



Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie
und Jugendmedizin e.V.



Deutsches
Jugendinstitut

Eckpunktepapier

Stéphanie Berrut de Berrut, Dr. Ulrike Horacek MPH,
Dr. Ilka Lennertz, Mareike Paulus, PD Dr. Erika Sievers MPH,
Prof. Dr. Ute Thyen, Dr. Gabriele Trost-Brinkhues

Frühkindliche Gesundheit bei geflüchteten Kindern und ihren Familien fördern

Impressum

© 2020 Deutsches Jugendinstitut e.V.

Nockherstraße 2
81541 München

Telefon +49 89 62306-0

Fax +49 89 62306-162

E-Mail info@dji.de

www.dji.de

ISBN 978-3-86379-330-2

Redaktion Mareike Paulus

Grafik Brandungen GmbH, Leipzig

Druck K. Schmidle Druck und Medien GmbH, Ebersberg

Datum der Veröffentlichung Mai 2020

Forschung zu Kindern, Jugendlichen und Familien an der Schnittstelle von Wissenschaft, Politik und Fachpraxis

Das Deutsche Jugendinstitut e. V. (DJI) ist eines der größten sozialwissenschaftlichen Forschungsinstitute Europas. Seit über 50 Jahren erforscht es die Lebenslagen von Kindern, Jugendlichen und Familien, berät Bund, Länder und Gemeinden und liefert wichtige Impulse für die Fachpraxis.

Träger des 1963 gegründeten Instituts ist ein gemeinnütziger Verein mit Mitgliedern aus Politik, Wissenschaft, Verbänden und Einrichtungen der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe. Die Finanzierung erfolgt überwiegend aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und den Bundesländern. Weitere Zuwendungen erhält das DJI im Rahmen von Projektförderungen vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, der Europäischen Kommission, Stiftungen und anderen Institutionen der Wissenschaftsförderung.

Aktuell arbeiten und forschen 390 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (davon 252 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler) an den beiden Standorten München und Halle (Saale).

Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. (DGSPJ) wurde 1966 als Nachfolgerin der seit 1953 bestehenden Deutschen Vereinigung für die Gesundheitsfürsorge des Kindesalters gegründet. Aktuell hat sie etwa 2.000 Mitglieder. Die DGSPJ initiiert und fördert gesundheitliche Präventionsprogramme für Familien, Kinder und Jugendliche zur Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen und ihren Familien. Sie tritt ein für die Stärkung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen und ihren Familien bei sozialer Benachteiligung, chronischer Erkrankung, Behinderung, Entwicklungsstörung oder besonderen Bedürfnissen. Als wissenschaftliche Fachgesellschaft fördert sie die Forschung, Lehre, Fort- und Weiterbildung in ihrem Bereich und regt Initiativen zur Verbesserung der interdisziplinären Vernetzung im Gesundheitswesen und zwischen den verschiedenen Gesundheitswissenschaften an. Sie veranlasst den qualitätsgesicherten Auf- und Ausbau der Sozialpädiatrischen Zentren (aktuell 153 in Deutschland), des öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes und der Rehabilitationskliniken für Kinder und Jugendliche. Die Arbeit der DGSPJ basiert auf der Anerkennung der Rechte des Kindes entsprechend der UN-Kinderrechtskonvention.

Inhalt

1. Einleitung	6
2. Empfehlungen	8
2.1 Ziel 1: Gesundheitliche Chancengleichheit ermöglichen	8
2.2 Ziel 2: Eltern stärken und beraten	9
2.3 Ziel 3: Lokale Netzwerke ausbauen	10
3. Erläuterungen zu den Empfehlungen	11
3.1 Ziel 1: Gesundheitliche Chancengleichheit ermöglichen	11
3.2 Ziel 2: Eltern stärken und beraten	16
3.3 Ziel 3: Lokale Netzwerke ausbauen	22
4. Rechtliche Grundlagen	29
4.1 Internationales Recht	29
4.2 Europäisches Recht	31
4.3 Deutsches Recht	32
5. Kurzbiografien	35
6. Literatur	37

1.

Einleitung

Kinder haben besondere Bedürfnisse nach Schutz, Förderung und Beteiligung. Diese gilt es im Sinne der UN-Kinderrechtskonvention von Geburt an zu berücksichtigen. Die besondere Situation geflüchteter Kinder wird in Deutschland bisher noch unzureichend wahrgenommen. Sie gehören zu einer sehr vulnerablen Gruppe und ihre Familien sind durch restriktive Lebensbedingungen mit vielfältigen Belastungen konfrontiert. Diese Rahmenbedingungen stellen auch für betreuende und beratende Fachkräfte eine große Herausforderung dar.

Aktuellen Zahlen des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (BAMF) zufolge stellen geflüchtete Kinder bis vier Jahre eine relevante Gruppe dar. 2018 wurden für diese Altersgruppe 26,9 % aller Asylerstanträge in Deutschland gestellt, das entspricht in absoluten Zahlen 43.480 Anträgen (vgl. BAMF 2018). Nach den aktuellen Daten des BAMF ist davon auszugehen, dass die Zahl der unter Vierjährigen bei den Asylerstanträgen auch in den kommenden Jahren vergleichsweise hoch bleiben wird.¹

Im Sinne der kommunalen Daseinsfürsorge haben Städte, Kreise und Gemeinden auf vielfältige Weise dazu beigetragen, Integration und Teilhabe für diese Kinder und Familien zu fördern. Maßnahmen des Gesundheitsschutzes und der aufsuchenden, subsidiären Versorgung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst sind hier genauso zu nennen wie Kooperation im Netzwerk mit kommunaler Kinder- und Jugendhilfe, Kindertageseinrichtungen und Schulen, Sozialdiensten, Betreuungseinrichtungen, Wohlfahrtsverbänden und vielen anderen mehr. Gerade für die frühe, auch die vorgeburtliche Phase hat sich im kommunalen Zusammenspiel vieles als sinnvoll und erfolgreich erwiesen, das es nun auszubauen und systemisch zu verankern gilt.

Die ersten Lebensmonate und -jahre sind besonders wichtig für die Entwicklung eines Kindes, da in dieser Zeit die Grundsteine für das weitere Leben gelegt werden. Diese Lebensphase mit förderlichen Angeboten zu unterstützen und unnötige Belastungen zu vermeiden, ist nicht nur für eine gute individuelle Entwicklung relevant. Sie ist auch wesentlich für die zukünftige Rolle, die das Kind eines Tages in einer Gesellschaft einnehmen wird.

Diese Erkenntnis und die Erfahrungen von sozialen Diensten und Einrichtungen, die bei vergangenen Flucht- und Migrationsbewegungen gesammelt wurden, zei-

¹ Diese Zahlen beziehen sich auf Personen, die im Jahr 2018 in Deutschland einen Asylantrag gestellt haben. Nicht erfasst sind Geflüchtete, die aus unterschiedlichen Gründen zum Stichtag 31.12.2018 (noch) keinen Asylantrag gestellt haben oder dies bereits im Jahr 2017 oder früher getan haben. Die Zahlen beziehen sich nicht auf Zugewanderte aus der EU oder sonstige Migrantinnen und Migranten, die mit einem gültigen Visum eingereist sind.

gen, dass eine frühzeitige sowie umfassende Investition in Gesundheits- und Familienförderung die Grundvoraussetzung wirksamer präventiver Arbeit ist und dazu beiträgt, komplexeren Problemsituationen, mit denen Migrantinnen und Migranten zu einem späteren Zeitpunkt konfrontiert sein können, entgegenzuwirken.

Das vorliegende Empfehlungspapier zeigt auf, welche Veränderungen notwendig sind, um auch geflüchteten Kindern ein gutes Aufwachsen zu ermöglichen. Damit Kinder ihre emotionalen, kognitiven, sozialen und motorischen Fähigkeiten voll entfalten können, ist es notwendig, die Bedingungen vor Ort in Unterkünften und im Sozialraum entsprechend zu gestalten und ihre Eltern zu stärken und zu beraten, die Herausforderungen bewältigen zu können. Dies erfordert eine Zusammenarbeit von Institutionen und Organisationen, die gemeinsam Rahmenbedingungen nachhaltig verändern sowie Versorgungsangebote aufeinander beziehen und abstimmen – insbesondere in den Bereichen Gesundheit und Soziales, Kinder- und Jugend- sowie Flüchtlingshilfe. Langfristiges Ziel ist, geflüchtete Kinder und ihre Familien von Anfang an bei einer nachhaltigen Integration in unsere Gesellschaft zu unterstützen. Doch gerade auch Kinder und Familien, die nicht dauerhaft in Deutschland bleiben können oder wollen, benötigen in der besonders sensiblen Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt und ersten Lebensjahren entsprechende Förderung und Unterstützung. Zum einen sind aus neurobiologischer Sicht nur in der frühen Kindheit bestimmte Entwicklungsfenster offen. Zum anderen brauchen diese Kinder ein besonders gutes Rüstzeug, um sich in wechselnden Lebenswelten zurechtzufinden und Krisen bewältigen zu können.

Im ersten Teil des Papiers finden sich die erarbeiteten Empfehlungen. Sie geben eine schnelle Orientierung zu den drei Handlungsfeldern (1) gesundheitliche Chancengleichheit ermöglichen, (2) Eltern in ihrer Elternverantwortung stärken und beraten und (3) lokale Netzwerke ausbauen. Im zweiten Teil werden die Empfehlungen näher erläutert, durch Hintergrundinformationen vertieft und an geeigneten Stellen durch Praxisbeispiele veranschaulicht. Die Praxisbeispiele beziehen sich auf allgemeinere Erfahrungen, konkrete Fälle oder Projekte und basieren – sofern nicht anders angegeben – auf dokumentierten Erfahrungen der Autorinnen.² Zum Schutz der betroffenen Familien wurden die Beispiele anonymisiert. Im dritten Teil werden die relevanten rechtlichen Grundlagen dargestellt, auf die sich die Empfehlungen beziehen. Dieser Teil bietet die Möglichkeit, sich in das Thema einzulesen und die rechtliche Relevanz der Empfehlungen einordnen zu können.

Die gemeinsam erarbeiteten Empfehlungen richten sich vorrangig an Entscheidungsträgerinnen und -träger auf den unterschiedlichen föderalen Ebenen.

2 Die Praxisbeispiele sind im Fließtext blau hervorgehoben.

2.

Empfehlungen

Geflüchtete Kinder haben ebenso ein Recht auf einen guten Start ins Leben wie nicht geflüchtete. Daraus ergeben sich folgende Ziele und Empfehlungen, wie diese Ziele erreicht werden können:

Ziel 1: Geflüchteten Kindern gesundheitliche Chancengleichheit ermöglichen, damit sie sich physisch und psychisch altersentsprechend entwickeln können.

Ziel 2: Ihre Eltern in ihrer Elternverantwortung stärken und beraten.

