Reihe von Missverständnissen unterworfen bleibt. Bei sehr vielen Familien musste auf die Hilfe eines Übersetzers zurückgegriffen werden, manchmal wurde diese Tätigkeit sogar durch das Kind selber übernommen. Diese Konstellation birgt aber Schwierigkeiten, die die Objektivität der erfassten Daten gefährden können. Gängige Übersetzungsfehler sind beispielsweise das Weglassen, Ersetzen oder Ergänzen von Informationen, wodurch sich die Testergebnisse verändern können.

Nicht zu unterschätzen ist auch die Tatsache, dass durch die Anwesenheit eines Übersetzer eine dritte, eigentlich unbeteiligte Person in einem Gespräch zugegen ist, wodurch die Offenheit des Befragten vor allem bei privaten oder schambesetzten Themen eingeschränkt wird. Ein zusätzliches Problem ist der Übersetzer selbst. Je enger die emotionalen Bindungen zwischen ihm und den Befragten, um so schwerer fällt es, die eigentlich notwendige Neutralität zu wahren.

Eine weitere Schwierigkeit waren auftretende "Rollenkonflikte", insbesondere wenn die Kinder selber oder Geschwister übersetzten, denn erwartungsgemäß kam es zu Unstimmigkeiten oder sogar Protest, was wiederum Diskussionen zur Folge hatte, die das eigentlich erwünschte spontane Antworten verhinderten, so dass manche Frage im separaten Gespräch und bei intimerer Atmosphäre inhaltlich sicher etwas anders beantwortet worden wäre.

Ein ebenso bedeutender Rollenkonflikt ist dem charakteristischen Familienleben Asylsuchender geschuldet, bei dem die älteren Kinder für ihre jüngeren Geschwister häufig eine elternähnliche Stellung einnehmen. In vielen Interviews waren die ältesten Kinder primär als Dolmetscher bei Befragungen über die Kleineren zugegen. Es zeigte sich dabei, dass sie oft besser Auskunft zu geben wussten als die eigentlichen Erziehungsberechtigten, sie wurden teilweise sogar darum gebeten, das Interview anstelle der Eltern zu führen. Diese Beobachtung scheint aber den normalen familiären Alltag zu reflektieren, denn in den Gesprächen wurde deutlich, dass die Älteren sehr viele Tätigkeiten übernehmen, die im deutschen Wertekontext eigentlich als elterlicher Aufgabenbereich (z.B. Arztbesuche, Schulbelange, Behördengänge) gelten würden. Ursächlich dafür sind die mangelnden Sprachkenntnisse der Eltern und in kinderreichen Familien auch die Verschiebung des elterlichen Fokus auf die Letztgeborenen, während die Belange der Älteren vor allem unter den Geschwistern besprochen und gelöst werden.

Um trotzdem eine objektive Datenerhebung zu ermöglichen, wurden nicht nur, wie eigentlich vorgehsehen, die Eltern befragt, sondern auch andere zur Verfügung stehende Personen mit einbezogen. Diese Vorgehensweise konnte darüber hinaus auch eine andere Schwäche der Studie abmildern, nämlich die, dass nur die Beurteilung der Eltern, und nicht auch die Selbstbeurteilung in die statistische Auswertung einbezogen wurde. Wie oben bereits erwähnt, besteht laut Chen et al. (2009) bei so einer Konstellation die Gefahr, dass psychisch stark belastete Eltern ihr eigenen Probleme auf ihr Kinder projizieren. In einer Untersuchung wie der vorliegenden hätte dies zahlreiche falsch-positive Ergebnisse zur Folge. Durch die Beteiligung von Dritten und insbesondere zum Teil der Kinder selber konnte dieser systematische Fehler zumindest begrenzt werden.

GLAUBHAFTIGKEIT DER DATEN

Um einen objektiven Eindruck über die Lebensverhältnisse und Probleme der in Mecklenburg-Vorpommern lebenden Asylbewerber zu bekommen, sollte neben der Erfassung der aktuellen Verhältnisse auch die Aufarbeitung der Migrationsgeschichte einfließen. Um dies erschöpfend und in seiner ganzen Komplexität zu realisieren, hätte es eines größeren zeitlichen und logistischen Rahmens bedurft. Eine berechtigte Frage ist daher, wie verlässlich oder besser wie wahrheitsgetreu der so gewonnene Eindruck ist. Fast immer gibt es eine "Standardversion" der Migrationsbiographie, die bei Nachfragen von Behörden angegeben wird und somit auch in einem Kontext wie diesem präsent ist. Zuweilen stellen sich aber berechtigte Zweifel an der Richtigkeit der Aussagen ein. Es fällt

schon beim Rekapitulieren der biografischen Daten auf, dass die Angaben nicht korrekt sein können. So stimmen Geburtsdaten mit dem angegebenen derzeitigen Alter nicht überein, im Verlauf ändern sich die Angaben zu früheren Tätigkeiten oder den Stationen auf dem Fluchtweg. Darüber hinaus wird Vieles nicht preis gegeben mit der Erklärung, man könne sich nicht erinnern. Vor allem auch die Kinder selber geben oft an, nichts mehr von der Zeit im Ursprungsland zu wissen, obwohl dies in einigen Fällen erst wenige Jahre zurückliegt und sich in einem Alter ereignete, in dem Kinder normalerweise kognitiv in der Lage sind, Geschehenes abrufbar im Langzeitgedächtnis zu speichern.

Erhärtet werden diese Zweifel durch Interviews mit dem Heimpersonal. Die Mitarbeiter berichten, dass es vorkommt, dass im Verlauf des Asylprozesses zum Teil gravierende Fehlangaben auffallen, sei es durch Recherchen der zuständigen deutschen Behörden, unbedachte Äußerungen oder auch dadurch, dass Bewohner aus dem scheinbar gleichen Kulturreis durch Äußerungen im Gespräch erkennen, dass die vermeintlichen Identitäten nicht der Wahrheit entsprechen.

Die Ursachen für dieses Problem sind vielschichtig und individuell sehr unterschiedlich. Grundsätzlich muss unterschieden werden zwischen bewussten und unbewussten Falschaussagen. Unbewusste Fehler treten vor allem bei numerischen Angaben wie Daten oder Altersangaben auf. Verantwortlich zu machen ist hier meist die geringe Schulbildung der Eltern, so dass der Umgang mit Zahlen, aber auch mit in unserem Kulturreis gängigen Konzepten von Raum und Zeit sehr schwer fällt. So wird zum Beispiel der in Deutschland gebräuchliche gregorianische Kalender nicht in alle Kulturreisen genutzt, auch Feiertagen wie dem Geburtstag wird nicht überall die gleiche Bedeutung beigemessen.

Doch auch bewusste Falschaussagen sind durchaus häufig und nur ein geringer Teil fällt in einer solchen Befragung auf. Es gibt sicher Fälle, in denen Traumatisierung und sich daraus ergebende Verdrängungsmechanismen ein exaktes Erinnern verhindern. Sehr häufig ist aber die vorrangige Motivation die Hoffnung auf einen günstigeren Verlauf des Asylverfahrens. So werden vor allem bei Kindern spätere Geburtsdaten angegeben, um sie als jünger registrieren zu lassen oder es werden aus strategischen Gründen die früheren Wohnorte gewählt, für die eine Asylberechtigung mit größerer Wahrscheinlichkeit ausgesprochen wird.

Es ist ausdrücklich nicht das Anliegen dieser Studie, das Verhalten der Befragten moralisch zu bewerten oder sogar zu verurteilen, es muss jedoch bei der Auswertung bedacht werden, dass einige Teilabschnitte der Interviews mit einer gewissen Fehlerquote assoziiert sind.

