



Stilles Leid

Zur psychosozialen Gesundheit
abgeschobener und rückgeführter Kinder

UNICEF Kosovo in Zusammenarbeit mit
Kosovo Health Foundation

März 2012

unicef 
unite for children

**Verena Knaus
et al.**

STILLES LEID

Zur psychosozialen Gesundheit
abgeschobener und rückgeführter Kinder

März 2012

UNICEF Kosovo in Zusammenarbeit
mit Kosovo Health Foundation

Vorwort von Thomas Hammarberg

© UNICEF Kosovo, 2012

Bitte zitieren Sie aus diesem Dokument wie folgt:

Verena Knaus, et al. *Stilles Leid - Zur psychosozialen Gesundheit abgeschobener und rückgeführter Kinder. UNICEF Kosovo in Zusammenarbeit mit Kosovo Health Foundation, 2012.*

Die Ergebnisse, Interpretationen und Schlussfolgerungen der Autoren in der Studie geben nicht unbedingt die Position von UNICEF wieder.

UNICEF, das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen, setzt sich im Auftrag der UN-Generalversammlung weltweit für den Schutz der Kinderrechte ein. Die Grundbedürfnisse aller Kinder zu sichern, jedem Kind ein gutes Aufwachsen und eine Entwicklung zu ermöglichen, die seinen Fähigkeiten entspricht – das ist die Aufgabe von UNICEF. Auch in Deutschland ist UNICEF eine wichtige Stimme für Kinderrechte – für mehr Beteiligung und gleiche Bildungschancen, gegen Kinderarmut und soziale Ausgrenzung.

Weitere Informationen:

UNICEF

Ali Pashe Tepelena, Nr. 1

10000, Pristina, Kosovo

Tel. +381 38 249 230

Fax +381 38 249 234

prishtina@unicef.org

www.unicef.org/kosovo

Foto: Thomas Rommel

Design: www.xhad.net

Inhalt

Danksagung	4
Abkürzungsliste	5
Vorwort von Thomas Hammarberg	6
Vorwort von Andreas Frewer	7
Zusammenfassung	8
1. Kinder und Migration	10
Hintergrund	14
Methodologie	16
Auswahl der Befragten	17
2. Augenzeugenberichte: Rückführungen aus der Sicht der Kinder	22
3. Psychische Gesundheitsprobleme zurückgeführter Kinder – eine Momentaufnahme	28
4. Die trügerische Hoffnung auf einen „Neuanfang“: die Wirklichkeit der Reintegration im Kosovo	32
5. Heilungschancen im Kosovo?	36
Zugang zu sozialer Unterstützung	37
Als Fremde „zu Hause“	38
Der Faktor Familie	39
Zugang zu psychiatrischer und psychologischer Versorgung	41
6. Empfehlungen	46
Das Kindeswohl als entscheidenden Faktor ernstnehmen	47
Berücksichtigung der gesundheitlichen Bedürfnisse von Kindern in migrationspolitischen Überlegungen.....	47
Zugang zu kindgerechter psychologischer und psychiatrischer Versorgung sicherstellen.....	48
Reintegrationsprogramme auf die Bedürfnisse von Kindern ausrichten	48
Migrationsdebatte stärker am Kind orientieren	49
Team	50
Literatur	52
Fußnoten	53

Danksagung

Wir möchten UNICEF Kosovo für die Initiative zu diesem Bericht und für die Unterstützung danken. Die Autoren danken insbesondere Johannes Wedenig, Beate Dastel und Agron Gashi für ihr fachliches und persönliches Engagement während des gesamten Projektverlaufs. Wir möchten auch dem Deutschen und dem Österreichischen Komitee für UNICEF für die gute Zusammenarbeit und die Ermöglichung dieses Berichts danken. Des Weiteren bedanken wir uns bei unseren Partnern für ihre wertvollen Hinweise und ihren fachkundigen Rat, insbesondere der Universität Prishtina, der McGill Universität in Kanada, der Sektion „Sequels to Torture and Persecution“ (Folgen von Folter und Verfolgung) des Welt-Psychiatrieverbands und dem schwedischen Karolinska Institut. Ebenso möchten wir dem kosovarischen Gesundheitsministerium, insbesondere Minister Ferid Agani, und dem kosovarischen Innenministerium für die Zusammenarbeit und ihre Unterstützung danken.

Abkürzungsliste

CAPS	Clinician-Administered PTSD Scale
CBCL	Child Behaviour Checklist
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EU	Europäische Union
GHQ	General Health Questionnaire
HTQ	Harvard Trauma Questionnaire
ICD-10	International Classification of Diseases (1990)
IOM	Internationale Organisation für Migration
KFOS	Kosovo Open Society Foundation
MINI	McGill Illness Narrative Interview
NGO	Nichtregierungsorganisation (engl. Non-Governmental Organisation)
NRW	Nordrhein-Westfalen
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung (engl. Post-Traumatic Stress Syndrome, PTSD)
UNDP	Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (engl. United Nations Development Programme)
UNHCR	Hoher Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen (engl. United Nations High Commissioner for Refugees)
UNICEF	Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (engl. United Nations Children's Fund)
URA-2	Rückkehrprojekt für Kosovaren aus Baden-Württemberg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt (Ura bedeutet auf Albanisch „Brücke“)
WHO	Weltgesundheitsorganisation (engl. World Health Organisation)

Vorwort

Thomas Hammarberg

Wann immer es um Kinder geht, sollten sich Politiker in ihren Entscheidungen vom Grundsatz des „Kindeswohls“ leiten lassen. Dies ist einer der Grundgedanken des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes. Bevor eine Entscheidung getroffen wird, sollten die Folgen für Kinder in Betracht gezogen werden. Doch wenn es um Migrantenkinder geht, wird dieser Grundsatz in den Ländern Europas gegenwärtig nicht umfassend berücksichtigt.

Diese Kinder sind gefährdet. Einige flohen vor Verfolgung oder Krieg, andere vor Armut und Entbehrung. Sie wurden bereits ein oder mehrere Male entwurzelt. Falls sie zurückkehren müssen, wartet auf einige von ihnen ein hartes Los.

Mehrere europäische Länder haben Listen sogenannter sicherer Herkunftsstaaten erstellt und unterzeichneten Rückübernahmeabkommen mit Ländern, die in Wirklichkeit gar nicht in der Lage sind, den Rückkehrern grundlegende Menschenrechte zu garantieren, wie z.B. eine angemessene Gesundheitsversorgung oder Bildung. Der Kosovo wurde dazu gedrängt, mehrere tausend Menschen aus westeuropäischen Ländern zurückzunehmen, darunter viele Kinder.

Viele der in den Kosovo zurückgeführten Kinder haben große Schwierigkeiten, sich in der neuen Situation zurechtzufinden. Sie wurden in ihren Aufnahmeländern geboren oder lebten dort jahrelang und betrachteten diese als ihre Heimat. Einige von ihnen erlebten während des Krieges und auf der Flucht traumatische Erfahrungen. Wir wissen, dass sie in hohem Maß gefährdet sind und Schwierigkeiten haben, mit neuen Traumata zurechtzukommen. Einige von ihnen leiden unter psychischen Störungen wie Depressionen oder Angstzuständen. Andere unter posttraumatischen Belastungsstörungen und anderen ernsthaften Beeinträchtigungen ihrer psychischen Gesundheit. Solche Kinder weisen zudem eine erhöhte Selbstmordneigung auf.

Die nationale Strategie des Kosovos zur Reintegration zurückgeführter Personen beinhaltet Maßnahmen, die ihnen den Zugang zu angemessener gesundheitlicher Versorgung ermöglichen sollen. Doch die Umsetzung dieser Maßnahmen ist sporadisch bis nicht vorhanden. Zurückgeführte Kinder, die unter psychischen Problemen leiden, finden nur in ihren Familien Halt, da sie keinen Zugang zu angemessener professioneller Hilfe haben. Es ist dringend nötig, einen nachhaltigen Plan zu entwickeln, um diese Probleme wirksam anzugehen.

Dieser wertvolle Bericht untersucht die Auswirkungen von Rückführungen auf die psychosoziale Gesundheit von Kindern und kommt genau zur rechten Zeit. Auch wenn er sich auf die Situation rückgeführter Kinder im Kosovo konzentriert, unterstreicht er die Notwendigkeit, die Einwanderungspolitik der europäischen Staaten auf den Prüfstand zu stellen und sie klar an Menschenrechtsgrundsätzen auszurichten.

Der Ausgangspunkt für jede Entscheidung über Einwanderungsfragen und deren Auswirkungen auf Kinder sollte die Abwägung sein, was dem Kindeswohl dienlich ist. Kein Kind sollte jemals in ein Land zurückgeführt werden, in dem es kein sicheres und tragfähiges soziales Umfeld gibt, das seine körperliche und geistige Entwicklung sicherstellen kann.

Thomas Hammarberg
Menschenrechtskommissar des Europarats

Vorwort

Andreas Frewer

Der UNICEF-Bericht „Stilles Leid“ wurde von einer hochqualifizierten internationalen und interdisziplinären Forschergruppe erarbeitet. Er stellt neue und grundlegende Erkenntnisse zur psychosozialen Gesundheit von abgeschobenen bzw. zurückgeführten Kindern übersichtlich und exemplarisch dar. Aus Perspektive des Arztes und Medizinethikers wird mit diesem Forschungsbericht auf ein bedeutendes moralisches wie auch humanitäres Problemfeld sensibel und differenziert aufmerksam gemacht; Politik und Gesellschaft sind hier in besonderer Weise gefordert. Für die ärztliche Behandlung gilt seit Zeiten des Hippokrates das Prinzip des Nichtschadens, in der modernen Bioethik als „nonmaleficence“ immer wieder unterstrichen. Seit der Epoche der Aufklärung wird zentrales Augenmerk auf die Würde und die Rechte der Menschen gelegt: Immanuel Kant schreibt in seinem Werk „Zum ewigen Frieden“ 1795: „Das Recht der Menschen muß heilig gehalten werden, der herrschenden Gewalt mag es auch noch so große Aufopferung kosten“. Natürlich hat auch Kant Probleme zwischen idealer und realer Situation berücksichtigt sowie die „Mißhelligkeit zwischen der Moral und der Politik“ gerade in Bezug auf „ewigen Frieden“ nicht außer Acht gelassen, aber seine Schlussfolgerung ist eindeutig.

Krieg und Konflikte bringen weiterhin ungeheures Leid über Menschen, die globale Gesellschaft darf im Sinne des angestrebten Weltbürgertums jedoch nicht die Augen verschließen vor den gesundheitlichen Folgen der Abschiebung: Eine Rückführung von Familien mit Kindern, die in sicheren Ländern geboren wurden, aber mit „Nacht- und Nebel-aktionen“ wieder in Konfliktgebiete gebracht werden, wirft erhebliche ethische Fragen zu Nicht-Schaden und Menschenrechten auf, noch dazu wenn nachweislich die notwendige Infrastruktur zur Behandlung fehlt. Aus einer aktuellen Promotionsarbeit (Weisenseel 2012) an unserem „Forum Medizin und Menschenrechte“ der Universität Erlangen-Nürnberg kennen wir die völlig unzureichende Situation im Kosovo in Bezug auf psychosoziale Betreuungsmöglichkeiten ebenfalls und können die geschilderten Probleme nur unterstreichen. Das mit der Studie beschriebene „Stille Leid“ der Kinder als besonders vulnerabler Patientengruppe ist in Gefahr, zu „schreiendem Unrecht“ zu werden. Im vorliegenden Bericht wird das Weinen eines jungen Polizisten bei der nächtlichen Abschiebung von Marigona – noch dazu kurz vor Abschluss ihrer Berufsausbildung zur Krankenschwester – erwähnt; dies sollte ein besonderes Zeichen für die problematischen Grenzbereiche von Humanität, Legalität und Moralität sein.

UNICEF wie auch der Forschungsgruppe gebührt für diese wichtige Arbeit Dank und Anerkennung, die Politiker müssen auf die dargestellten Missstände reagieren. Politik ist Medizin im Großen – so hatte es der weltbekannte Arzt, Forscher und Reichstagsabgeordnete Rudolf Virchow formuliert. Eine möglichst umfassende politische Berücksichtigung der Menschenrechte und medizinischen Bedürfnisse dieser Flüchtlingsgruppe ist ein moralisches Desiderat.

Prof. Dr. med. Andreas Frewer, M.A.
Professur für Ethik in der Medizin, Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

Zusammenfassung

Als Unterzeichnerstaaten des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes haben sich die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union schon seit langem dazu verpflichtet, das Kindeswohl zu einer Richtschnur behördlichen Handelns zu machen. Der neue Lissabonner Vertrag verpflichtet die Europäische Union und ihre Mitgliedsstaaten zum innen- und außenpolitischen Schutz von Kinderrechten. Im Dezember 2011 wurde der Schutz von Kinderrechten zu einem ausdrücklichen Schwerpunkt der auswärtigen Politik der EU und ihrer Bemühungen, weltweit Menschenrechte und Demokratie zu fördern, erklärt.

Migrantenkinder sind besonders gefährdet. Als Kinder und als Migranten sehen sie sich Armut, gesellschaftlicher Ausgrenzung, Ausbeutung und vielgestaltigen Risiken – auch Gesundheitsrisiken – gegenüber. Die europäische Verpflichtung zum Kinderschutz unabhängig von Nationalität, rechtlichem Status oder sozialem Hintergrund stellt eine ganz besondere Herausforderung dar. Es ist besonderes Augenmerk darauf zu legen, dass die in der UN-Kinderrechtskonvention festgeschriebenen Rechte ohne Wenn und Aber auch für Migrantenkinder Gültigkeit haben.

Zwar ist die Achtung der UN-Kinderrechtskonvention zentraler Bestandteil der EU-Migrationspolitik, doch gelten Rückführungen und die glaubhafte Androhung einer erzwungenen Rückkehr als unabdingbar für den Kampf gegen illegale Migration. Angesichts des Fehlens an zuverlässigen Daten mit einem Schwerpunkt auf Kindern und aufgrund von Bedenken wegen möglicher Auswirkungen von Rückführungen auf die psychosoziale Gesundheit von Kindern, entschloss sich UNICEF zu einer näheren Betrachtung der Wechselwirkung zwischen Rückführungen und den tatsächlichen Umständen der Reintegration einerseits und der psychischen Gesundheit von Kindern andererseits. Diese Studie über in den Kosovo zurückgeführte Kinder aus Deutschland und Österreich möchte mit empirischen Belegen die Grundlage für eine fundierte Diskussion über den Schutz des Kindeswohls legen. Im Mittelpunkt steht daher die Frage, wie Kinderrechte zu einem integralen Bestandteil der Migrations- und Rückführungspolitik werden können.

Die vorliegenden Befunde sind Ausdruck einer alarmierenden Situation: die Hälfte aller Kinder beschreibt ihre Rückkehr als die schlimmste Erfahrung ihres Lebens. Vor allem im Ausland geborene Kinder und Kinder aus Minderheiten erleben ihre Rückführung als traumatisches Ereignis. Ein Drittel der rückgeführten Kinder leidet an posttraumatischer Belastungsstörung; fast die Hälfte der Jugendlichen leidet an Depressionen und ein Viertel trägt sich mit Selbstmordgedanken. Hinzu kommt, dass zentrale Faktoren, die den Kindern helfen könnten, von ihren Leiden zu genesen, im Kosovo so gut wie nicht vorhanden sind: sie erfahren keine soziale Unterstützung durch Eltern oder Freunde und viele Kinder fristen ihre Tage unter bedrückenden Lebensbedingungen und in bitterer Armut. 70 Prozent der Kinder aus Minderheiten besuchen nach ihrer Rückkehr keine Schule mehr und das Gesundheitswesen des Kosovos ist nicht in der Lage, dem tatsächlichen Behandlungsbedarf bei rückgeführten Kindern und deren Eltern gerecht zu werden.

Jede Rückkehrentscheidung stellt die europäische Verpflichtung zum Handeln im Sinne des Kindeswohls auf eine neue Probe. Doch die Verantwortung zum Schutz von Kinderrechten endet nicht an den Landesgrenzen, ganz im Gegenteil. Wie diese Studie zeigt, haben Rückführungsverfahren und die Begleitumstände der Reintegration im Zielland einen großen Einfluss auf das Wohlbefinden und die psychosoziale Gesundheit von Kindern. Da die Gesundheit eines Kindes eine grundlegende Voraussetzung für die Ausübung aller anderen Rechte ist, müssen Gesundheitsbelange Vorrang vor rechtlichen und politischen Überlegungen in den Sende- und Aufnahmeländern haben.

1 KINDER UND MIGRATION

Laut der Internationalen Organisation für Migration hat sich die Zahl internationaler Migranten binnen dreier Jahrzehnte von 75 auf 214 Millionen erhöht.¹ Zusätzlich gehen die Vereinten Nationen von weltweit weiteren 740 Millionen internen Migranten, 44 Millionen gewaltsam Vertriebenen und schätzungsweise 50 Millionen Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus aus, die außerhalb ihres Mutterlands leben.² Im Jahr 2008 hielten sich allein in Europa schätzungsweise 2 bis 3,8 Millionen Migranten ohne regulären Aufenthaltsstatus auf.³ 2009 belief sich die Nettoeinwanderung in die EU auf 857.000 Menschen, des Weiteren verzeichneten die Mitgliedsstaaten der EU 258.000 Asylanträge.⁴ Im heutigen Europa liegt dem Bevölkerungswandel nicht länger die nationale Geburtenrate, sondern die Einwanderungsrate zugrunde und Migrationsfragen stehen auf der politischen Agenda der Europäischen Union ganz oben.⁵

Angesichts dieser Zahlen kam es in den EU-Mitgliedsstaaten zusehends zu erhitzten öffentlichen Debatten. Befördert durch politische Parteien, die durch das Versprechen, Einwanderung zu „bekämpfen“, auf Stimmenfang gingen, wurden Migranten als Gruppe zunehmend durch einen öffentlichen Diskurs „kriminalisiert“, der Migration als eine Frage von „Law and Order“ und nationaler Sicherheit darstellte. Regierungen in ganz Europa reagierten hierauf mit der Schließung von Schlupflöchern in ihren Einwanderungsgesetzen, der Erhöhung von Hürden beim Zugang zu Sozialhilfe für Migranten und einer intensivierten Durchsetzung von Abschiebungen (die offiziell als „Rückkehr“ bezeichnet werden), um künftige Migranten abzuschrecken. 2010 wurde an den EU-Außengrenzen 394.000 Personen die Einreise verwehrt. Eine weitere halbe Million (520.000) Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus wurde innerhalb der EU-27 aufgegriffen; rund 230.000 wurden im selben Jahr in ihre Herkunftsländer „zurückgeführt“⁶

Die Betonung von Rückführungen als einem wesentlichen Bestandteil des Kampfs gegen illegale Migration wurde erstmals im „Gesamtplan zur Bekämpfung der illegalen Einwanderung und des Menschenhandels in der Europäischen Union“ von 2002 erwähnt.⁷ Seit damals gilt die glaubhafte Androhung einer zwangsweisen Rückkehr als wichtiges Abschreckungselement, um „ein einwandfreies Funktionieren der Einwanderungs- und Asylpolitik der EU und der Einwanderungs- und Asylregelungen der Mitgliedstaaten zu gewährleisten“⁸, und um die klare Botschaft auszusenden, dass „illegale Einreise und illegaler Aufenthalt nicht zu [einer] dauerhaften Form des Aufenthalts führen“⁹. Das 2010 von den Staats- und Regierungschefs der EU verabschiedete „Stockholmer Programm“ bekräftigt ebenso die Bedeutung von Rückführungen als einem wesentlichen Instrument des Migrationsmanagements:

„Eine wirksame und nachhaltige Rückkehrpolitik ist ein wesentlicher Bestandteil eines gut funktionierenden Migrationssystems in der Union. Die Europäische Union und die Mitgliedstaaten sollten die Bemühungen zur Rückführung von Drittstaatsangehörigen mit unrechtmäßigem Aufenthalt intensivieren. ... Die freiwillige Rückkehr sollte Vorrang haben, wobei es aber auch unerlässlich ist, dass effiziente Mittel zur Verfügung stehen, um die Rückführung, soweit erforderlich, durchsetzen zu können.“¹⁰

Die Entwicklung gemeinsamer europäischer Rückführungsverfahren wurde von Beginn an von Diskussionen über rechtliche Absicherungen und Mindeststandards begleitet.¹¹ Angesichts von Bildern ausgebeuteter, von Menschenhändlern verschleppter, inhaftierter und gewaltsam abgeschobener Kinder stehen europäische Regierungen und Nichtregierungsorganisationen unter dem Druck einer besorgten Öffentlichkeit mittlerweile an der Spitze einer internationalen Debatte über die Frage, wie die im Übereinkommen über die Rechte des Kindes festgeschriebenen Rechte auch für Migrantenkinder Wirklichkeit werden können. Seitdem wurde eine Vielzahl von Richtlinien, Anweisungen und gemeinsamen Grundsätzen verabschiedet, um Mindeststandards für verschiedene Aspekte des Migrationsprozesses von Asyl über Festnahmen bis zu Rückführungen festzulegen.

