

Hrsg.: Annina Böhm-Fischer, Luzi Beyer

# TraM – Traumatisierte minderjährige Geflüchtete verstehen und unterstützen



Ergebnisse eines Interdisziplinären  
Entwicklungsprojekts

λογος



Hrsg.: Annina Böhm-Fischer, Luzi Beyer

# TraM – Traumatisierte minderjährige Geflüchtete verstehen und unterstützen

Ergebnisse eines Interdisziplinären  
Entwicklungsprojekts

Logos Verlag Berlin



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Copyright Logos Verlag Berlin GmbH 2023

Alle Rechte vorbehalten.

ISBN 978-3-8325-5610-5



Logos Verlag Berlin GmbH  
Georg-Knorr-Str. 4, Geb. 10,  
D-12681 Berlin  
Germany

Tel.: +49 (0)30 / 42 85 10 90  
Fax: +49 (0)30 / 42 85 10 92  
<http://www.logos-verlag.de>

Abschlussbericht des Projektes TraM – Traumatisierte minderjährige Geflüchtete verstehen und unterstützen: Entwicklung eines niedrighschwelligen Screening- und Unterstützungs-Portals als Grundlage eines umfassenden psychosozialen Diagnostikmodells

Verbundprojekt der Alice Salomon Hochschule Berlin (ASH), der Hochschule für Medien, Kommunikation und Wirtschaft (HMKW), der Rheinischen Fachhochschule und der Hochschule Niederrhein.

Gefördert durch das BMBF (Förderkennzeichen 13FH005SA7; Laufzeit 01.09.2019 – 31.12.2022)



Dimana Balcheva, Luzi Beyer, Annina Böhm-Fischer, Martina Braun, Laurin Epping, Silke Gahleitner, Lisa Große, Jarek Krajewski, Edwin Naroska, Sebastian Schnieder, Marcus Weberskirch



# Inhalt

<i>Das Projekt TraM und Zielsetzung des Projektes</i> .....	1
Die Zielgruppe des TraM Projektes .....	6
(Potentiell) traumatische Erlebnisse .....	10
<i>Künstliche Intelligenzen (KI) in Kontext von Selbst-Screening und Gesundheit</i> .....	13
<i>Funktionen der künstlichen Intelligenz (KI) innerhalb der TraM Health APP</i> .....	15
<i>Der Systementwicklungsprozess im TraM Projekt</i> .....	19
Anforderungsanalyse .....	20
Studie zur Evaluation des Peer-Beratungskonzeptes .....	22
Usability (UX) Studie .....	26
<i>Die Entwicklung der TraM App</i> .....	33
Rollenzentrierter Anwendungsentwurf .....	33
Übersicht der Teilkomponenten und Systementwurf .....	36
<i>Diagnostisches Fallverstehen mit jungen geflüchteten Menschen</i> .....	43
Ausgangssituation .....	43
Erstellung des zielgruppenspezifischen Diagnostikmodells – empirisches Vorgehen und zentrale Ergebnisse .....	44
Rahmenmodell „Diagnostisches Fallverstehen“ .....	49
Evaluation des zielgruppenspezifischen Diagnostikmodells – Implementierung und formative Evaluation .....	51
Zielgruppenspezifisches Diagnostikmodell .....	56
Zusammenfassende und weiterführende Gedanken .....	64

<i>Ethische, legale und soziale Implikationen (ELSI) bei der Verwendung von künstlicher Intelligenz in der Diagnose von vulnerablen Gruppen</i> .....	67
Erkenntnisse und Entwicklungen.....	68
Subjektive Sicherheit und Wahrgenommener Wert der TraM Health-App und der KI .....	70
<i>Fazit und Ausblick</i> .....	73
<i>Literaturverzeichnis</i> .....	75
<i>Weiterführende Informationen und Publikationen im TraM Projekt</i> .....	91

# Abbildungen

Abbildung 1: Übersicht der zur Projektbeginn geplanten vernetzten dreistufigen ganzheitlichen psychosozialen Lösungskonzeption zur Unterstützung (un-)begleiteter minderjähriger Geflüchteter .....	5
Abbildung 2: Trauma-Typen, eigene Abbildung nach (Herman, 2018).....	11
Abbildung 3: Ausschnitte der TraM Smartphone-App (eigene Darstellung).	20
Abbildung 4: Antworten auf die Frage “In einer App für geflüchtete Jugendliche wünsche ich mir Infos über folgende Themen”; Mehrfachauswahl möglich; N =52 (eigene Darstellung). .....	21
Abbildung 5: Bewertung des TraM Peer-Beratungskonzept auf einem siebenstufigen semantischen Differential (eigene Darstellung).....	25
Abbildung 6: Struktur der Anwendungslandschaft (eigene Darstellung).....	37
Abbildung 7: Rahmenmodell „Diagnostisches Fallverstehen“, eigene Abbildung (vgl. Heiner, 2013; Gahleitner et al., 2013). .....	50
Abbildung 8: Koordinaten psychosozialer Diagnostik und Intervention, Große et al., 2023, in Anlehnung an Pauls, 2013.....	51
Abbildung 9: Darstellung einzelner Piktogramme, aus Große et al., 2023. ...	52
Abbildung 10: Haltungs- und Handlungskompetenzen, aus Große, et al., 2023. ....	57
Abbildung 11: Rahmenmodell „Diagnostisches Fallverstehen“, aus Große, et al., 2023. ....	59
Abbildung 12: Stammdatenblatt Seite, aus Große, et al., 2023. ....	60
Abbildung 13: Stammdatenblatt Seite 2, aus Große et al., 2023. ....	62
Abbildung 14: Säulen der Lebenswirklichkeit, aus Große et al., 2023. ....	64
Abbildung 15: erwartet Zusammenhänge und Ebenen des Fragebogens „Subjektive Sicherheit bei der Nutzung der TraM App (eigene Abbildung). .....	71
Abbildung 16: Projektbeteiligte und zuständige Mitarbeiter*innen beim VDI, Foto vom Kick-off-Meeting 20.01.2020 .....	74



# Das Projekt TraM und Zielsetzung des Projektes

Luzi Beyer, Silke Gahleitner & Jarek Krajewski

Das Projekt TRAM kam vor dem Hintergrund zustande, dass in den vorangegangenen Jahren viele Menschen aus konflikthaften Regionen Zuflucht in Deutschland gesucht haben. Nicht selten haben sie kritische Lebensereignisse erlebt, die ein Verlassen des Ursprungslandes notwendig machten (UNHCR, 2016). Viele berichten zusätzlich von traumatisierenden Ereignissen auf der Flucht (Kleefeld & Meyeringh, 2017). Minderjährige unbegleitete wie begleitete Geflüchtete (MG bzw. UMA<sup>1</sup>) stellen dabei eine besonders vulnerable, jedoch andererseits hoffnungsvolle Zielgruppe dar (Möhrle, Dölitzsch, Fegert, & Keller, 2016; Walg, Fink, Großmeier, Temprano, & Hapfelmeier, 2016). Nicht alle Geflüchteten haben selbst traumatische Erfahrungen gemacht, aber alle sind auf irgendeine Weise mit schwierigen Lebensereignissen oder Traumata in Berührung gekommen (Baer & Frick-Baer, 2016; Fürst, 2016; Imm-Bazlen & Schmiege, 2016; Preitler, 2016; Schneck, 2017).

In Deutschland angekommen, brechen die Verletzungen häufig auf und gehen mit gesundheitlichen Risiken einher (Keilson, 1979). Eine Reihe internationaler Untersuchungen zeigt auf, dass psychosoziale Faktoren die wichtigsten Mediatoren zwischen psychischer wie körperlicher Gesundheit und materieller Benachteiligung darstellen (WHO, 2001). Diese Tatsache gilt insbesondere für geflüchtete Menschen mit vorangegangenen Verletzungen und Gewalterfahrungen (BAfF, 2017). Einerseits stellen MG daher eine Hochrisikogruppe für die Entwicklung psychosozialer Auffälligkeiten dar, andererseits führt adäquate Unterstützung nachweislich zu gelungenen Integrationsprozessen (Fegert, 2015; Macsenaere, Köck, & Hiller, 2018; Walg, Fink, Großmeier, Temprano, & Hapfelmeier, 2016).

---

<sup>1</sup> Entgegen dem von bundesministerieller Seite her (z.B. Bundesfamilienministerium, BMFSFJ, Bundesministerium für Gesundheit) seit November 2015 genutzten Term „unbegleitete minderjährige Ausländer“ (umA) und dem vom BAMF favorisierten Begriff „unbegleitete Minderjährige“ nutzen wir bewusst die im Forschungsfeld der Sozialen Arbeit gewählte Terminologie „minderjährige unbegleitete Geflüchtete“.

Die Belastungen und Traumata bleiben jedoch oft unerkannt. Für eine adäquate Lebensbewältigung im neuen Lebenskontext und die vielen daraus erwachsenden emotionalen, kognitiven und handlungsbezogenen Orientierungs-, Planungs-, Entscheidungs- und Reflexionsanforderungen (Keupp, 1997; 2012) werden daher gerade von dieser Gruppe Unterstützungsleistungen und Ressourcen benötigt, die – bei gelungener Hilfe zur Selbsthilfe – zu einer erfolgreichen Integration führen können (Gahleitner, Zimmermann, & Zito, 2017; Scherwath & Friedrich, 2012). Orientierungslosigkeit und unsicherer Aufenthalt bergen zusätzlich Gefahren von Exklusion und Belastung (Gahleitner & Golatka, 2016). Auch Eltern begleiteter MG benötigen Unterstützung, um in der Situation des Ankommens, der Neuorientierung und zahlreicher anderer Aufgaben ihren Kindern angemessene Hilfen verschaffen zu können (Lennertz, 2011; Reddemann, 2015).

Bislang existieren jedoch zu wenige unterstützende Strukturen, die die Anforderungen besonders schutzbedürftiger Geflüchteter berücksichtigen und eine sorgfältige und frühzeitige Identifizierung von Hinweisen auf Traumatisierungen oder Verhaltensauffälligkeiten sowie eine qualifizierte Intervention und Weiterleitung der Betroffenen an entsprechende Anlaufstellen erlauben. Die eingesetzten Fachkräfte vor Ort sind oftmals mit den vielfältigen damit einhergehenden Aufgaben und mangelhaften Strukturen allein gelassen und können daher keine optimale Hilfe leisten (Deutscher Caritasverband, 2016). Aktuelle Studien zufolge besteht ein hoher Bedarf an personellen Ressourcen, assistierenden Hilfsinstrumenten und psychosozialer Qualifizierung (Fegert, 2015; Macsenaere, Köck, & Hiller, 2018; Möhler, et al., 2015).

Nach der EU-Aufnahmerichtlinie müssen alle Aufnahmeländer die spezielle Situation schutzbedürftiger Personen berücksichtigen (EU 2013/33/EU, 2013). Neben der aufenthaltsrechtlichen Situation ist dabei zu prüfen, ob Ansprüche auf besondere Unterstützung bestehen. Das deutsche Gesundheitssystem wiederum ist nicht ausreichend auf eine angemessene Versorgung von psychisch erkrankten und traumatisierten Geflüchteten vorbereitet (GMK, 2015; Quindeau & Rauwald, 2016; Schneider, Bajbouj, & Heinz, 2017). Auch ist es nicht darauf vorberei-

tet, eine besondere Schutzbedürftigkeit zu erkennen, um dann entsprechende Versorgungsmaßnahmen einzuleiten (BAfF, 2017). In einigen Regionen wird daher bereits an erfolgreichen Modellprojekten zur Frühidentifizierung psychischer Auffälligkeiten sowie zur Unterstützung und Stabilisierung vulnerabler Geflüchteter gearbeitet. Hierzu zählen vielversprechende Ansätze, die den Fokus auf Qualifikation und Einsatz von Laienhelfer\*Innen (In2Balance, Düsseldorf, 2016) und Konzepte zur psychosozialen Ersthilfe in Erstaufnahmeeinrichtungen (Refugio München, 2016; HOPE, DRK Saarbrücken, 2017; START, 2017) setzen.

Zwar handelt sich bei den genannten Modellprojekten um vielversprechende Versuche, um der aktuellen defizitären Situation, Identifizierung und Unterstützung psychisch belasteter MG zu begegnen, jedoch ist der Bedarf aufgrund des jeweils „inselhaften“ Projektcharakters noch bei Weitem nicht gedeckt. Flächendeckend einzusetzende Standards, Richtlinien oder zumindest Empfehlungen dazu, dass und wie genau die psychische Verfassung von MG exploriert werden sollte, existieren derzeit nicht. Viele Mitarbeiter\*Innen und ehrenamtliche Helfer\*Innen aus Erstaufnahmeeinrichtungen, Gemeinschaftsunterkünften oder Notunterkünften aus den unterschiedlichsten Regionen der Bundesrepublik sind daher ständig auf der Suche nach Informationen zur Erkennung, Vermittlung und Unterstützung möglicherweise traumatisierter MG, weil vor Ort keine Strukturen, Vernetzungs- und Qualifizierungsmöglichkeiten und Instrumente bereitstehen (Sukale, et al., 2017). Dies gilt insbesondere für die Versorgung Minderjähriger.

Hinweise auf psychische Auffälligkeiten wahrzunehmen, qualifiziert zu intervenieren und die Betroffenen an entsprechend adäquate Anlaufstellen weiter zu vermitteln (Möhler, 2015) steht daher bei Einrichtungen der Flüchtlingshilfe im Fokus des Interesses. Hohe Fluktuationen der Geflüchteten in den Unterbringungseinrichtungen, fehlende Kompetenzen über psychosoziale Basisqualifikationen hinaus im Bereich der umstrittenen Laienhelfer\*Innen (David & Levartz, 2017) und mangelnde Dolmetscher\*Innenkompetenzen auf pädagogischer, kultureller und ethischer Ebene stellen aktuelle Screening- und Unterstützungspraktiken vor weitere Herausforderungen. Die frühzeitige Erkennung von

Hinweisen auf psychische Auffälligkeiten sowie die darauf basierende effiziente Weiterleitung in das Versorgungssystem zur psychischen Entlastung, Stabilisierung und Behandlung von MG wird daher massiv erschwert, so aktuelle Bestandsaufnahmen (BAfF, 2017; DGPPN, 2016; Walg, Fink, Großmeier, Temprano, & Hapfelmeier, 2016).

Nicht alle MG, die einer psychosozialen oder psychotherapeutischen Behandlung bedürfen, erhalten daher schnelle Face-to-Face-Hilfe in Deutschland. Erst recht haben diejenigen Menschen, die in den Krisen- und Kriegsgebieten oder in Flüchtlingslagern leben müssen, häufig keine Möglichkeit, psychosoziale oder psychotherapeutische Hilfe zu finden. Online-basierte Initiativen (vgl. die Websites: [refugeeum.eu](http://refugeeum.eu), Hamburg, 2016; [porta-refugees.de](http://porta-refugees.de), Ulm, 2017; das Forschungsprojekt: [HELP@APP](mailto:HELP@APP), Leipzig, 2017) stellen durch ihre Niedrigschwelligkeit und Ressourcenschonung (personal- und ortsungebunden) hier einen vielversprechenden Hilfsansatz dar.

Ihre Grenzen haben diese Hilfsansätze jedoch nach wie vor im Screening von Kindern und Jugendlichen, für die es schwer bis unmöglich ist, auf selbstbeschreibungsbasierten Skalen Symptome differenziert und präzise anzugeben. Zusätzlich fehlen Jugendlichen häufig Verständnis und Motivation, sich eigenständig und proaktiv mit störungsspezifischen Fragebögen auseinanderzusetzen. Ferner liegen die Einschränkungen der [HELP@APP](mailto:HELP@APP) in der nicht implementierten digitalen Interaktionsmöglichkeit, der Fokussierung auf Selbsthilfe sowie der Beschränkung auf syrische MigrantInnen.

Auch die Erfahrungen von psychosozialen Beratungsstellen (z.B. BAfF, 2017) zeigen, dass es stark vom individuellen Engagement, dem Personalschlüssel und der Qualifikation der Mitarbeiter\*Innen in den Einrichtungen abhängig ist, ob Hinweise auf besondere Belastungen und Bedarfe erkannt und weiterverfolgt werden. Es gibt gute Praxismodelle, sie erfahren jedoch häufig zu wenig Verbreitung. Zu einem multidimensionalen professionellen Umgang mit Multiproblemlagen in komplexen Systemen gehört nach Erkenntnissen der Sozialen Arbeit zudem eine anspruchsvolle interprofessionelle und mehrstufige biopsychosoziale Diagnostik, in die die biografische Situation und Lebenswelt sowie

rechtliche und soziale Rahmenbedingungen einbezogen werden (Gahleitner, Hahn, & Glemser, 2013; Gahleitner & Homfeldt, 2012; Gahleitner & Weiß, 2016). Von einem solchen Vorgehen ist die Praxis mit MG momentan noch weit entfernt.

Auf der Suche nach geeigneten Konzepten und Unterstützungsformen für MG sollte im vorliegende Projekt die innovative Entwicklung eines niedrigschwelligen und dennoch tragfähigen dreistufigen Screening-, Unterstützungs- und Diagnostikkonzeptes erfolgen. Die erste Stufe des Konzeptes beinhaltet eine Sensibilisierung von MG (mithilfe von adressat\*Innenengerechten interaktiven Inhalten) sowie eine begleitende (Früh-)Identifizierung von psychischen Auffälligkeiten mittels endgerät-gestützter Audio-Video-Analyse. Dieser Schritt sollte einen datenschutzrechtlich und ethisch geprüften, niedrigschwelligen Einstieg in Hilfsangebote sicherstellen (*Screening*). Die sich daran anschließend geplante zweite Stufe eröffnet den Geflüchteten eine Kontaktaufnahme im Peerbereich, die innerhalb einer Online-Plattform videochat-basiert beratende Unterstützungsleistungen anbietet sollte. Das Zusammenführen von Geflüchteten und geeigneten Peers, der anschließende Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen den Akteur\*Innen sowie die Darbietung von psychosozialen Hilfestellungen sollte eine zentrale Säule dieses Unterstützungsportals bilden (*Unterstützung*). Über das Portal sollte eine bedarfsgerechte Weiterleitung in das psychosoziale Versorgungssystem initiiert werden.

Querschnittsaufgabe AP0		
Screening AP1	Unterstützung AP2	Psychosoziale Diagnostik AP 3
<p>Niedrigschwellige Sensibilisierung der MG für das Thema</p> <p>(a) Kultursensible Selbsteinschätzungsskalen, die Hinweise auf Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen erfassen</p> <p>(b) Lokal ausgeführte KI-basierte Videoanalysen von Verhaltens- und Vitaldaten in einem spielerischen adressat*innengerechten Interaktionsszenario</p>	<p>Psychosoziales Multimodales Unterstützungsportal</p> <p>(a) Bedarfsgerechte Informationen, Kontaktvorschläge zu Peers/ Unterstützer*innen</p> <p>(b) Live-Videochat-Verbindungen</p> <p>(c) Handlungsempfehlungsbäume zu Versorgungsangeboten sowie Austauschmöglichkeiten durch Foren hinterlegt</p> <p>(d) Eine auf intelligenten Algorithmen basierende Suchmaschine</p>	<p>Psychosoziale diagnostische Versorgung</p> <p>(a) Entwicklung eines interprofessionellen, zielgruppenorientierten Best-Practice-Modells</p> <p>(b) Einbezug biografischer, lebensweltlicher, kultursensiblen rechtlicher Rahmenbedingungen</p> <p>(c) Passfähigere und effizientere Zuweisungen zu geeigneten Unterstützungsformen</p>

Abbildung 1: Übersicht der zur Projektbeginn geplanten vernetzten dreistufigen ganzheitlichen psychosozialen Lösungskonzeption zur Unterstützung (un-)begleiteter minderjähriger Geflüchteter

Auf Basis bereits in anderen Arbeitsfeldern bewährter biopsychosozialer Diagnostik-Modelle sollte dafür ein zielgruppenorientiertes Best-Practice-Modell erarbeitet werden, welches das Zusammenspiel zwischen personalen, interpersonalen, institutionellen und kulturellen (Rommelspacher, 2010) Dimensionen ausleuchten können soll. Entlang des Grundkonzepts des „Diagnostischen Fallverstehens“ (Heiner, 2013) sollte das Modell gemeinsam mit den Betroffenen und Praktiker\*Innen vor Ort empirisch basiert entwickelt werden und im Anschluss daran einsatzfertig vorliegen (*Diagnostik*).

## Die Zielgruppe des TraM Projektes

Lisa Große

Migration bezeichnet die Situation, wenn Menschen „für einen längeren oder unbegrenzten Zeitraum einen früheren Wohnort verlassen haben und in der Gegenwart in einem anderen Land als ihrem Herkunftsland leben“ (Hamburger, 2018, S. 19) Unterschieden werden kann das Verlassen in freiwillige und erzwungene Migration, auch wenn diese Unterscheidung der Komplexität der Lebensrealität häufig nicht gerecht wird (Scherr & Inan, 2017). Das Forschungsprojekt TraM nimmt vor allem geflüchtete junge Menschen in den Blick. Es markiert damit zunächst die Fluchtgründe, wie Verfolgung, Gewalt, Krieg, Zerstörung und Perspektivlosigkeit. Weltweit waren bis Ende 2021 rund 89,3 Millionen Menschen auf der Flucht, 42% davon waren Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren (UNHCR, 2022a). Für 2022 geht die UNHCR von über 100 Millionen Menschen aus (UNHCR, 2022b).

**Rechtlicher Status:** Zudem markiert Flucht einen rechtlichen Status. Rechte und Vereinbarungen zum Schutz geflüchteter Menschen gibt es sowohl auf nationaler wie *internationaler* Ebene: Die Genfer Flüchtlingskonvention (GFK) der Vereinten Nationen von 1951 zum Schutz politischer Verfolgter und die Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) zum Schutz der Menschen in der EU vor Folter oder unmenschlicher Behandlung (Artikel 3) sind hier zu nennen (Scherr & Inan, 2017). In den für alle europäischen Staaten bindenden Verfahrensregeln werden Minderjährige zu der Gruppe der besonders schutzbe-

dürftigen Personen gezählt. Minderjährige geflüchtete Menschen kommen vor ihrem 18. Lebensjahr nach Deutschland. Begleitete junge geflüchtete Menschen reisen – im Gegensatz zu unbegleiteten jungen Menschen - mit einer sorgeberechtigten oder verwandten erwachsenen Person ein. Das Kindeswohl soll in jedem Verfahrensschritt geschützt werden (Europäisches Parlament und Rat der Europäischen Union, 2013). Auch die UN-Kinderrechtskonvention (Artikel 22, Abs. 1 und 2 KRK) berücksichtigt den Schutz von geflüchteten Kindern und Jugendlichen. Auf *nationaler* Ebene ermöglicht das deutsche Asylrecht verschiedene Schutzstatus, die durch gesellschaftliche Diskurse wie die Darstellung der Fluchtgeschichte beeinflusst werden (Scherr & Scherschel, 2019): U. a. der Flüchtlingsstatus, der subsidiäre Schutz (§4 Abs. 1 AsylG) und das Abschiebungsverbot. Die rechtlichen Einteilungen gehen mit verschiedenen Berechtigungen u. a. bzgl. des Aufenthaltsstatus, Zugang zum Arbeitsmarkt und Familiennachzug einher (Frings, 2018; Öndül, 2018). Zusätzlich zu den asylbezogenen Gesetzbüchern gilt für alle Kinder und Jugendliche unabhängig von ihrem Rechtsstatus das SGB VIII.

**Zielgruppenspezifika:** Junge geflüchtete Menschen sind eine heterogene Gruppe. Dennoch lassen sich einige Spezifika skizzieren: Der (unsichere) *Aufenthaltsstatus* ist einer der zentralsten Stressoren für geflüchtete Menschen (Brandmaier & Ahrndt, 2012; Wenk-Ahanson & Schock, 2008). So zeigt die Untersuchung von Sourander (1998) bspw. auf, dass ein unsicherer Aufenthaltsstatus zu massiven psychischen und (psycho-) somatischen Beschwerden führt. Auch entsteht auf Basis unzureichender Informationen und intransparenten Entscheidungen ein Gefühl der Überforderung (Lechner & Huber, 2017). *Sprache* und fehlende Deutschkenntnisse haben zudem einen starken Einfluss auf Kontaktgestaltungs- und Teilhabemöglichkeiten im Alltag (Einkauf, Schulbesuch), aber auch am Ausbildungs- und Arbeitsmarkt (de Paiva Lareiro, Kinder und Jugendliche nach der Flucht: Lebenswelten von geflüchteten Familien in Deutschland (BAMF-Kurzanalyse 5 / 2019), 2019a; Steuber, 2019). Neben dem hohen Wunsch nach schnellem Erwerb der deutschen Sprache, fehlt es oft an Räumen für die eigene Muttersprache (Plutzer, 2016). Fehlende Sprachkenntnisse führen zudem zu Diskriminierungen, Herausforderungen und Missverständnissen

(BMFSFJ, 2017; de Paiva Lareiro, Kinder und Jugendliche nach der Flucht: Lebenswelten von geflüchteten Familien in Deutschland (BAMF-Kurzanalyse 5 / 2019), 2019a). Unterstützend kann hier Sprach- und Kulturmittlung sein. Fehlende Erfahrungen der Fachkräfte beim Einsatz mit Sprachmittler\*innen, fehlende Vor- und Nachgespräche sowie eine unzureichende Ausbildung von Sprachmittler\*innen können indes negative Folgen haben (Lechner & Huber, 2017).

In Deutschland angekommen dauert es im Schnitt 7,1 Monate, bis Jugendliche einen *Schulplatz* erhalten (Maurice & Will, 2021). Ein langer Zeitraum, da Schule auch ein Ort zur Herstellung von Tagesstruktur und Peerkontakten ist (Lechner & Huber, 2017). Die jungen Menschen besuchen dabei Regel- oder Sonderklassen. Letztere legt den Fokus auf Deutschunterricht. Welche Form der Schule oder welche Klassenstufe in Betracht kommt, wird vom Wissensstand und den Deutschkenntnissen der jungen Menschen als auch von strukturellen Gegebenheiten des Bundeslandes beeinflusst. Die Qualität und Art der *Wohnverhältnisse* ist abhängig vom begleiteten und unbegleiteten Ankommen, dem Bundesland und der Aufenthaltsdauer. Unbegleitete minderjährige geflüchtete Menschen werden in einem einheitlichen Verfahren den Jugendhilfeeinrichtungen zugeteilt (§ 42b SGB VIII). Begleitete junge geflüchtete Menschen wiederum kommen mit ihren Familien zunächst in Not- und Gemeinschaftsunterkünften, als auch Erstaufnahmeeinrichtungen unter (Lechner & Huber, 2017). Die Situation vor Ort ist häufig prekär (bspw. wenig Privatsphäre, Fehlen von geschlechtergetrennten Sanitärräumen) (Baier & Siegert, 2018; Rabe, 2018). Die Verpflichtung, in Gemeinschaftsunterkünften zu wohnen, endet oft erst mit Erhalt des Schutzstatus (§ 47 Abs. 1 AsylG) (Baier & Siegert, 2018). Die Wohnraumsuche hängt dann jedoch vom Wohnungsmarkt ab und ist durch strukturelle Rassismen tangiert.

