

LEITARTIKEL

Jörg M. Fegert/Paul L. Plener/Michael Kölch

Traumatisierung von Flüchtlingskindern – Häufigkeiten, Folgen und Interventionen¹

1 Einleitung

Deutschland erreichen derzeit eine große Zahl an Flüchtlingen, darunter auch viele Kinder und Jugendliche. Die Zahlen, wie viele Kinder und Jugendliche tatsächlich nach Deutschland kommen, sind nicht eindeutig. Dies liegt auch darin begründet, dass die Erfassungsbezüge sehr unterschiedlich sind und auch der rechtliche Status der Kinder heterogen ist. In welcher Statistik ein Flüchtling auftaucht, kann z. B. davon abhängen, ob er (oder sein Sorgeberechtigter oder Vormund) bereits einen Asylantrag gestellt hat. Die monatlich aktualisierte Statistik des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (BAMF) weist für den Zeitraum von Januar bis Oktober 2015 86.498 Asylantragsteller aus, die 15 Jahre oder jünger waren. Dies sind 26,1 % aller Anträge. 15.062 Antragsteller waren 16–18 Jahre alt. Damit machen Minderjährige fast ein Drittel aller Antragsteller aus (BAMF, 2015). Die Zahl der tatsächlich in Deutschland lebenden Minderjährigen mit Fluchterfahrung dürfte deutlich höher liegen, da bei weitem nicht alle Minderjährigen einen Asylantrag stellen bzw. die Verfahren, bis ein Asylantrag gestellt wird, oft langwierig und insbesondere bei Minderjährigen, die allein nach Deutschland kommen, hochaufwendig sind. Der Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (BUMF) schätzt, dass bis Mitte November 2015 bereits über 30.000 unbegleitete Flüchtlinge nach Deutschland gekommen seien (BUMF, 2015a). Für die Verteilung verantwortliche Ländervertreter äußerten bei einer Fachtagung am 1.12.2015 in Köln, dass über 50.000 minderjährige unbegleitete Flüchtlinge noch vor Ende des Jahres 2015 neu nach Deutschland gekommen seien. Minderjährige Flüchtlinge, ob begleitet oder unbegleitet, sind eine in der medizinischen Terminologie sog. Hochrisikopopulation für die Entwicklung von psychischen Störungen. Damit ist gemeint, dass bei ihnen mehrere Risiken zusammentreffen und dies dazu führt, dass das Risiko, eine psychische Störung zu entwickeln, deutlich höher ist. Dieser Beitrag zeigt aus kinder- und jugendpsychiatrischer und psychotherapeutischer Sicht Risiken dieser Kinder und Jugendlichen auf und welche Resilienzfaktoren (schützende Faktoren) bestehen könnten, sowie welche Unterstützungsfaktoren durch das Umfeld in Deutschland geschaffen werden sollten.

Generell sind zwei Gruppen von Kindern und Jugendlichen, die als Flüchtlinge nach Deutschland kommen, zu unterscheiden: einmal jene Kinder, die in Begleitung eines oder beider Elternteile, mit der Familie oder zumindest mit einem Verwandten migrieren. Die andere Gruppe sind

1 Die Autoren sind Projektleiter bzw. Mitglieder der APK-Projektgruppe „Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse“, gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit. Dank an das Dreiländerinstitut Jugend Familie Gesellschaft Recht GmbH für Hintergrundrecherchen und ein Fachgespräch zur Migrationsthematik.

jene Kinder und Jugendliche, die allein fliehen, unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF). Die rechtlichen Rahmenbedingungen sind für diese beiden Gruppen unterschiedlich. Da sich insbesondere für UMF problematische Situationen bei der Einreise ergaben, da das Jugendamt am Einreiseort für die Minderjährigen zuständig war, andererseits nach der alten Gesetzeslage z. B. Flüchtlinge über 16 Jahre in allgemeinen Asyleinrichtungen und nicht in jugendspezifischen Einrichtungen untergebracht werden konnten, wurde das Gesetz zur Verbesserung der Unterbringung, Versorgung und Betreuung ausländischer Kinder und Jugendlicher in 2015 verabschiedet. Damit sollten die überforderten Kommunen und Landkreise an Einreiseschwerpunkten entlastet werden, da Verfahrensregelungen zur Verteilung der UMF in ganz Deutschland darin festgeschrieben werden. Für Jugendliche, die bereits das 16. Lebensjahr vollendet haben, gelten nun ebenfalls die Regelungen des SGB VIII. Die Intention, eine Verbesserung auch für die UMF herzustellen, ist dem Gesetz anzumerken, dennoch enthält es einige Punkte, die auch von Verbänden kritisiert wurden (vgl. BUMF, 2015b), u. a. findet sich der fragwürdige Passus, dass auch eine medizinische Untersuchung zur Altersfeststellung vorgesehen ist, wogegen sich auch die kinder- und jugendpsychiatrischen Verbände gewandt hatten (DGKJP et al., 2015). Das Gesetz soll auch die Inobhutnahmen und damit die Zuständigkeiten bei UMF besser und verbindlicher regeln. Inwieweit tatsächlich eine zeitnahe Benennung etwa eines Vormunds erfolgt, wird sich in der Praxis erweisen müssen.

