

ZWISCHEN KINDESWOHL UND KINDESWOHLGEFÄHRDUNG

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DIE VERBESSERUNG DER MENTALEN GESUNDHEITSVERSORGUNG VON GEFLÜCHTETEN KINDERN UND JUGENDLICHEN IN DEUTSCHLAND

Von Amelie Gätjen, Nina Stephan, Carlotta Duken und Carla Deckers

Flüchtlinge leiden im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung in Deutschland viel häufiger an psychischen Erkrankungen. Kinder und Jugendliche stellen eine besonders vulnerable Gruppe dar, deren Zugang zu psychotherapeutischen Angeboten durch strukturelle Hürden und lange Wartezeiten erschwert wird. Die Unterbringung in Sammelunterkünften erhöht häufig deren psychische Belastung. Die Bundesregierung muss dringend die psychische Versorgung von geflüchteten Minderjährigen verbessern - dazu ist sie nicht nur rechtlich und moralisch verpflichtet, eine verbesserte Versorgung wirkt auch den langfristigen gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Kosten entgegen, die durch die aktuelle Versorgungslücke entstehen.

EMPFEHLUNGEN

1. **Unmittelbarer Anspruch auf Psychotherapie**, unabhängig vom Status
2. **Entwicklungsgerechte Unterbringung und Betreuung**
3. **Zugang zu Therapien** vereinfachen und Therapieangebot ausbauen
4. **Langfristige Finanzierung der psychosozialen Versorgung** von minderjährigen Flüchtlingen garantieren

EINLEITUNG

Die Corona-Pandemie zeigt erneut, wie die Gesundheit von Flüchtlingen und der nationalen Bevölkerung nicht gleichwertig behandelt werden: Auch als sich auf Lesbos die ersten Menschen mit Corona infizierten wurden die Forderungen von Expert*innen und Menschenrechtsorganisationen wie Amnesty International¹ nach einer Evakuierung der Lager auf den griechischen Inseln weitestgehend politisch ignoriert. Während in Deutschland bereits bundesweite Kontaktverbote und Abstandsregeln galten, warteten Flüchtlinge in Sammelunterkünften auf angemessene Schutzmaßnahmen.

So weist die Corona-Pandemie erneut auf doppelte Standards in der Gesundheitsversorgung hin, auch wenn die gesundheitliche Ungleichbehandlung zwischen nationaler Bevölkerung und Flüchtlingen nicht neu ist. Besonders

deutlich wird diese jedoch beim Thema der psychischen Gesundheit. Wird die Versorgung von Flüchtlingen bei physischen Erkrankungen überwiegend positiv eingeschätzt, zeichnet sich bei psychischen Erkrankungen ein anderes Bild ab.² In einer Umfrage des Bundesfachverbands unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (2019) schätzen 46,2% der befragten Fachkräfte in der Kinder- und Jugendhilfe die **psychische Versorgungssituation als schlecht oder sogar sehr schlecht** ein.³ Laut Bundesregierung besteht bei der Versorgung psychisch erkrankter Flüchtlinge kein Handlungsbedarf. So lautete die Antwort auf eine Anfrage der Linksfraction bezüglich der psychosozialen Betreuung und Behandlung von traumatisierten Geflüchteten im letzten Jahr.⁴

¹ Amnesty International (2020). Jetzt Menschen aus den Lagern in Griechenland evakuieren.

² Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge [BumF] (2020). Die Situation unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge – Auswertung der Online-Umfrage 2019, S. 53.

³ Ibid.

⁴ Deutscher Bundestag (2019). Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Sylvia Gabelmann, Dr. André Hahn, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. Psychosoziale Betreuung und Behandlung von traumatisierten Geflüchteten. Drucksache 19/11666.