KONKLUSION DER STUDIE UND APPELL

Die vorliegende Untersuchung bestätigt die Ergebnisse zahlreicher anderer Studien zur psychischen Belastung minderjähriger Asylbewerber, da eine im Vergleich zur Normalpopulation deutlich erhöhte Inzidenz insbesondere der internalisierenden Syndrome, aber auch im Bereich "soziale Probleme", "aggressives Verhalten" und "Aufmerksamkeitsprobleme" auffällig ist. Entgegen der in der Öffentlichkeit verbreiteten Meinung gibt es keine Hinweise auf ein vermehrt delinquentes Verhalten.

Aus methodischen Gründen lag der Fokus in dieser Studie auf Faktoren, die post-migrationem das Leben der Probanden und ihrer Familien geprägt bzw. belastet haben. Auch hier decken sich die Erkenntnisse mit denen aus anderen Untersuchungen dieser Art im europäischen und angloamerikanischen Raum und bestätigen die seit langem von Nichtregierungsorganisationen wie beispielsweise Pro-Asyl angeprangerten gesetzlich vorgegebenen Zustände, mit denen Asylsuchende in Deutschland konfrontiert werden. Am schwersten wiegen schlechte Wohnbedingungen in Gemeinschaftsunterkünften, prekäre finanzielle Verhältnisse, sowie undurchschaubare und verunsichernde bürokratische Prozesse, die langfristig für Hoffnungs- und Hilflosigkeit verantwortlich zu machen sind.

Eine solche, gesetzlich vorgeschriebene, Behandlung verstößt gegen eine Reihe von Menschenrechten. Es sollte daher dringend eine Revision der herrschenden Asylpraxis vorgenommen werden. Die dabei zu ergreifenden Maßnahmen müssen sich aber an den individuellen Bedürfnissen der Asylsuchenden orientieren. Hierbei wäre es sinnvoll, die durch diese Studie identifizierten besonderen Risikofaktoren zu beachten:

1. *Beschleunigung der bürokratischen Prozesse* - Da die psychische Belastung sich durch die schlechten Lebensbedingungen und die Unsicherheit zunehmend erhöht, sollten die behördliche Entscheidungsfindung zeitlich begrenzt werden und darf keinesfalls über viele Jahre unklar bleiben.
2. *Anheben der finanziellen Unterstützung und Genehmigung von Arbeitsverhältnissen* - Durch eine Erhöhung der Unterstützung würde den Familien die soziale Teilhabe erleichtert und Stigmatisierung verringert. Ermöglichte man Asylbewerbern zudem, in geregelten Arbeitsverhältnissen tätig zu sein, würden neben einer finanziellen Besserstellung auch der Integrationsprozess beschleunigt und das Selbstbewusstsein bzw. das Selbstwertgefühl gestärkt.
3. *Berücksichtigung des elterlichen Bildungsgrads* - Da Kinder von Analphabeten am schwersten psychisch belastet scheinen, muss ihnen und ihren Familien eine spezielle Förderung zu teil werden.

Sinnvoll sind Alphabetisierungskurse für die betroffenen Eltern, um ihnen langfristig ein eigenständiges Leben zu ermöglichen und somit die Effekte der Parentifizierung zu minimieren. Insgesamt sollten Integrationsbemühungen den Bildungsgrad der Eltern berücksichtigen und gezielt Angebote machen, die das jeweilige Niveau ansprechen.

4. Spezialisierte Hilfe bei psychischer Belastung - Da Kinder, deren Eltern psychisch schwer belastet oder sogar richtig erkrankt sind, eine höhere Inzidenz an Störungen zeigen, müssen diese Familien möglichst frühzeitig spezialisierte therapeutische Hilfe bekommen. Sollte die elterliche Fürsorge so stark beeinträchtigt sein, dass das Kindeswohl gefährdet ist, müsste frühzeitig ausreichende Familienhilfe zur Verfügung gestellt werden.

5. Geschlechtsadaptierte Integrationshilfen - Auch wenn diese Studie zwischen den Geschlechtern keine signifikanten Unterschiede in der Ausprägung psychischer Auffälligkeiten feststellen konnte, so wurde aus den Kommentaren und Beobachtungen deutlich, dass insbesondere in traditionsgeprägten familiären Gefügen Mädchen der Zugang zu Freizeit- und Bildungsmöglichkeiten erleichtert werden muss bzw. dass der Dialog über dieses Problematik mit den Familien gesucht werden sollte. Auch die Erwachsenenbildung und Integrationsbemühungen müssen sich eher auf die Frauen konzentrieren, da sie meist ein niedrigeres Bildungsniveau haben und häufiger unter psychischen Belastungen leiden, gleichzeitig aber auch diejenigen sind, denen hauptsächlich die Betreuung und Erziehung der Kinder obliegt.

6. Bessere Wohnbedingungen schaffen - Vereinfacht ausgedrückt: Enge, Schmutz und Lärm wurden von den meisten Befragten als große Belastung empfunden. An dieser Stelle sollten die Hilfen primär greifen. Als Standorte von Gemeinschafteinrichtungen sollten darüber hinaus Stellen gewählt werden, an denen die Bewohner vielfältige Möglichkeiten haben, sich in das gemeinschaftliche Leben zu integrieren, optimal wäre der Zugang zu für sie wichtigen kulturellen Einrichtungen. Ob die häufig geforderte dezentrale Unterbringung per se die beste Lösung ist, sollte dabei jedoch genauer untersucht werden, denn zumindest in den Gemeinschaftsunterkünften, in denen qualifiziertes und/oder sehr engagiertes Personal die Familien im Alltag unterstützte, waren sie insbesondere für die älteren Probanden sehr wichtig und ohne Hilfe würden viele Familien nicht in der Lage sein, die bürokratischen und organisatorischen Hürden gut zu bewältigen.

7. Gesamtgesellschaftliche Sensibilität für die Problematik erhöhen und professionelles Personal adäquat schulen - Die Schwierigkeiten, mit denen sich Asylbewerber konfrontiert sehen, sollten der Bevölkerung noch stärker bewusst gemacht werden. Dies würde möglicherweise dazu beitragen,

dass ihnen mehr ehrenamtliches Engagement und Integrationsbestrebungen zuteilwerden würden, außerdem könnte rassistischen Vorurteilen die Substanz genommen werden. Darüber hinaus wäre es wichtig, verschiedene Berufsgruppen, die täglich mit Asylbewerbern arbeiten, wie z. B. Lehrer oder Ärzte, für die besonderen Probleme zu sensibilisieren, um frühzeitig adäquate Unterstützung in die Wege leiten zu können.

Keiner dieser Vorschläge ist neu, viel mehr gibt es seit Jahren Stimmen, die diese und weitere Vorschläge als dringend notwendige Reformen anmahnen und die Vernachlässigung der Betroffenen kritisieren. Angesichts wieder steigender Asylbewerberzahlen, vor Augen die zahlreichen kriegerischen Auseinandersetzungen, die täglich neue Flüchtlingsströme generieren, ist unbedingt Eile geboten, für Asylbewerber lebenswertere Bedingungen, nötige Hilfestellungen und effektive Integrationsmöglichkeiten zu schaffen und diesen Veränderungen politische und ökonomische Priorität einzuräumen. Auf die Kinder und Jugendlichen sollte bei allen Neuerungen besonderes Augenmerk gerichtet werden, da sie in keiner Weise die Verantwortung dafür tragen, in die bürokratischen Prozesse geraten zu sein, die ihre Kindheit nun maßgeblich in negativer Weise bestimmen. Zum Teil bereits in Deutschland geboren, fühlen sich fast alle hier zu Hause und wünschen sich ausnahmslos eine sichere Zukunft, die es ihnen erlaubt, die eigene Position in der Gesellschaft zu finden, sich auszuprobieren und zu verwirklichen. Schon in jungen Jahren tragen sie durch die Migrationsschicksale ihrer Familien und das bisher Erlebte eine viel größere Bürde als die meisten ihrer Altersgenossen. Statt jedoch die Hilfe zu erfahren, die sie benötigen würden, um auch unter solch erschwerten Bedingungen zu reifen, lernen sie früh die Angst vor Abschiebung und die Hoffnungslosigkeit angesichts stagnierender Prozesse kennen und sie müssen oft hilflos erleben, wie ihre Eltern angesichts der Umstände resignieren und darüber krank werden.

