Vorbild Ukraine?

Hilfesysteme der Zukunft

Handlungsbedarfe in der psychosozialen Versorgung geflüchteter Kinder und Jugendlicher

Vorbild Ukraine – Hilfesysteme der Zukunft?

Handlungsbedarfe in der psychosozialen Versorgung geflüchteter Kinder und Jugendlicher

Impressum

Herausgeberin:
Bundesweite Arbeitsgemeinschaft
der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge
und Folteropfer – BAfF e.V.
Paulsenstraße 55–56, 12163 Berlin
Telefon +49 (0) 30 – 31012463
E-Mail: info@baff-zentren.org
Web: www.baff-zentren.org

Autor*innen:
Jenny Baron, Leonie Teigler, Lea Flory

Datenerhebung: Yukako Karato

Gestaltung & Satz: Anis Anais Looalian

Die Publikation kann über den Online-Shop der BAfF bestellt werden:
http://www.baff-zentren.org/veroeffentlichungen-der-baff/shop/

Spendenkonto
BAfF e.V.
Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE90 3702 0500 0003 2096 00
BIC: BFSWDE33XXX

Inhalt

Einleitung **6**

Handlungsfeld 1: Aufnahme, Unterbringung & Identifizierung psychischer Belastung **8**

Status Quo im Kontext der Aufnahme von Kindern und Jugendlichen 2022/23 9

Erfolgsfaktoren und Learnings für kindgerechte Aufnahmebedingungen

Herausforderungen, Empfehlungen und offene Handlungsbedarfe 11

Aus der Praxis: Die Versorgungssituation unbegleiteter minderjähriger Geflüchteter **12**

Einschätzungen von Vormünden und Betreuer*innen

Identifizierung gesundheitlicher Bedarfe: Schlüsselpersonen und Informationsumfang 13

Körperliche Gesundheit

Psychische Gesundheit 14

(Psycho)Soziale Bedarfe

Umgang mit gesundheitlichen Bedarfen und Bedarfsdeckung 15

Handlungsbedarfe aus Sicht der Jugendhilfe 18

Handlungsfeld 2: Gesundheits- und Psychosoziale Versorgung **22**

Versorgungsbedarfe & Anliegen schutzsuchender Kinder und Jugendlicher 23

Versorgungsansprüche und Angebotsstrukturen: Wer hat Zugang zu Angeboten der Gesundheits- und psychosozialen Versorgung? 25

Inanspruchnahme: Wer kann Gesundheits- und psychosoziale Versorgung in der Praxis nutzen? 28

Bedarfsorientierung: Aufbau und Entwicklung der Hilfesysteme und Strukturen 31

Lernerfahrungen, Transfer- und Anpassungspotentiale **34**

Einleitung

Fluchterfahrungen wie das Erleben von Krieg und Verfolgung sind mit Gefühlen der Angst, Hilflosigkeit und Ohnmacht verbunden und können zu extremen psychischen Belastungen führen, die potentiell traumatisierend sind. Das gilt besonders bei Kindern und Jugendlichen, die sich in einer sensiblen Phase befinden und mit Entwicklungsaufgaben konfrontiert sind – d.h., für im Moment mehr als ein Drittel der in Deutschland ankommenden Asylsuchenden und zusätzlich für die fast 350.000 minderjährigen Schutzsuchenden aus der Ukraine[1]. All diese Kinder und Jugendlichen müssen nach einschneidenden und oft andauernden Bedrohungs- und Verlusterfahrungen sozial und gesellschaftlich aufgefangen werden, damit sie sich – soweit es möglich ist – von ihnen erholen können. Dazu gehören an erster Stelle sicheres Wohnen mit Privatsphäre und Zugang zu Beratung, Gesundheitsversorgung und Bildung.

Diese Schutzrechte nach der UN-Kinderrechtskonvention durchzusetzen, ist eine Aufgabe, die in der Ausnahmesituation direkt nach Ankunft in Deutschland vor allem in den Händen des Aufnahme-, Unterbringungs-, Jugendhilfe- und Gesundheitssystems liegt: Die für die Strukturen, Abläufe und die Versorgungsqualität der Angebote in diesen Hilfesystemen verantwortlichen Akteur*innen sind verpflichtet, sicherzustellen, dass die je individuellen Schutzbedarfe der betroffenen Personen hilfesystemübergreifend identifiziert werden und ihnen Zugang zu geeigneten Unterstützungs- bzw. Versorgungsangeboten angeboten wird[2].

Fachkräfte im Aufnahme-, Unterbringungs-, Jugendhilfe- und Gesundheitssystem waren und sind infolge der Fluchtbewegung aus der Ukraine mit Herausforderungen konfrontiert, von denen einige neu sind, andere hingegen Ausdruck struktureller Schwierigkeiten, die bereits seit vielen Jahren bestehen. Die Analysen der BAfF als Fachverband für Flucht und psychosoziale Gesundheit haben für die Aufnahme und Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus der Ukraine – und daraus folgend aus allen anderen Herkunftsländern, aus denen minderjährige Menschen mit oder ohne erwachsene Begleitpersonen fliehen müssen – Handlungsfelder identifiziert. Aus den Lernerfahrungen in der aktuellen Aufnahmesituation werden Transfer- und übergeordnete Gestaltungspotentiale für politisches Handeln abgeleitet.

[1] Datenquelle: Ausländerzentralregister. Zitiert nach: UNICEF (2023). Informationsblatt zur Entwicklung der Asylantragszahlen. Zugriff unter: https://www.unicef.de/_cae/resource/blob/178376/af4894387fd3ca4ec6259919eefdde2d/gefluechtete-und-migrierte-kinder-in-deutschland-2015-2018-data.pdf

[2] Durch die EU-Aufnahmerichtlinie (Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates) ist Deutschland dazu verpflichtet, besondere Schutzbedarfe von Menschen im Asylverfahren zu identifizieren und diesen Bedarfen in der Unterbringung und Versorgung nachzukommen. Die EU-Aufnahmerichtlinie definiert die Mindeststandards für die Aufnahme von Schutzsuchenden durch die EU-Mitgliedstaaten bezüglich Unterbringung, medizinischer Versorgung sowie Zugang zu Bildung und Arbeitsmarkt.nascetur ridiculus mus.

Handlungsfeld 1: Aufnahme, Unterbringung & Identifizierung psychischer Belastung

Geflüchtete Kinder und Jugendliche, sind – unabhängig davon, ob sie begleitet von Erwachsenen oder allein fliehen mussten – eine besonders vulnerable Personengruppe, deren psychosozialen, pädagogischen und übergeordneten Schutz- und Partizipationsbedarfen im Aufnahme- und Unterbringungskontext Rechnung getragen werden muss. Dies gilt jeweils spezifisch und unabhängig davon, ob sie oder die für sie sorgeberechtigten Personen zusätzlich die Anforderungen eines Asylverfahrens oder der zahlreichen weiteren integrationsspezifischen Prozeduren z.B. im Bereich Wohnen oder Schule bewältigen müssen.

Status Quo im Kontext der Aufnahme von Kindern und Jugendlichen 2022/23

Dazu gehört, im Unterbringungskontext Kindeswohlgefährdungen zu identifizieren und entsprechende Maßnahmen einzuleiten, damit Kinder vor potenziellen Gefährdungen durch Bewohner*innen, Mitarbeiter*innen, aber auch durch Eltern oder Sorgeberechtigte geschützt werden können. Darüber hinaus sind die jeweils individuell erforderlichen zusätzlichen medizinischen, psychologischen und sozialen Hilfen einzuleiten. Das kann eine dem besonderen Schutzbedarf entsprechende Unterkunft sein, die in der Umgebungsgestaltung z.B. auch traumasensiblen Prinzipien folgt[3]. Auch bei einer ggf. erfolgenden Verteilung in ein anderes Bundesland oder an einen Ort mit geeigneter Aufnahmestruktur müssen diese Bedarfe berücksichtigt und die Behörden am entsprechenden Zuweisungsort informiert werden.

Erfolgsfaktoren und Learnings für kindgerechte Aufnahmebedingungen

Da für ukrainische Geflüchtete durch die Anwendung der Massenzustrom-Richtlinie nicht wie für alle anderen Schutzsuchenden eine Verpflichtung zur Wohnsitznahme in Gemeinschaftsunterkünften bestand und das zivilgesellschaftliche Engagement sowie die privatwirtschaftliche Solidarität vielerorts lange Zeit sehr hoch waren, konnte erstmals ein Teil der begleiteten und unbegleiteten Geflüchteten dieser aktuellen Fluchtbewegung in privaten, familiären und mehrheitlich sicheren Umfeldern aufgefangen und beim Ankommen und auf dem Weg durch die Hilfesysteme unterstützt werden.

Auf struktureller Ebene wurde dadurch in Verbindung mit der enormen gesamtgesellschaftlichen Reaktionsbereitschaft der Einfluss weiterer potenzieller Risikofaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen reduziert, die für Massenunterbringung, Isolation sowie eingeschränkte Bildungs- und Integrationsperspektiven einschlägig bekannt sind[4]. Gleichzeitig wurden Zugänge in die Primär- und weiterführende Versorgung außerhalb des Aufnahme- und Unterbringungskontexts gewährt. Dies stellt ein zentrales Alleinstellungsmerkmal dar, das aus psychosozialer wie auch gesundheitswissenschaftlicher Perspektive historisch Vorbildcharakter hat. Kindern und Jugendlichen werden dadurch – als Erfahrung, die dem andauernden Kriegszustand gegenübersteht –, eine gewisse Normalität, Zugang zu neuen sozialen Nachbarschaften, ein anteilnehmendes

[3] Abgleitet aus der Trauma- und der Migrationsforschung wurden 2016/17 im „Michaelisdorf“ der Erstaufnahmeeinrichtung Darmstadt erstmals und bundesweit einmalig traumasensible Prinzipien der Unterbringung pilotiert. Die Erfahrungen aus dem Projekt zeigen, dass die Strukturen und Angebote entscheidend zur Stabilisierung und Vertrauensbildung beigetragen haben und sollten als Vorbild einer möglichst risikoarmen Gestaltung von Unterbringungsbedingungen für Geflüchtete gelten.
Weitere Informationen in: Baron, J., Flory, L., & Krebs, D. (2020). Living in a box. Psychosoziale Folgen des Lebens in Sammelunterkünften für geflüchtete Kinder. Berlin: Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF eV). Zugriff unter: https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2020/05/BAfF_Living-in-a-box_Kinder-in-Ankerzentren.pdf

[4] Zu den Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Unterbringungskontext siehe u.a. die Analyse der BAfF „Living in a Box“ zu den psychosozialen Folgen des Lebens in Sammelunterkünften. Zugriff unter: https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2020/05/BAfF_Living-in-a-box_Kinder-in-Ankerzentren.pdf

und solidarisches Umfeld und erweiterte, ggf. deutschsprachige und informierte Kontaktmöglichkeiten zum Hilfe- und Beratungssystem angeboten.