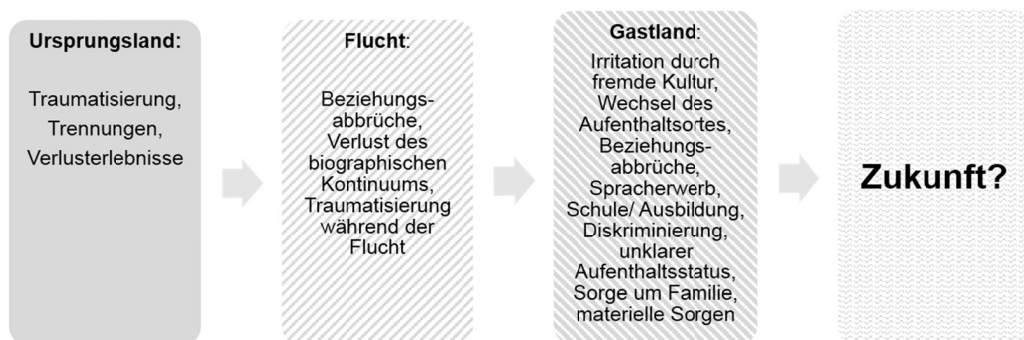
Die beiden oben genannten Gruppen unterscheiden sich auch im Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems wie etwa bei Fragen der Ausbildung. Bei UMF kann das Verfahren, bis eine Altersfeststellung, das Vormundschaftsverfahren etc. abgeschlossen ist, solange dauern, dass Monate vergehen, in denen de facto gar kein Anspruch außer der Notfallversorgung besteht und zudem Unklarheiten bezüglich Verantwortung und Zuständigkeit (z. B. wer in eine Behandlung einwilligen darf) bestehen.

2 Belastungsfaktoren

Kinder und Jugendliche, die aus ihrer Heimat fliehen, sind höheren Belastungen ausgesetzt als Kinder, die im „sicheren“ Kontext Deutschlands leben. Dies ist naheliegend. Belastungen ergeben sich allein schon durch den Weg nach Deutschland, aber auch im Kontext der Unterbringung in Deutschland (etwa in Masseneinrichtungen etc.). Zusätzlich sind die variablen Lebensumstände vor der Flucht, die jeweilige spezifische Situation mit Bürgerkrieg, Terror etc. als Belastungssituationen zu identifizieren. Diese Kinder und Jugendlichen weisen also häufig eine Reihe von gut identifizierbaren Risikofaktoren für die Entwicklung von psychischen Störungen auf. Diese Belastungsfaktoren können als Trauma wirken. Unter einem Trauma im psychiatrischen Sinne wird letztlich eine stark belastende Situation oder Erfahrung bezeichnet, der eine Person ausgesetzt ist. Per se kann also recht viel als Trauma fungieren, gemeinhin werden darunter aber Situationen, die nicht zu einer normalen Lebenserfahrung gehören, wie körperliche Bedrohung, sexueller Missbrauch auf der interpersonellen Ebene oder aber solche Traumata, die eher auf Naturkatastrophen, Verkehrsunfällen etc. beruhen, verstanden. Aus einem Trauma kann, muss sich aber keine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ergeben. Diese ist gekennzeichnet durch eine Reihe von Symptomen, wie man sie auch von depressiven Störungen kennt, aber auch durch das häufige Wiedererleben der Situation in Gedanken, Nachhallerinnerungen (plötzliches Fühlen oder Erleben der Situation) und oft Vermeidung von ähnlichen Situationen oder Kontexten, die an das Trauma erinnern. Davon abzugrenzen sind akute Belastungsreaktionen, die meist rascher wieder verschwinden nach der belastenden Situation und nicht den chronischen Charakter auf-

weisen, wie unbehandelte PTBS. Eine weitere Kategorie stellen Anpassungsstörungen dar, die nach belastenden Ereignissen auftreten, die aber nicht per se ein Trauma sein müssen: dazu kann der Verlust einer Beziehung gehören, aber auch im Kindesalter ein Umzug und Verlust wichtiger sozialer Kontakte.