Ziel 3: Lokale Netzwerke ausbauen, um passende Hilfen abstimmen und aufeinander beziehen zu können sowie eine bedarfsorientierte Versorgung sicherzustellen.

Aus fachlicher Sicht der Frühen Hilfen und der Gesundheitsförderung heißt dies im Einzelnen:

2.1 Ziel 1: Gesundheitliche Chancengleichheit ermöglichen

Gesundheitliche Chancengleichheit schließt sowohl die gesundheitliche Versorgung als auch Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention sowie deren Nutzung durch die geflüchteten Familien mit ein. Ein frühzeitiger und uneingeschränkter Zugang zur gesundheitlichen Versorgung ist wesentlich, um Kindern eine altersentsprechende Entwicklung zu ermöglichen. Das beinhaltet auch Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention. Derzeit ist dieser Zugang für geflüchtete Familien vom Aufenthaltsstatus sowie vom Ermessen zuständiger Behörden abhängig. Diese Barrieren erschweren einen niedrigschwelligen, unbürokratischen Zugang zu allen Bereichen des Gesundheitssystems.

Wir empfehlen,

1. die elektronische Gesundheitskarte für Geflüchtete flächendeckend einzuführen,
2. Leistungen nach § 6 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) zur Gesundheits-sicherung und zur Deckung von besonderen Bedürfnissen (insbesondere notwendige Dolmetscherkosten, Psychotherapie) die aktuell im freien Ermessen der Behörde liegen (Kann-Bestimmung), regelhaft und verbindlich zugunsten von besonders vulnerablen Personengruppen wie Schwangeren und Kindern zu gewähren,

3. die nationalen Gesundheitsziele „Rund um die Geburt“ und „Gesund aufwachsen“ auch für geflüchtete Familien und Kinder umzusetzen,
4. behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern gleiche Zugangsmöglichkeiten zu einer umfassenden heilpädagogischen Versorgung, zur (interdisziplinären) Frühförderung und zu Leistungen der Eingliederungshilfe zu ermöglichen wie allen anderen Kindern in Deutschland,
5. Sammelunterkünfte als die Gesundheit beeinflussendes Setting zu verstehen und im Sinne der Verhältnisprävention gesundheitsförderlich zu gestalten.

2.2 Ziel 2: Eltern stärken und beraten

Geflüchtete Familien sind in vielfacher Hinsicht besonderen Belastungen ausgesetzt. Viele haben traumatische Erfahrungen gemacht und mussten Familienangehörige im Herkunftsland oder auf der Flucht zurücklassen. Eine hohe familiäre Belastung kann einen negativen Effekt auf die emotionale, kognitive und soziale Entwicklung eines Kindes haben und es Eltern erschweren, ihre pflegerischen und erzieherischen Aufgaben wahrzunehmen.

Um dies zu vermeiden, ist es notwendig, geflüchtete Eltern zu stärken und weitere Belastungen, die durch die Lebensumstände und den unsicheren Aufenthaltsstatus entstehen, zu verringern. Dabei gilt es, die besonderen Belange der Familien wahrzunehmen und ihnen eine kompetente sowie entwicklungsfördernde Versorgung ihrer Kinder zu ermöglichen.

Wir empfehlen,

1. die Aufenthaltszeit für Familien in Sammelunterkünften zu begrenzen,
2. für die Zeit des Aufenthalts von Familien in Sammelunterkünften folgende Mindeststandards umzusetzen:
 - ein möglichst partizipativ erarbeitetes Gewaltschutzkonzept,
 - geeignete Hygienevorrichtungen,
 - Nahrung und Kochgelegenheiten,
 - sichere, abschließbare Räume,
3. in den Unterkünften altersangemessene, entwicklungsfördernde Maßnahmen für Kinder anzubieten,
4. Eltern und ihre Kinder frühzeitig an Angebote für Familien im Stadtteil zu vermitteln,
5. in den Unterkünften verbindliche Ansprechpartnerinnen für die Belange von Schwangeren, Säuglingen und Kleinkindern zu benennen,
6. Eltern Zugang zu psychotherapeutischen und psychosozialen Beratungs- und Versorgungsangeboten zu ermöglichen,

7. Informationen über bürokratische Vorgänge und Verfahrenswege transparent zu vermitteln.

2.3 Ziel 3: Lokale Netzwerke ausbauen

Fachliche Vernetzung ermöglicht eine breite, abgestimmte und bedarfsgerechte Unterstützung, bei der Fachkräfte sowie Familien von vielfältiger Expertise und den Möglichkeiten der Zusammenarbeit und Weitervermittlung profitieren und zudem Doppelversorgung vermieden wird. Eine gute Vernetzung ist besonders wichtig, wenn Familien von Sammelunterkünften in eigene Wohnungen ziehen, um diesen Übergang gut zu begleiten.

Wir empfehlen,

1. Geburtskliniken, gynäkologische Praxen, Schwangerschaftsberatungsstellen sowie pädiatrische Praxen, Frühe Hilfen, Familienzentren, Frühförderstellen und weitere Beratungsstellen in Konzepte zur Unterstützung geflüchteter Familien einzubinden und in bestehende Netzwerke der Flüchtlingsarbeit zu integrieren,
2. durch gut koordinierte, darunter auch ehrenamtliche Stellen, Möglichkeiten zu schaffen, um Familien in der Ankommensphase zu begleiten, sie im Sozialraum zu vernetzen und ihnen so einen Weg in die Regelversorgung zu ebnet,
3. Familien einen niedrighschwelligem, vom Aufenthaltsstatus unabhängigen
4. Zugang zu den Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie zu anderen psychosozialen Regelangeboten zu gewährleisten,
5. Sprachmittlung als selbstverständlichen Bestandteil der Regelangebote des Gesundheitssystems und der Kinder- und Jugendhilfe finanziell zu fördern,
6. in Kommunen und Einrichtungen ein Bewusstsein für Diversität zu fördern und durch die interkulturelle Öffnung der Regelsysteme Strukturen entsprechend zu verändern,
7. bewährte Angebote und Maßnahmen mit Modellcharakter für die spezifische Versorgung geflüchteter Familien über eine befristete Projektförderung hinaus langfristig ins Regelsystem zu integrieren.

Die erste Zeit in Deutschland ist für Familien und ihre kleinen Kinder von besonderen Herausforderungen und Schwierigkeiten geprägt. Insbesondere das Leben in Sammelunterkünften und die Ungewissheit über den Ausgang des Asylverfahrens sowie die eigene Zukunft sind sehr belastend. Deshalb fokussieren einige unserer Empfehlungen diese Zeit. Jedoch gilt es, Familien gerade auch nach einem Umzug in eine eigene Wohnung Orientierung und Unterstützung anzubieten und bei einem gelingenden Übergang in Regelangebote zu begleiten.

Erläuterungen zu den Empfehlungen

3.1 Ziel 1: Gesundheitliche Chancengleichheit ermöglichen

Der heute in Deutschland selbstverständliche Standard der Prävention, Früherkennung und Gesundheitsversorgung für werdende Mütter und deren Kinder ist im internationalen Vergleich relativ hoch. Gleichzeitig ist der Zugang zum Gesundheitssystem für geflüchtete Schwangere und Kinder im internationalen Vergleich besonders stark reglementiert. Die große Bedeutung der perinatalen Versorgung in Deutschland wird durch das im Februar 2017 veröffentlichte nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ hervorgehoben (BMG 2017).

Auf der Flucht sind Schwangere und Kinder besonders vulnerabel und spezifischen psychischen sowie physischen Herausforderungen mit möglichen negativen Auswirkungen auf ihre körperliche und seelische Gesundheit ausgesetzt. Gewalt- und Verlusterfahrungen belasten ebenso wie die ungewisse Zukunft der Familie. Adäquate Ernährung, angemessene Hygiene sowie medizinische Vorsorge und Versorgung sind oft über längere Zeit nicht möglich.

In der Schwangerschaft und frühen Kindheit sind frühzeitige Zugangschancen zu einer umfassenden Gesundheitsförderung besonders wichtig. Viele Maßnahmen sind nur in bestimmten Zeitfenstern sinnvoll und können später nicht oder nur teilweise nachgeholt oder kompensiert werden. Aus verschiedenen Studien ist bekannt, dass sich Stress und Angst während der Schwangerschaft und in den ersten Lebensmonaten schädlich auf die Mutter und das Kind auswirken (vgl. Entringer/Buss/Heim 2016).

Deshalb ist es essenziell, die Teilhabe von geflüchteten Schwangeren und Kindern an der Gesundheitsversorgung zeitnah und umfassend nach ihrer Ankunft zu realisieren.

Fachliche Einschätzung der Mitarbeiterin einer Flüchtlingsambulanz: Information gewährt Zugangschancen

„Ein kritischer Moment in der Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen ist die Frage, wann sie entscheiden, sich bei einsetzenden Wehen zur Geburt

ins Krankenhaus zu begeben. In Deutschland werden die Frauen umfassend vorbereitet und informiert, geflüchtete Frauen benötigen einen ausreichenden Zugang zu diesen wichtigen Informationen. In den Herkunftsländern existiert hierzu oft ein anderer Ablauf. Kriegsbedingt kennen einige Frauen auch nur noch geplante Sectio-Eingriffe (Kaiserschnitt), da dies in einigen Gebieten die einzige Möglichkeit einer sicheren Geburt darstellt. Das Wissen um das Einsetzen einer Spontangeburt rückt damit in den Hintergrund. Immer wieder kommt es durch nicht ausreichende Aufklärung und Unterstützung der Frauen zu vermeidbaren Risikosituationen rund um die Geburt.“

1. Wir empfehlen, die elektronische Gesundheitskarte für Geflüchtete flächendeckend einzuführen

Hürden beim Zugang zum Gesundheitssystem können durch eine flächendeckende Einführung der Gesundheitskarte gesenkt werden. Paragraph 264 Absatz 1 SGB V schafft die rechtliche Grundlage, die „Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge gegen Kostenerstattung“ auch für Personen innerhalb der ersten 18 Monate ihres Aufenthaltes einzuführen. Die vielfach zwischen Bundesländern und gesetzlichen Krankenversicherungen bereits geschlossenen Rahmenvereinbarungen unterscheiden sich in Bezug auf den gewährten Leistungsumfang teils erheblich (vgl. Bertelsmann Stiftung 2016). In fast allen Bundesländern obliegt die Entscheidung, ob die Gesundheitskarte eingeführt wird, den Kommunen. Damit werden Lokalpolitik und die kommunale Verwaltung zu wichtigen Adressaten entsprechender Empfehlungen. Langfristig ist eine bundesweite Vereinheitlichung anzustreben.