Eine der wichtigsten Schutzbestimmungen betrifft das **Kindeswohl**. Als Unterzeichnerstaaten des Übereinkommens über die Rechte des Kindes, der Europäischen Grundrechtecharta und des Vertrags über die Europäische Union von 2007 („Lissabon-Vertrag“) haben sich alle EU-Mitgliedsstaaten wiederholt zum Schutz des **Kindeswohls** verpflichtet, auch im Hinblick auf Rückführungen. Bereits das erste 2002 verabschiedete Aktionsprogramm wies ausdrücklich darauf hin, dass *„was ferner Maßnahmen in Bezug auf Kinder anbelangt, [...] das VN-Übereinkommen über die Rechte des Kindes von 1989 vor[sieht], dass das Wohl des Kindes vorrangig zu berücksichtigen ist.“*¹² Dies wurde 2008 in der Richtlinie über *„gemeinsame Standards und Verfahren in den Mitgliedstaaten für die Rückführung von illegalen Einwanderern aus Drittstaaten“*, auch bekannt als die EU-Rückführungsrichtlinie, bestätigt.¹³ Bei der Durchführung dieser Richtlinie sollten *„in Übereinstimmung mit dem Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes von 1989 [...] die Mitgliedstaaten [...] insbesondere das ‚Wohl des Kindes‘ im Auge behalten.“*¹⁴

Artikel 5 der EU-Rückführungsrichtlinie weist die Mitgliedsstaaten an, dem *Wohl des Kindes, familiären Bindungen und dem Gesundheitszustand der betroffenen Person* Rechnung zu tragen.¹⁵ Die Achtung *familiärer Bindungen und der Einheit der Familie* bildet daher einen weiteren entscheidenden Grundsatz jeder diesbezüglichen Gesetzgebung. In der Praxis erweist es sich jedoch als schwierig, wie von der EU-Rückführungsrichtlinie vorgesehen, das **„Wohl des Kindes“** mit voller **„Achtung familiärer Bindungen“** zu verbinden, insbesondere bei Entscheidungen über die Abschiebung von Familien.¹⁶

Neben dem Kindeswohl und der Einheit der Familie wurde die Notwendigkeit besonderer Schutzklauseln zur Berücksichtigung des **„Gesundheitszustandes“** von Rückkehrern früh erkannt. Schon 2002 forderte der Europarat in seiner Empfehlung (1547) über *„Grundrechtskonforme und unter Wahrung von Achtung und Würde durchgeführte Ausweisungsverfahren“* die Anwesenheit psychosozialer Fachkräfte bei zwangsweisen Rückführungen, um eine übermäßig traumatisierende Behandlung zu vermeiden.¹⁷ Punkt VI ruft die Mitgliedsstaaten dazu auf, *„sicherzustellen, dass Abschiebungen von speziell ausgebildeten, zivil gekleideten Staatsbediensteten und nicht von Privatunternehmen durchgeführt werden, und dass jegliche traumatisierende Behandlung, insbesondere gegenüber schutzbedürftigen Personen vermieden wird.“*¹⁸ Die Empfehlung ruft die Mitgliedsstaaten des Weiteren dazu auf, *„systematisch Bescheinigungen über die körperliche und geistige Gesundheit der Abzuschiebenden bei Abreise und Ankunft zusammenzustellen.“*¹⁹

Die 2005 von führenden Nichtregierungsorganisationen verabschiedeten *Gemeinsamen Grundsätze über die Abschiebung irregulärer Einwanderer und abgelehnter Asylbewerber* dringen darauf, dass „Familien mit Kindern nicht zur Rückkehr gezwungen werden, wenn ein weiterer Aufenthalt im Sinne des Kindeswohls ist, zum Beispiel wenn das Kind stark traumatisiert oder ernsthaft erkrankt ist.“²⁰ Auch die EU-Rückführungsrichtlinie beinhaltet mit Artikel 9(2) eine Bestimmung zum Aufschub der Entscheidung über eine Abschiebung aufgrund der „*körperlichen oder psychischen Verfassung*“ einer Person.²¹

Aus UNICEFs Sicht sind Migrantenkinder – unabhängig davon, was ihre Migration verursacht oder motiviert hat und unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus oder ihrer Nationalität – in erster Linie Kinder. Die im Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes festgeschriebenen Rechte und Grundsätze gelten für sie daher ohne Wenn und Aber. Als Kinder und als Migranten sind sie in jeder Phase des Migrationsprozesses ernsthaften Risiken ausgesetzt; häufig sehen sie sich existentieller Armut, Diskriminierung, Sprachbarrieren und gesellschaftlicher Marginalisierung ausgesetzt. Insbesondere unbegleitete Kinder sind von Menschenhandel, Missbrauch und Ausbeutung bedroht. Millionen leben in der Furcht vor Verhaftung und Abschiebung. Gerade weil sie in so vielerlei Hinsicht schutzbedürftig sind, müssen die Bedürfnisse von Migrantenkindern zuallererst von der Warte eines Kindes betrachtet werden. Doch wenn es um Migration geht, scheint häufig das vermeintliche „**Wohl des Staates**“ das Kindeswohl und die gesundheitlichen Bedürfnisse von Kindern zu überlagern.

2002 stellte der Europarat fest, dass es „*schwierig ist, verlässliche Informationen zu Abschiebungsverfahren zu sammeln*“, und dass „*Misshandlungen während der Abschiebung häufig nur durch Zufall ans Licht kommen*“.²² UNICEF ist besorgt über den Mangel an Untersuchungen zu Rückführungsverfahren und -richtlinien und hat daher diese Studie durchgeführt, um neue Einblicke und empirische Daten zu einer Reihe drängender Fragen zu gewinnen: wie erleben Kinder zwangsweise Rückführungen? Wie wirken sich zwangsweise Rückführungen auf das psychosoziale Wohlbefinden von Kindern aus? Wie wirken sich die tatsächlichen Umstände der Reintegration im Aufnahmeland auf die rückgeführten Familien aus, und inwiefern besteht eine Wechselwirkung mit der psychischen Gesundheit von Kindern?

Um diese Fragen zu beantworten hat UNICEF Kosovo ein Team von Mitarbeitern aus dem Gesundheitswesen (Psychologen, Ärzte, Sozialwissenschaftler) zusammengestellt, die unter Aufsicht der Medizinischen Universität Wien mit der Kosovo Health Foundation und der Universität von Prishtina zusammenarbeiteten. Zusätzlich wurde unser Team von Forschern der McGill Universität in Montreal, der Sektion „*Sequels to Torture and Persecution*“ (Folgen von Folter und Verfolgung) des Weltpsychiatrieverbandes und des schwedischen Karolinska Instituts unterstützt. Das Ergebnis dieser gemeinsamen interdisziplinären Anstrengung ist die folgende epidemiologische Studie, mit der nun eine Momentaufnahme der psychischen Gesundheit aus Deutschland und Österreich in den Kosovo rückgeführter Kinder vorliegt.

Hintergrund

2009 entschied die deutsche Regierung, rund 12.000 Roma, Ashkali und Ägypter aus Deutschland in den Kosovo zurückzuführen. Thomas Hammarberg, der Menschenrechtskommissar des Europarats, warnte daraufhin öffentlich davor, dass der Kosovo weder die finanziellen Mittel noch Möglichkeiten habe, um diese Familien in Würde und Sicherheit aufzunehmen. Insbesondere die 5.000-6.000 von dieser Entscheidung betroffenen Kinder beunruhigten UNICEF Kosovo und das Deutsche Komitee für UNICEF, die daraufhin die Studie *„Integration unter Vorbehalt“ – Zur Situation von Kindern kosovarischer Roma, Ashkali und Ägypter in Deutschland und nach ihrer Rückführung in den Kosovo* veröffentlichten.²³

Der Bericht bestätigte Hammarbergs Befürchtungen: drei Viertel aller aus Deutschland in den Kosovo zurückgeführten Roma-, Ashkali- und Ägypterkinder gingen nicht mehr in die Schule. Die Hauptgründe waren Sprachbarrieren, fehlende Schulbescheinigungen und Armut. Vierzig Prozent hatten nicht die nötigen Geburtsurkunden, um sich behördlich anmelden zu können, wodurch sie de facto „staatenlos“ wurden. Für viele Kinder endete ihre Reise in bedrückenden Lebensumständen; für manche sogar in Lagern für intern Vertriebene.

Im Sommer 2011 veröffentlichte UNICEF einen Folgebericht mit dem Titel *„Abgeschoben und vergessen – Zur Situation von Kindern aus Roma-, Ashkali- und Ägypter-Familien nach ihrer Rückführung in den Kosovo“*. Dieser Bericht hob positiv hervor, dass sich einige deutsche Bundesländer bei Entscheidungen über Rückführungen dazu entschlossen hatten, einen stärker am Kind orientierten Ansatz zu verfolgen und verwies auf ermutigende Entwicklungen im Kosovo wie die Einrichtung eines Reintegrationsfonds zur Unterstützung Rückgeführter. Doch mit Blick auf greifbare Verbesserungen der Lebensumstände der zurückgeführten Kinder blieb das Urteil ernüchternd: drei Viertel der Kinder im schulpflichtigen Alter gingen nicht mehr in die Schule, die versprochene Unterstützung erreichte die Bedürftigsten meist nicht und die materielle Lage vieler rückgeführter Familien, darunter jene, die Kurzzeintegrationshilfen erhalten hatten, hatte sich sogar verschlechtert.

Viele der über 200 zurückgeführten Kinder, die für die vorherigen Berichte interviewt worden waren, schienen im Stillen unter psychischen Beschwerden und anderen gesundheitlichen Problemen zu leiden. Viele beschrieben die Erfahrung ihrer Rückkehr als zutiefst traumatisch. Doch für eine faktengestützte Erörterung des Zusammenhangs zwischen der Rückführung der Kinder und ihres psychischen Gesundheitszustandes fehlte es den früheren Berichten an einer empirischen Grundlage. Ausschlaggebend für die Erstellung dieses Berichts war daher das Bestreben, diese Lücke durch empirische Belege über die Auswirkungen und das Zusammenspiel von Rückführungen und den tatsächlichen Umständen der Reintegration in den Aufnahmestaaten – in diesem Fall Kosovo – mit der psychischen Verfassung der betroffenen Kinder, zu füllen.

Die Situation in Deutschland ist einzigartig in Europa. Als Reaktion auf einen massiven Anstieg von Einwanderungen zwischen 1989 und 1993, als allein Deutschland 7,4 Millionen

Einwanderer, Flüchtlinge und Asylbewerber aufnahm, führte die Bundesregierung die sogenannte „Duldung“ ein (eine Duldung ist eine auf längstens sechs Monate befristete, jedoch verlängerbare vorübergehende Aussetzung der Abschiebung und kein eigenständiger Aufenthaltstitel). Mit einer Duldung können sich Flüchtlinge in Deutschland aufhalten, jedoch unter der Bedingung, dass sie zurückkehren, sobald die Lage in ihrem Herkunftsland dies gestattet.²⁴

In der kosovarischen Gesellschaft war Migration schon immer ein bestimmendes Element, doch in den frühen 90er Jahren begannen Kosovaren infolge der wachsenden Gewalt und Repression unter Slobodan Milosevic zunehmend als politische Flüchtlinge denn als Gastarbeiter ihrer Heimat den Rücken zu kehren. Mitte der 90er Jahre lebten schätzungsweise eine halbe Million Kosovoalbaner – rund 25 Prozent der Gesamtbevölkerung – im Ausland.²⁵ Zu dieser Zeit verließen auch Angehörige der Minderheiten der Roma, Ashkali und Ägypter den Kosovo in Scharen. Geschätzte 50.000 gingen nach Deutschland und erhielten wie die meisten kosovarischen Flüchtlinge eine Duldung.

Nach der NATO-Intervention im Frühjahr 1999 wurde die Duldung von mehr als 100.000 kosovoalbanischen Flüchtlingen in Deutschland abrupt beendet. Sobald der Konflikt zu Ende war, wurden Kosovoalbaner im großen Stil aus Deutschland zurückgeführt. Die Duldungen der meisten kosovarischen Roma, Ashkali und Ägypter wurden jedoch mit Hinblick auf die besondere Gefährdungslage für Minderheiten verlängert.²⁶ 2009 hatten die 11.770 Roma, Ashkali und Ägypter, die von der Entscheidung zur Rückführung betroffen waren, im Durchschnitt 14 Jahre in Deutschland gelebt.²⁷ Zwei Drittel der Kinder waren in Deutschland geboren, dort aufgewachsen und gingen dort zur Schule. Einige Begleitumstände bei der Rückführung gefährdeter Kinder aus den Minderheiten der Roma-, Ashkali- und Ägypter, die über einen so langen Zeitraum Wurzeln geschlagen hatten, waren daher so nur in Deutschland zu finden.

Angesichts der Besonderheiten der Duldung, die es so nur in Deutschland gibt, und der besonderen Gefährdungslage für Roma-, Ashkali- und Ägypterkinder haben wir uns bei der Konzeption dieser Studie dazu entschieden, auch aus Österreich zurückgeführte Kinder sowie Kinder aus allen ethnischen Gruppen des Kosovos zu befragen. Österreich wurde wegen der hohen Zahl der von dort zurückgeführten Personen ausgewählt. Auf die Bevölkerungszahl gerechnet führte Österreich 2010 deutlich mehr Menschen zurück als Deutschland. Während es in Deutschland 935 waren, waren es in Österreich 888. Mehr als ein Drittel (35 Prozent) aller in diesem Jahr in den Kosovo zurückgeführten Menschen kamen aus Deutschland und Österreich.²⁸

Methodologie

Die Ergebnisse der Studie stützen sich auf einen gemischten Methodenansatz, der internationale bewährte quantitative und qualitative Forschungsinstrumente zusammenführte, die in den Sprachen des Projekts verfügbar waren. Die Auswahl der Forschungsinstrumente wurde dergestalt austariert, dass eine Erfassung wesentlicher Indikatoren allgemeiner und psychischer Gesundheit, der Lebensqualität und Lebenszufriedenheit gewährleistet und gleichzeitig der individuelle soziale Hintergrund und die Migrationsgeschichte berücksichtigt werden konnte. Alle ausgewählten Fragebögen wurden entweder bereits zuvor in der Region oder durch ein Übersetzungs-Rückübersetzungs-Verfahren (CAPS) validiert. Zusätzlich wurde speziell für die Studie ein sozialdemographischer Fragebogen erstellt, um allgemeine Sozialdaten sowie Daten zu Gesundheitsversorgung, Migration und Demographie zu erheben.

Aufgrund der in den Interviews abgedeckten großen Altersspanne wurden verschiedene Fragebögen für jüngere Kinder im Alter von 6-14 Jahren (Gruppe I), Heranwachsende im Alter von 15-18 Jahren oder solche, die im Lauf der Studie 19 wurden (Gruppe II) und Eltern oder Familienangehörige, die als primäre Betreuungspersonen fungierten (Gruppe III), verwendet. Der kosovospezifische sozialdemographische Fragebogen wurde bei allen Teilnehmern der Studie verwendet.

Bevor die Feldforschung im Sommer 2011 begann, stimmte der Ethikbeirat der Universität Prishtina über deren Zulässigkeit ab und in jeder befragten Familie gab zumindest ein Elternteil oder eine ausfindig gemachte Betreuungsperson nach vorheriger Information seine bzw. ihre Einwilligung.²⁹ Alle Interviewer waren Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen (Psychologen, Ärzte und Sozialwissenschaftler), die zuvor im sensiblen Umgang mit den Befragten, im Forschungsdesign und den verwendeten Instrumenten geschult worden waren. Alle Interviews wurden von Muttersprachlern in der jeweils ersten Sprache (Albanisch, Serbisch oder Deutsch) der Teilnehmer durchgeführt.

Kinder im Alter von 6-14 Jahren:

Die **Child Behaviour Checklist (CBCL)** ist ein allgemein verwendetes Standardinstrument zur Bestimmung der psychischen Gesundheit von Kindern. Sie misst acht wesentliche Aspekte der psychischen Gesundheit und Belastung, stellt zusätzliche Gesamtindikatoren seelischen Wohlergehens bereit und beinhaltet ein Eltern-Kind-Modul³⁰ und eine PTBS-Skala (posttraumatische Belastungsstörung).

Heranwachsende im Alter von 15-18 Jahren:

Der **Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)** ist eines der am meisten verwendeten Instrumente, um die Auswirkungen schwerwiegenden (traumatischen) Stressors zu messen, und um Daten zu Symptomen und zur Diagnose posttraumatischer Belastungsstörung wie Schlafstörungen, Albträumen, Vermeidungsverhalten und eindringlichen negativen Erinnerungen zu erhalten. Nach allgemein empfohlener Praxis wurde die Ereignisliste des HTQ für die Situation im Kosovo angepasst.³¹

Der **General Health Questionnaire-28 (GHQ-28)** wurde zur Bestimmung der allgemeinen psychischen Gesundheit verwendet, einschließlich allgemeiner Aspekte wie Depression und spezieller Aspekte wie Selbstmordgedanken. Er gilt als guter unspezifischer Indikator, um die mögliche Notwendigkeit professioneller Behandlung unabhängig von einer individuellen Diagnose einschätzen zu können. Wir hielten uns an den empfohlenen Standardgrenzwert (0-0-1-1), um die Behandlungsbedürftigkeit von Kindern zu ermitteln und verwendeten einen zweistufigen Grenzwert (5: milde bis gemäßigte Symptome, Beobachtung und eventuelle Behandlung erforderlich, 11: schwerwiegende Symptome, Behandlung erforderlich).

