



Kinder- und Jugend-  
psychiatrie / Psychotherapie

Universitätsklinikum Ulm

# Welche Hilfen benötigen (unbegleitete) minderjährige Flüchtlinge?



Paul L. Plener



**XXXV. DGKJP KONGRESS**

mit umfangreichem Fortbildungsprogramm

22. – 25. März 2017  
CCU und Maritim Hotel Ulm

[www.dgkjp-kongress.de](http://www.dgkjp-kongress.de)

**dgkjp**

Deutsche Gesellschaft für  
Kinder- und Jugendpsychiatrie,  
Psychosomatik und Psychotherapie e.V.



# Überblick

- Einführung
- Hilfebedarf bei UMF
- Versorgung von UMF
- Diskussion





## Ausgangslage

- 2013 wurden in Deutschland 6.584 unbegleitete Minderjährige (90% männlich) in Obhut genommen (Stat. Bundesamt 2014)
- 4.399 Asylanträge unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge  
**„Die Krankheiten, bedingt durch Flucht, Folter, Vertreibung, Vergewaltigung, Entbehrungen jeglicher Art, und das über einen meist langen Zeitraum verbunden mit den psychischen Belastungen, sind vielzählig“.**

*Dr. med. Ulrich Clever*

*Menschenrechtsbeauftragter der Bundesärztekammer und Präsident der Ärztekammer Baden-Württemberg*

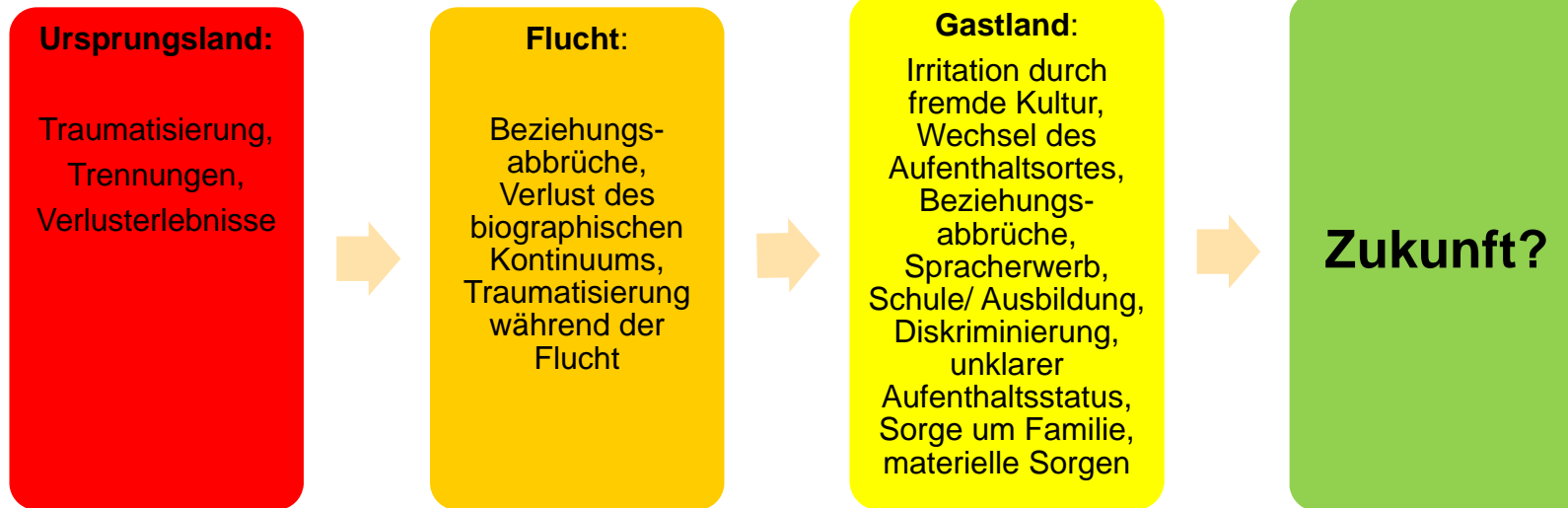
(Cavallaro et al. 2008, Fazel, Wheeler und Danesh 2009)