Abb.: 1: Häufig multiple sequentielle Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen mit Fluchterfahrung



Typische allgemeine Risikofaktoren für kindliche psychische Auffälligkeiten, die in mehreren Studien repliziert wurden, sind ein niedriger sozioökonomischer Status, psychische Erkrankung eines Elternteils, Streitbeziehungen und überdauernde Konflikte in der Familie und Migration. Wobei letztere differenziert betrachtet werden muss, da sich hinter dem Merkmal „Migration“ je nach Definition und Erfassung eine hoch heterogene Gruppe von Menschen mit sehr unterschiedlichen Lebenssituationen verbirgt. So belegen die Daten der KIGGS-Studie, des großen Survey zur Kindergesundheit in Deutschland des Robert-Koch-Instituts, für Migrantenkinder nur in einigen gesundheitlichen Bereichen höhere Risiken (RKI, 2008). Das Migrationsgutachten des Wissenschaftlichen Beirats in Familienfragen (2016) betrachtet Migrationsfolgen aus der Sicht gelingender oder beeinträchtigter Teilhabe am allgemeinen gesellschaftlichen Leben bei der Generation der Kinder. Verwirklichungschancen sind ein wichtiger Maßstab für das Zurechtkommen von Kindern und Jugendlichen in einer neuen Kultur. Diese betreffen den schulischen Bereich, den Freizeitbereich und nicht zuletzt, gerade bei den vielen Jugendlichen, die kurz vor der Schwelle des Erwachsenenalters stehen, die berufliche Bildung und die Integration ins Arbeitsleben. Bezogen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität kann man deutliche Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund feststellen, so schätzen Eltern von Kindern aus der Türkei und den islamisch-arabischen Staaten die gesundheitsbezogene Lebensqualität ihrer Kinder am geringsten ein (RKI, 2008). Dagegen zeigte sich, dass ein höherer Integrationsgrad mit einer besseren Einschätzung der Lebensqualität in fast allen Bereichen einhergeht. Diese allgemeinen Befunde beziehen sich auf die bisherigen Migrationsrealitäten in Deutschland. Interessanterweise fand eine Untersuchung bei sudanesischen UMF in den USA, dass diese zu einer sehr hohen Rate ihre Gesundheit als gut bis exzellent bewerten (Geltman et al., 2005).

Die bisherigen – spärlichen – Befunde zur psychischen Gesundheit von Migranten und der Inanspruchnahme von medizinischen und psychosozialen Angeboten zeigen, dass auch bei Migranten die Prävalenz psychischer Erkrankungen vom sozioökonomischen Status der Kinder und Jugendlichen beeinflusst wird. Gaber et al. fanden, dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund (m/w) signifikant häufiger an Stressreaktionen, posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) und Anpassungsstörungen litten als Kinder ohne Migrationshintergrund (Gaber et al.,

2013). Lindert et al. (2008) haben aufgezeigt, dass es Unterschiede in der Nutzung von psychosozialen Angeboten bei Familien mit Migrationshintergrund gibt. Mendoza (2009) hat – bezogen auf die USA – auf die sehr differenziert zu betrachtenden Risikofaktoren für die allgemeine Gesundheit von Migrantenfamilien und ihren Kindern einerseits, andererseits aber auch auf Befunde hingewiesen, dass aufgrund spezieller Konstellationen auch die paradoxe Situation, dass trotz vieler Risikofaktoren die Gesundheit von Migrantenkindern besser als angenommen sein kann.

Entwicklungspsychopathologisch gibt es oft keine Linearität von einer Belastung zu einer speziellen Störung. Kinder und Jugendliche reagieren sehr individuell auf Belastungen und das Spektrum der Auffälligkeiten reicht von internalisierenden Störungen (Angst, depressive Symptome), klassischen sehr anlassbezogenen posttraumatischen Belastungsstörungen bis hin zu externalisierenden Störungen (Störung des Sozialverhaltens mit Delinquenz, Aggression, erhöhte Impulsivität). Letztlich treten manifeste psychische Störungen als Endstrecke von meist multiplen Belastungen auf, denen zudem mangelnde Resilienzfaktoren gegenüberstehen.

3 Befunde zu Häufigkeiten von psychischen Störungen bei Flüchtlingskindern

Witt et al. (2015) haben eine Übersicht veröffentlicht zu Hilfebedarf und Hilfsangeboten in der Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. In den von ihnen analysierten Studien zeigte sich eine erhöhte Rate an posttraumatischen Belastungsstörungen, verglichen zu anderen Studien mit Populationen ohne Fluchterleben. Aber auch im Vergleich zu begleiteten Flüchtlingskindern zeigten nach den Studien die UMF signifikant häufiger traumatische Erfahrungen (Batista Pinto Wiese & Burhorst, 2007; Bean et al., 2007; Michelson & Sclare, 2009). Einschränkend ist festzuhalten, dass die meisten Studien Screeningverfahren verwendet haben und daher über psychische Auffälligkeiten und nicht über klinisch gesicherte Diagnosen berichten (Witt et al., 2015). Die Raten für internalisierende Störungen waren ebenfalls deutlich erhöht, dagegen für externalisierende Störungen niedriger als in Vergleichspopulationen. Die wenigen Ergebnisse zum Verlauf der psychischen Auffälligkeit weisen darauf hin, dass bestehende Störungen eher chronifizieren und vor allem die Alltagsbelastungen der UMF in ihrem neuen Lebensumfeld zu dieser Chronifizierung beitragen (vgl. Witt et al., 2015). Zudem gab es eine Gruppe, die erst später, also verzögert, eine PTBS entwickelte (Smid et al., 2011). Bogic et al. (2015) fanden in ihrer systematischen Übersicht zu Langzeitverläufen von Kriegsflüchtlingen, dass alle Studien höhere Raten an psychischen Auffälligkeiten berichteten, je methodisch aufwendiger jedoch die Diagnostik in den Studien war, desto geringer fiel die Rate an psychischen Störungen aus (bei einer dennoch über der Rate von Normalpopulationen liegenden Quote).