Herausforderungen und offene Handlungsbedarfe

Gleichzeitig wurde ein großer Teil der geflüchteten Familien, die nicht auf private Kontakte und Ressourcen zählen konnten, ebenso wie Asylsuchende aus anderen Kriegs- und Konfliktregionen dieser Welt, vorerst oder dauerhaft in (z.T. speziellen) Erstaufnahme- oder Ankunftszentren untergebracht. Hier traf die Fluchtbewegung aus der Ukraine auf Aufnahme- und Unterbringungssysteme, in denen Kapazitäten zurückgebaut, Kooperationsstrukturen pandemiebedingt geschwächt und Unterbringungsstandards über die Jahre hinweg abgesenkt wurden.

In vielen Regionen wurde auf diese Herausforderungen schnell, vergleichsweise flexibel und z.T. auch hilfesystemübergreifend reagiert, ukrainische Familien wurden in gesonderten Einrichtungen, mitunter auch in Einrichtungen für besonders vulnerable Geflüchtete untergebracht. Mancherorts mussten dafür allerdings andere vulnerable Familien umziehen und innerhalb und außerhalb der Unterkünfte entstanden Konkurrenz- und Benachteiligungsgefüge zwischen gleichermaßen schutzbedürftigen Geflüchteten.

Letztlich mussten auch sehr viele ukrainische Familien über Monate hinweg in Massenunterkünften, Hallen und Zelten untergebracht werden – unter menschenunwürdigen, beengten und hygienisch wie gesundheitlich, vor allem aber kindeswohlgefährdenden Bedingungen[5]. Kinder wurden hier Zeug*innen von Schlägereien und sexuellen Belästigungen. Gewaltschutz- und Kinderschutzkonzepte waren nicht vorhanden, allein reisenden Frauen mit Kindern konnten keine separaten Unterbringungsmöglichkeiten gewährt werden, Berater*innen, Ehrenamtlichen oder Medienvertreter*innen wurde der Zugang verwehrt.

Es fanden in den seltensten Fällen systematische medizinische Eingangsbefragungen und -untersuchungen statt und psychische Belastungen sowie weitere Schutzbedarfe wurden nicht identifiziert. Zwar gab es schnell und qualitativ gute mehrsprachige Aufklärungs- und Kontaktmaterialien sowie Ausfüllhilfen, sie wurden allerdings oft nicht ausgehändigt und konnten deshalb nicht genutzt werden.

Mitunter gab es politikseitig vorbildhafte Vorgaben und Beschlüsse zur Versorgung, Verteilung und Unterbringung von Personen mit besonderer Vulnerabilität und besonderer Schutzbedürftigkeit. Dass jedoch selbst an diesen Stellen in der Praxis weder Unterbringungsstandards, Gewaltschutzkonzepte, Mindeststandards oder bedarfsgerechte Identifizierungsverfahren umgesetzt wurden, es keine Beschwerdestellen, keine Kooperationsnetzwerke und kein qualifiziertes Personal gab, verdeutlicht, dass es nachhaltige und flexible Konzepte und dauerhaft zu unterstützende Hilfsnetzwerke braucht, damit im Krisenfall bedarfsgerecht reagiert werden kann.

In der Praxis zeigte sich überdeutlich, dass in den Jahren zuvor trotz europarechtlicher Verpflichtung und inzwischen hoher Expertise in der psychosozialen Fachwelt noch immer keine einheitlichen, systematischen Verfahren zum Umgang mit besonders vulnerablen Kindern und Jugendlichen etabliert wurden. Es mussten im Krisenmodus akut Strukturen (wieder) aufgebaut werden, Wissen und qualifiziertes Personal ist durch den Abbau von Strukturen nach 2015/16 verloren gegangen, vielerorts fehlte Grundwissen zu verschiedenen Handlungsfeldern und Fachkräfte kommunizierten einen hohen Sensibilisierungs-, Schulungs- und Beratungsbedarf (u.a. zum traumasensiblen Umgang, aber auch zu Vormundschaften, Anspruchsberechtigungen, Anlaufstellen und Abläufen in den verschiedenen Hilfesystemen). Oft musste fachfremdes Personal zur Betreuung eingesetzt werden, das keine entsprechenden Schulungen für ihren Einsatzbereich erhielt. Mitarbeitende berichteten, dass sie ohne einschlägige berufliche Ausbildung mit Themen wie Folter, Tod und der Ermordung nächster Angehöriger, mit schweren Traumatisierungen und mit Suizidalität konfrontiert wurden, ohne dass ihnen Handlungs- oder Supervisionsangebote zur Verfügung standen.
Von Anfang an konnten diese Überlastungen im Aufnahmesystem von der vergleichsweise hohen Handlungsbereitschaft im schulischen und pädiatrischen, außerschulischen bzw. freizeitorientierten Bereich kompensiert bzw. als Anlass für Kooperationen genutzt werden. Über die Zeit hinweg zeigte jedoch auch diese Krisensituation, dass humanitäres Engagement, privates Kapital und zivilgesellschaftliche Solidarität sich mittelfristig zwangsläufig erschöpfen, wenn Aufnahme- und Versorgungsstrukturen nicht nachhaltig qualifiziert und miteinander vernetzt, strukturell stabil verankert und herkunftsunabhängig allen Schutzsuchenden zugänglich gemacht werden.

Empfehlungen

- Die Erkenntnisse und Piloterfahrungen, die zur frühen Identifizierung und Versorgung von geflüchteten Kindern und Jugendlichen existieren[6], müssen systematisch und hilfesystemübergreifend implementiert werden.
- Dies erfordert ein koordiniertes Handeln der Fachkräfte und Verantwortlichen aus der Verwaltung, der Jugendhilfe, dem pädiatrischen, psychosozialen und psychologisch sensibilisierten Personal in frühen Hilfen, Frühförderung und dem schulischen Kontext.
- Expert*innen für diese Handlungsfelder müssen ebenso wie Vertreter*innen aus Communities in Krisenstäbe, Runde Tische sowie die Konzeptualisierung, Umsetzung und kontinuierliche Weiterentwicklung der Abläufe und Versorgungspfade einbezogen werden. Informationsmaterialien zu Rechten und Anlaufstellen müssen beworben werden, z.B. durch Kommunen und Träger.

[5] Dies trifft unter anderem auf die Aufnahmesituation in Berlin im Ukraine-Ankunftszentrum im ehemaligen Flughafen Berlin-Tegel zu (Stand: 4/23). Ausführliche Informationen zur Identifizierung und Versorgung dort untergebrachter Geflüchteter finden sich u.a. unter: https://fluechtlingsrat-berlin.de/wp-content/uploads/berichtzustaendetxl.pdf

[6] Im Modellprojekt „BeSAFE – Besondere Schutzbedarfe bei der Aufnahme erkennen“ wurde ein Konzept zur systematischen und zielgruppenübergreifenden Identifizierung besonders schutzbedürftiger geflüchteter Menschen nach der Aufnahme in Deutschland entwickelt, pilotiert und evaluiert. Die Ergebnisse und Erkenntnisse stehen allen Bundesländern sowie NGOs und der freien Wohlfahrt zur Verfügung. Die BAfF berät und begleitet bei der Implementierung bedarfs- und standortgeeigneter Identifizierungsmaßnahmen. Die Toolbox mit Leitfäden für die Praxis, Arbeitsvorlagen für wichtige Dokumente sowie ein Policy Paper finden sich unter: https://www.baff-zentren.org/publikationen/toolbox-schutzbedarfe

Aus der Praxis: Die Versorgungssituation unbegleiteter minderjähriger Geflüchteter

Einschätzungen von Vormünder*innen und Betreuer*innen

Die BAfF hat im Frühjahr 2023 Vormünder*innen und Betreuer*innen aus dem Jugendhilfesystem befragt um einen ersten aktualisierten Einblick in die Gesundheits- und Betreuungsbedarfe von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen (UMF) und jungen volljährigen Geflüchteten zu erhalten. Im Fokus standen sowohl die aktuelle Situation für alle geflüchteten Jugendlichen als auch die Besonderheiten in der Betreuung junger Menschen, die allein vor dem russischen Angriffskrieg aus der Ukraine geflohen sind.
Der Überblick fußt auf einem Rücklauf von 31 Befragten überwiegend aus Berlin (40%), Bayern (13%) und Baden-Württemberg (13%). Die teilnehmenden Vormünder*innen und Betreuer*innen waren mit im Durchschnitt 6 Jahren Erfahrung in der Arbeit mit UMF überdurchschnittlich qualifiziert. Sie betreuten im Durchschnitt 22 Jugendliche (davon 1,4 Ukrainer*innen und 1,3 jugendliche Drittstaatsangehörige aus der Ukraine).

Identifizierung gesundheitlicher Bedarfe: Schlüsselpersonen und Informationsumfang

Hilfreiche Informationen zur gesundheitlichen Situation der Jugendlichen erhielten Vormünder*innen und Betreuer*innen am ehesten von Mitarbeitenden der Unterkünfte, gefolgt von (anderen) Betreuer*innen und dem Personal in Clearingstellen. Der Umfang der Informationen wurde hier jedoch oft als nicht ausreichend eingeschätzt. Für alle Schlüsselstellen wurde ein hoher Bedarf nach mehr Informationen benannt: Über 80% der Befragten wünschten sich mehr Informationen vom Jugendamt, von Gesundheitsfachkräften wie Ärzt*innen, Therapeut*innen etc. sowie von Mitarbeitenden der Unterkünfte.