BIBILOGRAPHIE

Albores-Gallo, L. et. al., *Validity and reliability of the CBCL/6-18. Includes DSM scales*, Actas Españolas de Psiquiatría. 2007 Nov-Dec;35(6):393-9.

Ali, N., *Eine Analyse weiblicher Flüchtlingsschicksale: Zur Lebenssituation weiblicher Flüchtlinge aus Äthiopien und Eritrea am Beispiel des Aufnahmeorts Khartoum*, Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades an der Fakultät für Politikwissenschaft, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Fachbereich Sozialwissenschaft, Studiengang Politikwissenschaft, Oldenburg, 2005.

Amelang, M., Zielinski, W., *Psychologische Diagnostik und Intervention*. Springer Verlag, Berlin 1994.

ASEBA - Achenbach Systems of Empirically Based Assessment, *ASEBA Origins/Later Developments*, www.aseba.org (Stand 18.04.2010).

ASEBA - Achenbach Systems of Empirically Based Assessment, *Multicultural Research of the ASEBA*, www.aseba.org (Stand 18.04.2010).

Baumann, T. et. al., *Schulen auf einen Blick*, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 2012.

Baune, B. T. et. al. "Gesundheitszustand und gesundheitliche Versorgung von Migranten und Deutschen im Vergleich". S.87-100. In: A. Krämer, L. Prüfer-Krämer (Hrsg), *Gesundheit von Migranten - Internationale Bestandsaufnahme und Perspektiven*, Juventa-Verlag, Weinheim/München, 2004.

Behrensen, B., Westphal, M., "Junge Flüchtlinge - ein blinder Fleck in der Migrations- und Bildungsforschung" In: L. Krappmann et. al., *Bildung für junge Flüchtlinge - ein Menschenrecht, Erfahrungen, Grundlagen und Perspektiven*, Bertelsmann-Verlag, Bielefeld 2009, S. 45-58.

Biedermann J. et al., *Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder on children referred to psychiatric clinic*, American Journal for Psychiatry, 2002, 159:36-42.

Birman, D., "Measurement of the "Acculturation Gap" in Immigrant Families and Implications for Parent-Child-Relationships", S. 113-135 In: M. H. Bornstein et. al., *Acculturation and parent-child relationships: measurement and development*, National Institute of Child Health and Human Development, Bethesda/USA, 2006.

Blom, M. B. J. et. al., *Treatment of Depression in Patients from Ethnic Minority Groups in the Netherlands*, *Transcultural Psychiatry* 2010 47: 473.

Boos-Nünning, U. "Familien in Migration - soziale Lage, Entwicklung und Auswirkungen für soziale Versorgungsstrukturen", S. 93-109. In: Koch, E. et. al., *Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft - Deutsch-türkische Perspektiven*, Lambertus-Verlag, Freiburg, 2000.

Boos-Nünning, U., Karakaşoğlu-Aydın, Y., *Viele Welten leben: zur Lebenssituation von Mädchen und jungen Frauen mit Migrationshintergrund*, Waxmann-Verlag, Münster, 2005.

Bradshaw J. et. al., *An Index of Child Well-being in the European Union*, Social Policy Research Union, The University of York, 2006, <http://eprints.whiterose.ac.uk/1948/1/childEU.pdf> (Stand 15.05.2011).

Bronstein I., Montgomery P., *Sleeping patterns of Afghan unaccompanied asylum-seeking adolescents: a large observational study*, *PLoS One*. 2013; 8(2): e56156.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, *Ablauf des deutschen Asylverfahrens - Asylantragstellung-Entscheidung-Folgen der Entscheidung*, Nürnberg, 2012.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, *Aktuelle Zahlen zu Asyl - Ausgabe: August 2013 - Tabellen, Diagramme, Erläuterungen*, Nürnberg, 2013.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, *Politisch Verfolgte genießen Asyl*, Nürnberg 2012, <http://www.bamf.de/DE/Migration/AsylFluechtlinge/Asylrecht/asylrecht-node.html> (Stand 24.06.2014).

Bundesministerium der Justiz, *Asylbewerberleistungsgesetz*, 1993 (letzte Änderung 2011) <http://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/>.

Bundesministerium des Innern, *Migration und Integration - Aufenthaltsrecht, Migrations- und Integrationspolitik in Deutschland*, Berlin, April 2008.

http://www.bmi.bund.de/cae/servlet/contentblob/136594/publicationFile/15291/Migration_und_Integration.pdf (Stand 29.07.2010).

Bundesministerium des Innern, Referat für Öffentlichkeitsarbeit, *Migration und Integration - Aufenthaltsrecht, Migrations- und Integrationspolitik in Deutschland*, Berlin, 2008.

http://www.bmi.bund.de/cae/servlet/contentblob/136594/publicationFile/15290/Migration_und_Integration.pdf (Stand 28.10.2010).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales, *Lebenslagen in Deutschland - Der 3. Armut- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*, <http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-PublikationenDinA4/forschungsprojekt-a333-dritter-armuts-und-reichtumsbericht.html?view=render> (Stand 20.02.2013).

Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, Referat Öffentlichkeitsarbeit *Familienreport 2012 - Leistungen, Wirkungen, Trends*, Berlin, 2012.

Bundesverfassungsgericht, 1 BvL 1/09 vom 9.2.2010, Absatz-Nr. (1 - 220),
http://www.bverfg.de/entscheidungen/ls20100209_1bvl000109.htm (Stand 28.11.2014).

Butterwegge, C., *Armut von Kindern mit Migrationshintergrund - Ausmaß, Erscheinungsformen und Ursachen*, VS Verlag, Wiesbaden, 2010.

Byrd, R. S. et. al., *Increased behavior problems associated with delayed school entry and delayed school progress*, Pediatrics. 1997 Oct;100(4):654-61.

Chase, N. D., *Burdened children: theory, research and treatment of parentification*, Sage Publications, Thousand Oaks/ California, 1999.

Chassé K. A. et. al., *Meine Familie ist arm: Wie Kinder im Grundschulalter Armut erleben und bewältigen*, 2. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2005.

Chen, M. et. al., *Parent and Adolescent Depressive Symptoms: The Role of Parental Attribution*, Journal of Abnormal Child Psychology 2009 Jan;37(1):119-30.

Classen, G., *Das Asylbewerberleistungsgesetz und das Grundrecht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum-Stellungnahme zur Anhörung am 07.02.2011 im Ausschuss für Arbeit und Soziales des Deutschen Bundestages*, Flüchtlingsrat Berlin e.V./Pro Asyl e.V., 2011.

Collatz, J., "Auf dem Wege in das Jahrhundert der Migration . Auswirkungen der Migrationsbewegung auf den Bedarf an psychosozialer und sozialpsychiatrischer Versorgung". In: Koch, E., Özek, M., Pfeiffer , W. M. (Hrsg.), *Psychologie und Pathologie der Migration - deutsch-türkische Perspektiven*, S. 31-45, Lambertus, Freiburg, 1995.

Dalgard, O. S., Thapa, S. B., *Immigration, social integration and mental health in Norway, with focus on gender differences*, Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 2007, 3:24.

Daud, A. et. al., *Resilience and vulnerability among refugee children of traumatized and non-traumatized parents*, Child Adolescent Psychiatry and Mental Health. 2008 Mar 28;2(1):7.