*Soziale Kontakte* tragen zum Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen bei. Deren Fehlen macht sie erheblich verletzlich (Hoffnungsträger Stiftung, 2016). Für begleitete und unbegleitete minderjährige geflüchtete Menschen spielt die Familie die größte und wichtigste Rolle: Sie bietet Halt, Sicherheit und Orientierung und besteht kein Kontakt, ist die Belastung hoch (Lechner & Huber, 2017). Neben der Unterstützung kommt es jedoch auch zu Konflikten aufgrund der oftmals unsicheren

Aufenthaltssituation und der beengten Wohnsituation. Freundschaften wiederum brechen durch die Flucht ab oder können nur noch über digitale Möglichkeiten aufrechterhalten werden. Gleichzeitig gewinnen „soziale Beziehungen vor Ort an Bedeutung“ (Lechner & Huber, 2017, S. 76). Kontakte zu knüpfen wird für begleitete minderjährige geflüchtete Menschen jedoch durch sprachliche Barrieren, fehlende räumliche Rückzugsmöglichkeiten und häufige Ortswechsel erschwert (Berthold, 2014; Lechner & Huber, 2017). Auch wenn Freundschaften zu deutschen Jugendlichen als „Geste des Ankommens“ gedeutet werden können (Hoffnungsträger Stiftung, 2016, S. 46), bilden interethnische Freundschaften eher eine Seltenheit (de Paiva Lareiro, 2019b).

In einer Überblicksarbeit konnten Diekmann und Fereidooni (2019) zeigen, dass geflüchtete Menschen ein hohes Risiko haben, von *rassistischen Diskriminierungen* betroffen zu sein. Diskriminierung wird als „Verwendung von kategorialen, das heißt vermeintlich eindeutigen und trennscharfen Unterscheidungen zur Herstellung, Begründung und Rechtfertigung von Ungleichbehandlung mit der Folge gesellschaftlicher Benachteiligungen verstanden“ (Scherr, 2016). Über kulturelle (vgl. Neorassismus) oder äußerliche Merkmale erfahren bestimmte Gruppen Zuordnungen, Zuschreibungen und Abwertungen (Auma, 2017). Die Diskriminierungsformen – individuell, institutionell, strukturell bzw. gesellschaftlich – gehen dabei z. T. ineinander über. Die individuelle Herabsetzungspraktiken wie Ungleichbehandlung und Ausgrenzungen scheinen für sich wenig massiv. Durch ihre Kumulation jedoch entsteht eine Atmosphäre der Abwertung (Pierce, 1974). Die langfristige und regelmäßige Konfrontation mit ausgrenzenden Lebenswirklichkeiten, unabhängig von negativen Absichten, können massive Auswirkungen auf die Gesundheit haben (Yeboah, 2017): Rückzugstendenzen, Entwicklung von Depressionen, Angststörungen und traumatischen Reaktionen (Bryant-Davis & Ocampo, 2005; Carter R. T., 2007; Enge & Gahleitner, 2020). Betroffene reagieren unterschiedlich auf rassistische Erfahrungen: Bagatellisierung, Vermeidung, Enttäuschung, Wut und Ohnmachtsgefühle sind nur einige Beispiele (Lechner & Huber, 2017; Louw & Schwabe, 2020). Benötigt werden Informationen zu Be-

ratungsmöglichkeiten, aber auch die Kontextualisierung des eigenen Erlebens mit dem historischen, sozialpolitischen und gesellschaftlichen Kontext.

### (Potentiell) traumatische Erlebnisse

Junge geflüchtete Menschen sind eine besonders vulnerable Zielgruppe. Sie stehen zunächst vor dem „doppelten Übergang“ (Adam, 2009, S. 145), denn sie haben zeitgleich Akkulturationsprozesse und Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Zudem ist Krieg, Flucht, Bedrohung und Verlust „außergewöhnlich belastend und häufig auch traumatisierend“ (Andreatta, 2018, S. 76). Wie eine Befragung des BumF (Karpenstein & Rohleder, 2021) zeigt, betrifft Letzteres je nach Geschlecht zwischen 62 und 75 Prozent der unbegleiteten minderjährigen geflüchteten Menschen (Herrmann, Macsenaere, & Wennmann, 2018; Witt, Rassenhofer, Fegert, & Plener, 2015).

**Definition Trauma:** Trauma, verstanden als „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten“ (Fischer & Riedesser, 2020, S. 88) zeigt auf, dass das Ereignis (bspw. das Gewalterleben) die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Bewältigung drastisch übersteigt. Bekannt ist, dass durch menschliche Handlungen oder Unterlassungen verursachte tiefgreifender erschüttern als bspw. Naturkatastrophen. Die Schwere der Traumatisierung kann entlang dieser Gedanken und der Dauer der potentiell traumatischen Situation zwischen Typ-I und Typ-II-Trauma unterschieden werden (siehe Abbildung 2).

Symptome des Mono-Traumata (Typ-I) lassen sich vor allem durch Wiederleben des traumatischen Ereignisses (Alpträume, Flashbacks), Vermeidungsverhalten an Gedanken, Aktivitäten oder Erinnerungen, die mit dem traumatischen Ereignis in Verbindung stehen und einer andauernden Wahrnehmung erhöhter Gefahr beschreiben.

Insbesondere beim Trauma Typ-II, dem sogenannten Komplex-Trauma, kommen weitere Symptome hinzu: Tiefgreifende Probleme mit der Affektregulation, Schuld-, Scham- und Versagenserleben in Bezug auf das traumatische Ereignis und andauernde Schwierigkeiten in sozialen Beziehungen (Gysi, 2018).

	„Schicksalhaft“	„Durch Menschen gemacht“ (man made disaster)
<b>Typ - I Trauma</b> (kurzdauernd)	Bspw. Verkehrs/Arbeitsunfälle, Naturkatastrophen	Bspw. Vergewaltigung, körperliche Gewalt, Überfälle
<b>Typ - II Trauma</b> (langdauernd, wiederholt)	Bspw. langanhaltende Naturkatastrophen (Flut, Erdbeben)	Bspw. Wiederholte körperliche und/oder sexuelle Gewalt in der Kindheit, Folter

Abbildung 2: Trauma-Typen, eigene Abbildung nach (Herman, 2018)

Diesem Ausmaß der Traumatisierung und die damit einhergehenden Auswirkungen in die Lebensbereiche der Betroffenen wird nunmehr im ICD-11 Rechnung getragen.

**Trauma als Prozess:** Das Ausmaß der Traumatisierung hängt jedoch nicht nur von der Art des traumatischen Ereignisses ab, sondern explizit auch von den individuellen persönlichen und sozialen Schutz- und Risikofaktoren wie dem Entwicklungsstand zum Zeitpunkt des traumatischen Erlebnisses ab. Auch bisherige Bindungs- und Beziehungserfahrungen haben großen Einfluss auf die Fähigkeit zur angemessenen Bewältigung (Maercker, Heim, Hecker, & Thoma, 2017). Bindungserfahrungen werden in der (frühen) Kindheit mit Bezugspersonen gemacht. Sie wirken sich auf Beziehungsanforderungen, -möglichkeiten und -erwartungen in aktuellen Situationen aus. In diesem Zusammenhang wird deutlich, warum manche jungen geflüchteten Menschen an frühe positive Erfahrungen anknüpfen können und Hilfeprozesse eher gelingen, andere aber eher misstrauisch reagieren (Gahleitner, 2017): „entstehende psychopathologische Phänomene bei Kindern müssen [daher] auch nach Traumatisierungen als multimodales und multikausales Geschehen interpretiert werden“ (Adam, 2009, S. 141-143).

Das hier angesprochene prozessuale Verständnis von Trauma verdeutlichte bereits (Keilson, 1979). In der Langzeitforschung mit jüdischen

Wais\*innen konnte Keilson (1979) aufzeigen, dass Trauma nicht als singuläres Ereignis verstanden werden kann. Die erste Sequenz umfasst den Beginn der Bedrohung und Gewalt, die zweite Sequenz die Verfolgung und die Flucht selbst. Von besonderer Bedeutung für den Ankommensprozess in Deutschland ist die dritte Sequenz: Keilson (1979) konnte zeigen, dass das Ausmaß der Traumatisierung insbesondere von der Zeit nach der Verfolgung und Flucht und mit der Rückkehr in gesicherte Verhältnisse abhängt. Wirkte die Umgebung unterstützend, konnte der Intensität der Traumatisierung nachhaltig entgegengewirkt werden: „Die Bedeutung der dritten Sequenz liegt in der Qualität des Pflagemilieus, in seinem Vermögen, die Traumatisierungskette zu brechen und dadurch das Gesamtgeschehen zu mildern [...] resp. in seinem Unvermögen hierzu, wodurch die Gesamttraumatisierung verstärkt wird“ (Keilson, 1979, S. 430). Wie bereits deutlich wurde, kann jedoch gerade diese dritte Sequenz für junge geflüchtete Menschen besonders stressreich sein (u. a. unsicherer Aufenthalt und Einsamkeit, Lechner & Huber, 2017).

Aus trauma- und bindungstheoretischer Sicht ist daher die Vermittlung von Sicherheit und Einbindung in ein gutes soziales Netzwerk dringend geboten (Hargasser, 2016). Sicherheit drückt sich in Faktoren wie Unterkunft, Gesundheitsversorgung, Bildung und Sprachförderung, Kontaktmöglichkeiten zur Herkunftsfamilie, aber auch in konstanten Bezugspersonen aus (Bundesregierung, 2017). Gelungene Vertrauens- und Beziehungsprozesse ermöglichen, dem Misstrauen aus bisherigen zwischenmenschlichen Verletzungen entgegenzutreten, sich zu öffnen, Unterstützungsbedarf zu artikulieren und über diese Sicherheit, Herausforderungen zu bewältigen. Gleichzeitig gilt es zu bedenken: „Nicht jeder junge Flüchtling hat ein Trauma, nicht jedes Trauma muss behandelt werden und nicht jeder Flüchtling will auf sein Trauma als identitätsstiftendes und alles überschattendes Merkmal reduziert werden“ wie Dittmann und Müller (2013, S. 265) beschreiben. Für jene aber, bei denen erlebte traumatische Situationen zu erheblichen Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Gesundheit führen, ist es notwendig, ein fachkompetentes Gegenüber zu erleben, was Geschehenes und Aktuelles kontextualisiert und adäquate Interventionen fokussiert.

# **Künstliche Intelligenzen (KI) in Kontext von Selbst-Screening und Gesundheit**

Annina Böhm-Fischer

Digitale Gesundheit und KI-Anwendungen in der Medizin und Biologie sind weltweit auf dem Vormarsch. In diesem Zusammenhang wird der Begriff „Gesundheit 4.0“ mit dem Einsatz von Technologien und Prozessen verwendet, die die vierte industrielle Revolution im Gesundheitswesen definieren. In diesem Zeitalter des technologischen Fortschritts gibt es Webseiten, Apps, Wearables, in die Umwelt eingebetteter Sensoren, Fernüberwachungssysteme und zahlreiche Kommunikationstools (z. B. Chatbots) für schnelle und unkomplizierte Interaktion mit diversen Stakeholdern (Krankenkassen, Ärzte). Es gibt digitale Diagnosegeräte für eine optimalere Qualität in der Gesundheitsversorgung und sogar Roboterchirurgie (Duplaga & Jakubowski, 2022). Angesichts der weltweit steigenden Nachfrage nach skalierbaren, erschwinglichen und zugänglichen Lösungen für die Gesundheitsversorgung bietet der Einsatz von KI ein enormes Potenzial zur Verbesserung (Joerin, Rauws, Fulmer, & Black, 2020), denn die Gesellschaft erwartet auch zunehmend, dass die Qualität der Gesundheitsdienste steigt. Die digitale Medizin und die digitale Gesundheit ermöglichen eine schnellere Reaktion auf jede Situation und die aktuelle Welle der KI basiert zum Teil auf maschinellem Lernen (ML), Big Data, Datensätzen aus sozialen Medien und Algorithmen, die aus riesigen Mengen von Online-Nutzerdaten von Patienten oder gesunden Personen lernen können (Thomford, et al., 2020). Das Ziel ist, dass Gesundheitsdienste prädiktiv, präventiv, personalisiert und partizipativ werden.

Das übergreifende Thema in der digitalen Gesundheit und Medizin sind die riesigen Datenmengen, die beim Einsatz von KI entstehen. Von den verwendeten Technologien können nicht nur die Daten ausgewertet werden, die Patient\*innen manuell eingeben, sondern auch zahlreiche Daten, die beim Verwenden produziert werden. Eben diese Daten sind wertvoll, um die Diagnose, das Management und die Behandlung akuter und chronischer Krankheiten durch KI-gestützte Erfassung und Interpretation von Daten zu erleichtern (Duplaga, 2022). Diese Strategie wird sowohl die Fähigkeit verbessern, proaktiv einzugreifen, wenn es

angebracht ist, als auch die Belastung sowohl für den Patienten als auch für das Pflegepersonal verringern, wenn die Entscheidungen relativ einfach sind (Chang, 2020).

Im Februar 2020 veröffentlichte die Europäische Kommission deswegen ein Weißbuch über künstliche Intelligenz (European Commission, 2020). Darin werden Optionen zur Erleichterung einer sicheren und vertrauenswürdigen Entwicklung von KI dargelegt und die Gesundheit als einer ihrer wichtigsten Anwendungsbereiche betrachtet, denn KI-Nutzung im Kontext von Gesundheit geht einher mit Herausforderungen und Kompromissen bei Themen wie Datenschutz, Cybersicherheit, Genauigkeit und geistige Eigentumsrechte. Die Umsetzung im Gesundheitswesen ist besonders schwierig, denn sie erfordert eine sorgfältige Abwägung der Grundwerte, eine detaillierte Betrachtung der Nuancen von Gesundheits- und KI-Technologien und ein wachsames Auge auf den globalen Wettbewerb (Cohen, Evgeniou, Gerke, & Minssen, 2020).

## **Funktionen der künstlichen Intelligenz (KI) innerhalb der TraM Health APP**

Lisa Mühl & Aike Horstmann

Innerhalb der TraM Health App liefert ein Screening-Tool über eine KI-basierte Audioanalyse Hinweise auf eine mögliche posttraumatische Belastungsstörung.

Die Analyse soll lokal auf dem Smartphone des Nutzenden erfolgen. Bei dem Screening, welches Hinweise auf Unterstützungsbedarf ausgibt, handelt es sich um einen anonymen Selbsttest in arabischer Sprache. Werden Anzeichen für eine Traumatisierung festgestellt, kann auf Wunsch des oder der Jugendlichen direkt Kontakt zu Hilfsangeboten hergestellt werden. Der Mehrwert gegenüber bisherigen selbstberichts-basierten Ansätzen liegt in der niedrigschwelligen Erfassung erster Indikatoren für psychische Unregelmäßigkeiten (über speech-emotion-recognition).

Als Grundlage für das beschriebene Screening-Modul und die geplanten Algorithmen zur automatischen Klassifizierung wurden standardisierte Lerndaten benötigt. Da keine adäquaten Lerndaten arabischsprachiger Jugendliche öffentlich verfügbar waren, wurden die notwendigen Daten im Rahmen des Projekts erhoben. Die Datenerhebung war zunächst als Laborstudie konzipiert. Aufgrund der COVID-19-Pandemie musste die Erhebung jedoch Remote durchgeführt werden.

Zielgruppe der Studie waren junge Menschen zwischen 14 und 22 Jahren, die nach 2014 nach Deutschland geflüchtet sind, Arabisch als Muttersprache sprechen, über mindestens durchschnittliche Deutschkenntnisse verfügen, da die Kommunikation während der Erhebung auf deutsch erfolgte. Darüber hinaus durfte bei den Teilnehmenden keine diagnostizierte Depression vorliegen. Letzteres wurde aufgrund der hohen Komorbidität zwischen Depression und PTBS als Ausschlusskriterium festgelegt, um Störeinflüsse in den Audiodaten zu vermeiden. Des weiteren wurde ein ausreichendes Hör- und Sprachvermögen als Teilnahmebedingungen festgelegt, da die Teilnehmenden eine Reihe von Sprechaufgaben durchführen mussten, welche im weiteren Verlauf näher beschrieben werden. Um sicherzustellen, dass die Teilnehmenden

alle Einschlusskriterien erfüllen, mussten im Vorhinein ein Screening-Fragebogen beantwortet werden. Die Rekrutierung erfolgte in erster Linie über Vereine, Organisationen und Unterkünfte, die mit (minderjährigen) Geflüchteten arbeiten, sowie über Facebook-Gruppen, die sich an Geflüchtete richteten. Die potenziellen Teilnehmenden wurden im Rahmen der Rekrutierung über das TraM-Projekt, den Zweck sowie Ablauf der Befragung sowie über die Datenverarbeitung informiert. Alle Informationen waren in deutscher und arabischer Sprache verfügbar. Zusätzlich gab es für Eltern bzw. Erziehungsberechtigten ein separates Informationsblatt in arabischer Sprache. Von allen Studienteilnehmer\*innen bzw. deren Eltern oder Erziehungsberechtigten wurde eine schriftliche Einverständnis-erklärung eingeholt.

Die Datenerhebung umfasste zwei Teile. Zunächst wurden die Teilnehmenden gebeten einen Online-Fragebogen in deutscher Sprache über die Plattform LimeSurvey auszufüllen. Über den Fragebogen wurden soziodemographische Daten der Teilnehmenden, wie Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Anzahl der abgeschlossenen Schuljahre sowie Dauer des Aufenthalts in Deutschland erfasst. Darüber wurden die Teilnehmenden gebeten einige Angaben zu ihren Sprachkenntnissen zu machen, beispielsweise ob sie zweisprachig aufgewachsen sind und Hocharabisch und/oder einen arabischen Dialekt sprechen. Mit Hilfe kultursensibler Selbsteinschätzungsskalen wurde gemessen, inwieweit die Proband\*innen Anzeichen einer PTBS oder Depression zeigen.

Zur Erfassung von PTBS wurde die validierte deutsche Fassung des Reaction of Adolescents to Traumatic Stress (RATS) Fragebogen verwendet (Bean et al., 2006), ein Selbsteinschätzungsinstrument, welches genutzt wird, um einzuschätzen, ob bei Jugendlichen ein Risiko für die Entwicklung einer PTBS besteht (Bean, Derluyn, Eurelings-Bontekoe, Broekaert, & Spinhoven, 2006; Bean, Eurelings-Bontekoe, Derluyn, & Spinhoven, 2004). Der RATS wurde ausgewählt, weil es sich um ein zuverlässiges und gültiges Screening-Instrument handelt, das speziell für jugendliche Geflüchtete entwickelt wurde (Bean et al., 2004) und somit ideal für die beschriebene Studie geeignet war. Der Fragebogen besteht aus 22 Items, die auf einer 4-stufigen Skala von 1 = 'nicht sehr stark' bis 4 = 'sehr stark' bewertet werden. Die Items orientieren sich an

den PTBS-Diagnosekriterien B, C und D des DSM-IV und sind entsprechend in drei Cluster unterteilt: Wiedererleben (Kriterium B, Items 1-6), Vermeidungsverhalten (Kriterium C, Items 7-15) und Übererregbarkeit (Kriterium D, Items 16-22, Bean et al., 2006; Bean et al., 2004). Um einen Cut-off Score für das Training des Algorithmus zu berechnen, mussten die Daten transformiert werden. Insgesamt wurden die erhobenen Daten in vier Scores unterteilt, um den Schweregrad der Anzeichen für eine Traumatisierung zu bestimmen. Die Summenscores können schwere (10-13), mittelschwere (6-9), leichte (3-5) und minimale (0-2) Anzeichen einer Traumatisierung anzeigen (Bean et al., 2006). Der Mindestwert, der für eine Klassifizierung von Anzeichen einer PTBS im Rahmen des TraM-Algorithmus erforderlich ist, wurde auf 3 festgelegt.

Hinweise auf Depression wurde mit dem Beck Depression Inventory Fast-Screen (Beck, Steer, & Brown, 2000) erfasst, der die nicht-somatischen Symptome einer Major Depression auf der Grundlage der DSM-IV-Definition bei Jugendlichen und Erwachsenen misst (Poole, Bramwell, & Murphy, 2009). Der BDI-FS besteht aus sieben Items zu den kognitiven und affektiven Symptomen Traurigkeit, Verlust der Freude (Anhedonie), Selbstmordgedanken, Pessimismus, Versagen in der Vergangenheit, Selbstverachtung und Selbstkritik (Poole et al., 2009). Die Summenscores können schwere (10-21), mittelschwere (7-9), leichte (4-6) und minimale (0-3) Depressionen anzeigen (Poole et al., 2009).

Der zweite Part der Studie fokussierte sich auf Erhebung von Audiodaten und war ebenfalls in zwei Teile untergliedert. Zunächst wurden die Teilnehmenden gebeten zwölf verschiedene emotionsauslösende Bilder auf Arabisch für etwa 90 Sekunden zu beschreiben. Jeweils drei Bilder sollten entweder einen glücklichen, traurigen, ängstlichen oder neutralen Gefühlszustand hervorrufen. Nach jeder Beschreibung wurde der aktuelle Gefühlszustand des oder der Teilnehmenden auf einer zehnstufigen Likert-Skala (1 = 'überhaupt nicht' bis 10 = 'sehr stark') abgefragt. Es folgten freie Erzählungen von autobiografischen emotionalen Lebenssituationen, ebenfalls in arabischer Sprache. Hier wurden die Teilnehmenden gebeten, Situationen zu beschreiben, in denen sie sich je-

weils glücklich, traurig oder ängstlich fühlten. Auf jede emotionsauslösende Erzählung folgte eine freie Erzählung eines neutralen Ereignisses sowie eine Einschätzung des aktuellen emotionalen Zustands des oder der Teilnehmenden.

## **Der Systementwicklungsprozess im TraM Projekt**

Aike Horstmann, Lisa Mühl & Dimana Balcheva

Ein voraussichtlich hoher Anteil der minderjährigen Geflüchteten ist durch traumatische Erlebnisse und die Strapazen vor und/oder während der Flucht psychisch stark belastet (Baer & Frick-Baer, 2016; Fürst, 2016; Imm-Bazlen & Schmieg, 2016; Preitler, 2016; Schneck, 2017). Der Zugang zu dringend benötigter psychotherapeutischer Versorgung wird jedoch oft durch Hürden wie Sprachbarrieren und Stigmatisierungen erschwert (Bajbouj, 2016; Kletečka-Pulker & Parrag, 2018). Die Traumata der Betroffenen bleiben daher oft unerkannt, was wiederum schwerwiegende Gesundheitsprobleme nach sich ziehen kann, zum Beispiel durch sequentielle Traumatisierung (Keilson, 1979).

Gerade für diese Personengruppe besteht demnach ein hoher Bedarf an innovativen, niedrigschwelligen Formen der Unterstützung. Hier können digitale Anwendungen eingesetzt werden, um a) Hinweise auf eine potenzielle Traumatisierung zu erkennen, b) wertvolle Informationen bereitzustellen und c) niedrigschwellig einen ersten Kontakt zu Unterstützern herzustellen. Mit dem Ziel die zuvor beschriebene defizitäre Versorgungssituation der geflüchteten Minderjährigen zu verbessern, wurde im Rahmen des Projektes TraM eine einfach zugängliche, arabischsprachige Smartphone-App entwickelt (siehe Abbildung 3).

Um den Aufbau und die Funktionen der App möglichst zielgruppenorientiert zu gestalten, wurde zu Beginn des Projekts eine Anforderungsanalyse mit Personen der Zielgruppe durchgeführt. Im Projektverlauf wurde zudem eine Expert\*innenbefragung zur Evaluation von Peer-Beratungskonzepten allgemein und des TraM Peer-Beratungskonzept speziell durchgeführt.

Expert\*innen waren hierbei Personen, die ehrenamtlich oder beruflich in der Flüchtlingshilfe waren oder sind. Abschließend wurde eine erste Gesamtversion der App, welche alle angestrebten Funktionen integriert hat, im Rahmen einer aufwendigen Laborstudie durch eine der Zielgruppe ähnelnden Personengruppe unter anderem hinsichtlich Usability und User Experience sowie Nutzerakzeptanz und Funktionalität getestet und bewertet.

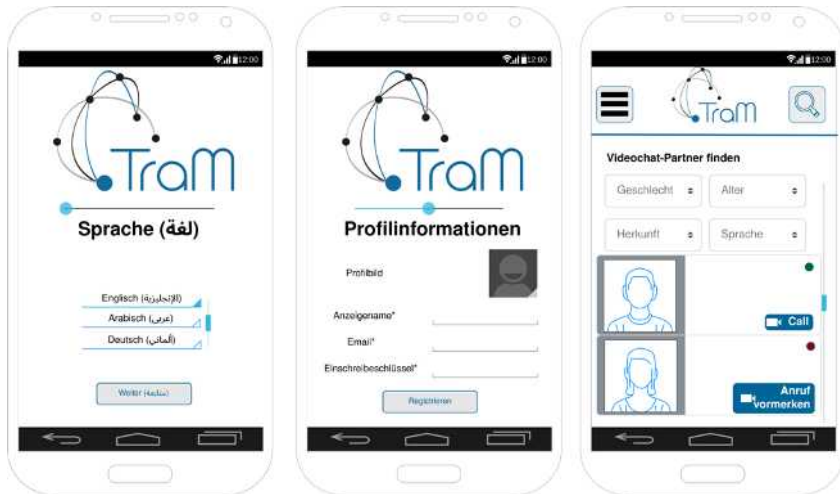


Abbildung 3: Ausschnitte der TraM Smartphone-App (eigene Darstellung).