Eine noch nicht peer-reviewed publizierte Studie an einer repräsentativen Stichprobe von 100 syrischen Kindern und Jugendlichen in der Erstaufnahmeeinrichtung „Bayern Kaserne“ in München durch Prof. Volker Mall (Sozialpädiater) und Prof. Peter Henningsen (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der TU-München) ergab, dass rund 22% unter einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) litten, 16% unter einer Anpassungsstörung. Die untersuchten Kinder waren maximal 14 Jahre alt. 63% der untersuchten Kinder und Jugendlichen hatten Karies, 25% Erkrankungen der Atemwege, 11% infektiöse und parasitäre Erkrankungen, bei 42% fehlten Impfungen. Ein akuter pädiatrischer Behandlungsbedarf bestand bei jedem zehnten Kind.

4 Resilienz

Einerseits weisen minderjährige Flüchtlinge eine Reihe von Belastungen auf, andererseits aber ist auch ein großer Teil von ihnen psychisch (erstaunlich) gesund und stabil. Die Übersicht von Witt et al. (2015) benennt aus den untersuchten Studien mit methodisch aufwendigerer Diagnostik, dass zwischen 44 und 58% keine Störungen oder Auffälligkeiten zeigten. Offenbar wirken hier Resilienzfaktoren, also Faktoren, die der Entwicklung einer psychischen Störung entgegenwirken. Angesichts der sehr hohen Last an potentiell traumatischen Lebensereignissen erscheint diese Zahl, die sich verhältnismäßig stabil in mehreren Studien finden lässt, sehr hoch. Dies mag auch damit zusammenhängen, dass sich eventuell die psychisch stabileren Jugendlichen auf die Flucht begeben. Für die Praxis der Betreuung von Minderjährigen sind solche Resilienzfaktoren zu identifizieren und diese bei den Kindern und Jugendlichen zu stärken. Neben personalen Faktoren (wie dem Temperament) sind typischerweise auch Familienstrukturen und eine Einbindung in eine soziale Gruppe in der Forschung generell identifizierte Resilienzfaktoren. Auch Bildung kann Resilienz fördern, zumal diese die Einbindung in eine Gruppe erleichtern kann. UMF, die im Kontakt mit ihrer Familie standen, weisen nach einer Studie von Oppedal und Idsoe (2015) geringere Depressionswerte auf und geben an, mehr soziale Unterstützung zu haben, was an sich bereits einen Resilienzfaktor darstellt.

Familie kann, muss aber keineswegs ein Resilienzfaktor sein. Wenn z. B. ein oder beide Elternteile bei begleiteten Flüchtlingen selbst schwer traumatisiert sind oder an psychischen Störungen leiden, kann dies wiederum auch die Kinder belasten. Insofern kann nicht generell davon ausgegangen werden, dass bei begleiteten minderjährigen Flüchtlingen bessere Resilienzfaktoren aufgrund der Familie gegeben sind. Entscheidend für den Umgang mit Belastungen ist aber das Ausmaß der Vorbelastungen und früherer Traumatisierungen. Hier kann festgestellt werden, dass Kinder, die eine relativ behütete, bindungssichere, glückliche Kindheit hatten und schulisch gut integriert waren, mit besseren Chancen in die Adaptationsprozesse und auch die Verarbeitungsprozesse bei traumatischen Belastungen gehen als Kinder, die früh vernachlässigt oder schon früh traumatisiert wurden. Biografisch ist es also wichtig, zu welchem Zeitpunkt welche Belastungen in der Entwicklung vorlagen und ob die jetzigen, während der Flucht erlebten Belastungen, eine Re-Traumatisierung in Bezug auf frühere Erfahrungen auslösten.