- UMF besonders vulnerable Gruppe im Vergleich zu begleiteten Flüchtlingen (Huemer, Karnik und Steiner 2009; Derluyn und Broekaert 2007)

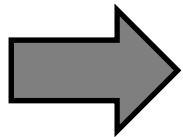




# Komplexität der Belastung



Häufig multiple Traumata in der Vergangenheit, hohe Belastung in der Gegenwart und eine ungewisse Zukunft:



Multiple sequentielle Traumatisierung  
Bedeutung des „second hit“



# Systematischer Review

## Übersicht

### Hilfebedarf und Hilfsangebote in der Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen

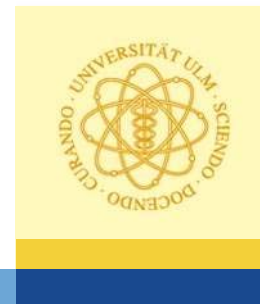
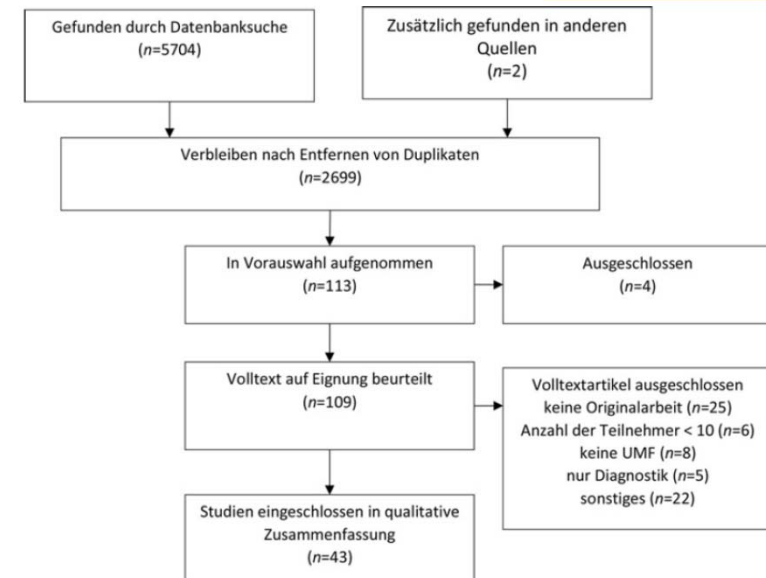
Eine systematische Übersicht

Andreas Witt, Miriam Rassenhofer, Jörg M. Fegert und Paul L. Plener

Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinik Ulm

22 Stichproben mit Daten zu insgesamt 6.030 überwiegend männlichen UMF aus 93 unterschiedlichen Herkunftsländern

- Häufig Studien mit Screening-Fragebögen (Angaben zu psychischen Auffälligkeiten)
- Fünf Studien machen Angaben zu psychischen Störungen
- Mehrzahl der Studien stammt aus Europa: Norwegen, Schweden, Belgien, Niederlande, Großbritannien, Österreich
- Defizit in der wissenschaftlichen Bearbeitung in Deutschland





## Ergebnisse Review

- Mehrzahl der UMF (bis zu 97%) hat traumatische Erfahrungen; häufig Kriegserfahrungen
- UMF haben signifikant häufiger traumatische Erfahrungen als begleitete Flüchtlinge
- Prävalenzen für PTSS:
  - zwischen knapp 17% - 62% für männliche UMF
  - bis 71% für weibliche UMF
- Prävalenz für PTBS:
  - 20-30%

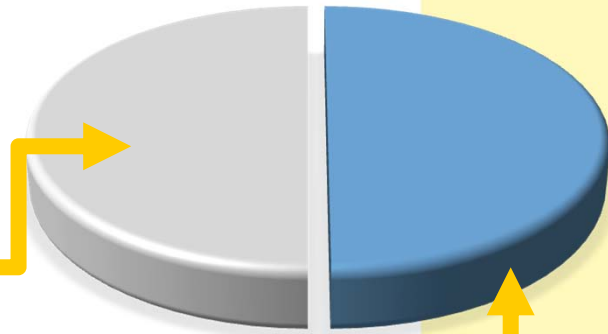
Risikofaktoren	Schutzfaktoren
Anzahl an belastenden Lebensereignissen	Kontakt zur Familie im Heimatland: geringere Depressionswerte
Direkte körperliche Verletzung	
Weibliches Geschlecht	