Das methodische Vorgehen sowie die wichtigsten Erkenntnisse der drei Studien werden im Folgenden beschrieben und erläutert.

### Anforderungsanalyse

Im Rahmen der initial durchgeführten Anforderungsanalyse wurden 55 junge, arabischsprachige Personen (35 männlich, 20 weiblich;  $M = 20,2$  Jahre,  $SD = 3,2$  Jahre) mit Fluchthintergrund bezüglich ihres soziodemografischen und Migrationshintergrunds, ihrer Mediennutzung, ihrer Interessen und Hobbies, ihres Unterstützungsbedarfs sowie ihrer App- und Chat-Präferenzen befragt. Die Befragung fand in Form einer Onlinestudie statt.

Ein Großteil der Befragten gab an, mit den Eltern (41,8 %) oder anderen Verwandten (12,7 %) nach Deutschland gekommen zu sein. Ein ebenfalls großer Teil (41,8 %) berichtete jedoch, alleine angekommen zu sein. Die meisten sind aus Syrien geflüchtet (80 %), während sich der Rest auf Irak, Palästina, Marokko, Mauretanien und Ägypten verteilt. Bezüglich der Mediennutzung lässt sich zusammenfassen, dass Apps und Websites vorrangig zum Anschauen von Videos (76,4 %) und Fotos (69,1 %), Chatten (70,9 %) und Lesen (65,5 %) genutzt werden. Interessen und Hobbies umfassen vor allem Sport (81,8 %), Musik (70,9 %),

Serien, Filme oder Fernsehen (45,5 %) sowie Kochen und Backen (34,5 %).

Ein großer Teil der Befragten wünschte sich Unterstützung bei Problemen (81,8 %), vor allem bezüglich Schule und Ausbildung gefolgt von strukturellen und rechtlichen Themen (siehe Abbildung 4).

Die Mehrheit zeigte sich interessiert an einem Austausch mit Gleichaltrigen, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben (82,9 %), während das Interesse an psychologischer Beratung vergleichsweise gering ausfiel (51,2 %). Dennoch geben die meisten an, Chatrooms in der App für Beratung durch Experten (80,0 %) zu nutzen, gefolgt von Austausch mit Menschen aus der Heimat (73,5 %) und anderen geflüchteten Jugendlichen (59,4 %). Bezüglich des Chatformats, präferieren manche Text (20,0 %), andere Video (14,5 %). Ein Großteil hätte gerne beide Optionen zur Auswahl (34,5 %), während der Rest die Präferenz vom Thema abhängig macht (30,9 %).

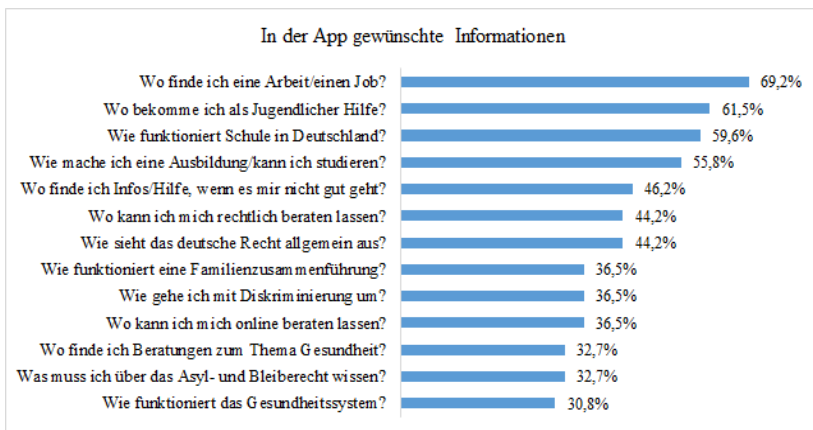


Abbildung 4: Antworten auf die Frage "In einer App für geflüchtete Jugendliche wünsche ich mir Infos über folgende Themen"; Mehrfachauswahl möglich; N = 52 (eigene Darstellung).

Konkret lässt sich aus den Ergebnissen der Anforderungsanalyse schließen, dass sowohl eine Text- als auch Video-basierte Chatfunktion zum Austausch mit möglichst gleichaltrigen, ebenfalls geflüchteten Personen

in die Smartphone-App gewünscht wird (Ansatz Peer-Beratungskonzept; siehe nächster Abschnitt). Zudem sollten Informationen zu den gewünschten Themen am besten mit Videos und Fotos in einfacher Sprache angeboten werden. Insgesamt zeigte sich ein hoher Bedarf an Unterstützung in diversen Bereichen bei Personen mit Fluchthintergrund, von denen ein großer Teil ohne familiäre Begleitung nach Deutschland gekommen ist. Dieser Bedarf kann potenziell durch die Entwicklung digitaler, niedrigschwelliger und zielgruppenorientierter Anwendungen adressiert werden kann. Die Ergebnisse unterstreichen somit die Relevanz des TraM Gesamtprojektvorhabens.

### Studie zur Evaluation des Peer-Beratungskonzeptes

Eine der primären Funktionen der TraM Smartphone-App ist die Möglichkeit zum Austausch mit Peer-Beratenden. Der Begriff Peer wird übersetzt zu eine Person, die gleichgestellt oder ebenbürtig ist (Hermes, 2006). Peer-Beratungskonzepte beinhalten daher die Beratung durch Menschen der gleichen sozialen Gruppe, mit ähnlichen Merkmalen oder in derselben Lebenssituation, wie z.B. aufgrund des gesellschaftlichen Status, Geschlechts, Alters, der sexuelle Orientierung, Nationalität, Ethnie oder in der Betroffenheit von einer Krankheit oder Behinderung (Westphal, Stroot, Lerche, & Wiethoff, 2014; Wöller, 2016). Durch die Gemeinsamkeiten sind die Peer-Beratenden vergleichbaren Problemstrukturen ausgesetzt (gewesen) und können darauf aufbauend anderen Betroffenen bei der Bewältigung unterstützen (Hermes, 2006). Im TraM-Kontext bedeutet dies primär, dass die Peer-Beratenden einen vergleichbaren Migrations- und Fluchthintergrund haben. Innerhalb der Smartphone-App sollen sie den minderjährigen Geflüchteten beratend per Online (Video-)Chat zur Seite stehen, indem sie zum Beispiel Erfahrungen teilen, Anlaufstelle für Probleme sowie Erfolge sind und bei Bedarf auf professionelle Unterstützungsangebote hinweisen.

Peer-Beratungskonzepte werden generell kontrovers diskutiert. Auf der einen Seite stellen sie durch spezifische Merkmale wie Betroffenheit, Parteilichkeit, Ganzheitlichkeit und Emanzipation (Hermes, 2006) eine wertvolle Ergänzung der psychosozialen Versorgungssysteme dar (Wöller, 2016). Ziel ist es primär Selbstvertrauen aufzubauen, sodass sich Betroffene in der Lage sehen, ihr Leben eigenständig zu gestalten,

Entscheidungen selbst zu treffen und Problemlösekompetenzen aufzubauen (Rösch, 1995). Durch den gemeinsamen Erfahrungshintergrund stellen die Peers für die Zielgruppe glaubwürdige Vorbilder dar, die eher Verhaltensänderungen bewirken können als außenstehende Personen (Wöller, 2016). Es wird angenommen, dass Peer-Beratende besser einschätzen können, welche Botschaften eher akzeptiert werden und wie man relevante Informationen vermitteln kann, wodurch sie leichter Barrieren und Hemmschwellen überwinden können als außenstehende Personen (Wöller, 2016). Auf der anderen Seite kann Kontakt zu Personen, die mehr Erfahrungen in der Problembewältigung aufweisen auch einschüchternd wirken und Ängste auslösen (Hermes, 2006). Gerade die Balance zwischen motivierender Nähe und notwendiger Distanz kann zum Problem werden (Müller-Lottes, 2001), insbesondere wenn Peer-Beratende ihre Fähigkeiten und Fachkenntnisse überschätzen und dadurch nicht in der Lage sind ernsthafte psychische Erkrankungen zu erkennen und die Betroffenen rechtzeitig in professionelle Strukturen zu vermitteln (Carter, 2005; Hermes, 2006).

Vor dem Hintergrund dieser Kontroverse und da es sich zudem bei der Zielgruppe der minderjährigen Geflüchteten um eine besonders sensible Personengruppe handelt, wurde im Rahmen des Peer-Datenbank-Aufbaus eine evaluative Onlinebefragung durchgeführt. Hierbei wurden Fachkräfte gebeten, Peer-Beratungskonzepte allgemein und das TraM Peer-Beratungskonzept im Speziellen zu bewerten. An der Befragung nahmen 34 Personen (29 weiblich, 5 männlich; Alter in Jahren:  $M = 36,9$ ,  $SD = 10,8$ ) teil, die entweder ehrenamtlich oder hauptberuflich in der Flüchtlingsarbeit tätig sind oder waren. Aktuelle Tätigkeiten der Stichprobe umfassten Beratung von Geflüchteten, Projektleitung, Koordination und Organisation, Alltagsbegleitung, Netzwerkarbeit, therapeutische Tätigkeiten, Schulungstätigkeiten sowie Sprach- und Nachhilfekurse.

Zunächst wurde der soziodemografische sowie fachspezifische Hintergrund (wie Ausbildung im psychosozialen Bereich, Rolle und aktuelle Tätigkeiten in der Einrichtung) abgefragt. Im ersten Evaluationsblock ging es nach Präsentation einer allgemeinen Definition von Peer-Bera-

tungskonzepten um die generelle Einstellung diesen gegenüber, Erfahrungen in der Anwendung und die Zustimmung zu verschiedenen Pro- und Contra-Aussagen. Zusätzliche Vorteile sowie Kritikpunkte an Peer-Beratungskonzepten allgemein konnten die Befragten über Textfelder frei eingeben. Der zweite Block beschäftigte sich mit dem speziellen TraM Peer-Beratungskonzept zur Beratung von minderjährigen Geflüchteten über die (Video-)Chatfunktion einer Smartphone-App. Nach Vorstellung des Konzepts wurde Erfahrungen in der Anwendung von und Einstellung gegenüber Peer-Beratungskonzepten im Fluchtbereich sowie das Interesse an eigener Beteiligung und Beteiligung der Einrichtung abgefragt. Letztlich wurde das Peer-Beratungskonzept im Projekt TraM allgemein und auf einem semantischen Differential (z.B. angemessen - unangemessen) bewertet. Zur qualitativen Analyse wurden Verbesserungsvorschläge, Anmerkungen, Kritikpunkte sowie der persönlich wichtigste Pro- und Contra-Aspekt des TraM Peer-Beratungskonzepts in Form von Freitexteingaben erfasst.

Dem Großteil der Befragten waren Peer-Beratungskonzepten bekannt (31 von 34) und viele hatten zudem bereits Erfahrungen in der Anwendung (19 von 34). Allgemein wurden Peer-Beratungskonzepte auch sehr positiv bewertet ( $M = 4,32$ ;  $SD = 0,59$ ; vierstufige Likert-Skala), wobei die positiven Aspekte “Vertrauensvoller Austausch wegen geteilter und ähnlicher Erfahrungen”, “Befähigung, sich mit Problemen und Sachverhalten aktiv und konstruktiv auseinanderzusetzen”, “Leichtere Gewöhnung an neue Lebensumstände” und “Betroffene lernen Hilfe zu suchen und anzunehmen” besonders hervorgehoben wurden (Zustimmung von vier oder höher auf fünfstufiger Likert-Skala). Äquivalent haben auf der negativen Seite die Aussagen “Nicht für alle Themen, Situationen oder Lebenslagen geeignet”, “Kein Ausgleich für Mangel an professionellen Angeboten”, “Unzureichende Qualifikationen von Peer-Beratenden” und “Potenzielle Belastung oder Re-Traumatisierung von Peer-Beratenden” am meisten Zustimmung erhalten. Die qualitative Auswertung der Freitexteingaben ergab, dass der Austausch auf Augenhöhe, der Erfahrungsschatz und die Niedrigschwelligkeit geschätzt werden, jedoch fehlende Qualifikation, negative Beeinflussung, Überforderung sowie Re-/Co-Traumatisierung der Peer-Beratenden als potenziell problematisch eingestuft werden.

Mit Peer-Beratungskonzepten im Fluchtbereich haben rund ein Drittel bereits Erfahrungen gemacht (9/34), wobei das TraM-Peer-Beratungskonzept im Vergleich zu Peer-Beratungskonzepten allgemein etwas kritischer bewertet wird ( $M = 3,82$ ;  $SD = 0,83$ ; vierstufige Likert-Skala). Interessant sind hierbei die Bewertungen des semantischen Differential, da das Konzept sowohl als interessant, wünschenswert und nützlich bewertet wird, als auch risikoreich, bedenklich und kompliziert (siehe Abbildung 5).

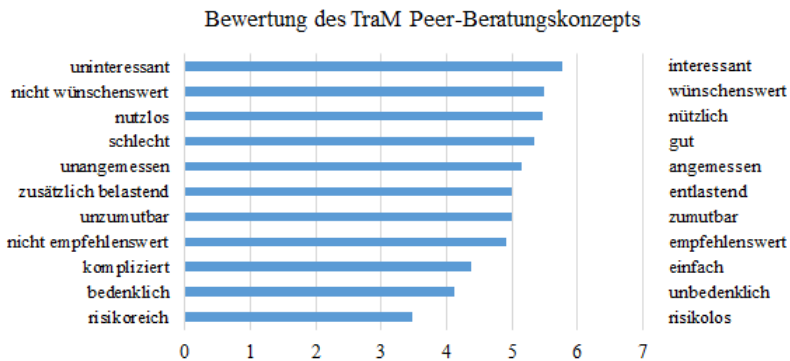


Abbildung 5: Bewertung des TraM Peer-Beratungskonzepts auf einem siebenstufigen semantischen Differential (eigene Darstellung).

Besonders hohe Zustimmung (vier oder höher auf fünfstufiger Likert-Skala) erhalten die Pro-Argumente “Ansprechpartner für Probleme, aber auch positive Erlebnisse”, “Gute Grundlage für Austausch durch ähnlichen Hintergrund”, “Online-Format erleichtert die Kontaktaufnahme”, “Motivation durch Kontakt mit gesellschaftlich integrierter Person” und “Ergänzung von multiperspektivischer, psychosozialer Unterstützung” sowie die Contra-Argumente “Kein Mittel um Versorgungslücken zu schließen” und “Potenzielle, zusätzlich Belastung der Peer-Beratenden mit Fluchterfahrung”. Die Ergebnisse der qualitativen Analyse ergeben, dass das TraM Peer-Beratungskonzept als vor allem niedrigschwellige (22/34) Ergänzung zu bestehenden Unterstützungsstrukturen (8734) gesehen wird, wobei vor allem die Identifikation und

der Austausch auf Augenhöhe (19/34) sowie die beidseitige aktive Partizipation (5/34) positiv hervorgehoben werden. Kritisch betrachtet werden vor allem Gefahren, die sich durch fehlende Qualifikation (12/34), Überforderung (11/34) und Re- oder Ko-Traumatisierung der Peer-Beratenden (7/34) ergeben. Zudem werden Bedenken wegen des Online-formats (z.B. fehlender persönlicher Kontakt; 12/34) sowie des Datenschutzes (5/34) geäußert und auf einen generellen Mangel an Personal (7/34) und Finanzierung (5/34) hingewiesen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Peer-Beratungskonzepte allgemein eine wünschenswerte, niedrigschwellige Ergänzung zu bestehenden Unterstützungsstrukturen, aber kein Ersatz für therapeutische Ansätze sind. Das TraM Peer-Beratungskonzept bringt aufgrund des speziellen Anwendungsfeldes besondere Vorteile sowie Herausforderungen mit sich. Aufgrund der Bedenken wegen des Online-Anwendungsfeldes (Datenschutz, fehlender persönlicher Kontakt) steigt die Relevanz eines sorgfältig ausgearbeiteten Datenschutzkonzepts sowie einer möglichst persönlichen Gestaltung der Online-Interaktion. Deutlich wird zudem, dass ein ausgereiftes Qualifikations- und Supervisionskonzept als Voraussetzung gesehen wird, um Überforderung, mangelnder Eignung und Traumatisierung vorzubeugen.

## Usability (UX) Studie

Unter dem Begriff Usability versteht man die Gebrauchstüchtigkeit eines Systems oder eines Produktes in einem bestimmten Nutzungskontext. Das Ausmaß der Gebrauchstüchtigkeit (Usability) wird evaluiert, indem NutzerInnen ein bestimmtes Ziel in einem vordefinierten Anwendungskontext erreichen. Die Usability-Evaluation basiert auf Richtlinien für Mensch-Maschine-Interaktion und beinhaltet eine Evaluation der Globalen Gütekriterien (EEZ) der Usability (Effektivität, Effizienz und Zufriedenheit) nach der ISO DIS 9241-11 (Bevan, Carter, & Harker, 2015).

Unter User Experience (UX) versteht man alle Erfahrungen, Gefühle und Gedanken, die beim Nutzen des Systems entstehen. Die Evaluation beschäftigt sich mit der Beurteilung der Nutzerfreundlichkeit der einzelnen Funktionalitäten. Es ist sinnvoll sowohl Usability als auch UX zu erfassen, da ein System sehr effektiv sein kann, aber dennoch über eine

geringe Nutzerfreundlichkeit verfügen kann. Dadurch kann die Nutzerakzeptanz verringert werden.

Die vorliegende Usability (UX) Evaluation wird durchgeführt, um die Bedienbarkeit sowie die Nutzerakzeptanz der TraM-App zu testen – z.B. wie agieren Nutzer\*Innen mit einer Software, welche Schwierigkeiten haben sie und welche Fehler werden gemacht. Auf diese Art und Weise kann ein System in die Praxis erfolgreich implementiert werden und die Nutzerzufriedenheit kann gesteigert werden. Bei mobilen Applikationen liegt der Fokus auf mögliche Probleme in der Benutzeroberfläche, die zu Frustration oder dem Beenden der Nutzung führen können. Deshalb ist die Nutzbarkeit ein wichtiger Faktor bei der Entwicklung eines Produktes.

Ein wichtiger Teil eines niederschweligen Angebots ist die Nutzbarkeit. Das Angebot soll ohne Probleme eingesetzt werden und als Hilfe, nicht als Hindernis angesehen werden. Um die Nutzbarkeit sicherzustellen, soll die Usability-Studie unter Laborbedingungen durchgeführt werden. Ein übergeordnetes Ziel des aktuellen Usability-Tests ist es die Häufigkeit und den Schweregrad der Usability-Probleme sowie die Nutzerzufriedenheit bei der Nutzung der TraM-App zu finden, um diese im Anschluss zu beheben und so die App nutzerfreundlicher gestalten zu können.

In der vorliegenden Studie sollen die Schwächen und Stärken der allgemeinen UI-Navigation und -Struktur herauskristallisiert werden. Dabei soll überprüft werden, ob die Menü-Architektur, die Bezeichnungen, Funktionsbeschreibungen sowie die Anweisungen verständlich sind. Des Weiteren soll untersucht werden, wie die wahrgenommene Benutzerfreundlichkeit der Nutzer\*Innen ist und welche Fehler und Probleme bei der Bedienung im Allgemeinen auftreten.

Zudem wird ein Funktionstest durchgeführt, um mögliche Bugs bei den einzelnen Funktionalitäten zu identifizieren und zu beheben.

*Stichprobe:* Die vorliegende Studie dient dazu, das Gesamtsystem zu evaluieren und anschließend in die Praxis zu implementieren. Daher soll die Stichprobe für die Datenerhebung aus Personen bestehen, die ent-

weder selbst zur Zielgruppe gehören oder möglichst nah an der Zielgruppe sind. Die Teilnahme Kriterien des Personenkreises der Datenerhebung sind daher wie folgt:

- Alter: 18-30 Jahre (weiches Kriterium, je nach Rekrutierungserfolg)
- Normale oder korrigierte Sehfähigkeit
- Normale Hör- und Sprachfähigkeit (keine Sprachfehler, keine Sprachstörung, z.B. Stottern oder Lispeln)
- Keine aktuellen Krankheitssymptome, welche die Stimme beeinflussen könnten (Schnupfen/Husten/Heiserkeit)
- Migrationshintergrund vorhanden
- Gewünscht: im Ausland geboren, jedoch nicht nötig
- Gute bis durchschnittliche Deutschkenntnisse (in Wort und Schrift für inhaltliches Verständnis der Instruktionen, da diese schriftlich und zum Teil nur auf Deutsch sind, sowie Interaktion mit Versuchsleitung)

Sowohl Unterstützungsportal als auch Screening-Modul richten sich nicht vorrangig an ein bestimmtes Geschlecht oder Gender. Deshalb werden alle Geschlechter in die Evaluation des Gesamtsystems miteinbezogen (m/w/d), wobei der Anteil der Geschlechter möglichst ausbalanciert sein soll.

*Ablauf:* Die Teilnehmenden werden vor Beginn der Studie umfassend über Inhalt und Ablauf der Studie informiert und geben im Anschluss ihr informiertes, freiwilliges Einverständnis für die Teilnahme ab. Der darauffolgende generierte Probandencode stellt die Pseudonymisierung der in der Studie erhobenen Daten sicher. Im nächsten Schritt füllen die Teilnehmenden den ersten Teil eines Online-Fragebogens aus, wobei zunächst sozio-demographische Daten (Geschlecht, Alter, Bildungsabschluss, Beruf, Herkunftsland, Muttersprache) erhoben werden. Anschließend beginnt die Testung der Applikation. Hierzu erhalten die Teilnehmenden von der Versuchsleitung ein Smartphone, auf welchem die zu testende Applikation bereits installiert ist. Jede teilnehmende Person erhält Login-Daten, welche nach Beendigung der Studie gelöscht

und nicht erneut verwendet werden. Nachdem der Login erfolgt ist, werden den Versuchspersonen Aufgaben gestellt, die der Testung der Usability nach der ISO DIS 9241-11 dienen und die Beurteilung der Nutzerfreundlichkeit der einzelnen Funktionalitäten ermöglichen sollen. Die vier Funktionsbereiche der App (Forum, Chat, Dokumentenablage, Screening-Modul) werden nacheinander mit Hilfe auf die jeweilige Funktionalität und Nutzungskontext abgestimmter Aufgaben getestet. Alle Aufgaben werden von den Teilnehmenden selbstständig, unter Anleitung der Versuchsleitung, durchgeführt. Die Probanden werden gebeten laut zu denken, während sie die Aufgaben mithilfe der App bearbeiten. Abschließend erfolgt die Beurteilung des Gesamtsystems. Dazu füllen die Teilnehmenden den letzten Teil des Online-Fragebogen aus.

*Fragebogen:* Die eingesetzten Fragebögen sind die System Usability Scale (Brooke, 1996), Unified Theory of Acceptance and Use of Technology Questionnaire (Venkatesh, Morris, Davis, & Davis, 2003), der TA-EG (Karrer, Glaser, Clemens, & Bruder, 2009) zur Erfassung der Technikaffinität und zum Schluss wurden noch Datenschutzbedenken (Bol, et al., 2018) erfasst.

*Ergebnisse:* Insgesamt 23 Teilnehmer wurden durch soziale Netzwerke eingeladen und haben an der Studie teilgenommen (15 weiblich, 8 männlich; Alter in Jahren:  $M = 22,5$ ;  $SD = 2,8$ ). Alle Befragten hatten einen Migrationshintergrund und waren hauptsächlich Studenten (18/23). Die wichtigsten Funktionsbereiche der App (Forum, Chat, Dokumentenablage, Screening Modul) wurden nacheinander mit Hilfe auf die jeweiligen Funktionalitäten abgestimmte Aufgaben getestet.

Im Bereich Forum wurden die Teilnehmer gebeten, nach einem Forumsbeitrag zu suchen, sowie einen Beitrag selber zu erstellen. Folgende Usability-Probleme sind aufgetaucht: einige Teilnehmer haben versucht über Newsfeed oder Ankündigungen den Beitrag zu suchen (6/23), kein Ergebnis wurde bei der Suchfunktion angezeigt, da man ein anderer Suchbegriff angegeben hat (3/23), lange Ladezeiten (3/23), Probleme beim Ausblenden der Tastatur (2/23) und einen User wurde bei der Aufgabe ohne Grund ausgeloggt (1/23). Daher ergeben sich folgende Ver-

besserungsvorschläge: klare Trennung zwischen Newsfeed/Forum/Ankündigungen oder eine im Forum integrierte Filterfunktion nach Datum statt Newsfeed, eine Suchfunktion mit Vorschlägen und einfaches Ausblenden der Tastatur.

Bei der Videochat mussten die Probanden sich mit einem Supporter per Video kurz austauschen. Einige Teilnehmer haben über Forum oder über die Suchfunktion versucht, zuerst mit der Person zu schreiben (10/23), eine Fehlermeldung wurde beobachtet (1/23) und ein User wurde ausgeloggt (1/23). Als Vorschlag empfiehlt sich hier eine integrierte Chat-Funktion.

Im Bereich Dokumentenablage wurden die Probanden gebeten ein Dokument herunterzuladen sowie ein anderes selber hochzuladen. Usability-Probleme gab es hauptsächlich beim Hochladen eines Dokumentes und zwar haben 12 Teilnehmer erwähnt, dass es nicht sichtbar/erkennbar ist, ob die Dateiauswahl erfolgreich war (12/23). Zudem haben 5 Personen vermerkt, dass ein Hochladen einer Datei ohne Titel und Beschreibung nicht möglich ist, jedoch ein solcher Hinweis fehlte (5/23). Ein Neustart wurde bei 2 Personen erforderlich, um die Aufgabe abzuschließen (2/23). Daraus empfiehlt es sich, die erfolgreiche Dateiauswahl erkennbar zu machen - vorzugsweise mit der Dateiname.

Für die Evaluation des Screening-Moduls wurden die Probanden gebeten, das Screening-Modul auszuprobieren und die Anweisungen der App zu folgen. Dabei hatten 11 Nutzer Schwierigkeiten zu verstehen, dass alle 3 Bilder akustisch beschrieben werden müssen, bevor man das Ergebnis abrufen, um ein akkurates Ergebnis zu ermöglichen (11/23). Der Begriff "Screening" war zudem für 7 Personen unklar (7/23) sowie ein technischer Fehler und ein Neustart der App wurden bei 6 Personen beobachtet (6/23). Um die folgenden Usability-Probleme zu beheben, empfiehlt es sich die Möglichkeit zum Abrufen des Screening-Ergebnisses erst nach Bearbeitung aller 3 Bilder sichtbar zu machen, sowie eine Erklärung des Begriffes "Screening".

