

Editorial

# Diagnosen und Behandlung (unbegleiteter) minderjähriger Flüchtlinge

Eine Herausforderung für die Kinder-  
und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und  
Psychotherapie in Deutschland

Diagnoses and treatment of (unaccompanied)  
refugee minors – a major challenge for child  
and adolescent psychiatry in Germany

Eva Möhler<sup>1</sup>, Michael Simons<sup>2</sup>, Michael Kölch<sup>3</sup>, Beate Herpertz-Dahlmann<sup>2</sup>,  
Michael Schulte-Markwort<sup>4</sup> und Jörg M. Fegert<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik  
der SHG, Kleinblittersdorf, <sup>2</sup>Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie  
des Kindes- und Jugendalters, RWTH Aachen, <sup>3</sup>Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und  
Psychosomatik, Vivantes Klinikum, Berlin, <sup>4</sup>Klinik Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und  
-psychosomatik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, <sup>5</sup>Klinik für Kinder- und  
Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm

Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) beschreibt für den ersten Halbjahreszeitraum 2015 eine Verdoppelung der Asylanträge von 83 964 Erstanträgen im Vergleichszeitraum 2014 auf 195 723 Erstanträge bis Juli 2015. Allein im Berichtsmonat Juli wurden 34 384 Anträge verzeichnet, was einer Steigerung um 112 % gegenüber dem Monatswert des Vorjahres entspricht. Diese Zahlen spiegeln die Unabsehbarkeit der Zuwanderungsentwicklung wider, aber auch die dringende Handlungsnotwendigkeit für Bund, Länder und Kommunen.

Eine ähnlich rapide Entwicklung ist auch bei den unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen zu verzeichnen: Während 2008 lediglich 763 unbegleitete Minderjährige einen Asylantrag stellten, suchten 2013 bereits 6 584 unbegleitete Minderjährige Schutz in Deutschland. Die meis-

ten von ihnen kamen aus Afghanistan (690), Somalia (355), Syrien (285), Eritrea (140) und Ägypten (120) (Quelle: BAMF, 2014).

Als Gründe werden von den Minderjährigen angegeben: Verlust der Eltern durch Krieg oder Verschleppung, Zwangsarbeit, Erleben von Folter und Gewalt sowie Gefahr durch Kriegswirren. Nach Inaugenscheinnahme werden die Jugendlichen in einer Erstversorgungseinrichtung medizinisch untersucht; dort erhalten sie eine Tagesstruktur sowie Hilfe bei der Asylantragstellung und einen ersten Zugang zu Bildungseinrichtungen. Sprachkurse werden von ehrenamtlichen Helfern angeboten. Im Saarland wird durch eine über den Paritätischen Wohlfahrtsverband organisierte Bildungsoffensive des Ministeriums eine besondere Sprachförderung für die minderjährigen Flüchtlinge angeboten.

Ein Teil der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge hat bei Einreise in Deutschland Kontakt zur Herkunftsfamilie. Erfahrungen aus der Clearingpraxis zeigen, dass nicht wenige Herkunftsfamilien einen erheblichen Druck auf den unbegleiteten Minderjährigen ausüben, rasch Geld zu verdienen. Diese Jugendlichen zeigen sich hoch motiviert, an Sprachkursen teilzunehmen, und drängen auf einen sofortigen Schulbesuch, zeigen aber auch Tendenzen, sich emotional zu überfordern. Dies kann zur Notwendigkeit einer zeitnahen kinder- und jugendpsychiatrischen Abklärung führen.

Auch massive Schlafstörungen manifestieren sich oft schon in der Clearingphase, ebenso wie Alpträume, Hypervigilanz und emotionale Dysregulation. Dies sind häufig die ersten Anzeichen einer sich entwickelnden Posttraumatischen Belastungsstörung oder einer anderen psychopathologischen Folgeerkrankung.

In einer aktuellen Übersichtsarbeit weisen Witt, Rassenhofer, Fegert und Plener (2015) darauf hin, dass es zum Thema unbegleitete minderjährige Flüchtlinge und deren psychopathologische Belastungen zwar eine hinreichende Anzahl europäischer – insbesondere skandinavischer, niederländischer und belgischer – Arbeiten gibt, jedoch keine einzige Originalarbeit aus Deutschland.

Die aktuellen – vorwiegend europäischen – Arbeiten aus den Jahren 2004 bis 2015 weisen nach, dass die Belastung durch posttraumatische Belastungssymptome, Angst, Depression und externalisierende Störungen zwischen 20 und 80 % liegt, die Schutzfaktoren gegenüber anderen Migrantenengruppen deutlich geringer sind und die psychischen Störungen einen erheblichen Trend zur Chronifizierung zeigen, nicht zuletzt deshalb, weil nur ein geringer Anteil der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge adäquate psychotherapeutische Hilfe erfährt.

Aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht bestehen Probleme in der Versorgung dieser Kinder und Jugendlichen auf mehreren Ebenen:

- Gefährdungseinschätzung bei Notfallvorstellungen,
- nach Klärung der Bleibeperspektive das Finden adäquater Jugendhilfeeinrichtungen,
- Schaffung von Möglichkeiten einer traumaspezifischen Behandlung unter erschwerten Bedingungen (sicherer Ort, Sprache etc.).

Kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken, Tageskliniken, Ambulanzen und Praxen werden daher zunehmend konfrontiert mit jungen Menschen, vorwiegend aus Afghanistan, Syrien und verschiedenen afrikanischen Ländern wie Eritrea, die eine erhebliche – zumeist posttraumatisch bedingte – psychopathologische Symptomatik aufweisen. Als Kliniker stehen wir zunächst vor den Herausforderungen der sprachlichen Verständigung. Dolmetschergestützte Kommunikation – wenn sie denn bei Notfallvorstellung überhaupt organisierbar ist – erschwert eine psychopathologische Einschätzung ganz erheblich.

Ferner stehen sowohl Arzt als auch Patient vor erheblichen kulturspezifischen Unsicherheiten, wie genau das

Verhalten des jeweiligen Gegenübers auf seinem speziellen kontextuellen Hintergrund überhaupt zu deuten ist. Nicht selten führt dies bei Kriegs- und Folteropfern zu Reaktualisierungen der traumatischen Erlebnisse durch ein Wiedererleben von Ohnmacht, Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein in einer komplett unverständlichen Situation.

Eine systematische Übersichtsarbeit (Witt et al., 2015) betont, dass durchaus spezifische therapeutische Verfahren für traumatisierte unbegleitete minderjährige Flüchtlinge entwickelt und im Einsatz sind, jedoch in einem prozentual nur geringen Anteil, gemessen an dem in dieser Übersichtsarbeit deutlich hervorgehobenen Bedarf.

Die Arbeit verweist auch auf Therapieverfahren, die schon entwickelt wurden und sich als vielversprechend erwiesen (Eberle-Sejari, Nocon & Rosner, 2015), ebenso wie auf die Mindeststandards für die «good practice» in der Arbeit mit Flüchtlingen von Newbiggins und Thomas (2011), die sich wie folgt zusammenfassen lassen:

- humanistischer, personenzentrierter Zugang, lösungsorientierte Antworten,
- Respekt für kulturelle Identität,
- Förderung von Gleichheit, Verhinderung von Diskriminierung,
- Transparenz, Klarheit und angemessene Geschwindigkeit von Entscheidungen,
- Förderung von Integration und Unabhängigkeit,
- Verfolgung eines ganzheitlichen Ansatzes im Sinne einer Überwindung institutioneller Barrieren.

Die Erfahrungen aus spezialisierten Zentren wie Hamburg und Aachen zeigen, dass die bewährten traumatherapeutischen Verfahren nicht ohne Weiteres mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen durchgeführt werden können. Oftmals findet sich bei diesen Patienten gar kein Verständnis für ein psychotherapeutisches Vorgehen. Dieses muss zunächst aufgebaut werden. Die Durchführung der Behandlung ist weiter durch die Fremdsprachigkeit erschwert. Pilotstudien geben Hinweise darauf, dass Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), welches auch ohne weitergehende Sprachkenntnisse mit Einschränkungen durchgeführt werden kann, in diesem Kontext ein vielversprechender Ansatz sein kann (Acarturk et al., 2015). In der z. B. schlafanstoßenden Pharmakotherapie zeigt sich oft, dass unsere bewährten Medikamentendosen für viele Flüchtlinge viel zu hoch sind. Grundsätzlich ist dem Erfolg einer Behandlung eine enge Grenze gesetzt durch eine drohende Abschiebung und den oftmals sich deutlich über ein Jahr hinziehenden juristischen Klärungsprozess.

Es ist wichtig, dass sich die Erfahrungen dieser Zentren weiter verbreiten. Die personellen und fachlichen Kapazitäten dafür müssen in der Fläche ausgebaut werden, dies erscheint als eine ganz vordringliche Aufgabe der Kinder- und Jugendpsychiatrie des 21. Jahrhunderts. Eingedenk der Tatsache, dass weltweit 51.2 Millionen Menschen auf der Flucht sind und die Hälfte davon minderjährig ist (Witt et al., 2015), steht die Kinder- und Jugendpsychiatrie in ab-

sehbarer Zeit vor einer der größten Herausforderungen ihrer Geschichte.

Diese Herausforderung ist nur durch einen Schulterschluss zwischen universitären Zentren sowie Kliniken, Institutsambulanzen und Praxen zu meistern, weil der Bedarf sich klinisch überall manifestieren wird. Besonders wissenschaftlich besteht aber noch erheblicher Nachholbedarf in Deutschland.