Daud A., Skoglund E., Rydelius P.-A., *Children in families of torture victims: Transgenerational transmission of parents' traumatic experiences to their children*, International Journal of Social Welfare. 2005;14:23–32.

David, M., Borde, T., "Zur schwierigen Begrifflichkeit". In: David, M., Borde, T., Kentenich, H., *Migration und Gesundheit – Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle*, S. 7-9, Mabuse-Verlag, Frankfurt/ M., 1998.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, "Bindungsstörungen", S. 311 - 317. In: *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007.

Downey, D. B., *Number of siblings and intellectual development. The resource dilution explanation*, American Psychology 2001 Jun-Jul;56(6-7):497-504.

Drozdek, B. et. al., *Is legal status impacting outcomes of group therapy for posttraumatic stress disorder with male asylum seekers and refugees from Iran and Afghanistan?*, BMC Psychiatry. 2013; 13: 148.

Efionayi-Mäder D. et. al., *Asyldestination Europa - eine Geographie der Asylbewegungen*, Seismo Verlag, Zürich, 2001.

Eksi, A., *The psychopathology of immigrants and refugees*, Türk Psikiyatri Dergisi, 2002 Autumn;13(3):215-21.

Elkli A. et. al., *Social support, coping and posttraumatic stress symptoms in young refugees*, Torture, 2012;22(1):11-23.

Ellinger, S., "Frauen im Asylverfahren", S. 15-45. In: *Asylpraxis - Schriftenreihe des Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge, Band 4*, Bundesamt für die Anerkennung Ausländischer Flüchtlinge, Nürnberg, 2001.

Englert E. et. al., *Die Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie - Merkmalskatalog der Fachverbände für eine gemeinsame Basisdokumentation für Klinik und Praxis*, Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde, 27: 129-146, 1998.

Ernst, C., "Geschlechtsunterschiede bei psychischen Erkrankungen", S. 47-62. In: A. Riecher-Rössler, A. Rohde (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen bei Frauen: für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie*, Karger Verlag, Basel, 2001.

Esser G. et. al., "Die Auswirkungen psychosozialer Risiken auf die Kindesentwicklung", in: D. Karch, *Risikofaktoren der kindlichen Entwicklung - Kritik und Perspektiven*, 1994, Dietrich Steinkopff Verlag, S.143-157.

Ettrich, C. und K. U. , *Verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche*, Springer Verlag, Heidelberg, 2006.

Fegert, F. et. al., *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*, Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg, 2012.

Flink I. J. et. al., *Differences in problem behaviour among ethnic minority and majority preschoolers in the Netherlands and the role of family functioning and parenting factors as mediators: the Generation R Study*. BMC Public Health. 2012 Dec 19;12(1):1092.

Gemende, M., *Interkulturelle Zwischenwelten: Bewältigungsmuster des Migrationsprozesses bei MigrantInnen in den neuen Bundesländern*, Dresdner Studien, Juventa-Verlag, Weinheim, München, 2002.

Gewirtz A. H. et al. , *Posttraumatic stress symptoms among National Guard soldiers deployed to Iraq: associations with parenting behaviors and couple adjustment*, Journal of Consulting and Clinical Psychology.2010, Oct 78(5):599-610.

Hagen C. v., Röper, G., "Resilienz und Ressourcenorientierung - eine Bestandsaufnahme", S. 15-29. In: I. Fooken, J. Zinnecker (Hrsg.), *Trauma und Resilienz - Chancen und Risiken lebensgeschichtlicher Bewältigung von belasteten Kindheiten*, Juventa, Weinehim/München, 2007.

Hallas P. et. al., *Length of stay in asylum centres and mental health in asylum seekers: a retrospective study from Denmark*, BMC Public Health 2007, 7:288.

Hammen, C., *Depression runs in families - the social context of risk and resilience in children of depressed mothers*, Springer Verlag, NYC, 1991.

Heptinstall E. et. al., *PTSD and depression in refugee children: associations with pre-migration trauma and post-migration stress*, European Child & Adolescent Psychiatry. 2004 Dec;13(6):373-80.

Hess, K., *Migration und Integration in Mecklenburg-Vorpommern*, Verlag Dr. Kovac, Hamburg, 2008.

Hieu M. N., Thao N. L., *Stressful Life Events, Culture, and Violence*, Journal of Immigrant Health. 2007;9:75–84.

Hjern, A., Jeppsson, O., "Mental Health Care for Refugee Children in Exile", S. 115-129. In: D. Ingleby (Editor), *Forced Migration and Mental Health – Rethinking the care of Refugees and Displaced Persons*, Springer Science + Business Media, New York, 2005.

Hodes M., *The mental health of detained asylum seeking children*, European Child & Adolescent Psychiatry. 2010 Jul;19(7):621-3.

Hwang WC¹, Wood JJ, Fujimoto K, Acculturative family distancing (AFD) and depression in Chinese American families, Journal of consulting and Clinical Psychology, 2010 Oct;78(5):655-67.

Junge, S., *Die Integration von Migranten in Mecklenburg-Vorpommern' DemokratiePolitik - Politikwissenschaftliche Arbeitspapiere aus dem Arbeitsbereich politische Theorie und Ideengeschichte, Heft 5*, Lehrstuhl für politische Theorie und Ideengeschichte, Universität Greifswald, Greifswald, 2010.

Keeley, B., *OECD Insights: Internationale Migration - Die menschliche Seite der Globalisierung*, OECD Publications, Paris, 2009.

Keller, A. S. et. al., *Mental health of detained asylum seekers*, Lancet. 2003 Nov 22;362(9397):1721-3.

Kellerman, N. P., *Psychopathology in children of Holocaust survivors: a review of the research literature*, Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences. 2001;38(1):36-46.

Klein, D. N. et. al., *Psychopathology in the adolescent and young adult offspring of a community sample of mothers and fathers with major depression*, Psychological Medicine, 2005 Mar;35(3):353-65.

Klitzing, K. v., *Risiken und Formen psychischer Störungen bei ausländischen Arbeiterkindern-Ein Beitrag zur Psychiatrie der Migration*, Beltz Forschungsbericht, Weinheim-Basel, 1983.

Koch, E., "Hintergründe gescheiterter Migration", S. 101-110. In: E. Koch, M. Özek, W. M. Pfeiffer (Hrsg.), *Psychologie und Pathologie der Migration - deutsch-türkische Perspektiven*, Lambertus, Freiburg, 1995.

Konsortium Bildungsberichterstattung, *Bildung in Deutschland - Ein indikatorgestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung und Migration*, Bertelsmann Verlag GmbH, Bielefeld, 2006, <http://www.bildungsbericht.de/daten/gesamtbericht.pdf> (Stand 12.06.2011).

Krämer, A., Baune, B. T., "Migration - Eine Herausforderung für die Gesundheitswissenschaften und die gesundheitliche Versorgung", S. 7-21. In: A. Krämer, L. Prüfer-Krämer (Hrsg.), *Gesundheit von Migranten - Internationale Bestandsaufnahme und Perspektiven*, Juventa-Verlag, Weinheim/München, 2004.

Krentz, H., *Statistische Analysen mit SPSS in der Medizin, Band 2: Schließende Statistische Analysen*, 2. überarbeitete und aktualisierte Auflage, Shaker Verlag, Aachen, 2008.

Kühne, P., Rüßler, H., *Die Lebensverhältnisse der Flüchtlinge in Deutschland*, Campus Verlag, Frankfurt, 2000.

Kürsat-Ahlers, E., "Gefühle in der Fremde", S. 69-82. In: J. Collatz et. al., *Was macht Migranten in Deutschland krank?*, E.B.-Verlag Rissen, Hamburg, 1992.

Kuruvilla, A., Jacob, K. S., *Poverty, social stress & mental health*, Indian Journal of Medical Research 126, October 2007, pp. 273-278.