Witt et al., 2015



## Ergebnisse Review

- Prävalenz psychischer Störungen: 42-56%
  - Prävalenz Depression: 9%-44%
  - Prävalenz Angst: 18%-38%
  - Prävalenz externalisierender Störungsbilder: 2-5%  
(Weniger als in der Allgemeinbevölkerung oder bei begleiteten Flüchtlingen)
- Resilienz (kein psychiatr. Störungsbild): 44%-58%
- Lebenszufriedenheit nicht schlechter als bei jugendlicher Kontrollgruppe



Witt et al., 2015





## Ergebnisse Review

- Fünf Längsschnittstudien: 1-3,4 Jahre
- Hinweise auf chronischen Verlauf psychischer Auffälligkeiten
- Alltagsbelastungen haben starken Einfluss auf Prognose psychischer Erkrankung

Witt et al., 2015







## Inanspruchnahme von Hilfen

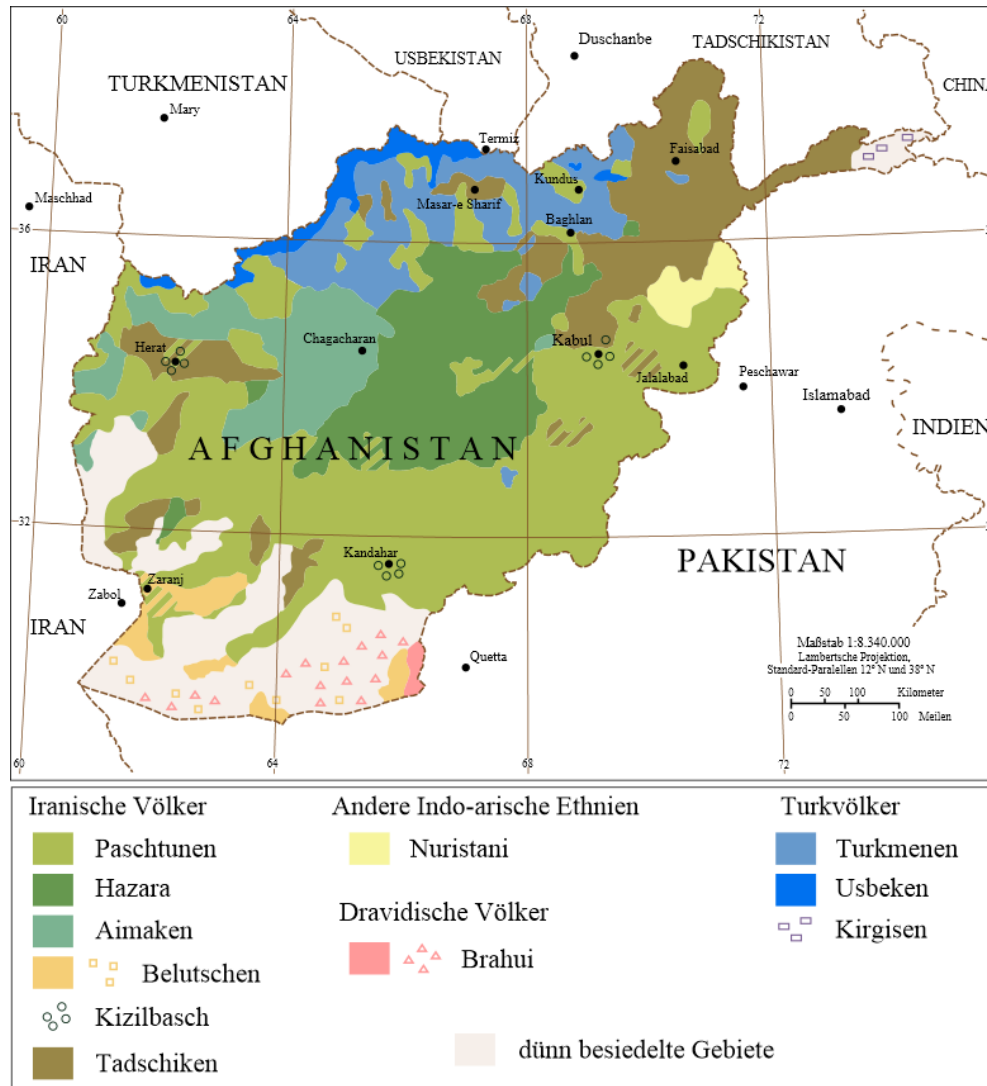
- 16 Studien, meist qualitativ, an kleinen Stichproben anhand semistrukturierter Interviews
- Bildung zentrales Anliegen (Schulbesuch, Sprachunterricht)
- Kein Wunsch nach Einzelzimmern, wollen mit anderen Jugendlichen zusammenleben
- Misstrauen vs. staatliche Institutionen und vs. Psychiatrie
  - Pharmakotherapie häufig akzeptierter
- Negative Einstellung zu psychischen Problemen
- Bei 58% laut Betreuern psychiatrischer Betreuungsbedarf, nur von 6% der Jugendlichen so gesehen
- Qualität von Dolmetschern bemängelt