Im Anschluss der einzelnen Aufgaben wurde die wahrgenommene Benutzerzufriedenheit befragt. Der Fragebogen System Usability Scale

(SUS, Brooke, 1996) ergibt nach Auswertung einen SUS-Score (0-100) und das Ergebnis kann mit einem Bewertungsschlüssel verglichen werden. Der SUS-Score für die TraM-App liegt bei 81,5 (SD = 7,2) und ist damit als sehr gut einzustufen.

Der Fragebogen Unified Theory of Acceptance and Use of Technology Questionnaire (Venkatesh, Morris, Davis, & Davis, 2003) besteht aus 5 Subskalen: Leistungserwartung, Aufwandserwartung, Sozialer Einfluss, Erleichternde Bedingungen und Verhaltensabsicht. Im Bereich Leistungserwartung gibt es positive Bewertung bezüglich Nützlichkeit der App (“Ich empfinde die TraM-App in meinem Alltag als nützlich”) sowie Zielerreichung (Die Nutzung der TraM-App erhöht meine Chancen, Dinge zu erreichen, die mir wichtig sind”); Zustimmung von vier oder höher auf fünfstufiger Likert-Skala). Aspekte wie einfache Bedienbarkeit und klare und verständliche Interaktion mit der App wurden im Bereich Aufwandserwartung besonders hervorgehoben (Zustimmung von vier oder höher auf fünfstufiger Likert-Skala). Bei der Subskala Erleichternde Bedingungen sind ebenso positive Bewertungen zu sehen, vor allem die Aspekte “Ich habe die notwendigen Ressourcen, um die TraM-App zu nutzen” sowie “Ich habe das notwendige Wissen, um die TraM-App zu nutzen” wurden gut bewertet (Zustimmung von vier oder höher auf fünfstufiger Likert-Skala). Nur im Bereich Sozialer Einfluss zeigen sich kritische Bewertungen vor allem bei Aspekten wie “ Personen, die mir wichtig sind, denken, ich sollte die TraM-App nutzen” oder “Personen, die mein Verhalten beeinflussen, denken ich sollte die TraM-App nutzen.” Auf die Frage “Hätten Sie persönliches Interesse, die TraM-App zu nutzen?” sind ebenso gemischte Antworten zu beobachten (M = 4,0; SD = 1,28; siebenstufige Likert-Skala).

Am Ende wurden die Teilnehmer über allgemeine positive und negative Aspekte bei der Nutzung der App befragt. Unter den positiven Aspekten wurden meistens die Möglichkeit zur Informationsbeschaffung (16/23) sowie der Austausch mit Peers (14/23) gelobt. Weitere positive Aspekte sind die intuitive Bedienbarkeit (6/23), das Screening Modul (3/23) und die Unterstützungsangebote (3/23). Bei den negativen Aspekten wurde meistens das Fehlen einer Chat-Funktion kritisiert (10/23) und die unklare Trennung zwischen Forum/Newsfeed/Ankündigungen (4/23). Als

Verbesserungsvorschläge haben sich die meisten Nutzer eine Chat Funktion gewünscht (4/23), eine bessere Trennung von Forum/Newsfeed/Forum (3/23) und Überarbeiten des Homepages (3/23) sowie des Designs (3/23).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die TraM-App insgesamt positiv bewertet wurde. Als positive Aspekte sind hauptsächlich die intuitive Bedienbarkeit, die Möglichkeit zur Informationsbeschaffung und der Austausch mit Peers zu nennen. Es besteht jedoch eine etwas geringere Bereitschaft die App persönlich zu nutzen, da die Teilnehmer zwar einen Migrationshintergrund haben, aber nicht genau zu der Zielgruppe von traumatisierten minderjährigen Geflüchteten gehören. Einige Funktionsprobleme der App (z.B. Fehlermeldungen, Ausloggen des Users) müssen behoben werden. Die oben genannten Verbesserungsvorschläge für die Funktionsbereiche der App (Chat, Forum, Dokumentenablage, Screening-Modul) würden die wahrgenommene Benutzerfreundlichkeit steigern.

# Die Entwicklung der TraM App

Marcus Weberskirch

Die besonders vulnerable Personengruppe, der minderjährigen geflüchteten, welche als Zielgruppe für die TraM-Anwendung geplant sind, setzt einen besonders diffizilen Umgang mit personenbezogenen Daten voraus. Dies wird durch die in Kapitel *Studie zur Evaluation des Peer-Beratungskonzeptes* ausgewertete Studie untermauert, welche eben diese Bedenken bei der Befragung von professionellen Peer-Beraterinnen herausgearbeitet hat. Aufgrund dessen stand ein Datenschutzzentriertes Konzept der Anwendung im Mittelpunkt.

Neben den Resultaten der o.g. Studie lassen sich aber auch besondere Rahmenbedingungen zur Verarbeitung personenbezogener Daten von Minderjährigen aus dem Deutschen- sowie Europäischen Datenschutzrecht ableiten. Die Verarbeitung darf grundsätzlich nur durchgeführt werden, wenn die Erziehungsberechtigten der Minderjährigen (unter 14) zustimmen, was leider der anvisierten Niederschwelligkeit des Systems konträr entgegensteht (DSGVO Art. 8 Abs. 1, Vgl. Erwägungsgrund 38 DSGVO). Zusätzlich sind Gesetze des Sozialgesetzbuches an dieser Stelle zu beachten. Insbesondere das Peer-Beratungskonzept ist hiervon betroffen, da über diese Beratung persönliche Daten an einen etwaigen Träger der öffentlichen Jugendhilfe weitergegeben werden könnten (§ 65 SGB VIII).

## Rollenzentrierter Anwendungsentwurf

Um dem Grundsatz der Datenminimierung (Art. 5 Abs. 1c DSGVO) zu entsprechen, wurde in der Entwurfsphase der Anwendungslandschaft eine Rollenbasierte Anforderungsanalyse durchgeführt. Jede Nutzengruppe hat unterschiedliche Rechte und Funktionen innerhalb des TraM-Systems. Aus diesen Anwendungsfällen lassen sich die notwendigen zu verarbeitenden Daten und Zugriffsmechanismen ableiten, um die Anforderungen für die Entwicklungsarbeit abzuleiten.

Neben den, als Klienten bezeichneten, minderjährigen geflüchteten unterstützt die Gesamtanwendung auch die Nutzung durch Peer-Berater\*innen, Controller\*innen und anonym Nutzende. Außerdem ist noch der Systemadministrator, der für den Betrieb der Anwendung aus technischer Sicht notwendig ist, zu nennen. Diese fünf Rollen und ihre Funktionen werden im Folgenden beschrieben.

**Peer-Berater\*innen** erhalten Zugriff auf den Foren-Bereich der TraM-App, sowie den Video-Chat, um dort ihre Unterstützung anbieten zu können. Hierzu ist es notwendig einige Datenschutzrelevante Informationen der Peer-Berater\*innen im System zu hinterlegen, sodass die Klienten die Möglichkeit haben, sich an einen Peer-Beratenden zu wenden, welcher ihren Präferenzen entspricht. Die Profil-Informationen umfassen E-Mail-Adresse, Alter, Postleitzahl des Wohnorts, Geschlecht(optional), Zeiten, zu welchen der Beratende planmäßig verfügbar ist, sowie Sprachen, welche der Peer-Beratende spricht. In der Video-Chat Ansicht des Klienten lassen sich über einen Teil dieser Attribute Peer-Berater\*innen filtern und ein Video-Chat starten, sofern der Peer-Beratende gerade online ist. Des weiteren können die Beratenden Dokumente, Forenbeiträge und Neuigkeiten für die App verfassen, um ein umfangreiches Informationsangebot für die Klienten zu erstellen. Neben dem Verfassen von eigenen Dokumenten unterstützt die TraM-App auch das Einreichen von Dokumenten seitens der Klienten. Diese Dokumente müssen auf Urheberrechtsverletzungen und sinnvollen Inhalt geprüft werden. Diese Einreichungen können auch von den Peer-Berater\*innen überprüft werden, um sie im nächsten Schritt für die Darstellung in der App zuzulassen.

Als **Controller\*innen** bezeichnete Nutzende erhalten ausschließlich Zugriff auf die Anwendung, um gemeldete Beiträge oder Dokumente zu überprüfen und diese, falls notwendig, zu entfernen. Dieser Schritt ist grundsätzlich aufgrund der Sorgfaltspflicht von Forenbetreibern (Art. 24 DSGVO) notwendig, um eventuelle Straf- oder Zivilrechtliche Äußerungen unverzüglich nach bekanntwerden aus dem System zu entfernen. Die Trennung dieser Funktion von der Peer-Berater\*innen-Rolle wurde aufgrund der durchgeführten Studie zum Peer-Beratungskonzept (*Studie zur Evaluation des Peer-Beratungskonzeptes*) entschieden. Es zeigte sich, dass die freiwilligen Peer-Berater\*innen in der Regel nur

begrenzte zeitliche Ressourcen für ihre Funktionen in der Anwendung aufbringen können. Daher war es notwendig diese Funktionen auf ein sinnvolles Minimum zu beschränken und einige Aktivitäten aus der Peer-Beratenden-Rolle auszugliedern.

Eine weitere Rolle im System sind die Klienten. Sie nutzen das in Kapitel (*Funktionen der künstlichen Intelligenz (KI) innerhalb der TraM Health APP*) beschriebene Screening-Modul, erstellen, verwalten und bewerten Forenbeiträge, rufen Dokumente ab, nutzen die Video-Chat Funktion und durchsuchen die Anwendung nach Informationen, die für sie relevant sind. Außerdem besteht die Möglichkeit Dokumente und Forenbeiträge einfach den Controller\*innen zu melden um unpassende oder straf- bzw. zivilrechtlich relevante Eintragungen im System entfernen zu lassen. Außerdem können fest hinterlegte Hilfestellen abgerufen werden die Dienste wie bspw. psychosoziale Beratung anbieten. Falls den Klienten weitere hilfreiche Dokumente oder Internetseiten bekannt sind können sie diese im System zur weiteren Prüfung einreichen. Bei all diesen Funktionen ist es essentiell einen Großteil der Datenverarbeitung möglichst lokal auf dem Mobiltelefon des Klienten durchzuführen und möglichst wenige Datenpunkte im TraM-System zu hinterlassen.

Die **anonym Nutzende** hinterlassen neben technisch notwendigen Daten wie ihre IP-Adresse und Log-Daten keine personenbeziehbaren Daten im TraM-System. Sie können lediglich Dokumente, Neuigkeiten und Hilfestellen aus dem System abrufen und diese durchsuchen. Sie haben explizit keinen Zugriff auf Funktionen wie Video-Chat, Screening und die Foren-Funktion, um die Souveränität der Daten der Klienten und Supporter zu wahren. Denn es ist technisch herausfordernd, die anonym Nutzenden daran zu hindern die Profil-Informationen der Peer-Berater\*innen oder den Kommunikationsinhalt der Klienten unbefugt zu speichern und einem nicht anvisierten Zweck zuzuführen. Motivation hinter diesem Mechanismus war die etwaige Verfolgung von Peer-Berater\*innen oder Klienten, insbesondere aufgrund des Fluchthintergrundes der Nutzenden.

Als letzte Rolle sollte der **Systemadministrator** betrachtet werden. Er hat ausschließlich zu Administrationszwecken vollzugriff auf den Ser-

ver der TraM-Applikation. Somit hat er tendenziell Zugriff auf alle gespeicherten und verarbeiteten Daten. Der Administrator betreut die regelmäßigen Backups des Systems, und nutzt den Server um Updates für die TraM-Anwendung einzuspielen. Er kann die verschiedenen Log-Dateien für das TraM-System einsehen um, falls notwendig IP-Adressen an die Behörden weiterzugeben, falls es zu Straf- oder Zivilrechtlichen Fragestellungen im Zusammenhang mit der Nutzung TraM-Anwendung kommt. Dieser Zugriff muss aber derart geschützt werden, dass die Daten im System nicht frei einsehbar sind, sondern nur mit Zustimmung der Projektleitung ausgewertet werden können. Außerdem betreut er die Sicherheitsrelevanten Anwendungskomponenten, wie die Firewall und das intrusion prevention system. Er ist verantwortlich für die regelmäßige Aktualisierungen des Betriebssystems und der Softwarepakete um etwaige Sicherheitslücken möglichst schnell schließen zu können. Jeder Zugriff und jede Änderung am TraM-Server wird Dokumentiert um ein Lückenloses Protokoll aller Zugriffe auf diesen integralen Teil des TraM-Systems zu erstellen. Der Projektleiter autorisiert jeden administrativen Zugriff auf das TraM-System um den technischen und organisatorischen Maßnahmen des Datenschutzkonzepts zu entsprechen.

## Übersicht der Teilkomponenten und Systementwurf

Aus den vormals definierten Rollen wurde im Laufe des Projekts die eigentliche Anwendungslandschaft entworfen und implementiert (siehe Abbildung 6 für eine grundsätzliche Struktur der Anwendungslandschaft). Hierbei galt es einen Privacy by Design (PbD) Ansatz zu verfolgen, um Datenschutz und -sicherheit in den Fokus der Entwicklung zu stellen. Neben den rollenspezifischen Anwendungen auf der linken Seite werden auf der rechten Seite vereinfacht die unterschiedlichen Bestandteile des TraM-Servers dargestellt. Der TraM-Server umfasst neben Sicherheitsmechanismen, wie der Firewall und dem intrusion prevention system die Kernkomponenten der Anwendung. Diese integralen Komponenten sind die Jitsi-Meet-Instanz(Video-Chat), die unterschiedlichen rollenspezifischen APIs, sowie die zentrale Datenbank zur Persistierung der Anwendungsdaten. Die unterschiedlichen APIs stellen sicher, dass die unterschiedlichen in Kapitel *Rollenzentrierter Anwendungsentwurf* beschriebenen Rollen ausschließlich Zugriff auf für Ihre

Rolle notwendigen Anwendungsdaten und Funktionen erhalten. Im Weiteren werden einige Komponenten der implementierten Dienste genauer beschrieben.

Aufgrund der besonders schützenswerten Zielgruppe von minderjährigen geflüchteten war es notwendig einen Registrations-Mechanismus zu entwickeln, der sicherstellt, dass die Erziehungsberechtigten der Minderjährigen ihr Einverständnis zur Verarbeitung der Daten geben.

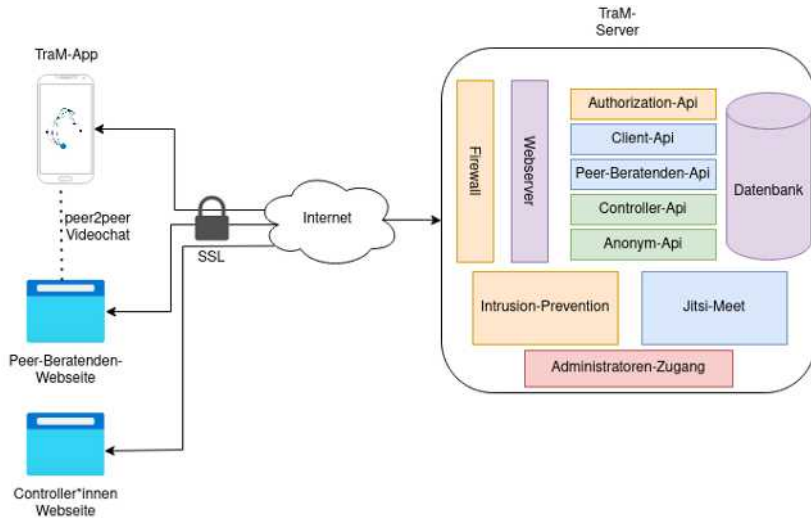


Abbildung 6: Struktur der Anwendungslandschaft (eigene Darstellung).

Vor der Registrierung für die TraM-App wird eine Einverständniserklärung angeboten, die unterzeichnet bei einem Peer-Beratenden oder einer kooperierenden Hilfestelle eingereicht werden muss. Nachdem die Einverständniserklärung überprüft worden ist, erstellt der Peer-Beratende über die Anwendung seiner Rolle ein Einmal-Passwort, welches dann bei der Registrierung des Klienten eingegeben werden muss, um Zugriff auf die Anwendung über die Klienten-Rolle zu erhalten. Dieser Schritt widerspricht einerseits dem eigentlich niederschweligen Zugang der Anwendung, ist aber notwendig, um der aktuellen Gesetzgebung zu entsprechen. Nach erfolgreicher Registrierung erhält der Klient Zugriff auf

das Screening Modul (*Funktionen der künstlichen Intelligenz (KI) innerhalb der TraM Health APP*), die Forenfunktion, sowie den Video-Chat mit Peer-Beratenden.

Auch bei der **Video-Chat Funktion** galt es aufgrund des etwaig sensiblen Kommunikationsinhalts eine Lösung zu wählen die möglichst wenige Datenpunkte im System hinterlässt. Hierzu wurde ein Prozess implementiert, der im System lediglich einen Link zu einer Video-Chat Session für den ausgewählten Peer-Beratenden hinterlässt. Es wird nicht gespeichert welcher Klient diese Session eröffnet hat, sodass diese Information nur indirekt über die technisch notwendigen Log-Daten ersichtlich ist.

Betritt der Peer-Beratende den Videochat-Raum initiiert die Videochat-Software eine Direktverbindung (peer to peer) zwischen Klienten und Beratern, sodass der Kommunikationsinhalt nicht über den Server der TraM-Anwendung geleitet werden muss. Lediglich die Verbindungsdaten werden über die Video-Chat Instanz auf dem Server ausgetauscht, um die peer to peer-Verbindung zu initialisieren. Für das Video-Chat Plugin in der TraM-App, das Plugin auf der Berater-Webseite sowie für den Austausch der Verbindungsdaten wird die OpenSource-Software jitsi-meet<sup>2,3</sup> eingesetzt.

Das entwickelte Screening-Modul (*Funktionen der künstlichen Intelligenz (KI) innerhalb der TraM Health APP*) wurde derart in die TraM-App integriert, dass nach der lokalen Verarbeitung der Daten keine Datenrückstände auf dem Mobiltelefon der Klienten hinterlassen werden. Die Klienten erhalten beim Aufrufen des Screening-Moduls im ersten Schritt eine Erklärung des Verfahrens in einfacher Sprache, insbesondere mit dem Hinweis auf das Entwicklungsstadium des Moduls. Nach der Kenntnisnahme dieser Informationen wird der Klient dazu aufgefordert Emotions-Induzierende Bilder in arabischer Sprache zu beschreiben.

Die Bilder wurden in der Entwicklung des Screening-Moduls vorselektiert (Kapitel *Funktionen der künstlichen Intelligenz (KI) innerhalb der*

---

<sup>2</sup> Jitsi Meet Homepage: <https://meet.jit.si/>

<sup>3</sup> Jitsi Meet Quellcode: <https://github.com/jitsi/jitsi-meet>

*TraM Health APP*) basierend auf einer möglichst niedrigen Fehlerrate bei der Evaluierung des Klassifizierungsverfahrens. Die aufgenommenen und analysierten Audiodaten werden unmittelbar nach der Feature-Extraktion gelöscht. Zur Feature-Extraktion wird die quelloffene openSMILE -Bibliothek (Eyben, Wöllmer, & Schuller, Opensmile: the munich versatile and fast open-source audio feature extractor, 2010) unter Verwendung des *eGeMAPSv2 Feature-Sets* (Eyben, et al., 2015) eingesetzt. Daraufhin werden die extrahierten Features lokal auf dem Smartphone klassifiziert. Die Klassifikation wird mit unterschiedlichen Random-Forest-Modellen durchgeführt, wobei jedes zu beschreibende Bild einem speziell trainierten Random-Forest Modell zugeordnet ist. Zuletzt wird dem Nutzenden das kumulierte Klassifikationsergebnis angezeigt. Das Ergebnis wird nicht als Wahrscheinlichkeit, sondern basierend auf einem Cutoff-Wert als binäres Klassifikationsergebnis angezeigt. Liegt die Konfidenz des Klassifikationsergebnis über dem festgelegten Cutoff-Wert, wird der Hinweis ausgegeben, dass Hinweise auf eine Traumatisierung vorliegen. Sowohl bei positiver als auch bei negativer binärer Klassifizierung wird dem Nutzenden der Hinweis auf die im System hinterlegten Hilfestellen ausgegeben. So hat das maschinelle Verfahren keine benachteiligende Auswirkung auf die Versorgungssituation des Nutzenden.

Die **Foren- und Dokumentenfunktionen** der Anwendung birgt ebenso das Potential die Interessen und Versorgungsnotwendigkeiten der Klienten unerwünschter Weise zu speichern. Durch eine naive Bewertungsfunktion wäre im Grunde nachvollziehbar mit welchen Problematiken sich welcher Nutzende auseinandersetzt, was aus Datenschutzgründen kritisch zu bewerten wäre. Um diese Fragestellung zu lösen, wurde zur Bewertung der Dokumente und Forenbeiträge ein Verfahren entwickelt, dass lediglich die Bewertung des jeweiligen Eintrags positiv oder negativ beeinflusst. Im System wird nicht hinterlegt welcher Nutzende welchen Beitrag bewertet, sondern lediglich dass er in der entsprechenden Weise bewertet wurde. So stellt sich die Bewertung eines Dokuments lediglich durch die Anzahl der positiven oder negativen Wertungen dar. Um dem Nutzenden dennoch Empfehlungen für, eventuell für ihn interessante andere Dokumente aussprechen zu können werden die favorisierten Dokumente lokal auf dem Smartphone gespeichert. So ist die

App in der Lage lokal Ähnlichkeiten zwischen favorisierten Dokumenten und allen anderen Dokumenten zu berechnen. Zur Berechnung von Dokumenten-Vorschlägen wird der Natural Language Processing-Ansatz (tf-idf) eingesetzt. Dieser Ansatz beschreibt die Dokumente als Vektor, welcher durch Worthäufigkeiten pro Dokument und in der gesamten Datenbasis berechnet wird. Die Vektoren der favorisierten Dokumente werden daraufhin lokal auf Basis der Cosinus-Ähnlichkeit mit allen anderen Dokumenten verglichen, um möglichst ähnliche Dokumente aus der Dokumenten-Datenbasis vorzuschlagen.

Trotz aller Überlegungen zur Datenschutzsensitiven Verarbeitung der Daten hinterlassen die Nutzenden in jedem Fall Datenpunkte in Form von Log-Daten im System. Hierzu gehört beispielsweise das Logging des Web-Servers, welcher die unterschiedlichen Anwendungsschnittstellen (APIs) und die Webseiten für Controller\*innen und Peer-Berater\*innen ausliefert. Diese Log-Daten sind zwar grundsätzlich unerwünscht, aber notwendig um Sicherheitsfunktionen wie das intrusion prevention system<sup>4</sup> zu betreiben. Das eingesetzte intrusion prevention system überprüft die Log-Daten des Webservers und blockiert IP-Adressen, die verdächtiges Verhalten aufweisen. Hierzu gehören multiple Login-Versuche (brute-force Schutz), das Aufrufen von auffälligen URI-Endpunkten (Schutz vor bekannten Sicherheitslücken) und das multiple Aufrufen von Endpunkten (DDoS –Schutz). Erkennt das intrusion prevention system auffälliges Verhalten wird die entsprechende IP-Adresse auf eine Sperrliste gesetzt und daraufhin für 24 Stunden blockiert. Die Ergebnisse des intrusion prevention systems werden dem Systemadministrator regelmäßig zur Überprüfung zur Verfügung gestellt.

Die Log-Daten werden nach der Analyse regelmäßig mit asymmetrischer Kryptografie verschlüsselt und im System gespeichert. Da lediglich der Schlüsselteil zur Verschlüsselung der Log-Daten im System abgelegt ist sind die Log-Daten selbst bei Kompromittierung des TraM-Servers nur teilweise einsehbar. Die verschlüsselten Log-Daten werden

---

<sup>4</sup> <https://github.com/fail2ban/fail2ban>

regelmäßig vom TraM-Server extrahiert und auf einer externen Festplatte abgelegt. Der Schlüsselteil zum Entschlüsseln der Daten ist dem Systemadministrator nicht bekannt und wird vom Projektleiter verwaltet um die Daten bei Notwendigkeit der Polizei oder Staatsanwaltschaft ausliefern zu können. Anderenfalls ist der Zugriff auf die Log-Daten, die Informationen wie die IP-Adresse und die aufgerufenen Endpunkte des Systems umfassen nicht vorgesehen.



# **Diagnostisches Fallverstehen mit jungen geflüchteten Menschen**

Lisa Große und Silke Birgitta Gahleitner

## Ausgangssituation

Minderjährige und junge geflüchtete Menschen stellen eine besonders vulnerable Gruppe mit komplexem Hilfebedarf dar. Viele von ihnen erleben vor und während der Flucht traumatische Situationen, sie verlassen nicht nur schädigende, sondern auch unterstützende Netzwerke und sind nach der Ankunft in Deutschland mit vielfältigen postmigrantischen Stressoren konfrontiert: Ausgrenzungserfahrungen, Konfrontation mit unbekanntem Strukturen und sozialen Kontakten, Erlernen einer neuen Sprache, unsicherer Aufenthaltsstatus und oft auch unsichere Wohnverhältnisse. Jenen vielfältigen Problemlagen gilt es mit professioneller und fachlich begründeter Intervention zu begegnen. Dazu benötigt es zunächst eine fundierte psychosoziale Diagnostik. Aufgabe sozialer Diagnostik ist, die Komplexität psychosozialer Problemlagen, also Stressoren wie Ressourcen der Individuen und ihrer Umgebung abzubilden und diese im zweiten Schritt zu strukturieren. So kann (Nicht-) Intervention fachlich begründet werden (Pantuček-Eisenbacher, 2019). Zudem soll es den Dialog zwischen Fachkraft und Klient\*innen unterstützen, vor allem aber auch Selbst- und Fremdverstehensprozesse initiieren: „Welche Herausforderungen und Möglichkeiten meiner Biografie prägen meine aktuelle Situation? Wie ist meine aktuelle Situation und wie wirkt sich auf meine Ziele aus?“.