Die Abhängigkeit des Zugangs zum Gesundheitssystem vom Aufenthaltsstatus oder Wohnort hat zur Folge, dass Personen mit gleichem Behandlungsbedarf einen unterschiedlich eingeschränkten Zugang zur gesundheitlichen Versorgung haben. Mit Aushändigung einer Gesundheitskarte entfällt die für die Geflüchteten stigmatisierende und unter Umständen auch zeitlich kritische Beantragung eines Behandlungsscheines. Für die Bewilligungsbehörden als medizinische Laien entfällt die möglicherweise schwierige Entscheidung über den konkreten Behandlungsbedarf und die spätere komplizierte Abrechnung der Kosten.

Einer Studie von Kayvan Bozorgmehr und Oliver Razum (2015) zufolge lassen sich durch die Einführung der Gesundheitskarte zudem langfristig Kosten sparen. In ihrer Studie kommen die Autoren zu dem Ergebnis, dass bei Asylsuchenden mit nur eingeschränktem Zugang zur medizinischen Versorgung die jährlichen Pro-Kopf-Ausgaben für medizinische Versorgung im Verlauf von 20 Jahren (1994–2013) um circa 40 Prozent höher waren als bei Asylsuchenden, die bereits Anspruch auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung haben (vgl. ebd., S. 17).

2. Wir empfehlen, die Leistungen nah § 6 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) zur Gesundheitssicherung und zur Deckung von besonderen Bedürfnissen (insbesondere notwendige Dolmetscherkosten, Psychotherapie), die aktuell im freien Ermessen der Behörden liegen (Kann-Bestimmung), regelhaft und verbindlich zugunsten von besonders vulnerablen Personengruppen wie Schwangeren und Kindern zu gewähren.

Für minderjährige Kinder, die mit ihren Eltern oder anderen Sorgeberechtigten einreisen, gelten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz jeweils die gleichen Bestimmungen wie für ihre Eltern. Allerdings ist insbesondere für Kinder und Schwangere § 6 AsylbLG von Bedeutung, in dem die „sonstigen Leistungen zur Sicherung der Gesundheit oder zur Deckung der Bedürfnisse eines Kindes“ geregelt werden. Dazu zählen beispielsweise die Behandlung chronischer Erkrankungen, Psychotherapien sowie die Übernahme notwendiger Dolmetscherkosten. In der Formulierung des Gesetzes können diese Leistungen gewährt werden (Kann-Bestimmung). Es besteht aber kein verbindlicher Anspruch darauf.

Laut Bundesregierung besteht jedoch bereits seit Mitte 2015 in Bezug auf § 6 AsylbLG in Verbindung mit der Flüchtlingsaufnahmerichtlinie der Europäischen Union (RL 2013/33/EU) ein zwingender Versorgungsanspruch für vulnerable Gruppen. Schwangere und Kinder werden explizit als besonders schutzbedürftig genannt, neben Menschen mit Behinderung oder mit einer schweren körperlichen oder psychischen Erkrankung sowie Menschen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben. Für diese Personengruppen wird der in § 6 AsylbLG enthaltene Ermessensspielraum praktisch außer Kraft gesetzt. Es bestehen Zweifel, ob der Versorgungsanspruch dieser Personengruppen flächendeckend bei den im Einzelfall entscheidenden Stellen bekannt ist und ausreichend umgesetzt wird. Hier bedarf es klarstellender Ausführungsbestimmungen (vgl. Deutscher Bundestag Drucksache 18/8499 und 18/9009).

3. Wir empfehlen, die nationalen Gesundheitsziele „Rund um die Geburt“ und „Gesund aufwachsen“ auch für geflüchtete Familien und Kinder umzusetzen.

Die nationalen Gesundheitsziele streben die Verbesserung der Gesundheit in definierten Bereichen oder für bestimmte Gruppen sowie die Optimierung der hierfür relevanten Strukturen an. Die dazu notwendigen Maßnahmen werden benannt und vereinbart.

Erarbeitet werden die Gesundheitsziele für das deutsche Gesundheitswesen im breiten Konsens von Vertreterinnen und Vertretern der Politik, der Kostenträger,

Leistungserbringer, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen sowie der Wissenschaft und Forschung aus insgesamt über 140 Organisationen.

Das nationale Gesundheitsziel „Rund um die Geburt“ (BMG 2017) orientiert sich an den physiologischen Abläufen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bis zum ersten Jahr nach der Geburt des Kindes. Zusammen mit dem weiteren Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“ (BMG 2010) erfolgen umfassende Empfehlungen zur Förderung der Gesundheit von Eltern und ihren kleinen Kindern.

Die Ziele rund um die Geburt lauten:

- Eine gesunde Schwangerschaft wird ermöglicht und gefördert.
- Eine physiologische Geburt wird ermöglicht und gefördert.
- Die Bedeutung des Wochenbetts und die frühe Phase der Elternschaft sind anerkannt und gestärkt.
- Das erste Jahr nach der Geburt wird als Phase der Familienentwicklung unterstützt.
- Eine gesunde Entwicklung von Eltern und Kind wird ermöglicht und gefördert.
- Lebenswelten und Rahmenbedingungen rund um die Geburt sind gesundheitsförderlich gestaltet.

Zur Realisierung der Gesundheitsziele ist es wichtig, dass alle in Deutschland lebenden Menschen Zugang zu den Angeboten während der Schwangerschaft und frühen Kindheit haben. Dies gilt insbesondere für besonders vulnerable und sozial benachteiligte Gruppen wie geflüchtete Menschen. Um diese angemessen zu erreichen, ist gezieltes staatliches Handeln notwendig. Durch eine konsequente Berücksichtigung dieser Gruppe in den Maßnahmen zur Umsetzung der Gesundheitsziele ist ein wichtiger Schritt hin zu mehr gesundheitlicher Chancengleichheit erreicht.

4. Wir empfehlen, behinderten und von Behinderung bedrohten Kinder gleiche Zugangsmöglichkeiten zu einer umfassenden heilpädagogischen Versorgung, zur (interdisziplinären) Frühförderung und zu Leistungen der Eingliederungshilfe wie allen anderen Kinder in Deutschland auch zu ermöglichen.

Kinder mit (drohender) Behinderung sind in ihrem Alltag mit unterschiedlichen Barrieren konfrontiert, die sie bei der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben einschränken. Zur Sicherstellung der durch Deutschland anerkannten Kinder- und Menschenrechte (UN-Behindertenrechtskonvention, UN-Kinderrechtskonvention) gilt es, den hier geborenen und eingereisten Kindern mit (drohender) Behinderung die gleichen Zugangsmöglichkeiten zu einer umfassenden heilpädagogischen

Versorgung, zur (interdisziplinären) Frühförderung und zu Eingliederungshilfeleistungen zu gewähren, wie allen anderen Kindern in Deutschland auch. Gerade bei Kindern mit (drohender) Behinderung ist eine zeitliche Verzögerung von Fördermaßnahmen später oftmals nicht zu kompensieren. Können Maßnahmen erst spät starten, da zunächst ein langwieriges Bleiberechtsverfahren abgewartet werden muss, steigen damit auch häufig die Folgekosten um ein Vielfaches gegenüber einer frühen Förderung.

**Aus dem Menschenrechtsbericht
Die Folgen nicht berücksichtigter Behinderung**

Werden behinderungsbedingte Bedarfe nicht genehmigt, kann das schwerwiegende Folgen haben, wie in dem Fall eines zweijährigen, gehbeeinträchtigten Kindes, dem eine orthopädische Gehhilfe erst mit zweijähriger Verzögerung bewilligt wurde. Dadurch entstanden Fehlbildungen in Hüfte und Gelenken, die dazu führen, dass das Kind womöglich nie richtig laufen lernen wird.

Quelle: Deutsches Institut für Menschenrechte 2017

5. Wir empfehlen, Sammelunterkünfte als die Gesundheit beeinflussendes Setting zu verstehen und im Sinne der Verhältnisprävention gesundheitsförderlich zu gestalten.

Unterkünfte für Flüchtlinge sind Teil der Lebenswelt „Kommune“ im Sinne des Präventionsgesetzes. Daher bestehen Anknüpfungspunkte für Maßnahmen der Gesundheitsförderung sowie der Verhältnis- und der Verhaltensprävention. Träger der Einrichtungen können Konzepte entwickeln mit dem Ziel, in den Sammelunterkünften durch bedarfs- und zielgruppengerechte Maßnahmen gesunde Lebensverhältnisse zu schaffen und damit zur Förderung der frühkindlichen Gesundheit bei geflüchteten Kindern sowie Familien beizutragen. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention sollten dabei die spezifischen Bedarfe und Bedürfnisse der Zielgruppe berücksichtigen und diese durch partizipative Prozesse in die Entwicklung und Gestaltung einbinden.

3.2 Ziel 2: Eltern stärken und beraten

Eine hohe familiäre Belastung hat einen negativen Effekt auf die emotionale, kognitive und soziale Entwicklung eines Kindes. Dieser Effekt ist in der frühen Kindheit besonders stark (vgl. z. B. Appleyard u. a. 2005). Geflüchtete Familien sind vielfachen Belastungen wie beengten Wohnverhältnissen, dem Arbeitsverbot während des Aufenthalts in der Erstaufnahme, einer möglichen Trennung von Familienangehörigen, geringen materiellen Ressourcen oder dem Miterleben von Gewaltsituationen in den Unterkünften ausgesetzt.

Diese Belastungen in der Zeit des Ankommens stehen in Wechselwirkung mit möglichen psychischen Beeinträchtigungen durch belastende bis traumatische Erfahrungen im Herkunftsland oder auf der Flucht sowie die Sorge um zurückgebliebene Familienmitglieder. Verstärkt wird die Belastung durch einen geringen Handlungsspielraum in der Gegenwart und eine unklare Zukunft, die teilweise als sehr bedrohlich erlebt wird. Die enorme Unsicherheit hinsichtlich des Aufenthaltsstatus erzeugt bei den meisten Geflüchteten in hohem Maße Angst und Stress. In einer Schwangerschaft verstärkt sich diese Belastung durch die Sorge um das Kind.

Diese Mehrfachbelastung kann dazu führen, dass Menschen mit Fluchthintergrund in einen resignativen bis depressiven Zustand gelangen, der sie auch in der Erfüllung ihrer Elternrolle beeinträchtigt (vgl. Berrut de Berrut/Ghavidel-Taghavi 2018). Daher ist es wichtig, dass Familien, insbesondere jene mit Kleinkindern, nur so kurz wie möglich in Flüchtlingsunterkünften untergebracht sein sollten. Lässt sich ein längerer Aufenthalt nicht vermeiden, sollte die Förderung des Wohlergehens der Eltern als Voraussetzung zur Sicherung des Kindeswohls als Querschnittsaufgabe über alle wesentlichen Bereiche der Flüchtlingsversorgung mitgedacht werden. Hierbei sind zu berücksichtigen: angemessene räumliche Unterbringung, größtmögliche Transparenz bürokratischer Verfahren, geeignete Ernährungsmöglichkeiten, passende Angebote der Betreuung und psychosozialen Unterstützung. Ziel sollte dabei sein, Geflüchtete möglichst schnell in eine aktive Rolle als Handelnde und Verantwortung übernehmende Erwachsene zu bringen. Unterstützung kann von Lotsen- und Familienpatenprogrammen über die Angebote und Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe bis hin zu Psychotherapie reichen. Ein besonderes Augenmerk sollte dabei auf Eltern(-teilen) liegen, die Gewalt erlebt haben.