Kyunghwa K., *Adolescents and Their Parents: A Review of Intergenerational Family Relations for Immigrant and Non-Immigrant Families*, Human Development 2003;46:115–136.

Laban C. et. al., *The impact of a long asylum procedure on quality of life, disability and physical health in Iraqi asylum seekers in the Netherlands*, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2008; 43:507–515.

Lampert, T. et. al., *Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys*, Springer Medizin Verlag, 2007.

Landesamt für innere Verwaltung Mecklenburg-Vorpommern, Amt für Migration und Flüchtlingsangelegenheiten, *Jahresbericht 2009*, Schwerin, 2010, http://www.laiv-mv.de/land-mv/LAiV_prod/LAiV/amf/Downloads/_Jahresberichte/2009.pdf, (Stand 28.10.2010).

Lennertz, I., "Bindungsmuster bei Flüchtlingskindern", S. 248-263. In: *Bindung, Trauma und soziale Gewalt: Psychoanalyse, Sozial- und Neurowissenschaften*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2006.

Liu, I. C., Cheng, A. T. A., "Migration and mental illness - an epidemiological perspective", In: D. Bhugra, S. Gupta, *Migration and Mental Health*, Cambridge University Press, New York, 2011, S. 44-56.

Lorek, A. et. al., *The mental and physical health difficulties of children held within a British immigration detention center: a pilot study*, Child Abuse and Neglect, 2009 Sep;33(9):573-85

Luthar, S., Cicchetti, D., *The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work*, Child Development, 2000; 71(3): 543–562.

Mac Con Ulladh, D., "Studium bei Freunden?" - Ausländische Studierende in der DDR bis 1970, S. 175-220, In: C.T. Müller, P.G. Poutrus (Hg.) *Ankunft-Alltag-Ausreise, Migration und interkulturelle Begegnung in der DDR-Gesellschaft*, Böhlau-Verlag, Köln, 2005.

Mares, S., Jureidini, J., *Psychiatric assessment of children and families in immigration detention clinical, administrative and ethical issues*. Australian and New Zealand Journal of Public Health 2004; 28: 520– 6.

Merker-Melcher, I., *Einblick in die kindliche Entwicklung - Grundlagen der psychometrischen Entwicklungsdiagnostik*, Niebank-Rusch-Fachverlag, 2010.

Mi Shin, Y. et. al., *Predictors of Self-Reported Depression in Korean Children 9 to 12 Years of Age*, Yonsei Medical Journal 49(1):37 - 45, 2008.

Mietzel, G., *Wege in die Entwicklungspsychologie - Kindheit und Jugend*, 4. Auflage, Beltz PVU, Weinheim, 2002.

Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales des Landes Mecklenburg-Vorpommern, *Leitlinien zur Integration von Migrantinnen und Migranten in Mecklenburg-Vorpommern*, Schwerin, 2010.

Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur des Landes Mecklenburg-Vorpommern, *Schüler/-innen an allgemein bildenden Schulen in Mecklenburg-Vorpommern*, Schwerin, 2011.

Mohammad E. T. et. al., *Impacts of Family and Community Violence Exposure on Child Coping and Mental Health*, Journal of Abnormal Child Psychology, 2014 Aug 2.

B. Möller, "Psychotherapeutische Behandlung von traumatisierten Flüchtlingskindern und ihren Familien im Spannungsfeld von Ausländerrecht und Kulturwechsel", S. 89-134, in: W. Bautz (Hg), *Entwurzelt, ausgegrenzt, erkrankt - psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Asylsuchenden*, Frank und Thimme Verlag für wissenschaftliche Literatur, Berlin, 2009.

Möller, B., Adam, H., "Jenseits des Traumas - die Bedeutung von (schulischer) Bildung aus psychologischer und psychotherapeutischer Perspektive", S. 45-58. In: L. Krappmann et. al., *Bildung für junge Flüchtlinge - ein Menschenrecht, Erfahrungen, Grundlagen und Perspektiven*, Bertelsmann-Verlag, Bielefeld, 2009.

Momartin S. et. al., *A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas*, Medical Journal of Australia 2006; 185 (7): 357-361.

Nuscheler, F., *Internationale Migration - Flucht und Asyl*, 2. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2004.

G. Parker, "Parental style and parental loss", S. 15-23. In: A. S. Henderson et. al., *Handbook of social psychiatry*, Elsevier, Amsterdam, 1988.

Peterson, C., Maier, S. F., Seligman, M. P. E., *Learned Helplessness: A Theory for the Age of Personal Control*, Oxford University Press, New York, 1993.

Pfeiffer, C. et. al., *Probleme der Kriminalität bei Migranten und integrationspolitische Konsequenzen - Expertise für den Sachverständig für Zuwanderung und Integration (Zuwanderungsrat) der Bundesregierung*, Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V., Hannover, 2004.

Pfeiffer, W. M., "Kulturpsychiatrische Aspekte der Migration". In: E. Koch, M. Özak, W. M. Pfeiffer (Hrsg.), *Psychologie und Pathologie der Migration - deutsch-türkische Perspektiven*, S. 17-30, Lambertus, Freiburg, 1995.

Porter, M., Haslam, N., *Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis*. The Journal of the American Medical Association. 2005 Aug 3;294(5):602-12.

Pottie, K. et. al., Do First Generation Immigrant Adolescents Face Higher Rates of Bullying, Violence and Suicidal Behaviours Than Do Third Generation and Native Born?, *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2014 Sep 24.

Psychogiou, L., Parry, E., Why do depressed individuals have difficulties in their parenting role?, *Psychological Medicine*. 2014 May;44(7):1345-7.

Robjant, K. et. al., *Mental health implications of detaining asylum seekers: systematic review*, *The British Journal of Psychiatry* (2009) 194, 306–312.

Rothgang, G. P., *Entwicklungspsychologie*, Kohlhammer, Stuttgart, 2009.

Rousseau, C. et al, Family trauma and its association with emotional and behavioral problems and social adjustment in adolescent Cambodian refugees, *Child Abuse and Neglect*, 1999 Dec;23(12):1263-73.

Salman, R., "Hintergründe gelungener Migration". In: E. Koch, M. Özak, W. M. Pfeiffer (Hrsg.), *Psychologie und Pathologie der Migration - deutsch-türkische Perspektiven*, S. 90-100, Lambertus, Freiburg, 1995.

Schepker, E., Toker, M., *Transkulturelle Kinder- und Jugendpsychiatrie - Grundlagen und Praxis*, Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2009.

Schepker, R., Böge, I., "Verhaltens- und emotionale Störungen in Kindheit und Jugend", S. 297. In: A. Rohde. A. Marneros (Hrsg), *Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie - Ein Handbuch*, Kohlhammer, Stuttgart, 2007.

Schepker, R., Okman Fisek, G., "Der familiäre Umgang mit psychosozialen Krisen Jugendlicher: Eine transkulturelle Untersuchung zur Frage der Effekte von Minoritätenstatus und Kulturhintergründen", S. 110-119. In: E. Koch et. al., *Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft - Deutsch-türkische Perspektiven*, 2000, Lambertus-Verlag, Freiburg.

Schlack, H. G., "6. Lebenswelten - Einfluss sozialer Faktoren auf Gesundheit und Entwicklung", S. 89-103. In: H. G. Schlack, *Sozialpädiatrie*, 2. Auflage, Urban & Fischer, München, 2000.

Schmid, J., "Die deutsche Asylfrage zwischen Grundrecht und Gesinnungspolitik", S. 95-112. In: *Asylpraxis - Schriftenreihe des Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge, Band 5*, Nürnberg, 2000.

Schulz, A., *Die besonderen traditionellen Regeln der Partnerwahl der Yeziden und deren Auswirkung auf die Integration*, Diplomarbeit, Universität Hannover, 2009.