Trotz sehr früher und fruchtbarer Anstöße für die soziale Diagnostik bereits zu Beginn des 19. Jahrhunderts (Salomon, 1926), wurde die Weiterentwicklung in Deutschland jäh unterbrochen. In der Zeit des Nationalsozialismus trugen Fürsorger\*innen dazu bei, Menschen auf Basis ihrer sozioökonomischen Stressoren und psychischen, körperlichen wie mentalen Beeinträchtigungen in sogenanntes wertvolles und unwertes Leben zu unterteilen und trugen so zur Euthanasie bei (Kuhlmann, 2004). Nach langer, begründeter Skepsis, wird soziale Diagnostik in der Wissenschaft und Praxis jedoch heute wieder breit diskutiert und angewendet. Der Bedarf im Fluchtbereich liegt auf der Hand. Die weltweite Zahl geflüchteter Menschen steigt: Für 2022 geht die UNHCR von über 100

Millionen Menschen aus (UNHCR, 2022a), die vor Verfolgung, Gewalt, Krieg, Zerstörung und Perspektivlosigkeit fliehen. Auch in Deutschland ist der Anstieg aufgrund aktueller Entwicklungen spürbar. Trotz der Notwendigkeit gibt es bisher jedoch kaum spezifische Überlegungen zu sozialer Diagnostik mit (jungen) geflüchteten Menschen.

Das Teilprojekt – zielgruppenspezifisches Diagnostikmodell – hat es sich daher zur Aufgabe gemacht, ein Modell für die Praxis auf Basis empirischer Ergebnisse zu erstellen und dieses nach erfolgter Implementierung im Kinder- und Jugendhilfe- wie Fluchtbereich formativ zu evaluieren. Der vorliegende Beitrag<sup>5</sup> gibt zunächst einen Einblick über das Vorgehen und die wichtigsten Ergebnisse der Entwicklung des Modells wie der formativen Evaluation. Auf dieser Basis wird das konzipierte Modell vorgestellt. Im Fazit werden zusammenfassende Gedanken formuliert und auf ein Booklet verwiesen, welches es psychosozialen Fachkräften ermöglichen soll, das Modell über den Projektzeitraum hinaus zu nutzen.

## Erstellung des zielgruppenspezifischen Diagnostikmodells – empirisches Vorgehen und zentrale Ergebnisse

Das Teilprojekt wurde als **Praxisforschungsprojekt** konzipiert: Der gegenseitigen Angewiesenheit von Praxis und Forschung wurde durch eine enge Kooperation mit 6 Praxiseinrichtungen des Kinder- und Jugendhilfe- wie Fluchtbereichs Rechnung getragen. Im engen Austausch mit den Praktiker\*innen konnten wertvolle Hinweise für das Diagnostikmodell selbst, aber auch für das empirische Vorgehen gesammelt werden. Noch vor der Erhebung wurde ein positives Ethikvotum (inklusive abgesichertem Datenschutzkonzept) eingeholt, um der Vulnerabilität der Zielgruppe Rechnung zu tragen. Für das empirische Vorgehen wurde ein verstehender Zugang gewählt, um die subjektive Realität von Personen, die biografisch schwer belastet sein können, zu erfassen

---

<sup>5</sup> Der Beitrag rekurriert vor allem auf der Veröffentlichung des Projektergebnisse des AP3: Große, L., Ebinger, S., Wintzer, L., Golata, A., Jaquet, R., Riep, M. & Gahleitner, S. B. (2023). „Diagnostisches Fallverstehen“ bei jungen geflüchteten Menschen – ein zielgruppenspezifischen Diagnostikmodell für die psychosoziale Praxis. ZKS Verlag.

(Keupp, Von der (Un-)Möglichkeit erwachsen zu werden: Jugend heute als "Kinder der Freiheit" oder als "verlorene Generation", 1997). Mit Unterstützung der Fachkräfte gelang es, 10 junge Menschen mittels problemzentrierter Interviews zu befragen. Dabei wurde angestrebt, sowohl die somatischen, psychischen und sozialen Faktoren der Situationen vor und während der Flucht, vor allem aber die Bedarfe nach der Flucht zu erfassen. Aus einer anderen Perspektive wurde nach einer fachlichen Aufbereitung der Konzepte für psychosoziale Diagnostik im Trauma- und Fluchtbereich Gruppendiskussionen mit Fachkräften aus dem Feld geführt. Gemeinsam mit den Fachkräften wurden die bisherigen Diagnostik-Modelle und Praxisformen dafür reflektiert. Die transkribierten qualitativen Daten wurden mittels Qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet (Mayring, Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken, 2000). Bei den Einzelinterviews kam zudem eine induktiv orientierte fallkontextualisierende Schwerpunktsetzung zur Anwendung (Mayring & Gahleitner, 2010), um in einem induktiv-deduktiven Wechselspiel der explorativen Vorgehensweise Raum zu öffnen. Die empirischen Ergebnisse und das auf ihrer Basis entstandene Modell wurden von mehreren Stakeholder\*innen kommunikativ validiert.

Nachstehend werden die für die Erstellung des Diagnostikmodells **wichtigsten Ergebnisse** skizziert:

**Fluchtfolgen:** „Du hast jede Sekunde Angst“ (Senthu, Pos. 155), berichtet Senthu von der Flucht. Die interviewten Menschen waren häufig vor und während der Flucht (lebens-)bedrohlichen Situation ausgesetzt. Mansour begreift es als „Glück“ (Mansour, Pos. 28) überlebt zu haben. Die Folgeerscheinungen – überwiegend aus dem Bereich des Trauma-folgespektrums – sind vielfältig. Besonders aber quält die Jugendlichen ein umfassendes Misstrauen nach den vielen enttäuschenden und bedrohlichen Erfahrungen auf der Flucht und evtl. bereits im Herkunftsland. Misstrauen ist daher zunächst zu erwarten, sogar nach den bisherigen Erfahrungen als ‚gesund‘ einzuschätzen. Zudem ist das System der psychosozialen Unterstützung vielen jungen Menschen nicht bekannt: „Im Ausland gibt es nicht einen, der dir so umsonst hilft. ... Es gibt niemand nicht, der so versucht, dir weiterzuhelfen, auch wenn er sieht, dass du das nicht willst vielleicht ..., aber die wollen trotzdem, dass du ... das vertraust“ (Alex, Pos. 40).

**Beziehungsarbeit:** Gelingt es nicht, ein dialogisches Beziehungs- und Betreuungsangebot im Alltag aufzubauen, kann es zu Abbrüchen kommen. So berichtet Alex bspw. „die waren mehrere Betreuer, aber keiner für mich, so wie zum Beispiel hier, der nur für dich ist. War nur immer gewechselt, zehn Betreuer. Man konnte nie ankommen irgendwie richtig“ (Alex, Pos. 31). Die Arbeit in Clearingeinrichtungen muss daher explizit darauf ausgerichtet sein, Vertrauen zu bilden. Alex (Pos. 87) beschreibt: „Betreuer muss wissen halt, wie er sie ihre Vertrauen baut so“ und weiter „man merkt das irgendwann, dass die helfen wollen und ... dass es richtig ist, was ich tue“ (Alex, Pos. 120). Im Zielland selbständig zu werden, zugleich einer völlig neuen Umgebung mit neuen Regeln und Umgangsformen ausgesetzt zu sein und entwicklungstypische Aufgaben zu bewältigen, dies zumeist nach einer als traumatisch einzustufenden Belastung durch das Geschehen auf der Flucht und/oder bereits im Heimatland, stellt für die Jugendlichen eine große Herausforderung dar (Adam, 2009).

**Soziale Netzwerke:** Praktische, informative, emotionale und interpretative Unterstützung durch soziale Netzwerke ist daher existentiell. Unterstützung wird u. a. durch Familie, Freund\*innen, Fachkräfte und andere Erwachsene geleistet. Auch wenn die jungen Menschen ohne ihre Familie nach Deutschland kommen, bleiben sie wichtige Bezugspunkte, wie Senthu erzählt: „Ja, vorher wollte ich nur, das mit meiner Familie. Das war richtig wichtig für mich, der Kontaktaufbau. Und wenn ich kann, einfach meine Familie sehen und so, und das war richtig für mich wichtig. Und danach habe ich meine Schule und so gemacht. Aber das Wichtigste war meine Familie“ (Pos. 67). Die Arbeit mit und im Kontext der Familie spielt also für das Gelingen von Hilfeprozessen mit jungen geflüchteten Menschen eine wichtige Rolle. Ungeachtet der familiären Zusammenhänge ist ein sinnvoll geknüpftes Netz aus Bindungsbezügen hilfreich (Gahleitner, 2017; Gahleitner, 2021; Lechner & Huber, 2017; Macsenaere, Köck & Hiller, 2018).

**Alltagsbegleitung:** Notwendig ist das bspw. für alltagsrelevante Problemlagen. Eminem beschreibt, wie bedeutsam eine Lehrerin für ihn geworden ist, die sich für ihn einsetzte: „Die sehe ich gut ... ich sehe in ihr eine gute Person... und halt immer wenn ich Fragen habe, immer wenn ich Hilfe brauche, also außerhalb der Schule, die hat mir sehr geholfen“

(Eminem, Pos. 37). Sonst ist die Gefahr groß, dass sich die jungen Menschen in noch unbekanntem Abläufen und im „Dschungel der Zuständigkeiten“ (Velmering, 2017, S. 7) verlieren. Bei Senthu war bspw. der Fußballtrainer ein wichtiger Ausgangspunkt, professionelle Unterstützung zu erhalten, als er und seine Familie aufgrund von Fehlverhalten seines Vaters nicht mehr in der Sammelunterkunft wohnen durften und so keine Unterkunft hatten: „Alles war spät und so. Dann ich bin zum Heinz gegangen, mein Trainer, Fußballtrainer, der hat gesagt: ‚Du musst das machen und zum Jugendamt gehen, weil du bist unter 18. ... und die helfen dir.‘ Ich habe gesagt: ‚Okay“ (Eray, Pos. 39).

**Therapie:** In Anbetracht der vielfältigen Symptome einer (komplexen) Traumatisierung gilt es zudem zu verstehen und behutsam psychoedukativ mit den jungen Menschen zu erarbeiten, welche Unterstützungsformen sich als geeignet erweisen. So berichtet Rathor, dass er trotz vorheriger Skepsis psychotherapeutische Angebote wahrnimmt, da nach vielfältigen Untersuchungen seine (psychosomatischen) Schmerzen auf körperlicher Ebene nicht behandelt werden können: „Wir waren auch öfters zum Arzt, EKG gemacht. Sie war auch mit mir beim Arzt und nix rauskam. Und dann haben die Betreuer gesagt: Okay, jetzt machen wir eine Therapie. ... Erst mal war ich der Meinung, ich bin nicht von meinem Kopf krank. Wieso ich muss die Therapie teilnehmen? Und als dritter oder vierter Therapietermin war, ich war der Meinung: Mensch, es hilft doch!“ (Rathor, Pos. 116). Ausschlaggebend für ihn war, dass die Fachkräfte „regelmäßig mit mir gesprochen, wo das mir helfen kann“ (Rathor, Pos. 128). Traumakompetenzen und das Wissen um Traumafolgeerscheinungen sind für Fachkräfte daher unabdingbar.

**Bleibperspektive:** Zudem berichten die jungen Menschen vom enormen Ausmaß einer unsicheren Bleibperspektive: Mansour z. B. erhält mitten im Lauf eine Ablehnung: „Nachteil ist wegen diese Asylablehnung, als ich die bekommen habe. Ist auch, war nervös, was viel Stress ist auch und alles so“ (Pos. 40). An dieser Stelle war er besonders angewiesen auf eine parteiliche Unterstützung durch seinen Betreuer aus der Jugendhilfe, eine Anwältin und ein Beratungszentrum (Pos. 53-55), dennoch bleibt „diese Angst haben und alles so“ (Pos. 49). Immer wieder stellt sich die Perspektive für die Jugendlichen als unsicher dar: „Diese Stress, weil ich habe ja nicht umsonst gelernt. Weil gut, wenn ich einen Job finde und dann das mit Aufenthalt klären“, erzählt Alex

(Pos. 156). Dass das Asylverfahren, unsichere Bleibeperspektiven und die Bedrohung von Abschiebung für junge geflüchtete Menschen enorme Belastungen sind, spiegeln zahlreiche Quellen wider (Brandmaier & Ahrndt, 2012; Wenk-Ahnson & Schock, 2008). Es wird deutlich, dass dieser chronische Stress zu psychischen Belastungen wie Angsterkrankungen, Depression und PTBS beitragen kann (Steel, et al., 2009) und mit steigender Sicherheit des Aufenthaltstitels ein positiver Zusammenhang zur Wirkung von Jugendhilfemaßnahmen einhergehen (Macsenaere, Köck, & Hiller, 2018).

**Rassismus:** Ein großer Teil der interviewten jungen Menschen berichtet konkret von Rassismus und Ausgrenzungserfahrungen, sei es nun durch nahestehende Bezugspersonen und Fachkräfte, von Gleichaltrigen oder Fremden. Senthu erzählt bspw. von einer Alltagsbegegnung: „Leute ... fragen: ‚Was machst du hier? ... Und nimmst dir Geld von unser Land‘“ (Pos. 251). Ausgrenzungserfahrungen in Schule und Freizeit, wegen Sprachschwierigkeiten etc. sind Alltag. Die regelmäßige Konfrontation mit Herabsetzung, Kränkung und rassistischen Vorurteilen sind belastend und tragen bedeutend zu psychischen Erkrankungen wie Depression, Angststörungen und PTBS bei (Carter, 2007; Louw & Schwabe, 2020; Yeboah, 2017).

**Sprache:** Auch Sprache und Sprachkenntnisse bieten eine große Angriffsfläche für Ausgrenzung: „Wenn wir Fehler machen und so, die lachen auf uns und so, weil er weiß, dass ich nicht gut die Sprache und so“ (Pos. 67). Auch die Unterstützung durch Dolmetschende ist keine Gewissheit dafür, dass die jungen Menschen ihre Anliegen sprachlich transparent machen können. So berichtet Rathor bspw. sogar von falschen Übersetzungen „weil als ich bei BAMF eine Anhörung hatte, ... habe ich was anders gesagt. Er hat weiter was anderes erzählt und dann mein Vormünderin und mein bester Betreuer waren dabei und er meint so: ‚Nein, es kann aber nicht sein. Er hat uns das und das erzählt‘“ (Rathor, Pos. 328). Rathor (Pos. 9) bezeichnet daher die deutsche Sprache als „Schlüssel, in Deutschland zu leben“. Sie bietet Basis für eine zunehmende Autonomie und Verselbständigung der Jugendlichen. „Früher hatte ich immer Dolmetscher, aber jetzt ich kann alles alleine machen. Mit Praktikum suchen auch, kann ich jetzt machen, alleine machen und alles. Ja, nicht alles, aber ich kann sagen, 85% jetzt kann ich alleine machen“ (Mansour, Pos. 228).

**Parteilich-reflektierte Haltung:** Wichtig ist, dass psychosoziale Fachkräfte die oben beschriebenen Erfahrungen und die Bewältigungsmuster proaktiv erfragen. Grundlegend dafür ist eine parteiliche, reflektierte Haltung eigener rassistisch-sozialisierter Annahmen. So berichtet Eminem bspw. aus der Zusammenarbeit mit Fachkräften, dass diese denken, „dass halt die Jugendliche oder halt, die von anderen Ländern kommt, also von Orient oder so, dass die aus Steinzeit kommen oder so“ (Pos. 67). Er setzt hinzu: „Wir sind auch Menschen; wir haben auch Häuser, Wohnungen. Wir kommen nicht aus der Wüste [lacht], wir laufen nicht mit Kamelen“ (Pos. 75).

### Rahmenmodell „Diagnostisches Fallverstehen“

Um was es in der Fallbearbeitung geht, wird nach Hansjürgens (2022) durch Fachkräfte konstruiert. Von wem und wie mittels diagnostischen Vorgehens ein Fall konstruiert wird, hat Auswirkungen darauf, wie die Problemstellung von jungen geflüchteten Menschen betrachtet wird. Unterschieden werden können dabei klassifikatorische und rekonstruktive Diagnostikverfahren. Ziel der klassifikatorischen Diagnostik ist eine exakte Zuweisung von Diagnosen unter Anwendung standardisierter Verfahren. Das Klassifikationssystem des International Classification of Diseases (ICD, aktuell in der 11. Revision) ordnet dafür bestimmte Symptome jeweils einer Diagnose zu. Dafür werden jeweils standardisierte Instrumente entwickelt. Ein Beispiel für die Zusammenarbeit mit traumatisierten geflüchteten Menschen ist der Refugee Health Screener (Hollifield, et al., 2016). Auf Basis dieser Komplexitätsreduktion gelingt es, sich auch im interdisziplinären Kontext gesichert über ein Phänomen auszutauschen (bspw., dass es sich bei Interessenverlust, Verminderung des Antriebs und einer gedrückten Stimmung um eine Depression handelt). Dies kann hilfreich sein, um Zugänge zu Hilfesystemen zu eröffnen. Zugleich gehen mit den Klassifikationssystemen jedoch stigmatisierende Subsumtionslogiken und Normalitätskonstruktionen einher. Rekonstruktive Verfahren wiederum nehmen vor allem die subjektiven Deutungen der Klient\*innen in den Blick. Die Verfahren bilden eine große Komplexität ab, bei denen die Problemdeutungen von den Klient\*innen im Mittelpunkt stehen. In der Zusammenarbeit mit jungen geflüchteten Menschen geht es darum, die Wechselwirkung zwi-

schen den jungen Menschen und ihrem sozialen Umfeld (bspw. bei Auswirkungen postmigrantischer Stressoren) zu erfassen. Auch biografische Aspekte, die die aktuelle Situation prägen können berücksichtigt werden. Die Relevanz von Selbstdeutungen und biografischen Kontext ist gerade im Fluchtbereich unbestreitbar, bleibt jedoch im Gesundheitswesen oftmals unberücksichtigt. Hier muss Soziale Arbeit Übersetzungsarbeit leisten und die von den jungen Menschen in den Interviews eingeforderte Partizipation über rekonstruktive Verfahren stärken. Die beiden Herangehensweisen werden an vielen Stellen kontrovers diskutiert. Inzwischen jedoch hat sich herauskristallisiert, dass für die psychosoziale Praxis eine Integration als sinnvoll zu betrachten ist. Ein Modell, was beide Verfahren miteinander verbindet, ist das Rahmenmodell „Diagnostisches Fallverstehen“ (Heiner, 2013; siehe Abbildung 7). Insbesondere die rekonstruktiven Verfahren regen Selbstverstehensprozess bei den Klient\*innen und Fremdverstehensprozesse bei den Fachkräften an. Biografische Aspekte und aktuelle Stressoren wie ihr Hineinwirken auf das aktuelle Wohlbefinden der jungen Menschen werden so deutlich.

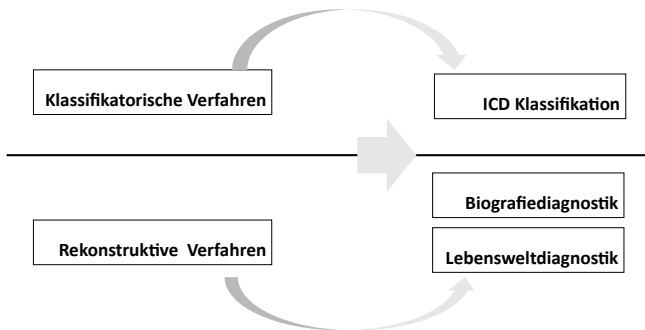


Abbildung 7: Rahmenmodell „Diagnostisches Fallverstehen“, eigene Abbildung (vgl. Heiner, 2013; Gahleitner et al., 2013).

Werden unter Nutzung verschiedenster Instrumente die drei Dimensionen erarbeitet, wird eine Fülle an Informationen sichtbar. Für eine fundierte Interventionsplanung müssen diese strukturiert und reduziert werden. Die „Koordinaten psychosozialer Diagnostik und Intervention“ (Pauls, 2013) ermöglichen es, die zuvor gewonnenen Informationen auf Ebene der Klient\*innen wie deren soziales Umfeld und der Unterscheidungen von

jeweiligen Ressourcen und Stressoren einzuteilen. Hierfür werden alle durch den diagnostischen Prozess gewonnen Informationen den vier Dimensionen zugeordnet (siehe Abbildung 8). Anhand dieser Zuordnung können nun an einzelne Punkte Interventionsimpulse erarbeitet werden, die helfen Stressoren abzubauen und Ressourcen zu stärken. Sie ermöglicht es aber auch, dass Stressoren nicht ausschließlich im Individuum selbst verortet werden, sondern die Wechselwirkung von Person und Umwelt in den Mittelpunkt gestellt wird.

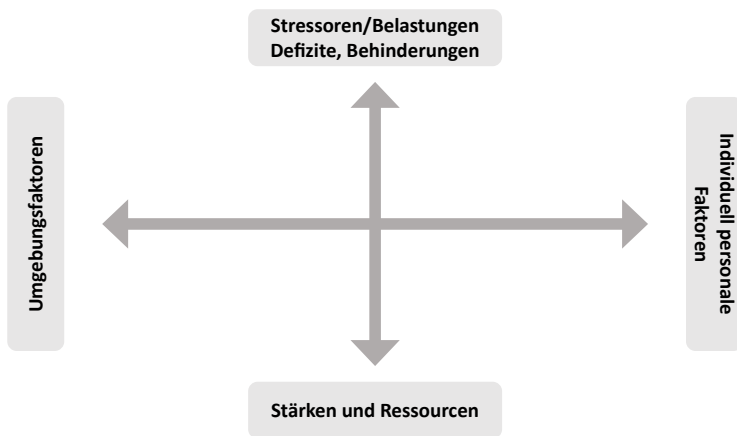


Abbildung 8: Koordinaten psychosozialer Diagnostik und Intervention, Große et al., 2023, in Anlehnung an Pauls, 2013.

## Evaluation des zielgruppenspezifischen Diagnostikmodells – Implementierung und formative Evaluation

Auf Basis der Ergebnisse zur Situation und dem Bedarf junger geflüchteter Menschen und der Sichtung von Konzepten und Instrumenten Sozialer Diagnostik wurde das zielgruppenspezifische psychosoziale Diagnostikmodell entwickelt. Um dessen Einsatzfähigkeit in der psychosozialen Unterstützung von jungen geflüchteten Menschen zu überprüfen, wurde das Modell in insgesamt sechs Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe wie der psychosozialen Beratungspraxis **implementiert** und anschließend **evaluiert**. Am Anfang der Implementierung stand ein für die Fachkräfte konzipierter Zwei-Tages-Workshop, in dem

grundlegende Haltungsaspekte zur Anwendung des diagnostischen Modells, vertieftes Fachwissen zu zielgruppenspezifischen Themen, Übungen zur Anwendung der diagnostischen Bereiche und die notwendigen Rahmenbedingungen vermittelt wurde. Für den Workshop wurde ein umfassendes Booklet entwickelt, um Informationen zu bündeln. Um den jungen Menschen das Modell zu erläutern, wurde ein Informationsblatt in vereinfachter deutscher Sprache verfasst und in vier Sprachen (Farsi, Arabisch, Dari, Französisch) übersetzt. Des Weiteren wurden eigens für psychosoziale Themen Piktogramme (siehe Abbildung 9) entworfen, die bspw. im Rahmen der narrativ orientierten Biografiediagnostik eingesetzt werden können. Der Prozess der Implementierung wurde zudem eng durch eine zuständige Person des Wissenschaftsteams begleitet.

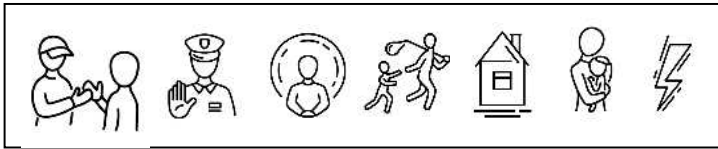


Abbildung 9: Darstellung einzelner Piktogramme, aus Große et al., 2023.

Die formative Evaluation fand in Form von zehn problemzentrierten Interviews (Witzel, 2000) mit jungen Menschen statt, die das psychosoziale Diagnostikmodell mit Fachkräften der kooperierenden Praxiseinrichtungen erfahren hatten. Der Fokus der evaluativen Interviews lag auf dem Erleben des diagnostischen Prozesses durch die jungen Menschen selbst (u. a. Verständlichkeit, Beziehung zwischen Fachkraft und jungen Menschen, Verstehensprozesse, Thematisierung von Verletzungen). Die zuständigen Fachkräfte wurden zudem in zwei Gruppendiskussionen zu hinderlichen und förderlichen Aspekten befragt (inhaltlich, methodisch, kritische Aspekte während des diagnostischen Prozesses, Beziehung, Verstehensprozesse, Rahmenbedingungen). Das qualitative Material wurde transkribiert und mittels der Qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2002) ausgewertet.

Nachstehend werden die **wichtigsten Ergebnisse** der formativen Evaluation skizziert:

**Haltung:** Die Ergebnisse der Einzelinterviews zeigen auf, wie wichtig eine beziehungs-, wie ressourcenorientierte, partizipative und rassistiskritische Haltung im diagnostischen Prozess ist (Anon, Pos. 59; James, Pos. 90). „Es ist schwer für Flüchtlinge, aber noch schwerer von Dunkelhäutigen, von Farbige. Ich habe viel Freunde, die mir viel Sache erzählt haben, ... es ist schon im System. Es ... läuft so, man kann nicht ändern. Ich denke das. Eine Person kann ich ändern, zehn Personen kann ich ändern von tausende Personen“ (Anon, Pos. 67). Eine Fachkraft beschreibt zudem wie sich ihre Wahrnehmung durch die Zusammenarbeit mit den jungen Menschen verändert hat: „Ich merke, wenn ich mit ihnen unterwegs bin, dass ich viel sensibler bin. ... dass unsere jungen Menschen oft schon sehr auch erschreckend, sehr viele Erfahrungen gemacht haben ... ,Ich bin aus meinem Heimatland geflohen, ich habe alles zurück gelassen, um besser leben zu können. Jetzt bin ich hier und jetzt passiert mir das wieder. ... Ich habe das Gefühl, ich bin nicht mehr sicher. ... aber ich bin doch hier in Deutschland!“ (GD 2, Pos. 106).

Werden verletzende Erfahrungen berichtet, benötigt es eine Prozesskontrolle durch die jungen Menschen. So sagt James (Pos. 14) bspw.: „Sie hat ... gesagt, wenn du Fragen nicht reden möchtest, ... einfach sag' mir Bescheid. Einfach du dich selbst gut fühlen. Also was du sprechen kannst, kannst du mir erzählen. Was nicht, einfach sag Stopp. Und ich habe es gemacht.“ Die Transparenz im Vorgehen und ein Informiertsein der jungen Menschen sind die Basis eines gelingenden Prozesses (GD 4, Pos. 103).