Je mehr Belastungsfaktoren vorliegen und je länger die Belastung in einer Familie anhält, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit einer negativen Auswirkung auf die Entwicklung des Kindes, wie eine Studie des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen bestätigt (vgl. Zimmermann u. a. 2016). Um diese negativen Effekte so weit wie möglich zu vermeiden, ist es wichtig, die Eltern zu stärken und strukturelle Belastungen zu verringern.

1. Wir empfehlen die Aufenthaltszeit für Familien in Sammelunterkünften zu begrenzen.

Flüchtlingsunterkünfte sind notwendige Übergangslösungen, jedoch keine Orte, die der Gesundheit und Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern förderlich sind. Auch wenn es an vielen Orten ein hohes Engagement zu Verbesserungen gibt, sind nach wie vor viele Sammelunterkünfte von räumlichen Einschränkungen, Unfallgefahren sowie vom Fehlen einer kindgerechten Umwelt und entwicklungsförderlicher Anregungen geprägt.

Gerade im frühen Kindesalter erfolgen wesentliche Schritte der Gehirnentwicklung (vgl. Entringer/Buss/Heim 2016). Somit ist die frühe Kindheit eine wichtige Zeit für die kognitive, emotionale und soziale Entwicklung. Ein anregendes Umfeld, in dem Spielen, Lernen und Ausruhen möglich sind, trägt wesentlich zu einer gedeihlichen Entwicklung bei. Aus diesem Grund sollten Familien möglichst kurze Zeit in Sammelunterkünften verbleiben müssen. Ihr Aufenthalt in Erstaufnahmeeinrichtungen sollte sich an den gesetzlich vorgeschriebenen sechs Wochen und nicht an den längstens möglichen sechs Monaten orientieren. Kinder in Unterkünften sollten schnellstmöglich Zugang zu Betreuung, Bildung und Teilhabe in den sozialen Einrichtungen der Kommunen erhalten.

Aus der Praxis einer psychologischen Beratungsstelle: Wochenbett in der Unterkunft

Frau M. entbindet im Krankenhaus ihre Tochter. Es ist ihr zweites Kind, ihr Sohn ist zwei Jahre alt. Vor acht Monaten ist die Familie geflohen, weil ihre Heimatstadt vom IS eingenommen wurde. Am dritten Tag nach der Geburt, kurz bevor sie von der gynäkologischen Station entlassen werden soll, bricht Frau M. zusammen. Sie scheint kurz wie bewusstlos, dann weint sie und ist nicht zu beruhigen. Nur mühsam finden die Helfer heraus, dass Frau M. bei der Vorstellung, mit ihrem Neugeborenen in die beengte Wohnsituation der Gemeinschaftsunterkunft zurückkehren zu müssen, zusammengebrochen ist. Dort habe sie keine Privatsphäre: Sie lebten zu viert in einem kleinen Raum; Küche und sanitäre Einrichtungen müssten sie sich mit mehreren anderen Geflüchteten, Alleinstehenden und Familien mit Kindern in unterschiedlichem Alter teilen. Es sei oft sehr laut und dreckig, fast immer müsse sie putzen, bevor sie etwas benutzen könne. Erst als der Familie nach mehreren Wochen doch eine Wohnung zugewiesen wird, kommt Frau M. langsam wieder zur Ruhe. Die für sie schreckliche Situation im Wochenbett, in der sie ihr Neugeborenes nicht so versorgen konnte, wie es für sie wichtig gewesen wäre, beschäftigt sie noch viele Wochen.

2. Wir empfehlen, für die Zeit des Aufenthalts von Familien in Sammelunterkünften folgende Mindeststandards umzusetzen.

Ist ein Umzug in eine eigene Wohnung nicht frühzeitig umzusetzen, sind in den Sammelunterkünften zumindest bestimmte Mindeststandards einzuhalten. Das Recht auf eine kindgerechte und menschenwürdige Unterbringung leitet sich aus den in Kapitel 3 dieses Empfehlungspapiers näher ausgeführten internationalen und nationalen Gesetzen und Abkommen ab, insbesondere der UN-Kinderrechtskonvention und der Flüchtlingsaufnahmerichtlinie der Europäischen Union (RL 2013/33/EU).

Ein möglichst partizipativ erarbeitetes Gewaltschutzkonzept

Solange Familien noch in Unterkünften leben, muss alles getan werden, um ein schützendes und förderndes Umfeld zu ermöglichen. Auch in Deutschland sind besonders vulnerable Personen wie Kleinstkinder, Schwangere oder allein geflüchtete Frauen vor allem in Gemeinschaftsunterkünften der Gefahr psychischer, sexueller sowie körperlicher Gewalt und Bedrohung ausgesetzt. Dieses Problem muss strukturell gelöst werden. Ein hilfreiches Instrument dazu ist ein partizipativ erarbeitetes Schutzkonzept, wie es vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und UNICEF gemeinsam mit weiteren Partnerorganisationen erarbeitet wurde (vgl. BMFSFJ/UNICEF 2017). Die Geflüchteten sind in diesen Prozess als aktive Partner einzubeziehen.

Geeignete Hygienevorrichtungen

Um erzieherische und pflegerische Aufgaben wahrnehmen zu können, sind für Familien mit Kleinkindern geeignete sanitäre Einrichtungen für die Säuglingspflege sowie sichere, einfach erreichbare und möglichst kindgerechte Toiletten notwendig. So fehlt in vielen Einrichtungen ein sauberer und warmer Ort, um ein Neugeborenes baden zu können. Ist der Sanitärbereich umständlich zu erreichen oder wird er als unsicherer Ort erlebt, ist es die Strategie vieler geflüchteter Frauen, diesen Ort zu meiden, indem sie wenig trinken. Vor allem während einer Schwangerschaft und in der Stillzeit ist eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr jedoch wichtig für die Gesundheit von Mutter und Kind. Wie beispielsweise das Projekt „pro familia: Flüchtlinge im Blick“³ zeigt, ist es sinnvoll, dieses Thema mit dem Unterkunftspersonal und allen Bewohnerinnen und Bewohnern gemeinsam anzugehen, d. h., direkt oder indirekt über die Frauen auch Männer und Kinder zu erreichen.

Nahrung und Kochgelegenheiten

Von besonderer Bedeutung für Schwangere und Familien mit kleinen Kindern sind Regelungen zum Thema Essen. In den meisten Erstaufnahmeeinrichtungen gibt es keine Möglichkeiten, selbst zu kochen. Aus Brandschutzgründen sind Wasserkocher

³ Das Projekt wird gefördert vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen und in Elementen durch die UNO-Flüchtlingshilfe.

in den Zimmern verboten. Damit ist schon die Zubereitung von Babyfläschchen mit einem erheblichen Aufwand verbunden. Die Zubereitung von Mahlzeiten, die die Familien aus der Heimat kennen, erweist sich als fast unmöglich. Am Beispiel Nahrung verdichtet sich das Thema „gut für sich und sein Kind zu sorgen“. Nicht bestimmen zu können, was die eigenen Kinder zu essen bekommen, ist ein starker Eingriff in die Rechte von Eltern – und kann gravierende Folgen für die Gesundheit haben, wie z. B. Untergewicht bei Schwangeren und Säuglingen.

In diesem Kontext ist auch zu beachten, dass das Stillen durch das Leben in der Erstaufnahme erschwert werden kann, etwa wenn geeignete Rückzugsräume für Mutter und Baby fehlen. Bei Stillproblemen bestehen sehr hohe Hürden, um auf Hilfsmittel wie Milchpumpen zurückgreifen zu können. Stillen hat jedoch einen positiven Einfluss auf die Mutter-Kind-Bindung und auf die kognitive Entwicklung des Kindes.

Sichere, abschließbare Räume

Für die meisten Menschen ist es nicht einfach, auf engem Raum zusammenzuleben, wo unterschiedliche Lebensgewohnheiten und Lebensrhythmen zusammenkommen und Küche und Sanitärbereich geteilt werden müssen. Zusätzlich kann es zur Belastung werden, den Wohnalltag mit Menschen unterschiedlichster Herkunft zu teilen bzw. mit Personen, die Konflikte im Herkunftsland repräsentieren, zusammenleben zu müssen. Daher sind Rückzugsräume und ein Mindestmaß an Privatsphäre besonders wichtig.

3. Wir empfehlen, in den Unterkünften altersangemessene, entwicklungsfördernde Maßnahmen für Kinder anzubieten.

Den vorhandenen Einschränkungen in den Unterkünften sollte durch geeignete Angebote für Kinder unterschiedlicher Altersstufen entgegengewirkt werden. Diese Angebote sollten partizipativ mit den Eltern entwickelt werden, sodass diese aktiv in ihrer Elternrolle angesprochen sind. Auf diesem Wege werden Eltern als Expertinnen und Experten in eigener Sache einbezogen und erleben sich bei der Realisierung von Angeboten, die ihnen selbst und der Entwicklung und Integration ihrer Kinder zugutekommen, als wirkmächtig. Beispiele für geeignete Konzepte und Maßnahmen finden sich unter dem Stichwort „kinderfreundliche Orte“ bzw. „Child Friendly Spaces“ in der Literatur (vgl. z. B. UNICEF 2017). Dazu gehören Aktivitäten für verschiedene Altersgruppen, Raumkonzepte, die auch Rückzugsorte beinhalten, Spiel- und Lernangebote sowie Erholungs-, Bildungs- und psychosoziale Unterstützungsangebote, die nicht nur Struktur im Hier und Jetzt anbieten, sondern auch die Möglichkeit, das Erlebte besser zu verarbeiten und die innere Widerstandsfähigkeit zu stärken.

**Eine Anregung für die Praxis:
Einrichtung „kinderfreundlicher Orte“**

„Kinderfreundliche Orte“ oder „Child Friendly Spaces“ stellen ein seit vielen Jahren etabliertes Konzept dar, das von gemeinnützigen Vereinen und Nichtregierungsorganisationen in Notsituationen angewendet wird. Diese Orte möchten Kindern Schutz vor Gefahren bieten, ihr psychosoziales Wohlbefinden verbessern und die Fähigkeiten der Gemeinschaft und der Eltern stärken, ihre Kinder zu schützen. Das Konzept ist auch Teil der von Bundesfamilienministerium und UNICEF entwickelten Mindeststandards zum Schutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften. In den Unterkünften werden Räume eingerichtet, die Kindern als Rückzugsorte dienen können. Darin sollen niedrighschwellige und an den unterschiedlichen Bedürfnissen und Fähigkeiten der Kinder ausgerichtete Aktivitäten angeboten werden. Diese sind inklusiv, d.h. barrierefrei zugänglich, und alters-, kultur- und geschlechtersensibel zu gestalten. Auch strukturelle Sicherheit muss durch einen festzulegenden Verhaltenskodex für alle hauptamtlich und ehrenamtlich Mitarbeitenden sowie durch klare Regeln für Kinder, Eltern und Betreuende gewährleistet werden. Das beinhaltet beispielsweise Hinweise zu einem gewaltfreien Umgang miteinander.