Witt et al., 2015





# Geeigneter Dolmetscher? Beispiel: Ethnien in Afghanistan



<http://de.wikipedia.org/wiki/Afghanistan>





# Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in der KJ-PIA: Muttersprache

## Senegal:

- 39 Landessprachen
- Am häufigsten gesprochen: Diola, Mandinka, Fulfulde, Seereer, Soninke, Woolof

## Benin:

- 53 Landessprachen (Niger-Kongo-Sprachfamilie)
- 8,8% beherrschen Französisch





## Kultursensible Diagnostik

- Höheres Risiko psychiatrischer Fehldiagnosen bei Migranten
- Unterschiedliches Verständnis von Gesundheit und Krankheit
- Frage nach Äquivalenz von Testverfahren (misst ein in Deutschland entwickelter Depressionstest dasselbe Konstrukt bei Menschen mit Migrationshintergrund?)
- Normierung neuer Testverfahren: Vergleich zwischen Migrantengruppe und Gruppe im Aufenthaltsland

Siefen et al., 2010, Glaesmer et al., 2012





## UMF in der KJP

- deutlicher Anstieg der Gesamtzahl seit 2014/2015
- Geschlecht: UMF überwiegend männlichen Geschlechts  
(Vgl. auch Oppedal 2015, Vervliet 2014, Majumder 2014, Völkl-Kernstock 2014)
- Bildungsvorgeschichte: 2/3 hat Beschulungserfahrung; 1/3 (insbesondere aus Afrika) hat keine oder unklare Beschulung
- Alter: In der Regel Jugendliche zwischen 15 und 18 Jahren
  - Debatte um die medizinische Altersfeststellung
- Wechselnde Herkunftsländer und unterschiedliche Kulturkreise
  - Dolmetscher Problematik
  - Kultursensibilität: Wie entwickeln?
  - Konflikte unter Flüchtlingsgruppen





## Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in der KJ-PIA

- Die meisten Jugendlichen: auf großen Umwegen über den Landweg durch mehrere europäische Länder (z.B. Türkei, Griechenland, Bulgarien,..)
- Zunehmend mehr Jugendliche flüchteten mit einem Boot übers Mittelmeer
- Fluchtdauer: zwischen einem Tag und mehreren Jahren, einzelne Jugendliche während ihrer Flucht zeitweise inhaftiert
- Viele Jugendliche konnten über die Dauer ihrer Flucht nur sehr ungefähre Angaben machen



## UMF in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie

- Häufigste Vorstellungsanlässe: massive Schlafprobleme, „flash back“- Erinnerungen und Intrusionen, Angst, Schmerzen, Traurigkeit, Aggression und Suizidalität
- Schwere Traumatisierungen, aber auch andere psychiatrische Störungsbilder (Depression, psychotische Symptomatik,...)
- Alternative Support Modelle notwendig: Triagierung?
- Versorgung spezifischer Gruppen mit gesicherter Perspektive aber zum Teil massivster Traumatisierung
- Probleme mit Regeleinhaltung im stationären Alltag (Rauchen, Fahrradhelm,..)