Körperliche Gesundheit

Medizinische Versorgungsbedarfe ergaben sich nach Einschätzung der Befragten insbesondere aus flucht-/herkunftsbedingten Mängeln in der Vorsorge (unbehandelte z.B. kardiologische, Stoffwechsel- u.a. Erkrankungen, unkorrigierte Augenleiden, schlechte zahnärztliche Vorsorge, fehlender Impfschutz), aus Verletzungen durch Gewalteinwirkung vor und auf der Flucht (unversorgte Knochenbrüche) sowie aus schlechten hygienischen und Versorgungsbedingungen im Transit- und Ankunftskontext (Infektionen, Hauterkrankungen, unzureichend verheilte Wunden). Für ukrainische Jugendliche wurde hier ein besserer allgemeiner Gesundheitszustand berichtet. Die Gesundheitsvorsorge sei relativ umfangreich dokumentiert und es gab weniger unversorgte Verletzungen, Vorerkrankungen und Mangelerscheinungen, die – wenn vorliegend – hier in Deutschland durch das große Netzwerk schneller erkannt und aufgrund des Versicherungsschutzes und vorhandener Vollmachten der Familie oft schneller und umfangreicher versorgt wurden. Handlungsbedarfe sahen die Betreuer*innen hier v.a. im Bereich psychischer Belastungen.

Psychische Gesundheit

Fast alle Befragten (25 von 27) beschreiben für die von ihnen betreuten Jugendlichen Behandlungs- und Unterstützungsbedarfe aufgrund von schweren Gewalterlebnissen (körperlicher, psychischer, sexualisierter Art) durch die Bedrohungssituation im Herkunftsland oder auf der mitunter mehrmonatigen gefährlichen Fluchtroute. Sie benennen Folter, den Verlust von Familienangehörigen, die Abhängigkeit von nicht vertrauenswürdigen Erwachsenen und die Sorge um die extrem schwierige Situation der Angehörigen im Herkunftsland. Besonderheiten für ukrainische Jugendliche werden vor allem mit Blick auf die Dauer und Schwere der Gewalt- und Bedrohungserfahrungen beschrieben.

Ein Großteil benennt in seinen Antworten als wahrgenommene Reaktion auf diese Erfahrungen direkt Posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen, Angststörungen, selbstverletzendes Verhalten sowie Schlaf- und psychosomatische Probleme.

„Aufgrund von Gewalterfahrungen körperlicher, psychischer oder sexualisierter Art in der Heimat oder auf der Fluchtroute sind die meisten Jugendlichen traumatisiert, teilweise sehr schwer. Wahrzunehmen sind Phasen oder durchgängig depressives Verhalten, manisch-depressives Verhalten, fremd- und/oder eigenverletzendes Verhalten, Essstörungen, Angstverhalten, Schlafstörungen. Es bedarf dringend psychotherapeutische Unterstützung.“

Auch Aufmerksamkeitsdefizite, Hyperaktivität, Schlaflosigkeit, Gereiztheit, Konzentrationsschwierigkeiten, Unter- bzw. Überforderung in der jeweiligen Schulform, chronischer Stress, Entwicklungsverzögerungen, Zukunftsängste und Perspektivlosigkeit werden von den Vormünder*innen als Belastungen erwähnt.

(Psycho)Soziale Bedarfe

Im sozialen Bereich nahmen alle Betreuer*innen ein Bedürfnis nach Gemeinschaft und sozialer Anbindung wahr, sowohl in Bezug auf Zugehörigkeit zur Peer-Group (passende Freizeitaktivitäten, Anbindung an Sportvereine), auf Erklärung und Orientierung durch deutschsprechende Bezugspersonen als auch auf den Kontakt zur Familie im Herkunftsland bzw. Bedarfe im Kontext der Familienzusammenführung. Auch das Bedürfnis nach Sicherheit, nach Orten, an denen Jugendliche zur Ruhe kommen können sowie nach Anerkennung der Flucht- und bisherigen Integrationsleistung kam hier zur Sprache. Für das Selbstständigkeitsstreben der Jugendlichen wurde insbesondere der Faktor Mobilität und ausreichende materielle Ressourcen zur Teilhabe benannt: Jugendliche müssen sich eigene Wünsche erfüllen können, weil es ihnen über (rare) Spenden hinaus meist an (witterungsfester) Kleidung, an Büchern, Spiel- und Beschäftigungsmaterial, mitunter auch an Kommunikationsmitteln und technischer Ausstattung mangelt. Die Schulplatzsuche und ggf. Möglichkeiten des Schulwechsels, Unterstützung beim Deutschlernen, Nachhilfe und Berufsorientierung zählten zu den häufigsten Bedarfen im Bildungsbereich. Darüber hinaus wurde rechtlicher und administrativer Unterstützungsbedarf im Kontext des Asylverfahrens, des Wohnens, der Behördenkommunikation und des Geldsystems benannt.
Unterschiede in den Bereichen Sprache, Teilhabe und Integration sehen Betreuer*innen dabei weniger auf Bedarfsebene, sondern eher auf Ebene ihrer Handhabung im Hilfesystem.

Da aufenthaltsrechtliche Bedarfe, Termine und Wartezeiten als Stressfaktoren bei ukrainischen Jugendlichen wegfielen, seien Integrationsangebote einfacher zugänglich. Mitunter sei es durch die ausgeprägtere Willkommenskultur, die hohe Vernetzung der Jugendlichen untereinander und die kürzeren Brüche in der schulischen Anbindung oft einfacher, sie dabei zu unterstützen, sich auf den Lebensalltag in Deutschland einzulassen.
Insgesamt zeigte sich auf Bedarfsebene, dass jugendliche Ukrainer*innen stark belastet sind – doch die Art der Belastung besteht vor allem durch das akute Kriegsgeschehen – und weniger durch die Bedingungen, unter denen sie geflohen und hier angekommen sind.

Was braucht es?

- Psychotherapie
- medikamentöse Behandlung
- Krisenintervention
- Notfallsysteme bei Suizidalität
- niedrigschwellige Unterstützung ohne Krisenfokus zur Stabilisierung
- soziale Einbindung

Umgang mit gesundheitlichen Bedarfen

Handlungssicherheit und Wissen über Anlaufstellen im Hilfesystem

Die große Mehrheit der Befragten fühlte sich sicher oder sehr sicher darin, zu erkennen, wenn behandlungsnotwendige körperliche oder psychische Beschwerden vorliegen und die Person entsprechend zu verweisen – lediglich 10 % der Befragten gab hier im Bereich psychischer Beschwerden eine relative Unsicherheit an. Es sei jedoch angemerkt, dass die Befragten mit rund 6 Jahren Erfahrung in der Arbeit mit UMF zu einer überdurchschnittlich kompetenten Gruppe gehörten und in keiner Weise repräsentativ für die von Fachkräftemangel und Personalfluktuation betroffenen Hilfesysteme stehen.
Was konkrete Anlaufstellen vor Ort betrifft, zeigt sich auch für die hier Befragten ein anderes Bild: Etwa 40 % der Befragten wissen (eher) nicht, an welche Beratungsstelle, Praxis oder welches Krankenhaus sie die Person bei psychischen Beschwerden vermitteln können. Dies scheint aber nicht allein daran zu liegen, dass es den Befragten an Wissen über die Anlaufstellen vor Ort fehlt, sondern vor allem daran, dass bei den verschiedenen Anlaufstellen zu wenige Plätze verfügbar sind.

Hürden bei der Vermittlung ins Gesundheitssystem

So geben 85 % der Befragten an, es sei schwierig, (Kinder)Ärzt*innen und Therapeut*innen zu finden, die überhaupt neue Patient*innen aufnehmen, 73 % bestätigen, dass es darüber hinaus problematisch sei, Ärzt*innen/Therapeut*innen zu finden, die auch geflüchtete Menschen aufnehmen. Zusätzliche Hürden sind die Sprachbarriere (78 % der Befragten zufolge), die langen Wartezeiten (74 %) und Schwierigkeiten, die Kostenübernahme zu klären (für 59 % zutref-

fend). Hier zeigte sich, wie problematisch die Versorgung über Krankenscheine ist: Selbst, wenn ein Anspruch auf Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht, dauert die Anmeldung bei der Krankenkasse (und auch der Erhalt einer vorläufigen Karte) oft viele Monate. Behandelnde Ärzt*innen sind mit der Abrechnung über Krankenscheine, so sie denn ausgestellt werden, überfordert oder schlicht nicht bereit, zu behandeln:

weil sie keine freien Kapazitäten hätten. Es ist ein hoher zeitlicher und personeller Aufwand, aufnahmewillige- und fähige Praxen zu suchen und zu kontaktieren. Viele Praxen lehnen wegen des vermeintlich hohen Aufwands der Abrechnung via Behandlungsschein ab. Weitere Ablehnungen wurden mit der Sprachbarriere begründet: Man würde die Patienten so nicht behandeln können. Zweimal wurde abgelehnt, mit dem Hinweis, die Behandlung ‚solcher Leute' sei viel zu aufwendig und es gäbe ja extra Stellen für ‚solche Leute'".

An die spezialisierten Psychosozialen Zentren für Geflüchtete wurde in insgesamt 90 Fällen versucht zu vermitteln. 62 % dieser Versuche waren nicht erfolgreich, da keine freien Plätze verfügbar oder die Wartelisten zu lang waren. All diese Hürden zeigten sich in der Erfahrung der Vormünder*innen für Jugendliche aller Staatsangehörigkeiten – aufgrund der administrativen Verzögerungen in der Ausstellung der Versicherungskarten trafen Hürden in Verbindung mit der Praxis der Krankenscheine auch ukrainische Kinder und Jugendliche. Lediglich die Sprachbarriere erwies sich aus Sicht der Befragten für Geflüchtete aus der Ukraine als weniger problematisch (weil Englisch oder Russisch als gemeinsame Sprache genutzt werden oder zumindest ad hoc Übersetzungen leichter organisiert werden konnten). Schwierigkeiten mit der Kostenübernahme und dem Finden von Behandelnden sowie lange Wartezeiten betrafen der Einschätzung fast aller Befragter nach alle Gruppen gleichermaßen.