Die **Child Behaviour Checklist (CBCL)** wurde so wie oben beschrieben auch für die Gruppe der Heranwachsenden verwendet.

Die **CAPS (Clinician-Administered PTSD Scale)** diente der weiteren Ergründung traumatischer Stressfaktoren und deren Auswirkungen in einer durch hohe HTQ- und GHQ-Werte abgegrenzten Untergruppe. Diese Skala liefert Informationen über die rückwirkende longitudinale Auswirkung verschiedener Stressfaktoren und die Entwicklung von Symptomen.

Das **McGill Illness Narrative Interview (MINI)** diente der Ergründung zusätzlicher Angaben zu kulturspezifischen Formen der Reaktion auf und Wahrnehmung von Gesundheitsfragen und ergänzte mit diesen qualitativen Daten das Set der quantitativen Instrumente.

Eltern / primäre Betreuungspersonen:

Um langfristigen Stress und dessen Bewältigung als Funktion und Faktor im Familienkontext zu erkunden, diente uns der **Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)** auch bei den Eltern und primären Betreuungspersonen in allen teilnehmenden Familien als Befragungsgrundlage.

Auswahl der Befragten

Für die Auswahl unserer Interviewpartner stützten wir uns auf einen vom kosovarischen Innenministerium bereitgestellten Datensatz von im Jahr 2010 zurückgeführten Personen und legten dabei folgende Kriterien an: **a) Familien mit Kindern, die aus Deutschland und Österreich zurückgeführt wurden und b) mit Kindern zwischen 6 und 18 oder solchen, die im Lauf der Studie 19 wurden.** Es stellte sich heraus, dass 198 der 432 im Datensatz des Ministeriums aufgeführten Personen nicht zu erreichen waren. Einige haben das Land möglicherweise wieder verlassen, während andere umgezogen oder niemals wirklich zurückgekehrt sein mögen. Wir entschieden uns dazu, die Abwesenheit dieser Personen durch weitere 25 Familien (97 Teilnehmer) auszugleichen, die wir mit Hilfe ausgewählter Informanten ausfindig machten und kontaktierten.

Die so zusammengestellte Stichprobe bestand aus 295 Personen – 131 Eltern oder primäre Betreuungspersonen und 164 Kinder zwischen sechs und 18 Jahren oder solche, die im Lauf der Studie 19 wurden. Die Stichprobe der Kinder war mit 83 Jungen und 81 Mädchen zu fast gleichen Teilen nach Geschlecht gegliedert. Der Anteil der Väter oder männlicher Bezugspersonen lag bei 46,6 Prozent und der der Mütter oder weiblicher Bezugspersonen bei 53,4 Prozent. Die Mehrzahl der Teilnehmer war im Lauf des Jahres 2010 in den Kosovo zurückgeführt worden.

Tabelle 1: Befragte nach Alter

Eltern*	131	44 %
Kinder (6-18 Jahre) **	164	56%
Kinder (15-18 Jahre)	52	31,7%***
Kinder (6-14 Jahre)	112	68,3%
	295	100%

*Eltern oder erwachsene Betreuungspersonen.

** Anteil aller Kinder zwischen 6 und 19 Jahren.

***Heranwachsende, die im Lauf der Studie 19 wurden, wurden ebenfalls befragt.

Der Stichprobe gehören zurückgeführte Kinder aus sechs unterschiedlichen ethnischen Gruppen an: albanische, Roma-, Ashkali- und Ägypterkinder sowie serbisch sprechende Gorani und serbische Kinder. Rund ein Drittel der Befragten bezeichnete sich als Albaner und zwei Drittel als Angehörige einer Minderheit (dieses Verhältnis ist für Einzelpersonen und Familien gleich); Roma, Ashkali und Ägypter bilden zusammengenommen mit 177 Personen die größte Gruppe.

Dieses Verhältnis bildet allgemeine Rückführungsmuster ab, die sich auch in den Zahlen des Innenministeriums spiegeln, wonach 78 Prozent der 5.198 im Jahr 2010 zurückgeführten Personen alleinstehende männliche Erwachsene waren (hauptsächlich Albaner). Der Anteil der Familien mit Kindern war unter den Roma, Ashkali und Ägyptern deutlich höher als bei den albanischen Rückkehrern. Ein näherer Blick auf die 935 aus Deutschland zurückgeführten Personen zeigt, dass der Anteil der Kinder bis 18 Jahre bei den albanischen Rückkehrern bei sieben Prozent lag, wohingegen er bei den im Jahr 2010 zurückgeführten Roma, Ashkali und Ägyptern bei 41 Prozent lag.³²

Tabelle 2: Kinder nach ethnischer Zugehörigkeit

	6-14 Jahre	15-18 Jahre	Gesamt
	N (%)	N (%)	N (%)
Albanisch	36 (32,1%)	16 (30,8%)	52 (31,7%)
Ashkali	18 (16,1%)	20 (38,5%)	38 (23,2%)
Roma	48 (42,9%)	9 (17,3%)	57 (34,8%)
Ägyptisch	6 (5,4%)	4 (7,7%)	10 (6%)
Gorani	3 (2,7%)	3 (5,8%)	6 (4%)
Serbisch	1 (0,9%)	0 (0%)	1 (0,1%)
	112 (100%)	52 (100%)	164 (100%)

Tabelle 3: Familien und Einzelpersonen nach ethnischer Zugehörigkeit

Ethnie	Familien	Einzelpersonen	%
Albanisch	49	101	34,2%
Roma	43	100	33,9%
Ashkali	24	62	21%
Ägyptisch	5	15	5,1%
Gorani	8	14	4,7%
Serbisch	2	3	1%
	131	295	100%

Tabelle 4: Familien nach ethnischer Zugehörigkeit

	Familien	Einzelpersonen	%
Albanische Mehrheit	49	101	34,2%
Minderheiten*	82	194	65,8%
	131	295	100%

*Als Minderheiten wurden wie oben Roma, Ashkali, Ägypter, Gorani und Kosovoserben erfasst.

Geographisch deckt die Stichprobe alle fünf Regionen des Kosovos und 15 der 38 Gemeinden ab. Die hohe Konzentration von Teilnehmern im West- und Südwestkosovo, darunter die in den Gemeinden Peja, Gjakova und Prizren, und im Umkreis der Hauptstadt Prishtina spiegelt in Übereinstimmung mit den Daten des kosovarischen Innenministeriums frühere Migrations- und in der Folge aktuelle Rückführungsmuster.

Tabelle 5: Befragte nach Wohnort

Region	Personen	%
Peja (inkl. Gjakova)	132	44,7
Prishtina	77	26,1
Prizren	38	12,9
Gjilan	24	8,1
Mitrovica	24	8,1
	295	100%

Tabelle 6: Aus Österreich und Deutschland Zurückgeführte nach Alter

	Personen	%
Österreich	71	24%
Kinder (6-18)	37	22,6%
Deutschland	224	76%
Kinder (6-18)	127	77,4%
Gesamt	295	100%

Es gibt in der Tat einige auffällige Unterschiede zwischen Deutschlands und Österreichs, die sich auch in unserer Stichprobe niederschlagen. Ein Unterschied betrifft Migrationsmuster: 76 Prozent der von uns befragten, aus Deutschland

zurückgekehrten Familien hatten den Kosovo Anfang der 1990er Jahre oder während des Krieges verlassen. Im Gegensatz dazu hatte die große Mehrheit (92 Prozent) der aus Österreich zurückgekehrten Familien den Kosovo in den Jahren nach dem Krieg verlassen.

Ein weiterer, damit zusammenhängender Unterschied betrifft die Verteilung der ethnischen Herkunft der Befragten aus Deutschland und Österreich: fast alle der von uns befragten Angehörigen einer Minderheit waren aus Deutschland zurückgeführt worden (90,2 Prozent) wohingegen die Hälfte aller von der Studie erfassten Albaner in Österreich gelebt hatte (53,1 Prozent). Zum Dritten unterscheiden sich die ethnischen Gruppen hinsichtlich ihrer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer im Ausland: während die meisten zurückkehrenden Angehörigen einer Minderheit (87 Prozent) länger als 12 Jahre im Ausland gelebt haben, haben Albaner wesentlich weniger Zeit im Ausland verbracht: 51 Prozent bis zu drei Jahre und zwei Drittel zwischen vier und acht Jahren. Nur 13 Prozent der Albaner hatten länger als 12 Jahre im Ausland gelebt.

Aufgrund der Unvollständigkeit des vom Innenministerium zur Verfügung gestellten Datensatzes und zusätzlicher mit dem Mangel an Daten über den Gesundheitszustand in der Allgemeinbevölkerung verbundener Einschränkungen, sowie des Fehlens von Vergleichsdaten von noch in Deutschland oder Österreich lebenden Kosovaren und vergleichbaren Stichproben aus anderen Ländern der Region, bilden die hier vorgestellten Untersuchungsergebnisse die Verbreitung von psychischen Störungen unter allen Rückgeführten im Kosovo möglicherweise nicht vollständig ab. Doch selbst ohne einen verlässlichen Datensatz und derartige Vergleichsdaten bestätigen die aus unserer Stichprobe gewonnenen Ergebnisse das Vorhandensein erheblicher psychosozialer Probleme bei rückgeführten Kindern.

Tabelle 7: Aus Deutschland Zurückgeführte nach ethnischer Zugehörigkeit

	Eltern	Kinder	Kinderanteil
Albanisch	23	23	18,1%
Roma	41	53	41,7%
Ashkali	24	38	29,9%
Ägyptisch	5	10	7,9%
Gorani	2	2	1,6%
Serbisch	2	1	0,8%
	97	127	100%

Tabelle 8: Aus Österreich Zurückgeführte nach ethnischer Zugehörigkeit

	Eltern	Kinder	Kinderanteil
Albanisch	26	29	78,4%
Roma	2	4	10,8%
Gorani	6	4	10,8%
	34	37	100%

2

AUGENZEUGENBERICHTE: RÜCKFÜHRUNGEN AUS DER SICHT DER KINDER

Am 21. Oktober 2010 landete um 4:30 Uhr ein Austrian Airlines Flug aus Prishtina auf dem Wiener Flughafen. An Bord befanden sich zwei achtjährige Zwillingsschwestern, die nur zwei Wochen zuvor in den Kosovo zurückgeführt worden waren. Auf dem Rollfeld warteten die für die bürokratischen Formalitäten ihrer rechtmäßigen Rückkehr nach Österreich zuständigen Polizeibeamten und ungefähr 40 Kameraleute. Zu dieser Zeit befand sich die Mutter der Mädchen in einem nahegelegenen Krankenhaus in psychiatrischer Behandlung. Der Medientrübels am Tag der Rückkehr der Mädchen markierte das Ende einer eindringlichen Berichterstattung infolge eines öffentlichen Aufschreis nach dem Bekanntwerden von Videoaufnahmen, die zeigten, wie die Mädchen von schwer bewaffneten Polizisten zur Abschiebung aus ihrer elterlichen Wohnung geführt wurden.

So kam es, dass die verstörenden Bilder der zwangsweisen Rückführung der Kinder nur wenige Tage vor einer wichtigen, von Anti-Einwanderer-Lösungen bestimmten Wahl in Wien die Schlagzeilen beherrschten. Binnen weniger Tage nahm die damalige Innenministerin ihre anfängliche Rechtfertigung der Rückführung der Mädchen zurück und ordnete eine Überprüfung an, die zu einem Bleiberecht aus humanitären Gründen führte. Die meisten zwangsweisen Rückführungen enden nicht so. Im Jahr 2010 wurden jeden Tag im Durchschnitt 614 Menschen aus Städten und Dörfern in ganz Europa zurückgeführt, ohne dass irgendjemand davon Kenntnis genommen hätte. Auf das gesamte Jahr gerechnet ergibt dies eine Summe von 224.350 Rückführungen.³³

Damit eine Rückkehr wirklich „freiwillig“ ist, muss ein Betroffener eine ernsthafte Wahl zwischen freiwilliger Rückkehr und legalem Aufenthalt im Land haben.³⁴ Da dies selten der Fall ist, sind die meisten Rückführungen zwangsweise oder müssen zumindest als unfreiwillig beschrieben werden. Während 84 Prozent der für diese Studie Interviewten den Kosovo freiwillig verlassen hatten³⁵, gaben mehr als zwei Drittel (65,4 Prozent) an, dass sie von den deutschen oder österreichischen Behörden zur Rückkehr gezwungen worden waren. Dies ähnelt stark den vom Kosovo Reintegrationsfond bereitgestellten Daten, wonach 67 Prozent der Rückgeführten zur Rückkehr gezwungen worden waren.³⁶ Weitere 14 Prozent waren durch einen finanziellen Anreiz veranlasst worden „freiwillig“ zurückzukehren. Lediglich 7,5 Prozent gaben an, dass sie freiwillig zurückgekehrt waren, um wieder bei Familie und Freunden sein zu können.

Im Gegensatz dazu sind zwangsweise Rückführungen schwierig und teuer in der Umsetzung. Neue Zahlen aus Deutschland zeigen, dass 2011 nur 50 Prozent der für einen Rückführungs-Charterflug in den Kosovo Vorgesehenen tatsächlich im Flugzeug saßen. Laut den deutschen Ausländerbehörden waren von den fehlenden Personen ca. 75 Prozent untergetaucht und 25 Prozent konnten wegen laufender Asylverfahren oder anderer rechtlicher Hindernisse wie fehlenden Reisedokumenten nicht rückgeführt werden.³⁷ Um das Risiko des Untertauchens möglichst gering zu halten, finden die meisten Rückführungen daher ohne vorherige Ankündigung mitten in der Nacht statt. Familien und Kinder haben oft weniger als eine Stunde Zeit, um ihre gesamte Existenz in ein paar Taschen zu packen. Freunde und Bekannte, Lieblingsspielzeuge, Fußballpokale, Dokumente und andere persönliche Gegenstände bleiben zurück.

An einem Frühlingmorgen wurde die Familie von Marigona und Sedat von der deutschen Polizei festgenommen und zur Rückkehr in den Kosovo gezwungen.³⁸ In fließendem Deutsch beschreibt Marigona ihre Rückkehr: *„Die Polizei kam um 6:30 Uhr in unser Haus und gab uns 30 Minuten Zeit, um zu packen. Sie schrien und fassten uns brutal an. Dann fuhren sie uns zum Flughafen.“* Ihr Bruder Sedat erinnert sich wütend, wie *„die Polizei uns wie Tiere behandelte; sie legten meiner Schwester Handschellen an.“*

Dren wuchs in Deutschland auf und erinnert sich wie *„um 4 oder 5 Uhr morgens die Polizei kam und uns verhaftete. Mein Vater war im zweiten Stock und ich im ersten. Mein Vater und ich wurden von der Polizei geschlagen. ... Ein Polizist hielt meine Hände während der andere über mir stand, mich mit seinem Knie drückte und nach mir trat.“* Viele der in dieser und früheren UNICEF-Studien zu Rückführungen befragten Kinder berichteten von Erlebnissen mit körperlichem Widerstand und Gewalt von Seiten der Polizei, der Eltern oder älterer Geschwister.

Marigona stand kurz davor, ihre Berufsausbildung zur Krankenschwester abzuschließen; ein paar Wochen länger in Deutschland und sie hätte ihr Abschlusszeugnis erhalten. Für ihren Bruder Sedat war der Zeitpunkt der Rückführung ebenso ungünstig. Nach langer Suche hatte er endlich einen Automechaniker gefunden, der ihm einen Ausbildungsplatz anbot; doch *„an meinem ersten Arbeitstag kam die Polizei, um uns zu sagen, dass wir gehen müssen. Sie zwangen uns, schnell unsere Sachen zu packen. Dann wurden wir zum Düsseldorfer Flughafen gefahren. ... Als die Polizei zu uns kam, war ein junger Polizist dabei, der zum ersten Mal bei einer Abschiebung dabei war. Er fing an, mit uns zu weinen, als er meine Mutter und meine Schwestern weinen sah. Ich konnte nicht weinen. Ich hatte das Gefühl, dass ich ihn in diesem Moment trösten musste, weil er ja nur seine Arbeit tat.“*

Die einzige Tasche, die Sedat packen konnte, wurde ihm unterwegs gestohlen. Als er im Kosovo ankam, hatte er kein Geld und keine Kleidung. Die Familie hatte keinen Ort zum Leben; sie wohnten kurz bei der Schwester der Mutter im Kosovo, zogen dann nach Serbien, um bei Verwandten des Vaters zu leben bis es sie schließlich in eine kleine Stadt im Herzen des Landes verschlug.

Etwa eine Autostunde weiter westlich versucht Editas Familie ebenfalls, ihr Leben wieder aufzubauen, nachdem sie 2010 nach 17 Jahren in Deutschland zurückgeführt wurden. Die siebenjährige Edita traf dies nur wenige Tage vor ihrer Einschulung in die erste Klasse. In ihren Worten: *„Wir wurden zur Rückkehr gezwungen. Sie hätten verstehen müssen, dass wir nicht zurückgehen wollten. Sie kamen nachts um ein oder zwei Uhr und klopfen an die Tür. Das war die ständige Angst, die ich immer im Schlaf hatte! ... Sie fragten uns nicht, warum wir nicht zurück wollten, sie zwangen uns einfach dazu.“*

Edita erlebte das Trauma ihrer zwangsweisen Rückführung sogar mehr als einmal; wegen einer Verwechslung ihres Familiennamens tauchte die Polizei mehrmals mitten in der Nacht auf, um eine Abschiebung durchzuführen: *„Sie haben uns mehrere Male mit anderen Familien verwechselt. Sie kamen um zwei oder drei in der Nacht und klopfen mit aller Gewalt gegen die Tür. Sie hätten die Tür beinahe aufgebrochen. Das geschah nicht nur in*

der Nacht unserer Rückkehr, sondern mehrmals, weil die deutschen Behörden unseren Nachnamen mit dem anderer Familien verwechselten. Nicht nur ich war von dieser Situation betroffen, meine ganze Familie war es.“ In der Nacht ihrer Rückführung sah Edita, wie ihr Vater aus dem Fenster sprang; er überlebte mit gebrochenen Beinen und einer Rückenverletzung.

