

## Psychische Gesundheit minderjähriger Flüchtlinge

Im vergangenen Jahr kamen Schätzungen zufolge eine Million Flüchtlinge nach Deutschland. Der genaue Anteil Minderjähriger ist noch nicht bekannt, und die Angaben hierüber sind sehr verschieden. Ein Teil dieser Kinder kommt ohne die Begleitung von volljährigen Angehörigen. Die Flucht ist schon für Erwachsene traumatisierend, für Kinder und hier besonders für die unbegleiteten Minderjährigen ist sie noch schwerer zu verarbeiten.

Am 30. September 2015 referierte zu diesem Thema im Rahmen des Interdisziplinären Fortbildungssemesters der Sächsischen Landesärztekammer Frau Dr. phil. Johanna Unterhitzberger. Sie ist Mitarbeiterin im Team von Frau Prof. Dr. Rosner (Fachbereich Psychologie I in der Philosophisch-Pädagogischen Fakultät der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt) und betreut in der psychotherapeutischen Hochschulambulanz unter anderem unbegleitete minderjährige Flüchtlinge zum Beispiel mit Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS).

Studien, die sich mit der psychischen Gesundheit minderjähriger Flüchtlinge beschäftigen, zeigen Hinweise auf erhöhte Raten verschiedener psychischer Störungsbilder. Hierbei werden in erster Linie Depressionen, Angst-, Verhaltens-, Somatisierungs- und verlängerte Trauerstörungen genannt. Besondere Beachtung findet die Posttraumatische Belastungsstörung, welche auch im Folgenden intensiver thematisiert wird.

Zwei deutsche Studien berichten von einem Anteil zwischen 16 und 19 % Posttraumatischer Belastungsstörung bzw. erhöhter posttraumatischer Stresswerte in Bezug auf Flüchtlinge. Internationale Studien kommen sogar auf deutlich höhere Werte zwischen 19 und 54 %.

Deutlich wird dadurch aber auch, dass zwischen 50 % und 80 % der Flüchtlinge nicht an einer PTBS erkrankt sind.



Syrische Flüchtlingskinder im Januar 2016

© UNICEF/UN07227/AI Saleh

Die Studienlage unterscheidet sich in den einzelnen Zahlen, übereinstimmend ist allerdings die Aussage, dass der Anteil an Kindern mit PTBS unter den Geflüchteten im Vergleich zur Normalbevölkerung erhöht ist. Betrachtet man die Gruppe der PTBS-Diagnostizierten genauer, fällt auf, dass die geflüchteten Kinder nicht nur häufiger erkranken, sondern auch an höheren Schweregraden leiden als die an PTBS leidenden nicht geflüchteten Kinder.

Erklärbar ist dies dadurch, dass die Gruppe der Flüchtlinge im Vergleich zu Nichtflüchtlingen ein erhöhtes Risiko hat, traumatisierende Ereignisse zu erleben. Dabei spielen nicht nur Kriegserlebnisse und sonstige Fluchtgründe im ursprünglichen Heimatland eine Rolle, sondern auch die Flucht selbst birgt ein erhöhtes Risiko für traumatisierende Erlebnisse.

Bei den unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen fällt auf, dass sie im Vergleich zu Kindern, die im Familienverband geflüchtet sind, insgesamt an mehr psychischen Erkrankungen, also auch vermehrt an PTBS leiden.

Überraschenderweise ist die Mehrheit der Minderjährigen jedoch gesund und ihre Erlebnisse konnten sie so gut verarbeiten, dass sie die Kriterien für die Diagnose einer PTBS nicht erfüllen. Wichtig ist hierbei, dass nicht das Erleben einer potenziell traumatisierenden Situation ein

hinreichendes Diagnosekriterium ist – entscheidend ist, wie die Verarbeitung dieses Erlebnisses geschieht und ob die Kinder Störungen aufweisen, die zu Symptomen führen. Wenn eine gesicherte Diagnose gestellt werden kann, ist die Frage, ob unser westliches Krankheitsbild übertragbar auf andere Kulturen ist. Können wir sagen, dass, so wie wir eine PTBS definieren und diagnostizieren, dies auch in anderen Ländern auf der Welt so möglich ist? Ein Problem ist, dass häufig die Diagnosen auf Basis des Erlebens eines traumatischen oder mehrerer traumatischer Ereignisse gestellt werden, aber leider nicht präzise erhoben wird, welche Symptome eigentlich vorliegen. Hier gilt es, weiter Erfahrungen zu sammeln und wissenschaftlich aufzuarbeiten.

Viele erkrankte Jugendliche, die eigentlich eine Behandlung bräuchten, erhalten sie nicht. Dies hat mehrere Gründe.

Zum einen gibt es strukturelle Barrieren:

- Die unklare Finanzierung: ist eine PTBS ein Notfall im Sinne des Asylbewerberleistungsgesetzes? Eine entsprechend komplizierte Antragsstellung verzögert den Therapiebeginn oft unnötig.
- Optimal wären muttersprachliche Therapeuten, auf die natürlich in der Regel nicht zurückgegriffen werden kann.

- Die Therapie unter Zuhilfenahme eines Dolmetschers verändert immer den Kontakt zum Patienten, darüber hinaus ist die Kostenübernahme für die Dolmetschertätigkeit oft schwierig zu erreichen. Laut Studienlage scheint eine Zusammenarbeit mit Dolmetschern den Therapieerfolg als solchen allerdings nicht zu beeinträchtigen.
- Manche Therapeuten schätzen sich als interkulturell nicht kompetent genug ein.
- Unabhängig von der Versorgung traumatisierter Flüchtlinge sind gerade ländliche Regionen in Deutschland schon jetzt psychotherapeutisch unterversorgt.