5 Psychosoziale Versorgung

Keinesfalls sollte davon ausgegangen werden, dass alle Kinder und Jugendlichen mit Fluchterfahrung nun psychisch krank wären. Allerdings muss aufgrund der beschriebenen Belastungsfaktoren davon ausgegangen werden, dass in der Gruppe der minderjährigen Flüchtlinge eine erhöhte Rate von psychischen Auffälligkeiten, posttraumatischen Belastungsstörungen und sogenannten Krisen auftritt und auftreten wird. Moehler et al. (2015) haben beschrieben, welche Herausforderungen für eine psychosoziale und kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung dieser Kinder und Jugendlichen bestehen und welche Modelle gut funktionieren, wo sich aber auch Grenzen, z. B. aufgrund fehlender sprachlicher Kompetenzen von Mitarbeitern, eröffnen. Entscheidend ist oftmals, dass frühzeitig nach möglichen psychischen Belastungen und Störungen gescreent, also systematisch untersucht wird, um tatsächlich belastete Kinder und Jugendliche zu identifizieren und bei diesen gezielt intervenieren zu können. Aufgrund der Vielzahl der Kinder und der bundesweit sehr heterogenen Betreuungs- und Versorgungslage muss daher auch über neue Modelle jenseits der etablierten Versorgungsstrukturen der Sozialsysteme, wie dem SGB V, nachgedacht werden. Zu-

dem müssen die gängigen Plan- und Anhaltszahlen, bei denen man von sinkenden Kinderzahlen aufgrund des demografischen Wandels ausgegangen ist, auch für die gesundheitliche Versorgung verändert werden. Schon bislang war trotz der gesunkenen Kinderzahl die Zahl psychiatrischer Krankenhausaufnahmen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland angestiegen (Plener et al., 2015a/b). Es ist jetzt bei der Versorgungsplanung für die nächsten Jahre daran zu denken, dass sich der Behandlungsbedarf (ambulant, teilstationär und stationär) erhöhen wird, wenn die hier angekommenen Kinder und Jugendlichen Fuß gefasst haben, die Sprache gelernt haben und tatsächlich über das erfahrene Leid sprechen können. Allgemeine Grundsätze der fachlichen Betreuung sowie Möglichkeiten, wie bei UMF der Übergang in die Volljährigkeit gestaltet werden kann, wurden von den kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbänden in einer Stellungnahme dargelegt (DGKJP et al., 2014). So wird nicht jedes Kind eine Richtlinien-Psychotherapie benötigen, jedoch müssen Helfer und Betreuer im Sinne einer Multiplikatorenschulung dahingehend geschult werden, Belastungen zu erkennen, Unterstützung anbieten zu können und im Bedarfsfall geeignete Hilfen zu suchen. Kulturspezifische Traumatherapieangebote für diejenigen, die an einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden, müssen entwickelt und angeboten werden (Unterhitzberger et al., 2015). Vielerorts wird gerade im Erwachsenenbereich auch über Peer-Education-Ansätze und schneeballsystemartige Trainings von Flüchtlingen, die dann wiederum anderen beistehen können, nachgedacht. Hier konnte etwa für die „Narrative Expositions“ Therapie gezeigt werden, dass ausgebildete Laien unter den Flüchtlingen in der Behandlung anderer Flüchtlinge gute Effekte erzielen (Gwozdziwycz & Mehl-Madrona, 2013). Vergleichbares ist ggf. auch im Kindes- und Jugendalter denkbar. Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass Jugendliche, die erst jüngst migrierten, keine zu hohe Verantwortung in Peer-to-Peer-Ansätzen (also bei Ansätzen, bei denen Gleichaltrige sich gegenseitig unterstützen) aufgebürdet werden darf. Solche Konzepte müssen bei Kindern und Jugendlichen fachlich durch Beratung und Sozialarbeit begleitet werden.

6 Schule und Ausbildung

Wie oben beschrieben, sind Bildung und Schule ein wichtiger Faktor, der zur Resilienz beitragen kann. So konnte in einer Übersichtsarbeit zu den Belastungen und Bedürfnissen von UMF gezeigt werden, dass von den minderjährigen geflüchteten Jugendlichen das Erlernen der Sprache des neuen Heimatlandes sowie der Schulbesuch am häufigsten als Wunsch formuliert wurde (Witt et al., 2015). Den hohen Stellenwert, den die Teilnahme an Bildung im neuen Gastland durch UMF genießt, mag auch daran liegen, dass diese sich erhoffen, ihre im Heimatland verbliebenen Familien finanziell unterstützen zu können, was eine schulische und/oder berufliche Qualifizierung notwendig macht. Gerade die Barrieren, die durch fehlende Sprachkenntnisse auftreten und die als eindeutige Risikofaktoren für die Gesundheit allgemein, aber auch für die psychische Gesundheit identifiziert wurden, können durch Deutschunterricht bei Kindern und Jugendlichen verringert werden. Die Einbindung in Schule und Ausbildung stellt zudem einen wichtigen Faktor für die – auch entwicklungspsychologisch unabdingbare – Tagesstrukturierung und die Grundlage für Integration dar. Hier besteht u. a. das Problem, dass das Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz vom 24.10.2015 Einfluss auf die Bildungsmöglichkeiten junger Flüchtlinge hat. So dürfen Minderjährige mit einer Duldung oder Aufenthaltsgestattung aus sicheren Herkunftsländern, die nach dem 31.8.2015 einen Asylantrag gestellt haben, zukünftig keiner „Erwerbstätigkeit“ nachgehen und damit auch die betriebliche Ausbildungen nicht mehr absolvieren (§ 60 Abs. 6 AufenthG, § 61 Abs. 2 Satz 4 AsylG). Allerdings sind rein schulische Ausbildungen weiter erlaubt (vgl. auch BUMF, 2015b). In diesem Kontext wird auch wieder die unterschiedliche Rechtslage für begleitete Flüchtlinge und UMF relevant: wenn erstere in einer Erstaufnahmeeinrichtung wohnen müssen (nunmehr bis zu 6 Monate),