Editas Rückführung eine „Rückkehr“ zu nennen entbehrt nicht eines gewissen Zynismus; wie Edita wurden 56 Prozent der von uns befragten Kinder in Deutschland geboren und sind dort aufgewachsen.³⁹ Knapp über 50 Prozent (50,6 Prozent) hatten ihr gesamtes Leben in Österreich oder Deutschland verbracht und weitere zehn Prozent hatten zwischen 50 und 75 Prozent ihres Lebens im Ausland verbracht. Verständlicherweise erlebten sie ihre Rückführung mehr als Abschiebung in ein fremdes Land denn als eine Heimkehr.⁴⁰ *„Ich wusste nicht, wo ich hingehen werde;“* erklärte Edita während des Interviews, *„ich kannte den Ort, an dem ich ankommen würde, nicht. Ich hatte das Wort ‚Kosovo‘ schon gehört, wusste aber nicht, was für ein Ort das war. Ich wusste nicht, wohin wir reisten. Ich kannte nur das Wort ‚Kosovo‘ und sonst nichts.“*

Bald nachdem sie in den Kosovo gekommen war, erlebte Edita zum ersten Mal, was sie in ihren eigenen Worten als „Erschöpfung“, „Nervosität“ oder „Stimmungstief“ bezeichnet. Jedes Mal, wenn sie an Deutschland erinnert wird, wird sie von einer unkontrollierbaren körperlichen Reaktion erfasst: *„wann immer wir darüber sprechen, was wir alles in Deutschland gemacht haben und wie glücklich unser Leben dort war, und wenn ich das mit meinem Leben im Kosovo vergleiche, das wirklich schlimm ist, dann fängt diese Nervosität an und mein Körper ist erschöpft. ... Ich kann nicht einmal laufen. Mein ganzer Körper, vor allem meine Glieder, meine Hände und Beine sind erschöpft. Ich fühle darin einfach nur Schwäche. Ich weiß nicht, wie ich es erklären soll. Es ist die Nervosität in mir. In diesen Momenten schlafe ich. ... Ich habe auf nichts Lust. Ich will mit niemandem sprechen, sondern lieber einfach schlafen.“*

Mehrere Kinder versuchten, ihre schlechten Erfahrungen hinter sich zu lassen. Sedat sagte während des Interviews: *„Ich will vergessen, wie es in Deutschland war, und wie die Abschiebung war. Ich bemühe mich sehr, diese Gedanken zu vermeiden, aber es gelingt mir nicht besonders gut, weil wir so schlecht behandelt wurden.“* Auch Marigona versucht zu vergessen, doch die Erinnerungen lassen sie nicht los. *„Ich rege mich auf, wenn Besucher zu uns kommen und sagen: ‚wie konnte euch das passieren nachdem ihr 20 Jahre in Deutschland gelebt habt‘. Sie wissen ganz genau, warum es passiert ist, aber sie fragen trotzdem. Dann kommen all diese Gedanken zurück. ... Ich werde sehr emotional, wenn ich mich an all diese Dinge erinnere. Ich bin auch traurig, aber meistens wütend. Die Wut hält den ganzen Tag an und ich kann gar nichts machen.“*

Jedes Mal, wenn Marigona an ihre Abschiebung erinnert wird, erklärt sie *„habe ich Kopfschmerzen, Schwindelgefühle und Magenschmerzen. Ich zittere und werde ohnmächtig. Wenn das passiert, sehe ich gar nichts mehr, da ist nur noch diese*

schwarze Wand vor mir. Das passiert, wenn ich an die Abschiebung denke und es dauert ungefähr eine halbe Stunde.“ Sie erlebt ihre Rückkehr regelmäßig in Form „ungewollter Erinnerungen daran, wie die Polizei in unser Haus kam und uns zwang, zu gehen. ... Diese Gedanken gehen nicht weg. Wenn ich diese Gedanken habe, fange ich an zu weinen. Ich denke darüber nach, mich zu töten, zu töten, zu töten. Ich möchte meinen Kopf öffnen und den Gedanken wegwerfen. Aber das geht nicht.“ Während sie redet, zeigt sie mit Gesten, wie sie ihren Kopf öffnen und ihre schmerzhaften Erinnerungen herausnehmen würde. Zusätzlich zu ihrer Trauer empfindet Marigona starke Schuldgefühle; „ich fühle mich schuldig, weil ich die Abschiebung nicht verhindern konnte.“

Ihr Bruder Sedat durchlebt seine Rückkehr in der Form von Albträumen: *„Mein Traum fühlte sich sehr echt an und ich wachte vor Angst auf. ... In meinem Traum war ich nach Deutschland zurückgekehrt. Ich war in einem Flugzeug, und als es zur Landung ansetzte, verschwand der Boden und das Flugzeug explodierte. Alle an Bord starben.“* Seit kurzem durchlebt Sedat Wachträume von Polizisten, die *„gekommen waren, um uns vor meinen Augen zu holen. Sie sagten mir, dass ich in ein noch schlimmeres Land als den Kosovo abgeschoben werden würde. Ich dachte, ‚was ist das? Nicht schon wieder! ‘ Als ich aus dem Zimmer ging, verschwanden die Männer. “*

Auch der 13 Jahre alte Amir, der 2010 aus Österreich zurückgeführt wurde und nun mit seiner Mutter und seinen Geschwistern in einem Dorf im Südwestkosovo lebt, geht jede Nacht mit der Angst zu Bett *„wann sie kommen werden.“* Wann immer er an seine Rückkehr erinnert wird *„fange ich an zu zittern und zu schwitzen“* und *„fange an, einfach zu schreien. Ich gehe raus, um nur nicht zu Hause zu bleiben, und um mich irgendwo abzuregen. ... Ich laufe in die Stadt, weil ich zu viel Angst habe, um zu Hause zu bleiben ... wer weiß, was ich noch tun werde.“*

3

PSYCHISCHE GESUNDHEITS- PROBLEME ZURÜCKGEFÜHRTER KINDER – EINE MOMENTAUFNAHME

Symptome wie wiederkehrende Albträume, Selbstmordgedanken, anhaltende Traurigkeit, Schuldgefühle, Ohnmachtsanfälle, Schlafstörungen, Erschöpfung oder Wut, wie sie von Edita, Marigona und Sedat beschrieben wurden, lassen Rückschlüsse auf eine Vielzahl psychischer Beschwerden zu. In der Tat belegen unsere empirischen Befunde hohe Raten unterschiedlicher Symptomatik und Verhaltensänderungen. Depressive Verstimmungen, sozialer Rückzug und der Verlust von in der individuellen Entwicklung zuvor erworbenen Fähigkeiten, sowie Aggressionen, Trennungsängste und wiederkehrende Ängste waren unter den rückgeführten Kindern weit verbreitet.

Fast die Hälfte aller Jugendlichen (44,2 Prozent) litt an Depressionen, ein Viertel (25,5 Prozent) berichtete von Gefühlen der Hoffnungslosigkeit und ein Fünftel (19,1 Prozent) empfand das Leben als nicht lebenswert. Ein Viertel (25,5 Prozent) hatte Selbstmordgedanken, was in einer Region mit traditionell niedrigen Selbstmordraten bemerkenswert ist. 40 Prozent der Mädchen zwischen sechs und 14 Jahren hatten große soziale Probleme, ein Drittel (33 Prozent) zeigte Symptome einer klinischen Depression und 35,2 Prozent litten unter Angstzuständen.

Unsere Daten bestätigten auch hohe Raten posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS) bei rückgeführten Kindern (und bei Erwachsenen, wie wir in einem späteren Kapitel erläutern). Jedes dritte Kind zwischen 6 und 14 (29 Prozent) und jeder dritte Jugendliche (30,4 Prozent) litt unter PTBS. Zum Vergleich: in Großbritannien wurde bei 0,4 Prozent der Kinder zwischen elf und 15 PTBS diagnostiziert und bei den unter zehnjährigen so gut wie gar nicht (Meltzer et al., 2000).

Zu den „typischen Eigenschaften“ einer posttraumatischen Belastungsstörung gehören in der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlichten *International Classification of Diseases (ICD-10)* Symptome wie „wiederholtes Durchleben eines Traumas in eindringlichen Erinnerungen („Flashbacks“), Träumen oder Albträumen“, „Taubheitsgefühle“, „Distanzierung von anderen Menschen, Unempfänglichkeit für das eigene Umfeld“, sowie „Vermeidung von an das Trauma erinnernden Aktivitäten und Situationen“⁴¹

Laut der WHO entsteht PTBS als „verzögerte oder dauerhafte Reaktion auf ein aufreibendes Ereignis oder eine außergewöhnlich bedrohliche oder katastrophale Situation, die bei nahezu jedem Menschen einen anhaltenden Zustand seelischer Pein auslösen würde“⁴². Das Erleben von Grausamkeiten im Krieg oder mitanzusehen, wie die eigenen Eltern getötet werden, löst bei den meisten Kindern PTBS aus, doch neben solch existentiellen Extremsituationen kann jedes Ereignis, das einen Menschen in einen Zustand hochgradiger Hilflosigkeit oder Furcht versetzt, ein potentiell zusätzlicher auslösender Faktor sein.

Während die meisten Menschen, die traumatische Situationen erleben, bereits zu Beginn einige Symptome aufweisen, hängt die Entwicklung einer vollständig ausgeprägten PTBS und ihrer Begleiterscheinungen wie z.B. Depressionen, sowie die Möglichkeit eines Nachlassens der Symptomatik von vielen Variablen ab. Dazu zählen die Intensität des Traumas (Tod oder körperliche Verletzung), der Grad und die Häufigkeit des Erlebens (direktes Erleben, Zusehen oder lediglich Hörensagen), Resilienz, Vorbelastung und Reaktion zum Zeitpunkt des Ereignisses, sowie das soziale Umfeld nach dem Ereignis.⁴³

Zwar leidet nahezu jeder Mensch nach belastenden Erlebnissen in Konflikt- oder

Kriegsgebieten zumindest vorübergehend unter Symptomen psychischer Belastung (wie Schlaflosigkeit, Rückzug, Unruhe oder Gedankenkreisen) oder PTBS, doch manche Gruppen gelten als besonders anfällig für die Entwicklung chronischer PTBS. Zu solchen Risikogruppen zählen Frauen und Minderheiten, Menschen mit geringer Bildung und früheren lebensbedrohlichen Erlebnissen und Menschen, die bereits selbst psychische Probleme hatten oder Angehörige mit solchen Problemen haben.

Edita zählt sicherlich zu einer Risikogruppe mit erhöhter Tendenz zur Entwicklung einer PTBS. Sie ist ein Mädchen, ist Angehörige einer Minderheit, ihre Eltern können kaum lesen und schreiben und verließen den Kosovo, um Diskriminierung und Gewalt zu entgehen. Sie hat keine Freunde und kein soziales Netzwerk im Kosovo und war in der Schule Opfer von Mobbing. Dasselbe gilt für andere von uns befragte Kinder; zwei Drittel (68 Prozent) gehören einer Minderheit an und der Bildungsgrad der Familien ist generell niedrig (jedes zweite Kind wird von einer des Lesens und Schreibens unkundigen Mutter aufgezogen - 47 Prozent - und 28 Prozent der Väter aus einer Minderheit erklärten, dass sie Analphabeten sind).⁴⁴

Sowohl Kinder als auch Eltern haben bereits früher lebensbedrohliche und potentiell traumatische Erfahrungen gemacht. Einige der Kinder erwähnten traumatische Erlebnisse auf dem Weg nach Deutschland oder Österreich, insbesondere jene, die die Grenzen illegal mit der Hilfe von Schleppern überquerten. Der 13-jährige Amir zum Beispiel erlebte seine ersten Albträume und ‚Nervenzusammenbrüche‘ bald nachdem er nach Österreich geschleust worden war. Bei vielen setzte sich die ethnische Diskriminierung nach dem Verlassen des Kosovos fort. Durch das Leben ohne regulären Aufenthaltsstatus und das Erleben der Furcht der Eltern vor einer Abschiebung waren viele Kinder bereits vor ihrer Rückkehr ausgedehnten Belastungsphasen und anhaltenden Ängsten ausgesetzt. Nicht alle vorherigen traumatischen Erlebnisse standen notwendigerweise mit der Migration in einem Zusammenhang. Zweimal erlebte Marigona hautnah, wie ihre jüngere, an einem angeborenen Herzproblem leidende Schwester, wiederbelebt werden musste. In Marigonas Fall öffnete die Rückkehr bereits bestehende alte Wunden.

Angesichts der komplexen Gefährdungslagen dieser Kinder ist es im Rahmen eines epidemiologischen Ansatzes eine Herausforderung, festzustellen, ob die Rückführung einschließlich des eigentlichen „Rückkehrerlebnisses“ und der „Reintegration“ der entscheidende Faktor zur Erklärung dieser hohen PTBS-Raten ist. Um ein mögliches Wechselspiel zwischen der Rückkehr und der Reintegration einerseits und PTBS und anderen psychischen Problemen bei Kindern andererseits zu ergründen, haben wir die Daten aus unserem studienspezifischem soziodemographischen Fragebogen sorgfältig mit den Ergebnissen der Standardforschungsinstrumente wie der CBCL und dem Harvard Trauma Questionnaire sowie der CAPS und den qualitativen MINI-Interviews zusammengeführt.⁴⁵

Für Sedat, Marigona, Amir und Edita liegt die Antwort offen zutage; sie führten ihre Symptome alle auf ihre Rückführung zurück. Edita erklärte es so: *„Mir fiel es erstmals nach der Rückkehr auf. Als ich hierher kam und sah, wie hier das Leben ist, und ich keinerlei Motivation hatte, mein Leben zu leben... Als ich dort [in Deutschland] war, kam es niemals vor, dass ich mitten in der Nacht aufwachte, Angst oder diese Nervosität in mir hatte.“* Auch bei Amir traten die Symptome erstmals *„in den Tagen, als wir zurückkehrten“* auf und bei Marigona *„fing alles an, als wir in dieses Haus kamen.“*

Dies sind keine Einzelmeinungen. Jedes zweite der von uns befragten Kinder erinnerte sich an seine Rückführung als ein beängstigendes Erleben von Furcht, Hilflosigkeit, Entwurzelung und drastischer Veränderung seiner Lebensumstände. Jedes zweite Kind und jeder zweite

Jugendliche beschrieb seine Rückkehr als das schlimmste Erlebnis seines Lebens (54,9 Prozent), ein weiteres Viertel beschrieb sie als „sehr schlimm“ (27,2 Prozent).⁴⁶ Vor allem jene, die zwangsweise zurückgeführt worden waren (65,4 Prozent), erlebten dies als den schlimmsten Augenblick ihres Lebens (Kinder und Erwachsene).⁴⁷

Tabelle 9: Persönliches Empfinden der Rückführung (soziodemographischer Fragebogen):

	Frequenz	Valide Prozent
Schlimmstes Erlebnis meines Lebens	89	54,9
Sehr schlimm	44	27,2
Nicht sicher	9	5,6
Nicht so schlimm	11	6,8
Überhaupt nicht schlimm	9	5,6
Gesamt	162	100%
Fehlend	2	
Gesamt	164	

Insbesondere zwangsweise Rückführungen scheinen zumindest eine wichtige Rolle bei der Ausbildung und dem Verlauf einiger der vorliegenden psychischen Probleme zu spielen. Die statistisch gesicherten Daten weisen darauf hin, dass PTBS bei den Kindern wahrscheinlicher war, die zwangsweise rückgeführt worden waren (35,9 Prozent), im Gegensatz zu 18,9 Prozent bei jenen, deren Rückkehr nicht zwangsweise erfolgte.⁴⁸ Zwangsweise Rückführungen standen auch in einem Zusammenhang mit mit dreifach erhöhter Frequenz von Angstzuständen (35 im Gegensatz zu 11,3 Prozent) und einer zweifach erhöhten Rückzugs- und Depressionsrate (41,7 im Gegensatz zu 18,9 Prozent).⁴⁹ Somatische oder psychosomatische Beschwerden, die häufig als stressbedingt angesehen werden (z.B. Kopfschmerzen oder Magen-Darm-Beschwerden), traten bei der Kindergruppe mit traumatischen Rückkehrerlebnissen sechsmal häufiger auf und betrafen damit ein Fünftel aller Befragten (22,3 im Gegensatz zu 3,8 Prozent).⁵⁰ Mehr als 40 Prozent der zwangsweise zurückgeführten Kinder hatten soziale Schwierigkeiten (41,7 im Gegensatz zu 13,2 Prozent).⁵¹ Doch da sich traumatische Erlebnisse für viele Kinder nicht auf die Rückführung beschränken, sind weitere Untersuchungen nötig, um den genauen Zusammenhang zwischen der psychischen Entwicklung von Kindern und unterschiedlichen Stressfaktoren vor, während und nach der Rückführung zu ergründen.

Für die Beurteilung der Auswirkungen von Rückführungen auf die psychische Gesundheit von Kindern ist es wichtig, zwischen der eigentlichen Rückkehr und der Zeit, die zur „Reintegration“ benötigt wird, zu unterscheiden (im Fall der im Ausland geborenen Kinder, die gezwungen sind, sich an eine völlig neue und fremde Umgebung anzupassen, muss man wohl eher von „Neuanfang“ als von „Reintegration“ sprechen). „Rückführung“ als Prozess kann daher Tage, Monate oder Jahre dauern. Um ihre wirklichen Auswirkungen zu erfassen, ist ein Blick über die traumatischen Rückkehrerlebnisse hinaus nötig, um zu sehen, wie die Kinder in den Wochen und Monaten nach der Rückkehr zurechtkommen.

4

DIE TRÜGERISCHE HOFFNUNG AUF EINEN „NEUANFANG“: DIE WIRKLICHKEIT DER REINTEGRATION IM KOSOVO

Das Versprechen, dass „Rückkehr [...] gleichzeitig ein Neuanfang [ist]“, wie es eine Informationsbroschüre des deutschen URA-2 Reintegrationsprogramms beschreibt, scheint angesichts der schmerzlichen Reintegrationserfahrungen vieler von uns befragter Familien weit hergeholt.⁵² Wie schon in früheren UNICEF-Berichten beschrieben, haben viele Familien kein vernünftiges Dach über dem Kopf oder leben in Wohnungen, denen es an grundlegender Ausstattung wie Heizung, fließendem Wasser oder Strom mangelt.⁵³ Arbeitslosigkeit und Einkommensarmut sind weit verbreitet, insbesondere bei Risikofamilien mit Kindern und bei Minderheiten. Die Arbeitslosenquote von 70 Prozent unter den zurückgeführten Roma- und Ashkali-Männern übersteigt sogar noch die auf rund 58 Prozent geschätzte Arbeitslosenquote der kosovarischen Roma-, Ashkali- und Ägyptergemeinden.⁵⁴

Bis heute bleibt die durch den Kosovo-Reintegrationsfonds vorgesehene Hilfe ein Versprechen auf dem Papier. Von den von uns Befragten gab fast die Hälfte (48,9 Prozent) an, keinerlei Hilfe erhalten zu haben, wohingegen jene, die Hilfe erhielten, in erster Linie Mietzuzahlungen (22,9 Prozent) oder andere Formen finanzieller Kurzzeithilfen (16 Prozent) aus unterschiedlichen Geberprogrammen erhielten. 2011 gab der Kosovo-Reintegrationsfonds weniger als 9,3 Prozent seines jährlichen Budgets von 3,4 Millionen Euro aus. Bis zum Dezember 2011 war kein einziges Haus für eine rückgeführte Familie in Not errichtet worden. Von den zur Erleichterung des Zugangs zum Gesundheitswesen bereitgestellten 440.000 Euro sind nur 119 Euro tatsächlich ausgegeben worden. Nicht ein einziger Cent war für Sprachkurse zur Erleichterung der Beschulung von Kindern oder für Ausbildungsgänge für Lehrer, um diese in der psychosozialen Reintegration von Kindern fortzubilden, ausgegeben worden.