4. Wir empfehlen, Eltern und ihre Kinder frühzeitig an Angebote für Familien im Stadtteil zu vermitteln.

Neben Aktivitäten in den Unterkünften ist es nach der ersten Ankunftsphase auch wichtig, Eltern und ihren Kindern die Teilnahme an Angeboten wie Spielgruppen oder Familienbildungsprogrammen im Stadtteil zu ermöglichen. Dadurch können neue Kontakte geknüpft und ein Austausch mit anderen Eltern gefördert werden. Es sollte jedoch beachtet werden, dass eine Verlegung der Familie erneute Beziehungsabbrüche bedeuten kann.

5. Wir empfehlen, in den Unterkünften verbindliche Ansprechpartnerinnen und -partner für die Belange von Schwangeren, Säuglingen und Kleinkindern zu benennen.

Besonders in großen Unterkünften geraten die spezifischen Bedürfnisse vulnerabler Gruppen wie Schwangere, Säuglinge und Kleinkinder schnell aus dem Blick. Der Alltag ist für alle Beteiligten mit großen Herausforderungen verbunden, für spezifische Bedürfnisse fehlen oft die Zeit und materielle Ressourcen. Um diesem Problem strukturell entgegenzuwirken, sollten in Unterkünften mit mehr als

100 Personen verbindliche hauptamtliche Ansprechpartnerinnen für die Bedürfnisse von Schwangeren, Säuglingen und Kleinkindern benannt werden. Diese berücksichtigen sowohl eine kindgerechte Ausstattung der Einrichtung (Stillräume, Rückzugsmöglichkeiten) als auch eine adäquate Versorgung und Betreuung von Schwangeren und Familien (Beratung zu schwangerschaftsspezifischen Themen). Bei Bedarf vermitteln sie die Familien an passende Angebote z. B. der Frühen Hilfen im Sozialraum.

**Ein Beispiel gelungener Praxis:
Müttersprechstunde in einer Erstaufnahme**

In einer Erstaufnahmeeinrichtung wurde eine Müttersprechstunde eingerichtet. Zu festgelegten Zeiten findet in den Räumlichkeiten der Einrichtung eine Beratung statt. Alle Schwangeren oder Familien mit Kleinkindern werden von der Asylsozialberatung dorthin verwiesen. Es besteht eine Kooperation mit einer Hebamme und dem Sozialdienst. Neben einer Erstaussstattung an Babykleidung und sonstiger Babyausstattung bekommen die Familien auch Informationen und Unterstützung bei der Beantragung weiterer Gelder. Die Beraterinnen können darüber hinaus bei komplexeren Einzelfällen an weitere Stellen vermitteln.

6. Wir empfehlen, Eltern Zugang zu psychotherapeutischen und psychosozialen Beratungs- und Versorgungsangeboten zu ermöglichen.

Erlebnisse im Herkunftsland oder auf der Flucht haben oftmals Traumatisierungen zur Folge. Haben Eltern unverarbeitete traumatische Erfahrungen, beeinflusst das die Interaktion mit dem Säugling. Die Konfrontation mit der eigenen Hilflosigkeit und den Bedürfnissen des Säuglings kann zurückliegende Ohnmachtserfahrungen reaktivieren.

Mitunter hat dies eine transgenerative Weitergabe des Traumas zur Folge. Ein möglicher Effekt ist der Einfluss des Traumas auf das Bindungsverhalten. Eine sichere Bindung vermittelt dem Kind ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit. Diese wird aufgebaut, wenn Eltern feinfühlig auf die Signale des Säuglings reagieren, d. h., sie erkennen die Signale, interpretieren sie richtig und reagieren angemessen und schnell darauf. Ein solches Verhalten kann durch eigene traumatische Erfahrungen erschwert werden. Eltern können ihrem Kind nur Halt und Sicherheit vermitteln, wenn sie selbst über ausreichend eigenen Halt verfügen. Aus diesem Grund brauchen insbesondere Schwangere und Eltern von Kleinkindern mit traumatischen Erfahrungen psychosoziale Unterstützung, beispielsweise im Rahmen der Frühen Hilfen, sowie einen Zugang zu psycho-

therapeutischen Angeboten. Eine bedarfsgerechte Zurverfügungstellung entsprechender Angebote mit geklärten Regelungen zu ihrer Finanzierung kann zu einer gelingenden sozialen, emotionalen und kognitiven Entwicklung der Kinder beitragen.

Aus der Praxis einer psychotherapeutischen Sprechstunde: Trauma in der Schwangerschaft

Frau L. flieht nach einer mehrwöchigen Geiselhaft mit ihrem Mann und zwei Kindern im Kleinkindalter und ist erneut schwanger. In Deutschland wird eine schwere posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert. Die dringend erforderliche Behandlung kann allerdings nicht in ausreichendem Maß realisiert werden, da der Familie der Umzug in einen Ort mit entsprechenden Therapieangeboten nicht gewährt wird und der Fahrweg von über zwei Stunden in der Schwangerschaft nicht zumutbar ist.

7. Wir empfehlen, Informationen über bürokratische Vorgängen und Verfahrenswege transparent zu vermitteln.

Zu den vielfältigen Belastungen geflüchteter Familien kommt die existenzielle Unsicherheit durch einen oft über lange Zeit nicht geklärten Aufenthaltsstatus hinzu. Diese Unsicherheit schwebt über allen Alltagshandlungen und beeinflusst Interaktionen und Beziehungen. Daher ist es wichtig, die Familien möglichst umfangreich und für sie nachvollziehbar über Angebote, bürokratische Vorgänge und Verfahrenswege zu informieren. Nachvollziehbarkeit und Vorhersehbarkeit können Gefühlen der Ohnmacht und des Ausgeliefertseins entgegenwirken.

3.3 Ziel 3: Lokale Netzwerke ausbauen

Um die Situation von geflüchteten Familien nachhaltig zu verbessern, benötigen diese eine möglichst rasche Anbindung an die Regelversorgung. Das verhindert zum einen kostenintensive Parallelstrukturen und fördert zum anderen die Integration. Eine gut vernetzte Angebotslandschaft ist insbesondere wichtig, wenn Familien die Sammelunterkünfte verlassen und in eigenen Wohnungen untergebracht werden. Durch diesen Wechsel ändern sich auch Zuständigkeiten. So ist die Sozialberatung der Unterkunft nach Auszug der Familien nicht mehr zuständig. Eine gut vernetzte Angebotslandschaft unterstützt die Familien in der Orientierung und vermittelt bedarfsgerecht an das passende Angebot.

Eine bedarfsadäquate Vermittlung von Familien erfordert zunächst einen guten Überblick über die vorhandene Angebotsstruktur. Es gibt in den meisten Städten und Landkreisen eine breite Angebotspalette zur Unterstützung von Schwangeren und Familien, von der Schwangerschaftsberatung über Hebammenbetreuung, Mutter-Kind-Gruppen, Ernährungsberatung, Familienbildungsangeboten, Frühförderung bis hin zu aufsuchenden Angeboten der Frühen Hilfen und der Familienhilfe. Jedoch sind nicht alle Familien gleichermaßen über die bestehenden Angebote informiert. Auch für in Deutschland verwurzelte Familien ohne Sprachbarrieren ist es häufig nicht einfach, einen umfassenden Überblick zu erhalten, wie eine Studie des Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) zu Kenntnis und Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen zeigt (vgl. Eickhorst, Andreas u. a. 2016). Für in Deutschland neu angekommene Menschen mit geringen Deutschkenntnissen und anderen Erfahrungen und Vorstellungen von Unterstützung ist es um ein Vielfaches schwieriger, die Angebotsvielfalt zu erfassen und zu verstehen.

Daher ist die Vernetzung der verschiedenen Angebote für Familien und eine gute Zusammenarbeit der Anbieter mit relevanten Akteuren aus dem Fluchtbereich wie Asyl- bzw. Sozialberatung, Rechtsberatung oder Selbstorganisationsgruppen Geflüchteter für eine untereinander abgestimmte Bereitstellung von Information und für gegenseitige Empfehlungen zentral.

Ein Beispiel gelungener Praxis: „Fachdialognetz“ für schwangere geflüchtete Frauen des pro familia Bundesverbandes e. V.

Der pro familia Bundesverband baut bundesweit acht Fachdialognetze zur Unterstützung schwangerer geflüchteter Frauen auf. Die Fachdialognetze werden vom BMFSFJ gefördert und dienen der professionellen Vernetzung, dem Austausch und der gegenseitigen Unterstützung von multidisziplinären Fachkräften, ehrenamtlichen Initiativen und Migrantenorganisationen. Neben dem Fachdialog im direkten Gespräch und bei gemeinsamen Fachveranstaltungen bietet das Projekt eine webbasierte Angebots- und Expertendatenbank, die hilft, Angebote für schwangere geflüchtete Frauen schneller zugänglich zu machen. Daneben stellt die Datenbank eine umfangreiche Mediathek mit Fachtexten und -materialien bereit und gibt einen Überblick über relevante Fachveranstaltungen.
www.fachdialognetz.de

1. Wir empfehlen, Geburtskliniken, gynäkologische Praxen, Schwangerschaftsberatungsstellen sowie pädiatrische Praxen, Frühe Hilfen, Familienzentren, Frühförderstellen und weitere Beratungsstellen in Konzepte zur Unterstützung geflüchteter Familien einzubinden und in bestehende Netzwerke der Flüchtlingsarbeit zu integrieren.

Durch eine gut strukturierte und koordinierte Zusammenarbeit lassen sich Synergieeffekte erzielen. Durch gegenseitigen Austausch können Akteure aus unterschiedlichen Systemen voneinander lernen und in ihrem Handeln gestärkt werden. In vielen Kommunen bestehen bereits systemübergreifende Netzwerke, beispielsweise im Rahmen der Frühen Hilfen. An diese Kooperationen kann angeknüpft werden.

Neben der Bereitstellung und Vernetzung von spezifischen Angeboten für Familien mit Kleinkindern in den Unterkünften ist es ebenso wichtig, bestehende Angebote in den Kommunen für geflüchtete Familien zu öffnen. Mit der Hilfe eines funktionierenden Netzwerks werden Familien über etablierte Angebote aus dem Gesundheits-, Sozial- und Fluchtbereich informiert, die zu ihrer Lebenslage passen, und unterstützt, wenn sie eines dieser Angebote wahrnehmen wollen.