Die Entwicklung neuer Standards und Leitlinien, insbesondere auch in Bezug auf ein einheitliches Trauma-Screening, erfordert intensive Abstimmungsprozesse der kinderpsychiatrischen und psychotherapeutischen Fachverbände und der wissenschaftlichen Fachgesellschaft. Es ist wichtig, die politische Diskussion zu verfolgen und jeden neuen Gesetzentwurf in diesem Bereich fachlich zu begleiten, damit die Interessen der vulnerabelsten Gruppe unter den Flüchtlingen, nämlich der Kinder und Jugendlichen, insbesondere in Bezug auf ihre psychische Gesundheit, hinreichend Berücksichtigung finden. Die kinder- und jugendpsychiatrische Fachgesellschaft und die Fachverbände in Deutschland haben deshalb die jüngste Debatte um das Asylbeschleunigungsgesetz zum Anlass genommen, noch einmal generelle Forderungen in den Raum zu stellen:

- 1) **Angemessene psychosoziale Gesundheitsversorgung für unbegleitete und begleitete minderjährige Flüchtlinge in Deutschland.** Die bislang gemäß §4 und §6 AsylbLG (Asylbewerberleistungsgesetz) vorgesehene Gesundheitsversorgung reicht nicht aus. Die Unterscheidung zwischen akuten und chronischen Erkrankungen in §4 AsylbLG sollte aufgegeben werden. Leistungen für Kinder und Jugendliche sollten immer als besondere Bedürfnisse im Sinne des §6 AsylbLG eingestuft werden. Dies entspricht europarechtlichen Vorgaben.
- 2) **Erstattung von Dolmetscherkosten.** Da es im SGB (Sozialgesetzbuch) V keine Norm gibt, die die Erstattung von Dolmetscherkosten regelt, sollte eine solche Norm geschaffen werden.
- 3) **Keine Altersfeststellung durch Genital- oder Röntgenuntersuchung.** Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) ist der Auffassung, dass die oben genannten Verfahren gegen die Menschenwürde verstoßen und den Vorgaben der UN-Kinderrechtskonvention widersprechen. Hier sollten nach den Vorgaben des Deutschen Instituts für Jugendhilfe und Familienrecht (DiJuF) bundeseinheitliche Standards geschaffen werden.
- 4) **Bedarfsgerechte Ausstattung von Kliniken, Institutsambulanzen und Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland.** Wenn Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland künftig durch gestiegene Zahlen an minderjährigen begleiteten, aber vor allem auch unbegleiteten Flüchtlingen oftmals mit erheblichen Traumatisierungen stärker beansprucht werden, so bedarf es einer entsprechenden Ausstattung der oben genannten Einrichtungen. Dies betrifft insbesondere ausreichend Per-

sonal, das auf einem qualitativ hohen Niveau aus-, weiter- und fortgebildet wird. Mit den bislang bestehenden Personalressourcen dürfte es schwierig werden, dem neu entstandenen und voraussichtlich weiter wachsenden Bedarf gerecht zu werden.

Diesen Herausforderungen kann unser Fach als Einheit entgegengetreten mit dem Ziel, dass auch politisch zur Kenntnis genommen wird, wie wichtig und ernst zu nehmen die Forderungen sind, die in der Stellungnahme der DGKJP (Fegert & Wiebels, 2015) für den Umgang mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen als Mindeststandards definiert werden. Darauf aufbauend erscheinen der Ausbau und die Subspezialisierung kinderpsychiatrischer Strukturen in Anpassung an den neuen Bedarf absolut unverzichtbar.

## Literatur

- Acarturk, C., Konuk, E., Çetinkaya, M., Senay, I., Sijbrandij, M., Cuijpers, P. & Aker, A. (2015). EMDR for Syrian Refugees with Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: Results of a pilot randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 18, 27414.
- Eberle-Sejari, R., Nocon, A. & Rosner, R. (2015). Zur Wirksamkeit von psychotherapeutischen Interventionen bei jungen Flüchtlingen und Binnenvertriebenen mit posttraumatischen Symptomen – ein systematischer Review. *Kindheit und Entwicklung*, 24, 156–169.
- Fegert, J., Ludolph, A. & Wiebels, K. (2014). Gemeinsame Stellungnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und der Fachverbände (DGKJP, BAG, KJPP, BKJPP) zur Perspektive unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge bei Erlangung der Volljährigkeit. Online unter <http://dgkjp.de/aktuelles/247-umf-stelln>
- Fegert, J. & Wiebels, K. (2015). Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP) zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Unterbringung, Versorgung und Betreuung ausländischer Kinder und Jugendlicher des Bundesministeriums für Familien, Frauen, Senioren und Jugend. Online unter [www.dgkjp.de](http://www.dgkjp.de) [bitte genauen Link angeben]
- Newbiggins, K. & Thomas, N. (2011). Good practice in social care for refugee and asylum-seeking children. *Child Abuse Review*, 20, 374–390.
- 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, 209–224.

Prof. Dr. med. Eva Möhler

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,  
Psychotherapie und Psychosomatik der SHG  
Waldstr. 40  
66271 Kleinblittersdorf  
Deutschland  
[e.moehler@sb.shg-kliniken.de](mailto:e.moehler@sb.shg-kliniken.de)