**Offenes Vorgehen:** Eine Fachkraft verdeutlicht, dass es insbesondere mithilfe der rekonstruktiven Verfahren gelingt, die Deutungen der jungen Menschen in den Mittelpunkt zu stellen: „Ich kriege das auch schon oft mit, dass man so denkt: ‚Ja, ja, weiß ich ja alles schon; kommt aus Syrien ... diese Methode macht eine Person nicht zu einem unbegleiteten, minderjährigen Geflüchteten, sondern zu einer Person mit ihrer Geschichte ... irgendwie vieldimensional“ (GD 3, Pos. 66; vgl. GD 3, Pos. 68). Das offene, narrative Vorgehen benötigt ein Zutrauen der jungen Menschen in die Fachkraft. Einher damit gehen Überlegungen von zeitlichen Ressourcen: „Natürlich die erste Mal kann ich nicht auch mit meinem Betreuer gut sprechen, zum Beispiel freundlich und so. Aber langsam, langsam, das dauert. Aber natürlich die Leute sieht: Okay, diese

Person ist gut, ist nett. Warum soll ich nicht mit diese Person sprechen?“ (Mard, Pos. 76).

**Neue Informationen und Verstehensprozesse:** Der diagnostische Prozess deckt neue Ressourcen und Ziele auf (Sido, Pos. 78; Anon, Pos. 263; Antonia, Pos. 57; Nika, Pos. 119; Lukas, Pos. 140 ff.; Amira, Pos. 9). Auch bei bereits langjähriger Zusammenarbeit wird so bisher Bekanntes angereichert: „In den drei, vier Sitzungen, das war einfach der Hammer, was man da auch noch über den jungen Menschen so erfahren hat, obwohl man den schon drei, vier Jahre betreut. Also das fand ich so beeindruckend“ (GD 3, Pos. 14). Der Prozess ermöglicht zudem Selbstverstehensprozesse der jungen Menschen. Eine Fachkraft beschreibt bspw., wie das Selbstverstehen mit der Annahme eigener Gefühle einhergeht: „Also ich war da auch irgendwie, selber ... auch sehr offen für das, was sie so erzählt hat und auch sehr dankbar. ... das konnte sie, glaube ich, gut annehmen. ... Weil ich glaube, es war irgendein Punkt, wo bei ihr schon irgendwie was eingesetzt hat so: ‚Ja, ich darf traurig und wütend sein über das, was ich erlebt habe‘“ (GD 4, Pos. 20). Aber auch für die Fachkräfte werden Verstehensprozesse initiiert: „Dadurch, dass ich so viel weiß und er mir so viel gezeigt hat, verstehe ich so viel Dinge so viel besser ja. Also warum er jetzt was will“ (GD 3, Pos. 74).

**Zur-Sprache-Kommen von Verletzungen:** Für James gibt es Vor- und Nachteile im Besprechen von Verletzungen. Einerseits „einfach danach erleichtert mich so. ... Ich lass einfach so raus“ und andererseits „danach ... musste ich wieder weinen“ (James, Pos. 8). Betont haben die jungen Menschen jedoch, dass es nach dem Besprechen von Verletzungen vor allem zu Entlastungen kam (Antonia, Pos. 45; James, Pos. 86; Lukas, Pos. 128; Saifi, Pos. 38; Sido, Pos. 14). Mit dem besprechen von Verletzungen kann es zu Verunsicherung der Fachkräfte kommen: „Ich hatte da schon Respekt vor ... weil ich bin halt 'nur' Sozialpädagogin und keine Therapeutin so. ... oder habe da einfach Respekt vor, dass ich da nicht irgendwas auslöse“ (GD 3, Pos. 4). Als notwendig wird daher Traumafachwissen beschrieben (GD 4, Pos. 91, 93). Aber auch „Gesprächs-, Umgangs- und Kulturformen in der Region oder in dem Land“ aus dem die jungen Menschen kommen, sind für die Fachkräfte wichtige Aspekte des Basiswissens (GD 2, Pos. 21; vgl. GD 1, Pos. 59). Durch die Orientierung an den Grenzen der jungen Menschen, in Verbindung der narrativen Verfahren und Traumakompetenz der Fachkräfte, gelingt

es, Verletzungen besprechbar zu machen. „Da hatte ich so dieses Gefühl in der ersten Sekunde so: Oh, verdammt! Jetzt hast du was losgetreten, was du jetzt nicht so wolltest. ... Und da hat er, hat er gesagt: ‚Nein, es war gut. Es war gut, dass das mal raus war.‘ ... ich mache das mitverantwortlich ... , dass er jetzt bereit ist, sich therapeutische Unterstützung zu suchen“ (GD 3, Pos. 23).

**Beziehungsorientierung:** Aus Sicht der Fachkräfte sind Beziehungs- und Vertrauensprozesse einerseits Grundlage für den diagnostischen Prozess, andererseits unterstützt der diagnostische Prozess aber auch die Beziehungsgestaltung: „In eine echte Beziehung zu kommen. ... Die als Person zu sehen und nicht als irgendein Name oder irgendeine Nationalität“ (GD 3, Pos. 78). So ist die Beziehung durch den diagnostischen Prozess „noch mal ein Stück enger im professionellen Sinne“ (GD 3, Pos. 15). Auch für Sido (Pos. 68) „die Verbindung verstärkt“. Für James (Pos. 82) drückt sich das darin aus, dass er nun bei Bedarf schneller Unterstützung sucht: „Ja, also ich habe so mehr gefühlt, dass sie zu mir Vertrauen gegeben hat, so mehr offen ist für mich. ... wenn irgendwas mit mir nicht gut geht ... ich rede einfach mit sie, wenn ich sie sehe hier. Ja, also ich rede jetzt mehr mit sie.“

**Überlegungen zu zeitlichem Rahmen:** Einen „richtigen“ Zeitpunkt zur Eröffnung des diagnostischen Prozesses können die befragten Fachkräfte nicht benennen. Viel wichtiger erscheint ihnen das individuelle Herangehen und die damit verbundene zeitliche Flexibilität wie Geduld: „Es gibt manche Klienten, wo man, ... so ein bisschen ... rauskitzeln muss: ‚Wo kann ich dir jetzt gerade helfen?‘ ... so die Ruhe und die Zeit zu nehmen, ... die Hintergründe oder die Motivation dann näher zu betrachten ... Ja, ich glaube, einfach die Zeit und die Haltung: Ich möchte dich verstehen und ich nehme mir Zeit, dich gerade zu verstehen“ (GD 4, Pos. 31). Auch die Möglichkeit eines wiederholten diagnostischen Durchlaufs, bzw. die Wiederholung einzelner methodischer Elemente wird als hilfreich benannt: „weil das [die Situation] ändert sich ja auch. Das ist ja ein Stand von vor einem halben Jahr... und jetzt zu fragen: ‚Hey, wo bist du gerade?‘“ (GD 4, Pos. 18; Erg. v. Verf.).

**Institutionelle Implementierung des Modells:** Je nach Betreuungsin- tensität ist es für Fachkräfte herausfordernd, das umfangreiche Modell zu implementieren: „Und also es wird alles mehr und nicht weniger und da merke ich, dass da enormer Druck in, in mir steigt ... Das hat so viel

gebracht und es stimmt. ... und dass das Eine natürlich eine Haltungssache ist, aber auch eine „Kann ich das in meinen Alltag einarbeiten? Ja, wer gibt mir dafür das Okay auch, wenn ich das mir schon gegeben habe?“ (GD 4, Pos. 105). Unterstützend sind dabei Kolleg\*innen, die Raum schaffen, durch bspw. Übernahme von administrativen Aufgaben (GD 4, Pos. 65). Zugleich wird es als hilfreich beschrieben, wenn auch andere Kolleg\*innen mit dem diagnostischen Modell arbeiten. So wird die Motivation erhöht und ein gemeinsames, biografisch geprägtes Verständnis gegenüber den jungen Menschen wird entwickelt (GD 3, Pos. 63, 98; GD 4, Pos. 60). Zudem werden Austausch- und Reflexionsmöglichkeiten als entlastend durch die Fachkräfte beschrieben (GD 3, Pos. 86; GD 4, Pos. 47).

### Zielgruppenspezifisches Diagnostikmodell

Auf Basis obenstehender empirischer Ergebnisse und weiterführender Überlegungen wurde das zielgruppenspezifische Diagnostikmodell erstellt. Bevor die diagnostischen Bereiche (klassifikatorisch, biografisch, lebensweltlich) näher beschrieben werden, wird die Haltung, wie also der diagnostische Prozess gestaltet wird, in ihrer Relevanz herausgestellt. Neben Weiterbildungen zu spezifischen Themen (bspw. Trauma), Supervisionen und anderen Implementierungsmöglichkeiten wurde deutlich, dass diese Haltungslinien (siehe Abbildung 10) im Besonderen den diagnostischen Prozess beeinflussen <sup>6</sup>.

### Haltungs- und Handlungskompetenzen

**Traumasensibilität und Traumakompetenz:** Wissen um die Dynamik traumatischer Erfahrungen ermöglicht Erkennen und Verstehen von Traumafolgestörungen. Verhaltens- und Erlebensweisen junger traumatisierter geflüchteter Menschen können auf dieser Basis besser eingeordnet werden. Die Handlungskompetenz der Fachkräfte wird so erhöht. Traumapädagogische Konzepte gewinnen an dieser Stelle in der Alltagsbewältigung und weiteren Interventionsplanung an Relevanz.

---

<sup>6</sup> Die nachfolgenden Ausführungen sind stark zusammengefasst. Eine ausführliche Beschreibung der Haltungslinien befindet sich in Große, et al. (2023).

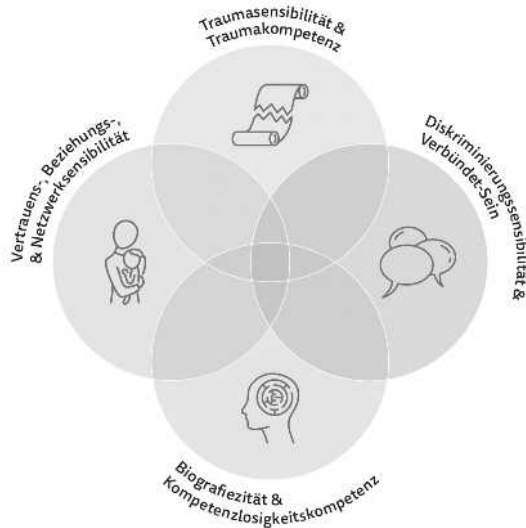


Abbildung 10: *Haltungs- und Handlungskompetenzen*, aus Große, et al., 2023.

**Biografizität und Kompetenzlosigkeitskompetenz:** Auch Wissen um die Sozialisationsbedingungen der jungen Menschen unterstützt Verstehen. Gleichzeitig gilt es dabei vermutete Differenzen nicht überzubetonen, sondern zuzuhören, neugierig zu sein und individuelle Besonderheiten des Gegenübers, die subjektive Geschichte, zu erfragen, wahr- und anzunehmen. Das Konzept der „Kompetenzlosigkeitskompetenz“ (Mecheril, 2013) versteht daher unter professionellem Handeln stetige Selbstreflexion und die Verschränkung von Wissen und Nicht-Wissen sowie die Fähigkeit, Uneindeutigkeiten auszuhalten.

**Vertrauens-, Beziehungs- und Netzwerksensibilität:** Nicht allen jungen Menschen gelingt es in Deutschland angekommen, Vertrauen zu Fachkräften aufzubauen. Schmerzhaft Vorerfahrungen beeinflussen ihre Fähigkeit sich zu öffnen. Fachkräfte sind daher besonders aufgefordert in Vorleistung zu gehen und Vertrauen auf- und Misstrauen abzubauen. Notwendig sind hier zeitliche Ressourcen und institutioneller Rückhalt. Auf Basis eines vertrauensvollen Kontaktes gelingt es, Unterstützung(-sidenen) zu vermitteln und ein tragfähiges Hilfenetzwerk aufzubauen.

**Diskriminierungssensibilität und Verbündet-Sein:** Diskriminierungs- und Ausgrenzungserfahrungen gehören für viele junge geflüchtete Menschen zum täglichen Erleben. Diskriminierungssensible Beratung und Begleitung, muss um Ohnmachts- und Ausgrenzungserfahrungen und deren Auswirkungen wissen. Dieses Wissen gilt es, im Sinne von struktureller und politischer Arbeit, auch an andere beteiligte Fachkräfte heranzutragen. Denn weiße psychosoziale Fachkräfte teilen den Erfahrungsraum von Ausgrenzungserfahrungen aufgrund von rassistisch gedeuteten äußerlichen Merkmalen nicht. Über eine antidiskriminierende Haltung jedoch kann es gelingen, dass die jungen Menschen auf proaktive Nachfrage von belastenden Alltagserfahrungen berichten.

#### Zielgruppenspezifische diagnostische Bereiche

Die Grundstruktur des oben benannten Rahmenmodells „Diagnostisches Fallverstehen“ wurde beibehalten, die Instrumente jedoch zielgruppenspezifisch ausgestaltet. Wie in Abbildung 9 ersichtlich, werden zunächst die Bereiche klassifikatorische, wie Biografie- und Lebensweltdiagnostik genutzt, um Komplexität herzustellen. Die Reihenfolge dieser drei zu erarbeitenden diagnostischen Bereiche ist nicht relevant. Vielmehr geht es darum, dass durch ihre Berücksichtigung ein umfassendes Bild der komplexen psychosozialen Situation junger Menschen entsteht. Erst anschließend werden diese Informationen mithilfe der „Koordinaten psychosozialer Diagnostik und Intervention“ (siehe Abbildung 11) reduziert. Das Koordinatensystem bietet die Grundlage, (Nicht-) Intervention fachlich zu begründen und zu planen. Nachfolgend werden vor allem die zielgruppenspezifischen Anpassungen der diagnostischen Bereiche skizziert.



Abbildung 11: Rahmenmodell „Diagnostisches Fallverstehen“, aus Große, et al., 2023.

**Klassifikatorische Diagnostik:** Im Rahmen des Diagnostikmodells werden klassifikatorische Diagnosen (bspw. ICD) vorwiegend durch Fachkräfte anderer Disziplinen, wie z. B. Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen, erstellt. Häufig handelt es sich um sogenannte Eingangsdagnosen, die eine Voraussetzung für den Zugang zu bestimmten Hilfsformen darstellen. Sozialarbeitende begleiten ihre Adressat\*innen im Alltag und können auf Basis der Zusammenarbeit und damit verbundenen Beobachtungen einen wichtigen Beitrag leisten, diese Eingangsdagnosen zu differenzieren. Darüber hinaus sind Eingangsdagnosen als momentane Beschreibung der Symptome zu verstehen und können künftig im Prozess auch wieder in Frage gestellt werden (Wesenberg & Gahleitner, 2022). Sozialarbeitende leisten hier einen wichtigen Beitrag, wenn sie Alltagsbeobachtungen zur Differenzierung von Diagnosen im interdisziplinären Kontext einbringen. Wissen um die Möglichkeiten und ihre Grenzen kategorialer Diagnostik sind daher auch für Sozialarbeitende unabdingbar. Neben der Psychodiagnostik durch das ICD können auch soziale Verhältnisse klassifikatorisch erfasst werden. Ein Beispiel stellt das Inclusionschart von Pantuček-Eisenbacher (2019) dar<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Näher das spezifizierte IC\_flü, abrufbar unter [www.baff-zentren.org/aktuelles/das-fluechtlingsspezifische-inklusionschart-ic\\_flue/](http://www.baff-zentren.org/aktuelles/das-fluechtlingsspezifische-inklusionschart-ic_flue/), letzter Zugriff am 25.11.2022.

Psychosoziale Diagnostik				
Stammdaten				
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Telefonnummer:	E-Mail:
Anschrift:	Sorgeberechtigte:	Krankenkasse:	Jugendamt:	
Asylverfahren: (Status/Fristen/rechtlicher Beistand)		Soziales Netzwerk: (wer unterstützt)	Professionell Helfende:	
Medizinische Versorgung: (Allgemeinmedizin; Psychiater:innen u. a. )			Vormundschaft:	
Sprachkenntnisse: (Sprach-/Kulturmittlung nötig?)			Ehrenamtlich Unterstützende:	
Schulbildung:			Familie:	
Berufsausbildung:			Partner:innen:	
Beschäftigungserlaubnis:			Freund:innen:	
Finanzielle Mittel:				
Mobilität:				

Diagnostisches Fallverstehen  
Stammdatenblatt

Abbildung 12: Stammdatenblatt Seite, aus Große, et al., 2023.

Vor dem Hintergrund der Notwendigkeit, klassifikatorische Psychodiagnostik und sozioökonomische Daten zu erfassen, wurde im Rahmen des Projekts ein Stammdatenblatt entwickelt. Dieses bietet die Möglichkeit, relevante Daten konzentriert abzubilden. Zunächst werden bekannte Informationen eingetragen, welche dann im Zuge des diagnostischen Prozesses sukzessive ergänzt werden (siehe Abbildung 12).

Das Stammdatenblatt dient somit auch als Übersicht über den Verlauf der gesamten Diagnostik. Wenn Diagnosen auf Aktenlage übernommen werden, sollten zur Kontextualisierung Zeitpunkt und Diagnostiker\*in aufgenommen werden. Da junge geflüchtete Menschen im Laufe ihrer Entwicklung wie beschrieben mit traumatischen Situationen in Kontakt kommen können, können nach sorgfältiger Exploration kategorialer wie biografischer Diagnostik Einschätzungen bezüglich einer etwaigen Traumatisierung vorgenommen werden.

Hier wird eine Zuordnung in mono, komplex so wie schwere frühe Traumatisierung ermöglicht. Dieser Einordnung kommt zentrale Bedeutung

bei der passgenauen Planung künftiger Interventionsschritte und dem interdisziplinären Austausch zu.

**Biografiediagnostik:** In der Arbeit mit jungen geflüchteten Menschen kommt der Biografiediagnostik und dem damit einhergehenden rekonstruktiven Vorgehen eine besondere Bedeutung zu. Biografiediagnostik ermöglicht Vertrauens-, Verstehens- und Beziehungsgestaltungsprozesse. Das Ankommen in Deutschland geschieht „vor dem Hintergrund eigener biografischer Selbstkonstruktionen und Sinnorientierung“ (Hanes & Homfeldt, 2009, S. 150).

Biografische Aspekte und deren Deutung geben daher auch wichtige Hinweise über die aktuellen Möglichkeiten und Grenzen von Interventionen. Insbesondere Verletzungen und Traumatisierungen und damit verbundene schützende und auch erschwerende Kontexte werden durch biografische Erzählungen deutlich. Die Bewältigung von Traumata wird durch „entwicklungsbedingte Prozesse ständig aktualisiert und modifiziert“ (Gahleitner, Das pädagogisch-therapeutische Milieu in der stationären Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen, 2015, S. 7). Sowohl für die Einordnung des Trauma-Typs (siehe auch klassifikatorische Diagnostik) als auch für die Interventionsplanung sind daher bisherige biografische Faktoren mitzubersichtigen.

Biografische Informationen werden an vielen Stellen erhoben, beobachtet und festgehalten, z. B. im Alltag stationärer Einrichtungen. In der Regel werden die erhaltenen Informationen jedoch schnell entlang vorgefasster Kategorien sortiert. Wie sich das Aufwachsen jedoch auf Basis der Selbstdeutungen der jungen Menschen gestaltete, wird nur selten systematisch erfragt. Die Selbstdeutungen jedoch haben dort besondere Relevanz, wo Menschen durch die unsichere Bleibeperspektive oder der Reduzierung auf die Flucht kaum Raum haben, subjektive Deutungen zu verbalisieren. Ein offener, narrativ gestalteter Prozess tritt dem entgegen und befördert beidseitige Verstehensprozesse, die über die Fluchtgeschichte selbst hinaus gehen. Für die Umsetzung im Rahmen des zielgruppenspezifischen Diagnostikmodells bieten sich kreative Möglichkeiten des Zeitstrahls an. Er eröffnet die Möglichkeit, die Informationen der jungen Menschen chronologisch zu sortieren.

Psychische Erkrankungen (z. B. ICD-Diagnose):	Von wem wann diagnostiziert:
Traumaeinordnung:	Bindungsrepräsentation:
mono ----- komplex ----- schwere frühe Verletzungen	
<b>Stressoren, Belastungen, Defizite</b> 	
<b>Umgebung</b>	<b>Person</b>
<b>Stärken und Ressourcen</b>	

Diagnostisches Fallverstehen  
Stammdatenblatt

Abbildung 13: Stammdatenblatt Seite 2, aus Große et al., 2023.

Die eigens für das Projekt entwickelten Piktogramme können zur Versprachlichung komplexer Zusammenhänge genutzt werden (siehe Abbildung 9). In der rekonstruktiven Biografiediagnostik werden neben der zeitlichen Einordnung der Lebensereignisse die Parameter Bindungsrepräsentanz, Schutz- und Risikofaktoren sowie kognitive, soziale und emotionale Entwicklung als systematisierende Parameter genutzt. Diese Parameter haben unter anderem Einfluss darauf, wie und ob Hilfe- und Beziehungsangebote angenommen und traumatische Erlebnisse bearbeitet werden können. Entlang dieser Aufmerksamkeitslinien kann die konkrete Ausgestaltung der Intervention passgenauer erfolgen.

**Lebensweltdiagnostik:** Die aktuelle Situation der jungen Menschen wird vertiefend im Bereich der Lebensweltdiagnostik bearbeitet. Auf Grundlage der empirischen Ergebnisse wurde das in der Sozialen Arbeit gängige Modell der Fünf-Säulen-der-Identität nach Petzold (1993) umfassend ergänzt und angepasst (siehe Abbildung 13).

Das vorliegende Konzept der „Säulen der Lebenswirklichkeit als Basis für die persönliche und soziale Identität junger geflüchteter Menschen“ nimmt Petzolds (1993) Gedanken auf, dass Identität das Resultat von Identifikation (von innen) und Identifizierung (von außen) ist. Diese subjektive Konstruktion sowie die von außen kommenden Bedingungen des Gewordenseins gilt es zu verstehen. Die Idee des Ursprungsmodell ist, dass das eigene Selbst (die Identität) durch die Säulen Körper und Psyche, Arbeit und Leistungsfähigkeit, soziale Beziehungen, materielle Sicherheit wie Werte und Normen getragen wird. Sind einzelne Säulen brüchig bzw. schwach ausgeprägt, kommt das Selbst und damit das Wohlbefinden ins Wanken. Innerhalb des Ankommensprozesses in Deutschland sind junge geflüchtete Menschen zudem mit zielgruppenspezifischen Dimensionen konfrontiert: Spracherfahrungen und Sprachmöglichkeiten, Aufenthaltsstatus sowie Diskriminierungserfahrungen. Daher wurde das Ursprungsmodell um diese Dimensionen ergänzt. Wie Abbildung 14 aufzeigt, werden Sprache und Aufenthalt als Basis der weiteren Säulen verstanden. Sie haben fundamentale Auswirkungen auf Lebenswirklichkeit junger geflüchteter Menschen und ihre Teilhabemöglichkeiten.

Ausgrenzungs- und Ohnmachtserfahrungen werden in allen Bereichen erlebt bzw. stehen in Verbindung mit ihnen. Sie liegt daher quer zu den anderen Säulen.

Einzelne Bereiche der Säulen können zudem vertieft werden. Da das Vertrauen in die Welt als sicherer Ort bei jungen geflüchteten Menschen erschüttert sein kann, sind sie im besonderen Maße auf ein unterstützendes und beziehungs-sensibles Außen angewiesen. Die Vertiefung des Bereichs der sozialen Kontakte liegt daher nahe. Hierfür wurden auf Basis der empirischen Ergebnisse besonders relevante Netzwerkpersonen junger geflüchteter Menschen erkundet.

Zudem wurden die Möglichkeiten des sozialen Atoms (Moreno, 1989) und der Eco-Map (Pantuček-Eisenbacher, 2019) miteinander verbunden zu „Soziale Kontakte junger geflüchteter Menschen“. Der junge Mensch steht wie im sozialen Atom im Mittelpunkt und ordnet zunächst spontan alle wichtigen Personen zu und macht ggfs. Beziehungen zu diesen Personen deutlich.



Abbildung 14: Säulen der Lebenswirklichkeit, aus Große et al., 2023.

Anschließend können anhand weitergehender Exploration weitere, relevante Netzwerkpersonen hinzugezogen werden.

### Zusammenfassende und weiterführende Gedanken

Verletzende Erfahrungen von jungen geflüchteten Menschen lassen sich schwerlich verhindern, weder im Herkunftsland, auf der Flucht selbst, noch im Aufnahmeland. Ein unterstützendes Außen insbesondere im Ankommensprozess trägt jedoch wesentlich dazu bei, Stressoren zu verringern, Ressourcen aufzubauen und Folgen von etwaigen Traumatisierungen zu lindern. Dafür sind vor allem geschulte Fachkräfte in der Kinder- und Jugendhilfe und den psychosozialen Zentren für geflüchtete junge Menschen bedeutsam. Den professionellen Institutionen und deren Fachkräften kommt daher eine große Verantwortung zu. Mit Hilfe des angepassten Diagnostikmodells soll der Blick auf die besondere Situation der jungen geflüchteten Menschen geschärft werden.

Ein eigenes für die Praxis konzipiertes Booklet bietet einen Einblick auf die praxisnahe Ausarbeitung des Diagnostikmodells. Hinzu wurden verschiedenste Materialien wie Podcasts, Videos und Arbeitsblätter erarbeitet. Mit der open access Variante möchten wir die Anwendung des

Modells auch nach Ende des Projektzeitraumes unterstützen<sup>8</sup>. Für eine gelingende Umsetzung des Modells benötigt es jedoch weitaus mehr: Z. B. Wissen und Anwendung um Trauma und Umgang mit Symptomen von Traumafolgestörungen, Bindungswissen zur passgenauen Planung einer professionellen Beziehungsarbeit, Wissen um diskriminierende und rassistische Strukturen zum Abbau von Macht- und Ohnmachtserfahrungen.

... Es braucht aber auf jeden Fall, finde ich, so eine Leitungsebene oder ja, Menschen, die mehr Entscheidungskraft haben, ... damit das ja auch wirklich dann stattfindet und nicht so ein Wunschgedanke ist für die einzelnen Fachkräfte“ (GD 4, Pos. 10).