Ein Beispiel gelungener Praxis:

Aufsuchende Schwangerschaftsberatung des donum vitae Bundesverbands e. V.

In bislang 28 Standorten bietet donum vitae im vom BMFSFJ geförderten Modellprojekt „Schwangerschaft und Flucht“ eine aufsuchende Schwangerschaftsberatung in der Lebenswelt der Geflüchteten an. Neben lebenspraktischen Fragen zu Geburtsmöglichkeiten und finanzieller Unterstützung geht es in den Beratungsgesprächen verstärkt auch um psychosoziale Beratung. Die Frauen befinden sich oft in einer Ausnahmesituation, die durch die bestehende Schwangerschaft noch verschärft wird. Weitere drängende Fragen sind der Schutz vor sexualisierter Gewalt, Informationen zu Verhütung und weiterführende Gesundheitsangebote etwa durch Hebammen und Gynäkologen. Die Beraterinnen übernehmen dabei eine Lotsenfunktion in die Regelsysteme. Wenn möglich, arbeiten die Beraterinnen mit qualifizierten Dolmetscherinnen zusammen. Außerdem wurden mehrsprachige Informationsmaterialien entwickelt und auf der Internetseite www.schwangerschaft-und-flucht.de zur Verfügung gestellt.

Für eine gelingende Überleitung von Familien aus den Unterkünften in die Versorgung im Sozialraum ist neben der systematischen Kooperation im regionalen Netzwerk die Einbindung von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern wichtig, die die speziellen Bedarfe von geflüchteten Familien und Kindern kennen sowie fachliche Impulse zur Weiterentwicklung der Angebotslandschaft geben können.

Ein Beispiel gelungener Praxis: „Flüchtlingslotsen“

Die ärztliche und psychotherapeutische Versorgung geflüchteter Menschen ist nicht nur aufgrund sprachlicher und kultureller Unterschiede eine Herausforderung, sondern auch, weil zusätzlich bestimmte formale Abläufe wie die Kostenübernahme anders ablaufen. So sind z. B. je nach Aufenthaltsstatus der Personen andere Kostenträger zuständig. Zusätzlich haben Kommunen unterschiedliche Verfahren zur Beantragung von Kostenübernahmen und ähnlichen bürokratischen Verfahren. Um die Versorgung geflüchteter Menschen nicht weiter zu erschweren, wurde am Universitätsklinikum Dresden ein „Flüchtlingslotse“ als zentraler Ansprechpartner für die geflüchteten Menschen und alle an der medizinischen Versorgung Beteiligten etabliert. Der „Flüchtlingslotse“ übernimmt die Kostenträgerklärung, unterstützt die Terminvereinbarung und organisiert Dolmetscherinnen und Dolmetscher.

2. Wir empfehlen, durch gut koordinierte, darunter auch ehrenamtliche Stellen, Möglichkeiten zu schaffen, um Familien in der Ankommensphase zu begleiten, sie im Sozialraum zu vernetzen und ihnen so einen Weg in die Regelversorgung zu ebnet.

Geflüchtete Eltern stehen vor der Herausforderung eines doppelten Übergangs: Zum einen brauchen sie Zeit, um in Deutschland anzukommen, sich in einem neuen System zurechtzufinden und die Unsicherheit der Ankunftsphase auszuhalten. Zum anderen finden sie sich durch die Geburt eines Kindes in ihre Elternrolle und die geänderte Familiensituation ein. In dieser herausfordernden Phase benötigen sie besondere Unterstützung.

Diese Unterstützung kann beispielsweise durch ehrenamtliche Familienpatinnen und -paten erfolgen. Diese können Familien zu Terminen begleiten und Ansprechpersonen beispielsweise bei Fragen und Sorgen in Bezug auf das deutsche Versorgungssystem sein. Sie können auch den Übergang von der Sammelunterkunft in die eigene Wohnung begleiten. Damit Helferinnen und Helfer nicht überfordert werden, sollten sie durch eine hauptamtliche Fachkraft begleitet und ihr Einsatz koordiniert werden. Zudem können sie sich über spezifische Fort- und Weiterbildungen auf die Unterstützung vorbereiten.

Ein Beispiel gelungener Praxis: Willkommen mit IMPULS – ein niedrigschwelliges Angebot für geflüchtete Familien der Impuls Deutschland Stiftung e. V.

Drei Monate lang besuchte die Ehrenamtliche Anna L. die syrische Familie S. im Übergangwohnheim. Jeden Mittwoch unternahm Anna L. gemeinsam

mit den Eltern und ihren zwei- und vierjährigen Kindern unterschiedliche Aktivitäten. „Ich habe viele neue Anregungen bekommen“, freut sich die Mutter. Die Eltern spielen mit ihren Kindern nun täglich. Der regelmäßige Besuch hilft der Familie, eine Alltagsstruktur zu entwickeln, fördert ihre Deutschkenntnisse und bildet eine wichtige, vertrauensvolle Grundlage für die Teilnahme an weiteren Angeboten im Sozialraum.

3. Wir empfehlen, Familien einen niedrigschwelligen, vom Aufenthaltsstatus unabhängigen Zugang zu den Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie zu anderen psychosozialen Regelangeboten zu gewährleisten.

Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe stehen nach § 6 Absatz 2 SGB VIII allen Kindern offen, die rechtmäßig oder aufgrund einer ausländerrechtlichen Duldung ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben (siehe ausführlicher S. 32).

Kinder und ihre Eltern sollten so früh wie möglich an den Spiel-, Betreuungs- und Bildungsangeboten im Stadtteil teilhaben. Dazu gehört auch ein Zugang zur Kindertagesbetreuung. Ab dem ersten Lebensjahr besteht auch für geflüchtete Kinder ein Anspruch auf einen Betreuungsplatz. Neben dem unmittelbaren Nutzen – z. B. für die Kinder der Spracherwerb und für die Eltern die Möglichkeit, an Sprach- und Integrationskursen teilzunehmen – fördert ein Betreuungsplatz das Zusammenleben und die Integration vor Ort. Dazu ist es notwendig, Eltern über entsprechende Angebote und ihre Ansprüche darauf zu informieren und zu beraten. Für eine gute Umsetzung empfiehlt es sich, gemeinsam mit allen relevanten Akteuren ein Konzept zu erarbeiten, das Zugangswege und Finanzierung klärt und eine flexible Bedarfsplanung ermöglicht

4. Wir empfehlen, Sprachmittlung als selbstverständlichen Bestandteil der Regelangebote des Gesundheitssystems und der Kinder- und Jugendhilfe zu fördern.

Sprachmittlung ist im psychosozialen und gesundheitlichen Bereich essenziell, ohne diese ist eine der Situation angemessene Versorgung und Beratung der Personen nicht möglich. Studien belegen, dass sprachliche Probleme den Zugang zum Gesundheitswesen erschweren bzw. verhindern können und zu Fehldiagnosen sowie Behandlungsfehlern führen. Weiterhin zeigen sie auf, dass sich die Qualität der Kommunikation auf die Qualität der Behandlungen und somit auch auf den Behandlungserfolg auswirkt (vgl. Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit 2017). Inzwischen liegen Erfahrungen vor, wie Sprachmittlung im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen organisiert werden kann und welche

Voraussetzungen dafür zu schaffen sind (vgl. Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2015). Das am häufigsten genannte Problem beim Thema Sprachmittlung ist die fehlende Finanzierung. Daher empfiehlt der bundesweite Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit in seiner Stellungnahme eine Änderung des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V), die es ermöglichen würde, Dolmetscherleistungen für fremdsprachige Patientinnen und Patienten als Teil der Krankenbehandlung über die gesetzlichen Krankenkassen zu finanzieren. Voraussetzung wäre die Etablierung eines entsprechend einheitlichen Berufsbilds und damit verbunden eine verbindliche Ausbildungsordnung (vgl. Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit 2017).

Für die nicht minder wichtige Sprachmittlung in Einrichtungen der (psycho-)sozialen Versorgung wie Erziehungs-, Schwangerschaftsberatungsstellen, Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, der öffentlichen Gesundheitshilfe sowie der Frühen Hilfen ist eine ausreichende Finanzierung, die nicht zu Lasten der Einrichtungsbudgets geht, unabdingbar. Hier sind die Kommunen und zuständigen Landes- und Bundesministerien gefragt. Es fehlt auch an qualifizierten Dolmetschern bzw. vor allem an Dolmetscherinnen.

Übersetzungs-Apps und andere digitale Lösungen können zu einer ersten Verständigung beitragen, ersetzen jedoch keine persönliche Sprachmittlung, gerade in Gesprächen mit sensiblen Inhalten.

5. Wir empfehlen, in Kommunen und Einrichtungen ein Bewusstsein für Diversität zu fördern und durch die interkulturelle Öffnung der Regelsysteme Strukturen entsprechend zu verändern.

In vielen Einrichtungen wurden in den letzten Jahren bereits interkulturelle Öffnungsprozesse angestoßen. Diese gilt es weiter zu unterstützen und dabei die Gruppe Geflüchteter gezielt in den Blick zu nehmen. Erforderlich ist die Bereitschaft von Kliniken, niedergelassener Ärzteschaft sowie Angehörigen anderer Heilberufe und Fachkräften psychosozialer Einrichtungen, sich Menschen unabhängig von ihrer Herkunft und Sprachkompetenz zu öffnen. Dies erfordert strukturelle Weiterentwicklungen im Gesundheits- und psychosozialen Versorgungssystem, sodass Angebote die Menschen in ihrer ganzen Vielfalt erreichen. Denn gerade neu zugewanderte Menschen, die das hiesige System noch nicht kennen und die Landessprache nicht sprechen, werden sonst von Regelangeboten ausgegrenzt. Dies wirkt sich besonders prekär bei vulnerablen Gruppen wie traumatisierten Menschen, schwangeren Frauen und Familien mit Kleinkindern aus. Gerade die medizinische Versorgung von Frauen in der Schwangerschaft ist wichtig, um Mütter- und Säuglingssterblichkeit vorzubeugen. Dafür nachhaltige Strukturen zu schaffen, ist eine wichtige Gestaltungsaufgabe für Politik und Verwaltung. Dazu gehören die Einstellung von Personen mit Migrationshintergrund bzw. Fremdsprachenkennt-

nis, die Bereitstellung von Finanzmitteln für Sprachmittlung sowie die Aus- und Weiterbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Erlangung entsprechender Kompetenzen. Diese Kompetenzen werden im Fachdiskurs als migrations-, kultur- oder diskriminierungssensibel beschrieben, wobei sie auch weitere Aspekte wie Alter, Geschlecht, sexuelle und religiöse Orientierung, sozioökonomischen Status sowie Zugangs- und Aufstiegsmöglichkeiten in Bildung, Beruf und politischen Entscheidungspositionen berücksichtigen. Entsprechend ist es erforderlich, migrationssensible Forschung sowie Gesundheits- und Sozialberichterstattung zu etablieren, um belastbare Daten zu erlangen, die nicht bestimmte Gruppen der Gesellschaft methodenbedingt von vornherein ausschließen.