bestehen zum Teil besondere Schwierigkeiten im Zugang zu Schule und Bildung (BUMF, 2015b). Der BUMF weist darauf hin, dass für Erstaufnahmeeinrichtungen nicht in allen Bundesländern eine Schulpflicht besteht, was offenkundig macht, wie schwer es sein wird, Kindern damit eine Beschulung (trotz Schulrecht) zur Verfügung zu stellen. Diese Praxis stellt einen Widerspruch zu dem in Artikel 28 der UN-Kinderrechtskonvention festgeschriebenen Recht auf Bildung dar. Prinzipiell ist darauf hinzuweisen, dass angesichts des demografischen Wandels der Zuzug von erwerbsfähigen Migranten notwendig ist. So wurde bereits 2011 im Demografiebericht des Bundesministerium des Innern festgehalten, dass ein Zuzug von 400.000 Erwerbspersonen pro Jahr notwendig sein wird, um das Niveau der erwerbsfähigen Personen aus dem Jahr 2008 zu halten (BMI, 2011, S. 76). Gerade junge Mädchen und junge Frauen mit Kindern sind im generell von Männern dominierten Umfeld in vielen Erstaufnahmeeinrichtungen durch die Tatsache, dass kaum Rückzugsräume bestehen, oft deutlich belastet. Der Unabhängige Beauftragte sexueller Kindesmissbrauch hat in einer Presseerklärung vom 19.8.2015, anlässlich einer Veranstaltung der World Childhood Foundation, festgestellt: „Flüchtlingskinder sind besonders gefährdet Opfer sexueller Übergriffe zu werden. Zu ihrem Schutz brauchen wir Mindeststandards gegen sexuelle Gewalt in allen Flüchtlingsunterkünften!“ In einer Checkliste fordert er personelle Standards, räumliche Standards und Informations- und Hilfsangebote (<https://beauftragter-missbrauch.de/presse-service/pressemitteilungen/detail/news/ihre-majestaet-koenigin-silvia-von-schweden-und-missbrauchsbeauftragter-roerig-setzen-sich-auf-wuerz/>).

I. Personelle Standards

- Werden hauptberuflich und ehrenamtlich Helfende zu sexueller Gewalt gut sensibilisiert und informiert?
- Werden Helfende auf die Notwendigkeit einer unvoreingenommenen und kultursensiblen Haltung gegenüber den geflüchteten Menschen hingewiesen?
- Gibt es gleichermaßen weibliche und männliche Helfende?
- Müssen hauptberuflich und ehrenamtlich Helfende, denen Flüchtlingskinder anvertraut sind, ein erweitertes Führungszeugnis vorlegen?
- Oder wird alternativ vorübergehend eine Selbstverpflichtungserklärung unterzeichnet?

II. Räumliche Standards

- Gibt es abschließbare Toiletten?
- Sind geschlechtergetrennte Duschkmöglichkeiten vorhanden?
- Können sich Kinder und Jugendliche in einem betreuten Spiel- und Freizeitbereich aufhalten?
- Ist eine separate Unterbringung von alleinstehenden Müttern mit ihren Kindern gewährleistet?

III. Informations- und Hilfsangebote

- Werden kultursensible Informations- und Hilfsangebote leicht verständlich und in allen relevanten Sprachen bereitgestellt?
- Ist eine Ansprechperson benannt, an die man sich bei Verdacht wenden kann?
- Ist dafür Unterstützung durch Sprachmittlerinnen und Sprachmittler sichergestellt?
- Gibt es eigene Informationen für geflüchtete Kinder, besonders zu ihren Rechten?
- Gibt es einen Notfallplan, der vermittelt, was bei Verdacht auf sexuelle Gewalt zu tun ist?
- Kooperiert die Flüchtlingsunterkunft mit einer Beratungsstelle?