## Fallbeispiel 1

14 Jahre alter Junge aus Afrika

Geflohen aus Dorf, nachdem er beschossen wurde, sollte als Kindersoldat rekrutiert werden

Flucht mit Mutter, in Nordafrika verloren (ging dort Prostitution nach)

Mit Boot über Mittelmeer, Italien, Zug: aufgegriffen

Häufige Flashbacks, reagiert dann (auto)aggressiv

Auf geschützter Station: 2x Suizidversuch

Schwere Depression und PTBS







## Fallbeispiel 2

16 Jahre alter Junge aus Afrika

Vorgestellt nach aggressivem Durchbruch in Einrichtung von Polizei

Eskalation mit körperlicher Tätlichkeit nach Konflikt mit anderem Jugendlichen

Bedrohliches Verhalten Erziehern und anderen UMF gegenüber





## Behandlung: wichtige Maßnahmen

- Etablierung einer verlässlichen Tages- und Wochenstruktur (Schule, Mahlzeiten)
- Förderung positiver Aktivitäten und sozialer Bezüge
- Soziale Unterstützung minimiert depressive Symptome (Oppedal, 2015)
- Unterstützung in der Selbstfürsorge
- Schlafhygienische Beratung (Tag/ Nachtrhythmus)
- Ggf. Medikation (wenn störungsspezifisch indiziert)



## PTSD und Traumasymptome bei (U)MF: Behandlungsverlauf - Erstgespräch

- Einbezug einer vertrauten Bezugsperson
- Einbezug eines geeigneten Dolmetschers
- Klärung des Gesprächscharakters zu Beginn:
  - therapeutisches Gespräch (versus Verhör)
  - Hinweis auf ärztliche Schweigepflicht
  - Hinweis auf Freiwilligkeit des Antwortens ohne Nachteil (kein Zusammenhang mit dem Asylverfahren)



## Weiterer Behandlungsverlauf

- Supportive Gespräche
  - Ggf. Diagnose weiterer somatischer und psychiatrischer Erkrankungen, beispielsweise Anpassungsstörung, schädlicher Substanzkonsum
- Traumapezifische Verfahren (zentrales Element: Exposition)
  - Tf KVT
  - EMDR
  - NET
- erst wenn...
  - ... ein subjektives Gefühl der Sicherheit besteht
  - ... durch die Therapie bedingte emotionale Einbrüche im B e Bezugssystem aufgefangen werden können
  - ... eine zumindest mittelfristig stabile Perspektive besteht





## Good practice

- Humanistischer, personenzentrierter Zugang und lösungsorientierte Antworten
- Respekt für kulturelle Identität und Migrationserfahrungen
- Haltung: gegen Diskriminierung, für Förderung der Gleichheit
- Entscheidungen schnell und transparent unter Einbezug der Beteiligten (auch deren Vormünder) kommunizieren
- Förderung von Integration und Unabhängigkeit
- Verfolgung eines ganzheitlichen Ansatzes: Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen zur Überwindung institutionalisierter Barrieren

Newbigging & Thomas, 2011





## Fazit

- Kinder und Jugendliche mit Fluchtbelastung sind eine große Herausforderung für unterschiedliche Hilfesysteme (Jugendhilfe und Medizin) und den ehrenamtlichen Bereich
- Alltagsstrukturierung, Sprachunterricht, Beschulung und Ausbildung sowie eine gute medizinische Versorgung sind zentral
- Dolmetscher als zentrale Rolle
- Schwer (multipel und sequentiell) traumatisierte Jugendliche brauchen einen sicheren Ort und therapeutische Unterstützung





## Bedürfnisse und Hilfen





# **Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit**

**paul.plener@uniklinik-ulm.de**