6. Wir empfehlen, bewährte Angebote und Maßnahmen mit Modellcharakter für die spezifische Versorgung geflüchteter Familien über eine befristete Projektförderung hinaus langfristig ins Regelsystem zu integrieren.

Flucht und Migration sind keine einmaligen Phänomene, sondern werden unsere Gesellschaft auch in Zukunft prägen. Umso wichtiger ist es, die aktuellen Erfahrungen zu systematisieren und für andere Bereiche zugänglich zu machen. Wenn Erfolge und Erfahrungen auch anderen zugänglich gemacht werden, wird durch diesen Austausch eine Weiterentwicklung des gesamten Feldes ermöglicht. Das muss durch entsprechende Strukturen und die Übernahme von erwiesenermaßen nachhaltigen Projekten in die Regelversorgung unterstützt werden.

In der Arbeit mit geflüchteten Familien spielen verschiedene internationale, europäische und nationale rechtliche Grundlagen eine Rolle. Es ist nicht leicht, den Überblick zu behalten. Gleichwohl ist ein grundlegendes Verständnis der wichtigsten Gesetze, Richtlinien und Regelungen wichtig, um die Situation angemessen beurteilen zu können. Deshalb wird in diesem Kapitel ein Überblick über die rechtlichen Grundlagen gegeben, auf denen die oben ausgeführten Empfehlungen basieren.

Außerdem wird der Zugang geflüchteter Familien zum Gesundheitssystem und zu Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland erläutert.

Rechtliche Grundlagen

4.

4.1 Internationales Recht

UN-Kinderrechtskonvention

Die UN-Kinderrechtskonvention betont die Wichtigkeit und den Wert des Wohlbefindens von Kindern und legt weltweite Standards zur Sicherung der Würde, des Überlebens und der Entwicklung von Kindern fest. Kinder sind von Beginn an Träger eigener Rechte, diese sind universell gültig und unteilbar. Die UN-Kinderrechtskonvention wurde 1989 verabschiedet.

In Artikel 3 der UN-Kinderrechtskonvention verpflichten sich die Vertragsstaaten, dass bei allen Maßnahmen, die das Kind betreffen, eine Pflicht zur Orientierung am Kindeswohl besteht. Das bedeutet für geflüchtete Kinder, dass alle öffentlichen Einrichtungen, die Politik und die staatliche Verwaltung auch in allen asylrechtlichen Belangen das Wohl des geflüchteten Kindes vorrangig berücksichtigen müssen. Dies betrifft auch die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung (Artikel 24 UN-Kinderrechtskonvention):

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

Haager Kinderschutzübereinkommen

Die UN-Kinderrechtskonvention betont die Wichtigkeit und den Wert des Wohlbefindens von Kindern und legt weltweite Standards zur Sicherung der Würde, des Überlebens und der Entwicklung von Kindern fest. Kinder sind von Beginn an Träger eigener Rechte, diese sind universell gültig und unteilbar. Die UN-Kinderrechtskonvention wurde 1989 verabschiedet.

In Artikel 3 der UN-Kinderrechtskonvention verpflichten sich die Vertragsstaaten, dass bei allen Maßnahmen, die das Kind betreffen, eine Pflicht zur Orientierung am Kindeswohl besteht. Das bedeutet für geflüchtete Kinder, dass alle öffentlichen Einrichtungen, die Politik und die staatliche Verwaltung auch in allen asylrechtlichen Belangen das Wohl des geflüchteten Kindes vorrangig berücksichtigen müs-

sen. Dies betrifft auch die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung (Artikel 24 UN-Kinderrechtskonvention):

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

UN-Menschenrechtscharta

Mit der „Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte“ haben sich die Vereinten Nationen zum Ziel gesetzt, die darin enthaltenen Menschenrechte in möglichst allen Staaten durchzusetzen und zu schützen. Die Menschenrechte gehören zu den elementaren, grundlegenden Rechten, die jedem Menschen uneingeschränkt zustehen. Die Erklärung wurde 1948 verabschiedet.

In Artikel 2 der UN-Menschenrechtscharta wird die Allgemeingültigkeit der Erklärung der Menschenrechte festgehalten. Die Menschenrechte gelten damit auch für Geflüchtete in vollem Umfang:

„Jeder hat Anspruch auf alle in dieser Erklärung verkündeten Rechte und Freiheiten, ohne irgendeinen Unterschied, etwa nach Rasse, Hautfarbe, Geschlecht, Sprache, Religion, politischer oder sonstiger Anschauung, nationaler oder sozialer Herkunft, Vermögen, Geburt oder sonstigem Stand.“

Artikel 14 der UN-Menschenrechtscharta regelt das Recht, in anderen Ländern Asyl zu suchen und zu genießen.

In Artikel 25 der UN-Menschenrechtscharta werden das Recht auf einen angemessenen Lebensstandard und der Anspruch auf besondere Unterstützung von Mutter und Kind formuliert:

„Jeder Mensch hat Anspruch auf eine Lebenshaltung, die seine und seiner Familie Gesundheit und Wohlbefinden einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztlicher Betreuung und der notwendigen Leistungen der sozialen Fürsorge gewährleistet; er hat das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität, Verwitmung, Alter oder von anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände. Mutter und Kind haben Anspruch auf besondere Hilfe und Unterstützung. Alle Kinder, eheliche und uneheliche, genießen den gleichen sozialen Schutz.“

UN-Behindertenrechtskonvention

In der UN-Behindertenrechtskonvention verpflichten sich die Vertragsstaaten, die volle Verwirklichung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten für alle Menschen mit Behinderungen ohne jede Diskriminierung aufgrund von Behinderung zu gewährleisten und zu fördern. Sie ist seit 2008 in Kraft.

Zu Kindern mit Behinderung heißt es in Artikel 7 (2) der UN-Behindertenrechtskonvention:

„Bei allen Maßnahmen, die Kinder mit Behinderungen betreffen, ist das Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt, der vorrangig zu berücksichtigen ist.“

4.2 Europäisches Recht

Flüchtlingsaufnahmerichtlinie der Europäische Union (RL 2013/33/EU)

Die Richtlinie regelt Aufnahme, Versorgung und Unterbringung von Geflüchteten, mit besonderem Fokus auf besonders schutzbedürftige Gruppen. Sie besteht seit 2013. Die Mitgliedstaaten waren verpflichtet, die Richtlinie bis Juli 2015 in nationales Recht umzusetzen. Seither hat sie eine unmittelbare Rechtswirkung.

Artikel 17 (2) heißt es:

„Die Mitgliedstaaten sorgen dafür, dass die im Rahmen der Aufnahme gewährten materiellen Leistungen einem angemessenen Lebensstandard entsprechen, der den Lebensunterhalt sowie den Schutz der physischen und psychischen Gesundheit von Antragstellern gewährleistet.“

Bei der Unterbringung sind geschlechts- und altersspezifische Aspekte sowie die Situation besonders Schutzbedürftiger zu berücksichtigen. Als besonders schutzbedürftige Flüchtlinge gelten begleitete und unbegleitete Minderjährige, Schwangere, Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern, Behinderte, Opfer des Menschenhandels, Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen, Personen mit psychischen Störungen und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, wie z. B. Opfer der Verstümmelung weiblicher Genitalien. Diesen sind die „erforderlichen medizinischen oder sonstigen Hilfen“ zu gewähren.

Nach einer Stellungnahme des deutschen Bundestags leitet sich daraus für diese Personengruppe ein zwingender Anspruch auf Leistungen nach § 6 AsylbLG ab (vgl. Deutscher Bundestag Drucksache 18/9009).

4.3 Deutsches Recht

Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Das Asylbewerberleistungsgesetz regelt die Höhe und die Form von Leistungen für Asylbewerber⁴ und Geduldete⁵. Durch ein positiv abgeschlossenes Asylverfahren und einem damit anerkannten Aufenthaltstitel⁶, spätestens jedoch nach 18 Monaten⁷, haben die Personen Anspruch auf Leistungen entsprechend der Sozialgesetzbücher.

§ 4 AsylbLG

„(1) Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. (...)

(2) werdende Mütter und Wöchnerinnen erhalten ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel.“

§ 6 AsylbLG

Dieser Paragraph regelt die Gewährung sonstiger Leistungen⁸:

„(1) Sonstige Leistungen können insbesondere gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich, zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten oder zur

4 Asylbewerber sind Personen, die sich im Asylverfahren befinden, über deren Antrag aber noch nicht entschieden wurde.

5 Eine Duldung liegt vor, wenn der Asylantrag abgelehnt wurde, eine Abschiebung aber vorübergehend ausgesetzt ist.

6 Folgende Aufenthaltstitel sind für geflüchtete Personen relevant: Anerkennung als Asylberechtigte (Art. 16a GG), Anerkennung als Flüchtling (§ 3 AsylG), subsidiärer Schutz (§ 4 AsylG) sowie ein Abschiebeverbot (§ 60 AufenthG).

7 Mit dem Zweiten Gesetz zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht, das seit dem 21.08.2019 in Kraft ist, wurde diese Frist von 15 auf 18 Monate erhöht.

8 Für ausreisepflichtige Ausländerinnen und Ausländer mit nicht vollziehbarer Rückführung ging mit dem Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz (sog. Asylpaket I) eine Leistungseinschränkung einher – sie haben ab dem auf den Ausreisetermin folgenden Tag noch Anspruch auf Gesundheitsversorgung nach § 4, aber nicht mehr auf sonstige Leistungen nach § 6 AsylbLG.

Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht erforderlich sind. Die Leistungen sind als Sachleistungen, bei Vorliegen besonderer Umstände als Geldleistung zu gewähren.“

Da diese Leistungen nicht zwingend gewährt werden müssen, unterliegt die Entscheidung dem Ermessen des jeweiligen Entscheiders oder der Entscheiderin. Nach Stellungnahme der Bundesregierung (vgl. Deutscher Bundestag Drucksache 18/8499 vom 17.05.2016) besteht dieser Ermessensspielraum in Verbindung mit der EU-Aufnahmerichtlinie RL 2013/33/EU nicht für die in dieser Richtlinie benannten vulnerablen Personengruppen, zu denen auch Schwangere und kleine Kinder zählen. Dieser Personen- gruppe müssen die Leistungen demnach gewährt werden.