7 Fazit

Die aktuelle Situation stellt alle Systeme, die sich mit Minderjährigen befassen, vor große Herausforderungen. Es sind einerseits besondere Bedürfnisse und Risiken von minderjährigen Flüchtlingen zu beachten, zum anderen fehlt es den Systemen zum Teil an Kapazität und auch an, vor allem sprach- und kulturbezogener, Kompetenz. Trotz vielfältiger Belastungsfaktoren sind bei weitem nicht alle minderjährigen Flüchtlinge psychisch krank. Jedoch steigt das Risiko, je weniger Integrationsleistungen ermöglicht werden. Schule und Ausbildung sind hier als erstes zu benennen, die eine Grundlage für Integration bilden, aber eben auch einen der wichtigsten Faktoren, damit vorhandene Resilienz der Kindern und Jugendlichen gestärkt wird. Es mag eine politische Entscheidung sein, ob eine verbesserte medizinische Versorgung oder gute Bildungsangebote für Flüchtlingskinder einen Anreiz für einen weiteren Zuzug darstellen, und deshalb davon abzusehen, Verbesserungen in diesen Bereichen zu etablieren. Aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht ist jedenfalls die Verweigerung solcher Maßnahmen mit einem erhöhten Risiko für das Auftreten psychischer Auffälligkeiten verbunden und stellt damit die Perpetuierung eines schweren Risikofaktors für diese Kinder und Jugendlichen dar. Die primäre Aufgabe besteht jetzt darin, für die angekommenen Kinder und Jugendlichen sichere Orte der Eingewöhnung zu finden, an denen sie zur Ruhe kommen können und möglichst schnell unsere Sprache und unsere Kultur kennenlernen können. Beschulung und womöglich Ausbildung spielen dabei eine ganz zentrale Rolle. Es gehört zu den Prinzipien einer Traumatherapie, dass diese eigentlich erst beginnen kann, wenn ein Sicherheitsgefühl und eine sichere Situation erreicht ist. Insofern kommt auch einem geklärten Aufenthaltsstatus für die betroffenen Kinder und Jugendlichen eine große Bedeutung zu. Gerade weil manche Traumasymptome wie Schlafstörungen, Flashbacks und hohe Irritabilität aber auch zu akuten Problemen in den Einrichtungen oder auch in der Schule beim Lernen führen können, müssen sich die Versorgungssysteme stärker auf diese Aufgabe einstellen. Es wird einer immer größeren Zahl von Sprachmittlern bedürfen, um die Integrations- und Beratungsaufgaben zu erfüllen. Das Fehlen kompetenter Sprachmittler, gerade im Kontext der Gesundheitsversorgung ist ein Mangel, der unbedingt behoben werden muss. Hier geht es auch um eine mögliche Lösung der Finanzierungsfrage z. B. im Rahmen des Innovationsfonds im Gesundheitswesen. Letztendlich entscheidet sich die zentrale Frage nach der gefühlten Sicherheit und den Verwirklichungschancen vor Ort auf der kommunalen und Kreisebene. Insofern ist es wichtig, lokal Vernetzungen zu pflegen und sich gegenseitig zu unterstützen, z. B. durch Interventionsgruppen von Aktiven bei Freien Trägern und in Kliniken und Praxen.

Zu den Aufgaben der Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitswesen gehört es auch, Schulen bei ihren Integrationsleistungen zu unterstützen, indem Basisinformationen über Belastungen und Traumafolgen verbreitet werden. Hier könnten ebenso wie bei der Vermittlung von kulturspezifischen Informationen und kulturspezifischen Hintergrundinformationen, moderne E-Learning-Programme hilfreich sein, um den großen Bedarf in der Fläche zu decken. Ähnliches gilt für die Verbreitung von didaktischen Kenntnissen für den Unterricht in Deutsch als Fremdsprache, im Rahmen von Lehrerfort- und Lehrerweiterbildungen. Nicht zuletzt ist die Schule der Ort, wo Kinder, wenigstens nach einem erfolgten Spracherwerb, gleichaltrige Freundinnen und Freunde in Deutschland finden können. Die soziale Bedeutung einer Beschulung kann deshalb auch aus therapeutischer Sicht nur unterstrichen werden. Ähnliches gilt für die Integration in Sport- und Freizeitaktivitäten. Somit bleibt als Fazit festzustellen, dass Kinder und Jugendliche, die als Flüchtlinge nach Deutschland kommen, eine Reihe von Belastungen mit sich tragen, andererseits aber auch offenbar erstaunliche Resilienz gegenüber psychischen Störungen zeigen. Die vordringliche Aufgabe in Deutschland ist es daher, einmal jene, die an psychischen Folgen der Flucht oder der

Ursache der Flucht leiden, früh zu identifizieren und ihnen fachgerechte Hilfe zukommen zu lassen, damit hier keine Chronifizierung entsteht. Zum anderen aber müssen die Resilienzfaktoren durch entsprechende Integrationsleistungen wie Bildung und Schule gestärkt werden, damit diejenigen, die bisher psychisch stabil geblieben sind, dies auch bleiben können.