Bedarfsdeckung

Für insgesamt 43 % der Befragten konnten infolge dieser Hürden die psychotherapeutisch-psychosozialen Bedarfe der von ihnen betreuten Jugendlichen nicht gedeckt werden, 37 % gaben an, dass die Bedarfe nur zum Teil (z.B. lediglich medikamentös oder nur im Fall akuter Krisen) adressiert werden konnten. Bezogen auf Bedarfe im Bereich der körperlichen Gesundheit sahen nur 6 %, dass Bedarfe nicht oder kaum versorgt werden konnten, 42 % berichten von einer teilweisen Bedarfsdeckung.

85 % Allgemeine Schwierigkeiten, (Kinder) Ärzt*innen/Therapeut*innen zu finden, die neue Patient*innen aufnehmen

78 % Schwierigkeiten aufgrund von Sprachbarrieren

74 % Schwierigkeiten aufgrund (zu) langer Wartezeiten (Verschlimmerung der Symptome, Motivationsverlust etc.)

73 % Schwierigkeiten Ärzt*innen/ Therapeut*innen zu finden, die auch geflüchtete Menschen aufnehmen

59 % Schwierigkeiten, die Kostenübernahme zu klären

	Konnten gar nicht gedeckt werden	Konnten zum größten Teil nicht gedeckt werden	Konnten teilweise gedeckt werden	Konnten zum größten Teil gedeckt werden	Konnten alle gedeckt werden
Bedarfe bzgl. der körperlichen Gesundheit	**3,2 %**	**3,2 %**	**41,9 %**	**32,3 %**	**19,4 %**
Bedarfe bzgl. der psychischen Gesundheit	**13,3 %**	**30,0 %**	**36,7 %**	**13,3 %**	**6,7 %**

Handlungsbedarfe aus Sicht der Jugendhilfe

Versorgungskapazitäten erweitern und Zugänge erleichtern

- Ausbau der Kapazitäten in der ärztlichen und therapeutischen Regelversorgung
- Ausbau von Angeboten, die niedrigschwellig sind, aber professionell und wirksam, z.B. psychosoziale Angebote (Sozialberatung und psychologische Beratung), Gesprächsangebote vor Therapie, professionell begleitete Selbsthilfe-Gruppen, aufsuchende Therapeut*innen, leicht verständliche Aufklärung zu therapeutischen Angeboten und ihrer Wirkung
- Notfallstellen, Offenheit und spezielle Angebote der lokalen Kinder- und Jugendpsychiatrien
- mehr ambulante dolmetschergestützte Therapieplätze, mehr Angebote im Bereich Sprachmittlung (Dolmetscher-Pools, Übernahme von Kosten etc.)
- vereinfachte Zugänge, schnellere Klärung der Finanzierung durch das Jugendamt

Kapazitäten in der Jugendhilfe sowie ambulante und stationäre Beratungs-/ Behandlungseinrichtungen ausbauen

- Erhöhung der Plätze in der Jugendhilfe (auch für junge Volljährige), der personellen Ressourcen, auch mit Mitarbeitenden, die zu Schichtdiensten bereit sind, mehr Betreuungsstunden pro Jugendlichem
- keine Unterbringung von Minderjährigen in Sammelunterkünften, mehr gute Wohn- und Jugendhilfeeinrichtungen (auch um das Wunsch- und Wahlrecht nach SGB VIII wieder zu gewährleisten und Wechsel bei ungeeigneter Unterbringungsform zu ermöglichen)
- mehr therapeutische Wohnformen bzw. Plätze in der stationären Jugendhilfe, anschließend passender Wohnraum und ambulante Angebote für die Careleaver

Anreize für qualifiziertes Personal schaffen

Akquise qualifizierten Personals, das in der Lage ist, gesundheitliche und soziale Bedarfe zu erkennen

„Aufgrund der herabgesetzten rechtlichen Standards betreffend der Unterbringung von UmF mangelt es auch an Fachpersonal bzw. Personal, dass über die erforderlichen Kompetenzen verfügt. Gesundheitliche und soziale Bedarfe werden nicht erkannt, ignoriert oder aufgrund fehlender Kompetenzen gar nicht in die sozialarbeiterische und pädagogische Tätigkeit mit einbezogen. Viel zu oft wirkt die Erstaufnahme eher wie eine 'Verwahranstalt'. Es braucht ausreichend kompetentes Fachpersonal, das weiteres Personal in der Arbeit, Betreuung, Begleitung, Beratung mit UMF betreut, anleitet, begleitet. Es braucht kompetentes Fachpersonal, das Zeit und Raum für Begegnungen schafft und die Jugendlichen z.B. mit der Nachbarschaft zusammenbringt. Es braucht mehr Menschen – Ehrenamtliche, Vereine, Initiativen –, die Angebote schaffen, welche die Jugendlichen teilhaben lassen, sie aus den Unterkünften 'herausholen', sie lernen und Selbstbewusstsein und Selbstwirksamkeit empfinden lassen.“

Vernetzung und Fortbildung ermöglichen

„Für Fachkräfte müsste es mehr Fortbildungen, wissenschaftliches Material und Arbeitskreise in jeder Region Deutschlands geben. Auch in den Einrichtungen – auch meiner eigenen –, sowie den Unterkünften und anderen Ämtern oder Anlaufstellen gibt es viel Unwissen und Halbwahrheit. Die Perspektive sollte weg von Verwaltungsarbeit hin zu pädagogischer Tätigkeit gelegt werden. Hierzu bräuchte es Arbeitshilfen für Fachkräfte. Auch vom Arbeitgeber finanzierte Sprachkurse wären toll.“

Verwaltungsprozesse optimieren

- kürzere Wartezeiten im Erstaufnahme- und Clearingverfahren, weniger Warteschleifen im Clearingverfahren
- schnellere Vormundschaftsverfahren und Erstgespräche zur Inobhutnahme sowie zeitnahes Clearing müssen die aktuell monatelangen Vor-Vor Clearings ablösen, die dazu führen, dass Bedarfe nicht bearbeitet werden
- Sicherstellung einer vormundschaftlichen Vertretung die auch aktiv und erreichbar ist
- mehr Fachkräfte in den Jugendämtern, mehr Vormund*innen
- Beschwerdestellen, an die Jugendliche sich bei Problemen mit dem Vormund wenden können

Welche psychologischen und sozialen Auswirkungen kann die Ungleichbehandlung auf das Hilfesystem haben?

Die vergleichsweise bessere Behandlung der ukrainischen Geflüchteten hat verschiedene psychologische und soziale Auswirkungen auf das Hilfesystem und seine Nutzer*innen. Neben den bereits geschilderten positiven Effekten auf Gefühle von sozialem Zusammenhalt und heilender Anerkennung finden auch Dynamiken statt, die als Spaltungseffekte bezeichnet werden können. Fachkräfte und andere Unterstützende müssen mit einer massiven kognitiven Dissonanz, also einer gefühlten Unvereinbarkeit von Informationen, umgehen: Auf der einen Seite steht die positive Bewertung der politischen und gesellschaftlichen Bereitschaft zur Unterstützung der ukrainischen Geflüchteten und eine damit verbundene erhöhte Handlungsfähigkeit. Auf der anderen Seite belasten das negative Gefühl von Ungerechtigkeit und die vergleichsweise Hilflosigkeit in Anbetracht der Situation von sogenannten Drittstaatler*innen aus der Ukraine und Geflüchteten anderer Herkunftsländer, die ihrem Leid mit einem Bruchteil dieser Unterstützung überlassen werden. Es entstehen Fragen, die im Arbeitsalltag nicht auflösbar sind.

- Warum darf ich diese Person oder Familie umfassender versorgen, und jene nicht?
- Warum erzeugt dieses Schicksal Empathie bei meinen Mitmenschen, und jenes nicht?
- Warum werden finanzielle und rechtliche Möglichkeiten, für die ich mich schon so lange vergeblich einsetze, plötzlich selbstverständlich?

Obgleich Fachkräfte beschreiben, dass sie einen Umgang mit dieser Dissonanz finden mussten, um handlungsfähig zu bleiben, Chancen für ukrainische Geflüchtete zu nutzen und für alle Klient*innen weiterhin präsent zu bleiben, sind die langfristigen Folgen dieser künstlich hergestellten Spaltung unklar.

*„Ich begleite seit vielen Jahren eine afghanische Klientin, die in den Therapiesitzungen manchmal 50 Minuten lang nur weint. Und ich kann nichts tun, außer das auszuhalten. Sie lebt mit ihrer gesamten Familie seit 5 Jahren in einem einzigen Zimmer und hätte gerade fast eine Zusage für eine Wohnung bekommen. Die Wohnung wurde letztlich an eine ukrainische Familie vergeben. Wie soll ich das meinen Klient*innen erklären?“*

Psychotherapeutin in einem PSZ

Es ist bemerkenswert, dass auf Ebene der Klient*innen – trotz der offensichtlichen Ungleichbehandlung und damit verbundener Kränkung und Verzweiflung – Solidarität und ein gegenseitiges Verständnis stattfindet.

Es bleibt jedoch abzuwarten, welcher zusätzliche psychische Druck langfristig bei allen Beteiligten erzeugt wird.

Auch für ukrainische Geflüchtete kann eine zusätzlich belastende Situation entstehen, in der sie sich stets für ihre Besserstellung rechtfertigen müssen oder keinen Raum für Kritik oder trotzdem vorhandenes eigenes Leid vorfinden.

Wir empfehlen daher eine Benennung und Reflektion möglicher psychologischer und sozialer Auswirkungen der Ungleichbehandlung auf das Hilfesystem.

Handlungsfeld 2: Gesundheits- und Psychosoziale Versorgung

Versorgungsbedarfe & Anliegen schutzsuchender Kinder und Jugendlicher

Der körperliche Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen aus der Ukraine wird von Expert*innen sowie auch den Eltern der Minderjährigen übereinstimmend mit den durch die BAfF erhobenen Daten als gut und im Vergleich zu geflüchteten Kindern aus anderen Herkunftsländern aufgrund der gesundheitlichen Versorgung im Herkunftsland (Impfsystem, Vorsorge) besser eingeschätzt[7]. Erste empirische Daten verweisen aber darauf, dass das psychische Wohlbefinden der nach Deutschland geflüchteten Kinder und Jugendlichen aus der Ukraine für alle Altersgruppen signifikant unter den Werten von anderen Kindern und Jugendlichen in Deutschland liegt[8].