Tabelle 10: Übersicht der 2011 tatsächlich bereitgestellten Reintegrationsunterstützung

Ziel 5: Nachhaltige Reintegration erzielen	Bereitgestellt	Ausgegeben (31.12.2011)
5.2: Erleichterung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung	€ 440.000,00	€ 119,00
5.4: Entwicklung von Lehrplänen für Sprachkurse	€ 15.000,00	€ 0,00
5.5: Ausbildung von Lehrern, um psychosoziale Unterstützung und Eingliederungshilfen für rückgeführte Kinder zu vereinfachen	€ 66.150,00	€ 0,00
5.6: Organisation von Sprachkursen für rückgeführte Kinder	€ 100.000,00	€ 0,00
Alles andere (Wohnraum, Beschäftigung, Lebensmittelpakete, Ausbildung etc.)	€ 2.799.000,00	€ 318.014,35
Gesamtbudget des Reintegrationsfonds	€ 3.420.150,00	€ 318.133,35

Quellen: Action Implementing the Strategy for the Reintegration of Repatriated Person (Oktober 2011) & UNICEF-Bericht „Abgeschoben und vergessen“, Endnote 34 & Interner Bericht des Reintegrationsfonds, 31. Dezember 2011.

Mit Blick auf speziell auf Kinder ausgerichtete Reintegrationshilfen bieten auch bilaterale Reintegrationsprogramme wie URA-2 nur wenig. Bis Oktober 2011 verteilte URA drei Schulstartersets und bot Sprachkurse für 15 Kinder an. Da die Unterstützung durch URA hauptsächlich aus Beratungen, Einmalzahlungen und sechsmonatigen Beschäftigungs- und Mietzuzahlungen besteht, bietet es tatsächlich nicht viel mehr als die in seinem Namen angelegte „Überbrückungshilfe“ (URA bedeutet auf Albanisch „Brücke“).⁵⁵

Für viele Familien ohne sicherem Dach über dem Kopf und ohne Einkommen und Unterstützung dauert das „Trauma“ der Rückführung weit über den Tag ihrer Ankunft am Flughafen Prishtina an. Solch existentielle Sorgen um Unterkunft, Nahrung und Wärme wären für jeden Menschen belastend; erst recht für an PTBS, Depressionen oder Angstzuständen leidende Eltern und Kinder in einem Land, das sie als fremd und feindlich wahrnehmen. Der wichtige Zusammenhang zwischen äußeren Belastungsfaktoren und Traumaheilung ist gut erforscht. Neuere Untersuchungen mit Kriegstraumatisierten in Kroatien bestätigten einmal mehr die positiven Auswirkungen einer nachhaltigen Klärung der Wohnverhältnisse auf die Traumaverarbeitung (Franciskovic T., Z. Tovilevic et al., 2008). Eine andere Studie bestätigte ebenso den Zusammenhang zwischen PTBS, Arbeitslosigkeit als gewichtigem sozialen Belastungsfaktor und Selbstmordgedanken (Wenzel, T. F. Rushiti, et al., 2009).

5

HEILUNGSCHANCEN IM KOSOVO?

Zugang zu sozialer Unterstützung

Ein weiterer wichtiger Umweltfaktor, der als entscheidend für eine gute seelische Verfassung und posttraumatische Heilung gilt, ist das Vorhandensein eines starken sozialen Netzes aus Familie und Freunden.⁵⁶ Insbesondere positive soziale Bestärkung durch einen engen Kreis von Freunden, sowie Akzeptanz und Achtung im weiteren sozialen Umfeld gelten als wichtige Faktoren, die eine Genesung von posttraumatischem Stress der Art begünstigen, dem sich in den Kosovo zurückgeführte Kinder gegenübersehen (Ahern et al., 2004).

„Meine Freunde sind alle in Deutschland, hier habe ich keine Freunde. Im Kosovo ist es sehr schwierig, Freundschaften zu schließen“ erklärte uns Agron, der zwei Monate alt war, als seine Familie nach Deutschland ging und ein Jugendlicher, als er gezwungen wurde, zurückzukehren. So wie Agron enden viele rückgeführte Kinder in sozialer Isolation und ohne jede Unterstützung von Freunden, der Familie oder dem weiteren sozialen Umfeld. Eines von vier Kindern gab an, keine Freunde zu haben (23,2 Prozent) und 40 Prozent empfanden es als schwierig oder sehr schwierig, im Kosovo Freunde zu finden. Jedes zweite der von uns befragten Kinder verbrachte nach der Schule wenig oder gar keine Zeit mit Freunden (45,9 Prozent). Im Gegensatz dazu gaben 40 Prozent derselben Kinder an, dass es in Deutschland und Österreich einfach war, Freunde zu finden.

Valbona erinnert sich: *„Als ich aus Deutschland kam und mich an der Schule anmeldete, sagten die anderen in meiner Klasse: ‚Was willst du hier im Kosovo? Du bist in Deutschland geboren und aufgewachsen; du gehörst nicht hierher! Niemand will mit mir befreundet sein, ich habe keine Freunde. Sie sagen mir alle, dass ich nach Deutschland zurückgehen soll, weil ich nicht hierhergehöre. Dann fing ich an zu weinen und ging zu den Lehrern, um ihnen von meinen Problemen zu erzählen, aber sie kümmerten sich einfach nicht darum. Ich sagte meiner Familie, dass ich nicht mehr zur Schule gehen würde, aber sie sagten, dass ich gehen müsste, um die Sprache zu lernen, denn damals konnte ich noch kein Albanisch.“* Ihr Leiden setzte sich über Wochen fort: *„Immer wenn ich zur Schule ging, hänselten und schikanierten sie mich. Sie sagten mir, ich müsste ihnen Geld geben, damit sie mich in Ruhe ließen. ... Wenn ich mich aufrege, spreche ich zu mir selbst auf Deutsch und dann sagen sie mir ‚sprich nicht Deutsch, du brauchst dich hier nicht als etwas Besseres aufzuführen“.*

Valbona ließ sich nicht einschüchtern, doch zum Zeitpunkt des Interviews ging die Hälfte der rückgeführten Kinder nicht zur Schule. Vor allem die im Ausland geborenen Kinder und die Kinder aus Minderheiten brechen die Schule in hoher Zahl vorzeitig ab: 70 Prozent der Kinder aus Minderheiten gingen nach ihrer Rückkehr nicht mehr zur Schule. Dies bestätigt die alarmierend hohe Quote von Schulabbrechern unter rückgeführten Kindern, die schon in früheren UNICEF-Berichten beschrieben wurde.⁵⁷ Im Gegensatz dazu war das Verhältnis der Kinder aus Minderheiten, die in Deutschland und Österreich zur Schule gingen, genau umgekehrt: 67 Prozent der Kinder gaben an, vor ihrer Rückführung zur Schule gegangen zu sein.

Diese hohen Schulabbrecherquoten können daher nicht etwa mit der Bildungsferne der Eltern oder Kinder aus Minderheiten erklärt werden. Unsere Nachforschungen zeigen, dass die Hauptgründe für Schulabbrüche finanzielle und sprachliche Probleme sowie Diskriminierung durch Mitschüler sind.⁵⁸ Einige der im Ausland geborenen Kinder sprechen kein Albanisch oder Serbisch und viele beherrschen keine dieser beiden offiziellen Sprachen gut genug, um dem Unterricht folgen zu können. 14 Prozent der Kinder aus Minderheiten geben Deutsch als ihre Muttersprache an und mehr als ein Viertel der Romakinder (26,8 Prozent) Romani. Eine kürzlich durchgeführte PTBS-Studie unter bosnischen Flüchtlingen in der USA ergab, dass jene Flüchtlinge, die nur wenig Englisch sprachen, anfälliger für anhaltende psychische Auswirkungen eines Traumas waren als jene, die gut Englisch sprachen (Vojvoda D, S.M Weine, 2008). Sprachbarrieren stellen daher einen zusätzlichen Belastungsfaktor mit möglichen Auswirkungen auf posttraumatische Heilungschancen dar.

Neben Sprachbarrieren berichteten Kinder aus Minderheiten vorwiegend von Mobbing, Diskriminierung und sozialer Ausgrenzung und gaben an, wenige oder gar keine Freunde zu haben.⁵⁹ Die verhängnisvolle Kombination aus Mobbing, Diskriminierung, Armut und Sprachbarrieren führt nicht nur zu verheerend hohen Schulabbrecherquoten, sondern birgt auch zusätzliche gesundheitliche Risiken mit sich. Unsere Ergebnisse bestätigen, dass Kinder, die keine Schule besuchen, noch häufiger an Symptomen wie Distanzierung von anderen Menschen, Angstzuständen und Depressionen litten.

„Hier im Kosovo zerfalle ich innerlich“. So beschreibt der in Deutschland geborene Emin seinen Gemütszustand. Sedat fängt die Stimmung vieler ein, wenn er beschreibt wie „es keine Arbeit gibt, keine Schule... Das macht mich niedergeschlagen... jetzt hänge ich den ganzen Tag rum, ohne irgendetwas zu tun, ohne zur Schule zu gehen, ohne zu arbeiten oder einen Beruf zu haben. Das ist wirklich schlimm. In Deutschland hatte ich eine Zukunft, aber hier kann ich nichts planen. Wenn man versucht, sich hier eine Zukunft vorzustellen, kann man nur darüber lachen. Manchmal fühlt es sich an, als wäre mir mein Leben aus meinem Körper gestohlen worden.“

Als Fremde „zu Hause“

Ein Umstand, der im Ausland geborene Kinder wie Emin oder Sedat noch mehr als im Kosovo geborene Kinder belastet, ist der Akkulturationsstress, dem sie sich nach der Rückführung in ein ihnen fremdes Land gegenübersehen. Weit davon entfernt, ihre Rückführung als „Rückkehr“ zu empfinden, was eine „Rückkehr nach Hause“ impliziert, erleben die meisten im Ausland geborenen und aufgewachsenen Kinder ihre Rückführung als äußerst desorientierend und eher als „Abschiebung“ denn als „Rückkehr“.

Der Anteil der Kinder, die ihre Rückführung als das schlimmste Erlebnis ihres Lebens bezeichnen war unter den im Ausland geborenen deutlich höher (63 Prozent) als unter den im Kosovo geborenen (30,2 Prozent).⁶⁰ Fast alle im Ausland geborenen Kinder (90,8 Prozent) betrachten ihre jetzigen Lebensumstände als schlimm oder sehr schlimm, auf alle rückgeführten Kinder bezogen empfinden dies 84 Prozent so. Unsere Ergebnisse zeigen

auch, dass im Ausland geborene und aufgewachsene Kinder häufiger psychosomatische Beschwerden haben.⁶¹ Neuere Untersuchungen in der Region zeigen ebenfalls, dass für im Ausland geborene und aufgewachsene Kinder der Akkulturationsstress einen zusätzlichen negativen Faktor darstellt, der eine PTBS begünstigen kann (Knipscheer & Kleber, 2006).

Es gibt nur eine andere Untergruppe, der es noch schlimmer als den im Ausland geborenen Kindern zu gehen scheint, und zwar den Rückkehrern aus Minderheiten (bei den von uns Interviewten gibt es natürlich eine signifikante Überschneidung von im Ausland geborenen und Minderheitenangehörigen). Fast alle (95,9 Prozent) Rückkehrer aus Minderheiten beschrieben ihre jetzigen Lebensumstände als schlimm oder sehr schlimm, während dies bei den Albanern 53 Prozent angaben. Neben dem höheren Armuts- und Arbeitslosigkeitsrisiko sehen sich Rückkehrer aus Minderheiten auch häufiger Diskriminierungen ausgesetzt. Die 16 Jahre alte Lendita spricht für viele, wenn sie sagt, dass *„es keine Zukunft gibt. Niemand interessiert sich für uns und die Leute hören nicht zu. Sie diskriminieren uns, weil wir Ashkali sind.“*

Der Faktor Familie

Sozial isoliert und ohne Freunde haben diese Kinder wenig mehr als ihre eigenen Familien als Stütze. Die Bedeutung von Familie als Schlüsselfaktor zur Überwindung von Traumata ist seit langem bekannt. Insbesondere die Reaktion einer Familie auf ein traumatisches Ereignis und die Wahrnehmung der Reaktion der Eltern durch ein Kind sind wichtige Faktoren zum Verständnis der psychologischen Auswirkungen von Katastrophen auf Kinder. Die Ergebnisse einer Untersuchung aus dem Jahr 1991 deuteten sogar darauf hin, dass *„die Reaktion einer Familie auf ein belastendes Ereignis und der anschließende Umgang damit eine bessere Prognose von PTBS-Symptomen erlauben als der Grad zu dem das Kind dem Ereignis ausgesetzt war.“*⁶² Doch wie unsere Daten zeigten, leidet in zwei Drittel aller Fälle (64,5%) mindestens ein Elternteil an klinischer PTBS. Die Eltern sind weit davon entfernt, ihre Kinder unterstützen zu können und bräuchten selbst Hilfe.

Diese PTBS-Raten sind nicht nur signifikant höher als in der Gesamtbevölkerung stabiler Länder, sondern auch wesentlich höher als bei früheren Untersuchungen im Kosovo, die bei Erwachsenen bereits kurz nach dem Krieg hohe Raten chronischer PTBS von 17 bis 30 Prozent feststellten (Lopes Cardozo, Vergara, Agani, & Gotway, 2000). In den vergangenen fünf Jahren zeigte sich ein langsames Abflachen dieser Raten. In sicheren und stabilen Gesellschaften ist chronische PTBS vergleichsweise selten (Spitzer et al., 2008; Wittchen, Gloster, Beesdo, Schonfeld, & Perkonigg, 2009) oder nahezu nicht vorhanden, wie eine neuere Untersuchung aus der Schweiz zeigte (Hepp et al., 2006).

Die meisten Eltern waren zum Zeitpunkt der Interviews zwischen 40 und 50 Jahre alt und hatten in ihrem Erwachsenenleben fast andauernde schwerwiegende und belastende Erfahrungen gemacht. Schon vor dem Krieg waren mehr als 40 Prozent der Eltern aufgrund ihrer Sprache oder ethnischen Herkunft diskriminiert worden. Während des Krieges war Furcht um das eigene Leben oder der Verlust enger Freunde eine fast durchgängige Erfahrung. Mehr als die Hälfte verlor das Zuhause. Ein Sechstel erlebte körperliche Gewalt am eigenen Leib oder wurde Zeuge solcher Gewalt. Mehr als ein Viertel unserer Gesprächspartner hatte ein Familienmitglied verloren und 19 Prozent waren gewaltsam von Familienmitgliedern getrennt worden. Einige wurden sogar Opfer extremer Gewalttaten wie Entführungen oder Vergewaltigungen. Wie bei den Kindern stieg auch bei den Eltern nach der Rückkehr in den Kosovo die Häufigkeit von Diskriminierungen aufgrund ihrer Sprache oder ethnischen Herkunft. Ein Fünftel wurde diskriminiert (19,3 Prozent) und 6 Prozent wurden nach ihrer Rückführung körperlich angegriffen.

Tabelle 11: Häufigkeit belastender und traumatischer Ereignisse (beobachtet oder eigenes Erleben der Eltern, unabhängig von Alter oder Geschlecht)⁶³

Ereignis	Vor dem verlassen des Kosovos N (%)	Während des Krieges N (%)	In Österreich oder Deutschland N (%)	Nach der Rückkehr in den Kosovo N (%)
Undfreundliche Behandlung aufgrund von Sprache oder ethnischer Herkunft	50 (42,4)	35 (30,2)	14 (11,9)	24 (21,1)
Diskriminierung aufgrund von Sprache oder ethnischer Herkunft	55 (49,5)	40 (38,1)	19 (16,7)	22 (19,3)
Körperliche Gewalt	29 (26,1)	20 (18)	7 (6,6)	6 (5,8)
Krankheit ohne Zugang zu angemessener Gesundheitsversorgung	50 (49)	43 (43,4)	16 (19,8)	55 (53,4)
Tod eines Familienmitglieds	32 (34)	28 (27,2)	19 (21,1)	19 (21,6)
Verlust eines Freundes	74 (98,7)	77 (98,7)	74 (98,7)	70 (98,6)
Verlust oder Zerstörung des Zuhauses	33 (41,3)	67 (58,8)	25 (28,7)	37 (45,7)
Furcht um das eigene Leben	113 (99,1)	121 (99,2)	106 (99,1)	98 (99)
Entführt oder verschwunden	7 (6,5)	7 (6,2)	4 (3,6)	3 (3,2)
Gewaltsame Trennung von Familienmitgliedern	14 (13,7)	20 (19,2)	14 (13,2)	10 (10)

Diese ungewöhnlich hohe PTBS-Rate bei den Eltern bedeutet ein zusätzlich erhöhtes Risiko für die Kinder durch die Möglichkeit einer sekundären oder indirekten Traumatisierung. Dieser Zusammenhang wurde unter anderem bei Kindern von Holocaustüberlebenden und Kindern ehemaliger politischer Gefangener in Ostdeutschland beobachtet.⁶⁴ In der Region und in Nachkriegsbosnien durchgeführte Untersuchungen bestätigen ebenfalls das Vorhandensein einer „indirekten oder sekundären Traumatisierung“ unter Ehepartnern sowie zwischen Eltern mit PTBS und ihren Kindern (Zalihic, A, D. Zalihic, et al., 2008). Eine Untersuchung kam ebenfalls zu dem Ergebnis, dass Kinder von Kriegsveteranen mit PTBS signifikant höhere Entwicklungs- und Verhaltensprobleme sowie emotionale Störungen aufweisen (Klaric, M. T, Franciskovic, et al., 2008). Eine Behandlung der Traumatisierung der in diesem Bericht identifizierten Kinder sollte sich daher idealerweise auch auf deren Eltern und Familienangehörige erstrecken.

Zugang zu psychiatrischer und psychologischer Versorgung

Das American National Center for PTSD rät jedem, der länger als drei Monate typische Symptome wie Angstzustände, Wiedererleben eines traumatischen Ereignisses, Gefühllosigkeit, Erschöpfung, Schuldgefühle oder Zorn erlebt, professionellen Beistand aufzusuchen. Demnach ist „es wichtig, sich vor Augen zu führen, dass es wirksame Behandlungsmethoden gibt. Sie müssen nicht für immer mit Ihren Symptomen leben.“⁶⁵

Was für Betroffene in den USA, Deutschland oder Österreich zutreffen mag, gilt für die in diesem Bericht vorgestellten an PTBS und anderen psychischen Problemen leidenden Kinder leider nicht. In der Gruppe der 15-18-Jährigen zeigt der General Health Questionnaire einen Behandlungsbedarf, der weit über das hinausgeht, was das kosovarische Gesundheitssystem zu leisten vermag: 42 Prozent der Jugendlichen leiden an Störungen, die beobachtet und möglicherweise behandelt werden müssten und fast ein Viertel (23 Prozent) zeigen eine derart ausgeprägte Symptomatik (ermittelt anhand eines Grenzwertes), dass sie sofort behandelt werden müssten.⁶⁶ Fast die Hälfte der Kinder zwischen sechs und 14 erfüllten auch die Kriterien, um anhand der CBCL zumindest eine psychische Krankheit wie affektive Störung (62,5 Prozent), PTBS (62,5 Prozent), Angstzustände (45,8 Prozent) oder kognitive Probleme (45,8 Prozent) diagnostizieren zu können.⁶⁷ Doch im Kosovo sind die Möglichkeiten zur Traumabehandlung und einer kindgerechten psychiatrischen Gesundheitsversorgung so gut wie nicht vorhanden, und wenn, dann sind sie nur ganz wenigen überhaupt zugänglich.