Gelingt es jedoch, einen Raum für das umfassende Modell zu ermöglichen, entstehen Entlastungen und heilsame Perspektiven für die jungen Menschen, wie Anon (Pos. 35-43) verdeutlicht. „Und ich fand das so wie eine Therapie für mich. ... es gibt ... Dinge, die man nicht immer in behalten soll, sondern muss die ausspucken ... ich kann das beschreiben. ... wenn viel Sache du das in deine Körper ... oder in behaltet hast, irgendwann wird so wie Atome: Du explodiert auf einmal so ... Viele Leute ... kommen hier als Flüchtlinge. Die vertrauen nicht jeder Person, solche Sachen zu erzählen. Und die behalten das für sich und ... irgendwann hast du so viel Problem, dass du nur an Selbstmord denkst ... wenn du jemandem vertraust und du redest so was ... ich finde für mich ist sehr gut, wirklich. Weil seitdem schlafe ich noch ... besser als früher“.

---

<sup>8</sup> Große, L., Wintzer, L. I., Ebinger, S., Golatka, A., Jaquet, R., Riep, M. & Gahleitner, S. B. (2023). Diagnostisches Fallverstehen – Psychosoziale Arbeit mit jungen geflüchteten Menschen. Booklet für Fachkräfte der Sozialen Arbeit. Goßmannsdorf. ZKS.



# **Ethische, legale und soziale Implikationen (ELSI) bei der Verwendung von künstlicher Intelligenz in der Diagnose von vulnerablen Gruppen**

Annina Böhm-Fischer & Luzi Beyer

Im Projekt wurden ELSI-Aspekte und Datenschutz sehr wichtig genommen. So gab es zum Beispiel einen fast 80-seitigen ELSI-Zwischenbericht der sich auch mit Themen befasste wie Dual Use, der Verhältnismäßigkeitsabwägung zwischen dem Recht der Eltern auf Pflege (Grundgesetz Artikel 6) und den Recht der Minderjährigen auf freie Entfaltung (Grundgesetz Artikel 2) bei der Nutzung der KI sowie der Fähigkeit einer bewussten und reflektierten Einwilligung von minderjährigen Geflüchteten in die Anwendung von künstlicher Intelligenz. Dabei konnte mitunter aufgebaut werden auf Überlegungen zu ethischen Aspekten und autonomen Fahren (Decker, 2019), Strategien beim Umgang mit hilfebedürftigen Personengruppen wie älteren Menschen im Kontext von Smart Living (Fink, Börner, & Eibl, 2020) und KI Anwendungen in der Industrie (Pokorni, Braun, & Knecht, 2021).

Als zielführend für die Projektinterne ELSI-Bewertung wurden sechs globale ELSI-Kategorien aus dem MEESTAR (Modell zur ethischen Bewertung soziotechnischer Vereinbarungen) abgeleitet (Weber, 2015) und um ELSI-Aspekte aus dem Value-Sensitive Design ergänzt (Friedman & Henry, 2019; Manzeschke, 2015). Als Überprüfung ob die Bewertung auch zu ELSI-konformen Entwicklungen geführt hat wurde der KoFFI-Code angewendet (Grimm & Mönig, 2020) sowie der ELSI-SAT<sup>9</sup> durchgeführt.

Die erste Kategorie aus dem MEESTAR ist "Datenschutz". Diese Kategorie umfasst Punkte wie die schriftliche Dokumentation aller Datenzugriffe, die möglichst sparsame Erhebung von Daten und die App sowie die Minimierung des Outsourcings an Dritte. Die zweite Kategorie ("Förderung") beinhaltet Themen wie Diversität unter den Entwicklern, möglichst zielgruppengerechte Datenschulung und rechtliche Implikationen (z. B. des Grundgesetzes), während die dritte Kategorie ("Scha-

---

<sup>9</sup> <https://www.elsi-sat.de>

densvermeidung") Details wie regelmäßige Überprüfung der Funktionalität, Updates und den Schutz aller Beteiligten beinhaltet. Die vierte Kategorie ("Autonomie") umfasst Faktoren wie Nachvollziehbarkeit der Funktionsweise und Übersteuerbarkeit. Die vorletzte Kategorie ist "Fairness". Diese Kategorie umfasst Überlegungen wie die Bewertung auf Verzerrungen, die Überprüfung der Repräsentativität der Daten und die Gerechtigkeit. Die letzte Kategorie ("Transparenz") umfasst beispielsweise folgende Aspekte: Veröffentlichung des Codes, Erklärungen der Funktionsweise und Entscheidungen für die Nutzer.

Im Projekt werden drei interne ELSI-Dimensionen aus dem Value-Sensitive Design (Friedman & Henry, 2019) abgeleitet. Die Dimensionen beziehen sich zum einen auf individuelle Bedürfnisse (z. B. Sicherheit und Selbstbestimmung), zum anderen auf die Stellung des Einzelnen in der Gesellschaft (Gerechtigkeit und Partizipation) und schließlich auf überindividuelle, gesamtgesellschaftliche Themen der Innovation (Nachhaltigkeit). Im Rahmen des Projekts sind alle Dimensionen relevant, aber für konkrete Entscheidungen zur Umsetzung zum Nutzen der Nutzer ist die individuelle Bedürfnisdimension am wichtigsten. Allerdings ergeben sich oft Dilemmata aufgrund von Anforderungen (z.B. rechtlicher Art) oder anderer Wünsche/Interessen. Drei wiederkehrende Dilemmata auf der Dimension der individuellen Bedürfnisse sind: Selbstbestimmung/Sicherheit und Privatsphäre sowie das spezifische Dilemma der Nutzerwünsche und Schadensfreiheit sowie die Querschnittsthemen Verantwortung und Fürsorge.

Durch die Kombination beider Ansätze (MEESTAR, Value-Sensitive Design) zielt das Projekt darauf ab, Technik so zu gestalten, dass ethische Prinzipien, Überlegungen und Werte umfassend berücksichtigt werden, indem sie explizit gemacht und bei der Gestaltung digitaler Systeme immer wieder reflektiert werden, um sie auf die Realität der Menschen zu beziehen.

## Erkenntnisse und Entwicklungen

Bei der Überprüfung mit KoFFI-Code (Grimm & Mönig, 2020) sowie der ELSI-SAT wurde sehr deutlich, dass ELSI-Aspekte und deren Bewertungen an sich schon ein komplexes Thema sind. Mintunter ist rechtlich nicht erlaubt was ethisch von vielen als annehmbar erlebt wird (z. B. Eizellenspende) und mitunter ist ethisch nicht vertretbar was sich von

der Zielgruppe aufgrund von sozialen Bedürfnissen gewünscht wird (z. B. Peer-Chat mit „echt Peers“). ELSI-Aspekte im Kontext von künstlicher Intelligenz sind komplex und dabei auch noch abstrakt. Die Kombination führt ethisch und rechtlich zu Herausforderungen (Beck S. , 2020), deren man nur durch ständige Reflektion und Hinterfragung gerecht werden kann. Neben all den projektinternen Überlegungen und gemeinsamen Reflektionen mit Experten im Rahmen von Treffen und Workshops (z. B. zu Datenethik, Critical Whiteness, Datenrecht und Datenschutz) kam im Projekt trotzdem immer wieder die Meinung auf, dass wir gern mehr wissen würden über die Einschätzung, Sichtweise und Bewertung der Zielgruppe selbst; der geflüchteten Minderjährigen. Zum einen ist die Sichtweise der Zielgruppe auf die App und die KI unklar, jedoch wichtig, da die subjektive Sicherheit und die Risikowahrnehmung einen Einfluss auf die Nutzung von E-Health angeboten haben (Krömer & Zwillich, 2014). Erwartung und Sichtweisen konnten jedoch nur aus Studien zu Akzeptanz von AI-Robotern (Chi, Jia, Li, & Gursoy, 2021), KI allgemein (Jacovi, Marasović, Miller, & Goldberg, 2021) und Chatbots (Diers, 2020; Espig, Klimpel, Rödenbeck, & Auth, 2019) geschätzt werden, was als zu ungenau eingeschätzt wurde. Daten zur subjektiven Sicherheit und Vertrauen beim gibt es bis dato aus Studien zum autonomen Fahren (Drewitz, Wilbrink, Oehl, Jipp, & Ihme, 2021) und altersgerechten Assistenzsystemen (Grewe, 2015), zu KI im Rahmen von E-Health gab es bis dato keine Studien, sondern vor allem theoretische Überlegungen (Tagde, et al., 2021) und einzelne Case Studies (Ziuziański, Furmankiewicz, & Sołtysik-Piorunkiewicz, 2014). Zum anderen fanden sich keine Studien mit minderjährigen Geflüchteten und deren Standpunkt gegenüber der Verwendung von künstlicher Intelligenz (unabhängig vom Kontext). Um das zu ändern und eine Forschungslücke zu schließen wurden im laufenden Projekt beschlossen, einen Fragebogen zur Erfassung der subjektiven Sicherheit, dem wahrgenommenen Wert, der generellen Technikaffinität sowie der Health-App Akzeptanz der Zielgruppe in Bezug auf die App und die KI zu entwickeln.

## Subjektive Sicherheit und Wahrgenommener Wert der TraM Health-App und der KI

Zur Entwicklung des Fragebogens wurden im ersten Schritt Modelle, Fragebögen und Literatur zu subjektiver Sicherheit (Drewitz, Wilbrink, Oehl, Jipp, & Ihme, 2021; Grewe, 2015) und wahrgenommenen Wert (Biel, 2001; Imgrund, 2017) recherchiert, da dies der primäre Fokus des Fragebogens sein sollte. Aufgrund thematischer Schnittmengen waren hierbei auch die Konstrukte trustworthiness (van Haasteren, Vayena, & Powell, 2020), trust in Automatisierung (Kohn, De Visser, Wiese, Lee, & Shaw, 2021; Choung, David, & Ross, 2022), Erwartungen an Smart-Service-Systeme (Neuhüttler, Fischer, Ganz, & Spath, 2020), trust in AI (Benda, Novak, Reale, & Ancker, 2022) und wahrgenommene Nützlichkeit (Scholz & Roth, 2017) – z. B. von Sprachassistenten (Krol & Boßow-Thies, 2020) von Interesse.

Studien mit diese Konstrukten (Subjektive Sicherheit, trust, wahrgenommener Wert, ...) allgemein sowie Ergebnissen in Kombination mit E-Health und KI / AI wurden in gängigen Datenbanken recherchiert (Gille, Jobin, & Ienca, 2020). Ergänzend wurde Mensch-Technologie-Interaktion (Bröhl, Nelles, Brandl, Mertens, & Nitsch, 2019), Technikaffinität (Franke, Attig, & Wessel, 2019; Karrer, Glaser, Clemens, & Bruder, 2009) und Technikakzeptanz (Weber, Frommeld, Manzeschke, & Fangerau, 2015) als Basis für die Nutzung von KI in die Recherche integriert.

Aus der Literatur, den Fragebögen und Checklisten (z. B. TA-EG, ATI, mHAT checklist & SSRIT, Alberta Rating Index for Apps) wurde eine Sammlung von insgesamt 51 Fragen/Aussagen, die für das Projekt passend waren, extrahiert und ein minimalistisches sowie konsensuelles Modell erstellt.

Die 51 ursprünglichen Fragen waren teilweise kompliziert formuliert (da sie aus Experten-Tools stammen), redundant und/oder unpassend (aufgrund der Kontextes, z. B. Apps für Senioren). Die Fragen wurden deswegen in einem iterativen Prozess reduziert und angepasst. In Anlehnung an das im Projekt entwickelte Modell (siehe Abbildung 15) insgesamt 21 Fragen (5'er Likert Skala) sowie eine offene Frage für

sonstige Anmerkungen herausgearbeitet. Abschließend wurden die Fragen in leichte Sprache umgewandelt und als Online-Fragebogen implementiert.<sup>10</sup>



Abbildung 15: erwartete Zusammenhänge und Ebenen des Fragebogens „Subjektive Sicherheit bei der Nutzung der TraM App (eigene Abbildung).

Das Modell ist nicht als allumfassend und erschöpfend zu verstehen, sondern dient als konzeptioneller Rahmen für das erste Erheben von Vertrauen bei gesundheitsbezogener KI und die Nutzung von KI. Der Fokus liegt ganz explizit nicht auf Expertenmeinungen und der Darstellung der realen Komplexität, sondern als Grundlage für empirischer testbare Zusammenhänge (Gille, Jobin, & Ienca, 2020). Das Modell bildet die Grundlage um erste Eindrücke von Subjektiver Sicherheit und wahrgenommenem Wert von KI in E-Health Apps für (minderjährige) Geflüchtete zu erforschen.

Mit den finalen 21 Fragen werden u. a. erfragt: Bedenken in Bezug auf Datenanalyse und Datenschutz („Bei der Benutzung von moderner Technik ich unsicher was mit meinem Daten passiert.“), Angst vor Überwachung (z. B. „Ich mache mir Sorgen, dass die Infos von der App von der Regierung mitbraucht werden.“) und Einstellungen zur eigenen

<sup>10</sup> Ein vollständiger Fragebogen kann von den Autoren erfragt werden.

Privatsphäre (z. B. „Ich habe Sorgen vor einem Eingriff in meine Privatsphäre ...“).

Eine erste Erhebung des Fragebogens fand im Rahmen der Usability-Studie statt (N = 23). Der Datensatz ist jedoch nicht groß genug für eine faktoranalytische Auswertung in Bezug auf das Modell sowie zum Testen von Hypothesen. Ferner ist nicht geklärt, ob sich die erhobene Stichprobe (mit Migrationsgeschichte) zum Klären der Fragestellungen eignet, weswegen für die Modelltestung eine größere sowie bevölkerungsrepräsentative Stichprobe angestrebt wird (Portz et al., 2019). Gründe davor sind, dass die Health-App Akzeptanz (Thornton, 2018) sowie die subjektive Sicherheit (Welch et al., 2022) von jungen Menschen mit Fluchterfahrung wahrscheinlich geringer ausfällt.

Ein großer Teil der Literatur zeigt, dass Vertrauen und Risiko die beiden wichtigsten Überzeugungen im Zusammenhang mit dem Datenschutz sind (Sun, 2020; Schomakers, Biermann, & Ziefle, 2021)

dass die Absicht (z. B. eine App zu nutzen) positiv von Vertrauensüberzeugungen und negativ von Risikoüberzeugungen beeinflusst wird (Malhotra, Kim, & Agarwal, 2004).

Ein allgemeiner Konsens in der Vertrauens-Risiko-Literatur zeigt, dass persönliche Eigenschaften in gewissem Maße Vertrauensüberzeugungen und Risikoüberzeugungen beeinflussen (Araujo, Helberger, Kruikemeier, & De Vreese, 2020). Dies bedeutet, dass die Neigung einer Person, sich Sorgen um die Privatsphäre von Informationen zu machen, Einfluss darauf hat, wie die Person eine bestimmte Situation wahrnimmt. Genauer gesagt, Internetnutzer mit einem hohen Maß an Bedenken bezüglich des Datenschutzes sind wahrscheinlich wenig vertrauensvoll und haben eine hohe Risikobereitschaft.

In Bezug auf das Modell wird deswegen erwartet, dass die Akzeptanz der KI sowie der Diagnose (und somit auch die Nutzung) vom wahrgenommenen Wert und der subjektiven Sicherheit beeinflusst wird. Weiterhin wird davon ausgegangen, dass die Akzeptanz von KI-Diagnostik in einer bevölkerungsrepräsentative Stichprobe eher hoch sein wird (Druga, 2018). Ferner wird erwartet, dass die generelle Technikaffinität (GT) und die E-Health App Akzeptanz mit dem Alter korreliert (Breil et al., 2021).

## Fazit und Ausblick

Luzi Beyer

Das Projekt „TraM - Traumatisierte minderjährige Geflüchtete verstehen und unterstützen: Entwicklung eines niedrigschwelligen Screening- und Unterstützungs-Portals als Grundlage eines umfassenden psychosozialen Diagnostikmodells“ hatte von Beginn an die große Herausforderung, über sehr unterschiedliche Disziplinen hinweg, eine Lösung für einen brennenden Problemkomplex mit hoher Praxisrelevanz zu generieren. Aus verschiedenen Arbeitspaketen unterschiedlicher Akteure mit deutlich verschiedenen Perspektiven konnte hierzu eine gemeinsame Arbeitsgrundlage und praktische Anwendungen mit direkter Auswirkung in die verschiedenen Bereiche generiert werden.

Im Laufe des Projekts zeigten sich, zusätzlich zu diesen Herausforderungen, weitere Hürden und hier besonders die Einschränkungen, die in den Beobachtungen und Interaktionen mit der Zielgruppe durch die Corona-Pandemie zu meistern waren. Der Umgang mit dieser hochgradig vulnerablen Personengruppe konnte nicht eins zu eins in die Anonymität von online-Befragungen oder Videokonferenzen transferiert werden, da immer die Fürsorgepflicht und der Rückhalt zur Vermeidung und zum Umgang bei Traumatisierung und die Gefahr der Retraumatisierung vorrangig waren.

Ich möchte mich hier bei allen Beteiligten des Projekts für das bemerkenswerte Engagement, die große Bereitschaft zur Kooperation und die hohe Flexibilität im Umgang miteinander und über alle Disziplinen hinweg bedanken. Dies bildete die Grundlage, auf der die Arbeitsergebnisse erzielt werden konnten.



*Abbildung 16: Projektbeteiligte und zuständige Mitarbeiter\*innen beim VDI, Foto vom Kick-off-Meeting 20.01.2020*

v.l.n.r.: Lisa Große, Prof. Dr. Sebastian Schnieder, Prof. Dr. Ronald Freytag, Dr. Dunja Storch, Marcus Weberskirch, Martina Braun, Prof. Dr. Luzi Beyer, Prof. Dr. Jarek Krajewski, Annina Böhm-Fischer, Prof. Dr. Edwin Naroska, Dr. Christina Hilgers, Prof. Dr. Silke Gahleitner, Katrin Sikorski

## Literaturverzeichnis

- Öndül, D. E. (2018). Einführung in das deutsche Ausländer- und Asylrecht. In B. Blank, S. Gögercin, & K. E. Sauer, *Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft: Grundlagen – Konzepte – Handlungsfelder* (S. 111-123). Springer.
- Adam, H. (2009). Adoleszenz und Flucht - Wie jugendliche Flüchtlinge traumatisierende Erfahrungen bewältigen. In V. King, & H. C. Koller, *Adoleszenz - Migration - Bildung: Bildungsprozesse Jugendlicher und junger Erwachsener mit Migrationshintergrund* (S. 139-153).
- Andreatta, P. (2018). Traumatisierung von Kindern durch Krieg und Flucht sowie ein kritischer Blick auf den klinischen Traumadiskurs. *Psychologie & Gesellschaftskritik*, 43(2/3), 75-95.
- Araujo, T., Helberger, N., Kruikemeier, S., & De Vreese, C. H. (2020). In AI we trust? Perceptions about automated decision-making by artificial intelligence. *AI & SOCIETY*, 35(3), 611-623.
- Auma, M. M. (2017). *Rassismus*. Berlin: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Baer, U., & Frick-Baer, G. (2016). *Flucht und Trauma. Wie wir traumatisierten Flüchtlingen wirksam helfen können*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus Mohn.
- BAfF. (15. 09 2017). *Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (2017). Schwachstellen der Versorgung: Daten zur psychosozialen Unterstützung von Flüchtlingen und Folteropfern*.
- BAfF. (2017). *Schwachstellen der Versorgung: Daten zur psychosozialen Unterstützung von Flüchtlingen und Folteropfern*. BAfF e.V. veröffentlicht neuen neuen Versorgungsbericht. Pressemitteilung vom 06.02.2017. Berlin: BAfFv: Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer.
- Baier, A., & Siegert, M. (2018). Die Wohnsituation Geflüchteter (BAMF-Kurzanalyse; 02| 2018). Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

- Bean, T., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, E., Broekaert, E., & Spinhoven, P. (2006). Validation of the multiple language versions of the reactions of adolescents to traumatic stress questionnaire. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 19(2), 241-255.
- Bean, T., Eurelings-Bontekoe, E. H., Derluyn, I., & Spinhoven, P. (2004). *RATS user's manual*. Oegstgeest.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2000). *BDI-FastScreen for Medical Patients*. APA PsycTests.
- Beck, S. (2020). Künstliche Intelligenz—ethische und rechtliche Herausforderungen. In *Philosophisches Handbuch Künstliche Intelligenz* (S. 1-28).
- Benda, N. C., Novak, L. L., Reale, C., & Ancker, J. S. (2022). Trust in AI: why we should be designing for APPROPRIATE reliance. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 29(1), 207-212.
- Berthold, T. (2014). In erster Linie Kinder. In *Flüchtlingskinder in Deutschland*. Deutsches Komitee für UNICEF eV.
- Bevan, N., Carter, J., & Harker, S. (2015). ISO 9241-11 revised: What have we learnt about usability since 1998? *International conference on human-computer interaction* (S. 143-151). Springer, Cham.
- Biel, A. L. (2001). Grundlagen zum Markenwertaufbau. In *Moderne Markenführung* (S. 61-90). Wiesbaden: Gabler Verlag.
- BMFSFJ. (2017). *15. Kinder- und Jugendbericht: Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland*.
- Bol, N., Dienlin, T., Kruikemeier, S., Sax, M., Boerman, S. C., Strycharz, J., & De Vreese, C. H. (2018). Understanding the effects of personalization as a privacy calculus: Analyzing self-disclosure across health, news, and commerce contexts. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 23(6), 370-388.
- Breil, B., Dederichs, M., Kremer, L., Richter, D., Angerer, P., & Apolinário-Hagen, J. (2021). Bekanntheit und Nutzung von digitalen Gesundheitsangeboten in Deutschland: eine

- bevölkerungsrepräsentative Querschnittsuntersuchung. *Das Gesundheitswesen*, 83(12), 1019-1028
- Bröhl, C., Nelles, J., Brandl, C., Mertens, A., & Nitsch, V. (2019). Human-robot collaboration acceptance model: development and comparison for Germany, Japan, China and the USA. *International Journal of Social Robotics*, 11(5), 709-726.
- Brandmaier, M., & Ahrndt, A. (2012). Neue Perspektiven - Klinische Sozialarbeit mit traumatisierten Flüchtlinge. In S. B. Gahleitner, & G. Hahn, *Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten* (S. 305-323). Psychiatrie Verlag.
- Brooke, J. (1996). SUS-A quick and dirty usability scale. *Usability evaluation in industry*, 189(194), 4-7.
- Bryant-Davis, T., & Ocampo, C. (2005). The Trauma of Racism: Implications for Counseling, Research, and Education. *The Counseling Psychologist*, 33(4), 574-578.
- Bundesregierung. (2017). *Unterrichtung durch die Bundesregierung: Bericht über die Situation unbegleiteter ausländischer Minderjähriger in Deutschland*. Drucksache 18/11540. Deutscher Bundestag.
- Carter, R. T. (2007). Racism and Psychological and Emotional Injury: Recognizing and Assessing Race-Based Traumatic Stress. *The Counseling Psychologist*, 35(1), 13-105.
- Carter, T. D. (2005). Peer counseling: roles, functions, boundaries. *Readings in Independent Living*.
- Chang, A. (2020). The role of artificial intelligence in digital health. In S. Wulfovich, & A. Meyers, *Digital health entrepreneurship* (S. 71-81). Springer Cham.
- Chi, O. H., Jia, S., Li, Y., & Gursoy, D. (2021). Developing a formative scale to measure consumers' trust toward interaction with artificially intelligent (AI) social robots in service delivery. *Computers in Human Behavior*, 118, 106700.
- Choung, H., David, P., & Ross, A. (2022). Trust in AI and Its Role in the Acceptance of AI Technologies. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 1-13.
- Cohen, I. G., Evgeniou, T., Gerke, S., & Minssen, T. (2020). The European artificial intelligence strategy: implications and

- challenges for digital health. *The Lancet Digital Health*, 2(7), e376-e379.
- David, D. M., & Levartz, M. (2017). „In2Balance“: Unterstützung traumabelasteter Flüchtlinge durch Laienhelfer. *Rheinisches Ärzteblatt*, 71(1), 21.
- de Paiva Lareiro, C. (2019a). *Kinder und Jugendliche nach der Flucht: Lebenswelten von geflüchteten Familien in Deutschland (BAMF-Kurzanalyse 5 / 2019)*.
- de Paiva Lareiro, C. (2019b). *Kinder und Jugendliche nach der Flucht: Lebenswelten von geflüchteten Familien in Deutschland*.
- Decker, M. (2019). Autonome Systeme und ethische Reflexion. In *Die Maschine: Freund oder Feind?* (S. 135-158). Wiesbaden: Springer VS.
- Deutscher Caritasverband. (2016). *Kompetenzprofil der Fachkräfte in der Flüchtlingsarbeit der Caritas*. Freiburg: Deutscher Caritasverband.
- DGPPN. (2016). *Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen verbessern*. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. [15.09.2017]. Berlin: DGPPN.
- Diekmann, D., & Fereidooni, K. (2019). Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen geflüchteter Menschen in Deutschland: Ein Forschungsüberblick. *Zeitschrift für Flucht- und Flüchtlingsforschung*, 3(2), 343–360.
- Diers, T. (2020). *Akzeptanz von Chatbots im Consumer-Marketing: Erfolgsfaktoren zwischen Konsumenten und künstlicher Intelligenz*. Springer-Verlag.
- Dittmann, E., & Müller, H. (2013). Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in der Kinder- und Jugendhilfe: Fachlich-konzeptionelle Anforderungen und Entwicklungsperspektiven. *Forum Erziehungshilfen*, 19(5), 262–266.
- Drewitz, U., Wilbrink, M., Oehl, M., Jipp, M., & Ihme, K. (2021). Subjektive Sicherheit zur Steigerung der Akzeptanz des automatisierten und vernetzten Fahrens. *Forschung im Ingenieurwesen*, 85(4), 997-1012.