Zum anderen gibt es individuelle Barrieren, zum Beispiel kann die Unwissenheit der Flüchtlinge die therapeutische Arbeit behindern.

- Dass es Menschen gibt, die auf die Behandlung psychischer Probleme spezialisiert sind, also ein „Arzt für den Kopf und für die Seele“, ist häufig unbekannt.
- Das Bild der seelischen Gesundheit oder Krankheit ist in den Heimatländern der Flüchtlinge ein ganz anderes als hierzulande. „Bin ich verrückt, wenn ich immer wieder diese Bilder sehe?“ ist eine der häufigsten Fragen, die es in der therapeutischen Arbeit anzugehen gilt. Vorurteile und Ängste spielen hier eine große Rolle.
- Zum Symptomcluster der PTBS gehört die Vermeidung. Wenn der Patient über seine Erlebnisse sprechen oder Fragen dazu beantworten muss, ist dies schwierig und schmerzhaft für ihn.

Letztendlich zentral ist aber die Frage, welche Art der Traumatherapie gewählt werden sollte. Eine effektive Form der Traumatherapie für Kinder und Jugendliche, die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (TFKVT) wurde hinsichtlich ihrer klinischen Wirksamkeit bei Kinder und Jugendlichen in Deutschland untersucht. Dabei gab es auch eine Subgruppe von unbegleiteten

Minderjährigen. Insgesamt zeigte sich bei dieser Therapieform eine klinische Verbesserung.

Auffällig erschien gerade in der Patientengruppe der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge (UMF), dass diese eine sehr hohe Resilienz und viele verbliebene Ressourcen aufweisen.

Interessierten wird zum Einstieg in die traumafokussierte Therapie auf ein Onlinetraining <https://tfcbt.musc.edu> empfohlen, in dem eine modulare Arbeit möglich ist. Generell finden die Sitzungen mit einem Elternteil des Patienten statt, bei UMFs ist dies ein/e Bezugsbetreuer/in. Als Vorteile dieser Therapieform wird die relativ kurze Therapiezeit genannt. Sie kann mit einem Kurzeitantrag 25 + 6 Stunden abgedeckt werden und beinhaltet dann die großen Bereiche der Stabilisierung, Konfrontation und Integration. Zudem gilt die TFKVT als kultursensibler Ansatz, bei dem sich immer wieder die Möglichkeit ergibt, auf die kulturellen Aspekte einzugehen.

Als Fazit postulierte die Referentin, was für eine gute Versorgungssituation traumatisierter Flüchtlingskinder notwendig ist:

- Der Zugang zur Therapie sollte so hürdenlos wie möglich gestaltet werden, wobei die Dolmetscherfrage eine sehr große Rolle spielt.
- Die Diagnosestellung sollte gesichert und vereinheitlicht werden.
- Eine Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten ist eine *conditio sine qua non*.



Flüchtlingskinder in Serbien, Januar 2016

© UNICEF/UN08799/Vas

- Hinsichtlich der Therapeutenqualifizierung ist die Auswahl geeigneter evidenzbasierter Therapieverfahren wichtig sowie eine Unterstützung im Bereich der interkulturellen Kompetenzen.

Alle diese Maßnahmen zusammen sollten die Perspektive und die Versorgungslage der therapiebedürftigen traumatisierten Flüchtlingskinder verbessern helfen. Dabei gilt es zu beachten, dass die unbegleiteten Flüchtlinge meist in pädagogischen Wohngruppen untergebracht sind und insofern intensiv betreut werden. Sie haben, soweit das möglich ist, ein gefestigtes Umfeld und soziale Unterstützung.

Dies ist bei den Flüchtlingskindern, die mit ihren Eltern nach Deutschland kommen, oft anders. Gerade die Bezugspersonenarbeit gestaltet sich hier eher schwierig, vor allem bei Eltern, die selber von einer post-

traumatischen Belastungsstörung betroffen sind. Manche der offenen Fragen können noch nicht beantwortet werden, aber die Probleme sind nicht unüberwindbar. Alle Beteiligten forschen und lernen weiter.

Alle Quellen zum Vortrag sind in der folgenden Publikation einsehbar: Unterhitzenberger, J., Eberle-Sejari, R., Rassenhofer, M., Sukale, T., Rosner, R. & Goldbeck, L. (2015). Trauma-focused cognitive behavioral therapy with unaccompanied refu-

gee minors: a case series. *BMC Psychiatry*, 15:260

Dr. phil. Johanna Unterhitzenberger  
Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt  
Ostenstraße 25, 85072 Eichstätt

Dr. med. Patricia Klein  
Ärztliche Geschäftsführerin

Anmerkung der Redaktion: Zu ergänzen sei der Hinweis, dass eine Traumatisierung natürlich nicht erst oder nur während der Flucht entsteht. Um schon vor Ort zu helfen, hat das Kinderhilfswerk der Vereinten Natio-

nen, UNICEF, in seinem bisher größten Einsatz in Syrien als auch in den Nachbarländern Jordanien, Libanon, Irak und Türkei insgesamt über 650 Mitarbeiter im Einsatz, um Kinder und Familien vor Ort mit dem Nötigsten zu versorgen. Sie organisieren Impfkampagnen, versorgen Menschen in Städten und Flüchtlingscamps mit Trinkwasser, richten Notschulen und Kinderzentren ein und ermöglichen den Zugang zu Schule, psychosozialer Hilfe und Ausbildung.