Tabelle 12: Beobachtung oder Behandlung nötig (GHQ 28)

	Häufigkeit	Valide Prozent
Keine Störung	30	57,7
Störung	22	42,3
Gesamt	52	100 %

GHQ score (Goldberg standard scoring⁶⁸) > 5 = Leichte bis mittelschwere psychische Symptomatik

Tabelle 13: Starke Störung oder akuter behandlungsbedarf (GHQ 28)

	Häufigkeit	Valide Prozent
Keine Störung	40	76,9
Störung	12	23,1
Gesamt	52	100 %

GHQ score (Goldberg standard scoring) > 11 = Ausgeprägte psychische Symptomatik

Der problematische Zustand der psychischen Gesundheitsfürsorge ist dem kosovarischen Gesundheitsministerium wohlbekannt, und daher sollte dieser Umstand auch den österreichischen und deutschen Behörden bekannt sein, die Entscheidungen über Rückführungen treffen.⁶⁹ In seiner Strategie im Bereich der psychis-

chen Gesundheit (2008-2013) nimmt das Ministerium eine düstere Bestandsaufnahme vor: „derzeit stellen traumabedingte Krankheiten und psychische Störungen ein Problem dar, dem das öffentliche Gesundheitssystem nicht angemessen begegnen kann.“ Mit Hinblick auf eine kindgerechte psychiatrische Gesundheitsversorgung vermerkt die Strategie unverblümt, dass „angesichts der demographischen Struktur des Kosovos die psychosoziale Versorgung und Dienste für Kinder und Jugendliche äußerst unterentwickelt sind“.⁷⁰

Kosovo hat aus der jugoslawischen Zeit ein „kommunistisches psychiatrisches Modell“ geerbt, das sich durch eine starke Stigmatisierung psychisch Kranker auszeichnete, die in zentralisierten, gefängnisähnlichen Einrichtungen untergebracht wurden und dort minimale Fürsorge erhielten. Dieses Erbe wandelt sich nur langsam. Im Vergleich zu anderen Bereichen gab es in der Nachkriegszeit kaum Fördermittel zum Wiederaufbau des zersplitterten kosovarischen Gesundheitswesens. Gesundheitsfragen hatten und haben für Geberinstitutionen nur einen geringen Stellenwert⁷¹ und einen noch geringeren für die kosovarische Regierung.

2011 betrug das kosovarische Gesundheitsbudget 79 Millionen Euro, was 1,7 Prozent des Bruttonationalprodukts (BSP) oder 46 Euro pro Kopf und Jahr entspricht.⁷² Das Gesundheitsbudget wird bis 2014 zwar wahrscheinlich auf 92 Millionen Euro ansteigen, doch der prozentuale Anteil am BSP wird bei 1,7 Prozent stagnieren und wird damit der bei weitem niedrigste in Europa sein. OECD-Länder geben im Vergleich dazu im Durchschnitt 9,5 Prozent für ihr Gesundheitswesen aus. Diese niedrigen Ausgaben fordern ihren Tribut: während die durchschnittliche Lebenserwartung in Österreich bei 80,4 Jahren und im OECD-Durchschnitt bei 79,5 Jahren liegt, beträgt sie im Kosovo 69,6 Jahre.⁷³

Tabelle 14: Öffentliche Gesundheitsausgaben als Prozentsatz des BSP

	2009	2010	2011	2014
Gesamtes Gesundheitsbudget	74.095.483	72.840.796	79.079.239	91.678.895
BSP	3.912.000.000	4.289.000.000	4.649.000.000	5.501.000.000
Prozentualer Anteil am BSP	1,9%	1,7%	1,7%	1,7%

Quelle: Mittelfristiger Finanzrahmen, Finanzministerium, Kosovo

Da das psychiatrische Gesundheitswesen in einem bereits ohnehin vernachlässigten Sektor einen niedrigen Stellenwert einnimmt, ist es durch einen akuten Mangel an finanziellen und menschlichen Ressourcen gekennzeichnet. Laut der Strategie im Bereich der psychischen Gesundheit „ist das Budget des psychiatrischen Gesundheitswesens 2007 zweimal kleiner als 2004; mit einem Anteil von unter drei Prozent am gesamten Gesundheitswesen liegt es bei weniger als der Hälfte dessen, was die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt.“ Dies führe dazu, dass „aus Mangel an fachgerecht ausgebildetem Personal vieles an aufgebauter Kapazität im psychiatrischen Gesundheitswesen nicht genutzt werden kann.“⁷⁴

Die Versorgung psychisch Kranker erfolgt üblicherweise durch eine Reihe unterschiedlicher Berufsgruppen wie Allgemeinärzte, Psychiater, Psychologen, Psychotherapeuten und spezialisierte Krankenpfleger. In diesen Fachrichtungen liegt der Kosovo weit zurück. 2007 kamen auf 1,7 Millionen Einwohner 40 Psychiater, was einem Psychiater für 43.350 Einwohner und damit einem dramatischen Verhältnis im Vergleich zu anderen europäischen

Ländern entspricht.⁷⁵ In den meisten OECD-Ländern liegt das Verhältnis zwischen 5.000 und 10.000 Einwohnern auf einen Psychiater.⁷⁶

Bei der psychiatrischen Gesundheitsversorgung von Kindern ist die Lage noch dramatischer: derzeit gibt es in Prishtina nur zwei approbierte Kinderpsychiater und jeweils einen in Ferizaj, Prizren, Gjilan und Gjakova, weitere vier befinden sich in der Facharztausbildung. Des Weiteren gibt es nur einen Kinderpsychologen. Bei nahezu 600.000 unter 18-Jährigen (ca. 34 Prozent der Gesamtbevölkerung) entspricht dies einem Verhältnis von 100.000 Kindern pro Kinderpsychiater oder 60.000, wenn man die vier derzeit in Ausbildung befindlichen dazu zählt.⁷⁷

Die Gemeinsamen Grundsätze über die Abschiebung irregulärer Einwanderer und abgelehnter Asylbewerber von 2005 beinhalten die Forderung, dass *„niemand abgeschoben werden soll, der an einer schweren Erkrankung leidet, sofern nicht nachgewiesen werden kann, dass er nach seiner Rückkehr in sein Heimatland tatsächlichen Zugang zu geeigneter Behandlung und medizinischer Versorgung hat“*.⁷⁸ Die Bedingung des „tatsächlichen Zugangs“ laut VN-Ausschusses über Wirtschaftliche, Soziale und Kulturelle Rechte bezieht sich auf Nichtdiskriminierung, physische Zugänglichkeit, wirtschaftliche Zugänglichkeit (Erschwinglichkeit) und informationelle Zugänglichkeit.⁷⁹

Diskriminierungen und Vertrauen in das kosovarische Gesundheitswesen sind schwer zu messen. Laut einer 2009 veröffentlichten Untersuchung der Open Society Foundation in Kosovo fühlen sich 16 Prozent der Roma, Ashkali und Ägypter in Einrichtungen des Gesundheitswesens diskriminiert oder ungerecht behandelt.⁸⁰ In den Interviews mit den zurückgeführten Kindern kam zum Ausdruck, dass ihr Vertrauen in das Gesundheitswesen sehr gering ist. Gerüchte und Berichte über Fehlbehandlungen sowie Erzählungen der Eltern über diskriminierende Behandlung durch Ärzte oder Krankenhauspersonal verstärken das bereits bestehende Misstrauen noch weiter.

„Ich will nicht zu einem Arzt gehen. ... Hier ist es wirklich schlimm, erst vor kurzem ist ein Kind in der Schule gestorben. ... Selbst wenn ich richtig schlimme Schmerzen habe, will ich nicht zum Arzt gehen“ erklärte uns Lendita. Als wir sie fragten, welche Behandlung ihr helfen würde, antwortete sie, dass sie *„nur meinen Geburtsort in Deutschland sehen will ... Vielleicht könnte mich das heilen, nicht wirklich heilen, aber mich vergessen lassen, durch was ich in meinem Leben alles gehen musste.“* Auch die 15-jährige Valbona antwortet ohne zu zögern, dass für sie die einzige Heilmethode wäre, *„nach Deutschland zurückzugehen, nichts anderes. Das würde mich wieder gesund machen.“*

Die Einrichtungen des kosovarischen Gesundheitswesens sind zudem nur schwer zugänglich. Bestehende Mittel sind nicht nur spärlich, sondern auch räumlich ungleich verteilt. Das einzige Ambulanzzentrum für Kinderpsychiatrie und der einzige Kinderpsychologe befinden sich in Prishtina. In der Region Mitrovica gibt es beispielsweise kaum psychische Behandlungsmöglichkeiten noch einen Kin-

derpsychiater und doch lebte in Mitrovica im Jahr 2011 laut Auskunft des Flughafenbüros des Reintegrationsfonds die zweitgrößte Gruppe von Zurückgeführten.⁸¹

Wie uns ein Kinderpsychiater vertraulich mitteilte „kommen die Kinder meist einmal und dann nie wieder“, weil sie zu weit entfernt lebten und die Behandlungskosten zu hoch seien.⁸² Einfach „einen Arzt aufzusuchen“ kann sehr teuer sein, vor allem für Familien, die auf Sozialhilfe angewiesen sind und über kein eigenes Einkommen verfügen. *„Ich habe kein Geld. Ich habe nichts, womit ich den Arzt bezahlen könnte. Was soll ich denn machen?“* fragt Senad, der seit seiner Rückführung aus Deutschland Anfang 2010 im Westkosovo lebt.

Theoretisch haben Sozialhilfeempfänger und Kinder unter 18 Anspruch auf „kostenlose“ Gesundheitsversorgung. Doch praktisch sind drei Viertel aller in Armut lebenden Kinder von der bescheidenen Sozialhilfe des Kosovos ausgeschlossen und notwendige Medikamente sind nur in Krankenhäusern und bei stationärer Behandlung „kostenlos“.⁸³ Insbesondere moderne Medikamente mit geringen Nebenwirkungen sind im derzeitigen System kaum zu bezahlen. Einige Rückgeführte mussten ihre Behandlung unterbrechen, da sie die von ihren Ärzten in Österreich oder Deutschland verordneten Medikamente nicht länger bezahlen oder beschaffen konnten.

Ein gemeinsames Gutachten der Europäischen Kommission und der Weltbank kam zu dem Ergebnis, dass die öffentlichen Ausgaben nur die Hälfte der tatsächlichen Kosten des Gesundheitssystems decken, während die andere Hälfte von den Patienten durch Selbstzahlungen getragen wird.⁸⁴ Hinzu kommt, dass viele Familien ihre Rechte nicht kennen und sich nicht in einer Position befinden, diese geltend zu machen. Der „Zugang“ im Sinne von Information und Kenntnis von Rechten ist ebenso unterentwickelt. In der Sache bedeutet dies, dass die gefährdetsten Familien und Kinder von der wenigen verfügbaren Unterstützung praktisch ausgeschlossen sind.

Der Mangel an tatsächlich zugänglichen Behandlungsmöglichkeiten stellt einen zusätzlichen äußeren Stressfaktor für die betroffenen Familien dar. Jeder Zweite (51,4 Prozent) erlebte eingeschränkten Zugang zum Gesundheitssystem als wesentlichen Grund für psychisches Leiden nach der Rückführung und zwar stärker als in der Erinnerung an die Kriegszeit. Dies bestätigten Erhebungen aus der Region, wonach der Zugang zu Gesundheitsversorgung in der Region ein wesentlicher Faktor für die Entwicklung von PTBS und chronischer Leiden nach belastenden Erlebnissen ist (Eytan, Guthmiller, Durieux-Paillard, Loutan, & Gex-Fabry, 2011).

Es ist unwahrscheinlich, dass sich diese Situation bald ändert. Abgesehen von der Facharztausbildung für Psychiater gibt es keine Fachausbildung für Krankenpfleger im psychiatrischen Bereich oder für klinische Psychologie oder Psychotherapie. Neuere Initiativen wie das Facharztprogramm in klinischer Psychologie, in dem 40 Ärzte ausgebildet werden, ein laufendes familientherapeutisches Ausbildungsprogramm, Pläne zum Aufbau resilienzfördernder Strukturen in den Gemeinden (Agani, Landau, & Agani, 2010) oder die Ausbildung in psychodynamischer und kognitiver Verhaltenstherapie sind wichtig, aber unzureichend, um die systemisch bedingten Engpässe zu beseitigen. Die tatsächlich bereitgestellten Mittel zur Entwicklung des psychiatrischen Gesundheitsbereichs und zur

Ausweitung des Netzwerks entsprechender Einrichtungen decken kaum 20 Prozent des im Aktionsplan zur Umsetzung der Strategie für den Gesundheitssektor (2010-2014) dafür ermittelten Bedarfs. Die Regierung hat versichert, den Personalstand bis 2014 – derzeit arbeiten im Gesundheitswesen 7.265 Menschen – unverändert zu lassen.⁸⁵ Selbst wenn heute mehr in fachliche Kapazitäten investiert werden würde, würde es Jahre dauern, bis heute zurückgeführte Kinder eine adäquate Behandlung erhielten.

PTBS ist schwer zu behandeln und ihre Langzeitauswirkungen sind gravierend. Sie stellt einen Hochrisikofaktor für die Ausbildung einer Reihe psychischer Störungen dar und wirkt sich negativ auf die physische, kognitive, soziale und emotionale Entwicklung eines Kindes aus (Loeb, Stettler et al., 2011). International beispielhafte Verfahren und faktenbasierte allgemeine Richtlinien wie sie beispielsweise das britische Nationale Institut für Gesundheit und Klinische Exzellenz (NICE) herausgegeben hat, empfehlen nicht-pharmakologische Behandlungsformen wie Psychotherapie und betonen die Bedeutung eines unterstützenden Umfelds. In Ermangelung psychotherapeutischer und anderer Behandlungsmethoden im Kosovo werden häufig lediglich Psychopharmaka verschrieben, falls überhaupt eine ärztliche Behandlung stattfindet. Zahllose Fachartikel und Richtlinien haben auf die mit der Verabreichung von Psychopharmaka an an PTBS und anderen stressbedingten Krankheiten leidende Kinder verbundenen Risiken hingewiesen. In vielen Ländern ist die Verabreichung von Psychopharmaka an Kinder mit solchen Krankheitsbildern teilweise oder ganz verboten.

Einige genesen aufgrund individueller Resilienz und günstiger Umstände von PTBS und verwandten Störungen ohne eine spezielle Behandlung, doch bei Personen, die nicht behandelt werden, ist auch zehn Jahre nach dem traumatischen Ereignis das Risiko höher, noch immer an PTBS zu leiden (Priebe S. A. Matanov, et al., 2009), zusätzliche Störungen wie Alkohol- und Drogensucht zu entwickeln (Vujanovic, Bonn-Miller, & Marlatt, 2011) und einen nachhaltigen Persönlichkeitswandel zu erfahren.⁸⁶ Unbehandelte PTBS erzeugt daher zusätzliche Belastungen für das öffentliche Gesundheitssystem (Eytan A.L.Toscani, et al., 2006). Dasselbe gilt für unbehandelte Depressionen, Hoffnungslosigkeit, Selbstmordgedanken oder andere Symptome wie Schlafstörungen, die als mögliche Faktoren bei der Entstehung physischer Gesundheitsprobleme wie z.B. Herzkrankheiten gelten. Neben dem individuellen Leid bergen unbehandelte psychische Störungen daher hohe Risiken und langfristige gesellschaftliche Kosten.

Das kosovarische Gesundheitswesen kann der derzeitigen Fallzahl psychischer Störungen kaum gerecht werden, ganz zu schweigen von einer zusätzlichen Last durch schwer traumatisierte Kinder und Erwachsene, die dringend psychosoziale Hilfe benötigen. Solange zurückgeführte Kinder keinen Zugang zu sozialer Unterstützung und kindgerechter Behandlung haben und weiterhin äußeren Belastungsfaktoren ausgesetzt sind, ist es gut möglich, dass sich ihr dramatischer psychischer Gesundheitszustand in den kommenden Jahren weiter verschlechtert.

6

EMPFEHLUNGEN

Das Kindeswohl als entscheidenden Faktor ernstnehmen

Die Europäische Union und ihre Mitgliedsstaaten haben sich zur innen- und außenpolitischen Förderung und Achtung von Kinderrechten verpflichtet. Daraus folgt, dass bei allen Entscheidungen über Rückführungen, von denen auch Kinder betroffen sind, das Kindeswohl im Mittelpunkt stehen muss.

Die Bedürfnisse eines jeden Kindes sind einzigartig. Kinder müssen als Individuen von eigenem Wert und nicht als „Anhängsel“ von Erwachsenen behandelt werden.

Die Bestimmung dessen, was im Einzelfall das Kindeswohl ausmacht, kann nur durch eine individuelle Betrachtung der persönlichen Situation unter Achtung des Blickwinkels, der Identität und des Zugehörigkeitsgefühls eines jeden Kindes erfolgen. Diese individuelle Betrachtung muss vor dem Hintergrund stattfinden, dass jedes Kind außerdem ein Recht auf Bildung, Gesundheitsversorgung und angemessene Lebensumstände hat.

Berücksichtigung der gesundheitlichen Bedürfnisse von Kindern in migrationspolitischen Überlegungen

Kein Kind darf zurückgeführt werden, wenn seine Gesundheit Schaden nimmt und seine gute körperliche und seelische Entwicklung nicht sichergestellt sind.

Zur Beachtung des Kindeswohls gehört auch eine besondere Berücksichtigung der gesundheitlichen und seelischen Bedürfnisse von Kindern. Gesundheit ist eine grundlegende Voraussetzung für die Ausübung aller Kinderrechte und muss Vorrang vor migrationspolitischen, rechtlichen und anderen Überlegungen haben.

Entscheidungen und Verfahren, von denen Migrantenkinder betroffen sind, sollten auf den Prüfstand gestellt und daraufhin begutachtet werden, wie sie sich auf die seelische Gesundheit von Kindern und deren Entwicklung auswirken. Entscheidungen über Rückführungen sollten nur nach einer umfassenden Bewertung möglicher psychosozialer Auswirkungen durch unabhängige Experten vorgenommen werden.

Dabei müssen sowohl der aktuelle seelische Gesundheitszustand eines Kindes, seiner Familie und sein soziales Umfeld sowie individuelle Risikofaktoren in Betracht gezogen werden. Dazu gehört neben der tatsächlichen Zugänglichkeit von kindgerechter ärztlicher und sozialer Unterstützung auch die Möglichkeit der sozialen Integration nach der Rückführung.

Das Erlebnis der Rückführung oder Abschiebung birgt immer Risiken einer traumatischen Erfahrung in sich, die mit erheblichem Gewicht ebenfalls in die Überlegungen einfließen müssen.