- Druga, S. (2018). Growing up with AI: Cognimates: from coding to teaching machines (Doctoral dissertation, Massachusetts Institute of Technology).
- Duplaga, M. (2022). The landscape of Health 4.0: Areas of application. In *The Digital Transformation of Healthcare* (S. 46-62). Routledge.
- Duplaga, M., & Jakubowski, S. (2022). Technologies enhancing Health 4.0. In *The Digital Transformation of Healthcare* (S. 31-45). Routledge.
- Enge, R., & Gahleitner, S. B. (2020). Die unbenannte Realität: Rassismus und Trauma. *Sozialmagazin*, 45(1-2), 57-64.
- Espig, A., Klimpel, N., Rödenbeck, F., & Auth, G. (2019). Bewertung des Kundennutzens von Chatbots für den Einsatz im Servicedesk. *14th International Conference on Wirtschaftsinformatik*. February 24-27, 2019, Siegen, Germany.
- EU 2013/33/EU. (2013). *Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26.06.2013 (2013). Richtlinie zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung)*. Amtsblatt der Europäischen Union (S. L180/96-116). Brüssel: EU.
- European Commission. (2020). *On Artificial Intelligence—A European Approach to Excellence and Trust*.
- Eyben, F., Scherer, K. R., Schuller, B. W., Sundberg, J., André, E., Busso, C., & Truong, K. P. (2015). The Geneva minimalistic acoustic parameter set (GeMAPS) for voice research and affective computing. *IEEE transactions on affective computing*, 7(2), S. 190-202.
- Eyben, F., Wöllmer, M., & Schuller, B. (2010). Opensmile: the munich versatile and fast open-source audio feature extractor. *Proceedings of the 18th ACM international conference on Multimedia*, (S. 1459-1462).
- Fürst, A. (2016). *Traumatisierten Flüchtlingen helfen*. Freiburg: Herder.
- Fegert, J. M. (2015). Ursachen und Folgen der Traumatisierung von Flüchtlingskindern in Deutschland. [www.uniklinikHYPERLINK.de](http://www.uniklinikHYPERLINK.de), [www.uniklinik-ulm.de](http://www.uniklinik-ulm.de).

*de/fileadmin/Kliniken/Kinder\_Jugendpsychiatrie/Praesentationen/FE\_2015\_9\_9\_Childhood\_Fluechtl.Pdf.*

- Fink, V., Börner, A., & Eibl, M. (2020). Living-lab and experimental workshops for design of I-RobEka assistive shopping robot: ELSI aspects with MEESTAR. *2020 29th IEEE International Conference on Robot and Human Interactive Communication (RO-MAN)*, 839-844.
- Fischer, G., & Riedesser, P. (2020). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. Reinhardt.
- Franke, T., Attig, C., & Wessel, D. (2019). A personal resource for technology interaction: development and validation of the affinity for technology interaction (ATI) scale. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 35(6), 456-467.
- Friedman, B., & Henry, D. G. (2019). *Value sensitive design: Shaping technology with moral imagination*. MIT Press.
- Frings, D. (2018). Wohnungslosenhilfe für Migrant\_innen: Teilhabe oder Ausgrenzung? In B. Blank, S. Gögercin, & K. E. Sauer, *Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft: Grundlagen – Konzepte – Handlungsfelder* (S. 159-170). Springer.
- Gahleitner, S. B. (2015). Das pädagogisch-therapeutische Milieu in der stationären Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen. *Heilpädagogik*, 58(2), 2-12.
- Gahleitner, S. B. (2017). *Soziale Arbeit als Beziehungsprofession: Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen*. Beltz Juventa.
- Gahleitner, S. B., & Golatka, A. (2016). Schützende Inselerfahrungen. Psychosoziale Zufluchtsorte als adäquate Antwort auf traumatische Fluchterfahrungen. *Forum sozialarbeit + gesundheit*, 11(2), 6-10.
- Gahleitner, S. B., & Homfeldt, H. G. (2012). *Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Gahleitner, S. B., & Weiß, W. (2016). Traumapädagogisches diagnostisches (Fall-) Verstehen. In W. Weiß, T. Kessler, & S. B. Gahleitner, *Handbuch Traumapädagogik* (S. 262-271). Weinheim: Beltz.

- Gahleitner, S. B., Hahn, G., & Glemser, R. (2013). *Psychosoziale Diagnostik*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Gahleitner, S. B., Zimmermann, D., & Zito, D. (2017). *Psychosoziale und traumapädagogische Arbeit mit geflüchteten Menschen* (Bde. Reihe: Fluchtaspekte, Bd. 1). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Gille, F., Jobin, A., & Ienca, M. (2020). What we talk about when we talk about trust: Theory of trust for AI in healthcare. *Intelligence-Based Medicine*, 1, 100001.
- GMK. (2015). *Beschlüsse der 88. GMK (2015). TOP 8.4 Finanzierung von Dolmetscherleistungen aus Bundesmitteln*. Bremen: Senat für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz. Gesundheitsministerkonferenz.
- Grewe, T. (2015). Subjektive Sicherheit in altersgerechten Assistenzsystemen. *Technisierung des Alltags. Beitrag für ein gutes Leben*, 7, 151-178.
- Grimm, P., & Mönig, J. M. (2020). *KoFFI-Code: Ethische Empfehlungen des BMBF-Projekts KoFFI Kooperative Fahrer-Fahrzeug-Interaktion*. Stuttgart: Institut für Digitale Ethik, Hochschule der Medien Stuttgart.
- Große, L., Ebinger, S., Wintzer, L., Golatka, A., Jaquet, R., Riep, M., & Gahleitner, S. B. (2023). „*Diagnostisches Fallverstehen*“ bei jungen geflüchteten Menschen – ein zielgruppenspezifisches Diagnostikmodell für die psychosoziale Praxis. ZKS Verlag.
- Gysi, J. (2018). *Veränderungen im ICD-11 im Bereich Trauma & Dissoziation*.
- Hamburger, F. (2018). *Abschied von der interkulturellen Pädagogik: Plädoyer für einen Wandel sozialpädagogischer Konzept*. Beltz Juventa.
- Hanses, A., & Homfeldt, H. G. (2009). Biografisierung der Lebensalter in Zeiten eines sich transformierenden Wohlfahrtsstaates: Herausforderung und Optionen für die Soziale Arbeit. In F. Kessl, & H.-U. Otto, *Soziale Arbeit ohne Wohlfahrtsstaat? Zeitdiagnosen, Problematisierungen und Perspektiven* (S. 149-164). Juventa.

- Hansjürgens, R. (2022). Ein Fall für die Soziale Arbeit. Handlungstheoretische Überlegungen zu einer sozialarbeiterischen Fallkonstruktion. *Soziale Arbeit*, 71(5), 162-170.
- Hargasser, B. (2016). *Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge: Sequentielle Traumatisierungsprozesse und die Aufgaben der Jugendhilfe*. Brandes & Apsel.
- Heiner, M. (2013). Wege zu einer integrativen Grundlagendiagnostik in der Sozialen Arbeit. In S. B. Gahleitner, G. Hahn, & R. Glemser, *Psychosoziale Diagnostik* (S. 18-34). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Herman, J. L. (2018). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. Junfermann.
- Hermes, G. (2006). Peer Counseling–Beratung von Behinderten für Behinderte als Empowerment-Instrument. In *Psychosoziale Beratung in der Sozial-und Rehabilitationspädagogik* (S. 74-85). Kohlammer.
- Herrmann, T., Macsenaere, M., & Wennmann, O. (2018). Ergebnisse. In M. Macsenaere, T. Köck, & S. Hiller, *Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in der Jugendhilfe: Erkenntnisse aus der Evaluation von Hilfeprozessen* (S. 25-85 ). Lambertus.
- Hoffnungsträger Stiftung. (<https://orlis.difu.de/handle/difu/259790> 2016). *Angekommen in Deutschland. Wenn geflüchtete Kinder erzählen. Eine Studie von World Vision Deutschland und der Hoffnungsträger Stiftung*.
- Hollifield, M., Toolson, E. C., Verbillis-Kolp, S., Farmer, B., Yamazaki, J., Woldehaimanot, T., & Holland, A. (2016). Effective screening for emotional distress in refugees: The refugee health Screener. *Journal Nerv Ment*, 204, 247–253.
- Imgrund, F. (2017). Empirisch-quantitative Überprüfung und Vergleich der Untersuchungsmodelle zum kundenseitig wahrgenommenen Wert der anbieter- und der kundengesteuerten Dienstleistungsindividualisierung. In *Der kundenseitig wahrgenommene Wert der anbieter- und der kundengesteuerten Dienstleistungsindividualisierung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

- Imm-Bazlen, U., & Schmieg, A.-K. (2016). *Begleitung von Flüchtlingen mit traumatischen Erfahrungen*. Berlin: Springer.
- Jacovi, A., Marasović, A., Miller, T., & Goldberg, Y. (2021). Formalizing trust in artificial intelligence: Prerequisites, causes and goals of human trust in AI. *Proceedings of the 2021 ACM conference on fairness, accountability, and transparency*.
- Joerin, A., Rauws, M., Fulmer, R., & Black, V. (2020). Ethical artificial intelligence for digital health organizations. *Cureus, Springer Nature, 12*(3).
- Karpenstein, J., & Rohleder, D. (2021). *Die Situation junger geflüchteter Menschen in Deutschland*. Bundesverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (BumF).
- Karrer, K., Glaser, C., Clemens, C., & Bruder, C. (2009). Technikaffinität erfassen—der Fragebogen TA-EG. In *Der Mensch im Mittelpunkt technischer Systeme* (S. 8, 196-201).
- Keilson, H. (1979). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Deskriptiv-klinische und quantifizierend-statistische follow-up Untersuchung zum Schicksal der jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden* (Bd. 5). Stuttgart: Enke.
- Keupp, H. (1997). *Ermutigung zum aufrechten Gang* (Bde. Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Bd. 35). Tübingen: DGVT.
- Keupp, H. (1997). Von der (Un-)Möglichkeit erwachsen zu werden: Jugend heute als "Kinder der Freiheit" oder als "verlorene Generation". *Journal für Psychologie, 5*(4), 36–54.
- Keupp, H. (2012). Alltägliche Lebensführung in der fluiden Gesellschaft. In S. B. Gahleitner, & G. Hahn, *Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten* (S. 34-51). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Kleefeldt, E., & Meyeringh, J. (2017). Flucht und Migration in der Adoleszenz. *PiD-Psychotherapie im Dialog, 18*(02), 46-50.
- Kohn, S. C., De Visser, E. J., Wiese, E., Lee, Y. C., & Shaw, T. H. (2021). Measurement of trust in automation: A narrative review and reference guide. *Frontiers in Psychology, 12*, 604977.

- Krömer, N., & Zwillich, B. (2014). Von eHealth zu mHealth: Bedingungen und Barrieren für eine Nutzung mobiler Gesundheitsangebote. *Gesundheitskommunikation als Forschungsfeld der Kommunikations- und Medienwissenschaft*, 193-207.
- Krol, B., & Boßow-Thies, S. (2020). Akzeptanz von Sprachassistenten zur Steuerung von Smart Home Services. In *Künstliche Intelligenz in Wirtschaft & Gesellschaft* (S. 517-541). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Kuhlmann, C. (2004). Zur historischen Dimension der Diagnostik am Beispiel von Alice Salomon. In M. Heiner, *Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit* (S. 11-25). Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.
- Lechner, C., & Huber, A. (2017). Ankommen nach der Flucht: Die Sicht begleiteter und unbegleiteter junger Geflüchteter auf ihre Lebenslage in Deutschland. *Deutsches Jugendinstitut*.
- Lennertz, I. (2011). *Trauma und Bindung bei Flüchtlingskindern. Erfahrungsverarbeitung bosnischer Flüchtlingskinder in Deutschland*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Louw, E., & Schwabe, K. (2020). *Rassismussensible Beratung und Therapie von geflüchteten Menschen: Handlungs- und Interventionsmöglichkeiten*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Möhler, E., Simons, M., Kölch, M., Herpertz-Dahlmann, B., Schulte-Markwort, M., & Fegert, J. M. (2015). Diagnosen und Behandlung (unbegleiteter) minderjähriger Flüchtlinge. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 43(6), 381-838.
- Möhrle, B., Dölitzsch, C., Fegert, J. M., & Keller, F. (2016). Verhaltensauffälligkeiten und Lebensqualität bei männlichen unbegleiteten Flüchtlingen in Jugendhilfeeinrichtungen in Deutschland. *Kindheit und Entwicklung*, 4(25), 204-215.
- Müller-Lottes, A. (2001). Die Rolle der Abgrenzung in der Betroffenen-Beratung. In *Mit Stock, Tick und Prothese: Das Grundlagenbuch zur Beratung behinderter Frauen* (S. 37-39). Bifos.

- Macsenaere, M., Köck, T., & Hiller, S. (2018). *Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in der Jugendhilfe. Erkenntnisse aus der Evaluation von Hilfeprozessen*. Freiburg: Lambertus.
- Maercker, A., Heim, E., Hecker, T., & Thoma, M. V. (2017). Soziale Unterstützung nach Traumatisierung. *Der Nervenarzt*, 88(1), 18-25.
- Malhotra, N. K., Kim, S. S., & Agarwal, J. (2004). Internet users' information privacy concerns (IUIPC): The construct, the scale, and a causal model. *Information systems research*, 15(4), 336-355.
- Manzeschke, A. (2015). MEESTAR: ein Modell angewandter Ethik im Bereich assistiver Technologien. *Technisierung des Alters– Beitrag zu einem guten Leben*, 263-283.
- Maurice, J., & Will, G. (2021). *Geflüchtete Kinder und Jugendliche im deutschen Bildungssystem: Zentrale Befunde der Studie ReGES (Bericht Nr. 2)*. Leibniz-Institut für Bildungsverläufe (LifBi).
- Mayring, P. (2000). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Beltz.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. Beltz.
- Mayring, P., & Gahleitner, S. B. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In K. Bock, & I. Miethe, *Handbuch qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit* (S. 295-304). Barbara Budrich.
- Mecheril, P. (2013). "Kompetenzlosigkeitskompetenz": Pädagogisches Handeln unter Einwanderungsbedingungen. In G. Auernheimer, *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität* (S. 15-35). Springer.
- Moreno, J. L. (1989). *Psychodrama und Soziometrie: Essentielle Schriften*. Edition Humanistische Psychologie.
- Neuhüttler, J., Fischer, R., Ganz, W., & Spath, D. (2020). Künstliche Intelligenz in Smart-Service-Systemen – Eine Qualitätsbetrachtung. In M. Bruhn, & K. Hadwich, *Automatisierung und Personalisierung von Dienstleistungen* (S. 207-234). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Pantuček-Eisenbacher, P. (2019). *Soziale Diagnostik: Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit*. Vandenhoeck & Ruprecht.

- Pauls, H. (2013). *Klinische Sozialarbeit: Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Beltz.
- Petzold, H. G. (1993). *Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie*. Junfermann.
- Pierce, C. (1974). Psychiatric problems of the Black minority. In *American handbook of psychiatry* (S. 512-523). Basic Books.
- Plutzar, V. (2016). Sprachenlernen nach der Flucht: Überlegungen zu Implikationen der Folgen von Flucht und Trauma für den Deutschunterricht Erwachsener. In H. Cölfen, & F. Janussek, *Flucht\_Punkt\_Sprache* (S. 109-134). Universitätsverlag Rhein-Ruhr.
- Pokorni, B., Braun, M., & Knecht, C. (2021). *Menschzentrierte KI-Anwendungen in der Produktion*.
- Poole, H., Bramwell, R., & Murphy, P. (2009). The utility of the Beck Depression Inventory Fast Screen (BDI-FS) in a pain clinic population. *European Journal of Pain*, 13(8), 865-869.
- Preitler, B. (2016). *An ihrer Seite sein: Psychosoziale Betreuung von traumatisierten Flüchtlingen*. Innsbruck: Studien Verlag.
- Quindeau, I., & Rauwald, M. (2016). *Soziale Arbeit mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen: Traumapädagogische Konzepte für die Praxis*. Weinheim: Grundlagentexte Soziale Berufe.
- Rösch, M. (1995). Wirkungsmessung eines Peer Counseling Trainings. Einschätzung eines Ausbildungsprogramms für behinderte BeraterInnen–Möglichkeiten und Grenzen. Diplom-Arbeit Johannes Gutenberg-Universität Mainz.
- Rabe, H. (2018). Ein Recht auf effektiven Schutz vor Gewalt in Flüchtlingsunterkünften. In N. Prasad, *Soziale Arbeit mit Geflüchteten: Rassismuskritisch, professionell, menschenrechtsorientiert* (S. 167-176). Barbara Budrich.
- Reddemann, L. (2015). *Kriegskinder und Kriegsenkel in der Psychotherapie: Folgen der NS-Zeit und des Zweiten Weltkriegs erkennen und bearbeiten – Eine Annäherun*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rommelspacher, B. (2010). Ethnische Minderheiten in der psychosozialen Beratung. Dynamiken von Integration und Segregation. In C. Labonté-Roset, H.-W. Hoefert, & H.

- Cornel, *Hard To Reach. Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit*. Berlin.
- Salomon, A. (1926). Soziale Diagnose. In A. Salomon, *Frauenemanzipation und soziale Verantwortung: Ausgewählte Schriften* (S. 255-314). Luchterhand.
- Scherr, A. (2016). Diskriminierung/Antidiskriminierung–Begriffe und Grundlagen. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 66(9), 3-10.
- Scherr, A., & Inan, Ç. (2017). Flüchtlinge als gesellschaftliche Kategorien und als Konfliktfeld: Ein soziologischer Zugang. In C. Ghaderi, & Eppenstein, *Flüchtlinge: Multiperspektivische Zugänge* (S. 129-146). Springer.
- Scherr, A., & Scherschel, K. (2019). *Wer ist ein Flüchtling?* Vandenhoeck & Ruprecht.
- Scherwath, C., & Friedrich, S. (2012). *Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung*. München: Reinhardt.
- Schneck, U. (2017). *Psychosoziale Beratung und therapeutische Begleitung von traumatisierten Flüchtlingen*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Schneider, F., Bajbouj, M., & Heinz, A. (2017). Psychische Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland. Modell für ein gestuftes Vorgehen. *Der Nervenarzt*, 21(1), 10-17.
- Scholz, S., & Roth, N. (2017). Determinanten der E-Health-Akzeptanz bei Verbrauchern. In *E-Health-Ökonomie*. Springer Gabler, Wiesbaden.
- Schomakers, E. M., Biermann, H., & Ziefle, M. (2021). Users' preferences for smart home automation–investigating aspects of privacy and trust. *Telematics and Informatics*, 64, 101689.
- Sourander, A. (1998). Behavior Problems and Traumatic Events of Unaccompanied Refugee Minors. *Child Abuse & Neglect*, 22(7), 719-729.
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health out-comes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic re-view and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 302(5), 537-549.

- Steuber, A. (2019). Spracherwerb in beruflichen Kontexten: Handlung, Tätigkeit und Sprache. In R. Natarajan, *Sprache, Flucht, Migration: Kritische, historische und pädagogische Annäherungen* (S. 327–344). Springer.
- Sukale, T., Hertel, C., Möhler, E., Joas, J., Müller, M., Banaschewski, T., Plener, P. L. (2017). Diagnostik und Ersteinschätzung bei minderjähriger Flüchtlingen. *Der Nervenarzt*, 88(1), 3-9.
- Sun, P. (2020). Security and privacy protection in cloud computing: Discussions and challenges. *Journal of Network and Computer Applications*, 160, 102642.
- Tagde, P., Tagde, S., Bhattacharya, T., Tagde, P., Chopra, H., Akter, R., & Rahman, M. (2021). Blockchain and artificial intelligence technology in e-Health. *Environmental Science and Pollution Research*, 28(38), 52810-52831.
- Thomford, N. E., Bope, C. D., Agamah, F. E., Dzobo, K., Owusu Ateko, R., Chimusa, E., & Wonkam, A. (2020). Implementing artificial intelligence and digital health in resource-limited settings?. *OmicS: a journal of integrative biology*, 24(5), 264-277.
- UNHCR. (2016). *Syria Regional Refugee Response. Inter-agency Information Sharing Portal. Last updated 9 May 2016*. Von United Nations High Commissioner for Refugees: <http://data.unhcr.org/syrianrefugees/regional.php> abgerufen.
- UNHCR. (2022a). *Global Trends: Forced Displacement in 2021*. Von United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR): [www.unhcr.org/publications/brochures/62a9d1494/global-trends-report-2021.html](http://www.unhcr.org/publications/brochures/62a9d1494/global-trends-report-2021.html) abgerufen
- UNHCR. (2022b). *Statistiken*. Abgerufen am 01.11.2022 von <https://www.unhcr.org/dach/de/services/statistiken>
- van Haasteren, A., Vayena, E., & Powell, J. (2020). The Mobile health app trustworthiness checklist: usability assessment. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(7), e16844.
- Velmering, T. (2017). *Care Leaver - gute Übergangspraxis für junge (geflüchtete) Menschen: Skript zum Praxisbeispiel von Thomas Velmering*.

- Venkatesh, V., Morris, M. G., Davis, G. B., & Davis, F. D. (2003). User acceptance of information technology: Toward a unified view. *MIS quarterly*, 27(3), 425-478.
- Wöller, W. (2016). Trauma-informierte Peer-Beratung in der Versorgung von Flüchtlingen mit Traumafolgestörungen. *Medizinische Psychologie*, 66(9/10), 349-355.
- Walz, M., Fink, E., Großmeier, M., Temprano, M., & Hapfelmeier, G. (2016). Häufigkeit psychischer Störungen bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen in Deutschland. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 44(1), 1-9.
- Weber, K. (2015). MEESTAR: Ein Modell zur ethischen Evaluierung sozio-technischer Arrangements in der Pflege- und Gesundheitsversorgung. In K. Weber, D. Frommeld, A. Manzeschke, & H. Fangerau, *Technisierung des Alltags* (S. 247). Franz Steiner verlag.
- Weber, K., Frommeld, D., Manzeschke, A., & Fangerau, H. (2015). *Technisierung des Alltags. Beitrag für ein gutes Leben*. Franz Steiner Verlag.
- Wenk-Ahanson, M., & Schock, K. (2008). Verlauf chronischer Traumafolgen – zum Begriff Retraumatisierung. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaften, Psychologische Medizin*, 6(4), 59-72.
- Wesenberg, S., & Gahleitner, S. B. (2022). *Lehrbuch Psychologie in der Sozialen Arbeit: Eine Einführung in psychosoziales Denken und Handeln in klinischen Handlungsfeldern*. Beltz.
- Westphal, P., Stroot, T., Lerche, E. M., & Wiethoff, C. (2014). *Peer Learning durch Mentoring, Coaching & Co: Aktuelle Wege in der Ausbildung von Lehrerinnen und Lehrern* (Bde. Theorien und Praxis der Schulpädagogik, Band 27). Immenhausen bei Kassel: Prolog Verlag.
- WHO. (2001). *The World Health Report 2001. Mental health: new perspectives, new hope*. Genf: WHO. Online verfügbar: [www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf](http://www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01_en.pdf) [15.09.2017]. World Health Organization.
- Witt, A., Rassenhofer, M., Fegert, J. M., & Plener, P. L. (2015). Hilfebedarf und Hilfsangebote in der Versorgung von

- unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen: Eine systematische Übersicht. *Kindheit und Entwicklung*, 24(4), 209-224.
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 1(1), Art. 22.
- Yeboah, A. (2017). Rassismus und psychische Gesundheit. In K. Fereidooni, & M. El, *Rassismuskritik und Widerstandsformen* (S. 143-161). Springer.
- Ziuziański, P., Furmankiewicz, M., & Sołtysik-Piorunkiewicz, A. (2014). E-health artificial intelligence system implementation: case study of knowledge management dashboard of epidemiological data in Poland. *International Journal of Biology and Biomedical Engineering*, 8(8), 164-171.

## Weiterführende Informationen und Publikationen im TraM Projekt

Beyer, L., & Böhm-Fischer, A. (05.05.2022). Discussing Ethical, Legal and Social Impact (ELSI) Aspects. *Alice*. <https://alice.ash-berlin.eu/forschung/discussing-ethical-legal-and-social-impact-elsi-aspects/>

Beyer, L. & Böhm-Fischer, A. (2022). Optimizing an AI mental health app for traumatized minor refugees. 20th International Conference on Communication, Medicine, and Ethics – COMET. Hongkong.

Gahleitner, S. B. (2021). Traumatische Erfahrungen und hard to reach. In Giertz, K., Große, L., & Gahleitner, S. B. (Hrsg.), *Hard to reach. Schwer erreichbare Klientel unterstützen* (S. 38-47). Köln: Psychiatrie-Verlag.

Giertz, Karsten, Große, Lisa & Gahleitner, Silke Birgitta (2022). Das biopsychosoziale Modell und die qualifizierte Assistenz. In Karsten Giertz, Lisa Große & Dieter Röh (Hrsg.), *Soziale Teilhabe professionell fördern. Grundlagen und Methoden der Unterstützung* (S. 58-76). Köln: Psychiatrie-Verlag.

Giertz, Karsten, Große, Lisa & Gahleitner, Silke Birgitta (Hrsg.) (2021). *Hard to reach. Schwer erreichbare Klientel unterstützen*. Köln: Psychiatrie-Verlag.

Mühl, L., Horstmann, A. C., Wittenborn, A., Storch, D., & Krajewski, J. (2021). Screen Me, Smartphone! Using an AI-Screening Tool to Assist Underserved Refugees in Recognizing Potential Traumatization. In *Mensch und Computer 2021* (S. 54-58).

Horstmann, A., Mühl, L., Storch, D., & Schnieder, S. (2022, March 20-23). Technology-based support for unaccompanied minor refugees: An empirical investigation of influencing factors on the evaluation of an online peer counseling concept [Poster presentation]. 64th TeaP Tagung experimentell arbeitender Psycholog\*innen, Cologne, Germany.



Das hier beschriebene Projekt startete vor dem Hintergrund der steigenden Zahlen von Menschen auf der Flucht und in Kenntnis der Bedingungen für Menschen, die sich auf der Flucht nach Deutschland befinden. Hierbei wird das Augenmerk besonders auf minderjährige begleitete und unbegleitete Geflüchtete und deren traumatische Erfahrungen gerichtet. Ziel des Projekts ist es, einen niedrigschwelligen Zugang zum deutschen Hilfesystem zu ermöglichen und so die Unterstützung dieser vulnerablen Gruppe zu verbessern. In hier vorliegenden abschließenden Projektbericht werden die einzelnen Projektteile, ihrer Zusammenführung sowie die Hürden, die beispielsweise auch im Zusammenhang mit der Corona Pandemie im Laufe des Projekts auftraten, beschrieben.

Logos Verlag Berlin

ISBN 978-3-8325-5610-5