Seguín, M. et. al., Adolescent depression, family psychopathology and parent/child relations: a case control study, *Canadian Child and Adolescent Psychiatric Review*, 2003 Feb;12(1):2-9.

Shaw, D. S. et. al., *Improvements in maternal depression as a mediator of intervention effects on early childhood problem behavior*, *Developmental Psychopathology*, 2009 Spring; 21(2): 417-439.

Sieberer, M. et al., *Psychiatric expert opinions on asylum seekers in Germany*, *Psychiatrische Praxis*. 2011 Jan;38(1):38-44.

Siegert, M., *Integrationsreport Teil 1- Schulische Bildung von Migranten*, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg, 2008.

Silove, D. et al. , *Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors*, *British Journal of Psychiatry*. 1997 Apr;170:351-7.

Sohni, H., *Geschwisterbeziehungen in Familien, Gruppen und in der Familientherapie*, Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 2004.

Sonego, M. et al., *The influence of parental education on child mental health in Spain*, *Quality of Life Research*. 2012 Feb 23.

Statistisches Bundesamt, *Statistisches Jahrbuch - Deutschland und Internationales 2013, Kapitel 13 - Der Arbeitsmarkt*, Oktober 2013, Wiebaden, S. 337-364.

Statistisches Bundesamt, *Wie leben Kinder in Deutschland?*, Wiesbaden, 2011.

Stauffer, S., *Trauma and disorganized attachment in refugee children: integrating theories and exploring treatment options*, Refugee Survey Quarterly, Vol. 27, No. 4, UNHCR, 2009.

Steel, Z. et. al. Psychiatric status of asylum seeker families held for a protracted period in a remote detention centre in Australia., Australian and New Zealand Journal of Public Health, 2004 Dec;28(6):527-36.

Steel, Z. et. al., *Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis*, JAMA. 2009 Aug 5;302(5):537-49.

Steinhausen, H.-C., *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen - Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*, 7. Auflage, Urban und Fischer, München, 2010.

Sultan, A., O'Sullivan, K., *Psychological disturbances in asylum seekers held in long term detention: a participant-observer account*, Medical Journal of Australia 2001; 175: 593– 6.

Summerfield, D., "My whole body is sick...my life is not good' A Rwandan asylum seeker attends a psychiatric clinic in London", S. 97-114. In: D. Ingleby (Editor), *Forced Migration and Mental Health – Rethinking the care of Refugees and displaced persons*, Springer Science + Business Media, New York, 2005.

Terre des hommes, »*Wir bleiben draußen*« - *Schulpflicht und Schulrecht von Flüchtlingskindern in Deutschland*, Osnabrück, 2005.

Tosic, J., Streissler, A., "Zwischen den Kulturen? - Kinder und Jugendliche der 2. Generation", S. 185-205. In: M. Six-Hohenbalken, J. Tosic, *Anthropologie der Migration: theoretische Grundlagen und interdisziplinäre Aspekte*, Facultas Verlag, Wien, 2009.

Tousignant, M. et al., *The Quebec Adolescent Refugee Project: psychopathology and family variables in a sample from 35 nations*. Journal of the American Academy for Child and Adolescent Psychiatry, 1999 Nov;38(11):1426-32.

UNHCR, *War's Human Cost - UNHCR Global Trends 2013*, UNHCR, Genf, 2014.

Uslucan, H.-H. et al., "Erziehung in Zeiten der Verunsicherung. Elterliches Erziehungsverhalten und die Gewaltbelastung von Migrantenjugendlichen", S. 65-88. In: T. Borde, M. David, *Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund*, Mabuse-Verlag, Frankfurt/ M., 2005.

Vaage A. B. et al, *Paternal predictors of the mental health of children of Vietnamese refugees*. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. 2011 Jan 10;5:2.

Vollebergh, W. A. et al., *Mental health in immigrant children in the Netherlands*, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2005 Jun;40(6):489-96.

Warfa, N. et al., *Migration experiences, employment status and psychological distress among Somali immigrants: a mixed-method international study*. BMC Public Health 2012 12:749.

Weissman, M. M. et al., *Offspring of depressed parents: 20 years later*, American Journal of Psychiatry, 2006 Jun;163(6):1001-8.

Wu, W. et al., *Effect of Grade Retention in First Grade on Psychosocial Outcomes*, Journal of Educational Psychology 2010 February; 102(1): 135–152.

Zander, M., *Handbuch Resilienzförderung*, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2011.

Zimmermann, E. "Gesundheitliche Lage und psychosoziale Probleme ausländischer Kinder in der Bundesrepublik Deutschland", S. 246-256. In: E. Koch, M. Özak, W. M. Pfeiffer (Hrsg.), *Psychologie und Pathologie der Migration - deutsch-türkische Perspektiven*, Lambertus, Freiburg, 1995.

Zimmermann, P., *Grundwissen Sozialisation: Einführung zur Sozialisation im Kindes- und Jugendalter*, 3. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2006.

ANHANG

OFFENER FRAGEBOGEN ZUR FAMILIÄREN SITUATION

BEFRAGUNG DER FAMILIE

1. Wo leben Sie? (Adresse, Milieubeschreibung...)
2. Wie viele Bewohner leben in der Wohnung? Geschlechts- und Altersverteilung?
Verwandtschaftsbeziehungen?
3. Wie sind Bewohner untergebracht (Zimmergrößen, Möblierung, Bewohner pro Zimmer, sanitäre Anlagen)?
4. Was machen Familienmitglieder beruflich/ womit beschäftigen sie sich?
5. Was steht Ihnen an Privatbesitz/ finanziellen Mitteln zur Verfügung?
6. Seit wann leben Sie in dieser Wohnung/ wie waren Sie vorher untergebracht?
7. Welches sind die vordergründigen Probleme?
8. Welche Unterstützung erhalten Sie von offizieller Stelle (Jugendamt, Sozialamt o.ä.)?
9. Welche Unterstützung erhalten Sie außerdem (Sprachkurse, Weiterbildungsangebote...)?
10. Welche Unterstützung würden Sie sich wünschen?
11. Wie sieht die ärztliche Versorgung/ Versorgung mit speziellen therapeutischen Maßnahmen aus (Krankenkasse?, Physio-/Ergotherapieverordnungen etc., Impfstatus etc.)/ Wie ist die Inanspruchnahme von Haus-/Kinder-/Zahnarzt (Vorsorgeuntersuchungen o.ä.)?
12. Welche Betreuungsangebote für Kinder werden genutzt? (Kita, Schule etc.) Welche Hilfe bekommen Eltern (bei Elternabenden, -gesprächen o.ä.)?
13. Wie hatten Sie sich das Leben in Deutschland vorgestellt? Sind Sie enttäuscht/ positiv überrascht worden? Was vermissen Sie am meisten?

Weitere Kommentare:

AUSZÜGE AUS DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHEN BASISDOKUMENTATION

Anamnese – psychiatrische Basisdokumentation

Geschlecht: **Alter:** **Staatsangehörigkeit:**

Biographische Anamnese des Kindes/ der Familie

(Leben in Heimatland/ Wohnsituation, dortige Bezugspersonen des Kindes, Grund und Umstände der Migration, belastende Situationen für das Kind, beobachtete Wesensveränderungen....)