Zugang zu kindgerechter psychologischer und psychiatrischer Versorgung sicherstellen

Rückführungen sind für Kinder und deren Familien ein potentiell traumatischer und schädlicher Vorgang und stellen daher einen realen Risikofaktor für psychische Erkrankungen oder die Verschlechterung schon bestehender Krankheitsbilder bei Kindern dar.

Die Behörden im Kosovo müssen daher sicherstellen, dass rückgeführte Kinder und ihre Eltern unkomplizierten und ungehinderten Zugang zur psychiatrischen Gesundheitsversorgung haben. Sie müssen Zugangshürden einschließlich der Notwendigkeit von Selbstzahlungen und Diskriminierung beseitigen. Um Stigmatisierung und mangelnde Kenntnis eigener Rechte zu überwinden, sind Informationskampagnen und gezielte Maßnahmen für Rückgeführte nötig.

Derzeit kann das kosovarische Gesundheitssystem den medizinischen Bedürfnissen kaum gerecht werden. Daher müssen geplante Reformen und finanzielle Mittel für die gesundheitliche Versorgung Rückgeführter ebenso wie die vom Gesundheitsministerium vorgesehenen Maßnahmen zum Ausbau des psychiatrischen Gesundheitssystems für Kinder und Erwachsene vorrangig behandelt und umgesetzt werden. Das kosovarische Gesundheitssystem muss ausgebaut werden, um Unterstützungsleistungen nicht nur im klinischen Rahmen, sondern auch in Schulen, der Familie und auf der Gemeindeebene anbieten zu können.

Um den besonderen Bedürfnissen von Kindern mit psychischen Gesundheitsproblemen gerecht zu werden, wird ferner ein gezieltes und dauerhaftes Engagement von Gebernationen und privaten Geldgebern erforderlich sein. Der Aufbau der nötigen institutionellen und fachlichen Kapazitäten des kosovarischen Gesundheitssystems erfordert Zeit, Geld und Fachwissen.

Reintegrationsprogramme auf die Bedürfnisse von Kindern ausrichten

Rückgeführte Kinder benötigen eine leicht zugängliche und traumagerechte psychiatrische Gesundheitsversorgung sowie soziale und rechtliche Unterstützung. Außerdem müssen Reintegrationsprogramme kinderspezifische Bedürfnisse starker berücksichtigen und ein größeres Augenmerk auf ein tragfähiges soziales Umfeld legen.

Ein umfassender und interdisziplinärer Ansatz ist dringend nötig um Stressfaktoren, die sich negativ auf den psychischen und physischen Gesundheitszustand der Kinder auswirken, abzubauen. Der Kosovoreintegrationsfonds und die zuständigen Behörden auf der Regierungs- und Gemeindeebene müssen mehr tun, um Probleme bei der Wohnungssuche, Beschäftigung oder in den Schulen zu lösen.

Ein modernes Fallmanagement, das in der Lage ist, die Bedürfnisse von Rückkehrern zu erkennen, Dienstleistungen verschiedener Träger zu koordinieren, und Fortschritte zu überwachen, ist am besten geeignet, um ein solches am Kind orientiertes Unterstützungssystem zu steuern.

Migrationsdebatte stärker am Kind orientieren

Angesichts der wachsenden Zahl von Migrantenkidern, des Fehlens an kinderspezifischen Migrationsdaten und der hier vorgestellten alarmierenden Forschungsergebnisse, ist es offensichtlich, dass weitere Untersuchungen zur Wechselwirkung zwischen Migrations- und Rückführungspolitik sowie den dazugehörigen Verfahren einerseits und dem Wohlbefinden von Kindern andererseits unternommen werden müssen.

Die bereits begonnene Debatte über die Folgen, Risiken und Chancen der Migration muss, auf Fakten basierend, stärker entlang den Vorgaben der Kinderrechtskonvention geführt werden.

Die Entwicklung länderspezifischer und weltweit wirksamer Unterstützungsmechanismen und reintegrationen politischer Massnahmen für rückgeführte Kinder erfordert daher zusätzliche empirische und vergleichende Daten und mehr Dialog zwischen Sende- und Aufnahmeländern. Derzeit kommt es aufgrund eines oft mangelhaften Informationsaustausches zwischen Sende- und Aufnahmeländern oftmals zu einer Unterversorgung von rückgeführten Kindern und deren Familien in den Bereichen Gesundheit, Bildung, Unterkunft und Integration – mit oft gravierenden und nicht mehr umkehrbaren Folgen, die ein Leben lang andauern.

Team

Thomas Wenzel ist Professor der Psychiatrie und arbeitet als Psychotherapeut in der Abteilung für Sozialpsychiatrie der Medizinischen Universität Wien. Er ist zudem Kovorsitzender der Sektion für psychologische Aspekte von Folter und Verfolgung beim Welt-Psychiatrieverband. Des Weiteren war er medizinischer Direktor beim International Rehabilitation Council for Torture Survivors (IRCT), ehemaliger Generalsekretär der International Academy of Law and Mental Health und Koordinator für das ARTIP-Projekt der EU. Er war aktiv an mehreren Hilfs- und Forschungsprojekten zur öffentlichen Gesundheit in Nachkriegsgebieten beteiligt und arbeitet in diesem Rahmen schwerpunktmäßig zum Kosovo.

Verena Knaus ist ein Gründungsmitglied der Europäischen Stabilitätsinitiative (ESI). Von 2001 bis 2004 leitete sie die Lessons Learned and Analysis Unit der UN-Verwaltung im Kosovo. Von 2004 bis 2007 koordinierte sie ESIs Türkeiprojekt und unterstützte Thinktanks im Kosovo, Mazedonien und Albanien. Verena war auch Teil des Teams, das die preisgekrönte Dokumentarfilmreihe „Balkan Express“ produzierte. Sie studierte in Oxford und an der John Hopkins University, ist Yale World Fellow, Young Global Leader und Koautorin des „Kosovo Bradt Guide“, dem ersten Reiseführer für Kosovo in englischer Sprache. 2010 verfasste sie zusammen mit Peter Widmann einen UNICEF-Bericht zu den Lebensumständen rückgeführter Roma-, Ahskali- und Ägypterkinder mit dem Titel „Integration unter Vorbehalt“, dem 2011 der Bericht „Abgeschoben und vergessen“ folgte. Anfang 2012 wurde sie leitende politische Beraterin bei UNICEF in Brüssel.

Fried Didden leitet die Kosovo Health Foundation in Prishtina. In den vergangenen elf Jahren arbeitete er zur Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens des Kosovos mit Schwerpunkt auf der psychischen Gesundheitsfürsorge. Er ist beurkundeter psychotherapeutischer Krankenpfleger, examinierter Krankenpflegerausbilder und schloss sein Studium mit einem Master in Sozialwissenschaften an der Universität von Amsterdam ab.

Mirjam Palsma machte ihren Master in Science in International Primary Health Care am University College von London. Mirjam stammt ursprünglich aus den Niederlanden und arbeitet seit mehr als zehn Jahren zu Reformen des Gesundheitssektors im Kosovo. Der Schwerpunkt ihrer Arbeit bei der Kosovo Health Foundation liegt auf der Reform und Weiterentwicklung der psychischen Gesundheitsfürsorge. Sie ist von Beruf Krankenpflegerin und examinierte Krankenpflegerausbilderin.

Blerta Salihaj studierte Medizin an der Universität Prishtina und absolviert derzeit eine Facharztausbildung für Neurologie in Deutschland. Als Forschungsassistentin nahm sie teil an der Entwicklung, Planung und Durchführung dieser Studie, mit besonderer Verantwortung für die Erfassung und Verarbeitung der gesammelten Daten.

Gabriel Diaconu ist Psychiater am Life Memorial Hospital in Bukarest. Nach seinem Postdoktorat in Suizidologie im Rahmen eines gemeinsamen Programms der kanadischen Regierung an der Universität von Quebec in Montreal und der McGill Universität im Jahr 2008 war er beigeordneter Ermittler der McGill Gruppe für Selbstmordstudien am Douglas Hospital in Montreal. Seine Interessenschwerpunkte sind suizidales Verhalten, schwere Depressionen und durch posttraumatischen Stress bedingte Störungen. Seit 2008 führt er Untersuchungen im Kosovo durch und nimmt derzeit an Befragungen kosovarischer Kriegsveteranen teil.

Hanna Kienzler promovierte in kultureller und medizinischer Anthropologie an den Fakultäten für Anthropologie und medizinische Soziologie der McGill Universität in Montreal. Derzeit ist sie Postdoctoral Fellow in der Abteilung für Psychiatrie und der psychosozialen Forschungsabteilung des Douglas Mental Health University Institute an der McGill Universität. Dr. Kienzlers akademisches Interesse gilt v.a. dem Gebiet der globalen Gesundheit in Verbindung mit organisierter Gewalt, ethnischen Konflikten und komplexen Katastrophen und deren Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. Sie unternimmt ethnographische Studien zu den Auswirkungen von Krieg und Trauma im Kosovo und eine vergleichende Untersuchung zu humanitärer Hilfe und psychosozialen Interventionen im Kosovo und dem Nahen Osten.

Mimoza Shahini studierte Medizin an der Universität Tirana, machte einen Master im Bereich Kindergesundheit an der Universität Prishtina und absolvierte ein Doktoratsstudium in Verhaltensforschung an der Universität Wien. Sie praktiziert derzeit als Kinderpsychiaterin in Prishtina. Sie ist in verschiedenen internationalen Forschungsprojekten involviert. Zu ihren wichtigsten Projekten gehört unter anderem ihre Mitarbeit an einer Studie zu PTBS von Kriegsveteranen, die in Zusammenarbeit mit den Medizinischen Universitäten in Rijeka und Wien erstellt wurde. Weiters konzentriert sich ihre Forschungsarbeit auf an Schizophrenie leidende Elternteile und die Auswirkung der Krankheit auf die Lebensqualität und mentale Gesundheit dieser Familien und Kinder.

Literatur

- Agani, F., Landau, J., & Agani, N. (2010). Community-building before, during, and after times of trauma: the application of the LINC model of community resilience in Kosovo. *The American journal of orthopsychiatry*, 80(1), 143-149.
- Ahern, J., Galea, S., Fernandez, W. G., Koci, B., Waldman, R., & Vlahov, D. (2004). Gender, social support, and posttraumatic stress in postwar Kosovo. [Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(11), 762-770.
- Eytan, A., Guthmiller, A., Durieux-Paillard, S., Loutan, L., & Gex-Fabry, M. (2011). Mental and physical health of Kosovar Albanians in their place of origin: a post-war 6-year follow-up study. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 46(10), 953-963.
- Hepp, U., Gamma, A., Milos, G., Eich, D., Ajdacic-Gross, V., Rossler, W., et al. (2006). Prevalence of exposure to potentially traumatic events and PTSD. The Zurich Cohort Study. [Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256(3), 151-158.
- Klaric, M. T., Franciskovic, et al (2008). Psychological problems in children of war veterans with posttraumatic stress disorder in Bosnia and Herzegovina: cross-sectional study. *Croatian medical journal* 49 (4), 491-498.
- Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2006). The relative contribution of posttraumatic and acculturative stress to subjective mental health among Bosnian refugees. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of clinical psychology*, 62(3), 339-353.
- Loeb J, Stettler E.M, Gavila T, Stein A., Chinitz S. (2011), The Child Behavior Checklist PTSD Scale: Screening for PTSD in Young Children with High Exposure to Trauma, *Journal of Traumatic Stress, Vol 24 (4)*, 430-434
- Lopes Cardozo, B., Vergara, A., Agani, F., & Gotway, C. A. (2000). Mental health, social functioning, and attitudes of Kosovar Albanians following the war in Kosovo. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 284(5), 569-577.
- Spitzer, C., Barnow, S., Volzke, H., John, U., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2008). Trauma and posttraumatic stress disorder in the elderly: findings from a German community study. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(5), 693-700.
- Vojvoda, D., S.M Weine, et al (2008). Post-traumatic stress disorder symptoms in Bosnian refugees 3.5 years after resettlement. *Journal of rehabilitation research and development*, 45 (3), 421-426.
- Vujanovic, A. A., Bonn-Miller, M. O., & Marlatt, G. A. (2011). Posttraumatic stress and alcohol use coping motives among a trauma-exposed community sample: the mediating role of non-judgmental acceptance. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.]. *Addictive behaviors*, 36(7), 707-712.
- Wittchen, H. U., Gloster, A., Beesdo, K., Schonfeld, S., & Perkonig, A. (2009). Posttraumatic stress disorder: diagnostic and epidemiological perspectives. [Review]. *CNS spectrums*, 14(1 Suppl 1), 5-12.
- Zahilic, A., D.Zahilic, et al. (2008). Influence of posttraumatic stress disorder of the fathers on other family members. *Bosnian journal of basic medical sciences/Udruzenje basicnih mediciniskih znanosti* 8 (1), 20-26.

Fußnoten

- 1 Global Commission on International Migration, www.gcim.org.
- 2 Gesamtansatz für Migration und Mobilität, Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen (KOM (2011) 743), 18. November 2011, S. 2.
- 3 Diese Zahlen sind Schätzungen des EU-geförderten Clandestino-Projekts, zitiert in: Fundamental Rights of migrants in an irregular situation in the European Union, European Union Agency for Fundamental Rights, 2011.
- 4 Key EU Migratory Statistics, European Migration Network & Gesamtansatz für Migration und Mobilität, Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen KOM(2011) 743, 18. November 2011.
- 5 Key EU Migratory Statistics, European Migration Network (EMN), Juli 2010.
- 6 Key EU Migratory Statistics, European Migration Network (EMN), Juli 2011. Im Jahr 2010 waren von den insgesamt 501 Millionen Menschen in der EU-27 ca. 20,1 Millionen Bürger (4 Prozent der Gesamtbevölkerung) eines Nicht-EU-Landes.
- 7 OJ C 142 vom 14 Juni 2002, S. 23, zitiert in: Rat der Europäischen Union, 14673/02, Vorschlag für ein Rückkehraktionsprogramm, Brüssel, 25. November 2002.
- 8 Rat der Europäischen Union, 14673/02, Vorschlag für ein Rückkehraktionsprogramm, Brüssel, 25. November 2002.
- 9 Im selben Zusammenhang betonte die Mitteilung (2002)564 der Kommission über eine Gemeinschaftliche Rückführungspolitik für illegale Drittstaatenangehörige, dass „die Möglichkeit der zwangsweisen Rückführung ein wesentlicher Faktor dafür [ist], dass die Aufnahmepolitik nicht unterminiert wird und der Rechtsstaatlichkeit [...] Geltung verschafft wird.“ Mitteilung (2002)564 der Kommission an den Rat und an das europäische Parlament über eine Gemeinschaftspolitik zur Rückkehr illegal aufhältiger Personen, 14. Oktober 2002.
- 10 Das Stockholmer Programm – Ein offenes und sicheres Europa im Dienste und zum Schutz der Bürger, C 115/1, Amtsblatt der Europäischen Union, 4. Mai 2010, S. 30.
- 11 „Folglich ist die uneingeschränkte Achtung der Menschenrechte und Grundfreiheiten die natürliche Grundvoraussetzung einer europäischen Rückkehrpolitik.“ Als weitere rechtliche Instrumente werden die Europäische Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten von 1950, das Genfer Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge von 1951 sowie die Charta der Grundrechte der Europäischen Union erwähnt. Mitteilung der Kommission an den Rat und an das europäische Parlament über eine Gemeinschaftspolitik zur Rückkehr illegal aufhältiger Personen, KOM (2002)564, 14. Oktober 2002.
- 12 Rat der Europäischen Union, 14673/02, Vorschlag für ein Rückkehraktionsprogramm, Brüssel, 25. November 2002.
- 13 Richtlinie 2008/115/EC des Europäischen Parlaments und des Rates der Europäischen Union vom 16. Dezember 2008 über gemeinsame Standards und Verfahren in den Mitgliedstaaten für die Rückführung von illegalen Einwanderern aus Drittstaaten.
- 14 Richtlinie 2008/115/EC des Europäischen Parlaments und des Rates der Europäischen Union vom 16. Dezember 2008 über gemeinsame Standards und Verfahren in den Mitgliedstaaten für die Rückführung von illegalen Einwanderern aus Drittstaaten.
- 15 Artikel 5 der EU-Rückführungsrichtlinie über den „Grundsatz der Nichtzurückweisung, Wohl des Kindes, familiäre Bindungen und Gesundheitszustand“ hält ausdrücklich fest, dass die Mitgliedstaaten „bei der Umsetzung dieser Richtlinie [...] in gebührender Weise das Wohl des Kindes, die familiären Bindungen [und] den Gesundheitszustand der betreffenden Drittstaatsangehörigen [berücksichtigen] und den Grundsatz der Nichtzurückweisung einhalten.“ Richtlinie 2008/115/EC des Europäischen Parlaments und des Rates der Europäischen Union vom 16. Dezember 2008 über gemeinsame Standards und Verfahren in den Mitgliedstaaten für die Rückführung von illegalen Einwanderern aus Drittstaaten.
- 16 Der Europarat ruft seine Mitgliedsstaaten dazu auf, das „Prinzip der Einheit der Familie unter allen Umständen zu achten“, „Kinder sollten niemals von ihren Eltern getrennt werden“ und „eine Familie sollte nicht in das Herkunftsland zurückgeführt werden, wenn nicht alle Familienmitglieder zurückkehren können“, siehe *Gemeinsame Grundsätze über die Abschiebung irregulärer Einwanderer und abgelehnter Asylbewerber*, S. 4.
- 17 „Die Versammlung ist über die vorherrschende, ja ausschließliche Rolle von häufig mangelhaft ausgebildeten Polizei- und Sicherheitskräften bei Abschiebungen besorgt. Sie kann nur bedauern, dass in allen Phasen des Verfahrens kaum eine Einbeziehung psychosozialer Fachkräfte sowie von Anwälten, Richtern und Ärzten stattfindet.“ Siehe PACE, Recommendation 1547 on „Expulsion procedures in conformity with human rights and enforced with respect for safety and dignity“, Punkt 4, 2002.