Zugang zum Gesundheitssystem

Die Bundesländer entscheiden, wie genau sie den Zugang zum Gesundheitssystem für Leistungsberechtigte nach AsylbLG regeln, d. h., ob die Personen eine Gesundheitskarte bekommen, mit der sie direkt zum Arzt gehen können (dazu braucht es eine Rahmenvereinbarung mit den Krankenkassen zur Übernahme der Gesundheitsversorgung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Absatz 1 SGB V). Alternativ muss für jeden Fall von der kranken Person ein Behandlungsschein bei der zuständigen Sozialbehörde beantragt werden. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, in bestimmten Zeiträumen anonyme Behandlungsscheine auszustellen, wodurch die persönliche Beantragung bei der Sozialbehörde entfällt.⁹

Sobald Personen eine Aufenthaltserlaubnis erhalten, jedoch spätestens nach 18 Monaten – soweit der Aufenthalt nicht missbräuchlich beeinflusst wurde – ändern sich ihre Rechte und entsprechen, was die Gesundheitsversorgung angeht, weitgehend den Rechten von nicht versicherten Empfängerinnen und Empfängern von Sozialhilfe.

Zugang und Umfang der Leistungen richten sich dann nicht mehr nach dem AsylbLG, sondern entsprechen Leistungen nach dem SGB XII, d. h., die Personen haben Anspruch auf eine Gesundheitskarte und freie Wahl der Krankenkasse.

Zugang zu den Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe

Die im Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) geregelte Kinder- und Jugendhilfe bezieht sich grundsätzlich auf alle Kinder und Jugendlichen in Deutschland,

⁹ Für eine Gegenüberstellung der Regelungen der einzelnen Bundesländer siehe Bertelsmann Stiftung 2016.

unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit. Alle haben das Recht auf Förderung ihrer Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit. Allerdings schränkt § 6 Absatz 2 SGB VIII diese Öffnung wieder ein und begrenzt teilweise den Zugang ausländischer Kinder und Jugendlicher zu den jugendhilfe- rechtlichen Angeboten.

Zugang zu den (Sozial-)Leistungen des SGB VIII (darunter fallen beratende und unterstützende Leistungen für Eltern und Kinder, die Angebote der Jugendarbeit, der Jugendsozialarbeit, die Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in Kindertagespflege) haben alle Kinder und Jugendliche, die rechtmäßig oder aufgrund einer ausländerrechtlichen Duldung ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben (§ 6 Absatz 2 SGB VIII).¹⁰

Damit haben geflüchtete Familien mit einer Aufenthaltsgestattung während des Asylverfahrens oder mit einer Aufenthaltserlaubnis oder einer Duldung einen Anspruch auf sämtliche Leistungen. Dieser

Anspruch ist in der Praxis nicht allen bekannt und wird nicht immer umgesetzt. Anspruch auf sogenannte „andere Aufgaben“ der Kinder- und Jugendhilfe haben dagegen alle Kinder und Jugendlichen, die ihren tatsächlichen Aufenthalt in Deutschland haben, ungeachtet dessen, ob sie bereits eine Aufenthaltsgestattung, eine Duldung oder einen Aufenthaltstitel vorweisen können. Wichtige gesetzliche Grundlage hierfür ist das Haager Kinderschutzübereinkommen (KSÜ). Mit den „anderen Aufgaben“ kommt der Staat der Wahrnehmung seines Wächteramtes nach und nimmt alle schutzbedürftigen Kinder und Jugendlichen im Rahmen einer zeitlich begrenzten Schutzmaßnahme in Obhut.

Eine besondere Regelung gibt es für die vorläufige Inobhutnahme von ausländischen Kindern und Jugendlichen nach unbegleiteter Einreise nach Deutschland.

¹⁰ Einen rechtmäßigen Aufenthalt hat im Wesentlichen, wer über einen Aufenthaltstitel nach dem Aufenthaltsgesetz (AufenthG) verfügt, also alle Geflüchteten mit Aufenthaltstitel (Asylberechtigte, anerkannte Flüchtlinge, subsidiärer Schutz, Abschiebungsverbot). Ein rechtmäßiger Aufenthalt ist auch gegeben, wenn Asylsuchenden für die Dauer des Asylverfahrens eine Aufenthaltsgestattung nach dem Asylgesetz (AsylG) erteilt wurde.

Kurzbiografien

Stéphanie Berrut de Berrut, Dipl.-Psychologin, systemische Sexualtherapeutin. Leiterin der pro-familia-Beratungsstelle Bonn.
Arbeitsschwerpunkt u. a. Migration und sexuelle Gesundheit.
Kontakt: stephanie.berrut@profamilia.de

Ulrike Horacek, Dr. med., MPH, Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin und Öffentliches Gesundheitswesen, Leiterin des Gesundheitsamts Kreis Recklinghausen, fachlicher Schwerpunkt Sozialpädiatrie. Vorstandsmitglied der DGSPJ.
Kontakt: u.horacek@gmx.de

Ilka Lennertz, Dr. phil., Psychologische Psychotherapeutin, Mutter-Kind-Bereich der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus, Dresden. Arbeitsschwerpunkte: ambulante psychotherapeutisch-psychosomatische Versorgung in der Peripartalzeit, migrationssensible Gesundheitsversorgung, interprofessionelle migrationssensible Kompetenzentwicklung.
Kontakt: Ilka.Lennertz@uniklinikum-dresden.de

Mareike Paulus, M.A. Interkulturelle Kommunikation, bis Dezember 2019 wissenschaftliche Referentin im Deutschen Jugendinstitut (DJI), Arbeitsschwerpunkte: Frühe Hilfen für geflüchtete Familien, transkulturelle Kompetenz in den Frühen Hilfen.
Kontakt: mareikepaulus@gmx.net

Erika Sievers, PD Dr. med., MPH, Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin, bis 2018 Referentin für Sozialpädiatrie, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst an der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf. Arbeitsschwerpunkte: Sozialpädiatrie im Öffentlichen Gesundheitsdienst, Kulturelle Kompetenz im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst und Transkulturelle Pädiatrie.
Kontakt: sievers.paed@t-online.de

Ute Thyen, Prof. Dr. med., Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Leiterin des Bereichs Neuro- und Sozialpädiatrie an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Universität zu Lübeck. Arbeitsschwerpunkte: Entwicklungsneurologie, Familienorientierte Behandlung und Interventionen, Chronische Gesundheitsstörungen und Teilhabe, Kinderschutz und Frühe Hilfen, Public Health. Präsidentin der DGSPJ.
Kontakt: ute.thyen@uksh.de

Gabriele Trost-Brinkhues, Dr. med., Kinder- und Jugendärztin, Medizinische Genetik, Fachausschuss Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im BVÖGD, kooperiertes Vorstandsmitglied und Ausschuss „Kind, Schule, ÖGD“ BVKJ, Beirat Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Vorstand Kindernetzwerk e. V.
Kontakt: Dr.G.Trost-Brinkhues@t-online.de

Literatur

Appleyard, Karen/Egeland, Byron/ van Dulmen, Manfred/Sroufe, L. Alan (2005): When more is not better: the role of cumulative risk in child behavior outcomes. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Jg. 46, Nr. 3, S. 235–245

(BAMF) Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2018): Aktuelle Zahlen zu Asyl (12/2018). Berlin

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2016): Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge. Der Umsetzungsstand im Überblick der Bundesländer. Stand Mai 2016. Gütersloh

Berrut de Berrut, Stéphanie/Ghavidel- Thaghavi, Shohreh (2018): Geflüchtete Familien besser erreichen. Ideen und Erfahrungen aus dem Modellprojekt „pro familia: Flüchtlinge im Blick“ zur Gesundheit von Mutter und Kind. Hrsg. von pro familia Landesverband NRW e. V., Wuppertal

(BMFSFJ) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend/UNICEF (2017): Mindeststandards zum Schutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften. Berlin

(BMG) Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2010): Nationales Gesundheitsziel. Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. Berlin

(BMG) Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2017): Nationales Gesundheitsziel. Gesundheit rund um die Geburt. Berlin

Bozorgmehr, Kayvan/Razum, Oliver (2015): Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum- Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013. In: *Plos one*, Jg. 10, Nr. 7

Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit (2012): Positionspapier. Berlin

Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit (2017): Dolmetscherleistungen für fremdsprachige Patientinnen und Patienten bei der gesundheitlichen Versorgung. Stellungnahme aus dem bundesweiten Arbeitskreis „Migration und Öffentliche Gesundheit“. Berlin

Deutscher Bundestag Drucksache 18/8499 vom 17.05.2016: Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink u. a. der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur Verbesserungen der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung von Geflüchteten zur Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie. Berlin

Deutscher Bundestag Drucksache 18/9009 vom 04.07.2016: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink u. a. der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 18/8499. Berlin

Deutsches Institut für Menschenrechte (Hrsg.) (2017): Entwicklung der Menschenrechtssituation in Deutschland. Juli 2016–Juni 2017. Bericht an den Deutschen Bundestag gemäß § 2 Absatz 5 DIMRG. Berlin

Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.) (2015): Sprachmittlung im Gesundheitswesen. Erstellt von: Wächter, Marcus/Vanheiden, Theresa, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Berlin

Eickhorst, Andreas/Schreier, Andrea/Brand, Christian/Lang, Katrin/Liel, Christoph/Renner, Ilona/Neumann, Anna/Sann, Alexandra (2016): Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Jg. 59, H. 10, S. 1271–1280

Entringer, Sonja/Buss, Claudia/Heim, Christine (2016): Frühe Stresserfahrungen und Krankheitsvulnerabilität. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Jg. 59, H. 10, S. 1255–1261

UNICEF (Hrsg.) (2017): Kindheit im Wartezustand. Studie zur Situation von Kindern und Jugendlichen in Flüchtlingsunterkünften in Deutschland. Erstellt von: Lewek, Mirjam/Naber, Adam im Auftrag vom Bundesfachverband für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge e. V.

Zimmermann, Peter/Vierhaus, Marc/Eickhorst, Andreas/Sann, Alexandra/Egger, Carine/Förthner, Judith/Gerlach, Jennifer/Iwanski, Alexandra/Liel, Christoph/Podewski, Fritz/Wyrwich, Sandra/Spangler, Gottfried (2016): Aufwachsen unter familiärer Belastung in Deutschland. Design und Methoden einer entwicklungspsychologischen Studie zu Risiko- und Schutzmechanismen bei Familien mit unterschiedlicher psychosozialer Belastung. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Jg. 59, H. 10, S. 1262–1270

Zitierweise:

Berrut de Berrut, Stéphanie/Horacek, Ulrike/Lennertz, Ilka/Paulus, Mareike/Sievers, Erika/Thyen, Ute/Trost-Brinkhues, Gabriele (2020): Frühkindliche Gesundheit bei geflüchteten Kindern und ihren Familien fördern. Herausgegeben vom Deutschen Jugendinstitut e. V. München und Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie e. V. Berlin

Deutsches Jugendinstitut e.V.

Nockherstraße 2
D-81541 München

Postfach 90 03 52
D-81503 München

Telefon +49 89 62306-0

Fax +49 89 62306-162

www.dji.de