Ob Kinder und Jugendliche Symptome psychischer Belastung zeigen, ist von multifaktoriellen Belastungsfaktoren abhängig, von denen Krieg und Vertreibung lediglich einen Teil darstellen. Auch der Druck der erzwungenen Anpassung in Verbindung mit der Hoffnung auf eine baldige Rückkehr in die Ukraine erzeugt ein Spannungsverhältnis, das für die Heranwachsenden sehr belastend ist[9]. Der Krieg hat für sie wichtige soziale Beziehungen zerstört und sie erinnern ihre Ankunft in Deutschland als emotional sehr ambivalente Situation. Jugendliche beschreiben zwar Erleichterung darüber, in Sicherheit zu sein, zugleich aber auch große Angst um zurück gebliebene Freund*innen und Familienmitglieder. Sie berichten Schockzustände und großen Stress durch die überstürzte Flucht und fühlten sich unwohl in einer ihnen vollkommen fremden Umgebung, in der sie sich nicht zurecht finden und die Sprache nicht sprechen. Im Zeitverlauf beschreiben sich viele Jugendlichen als inzwischen angekommen und zufrieden mit ihrer Lebenssituation. Dennoch bleiben Sorgen über das andauernde Kriegsgeschehen und das Heimweh mitunter extrem belastend. [10]

[7] Zu diesem Befund kamen u.a. die Analysen des Deutschen Jugendinstituts. Weitere Ergebnisse in Boll, C., Antonia, B., Castiglioni, L., Chabursky, S., Gutt, J., Gandlgruber, M., ... & Walper, S. (2023). Ukrainische Geflüchtete in Deutschland. München: Deutsches Jugendinstitut. Zugriff unter: https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/dasdji/publikationen/Broschüren_2023/Gesamtbericht%20Ukraineforschung%20am%20DJI_20230228.pdf

[8] Siehe u.a.: Brücker, H., Ette, A., Grabka, M. M., Kosyakova, Y., Niehues, W., Rother, N., ... Steinhauer, H. W. (2023). Geflüchtete aus der Ukraine in Deutschland: Ergebnisse der ersten Welle der IAB-BiB/FReDA-BAMF-SOEP Befragung. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) Forschungszentrum Migration, Integration und Asyl (FZ); Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB); Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BIB); Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin). Zugriff unter: https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/85225/ssoar-2023-brucker_et_al-Gefluchtete_aus_der_Ukraine_in.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2023-brucker_et_al-Gefluchtete_aus_der_Ukraine_in.pdf

[9] Siehe: Zindler, A., Wunderlich, H., & Nitschke-Janssen, M. (2023). Minderjährige Geflüchtete aus der Ukraine und ihre Familien–Erste Erfahrungen aus der interkulturellen Versorgungspraxis sowie der Flüchtlingsambulanz/Hamburg. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 72(2), 129-147.

[10] Vgl. Deutsches Jugendinstitut (2023), siehe Fußnote 7

Folgen traumatischer Erlebnisse für die Gesundheit geflüchteter Kinder und Jugendlicher

Traumatische Erlebnisse können vielfältige und oft schlecht zuzuordnende Folgen für die psychische Gesundheit, die Entwicklung und das soziale Verhalten von Heranwachsenden haben. Studien zeigen, dass die Prävalenzen für eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) bei begleiteten und unbegleiteten Minderjährigen zwischen 14 % und 60 % (Metzner, Reher, Kindler, & Pawils, 2016; Spallek et al., 2016)[11] und für Depressionen zwischen 6 % bis etwa 36 % (Metzner et al., 2016) liegen. 40 % der Kinder sind durch die Erlebnisse vor, während und nach der Flucht u. a. in der Schule, aber auch in zwischenmenschlichen Interaktionen deutlich eingeschränkt (Gavranidou, Niemiec, Magg, & Rosner, 2008).
Traumatisierte Kinder und Jugendliche berichten oft über immer wiederkehrende, lebhafte Bilder und Geräusche des traumatischen Ereignisses, sie leiden häufig unter starken Angst- und Schlafstörungen, haben Albträume, zeigen Störungen des Appetits, psychosomatische Symptome und oft starke Ängste (Fazel, Reed, Panter-Brick, & Stein, 2012). Es gibt aber auch Besonderheiten, in denen sie sich von Erwachsenen unterscheiden. Sie zeigen z.B. sogenannte „regressive Verhaltensweisen", also Handlungen, die für deutlich jüngere Kinder typisch sind und über die das Kind sich eigentlich bereits hinausentwickelt hatte: Kinder sprechen vielleicht wieder eine eher kleinkindliche Sprache, nässen wieder ein, beherrschen plötzlich Fähigkeiten nicht mehr, die sie schon gut erlernt hatten. Ebenso kann es aber auch vorkommen, dass sich ein Kind ungewöhnlich „erwachsen" zeigt. Bei Jugendlichen treten häufig Scham- und Schuldgefühle nach dem traumatischen Erleben auf und sie sind in ihrer Weltanschauung erschüttert. Neben dem Bedürfnis nach sozialen Kontakten und familiärer Unterstützung treten selbstverständlich auch die für das Kindes- und Jugendalter typischen Konflikte, Entwicklungsaufgaben und Ablöseprozesse auf. Insbesondere für ukrainische Jugendliche ist die Situation daher auch belastend, da sie häufig mit einem Elternteil flohen und von diesem abhängig waren, gleichzeitig aber inmitten der Autonomie- und Individuationsentwicklung stecken.

[11] Weitere Informationen und Quellen finden sich auf der Themenseite der BAfF „Geflüchtete Kinder und Jugendliche":https://www.baff-zentren.org/themen/flucht-trauma/aktuelles-flucht-trauma/gefluechtete-kinder-und-jugendliche/

Versorgungsansprüche und Angebotsstrukturen: Wer hat Zugang zu Angeboten der Gesundheits- und psychosozialen Versorgung?

Geflüchtete Kinder und Jugendliche werden nach ihrer Ankunft in der Regel im Rahmen einer Pflichtuntersuchung medizinisch untersucht, vor allem mit dem Ziel, Infektionskrankheiten auszuschließen und gegebenenfalls zu behandeln. Der Umfang und Inhalt dieser Untersuchung variiert stark zwischen den Bundesländern und ist meist auf eine somatische Untersuchung beschränkt.

Danach ist der Zugang zum Gesundheitssystem abhängig davon, ob Kinder und Jugendliche gemeinsam mit sorgeberechtigten Personen hier ankommen oder unbegleitet sind. Wenn sie gemeinsam mit ihren Sorgeberechtigten ein Asylverfahren bewältigen müssen oder hier nur geduldet sind, haben sie gemäß §4 und 6 AsylbLG zunächst nur eingeschränkt Zugang zum Gesundheitssystem[12]. Kostenträger sind die Sozialbehörden. In allen Bundesländern, die sich gegen eine elektronische Gesundheitskarte für Geflüchtete entschieden haben, entscheiden diese auch – in der Regel sehr restriktiv – darüber, ob Geflüchtete spezielle Behandlungsscheine nach dem AsylbLG bekommen und z.B. Psychotherapien bewilligt werden oder nicht. Nur in wenigen Bundesländern bzw. Kommunen werden Schutzsuchenden von Beginn an elektronische Gesundheitskarten ausgestellt, die zumindest administrativ Zugänge zum Gesundheitssystem erleichtert.

Leistungsansprüche und Kostenträger während und nach dem Asylverfahren

[12] Zu den Rahmenbedingungen, Anspruchsberechtigungen und strukturellen Herausforderungen in der Versorgung Geflüchteter gibt der Psychosoziale Versorgungsbericht Deutschland 2023 Auskunft. Er findet sich unter https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2023/06/BAfF_Versorgungsbericht2023.pdf

Exkurs: Gesundheitsversorgung von unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten

Für Kinder und Jugendliche, die ohne Begleitung von sorgeberechtigten Personen nach Deutschland einreisen, gelten – herkunftslandunabhängig, d.h. auch für alle Menschen aus der Ukraine – besondere Regelungen zur Kostenübernahme bei der Gesundheitsversorgung: Für UMF hat das Jugendamt während der Inobhutnahme, im Rahmen von stationären Anschlussmaßnahmen sowie bei der Gewährung von Hilfen für junge Volljährige die Gesundheitsversorgung sicherzustellen.1

Bei Psychotherapien variiert die für die Entscheidung über Kostenübernahmen zuständige Behörde abhängig davon, ob der Bedarf durch eine behandlungsbedürftige psychische Störung, eine Störung des Erziehungsprozesses oder aufgrund einer seelischen Behinderung entsteht.

Dabei hat die Krankenhilfe, die das Jugendamt gem. § 40 SGB VIII gewähren muss, den Bedarf in voller Höhe zu befriedigen. Da sich der Umfang der Gesundheitsleistungen nach dem Krankenkassengesetz (SGB V) richtet, haben die Kinder und Jugendlichen neben dem allgemeinen Anspruch auf ärztliche und zahnärztliche Behandlung auch einen Anspruch auf eine Psychotherapie. Eine Psychotherapie kann bei Vorliegen einer seelischen Krankheit in Anspruch genommen werden.

Zur verbesserten Abwicklung und zur Vereinfachung der Verwaltung werden nicht krankenversicherte Kinder und Jugendliche auftragsgemäß durch eine gesetzliche Krankenkasse betreut. Dadurch entsteht zwar keine echte Mitgliedschaft bei der Krankenversicherung, aber die Kinder und Jugendlichen erhalten eine elektronische Gesundheitskarte mit der Statusbezeichnung „Mitglied“.

Der Umfang der zu gewährenden Leistungen entspricht aber dem Leistungsanspruch anderer gesetzlich Krankenversicherter, weil er sich nach dem Krankenkassengesetz richtet. Die Kosten der Krankenbehandlung übernimmt zwar zunächst die Krankenkasse. Der eigentliche Kostenträger ist aber das Jugendamt, weshalb dieses der Krankenkasse die Behandlungskosten zuzüglich einer Verwaltungspauschale erstattet.