Literatur

- Bean, T., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, E., Broekaert, E., Spinhoven, P. (2007). Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents. *J Nerv Ment Dis.*, 195(4):288–97.
- Bogic M., Njoku, A., Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights* (2015) 15:29.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). (2015). Aktuelle Zahlen zu Asyl http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/statistik-anlage-teil-4-aktuelle-zahlen-zu-asyl.pdf;jsessionid=2D35B9589F9216A32BFE4EEAC2FBCF65.1_cid294?__blob=publicationFile (Zugriff am 2.12.2012).
- Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (2015a). Über 45.000 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in Deutschland, Pressemitteilung vom 21.11.2015, http://www.bumf.de/images/pm_bumf_45000_2015.pdf.
- Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (2015b). Ausbildungsverbote und weitere Bildungseinschränkungen ab 24. Oktober 2015 http://www.b-umf.de/images/Neuregelung_Bildung-2015.pdf.
- DGKJP, BAG KJPP, BKJPP (2014). Gemeinsame Stellungnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und der Fachverbände zur Perspektive unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge (UMF) bei Erlangung der Volljährigkeit.
- DGKJP, BAG KJPP, BKJPP (2015). Gemeinsame Stellungnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und der Fachverbände zu Methoden der Altersfeststellung bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen.
- Gaber, T. J., S. Bouyrakhen et al. (2013). „Migration background and juvenile mental health: a descriptive retrospective analysis of diagnostic rates of psychiatric disorders in young people.“ *Glob Health Action* 6: 20187.
- Geltman, P. L., Grant-Knight W., Ellis H. & Landgraf J.M.(2008). The „Lost Boys“ of Sudan: Use of Health Services and Functional Health Outcomes of Unaccompanied refugee Minors Resettled in the U.S. *Journal of Immigrant Minority Health*, 10, 389–396.
- Lindert, J., Priebe, S., Penka, S., Napo, F., Schouler-Ocak, M., Heinz, A. (2008). Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund *Psychother Psych Med*; 58, 123–129.
- Mendoza, F.S. (2009). Health Disparities and Children in Immigrant Families: A Research Agenda, *Pediatrics* 124, Supplement 3, S. 187–195.
- Michelson, D., Sclare, I. (2009). Psychological needs, service utilization and provision of care in a specialist mental health clinic for young refugees: a comparative study. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 14(2):273–96.
- Möhler, E., Simons, M., Kölch, M., Herpertz-Dahlmann, B., Schulte-Markwort, M., Fegert, J. M. (2015). Diagnosen und Behandlung (unbegleiteter) minderjähriger Flüchtlinge. Eine Her-

- ausforderung für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 381–383.
- Oppedal, B. & Idsoe, T. (2015). The role of social support in the acculturate on and mental health of unaccompanied minor asylum seekers. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56, 203–211.
- Plener, P. L., Groschwitz, R. C., Franke, C. F., Fegert, J. M. & Freyberger, H. J. (2015a) Die stationäre psychiatrische Versorgung Adoleszenter in Deutschland. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 63 (3) 181–186.
- Plener, P. L., Straub, J., Fegert, J. M. & Keller, F. (2015b) Behandlung psychischer Erkrankungen von Kindern in deutschen Krankenhäusern – Analyse der Häufigkeiten der Jahre 2003 bis 2012. *Nervenheilkunde* 34 (1–2) 18–23.
- Robert-Koch-Institut, B. (2008). „Kinder- und Gesundheitssurvey (KIGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland.“ Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
- Smid, G. E., Lensvelt-Mulders, G. J. L. M., Knipscheer, J. W., Gersons, B. P. R & Kleber, R. J. (2011). Late-Onset PTSD in unaccompanied refugee minors: Exploring the predictive utility of depression and anxiety symptoms. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40, 742–755.
- Unterhitzberger J., Eberle-Sejari, R., Rassenhofer, M., Sukale, T., Rosner R., Goldbeck L. (2015). Trauma-focused cognitive behavioral therapy with unaccompanied refugee minors: a case series *BMC Psychiatry*.15(1):260.
- Wiese, E.B., Burhorst, I. (2007). The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands. *Transcult Psychiatry*, 44(4):596–613.
- Witt, A., Rassenhofer, M., Fegert, J. M. & Plener, P. L. (2015), „Hilfbedarf und Hilfsangebote in der Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. Eine systematische Übersicht“, *Kindheit und Entwicklung*, 24 (4), 209–224.
- Gwozdziwycz, N., Mehl-Madrona L. (2013) Meta-analysis of the use of narrative exposure therapy for the effects of trauma among refugee populations. *Perm J*, 17(1), 70–76.
- Bundesministerium des Innern (2011). Demografiebericht. Download unter: https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/2012/demografiebericht.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff am: 07.12.2015].

Verf.: Prof. Dr. Jörg M. Fegert, Universitätsklinikum Ulm, Steinhövelstr. 5, D-89075 Ulm, E-Mail: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

Paul L. Plener Universitätsklinikum Ulm, Steinhövelstr. 5, D-89075 Ulm, E-Mail: paul.plener@uniklinik-ulm.de

Michael Kölch, Universitätsklinikum Ulm, Steinhövelstr. 5, D-89075 Ulm, E-Mail: michael.koelch@uniklinik-ulm.de