Kind/ Jugendlicher wohnt bei:

MUTTER		VATER
	Leiblich	
	Stief-	
	Adoptiv-	
	Pflege-	
	Groß-	
	Keine	
	Unbekannt	

Anderes:

3. Sozialstatus der Eltern

a) Schulabschluss

	MUTTER	VATER
Kein Schulabschluss		
Anzahl der Schuljahre		
Hauptschule		
Realschule		
Gymnasium		
Universität		
Fach:		

	MUTTER	VATER
Geburtsjahr		

b) Tätigkeit im Herkunftsland

MUTTER	VATER

c) Schichtzugehörigkeit (höhergestelltes Elternteil)

Ungelernter Arbeiter
Angelernter Beruf
Facharbeiter, Handwerker, Angestellte, Beamte in einfach. Dienst
Mittlere Angestellte, Beamte in mittl. Dienst
Höhere Angestellte, Beamte in höherem Dienst
Kleine Selbtsändige, ambulantes Gewerbe
Selbst. Handwerker, Gewerbetreib., Landwirt in kleinem Betrieb
Selbst. Handwerker, Gewerbetreib., Landwirt in größerem Betrieb
Akademiker, freie Berufe, größere Unternehmer
Unbekannt

5. Leibliche Eltern

Leben leibliche Eltern?

Beide leben	Vater gestorben	Unbekannt, ob Vater lebt	Mutter gestorben	Unbekannt, ob Mutter lebt	Beide gestorben	Nichts bekannt
-------------	-----------------	--------------------------	------------------	---------------------------	-----------------	----------------

Beziehungsstatus der leiblichen Eltern

Leben zusammen	Getrennt/geschieden	Durch Flucht o.ä. getrennt	Durch Tod getrennt	Nie zusammen gelebt	Unbekannt
----------------	---------------------	----------------------------	--------------------	---------------------	-----------

6. Anamnese einschließlich familiärer Belastungen

Alter der Mutter bei der Geburt:

Komplikationen/ Risikofaktoren:

- im SS-verlauf:
- Alkohol o.ä. während SS:
- im Geburtsverlauf:
- im postpartalen Verlauf:
- gravierende Mängel in der Betreuungssituation während der Kindheit:

Störungen der kindlichen Entwicklung:

- Motorik
- Sprache
- Sauberkeit
- Schwere Krankheiten während Kindheit

Schule

Einschulung

Zeitgerecht Vorzeitig Zurückgestellt Unbekannt

Verlauf

Regelrecht Einmal wiederholt Mehrmals wiederholt Umgeschult Abbruch

Anderes:

gegenwärtig besuchte Schule (Klasse:)

Vorschule	Föderschule/ Schule für Lernbehinderte
Grundschule	Schule für geistig Behinderte
Förderstufe	Schule für Verhaltengestörte
Hauptschule	Andere Sonderschule:
Realschule	Berufsschule (Zweig:)
Gymnasium	
Ausgeschult	Aus anderen Gründen kein Schulbesuch:
Anderes:	

Schulstörungen

Schlechtes Betragen/ Aggressionen	Hypermotorisches Verhalten
Leistungsstörungen	Schulschwänzen
Kontaktstörungen	Schulverweigerung/ Angst
Konzentrationsstörungen	Sonstiges:

Familie

Leibliche Geschwister

Anzahl: Brüder, Schwestern Position:

Zwilling/ Mehrling: Ja nein unbekannt

Kinderzahl in gegenwärtiger Aufenthaltsfamilie:

Stellung in Kinderreihe in Aufenthaltsfamilie:

Psychiatrische Erkrankungen in der Familie

7. Psychopathologischer Befund

1...unauffällig 2...leicht 3...stark ausgeprägt 9...nicht beurteilbar

Störungen der Interaktion

(unkooperativ, unangepasst, scheu/ unsicher, albern, zurückgezogen, misstrauisch, autistisch, distanzgemindert...)

Störungen der Psychomotorik

(Tics, Stereotypien, affektiert/ gekünstelt, ...)

Störungen des Sprechens und der Sprache

(Artikulationsstörungen, expressive/ rezeptive Sprachstörungen, Störungen der Redeflüssigkeit, Mutismus, Logorrhoe, ...)

Merkfähigkeits-, Orientierungs- und Bewusstseinsstörungen oder Störungen der Wachheit

8. Diagnosen

1...trifft nicht zu 2...trifft zu 9...nicht beurteilbar

1. abnorme intrafamiliäre Beziehungen

Mangel an Wärme in Eltern-Kind-Beziehung

Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen

Feindliche Abneigung/ Sündenbockzuweisung gegenüber Kind

Körperliche Kindesmisshandlung

Sexueller Missbrauch

2. psychische Störungen, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie

psych. Störungen/ abweichendes Verhalten eines Elternteils

Behinderung eines Elternteils

Behinderung der Geschwister

Andere:

3. Inadäquate/ verzerrte intrafamiliäre Kommunikation

4. Abnorme Erziehungsbedingungen

Elterliche Überfürsorge

Unzureichende elterliche Aufsicht/ Steuerung

Erziehung, die unzureichende Erfahrung vermittelt

Unangenehme Aufforderung/ Nötigung durch Eltern

5. Abnorme unmittelbare Umgebung

Erziehung in einer Institution

Abweichende Elternsituation

Isolierte Familie

Lebensbeding. Mit mögl. psychosoz. Gefährdung

Andere

6. akute belastende Lebensereignisse

Verlust einer Liebes- oder engen Beziehung

Bedrohliche Umstände infolge von Fremdunterbringung

Negativ veränderte familiäre Beziehungen durch neue Familienmitglieder

Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen

Sexueller Missbrauch außerhalb der Familie

Unmittelbare beängstigende Erlebnisse

Andere

7. Gesellschaftliche Belastungsfaktoren

Verfolgung/ Diskriminierung

Migration oder soziale Verpflanzung

Andere

8. Chronische Belastungen im Zusammenhang mit Schule

Abnorme Streitbeziehungen mit Mitschülern

Sündenbockzuweisung durch Lehrer/ Erzieher

Allgem. Unruhe in Schule

9. Belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen oder Behinderungen

Institutionelle Erziehung

Bedrohliche Umstände infolge v. Fremdunterbringung

Abhängige Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen

Andere

Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung

Hervorragende/ gute soziale Anpassung

Befriedigende soziale Anpassung

Leichte soziale Beeinträchtigung

Mäßige soziale Beeinträchtigung

Deutliche und übergreifende soziale Beeinträchtigung

Tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung

Braucht beträchtliche Betreuung

Braucht ständige Betreuung

THESEN

1. Deutschland als ökonomisch starke und politisch stabile Nation wird auch zukünftig das Ziel von Migranten bleiben, die aufgrund kriegerischer Auseinandersetzungen, Diskriminierung oder politischer Verfolgung Asyl in einem sicheren Land suchen.
2. Die Bedingungen, unter denen Asylbewerber in Deutschland und somit auch im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern leben, sind häufig Gegenstand scharfer Kritik durch zahlreiche Nichtregierungsorganisationen und verschiedene politische Akteure. Verurteilt werden die bürokratischen Bestimmungen, die Asylbewerbern oftmals über viele Jahre sichere Aufenthaltstitel verwehren und ihnen somit zahlreiche Möglichkeiten der sozialen Teilhabe (Lohnarbeit, eigenen Wohnraum, Integrationsförderung etc.) vorenthalten. Damit verbunden wird das Asylbewerberleistungsgesetz verurteilt, da es den Betroffenen zu geringe finanzielle Ressourcen zur Verfügung stellt und damit ein Leben in Armut zementiert. Auch die Bedingungen in Gemeinschaftsunterkünften, die gekennzeichnet sind durch Enge, schlechte hygienische Bedingungen, soziale Isolation und Gewalterleben, gelten als sehr kritikwürdig.
3. Die psychische Gesundheit von Asylbewerbern und insbesondere auch die Entwicklung minderjähriger Betroffener ist einerseits durch die im Vorfeld der Migration erlebten Traumata und durch die schwierigen Lebensbedingungen in der Aufnahmegerüesellschaft in besonderem Maße gefährdet. Es kommt gehäuft zum Auftreten von posttraumatischen Belastungsstörungen, affektiven Störungen, Angststörungen, somatoformen Störungen und Störungen des Sozialverhaltens.
4. Es gibt mehrere Risikofaktoren, die sich zusätzlich negativ auf die psychische Verfassung der Kinder und Jugendlichen mit Asylstatus auswirken. Dazu gehören eine lange Dauer des Asylprozesses, psychische Probleme der Eltern ebenso wie ein niedriges elterliches Bildungsniveau. Auch das Geschlecht ist ein relevanter Faktor, da vor allem Mädchen aus traditionsbewussteren Gesellschaften im Integrationsprozess mit mehr Schwierigkeiten konfrontiert sind als Jungen.