- 18 PACE, Recommendation 1547 on „Expulsion procedures in conformity with human rights and enforced with respect for safety and dignity“, Punkt vi (h), 2002.
- 19 PACE, Recommendation 1547 on „Expulsion procedures in conformity with human rights and enforced with respect for safety and dignity“, Punkt vii (f), 2002.
- 20 Diese Prinzipienklärung von 2005 wurde unterzeichnet von: Amnesty International, Caritas Europa, Churches' Commission for Migrants in Europe, European Council for Refugees and Exiles, Human Rights Watch, Jesuit Refugee Service-Europe, Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants, Quaker Council for European Affairs, Save the Children, Cimade (Frankreich), Iglesia Evangelica Espanola, Federazione delle Chiese Evangeliche in Italia, Sensoa (Belgien). Common Principles on removal of irregular migrants and rejected asylum seekers.
- 21 Artikel 9(2) hält ausdrücklich fest, dass „die Mitgliedstaaten [...] die Abschiebung unter Berücksichtigung der besonderen Umstände des Einzelfalls um einen angemessenen Zeitraum aufschieben [können]“. Die Mitgliedsstaaten sollen insbesondere Richtlinie 2008/115/EC des Europäischen Parlaments und des Rates der Europäischen Union vom 16. Dezember 2008 über gemeinsame Standards und Verfahren in den Mitgliedstaaten für die Rückführung von illegalen Einwanderern aus Drittstaaten berücksichtigen.
- 22 PACE, Recommendation 1547 on „Expulsion procedures in conformity with human rights and enforced with respect for safety and dignity“, Punkt 5, 2002.
- 23 Verena Knaus, Peter Widmann e.a., „Integration unter Vorbehalt“ – Zur Situation von Kindern kosovarischer Roma, Ashkali und Ägypter in Deutschland und nach ihrer Rückführung in den Kosovo. Deutsches Komitee für UNICEF, Köln 2010.
- 24 Reintegration in Deutschland, Politische Entscheidungsträger, Programme, Akteure, AGEF.
- 25 Das gekappte Rettungsseil. Auswanderung, Familien und die Zukunft des Kosovos, European Stability Initiative, 2006.
- 26 Eine Duldung ist eine vorübergehende Aussetzung der Abschiebung. Gemäß §60a des Aufenthaltsgesetzes kann „die oberste Landesbehörde [...] aus völkerrechtlichen oder humanitären Gründen oder zur Wahrung politischer Interessen der Bundesrepublik Deutschland anordnen, dass die Abschiebung von Ausländern aus bestimmten Staaten oder von in sonstiger Weise bestimmten Ausländergruppen allgemein oder in bestimmte Staaten für längstens sechs Monate ausgesetzt wird.“ Mit 87.194 geduldeten Ausländern (Stand vom 31. Dezember 2010) ist Deutschland heute eines der europäischen Länder mit der höchsten Zahl „nicht-Abschiebbarer“.
- 27 Verena Knaus, Peter Widmann e.a., „Integration unter Vorbehalt“ – Zur Situation von Kindern kosovarischer Roma, Ashkali und Ägypter in Deutschland und nach ihrer Rückführung in den Kosovo. Deutsches Komitee für UNICEF, Köln 2010.
- 28 Ibid.
- 29 Nur eine Familie zog aufgrund der zu großen emotionalen Belastung während des Interviews ihre Einwilligung zurück.
- 30 Aufgrund der hohen Übereinstimmung zwischen den Eltern- und Kinderskalen wurde für die abschließende Analyse die Elternskala verwendet.
- 31 Der jüngst in der Region ermittelte Grenzwert von 2,06 diente zur Stellung einer Diagnose. Individuen mit einem höheren Wert leiden demnach an klinischer PTBS.
- 32 Verena Knaus, „Abgeschoben und vergessen – Zur Situation von Kindern aus Roma-, Ashkali- und Ägypter-Familien nach ihrer Rückführung in den Kosovo“. UNICEF Kosovo und das Deutsche Komitee für UNICEF, 2011.
- 33 Die gerundete Gesamtzahl von 224.350 geteilt durch 365 Tage ergibt für 2010 614 Rückführungen pro Tag. Siehe Eurostat: „Nach Ausweisung zurückgekehrte Drittstaatenangehörige“.
- 34 Man kann daher nur zwischen unfreiwilligen Rückkehrern, die zwangsweise ausgewiesen wurden und solchen, die von den Behörden unter Druck gesetzt wurden, das Land zu verlassen, und die keine legale Aufenthaltsmöglichkeit mehr sahen, unterscheiden. Siehe *Towards a better embeddedness? Monitoring assistance to involuntary returning migrants from Western countries*, Center for International Development Issues Nijmegen (CIDIN), a report prepared for the Mediation Agency for return by Marieke van Houte and Mireille de Koning, Januar 2008.
- 35 Im Rahmen der Studie stellten wir vier Fragen zum Themenkomplex der freiwilligen Ausreise: 1) aus welchem Grund wurde der Kosovo verlassen, 2) geschah dies freiwillig, 3) aus welchem Grund kam es zur Rückkehr und 4) geschah dies aus freiem Willen. 51 Prozent erklärten, den Kosovo wegen Armut und Arbeitslosigkeit verlassen zu haben, 19 Prozent taten dies, um vor dem Krieg zu fliehen und 15 Prozent aufgrund ethnischer Diskriminierung.
- 36 Kosovarisches Innenministerium, Reintegrationsfonds, Jahresbericht 2011.
- 37 Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Dr. Lukrezia Jochimsen, Petra Pau, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE – Drucksache 17/8049, 19. Dezember 2011. Die Ausländerbehörden von Karlsruhe und Bielefeld erfassten zwischen dem 1. Januar und dem 31. Oktober 2011 Fluganmeldungen für 842 Personen. Von diesen wurden jedoch nur 415 tatsächlich zurückgeführt (49 Prozent).
- 38 Um die Persönlichkeitsrechte und die Privatsphäre der in dieser Studie portraitierten Kinder und Personen zu wahren, wurden ihre Namen sowie die der genannten Orte von den Autoren geändert.
- 39 93,5 Prozent der 91 interviewten ausländischen Kinder sind in Deutschland geboren.
- 40 Von den 164 in der Studie erfassten Kindern zwischen 6 und 18 Jahren war ungefähr die Hälfte bereits geboren, als ihre Eltern den Kosovo verließen (43,9%). Die andere Hälfte sind Einwanderer der ersten Generation, die einige Zeit nach ihrer Geburt in den Kosovo zurückkehrten. Als Zusammenhang fällt auf, dass im Ausland geborene Kinder hauptsächlich aus Deutschland kamen (93,5% vs. 56,9% Österreich, $\chi^2 = 30,86$, $df = 1$, $p = 0,000$) und ethnisch nicht-albanischer Herkunft waren (78,3% vs. 55,6%, $\chi^2 = 9,6$, $df = 1$, $p = 0,002$). Von den in Österreich oder in Deutschland geborenen Kindern hatten fast drei Viertel mehr als 12 Jahre in ihrem Geburtsland verbracht (74,7%).

- 41 Die erste Ausgabe dieser Klassifikation wurde 1893 vom Internationalen Statistischen Institut unter dem Titel *International List of Causes of Death* (ICD) veröffentlicht. 1948 übernahm die neugegründete Weltgesundheitsorganisation die Verantwortung für die ICD. Die derzeitige *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10) wurde im Mai 1990 auf der 43. Weltgesundheitsversammlung verabschiedet und wird seit 1994 in den WHO-Mitgliedsstaaten verwendet.
- 42 Onlineversion der *International Classification of Diseases and Related Health Problems* der WHO: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F40-F48>.
- 43 http://www.ptsd.va.gov/public/understanding_ptsd/booklet.pdf
- 44 Wie jüngst in einer Studie mit vertriebenen bosnischen Frauen gezeigt wurde, hat sich der Bildungsgrad als gewichtiger Faktor zur Vorhersage der Schwere von PTBS-Symptomen erwiesen, (Schmidt M, N, Kravic, et al., 2008).
- 45 Der studienspezifische soziodemographische Fragebogen ermöglichte uns die Erfassung des subjektiven Erlebens der Rückkehr und gab uns Hinweise auf die jeweiligen Auswirkungen der Erfahrungen bei der Rückkehr und der Reintegration. Die Standardforschungsinstrumente (CBCL und Harvard Trauma Questionnaire) dienen der Erfassung von Zusammenhängen zwischen der Häufigkeit von Ereignissen, PTBS und anderen psychiatrischen Symptomen, aber sie können nicht mit hinreichender Gewissheit die jeweilige Bedeutung mehrerer individueller Ereignisse bestimmen. Die quantitative CAPS und das qualitative MINI fanden daher in einer durch hohe Grenzwerte beim Harvard Trauma Questionnaire und dem General Health Questionnaire identifizierten Untergruppe von Jugendlichen Anwendung, um die Wechselwirkung zwischen dem Erleben der Rückkehr und der Reintegration, PTBS und dem familiären Umfeld näher zu ergründen. Angesichts der geringen Größe der CAPS-Untergruppe verwenden wir die Ergebnisse nicht, doch deuten diese deutlich darauf hin, dass traumatische Erlebnisse bei der Rückkehr zu hohen PTBS-Raten beitragen.
- 46 Die Kinder wurden gebeten, ihre Rückkehr anhand einer Likert-Skala zu bewerten. Mögliche Antworten waren: „Schlimmstes Erlebnis meines Lebens“, „sehr schlimm“, „nicht so schlimm“ und „in Ordnung“.
- 47 Die Befragten wurden gebeten, ihre subjektive Erinnerung an die Rückführung auf einer Likert-Skala einzuordnen. Mögliche Antworten waren: „Schlimmstes Erlebnis meines Lebens“, „sehr schlimm“, „nicht so schlimm“ und „in Ordnung“. Dabei kamen zwei Vorgehensweisen zur Anwendung, (I) der Vergleich der Gruppe mit der Antwort „schlimmstes Erlebnis“ mit dem Rest und (II) der Vergleich der linken Seite der Skala (sehr schlimm oder schlimmstes Erlebnis) mit der rechten (nicht so schlimm oder in Ordnung). Ausgehend von der Rückführung als unabhängiger Variable führten wir Varianzanalysen zu verschiedenen Ergebnissen wie der psychischen Gesundheit (Depression, Angstzustände, psychosomatische Beschwerden) oder klinischen Krankheitsbildern wie PTBS durch. Ausgangspunkt für diesen hypothesengestützten Ansatz waren eindringliche Erlebniserechnungen Zurückgeführter.
- 48 $\chi^2 = 4,8$, $df = 1$, $p = 0,03$.
- 49 Chi-Quadrat Analysen mit exaktem Fisher-Test zeigten des Weiteren, dass zwangsweise Rückführungen in einem Zusammenhang mit dreifach erhöhten Raten von Angstzuständen (35% vs. 11,3%, $\chi^2 = 9,9$, $df = 1$, $p = 0,002$) und zweifach erhöhten Raten einer Rückzugs- und Depressionssymptomatik (41,7% vs. 18,9%, $\chi^2 = 8,2$, $df = 1$, $p = 0,004$) stehen.
- 50 22,3% vs. 3,8%, $\chi^2 = 8,9$, $df = 1$, $p = 0,002$.
- 51 41,7% vs. 13,2%, $\chi^2 = 13,1$, $df = 1$, $p = 0,002$. Dies geschah nicht in der Form aggressiven Verhaltens ($\chi^2 = 2,6$, $df = 1$, $p = 0,2$, NS) oder Regelverstößen ($\chi^2 = 2,2$, $df = 1$, $p = 0,2$, NS).
- 52 Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Dr. Lukrezia Jochimsen, Petra Pau, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE – Drucksache 17/8224, 19. Dezember 2011, Deutscher Bundestag.
- 53 Ein Viertel der von uns befragten Rückkehrer lebte in einem Haus ohne fließendes Wasser (23 Prozent) und ohne Grundmöblierung; 53 Prozent der Wohnungen hatten keine Heizung und 7 Prozent keinen Strom. 40 Prozent der Wohnungen hatten keinen Heißwasserboiler. Mangels eigener Wohnung kamen viele Familien bei Verwandten oder im weiteren Familienkreis unter. Jeder Zweite lebte in beengten Wohnverhältnissen mit bis zu 8 Familienmitgliedern.
- 54 Strategy for the Integration of Roma, Ashkali and Egyptian Communities in the Republic of Kosovo, 2009-2015, Dezember 2008, p.13, zitiert in „Integration unter Vorbehalt“, UNICEF 2010.
- 55 Von Januar bis Oktober 2010 unterstützte URA-2 276 Rückkehrer, darunter 171 zwangsweise Zurückgeführte. Zum Leistungsangebot dieses Rückkehrerprogramms zählen Beratungsdienste, Einmalzahlungen von 50 Euro, einmalige Medikamentenbeihilfen bis zu 75 Euro, Transportkosten, Zahlung einer bis zu sechsmonatige Mietbeihilfe von 100 Euro, einmalige Beihilfen beim Möbelkauf zwischen 300 und 600 Euro, eine bis zu sechsmonatige Beschäftigungsbeihilfe zwischen 100 und 150 Euro und in Ausnahmefällen auch einmalige Geschäftsgründungs- oder Ausbildungskostenbeihilfen. Reintegrationsprogramme wie URA-2 sind in erster Linie auf Erwachsene ausgerichtet. Quelle: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Dr. Lukrezia Jochimsen, Petra Pau, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE – Drucksache 17/8224, 19. Dezember 2011, Deutscher Bundestag, S. 32.

- 56 Der wichtige Zusammenhang zwischen Traumaheilung und der Abwesenheit äußerer oder sozialer Stressfaktoren wurde in mehreren neuen Untersuchungen bestätigt. Eine Studie zu Kriegstraumata und sozialen Stressfaktoren in Bosnien kam zu dem Schluss, dass durch eine Nachkriegssituation bedingte Belastungsfaktoren die Verbreitung von PTBS zwar nicht beeinflussen, jedoch die Intensität und die Zahl posttraumatischer Symptome steigern (Klaric M, B Klaric et al., 2007). Eine andere Studie wies neben der Rolle belastender Ereignisse in der Vergangenheit auf den engen Zusammenhang zwischen Selbstmordgedanken und sozialen Stressfaktoren in der Gegenwart hin (Wenzel, T. F. Rushiti, et al., 2009).
- 57 Verena Knaus, Peter Widmann e.a., „Integration unter Vorbehalt“ – Zur Situation von Kindern kosovarischer Roma, Ashkali und Ägypter in Deutschland und nach ihrer Rückführung in den Kosovo. Deutsches Komitee für UNICEF, Köln 2010.
- 58 Im Gegensatz dazu hatten rund 60 Prozent der Kinder eine Schule besucht, als sie noch in Deutschland oder Österreich lebten (60,4%).
- 59 Ein Drittel der im Ausland geborenen Kinder hatte keinen Freund des eigenen Geschlechts, um sich über Probleme auszutauschen und fast 60 Prozent hatten keinen Freund des anderen Geschlechts.
- 60 Für kosovarische Kinder, die nicht im Kosovo, sondern in ihrem Aufnahmeland geboren waren, stellte die Rückführung in 63 Prozent der Fälle das schlimmste Erlebnis ihres Lebens dar, verglichen mit einem Anteil von 30,2 Prozent bei der Vergleichsgruppe ($\chi^2 = 15,2\%$, $df = 2$, $p = 0,001$).
- 61 Im Ausland geborene oder hauptsächlich dort aufgewachsene Kinder hatten häufiger psychosomatische Beschwerden als von der CBCL DSM Sektion festgesetzt ($t = -2,4$, $df = 96$, $p = 0,02$).
- 62 Sayil, Canat, Akdur, et al., 2001, The Psychological Effects of Parental Mental Health on Children Experiencing Disaster: the experience of Bolu Earthquake in Turkey.
- 63 Antworten reichten von eigenem Erleben und Beobachten bis zum Hörensagen. Zu Beginn der statistischen Analyse beschloss das Team, das Erleben und Beobachten solcher Ereignisse in einer Kategorie und andere, weniger belastende Varianten wie das Hörensagen oder Gerüchte in einer anderen zusammenzufassen.
- 64 Klinitzke, G., Bohm, M., Brahler, E., & Weissflog, G. (2012). [Anxiety, Depression, Somatoform Symptoms and Posttraumatic Stress in the Offspring of Political Detainees in Eastern Germany (1945-1989)]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 62(1), 18-24.
- 65 http://www.ptsd.va.gov/public/understanding_ptsd/booklet.pdf
- 66 Der General Health Questionnaire (GHQ 28) ist das Standardforschungsinstrument zur Identifizierung Behandlungsbedürftiger, unabhängig von bestimmten Störungen wie PTBS.
- 67 CBCL-Diagnosen auf Grundlage des Elternfragebogens bei Kindern unter 14 Jahren ergaben, dass nahezu die Hälfte (46,8%) die Kriterien für mindestens eine DSM-gestützte Diagnose einer psychischen Krankheit erfüllte, v.a. affektive Störungen (62,5%), PTBS (62,5%) oder andere Angststörungen (45,8%), langsame kognitive Leistung (45,8%), OCD (31,3%), Verhaltensstörungen (19,2%), psychosomatische Störungen (18,8%) oder ADHD (16,7%).
- 68 Anmerkung: Wir haben diese Wertung verwendet, da in anderen Regionen bestimmte Grenzwerte nach Likert zu einer Inkohärenz der eingesetzten Skalen geführt hätten.
- 69 Strategjia e Shendetit Mendor te Kosoves 2008-2013, Gesundheitsministerium, Kosovo, Dezember 2007.
- 70 Strategjia e Shendetit Mendor te Kosoves 2008-2013, Gesundheitsministerium, Kosovo, Dezember 2007.
- 71 Prospectus Kosovo, Donors Conference Brussels, Belgium, 11. Juli 2008, European Commission/World Bank.
- 72 OECD Health Data 2011, Juni 2011, www.oecd.org.
- 73 OECD Health Data, siehe <http://www.oecd.org/health/healthdata> & World Bank World Development Indicators, letzte Aktualisierung am 16. Februar 2012.
- 74 Strategjia e Shendetit Mendor te Kosoves 2008-2013, Gesundheitsministerium, Kosovo, Dezember 2007.
- 75 Die Bevölkerungsdaten basieren auf den vorläufigen Ergebnissen der 2011 durchgeführten Volkszählung des kosovarischen Statistikamts und von der Kosovo Health Foundation zur Verfügung gestellten Zahlen.
- 76 *Health at a glance*, OECD-Indikatoren von 2009.
- 77 Laut den Volkszählungsdaten von 2011 liegt der Anteil unter 15-Jähriger bei 28 Prozent und der der unter 18-Jährigen bei rund 34 Prozent. Bei einer Wohnbevölkerung von 1.733.872 sind also rund 600.000 Kosovaren jünger als 18 Jahre.
- 78 Gemeinsame Grundsätze über die Abschiebung irregulärer Einwanderer und abgelehnter Asylbewerber, S. 2.
- 79 Ausschuss über Wirtschaftliche, Soziale und Kulturelle Rechte, 22. Sitzung, 2000, *General Comment No 14: The right to the highest attainable standard of health*.
- 80 Baseline Survey „Roma, Ashkali and Egyptians in Kosovo“, Kosovo Foundation for Open Society (KFOS), 2009.
- 81 Die 1.587 beim Reintegrationsbüro am Flughafen Prishtina registrierten Zurückgeführten verteilten sich v.a. auf diese fünf Gemeinden: Prishtina, Mitrovica, Peja, Gjilan und Ferizaj. Quelle: Innenministerium, Reintegrationsbüro.
- 82 Interview mit der Kinderpsychiaterin Dr. Mimoza Shahini.
- 83 Impact of Social Assistance Cash Benefit Scheme on Children in Kosovo, Report to UNICEF, Maastricht Graduate School of Governance, Franziska Gassmann and Keetie Roelen, Juli 2009. S. 2.
- 84 Prospectus Kosovo, Donors Conference Brussels, Belgium, 11. Juli 2008, European Commission/World Bank.
- 85 Mid-term Expenditure Framework 2012-2014, Finanzministerium, Kosovo.
- 86 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10).

United Nations Children's Fund – UNICEF
Ali Pashë Tepelena, Nr. 1
10000, Pristina, Kosovo
Tel. +381 38 249 230
Fax +381 38 249 234
prishtina@unicef.org
www.unicef.org/kosovo