Mögliche Kostenträger für Therapien für unbegleitete minderjährige Geflüchtete

	Heilbehandlung (SGB V)	Hilfe zur Erziehung (SGB VIII)	Eingliederungshilfe (SGB VIII)
Voraussetzung	Behandlungsbedürftige psychische Störung	Störung des Erziehungsprozesses	Seelische Behinderung
Versorgungsanspruch	Heilbehandlung (Psychotherapie)	Unterstützung oder Ergänzung des Erziehungsprozesses	Hilfen in Bezug auf psychische Belastung und Besonderheiten der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben

Leistungsansprüche ukrainischer Geflüchteter im Vergleich

Ukrainische Geflüchtete fallen als vorübergehend schutzberechtigte Geflüchtete seit dem Rechtskreiswechsel am 1.6.2022 nicht mehr unter den Anwendungsbereich des AsylbLG. Dieser politischen Entscheidung lag die Begründung zugrunde, dass ukrainische Geflüchtete frühzeitig in den Arbeitsmarkt integriert werden sollten und deshalb Grundsicherungsleistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts und der Arbeitsmarktintegration erhalten müssen[14]. Deshalb haben sie auch umfangreichere Ansprüche z.B. auf Leistungen nach dem SGB V („Gesetzliche Krankenversicherung“).
Dieser Rechtskreiswechsel war Ausdruck der Bereitschaft des Bundes, sich an der Finanzierung der Unterbringung und Betreuung von vorübergehend Schutzberechtigen mitzubeteiligen, für die normalerweise die Sozialämter zuständig und die Bundesländer verantwortlich sind[15].

Doch aus der Ukraine sind auch zahlreiche junge Menschen geflohen, die keine ukrainische Staatsangehörigkeit haben. Drittstaatsangehörige, die aus der Ukraine geflohen sind, müssen oft ein Asylverfahren durchlaufen. Nur Drittstaatsangehörige aus Syrien, Afghanistan und Eritrea erhalten in der Praxis häufig den gleichen vorübergehenden Schutzstatus wie Ukrainer*innen. Alle anderen Geflüchteten bleiben auf die reduzierten Leistungen nach dem AsylbLG verwiesen: Sie treffen – völker- und europarechtswidrig – auf die hohen bürokratischen Hürden, die Asylsuchende seit 30 Jahren durch dieses diskriminierende Sondergesetz im Zugang zu ärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung behindern.[16]

Sowohl für junge Menschen, die als Drittstaatsangehörige aus der Ukraine geflohen sind, als auch für die zahlreichen minderjährigen Geflüchteten aus über hundert weiteren Herkunftsländern stehen diese Restriktionen den europäischen Bestimmungen zur Aufnahme von besonders vulnerablen Schutzsuchenden entgegen. Im Mittelpunkt müsste herkunftsunabhängig für jedes Kind vorrangig das Wohl des Kindes stehen (EU-Aufnahmerichtlinie, Art. 23, Abs. 1). Insbesondere für diejenigen, die Opfer von Gewalt geworden sind, gilt das ganz besonders für den Zugang zur Gesundheits- und psychosozialen Versorgung.

“Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass Minderjährige, die Opfer irgendeiner Form von Missbrauch, Vernachlässigung, Ausbeutung, Folter, grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung gewesen sind oder unter bewaffneten Konflikten gelitten haben, Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch nehmen können und dass im Bedarfsfall eine geeignete psychologische Betreuung und eine qualifizierte Beratung angeboten wird.”

EU-Aufnahmerichtlinie, Artikel 23, Abs. 4

Allen Kindern, die unter diesen Gewalterfahrungen gelitten haben, muss also Anspruch auf geeignete psychologische Betreuung gewährt werden. In der Praxis kann dies aber in der großen Mehrheit der Fälle nur in einem überaus restriktiven administrativen Prozess erkämpft werden, der häufig an nicht für die Entscheidung über Gesundheitsleistungen qualifizierten Sachbearbeiter*innen, Unkenntnis über die Rechtsansprüche der Schutzsuchenden oder unterlassener Bearbeitung von Therapieanträgen scheitert. Obwohl die EU-Aufnahmerichtli-

[14] Bohley, M. (2022). Psychotherapie für Schutzsuchende aus der Ukraine. Monatsschrift Kinderheilkunde, 170(12), 1096-1102.

[15] ebd

[16] Zu den Gesundheitsrisiken der eingeschränkten Versorgung nach dem AsylbLG finden sich hier Hintergründe und die erforderlichen Änderungen: https://www.baff-zentren.org/aktuelles/diskriminierung-macht-krank-sondergesetz-abschaffen/

nie in Deutschland seit Ablauf der Umsetzungsfrist 2015 faktisch in nationales Recht umgesetzt sein müsste, ist bis heute weder das AsylblG entsprechend reformiert worden noch wurden Verwaltungsvorschriften für den Umgang mit Schutzbedarfen besonders vulnerabler Personen erlassen. In der täglichen Bewilligungspraxis resultieren daraus rechtswidrige Einzelfallentscheidungen, obwohl das Ermessen der Sachbearbeitenden rechtlich eigentlich auf Null reduziert ist.

Inanspruchnahme:
Wer kann Gesundheits- und psychosoziale Versorgung in der Praxis nutzen?

Formal besteht für viele Kinder und Jugendliche aus der Ukraine die Möglichkeit, ohne einschneidende Brüche Angebote der Primärversorgung wahrzunehmen. Auch der Zugang zur Regelversorgung wurde auf diese Weise schnell und unbürokratisch gebahnt. Eindrücke aus der Jugendhilfe sprechen analog dazu zugleich auch für eine im Vergleich zu anderen Geflüchteten bessere Gesundheitsdokumentation und damit vergleichsweise gute Voraussetzungen für eine primärärztliche Anschlussversorgung. Erste Befragungen im hausärztlichen Setting zeigen jedoch, dass es auch für diese formal bessergestellte Gruppe geflüchteter Kinder und Jugendlicher Schwierigkeiten und Besonderheiten in der (sprachgemittelten) Kommunikation, der Anschlussversorgung von Vorerkrankungen, dem deutschen Gesundheitssystem und zu Hilfen bei psychischen Beschwerden gibt, auf die reagiert werden muss, um die Kontinuität und Qualität der Versorgung sicherzustellen[17].

Für die psychosoziale Versorgung legen die derzeit verfügbaren Befragungsdaten nahe, dass trotz der hohen Belastung nur wenige junge Menschen aus der Ukraine tatsächlich psychosoziale Unterstützung in Anspruch nehmen[18]. Werden Jugendliche selbst dazu befragt, dann weiß ein Teil bislang nicht, wie man Zugang zu Beratungsangeboten finden kann. Ein Teil gibt an, dass sie keine professionelle Unterstützung benötigen, weil sie gute eigene Bewältigungsstrategien haben oder sich bereits durch niedrigschwellige Gesprächsangebote z.B. von Lehrer*innen aus der Ukraine entlastet fühlen6. Mancherorts werden z.B. wöchentlich Schulstunden angeboten, in denen Jugendliche darüber sprechen können, womit es ihnen nicht gut geht – die Schule hat hier also nicht allein eine Bildungs-, sondern auch entlastende Funktion.

Die Nachfrage in den Psychosozialen Zentren für Geflüchtete (PSZ) war in den ersten Monaten über die Regionen hinweg sehr heterogen: Mancherorts suchten zunächst vor allem Jugendliche Unterstützung, die schon vor der Flucht psychisch belastet waren, bereits eine Diagnose mitbrachten und ggf. sogar schon in Behandlung waren. Viele von ihnen waren über ihre Netzwerke und Social-Media-Kanäle bereits vor der Behandlung im PSZ gut aufgeklärt und informiert zu Ansprüchen und Erwartungen. In anderen Regionen wurden direkt nach Beginn des Angriffskrieges Angebote für Kinder und Jugendliche in akuten Stress- und Belastungssituationen aufgebaut. Sie wurden dabei unterstützt, in dieser existentiell bedrohlichen Situation Basisbedürfnisse und eine Grundstabilität wiederherzustellen, ihre Symptome als normale Reaktion auf die außergewöhnliche Belastung zu verstehen, zu trauern und mit dem andauernden Kriegszustand sowie den daraus resultierenden Zukunftsängsten umzugehen.

Dies geschah in Unterstützungsformaten wie psychoedukativen Gesprächen oder Gruppen zur Informationsvermittlung und Normalisierung, in Stabilisierungs- und Kriseninterventionsangeboten oder -sprechstunden oder auch psychotherapeutischen Einzel- und Gruppeninterventionen.
Schnelle Unterstützung fanden Kinder und Jugendliche dabei vor allem in denjenigen Regionen, die durch eine gute Vernetzung gemeinsam mit der ukrainischen Community Zugangswege bahnen und Unterstützungsstrukturen aufbauen konnten. Ukrainische Therapeut*innen konnten dann schnell in die Teams der PSZ integriert werden, wenn flexibel finanzielle Ressourcen zur Verfügung gestellt wurden, die unbürokratisch eingesetzt werden konnten. Dies gelang aber vor allem, wenn Angebote für ukrainische Geflüchtete an bereits zuvor verhältnismäßig stabile Organisationsstrukturen einschließlich entsprechender Supervisionsangebote und Kontakten in die Hilfesysteme und entsprechende kommunale Strukturen andocken konnten.[20]

Die Angebotsstrukturen für ukrainische Geflüchtete unterschieden sich dabei in einem zentralen Aspekt von denjenigen für andere Klient*innen-Gruppen: In der Regel werden Klient*innen in den Psychosozialen Zentren durch ein multiprofessionelles Versorgungsangebot aufgefangen, das neben psychologisch-therapeutischen Formaten vor allem sozialarbeiterische und asyl-/aufenthaltsrechtliche Beratung umfasst und auf dem Weg zu gesellschaftlicher Teilhabe unterstützt. Für Kinder und Jugendliche aus der Ukraine hingegen standen vor allem psychische Belastungen und Symptome im Vordergrund. Sie wurden weniger "multiprofessionell", sondern eher in "klassisch" psychologisch-psychotherapeutischen Formaten begleitet. Die soziale Einbindung an sich war in der Regel bereits stark und es gab außerhalb der Versorgungsstruktur oft vorbildliche, gut verfügbare und sprachlich zugängliche Informationen sowie starke soziale Netzwerke, die zur Stabilisierung beitragen konnten. Das heißt, die ausgeprägte Willkommenskultur hat es vielen ukrainischen Jugendlichen leichter gemacht, anzukommen, selbstbewusst ihren Weg zu gehen, sich selbst die Hilfe zu organisieren, die sie brauchen, sich über ihre Rechtsansprüche zu informieren und mit der Community in den Kontakt zu gehen. Sozialarbeiterische Angebote – ohne die Psychotherapien bei einem Großteil anderer Klient*innen gar nicht durchgeführt werden können – waren erstmals auch andernorts zugänglich und mussten deshalb nicht mehr als integraler Bestandteil der PSZ-Versorgung abgedeckt werden.