5. In dieser Studie wurden 71 minderjährige Asylbewerber im Alter zwischen 7 und 18 Jahren und deren Familien aus neun verschiedenen Gemeinschaftsunterkünften des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern zu ihren Lebensumständen befragt. Anhand der CBCL wurde ihre psychische Verfassung untersucht. Die Ergebnisse wurden mit einer fiktiven Normalpopulation (n=100) verglichen. Darüber hinaus wurde untersucht, ob die Faktoren Alter, Geschlecht, Dauer des Asylprozesses, Psychische Belastung der Eltern und elterlicher Bildungsgrad einen Einfluss auf das Auftreten psychischer Störungen haben.
6. Die befragten Familien leiden am stärksten unter finanziellen Schwierigkeiten und Arbeitslosigkeit, den Wohnbedingungen in der Gemeinschaftsunterkunft und unter dem unsicheren Aufenthaltsstatus.
7. Die Probanden besuchen deutlich häufiger Förderschulen und viel seltener Gymnasien als die Gesamtschülerschaft des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern. Sie haben überdurchschnittlich oft ein oder sogar mehrere Schuljahre wiederholt.
8. Die Probanden gestalten ihre Freizeit aktiv, viele von ihnen üben Sportarten aus und sind in Vereinen organisiert. Auffällig ist, dass Mädchen Freizeitangebote deutlich seltener in Anspruch nehmen als Jungen.
9. In der Mehrheit der Familien ist mindestens ein Familienmitglied (meist die Mutter) von psychischen Problemen betroffen.
10. Im Vergleich zur Normalpopulation weisen minderjährige Asylbewerber in Mecklenburg-Vorpommern häufiger Auffälligkeiten bei internalisierenden Syndromen -sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden und ängstlich-depressives Verhalten-, bei aggressivem und schizoid-zwanghaftem Verhalten, und bei Aufmerksamkeitsproblemen auf. Das erhöhte Auftreten von sozialen Problemen ist grenzwertig signifikant. Keinen Unterschied zur Normalpopulation gibt es bei dissozialem Verhalten.
11. Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in der Syndromausprägung zwischen Jungen und Mädchen, lediglich im Bereich Aufmerksamkeitsprobleme weisen Jungen grenzwertig häufiger Auffälligkeiten auf.
12. Psychische Auffälligkeiten treten unabhängig vom Alter der Probanden auf.

13. Mit zunehmender Länge des Asylprozesses steigt die Inzidenz an ängstlich-depressiver Symptomatik. Es kommt vermehrt zu aggressivem Verhalten. Während es eine signifikante Korrelation zwischen Aggressionen und Dauer des Asylprozesses gibt, kommt es erst bei Probanden, die länger als 7 Jahre in Deutschland sind, zu einem deutlichen Anstieg an ängstlich-depressivem Verhalten.
14. Probanden, deren Eltern unter psychischer Belastung leiden, zeigen signifikant häufiger sozialen Rückzug, körperliche Probleme und ängstlich-depressives Verhalten. Ursache hierfür können intergenerationale Transmission oder durch die Probleme bedingte Mängel an Affektion und Zuwendung im Erziehungsstil sein. Möglich ist auch, dass Eltern mit psychischen Problemen das eigentlich normale Verhalten der Kinder durch alterierte Wahrnehmung als pathologisch einordnen.
15. Kinder von Analphabeten zeigen signifikant häufiger sozialen Rückzug, körperliche Beschwerden, ängstlich-depressives und aggressives Verhalten. Aufmerksamkeitsstörungen sind grenzwertig signifikant häufiger. Korrelationen konnten festgestellt werden zwischen Bildungsgrad und körperlichen Beschwerden sowie zwischen Bildungsgrad und aggressivem Verhalten. Relevante Unterschiede zwischen Probanden, deren Eltern über unterschiedliche Schulbildung verfügen, gibt es nicht. Es ist davon auszugehen, dass bereits ein Mindestmaß an Bildung im Migrationsprozess resilienz-fördernd ist. Möglich ist aber auch, dass Analphabetentum mit schwereren Migrationstraumata vergesellschaftet ist und dies sich auch in der psychischen Belastung der Kinder widerspiegelt.
16. Um die Lebensbedingungen minderjähriger Asylbewerber zu verbessern und somit psychische Belastung zu verringern, müssen politische und soziale Veränderungen ermöglicht werden. Vorrangig sollten Asylprozesse beschleunigt und individuelle finanzielle Mittel erhöht werden. Asylbewerbern sollte es ermöglicht werden, sich in den Arbeitsmarkt zu integrieren und sie sollten an speziell auf Bildungsgrad und Geschlecht abgestimmten Integrationsprogrammen teilnehmen dürfen. Die Wohnbedingungen sollten vor allem hinsichtlich Wohnraumgröße und infrastruktureller Gegebenheiten verbessert werden. Berufsgruppen, die mit Asylbewerbern in Kontakt treten (z. B. Lehrer, Ärzte) sollten geschult werden, besondere Bedürfnisse frühzeitig zu erkennen und die nötigen Hilfestellungen zu leisten.

DANKSAGUNG

Mein Dank gilt in erster Linie den Kindern und Jugendlichen, die bereit waren, an dieser Studie teilzunehmen, genauso wie ihren Eltern und Geschwistern - einerseits für die Bereitschaft und Geduld, meine vielen Fragen zu beantworten, vor allem aber auch für ihre große Gastfreundschaft, die es mir erst ermöglicht hat, einen wirklichen Einblick in ihr Leben zu bekommen.

Dank gebührt auch dem Personal in den jeweiligen Gemeinschaftsunterkünften. Sie haben mir ausnahmslos unkompliziert und unbürokratisch geholfen, die Familien zur Teilnahme zu motivieren, haben mir Rede und Antwort gestanden und mir durch ihre Sicht auf die Dinge geholfen, viele Informationen besser einzuordnen und zu bewerten.

Bedanken will ich mich auch bei der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Rostock unter der Leitung von Prof. Dr. med. habil. F. Häßler, die diese Studie ermöglicht hat und bei Dr. phil. O. Reis, der bereit war, meine Idee aufzugreifen und daraus eine wissenschaftliche Arbeit zu konzipieren, diese zu betreuen und mich während des gesamten Prozesses zu unterstützen.

Für Korrekturvorschläge und Formatierungshilfe bedanke ich mich ganz herzlich bei Susanne Kanter, Jacob Lahr, Hildburg Kühne und Christoph Jung.

Und das Wichtigste zum Schluss: aus tiefstem Herzen danke ich meiner Familie. Der Wolgaster (und Berliner) für ihre Liebe, ihre Unterstützung, für alle Möglichkeiten, die sie mir eröffnet und nicht zuletzt für die moralisch-soziale Prägung, die sie mir mit auf den Weg gegeben haben. Meiner "eigenen" Freiburger Familie danke ich dafür, dass sie das liebste, lustigste, turbulenteste, schönste und überhaupt weltbeste Hindernis auf dem langen Weg zur Fertigstellung dieser Arbeit war.

SELBSTSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich, Petra Jung, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne unerlaubte fremde Hilfe und nur unter Verwendung der aufgeführten Hilfsmittel angefertigt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus Werken anderer Autoren entnommene Stellen sind unter Angabe der Quellen kenntlich gemacht.

Freiburg, den 14.01.2015

Unterschrift