Vor diesem Hintergrund überrascht die Erfahrung, dass sehr viele junge Geflüchtete aus der Ukraine mit Therapiebedarf dennoch nicht im Regelsystem ankamen. Konkrete Behandlungs- bzw. Vermittlungszahlen sind bislang nicht verfügbar – die Praxiserfahrungen aus den Psychosozialen Zentren für Geflüchtete und ihren Netzwerken sprechen jedoch dafür, dass zentrale Gelingensbedingungen vor allem in einer hilfesystemübergreifenden Koordination, der Flexibilität in der Angebotsgestaltung, in Ressourcen für Sprachmittlung und einer Optimierung der bürokratischen Abläufe zu verorten sind.

[17] Tillmann, J., Weckbecker, K., Wiesheu, P. et al. Hausärztliche Versorgung ukrainischer Geflüchteter. Z Allg Med 99, 28–33 (2023). https://doi.org/10.1007/s44266-022-00001-3

[18] Hier stimmen die Analysen des Deutschen Jugendinstituts mit den Einschätzungen von Vormünder*innen und Betreuer*innen - siehe das Kapitel „Aus der Praxis“ # Querverweis # - überein.

[19] Vgl. Deutsches Jugendinstitut (2023), siehe Fußnote 7

[20] Eines der Vorbildprojekte für communityorientierte und durch kommunale Strukturen unterstützte Angebote ist beispielsweise das Mental Health Center Ukraine, angedockt an das Psychosoziale Zentrum „Refugio München“. Details unter: https://www.refugio-muenchen.de/ukraine/mentalhealthcenterukraine/

Was ist ein PSZ?

Die PSZ bieten vielfältige Unterstützungsformen an. Zu ihnen gehören:

- asyl-, aufenthalts- und sozialrechtliche Beratung;
- sozialarbeiterische Begleitung und Informationsvermittlung zu allen Lebensbereichen (Unterkunft, Arbeit, Schule, Familie);
- psychologische Diagnostik und Dokumentation;
- psychosoziale Beratung und Psychoedukation;
- Krisenintervention;
- Psychotherapie;
- medizinische Diagnostik/Dokumentation, Beratung und Versorgung;
- Unterstützung beim Spracherwerb;
- Unterstützung beim Umgang mit Behörden und Gesundheitsvorsorge (z. B. Begleitung durch ehrenamtliche Mentor*innen);
- Unterstützung beim Zugang zu sozialen Netzwerken und zur gesellschaftlichen Teilnahme;
- niedrigschwellige Unterstützung (z. B. Freizeitaktivitäten, kreative Angebote);
- qualifizierte Stellungnahmen zur Vorlage in asyl- und aufenthaltsrechtlichen Verfahren sowie Durchführung oder Vermittlung von qualifizierter Dokumentation/Begutachtung körperlicher und psychischer Misshandlungsspuren nach den Standards des Istanbul-Protokolls und den Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen (in aufenthaltsrechtlichen Verfahren) (SBPM).

Alle Angebote werden für Klient*innen kostenfrei und bei Bedarf mit geschulten Sprachmittler*innen oder muttersprachlichen Mitarbeiter*innen umgesetzt. Darüber hinaus setzen sich die PSZ aktiv für eine bessere Versorgung geflüchteter Menschen ein, unter anderem indem sie Schulungen zu Beratung und Therapie im Kontext Flucht durchführen und politische Advocacy-Arbeit leisten. Viele Zentren sind an lokalen und regionalen Gremien und Netzwerken beteiligt und vertreten dort die Interessen ihrer Klient*innen und Mitarbeiter*innen.

Bedarfsorientierung:
Aufbau und Entwicklung der Hilfesysteme und Strukturen

So standen im Bereich der psychosozialen Versorgung zwar schnell niedrigschwellige analoge und digitale Angebote zu Verfügung, die informieren und in akuten Krisen intervenieren konnten – sie konnten aber kaum Vermittlungsmöglichkeiten in weiterführende stabilisierende oder therapeutische Begleitsettings erschließen. Dazu zeigt sich im Rückblick, dass sehr kurzfristig nach Beginn des Angriffskrieges auf die Ukraine eine Vielzahl von Angeboten parallel und mit hohem oft ehrenamtlichem zivilgesellschaftlichem Engagement entwickelt wurde – darunter fanden sich z.B. auch Listen niedergelassener Psychotherapeut*innen, die ukrainische Geflüchtete behandeln wollten. Diese Behandlungskapazitäten waren jedoch schnell erschöpft oder scheiterten an fehlenden Sprachmittlungsmöglichkeiten.

Oft fehlte es den entwickelten Angeboten durch die autonome parallele Implementierung an Koordination, so dass bestehende – und bereits zuvor überlastete – Strukturen nur zum Teil entlastet oder ergänzt werden konnten oder ambitionierte, aber zu isolierte Angebote wieder abgebaut wurden, weil sie nicht ausreichend bekannt, nicht an die Bedarfe der Jugendlichen angepasst und nicht mit den etablierten Hilfesystemen vernetzt waren. Zum Teil fiel dies gegen Ende des Jahres 2022 genau in jene Zeit, in der die Belastungssituation vieler junger Menschen sich zugespitzt hatte, weil die vielerorts inzwischen desolatere Unterbringungs- und Beschulungssituation, das Bewusstsein, dass eine Rückkehr zum Vorkriegszustand nicht möglich ist, und die unsichere Perspektive Gefühle der Ohnmacht und der Hilflosigkeit verstärkten. Die Unterstützungsbereitschaft nahm also ab, während sich zeitgleich die Anspannung und der Druck auf Geflüchtete verstärkte. Die Nachfrage z.B. in den PSZ sowohl nach Gruppen-, als auch nach einzeltherapeutischen Angeboten, kunst- und beschäftigungsorientierten Angeboten für Kinder, und v.a. auch nach Erfahrungsräumen zur Entlastung selbstorganisierter Helfender, stieg an.

Hier zeigte sich sehr deutlich, wie zentral die flexible Anpassung von Angeboten an die aktuellen zeitlichen, strukturellen und zivilgesellschaftlichen Kontexte ist, damit Angebot und Nachfrage im Sinne der Jugendlichen aufeinander abgestimmt werden können.

Auf struktureller Ebene wird vielerorts bis heute sichtbar, wie stark das fragmentierte System der Gesundheitsversorgung für Geflüchtete mit unterschiedlichen Leistungsansprüchen selbst sehr ambitionierte Akteur*innen in allen Hilfesystemen in ihrer Handlungsfähigkeit beschränkt. Trotz historisch einmaliger Informationskampagnen, auch für den Bereich der Gesundheitsversorgung, fehlt es bei Behandler*innen in der gesundheitlichen Regelversorgung auch aktuell noch an Wissen zu den Rechten von Geflüchteten (und insbesondere der Durchsetzung ihrer formal vorhandenen Ansprüche), zu entsprechend spezialisierten Anlaufstellen z.B. im psychosozialen Handlungsfeld, aber auch an Handlungssicherheit in der Arbeit mit Sprachmittler*innen oder in der traumasensiblen Anamnese körperlicher, psychischer oder sozialer Folgen schwerer Gewalt.

Fachkräftemangel, Personalfluktuation und insbesondere der Abbau von in den Jahren 2015/16 etablierter Kooperationsstrukturen haben dazu geführt, dass Kompetenzen und Zuständigkeiten unklar bleiben. Entsprechende Verwaltungsvorschriften zum Beispiel zur Gewährung von Leistungsansprüchen, die sich für besonders vulnerable Geflüchtete verpflichtend aus der EU-Aufnahmerichtlinie ergeben, hätten dem Abhilfe leisten können, wurden jedoch nicht erlassen. In Regionen, in denen ukrainische Geflüchtete formal Zugang zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung haben, in der Praxis aber dennoch

monatelang auf die Ausstellung ihrer Gesundheitskarte warten müssen, zeigt sich sehr deutlich, dass die Reibungsverluste des diskriminierenden Sondersystems für die Versorgung von Geflüchteten selbst formal-rechtlich bessergestellte Geflüchtete treffen – obwohl sie der politischen Intention nach eigentlich bevorzugt Zugang zum Bildungs- und Arbeitsmarkt erhalten und zur gesamtgesellschaftlichen Produktivität hätten beitragen sollen.

Wissens- und Vernetzungsbedarfe in den Hilfesystemen

- Akteur*innen kommunizieren hilfesystemübergreifend, dass sie Grundwissen zur Identifizierung und Vermittlung besonders vulnerabler, psychisch belasteter Kinder und Jugendlicher benötigen: im Clearing, in Gemeinschaftsunterkünften, im schulischen Bereich, bei Ehrenamtlichen und in der Verwaltung. Dies betrifft qualitativ sowohl den traumasensiblen Umgang und das dolmetschergestützte Arbeiten mit Betroffenen als auch ihre Rechtsansprüche, Abrechnungsmodalitäten, spezialisierte Anlaufstellen, die Kommunikation mit Vormünder*innen u.v.m.

- Der Bedarf an Sensibilisierung, Schulung und Beratung von Fachkräften ist hoch. Er wird punktuell durch erfahrene Initiativen adressiert, aber es geht sehr viel Wissen dadurch verloren, dass keine behördlichen Vorgaben oder Standards bestehen, kontinuierlich neues und z.T. fachfremdes Personal mit hochkomplexen Bedarfs- und Rechtsgefügen konfrontiert wird und keine koordinierenden Instanzen existieren, die parallele Prozesse koordinieren und im Sinne der Minderjährigen zusammenführen.

- Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten entlang der Versorgungspfade sind häufig unklar oder es fehlt an Modalitäten für Abstimmungs- und Austauschformate zum gemeinsamen Case-Management. Versorgungsaufträge und bürokratische Prozesse z.B. zur Abrechnung von Leistungen sind mitunter nicht bekannt oder in der Praxis hochkompliziert.

- Behandler*innen benötigen ein Commitment und leistungsträgerseitig autorisierte Handreichungen, die ihnen Rechtssicherheit geben.

Lernerfahrungen, Transfer- und Anpassungspotentiale

Strukturell-rechtliche Gleichbehandlung im Zugang zum Gesundheitssystem

- Der formal uneingeschränkte Zugang zur Primär- und psychotherapeutischen Grundversorgung durch einen Anspruch auf Leistungen im Umfang der GKV ist eine unabdingbare Grundvoraussetzung dafür, dass geflüchtete Kinder und Jugendliche ihre völker- und grundrechtlich verbrieften Rechte auf Gesundheit und die Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten bzw. zur Wiederherstellung der Gesundheit wahrnehmen können.
- Die Barrieren, die sich für ukrainische Kinder und Jugendliche trotz ihrer formalen Gleichstellung mit deutschen Staatsbürger*innen abzeichnen, zeigen umso deutlicher, dass dies auf deutschem Staatsgebiet für jedes Kind unabhängig von Herkunft und Aufenthaltsstatus gemäß der UN-Kinderrechtskonvention, dem UN-Sozialpakt und der EU-Aufnahmerichtlinie als Mindeststandard als Anspruch in nationales Recht überführt werden muss.
- Ohne eine Integration aller Schutzsuchenden in das System der Gesetzlichen Krankenversicherung kann dies kaum erwirkt werden.

Nachhaltige Kapazitätsplanung

- Der Abbau von Unterstützungsstrukturen in den letzten Jahren in Kombination mit den zahlreichen pandemiebedingten zusätzlichen Bedarfen hat in der kinderärztlichen, der sozialpsychiatrischen und insbesondere der psychosozialen Versorgung zu massiven Engpässen geführt. Ukrainische Kinder und Jugendliche waren davon direkt und recht schnell nach ihrer Ankunft betroffen.
- Gleichzeitig ist bekannt, dass viele Heranwachsende, die Traumatisches erlebt haben, erst mit zeitlicher Verzögerung Belastungen entwickeln oder eine gewisse Zeit brauchen, bis sie Unterstützung suchen. Dies sollte im Sinne einer vorausschauenden Bedarfsplanung für den nachhaltigen Ausbau der Versorgungskapazitäten berücksichtigt werden.

Hilfesystem-übergreifende Vernetzung und Sensibilisierung

- Die Reaktion auf die Fluchtbewegung aus der Ukraine zeigt beispielhaft, wie wichtig eine schnelle und breite Vernetzung und Sensibilisierung der Akteur*innen aus dem Unterbringungs- und Jugendhilfesystem, der pädiatrischen Versorgung, der Frühen Hilfen sowie aus dem Bildungs- und psychosozialen Versorgungssystem sind, damit Kinder und Jugendliche im Umgang mit Gewalt-, Verlust- und weiteren Belastungssituationen aufgefangen und bei der Verwirklichung ihrer Zukunfts- und Bildungsperspektiven unterstützt werden können.
- Um den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen und die Erreichbarkeit durch zielgruppenspezifische Präventionsangebote zu gewähren, sollten aufsuchende Angebote, qualifizierte Sprachmittlung und mehrsprachige Informationen bei Aufklärung und Versorgung eingerichtet werden.
- Hilfesysteme der Zukunft brauchen Ressourcen, Kontakte und klare Zuständigkeiten für ein koordiniertes Handeln der Fachkräfte. Expert*innen für diese Handlungsfelder müssen ebenso wie Vertreter*innen aus Communities in Krisenstäbe, Runde Tische sowie die Konzeptualisierung, Umsetzung und kontinuierliche Weiterentwicklung der Abläufe und Versorgungspfade einbezogen werden. Informationsmaterialien zu Rechten und Anlaufstellen müssen gemeinsam beworben werden, z.B. durch Kommunen und Träger.

Community-orientierte Bedarfsorientierung und Anpassung von Unterstützungsangeboten

- Die Integration ukrainischer Therapeut*innen in die Teams der Psychosozialen Zentren für Geflüchtete (PSZ) zeigt beispielhaft, wie zentral die Einbindung der professionellen sowie der Selbstorganisationsexpertise aus geflüchteten Communities für die Entwicklung und kontinuierliche Anpassung von Unterstützungsangeboten ist. Sie bedarf personeller und finanzieller Ressourcen und eines regions- und berufsgruppenübergreifenden Austauschs, damit Regel- und etablierte Nichtregierungsstrukturen ineinandergreifen und gemeinsam zukunftsfähige Strukturen aufbauen können.
- Bundesweit vernetzte Intervisions- und Austauschformate ukrainischer Therapeut*innen in den Psychosozialen Zentren und die Anbindung an die jahrzehntelange Erfahrung der Kolleg*innen in ihren Teams verweisen dabei auf ein hohes Transferpotential auch für Vernetzungsformate mit Bildungs-, Jugendhilfe sowie regulären ambulanten und stationären gesundheits- und sozialpsychiatrischen Versorgungsstrukturen.

Sprachmittlung

- Das hohe selbstorganisierte Engagement der ukrainischen Community hat viele Sprachbarrieren – auch im Zugang zum Gesundheitssystem – überbrückt. Für die Lots*innen- und Orientierungsfunktion im Sozialraum und den Hilfesystemen verweist dies auf ein gewisses Transferpotential, von dem auch andere Geflüchteten-Communities profitieren würden.
- Insbesondere für sensible ärztliche und psychotherapeutische Kontexte zeigte sich jedoch sehr deutlich, dass es auf struktureller und kapazitärer Ebene Lösungen für professionelle Sprachmittlung braucht – auch ukrainische Kinder und Jugendliche fanden trotz formaler Besserstellung kaum Zugang in weiterführende Behandlungsangebote, weil nicht ausreichend muttersprachliche oder dolmetschergestützte Angebote verfügbar waren.
- Für Menschen ohne oder mit geringen Deutschkenntnissen sollte – vergleichbar mit den Regelungen zum Gebärdendolmetschen – ein Anspruch auf Sprachmittlung im sozialen, rechtlichen und gesundheitlichen Bereich verankert werden. Dieser muss im Sinne des Kindeswohls alters- und aufenthaltsunabhägig gelten, damit Heranwachsende, die schnell Deutsch lernen, nicht mehr als ad-hoc-Dolmetscher*innen für ihre Eltern hinzugezogen werden.

Vernetzung mit der Zivilgesellschaft als Voraussetzung für niedrigschwellige und bedarfsgerechte Zugänge

- Die Vielzahl zivilgesellschaftlicher Organisationen und selbstorganisierter ukrainischer Initiativen und Einzelpersonen, die auch im Gesundheitsbereich für ukrainische Kinder und Jugendliche aktiv waren, haben entscheidend dazu beigetragen, dass Heranwachsende im Kontext ihrer gesamten Lebenslage wahrgenommen und unterstützt werden konnten (z.B. in Bezug auf ihre Bedarfe nach einer sicheren Wohnumgebung, der Anbindung an Freizeit-, Begegnungs- und Austauschmöglichkeiten, Veranstaltungen und Organisationsmöglichkeiten, aber auch die Vermittlung an medizinische Versorgung, Krisendienste und spezialisierte psychosoziale Unterstützung).
- Viele dieser Angebote wurden durch die schnelle und unbürokratische Unterstützung sowohl durch privates oder genossenschaftliches Kapital, vor allem aber auch durch Projektfördermittel und Spendengelder ermöglicht. Schnell interveniert werden konnte dennoch vor allem durch diejenigen Akteur*innen, die bereits räumliche, finanzielle und supervisorische Strukturen, Kontakte und qualifiziertes Personal in den Aufbau einbinden konnten und gut sowohl mit den Communities vor Ort als auch mit der kommunalen Verwaltung vernetzt waren. Diese Modelle sollten als Vorbild nicht allein für Krisenstäbe, s ondern insbesondere auch für Gremien dienen, die langfristig und gemeinsam an der Ausgestaltung der Aufnahme-, Integrations- und Versorgungsbedingungen für (junge) Geflüchtete arbeiten.

Bildrechte:
Tabletten: Photo by Pixabay: https://www.pexels.com/photo/close-up-photo-of-medicinal-drugs-159211/
Stetoscope: Photo by Karolina Grabowska: https://www.pexels.com/photo/medical-stethoscope-placed-on-white-background-4386464/
Kind: Photo by cottonbro studio: https://www.pexels.com/photo/kid-on-white-table-painting-3662630/ Lego: Photo by Polesie Toys: https://www.pexels.com/photo/photo-of-toy-blocks-4491703/
Jugendlich: Photo by cottonbro studio: https://www.pexels.com/photo/person-in-black-jacket-and-gray-denim-jeans-4100422/
Taschen: Photo by Dids: https://www.pexels.com/photo/red-and-gray-backpack-beside-red-duffel-bag-1447474/
Kind das spielt: Photo by cottonbro studio: https://www.pexels.com/photo/child-holding-brown-and-green-wooden-animal-toys-3661264/

Diese Publikation ist Ergebnis des Projekts **„Vorbild Ukraine – Hilfesysteme der Zukunft?“** – einem Kooperationsprojekt der BAfF mit dem Bundesfachverband umF (BumF) und ECPAT Deutschland, gefördert durch terre des hommes Deutschland.

Wir bedanken uns herzlich bei allen Kooperationspartner*innen für die inspirierende Zusammenarbeit und bei terre des hommes Deutschland – sowohl für die finanzielle Unterstützung als auch die zahlreichen ideellen Impulse.

terre des hommes
Hilfe für Kinder in Not

© BAfF e.V. 2023. Alle Rechte vorbehalten.