- Rund 30% der Flüchtlinge leiden unter **Depression, Angststörung** oder **Posttraumatischer Belastungsstörung**
- Durchschnittlich **7 Monate Wartezeit** für einen Therapieplatz
- **6% der behandlungsbedürftigen Flüchtlinge** haben einen Therapieplatz in einem der psychosozialen Behandlungszentren für Flüchtlinge und Folteropfer (PSZ)
- Nur **6-8% der Therapien** in den PSZ werden regulär von den Krankenkassen oder den Sozial- und Jugendämtern bezahlt
- Bei **jedem dritten Flüchtling besteht psychotherapeutischer Handlungsbedarf**

Fakt ist: Flüchtlinge haben eine stark erhöhte Vulnerabilität für psychische Störungen⁵. Auch nach der Flucht bleibt die Belastungs- und Bedrohungssituation von jungen Flüchtlingen in Deutschland meist hoch: **Angst vor Abschiebung, Gefühle der Entwurzelung und prekäre Wohnverhältnisse** sind insbesondere für Kinder und Jugendliche prägend, die sich in einer entwicklungskritischen Lebensphase befinden und somit besonders vulnerabel sind.

Die Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften ist selten kindergerecht. Beispielsweise gibt es meist keine Räume, die speziell an den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen ausgerichtet sind oder Privatsphäre und Rückzugsmöglichkeiten bieten. Dafür gibt es immer wieder soziale Konflikte und Gewalt. Expert*innen warnen vor den negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von geflüchteten Kindern durch die Unterbringung in Sammelunterkünften. Diese Auswirkungen haben sich seit Ausbruch der Corona-Pandemie und den damit einhergehenden Ausgangsbeschränkungen weiter verstärkt.⁶

⁵ Mölsä, M., Punamäki, R., Saarni, S. I., Tiilikainen, M., Kuittinen, S., & Honkasalo, M. (2014). Mental and somatic health and pre- and post-migration factors among older Somali refugees in Finland. *Transcultural Psychiatry*, 51(4), 499.

⁶ BAFF e.V. (2020). Living in a Box - Psychosoziale Folgen des Lebens in Sammelunterkünften für geflüchtete Kinder, S. 10ff.

⁷ Li, S. S. Y., Liddell, B. J., & Nickerson, A. (2016). The relationship between post-migration stress and psychological disorders in refugees and asylum seekers. *Current Psychiatry Reports*, 18(9), 112-124.

POSTMIGRATIONSSTRESSOREN

“Postmigrationsstressoren” sind Faktoren, die das Leben nach der Flucht negativ beeinflussen und zu **erneuter psychischer Belastung und Re-traumatisierung** führen können (siehe Abb.1). Beispiele dieser Stressoren sind menschenunwürdige Lebensbedingungen, Gewalt, lange und willkürliche Asylverfahren, Diskriminierung oder Trennung von Bezugspersonen. Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen Postmigrationsfaktoren und der Entwicklung psychischer Störungen.⁷ Insbesondere PTBS, Depression und Angststörungen zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen von Flüchtlingen.⁸ Außerdem berichten praktizierende Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen immer wieder über erhöhte Suizidalität und Selbstverletzungen.

Unbegleitete Kinder und Jugendliche sind während ihrer Flucht häufiger traumatisierenden Erfahrungen ausgesetzt als begleitete Kinder und Jugendliche.⁹ Auch am Zielort sind diese Kinder und Jugendliche besonders vulnerabel, da ihnen die wichtige Ressource Familie fehlt. Zudem weisen Unbegleitete schwerwiegendere Symptomaten auf, und auch das Risiko für einen chronischen Verlauf psychischer Störungen ist erhöht.¹⁰

FOLGEN DER NICHTBEHANDLUNG

Eine Nichtbehandlung dieser vulnerablen Gruppe wird nicht nur für die Kinder und Jugendlichen selbst langfristige Folgen haben, sondern auch für die Gesellschaft im Zielland. Mögliche Folgen einer Nichtbehandlung können Hindernisse bei Ausbildung und Beruf, ungleiche gesellschaftliche Teilhabe, Marginalisierung oder eine stärkere finanzielle Belastung des Sozialsystems sein. Erst zu behandeln, wenn die psychischen Probleme in ihrer Dringlichkeit nicht mehr zu ignorieren sind, ist auch für den Gesundheitssektor kostenintensiver. Während mentale Gesundheit nicht aus rein ökonomischer Perspektive betrachtet werden sollte, so ist es trotzdem wichtig zu

⁸ Bundespsychotherapeutenkammer (2015). BPtK-Standpunkt: Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen, S. 5ff.

⁹ 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. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(2), 273-296.

¹⁰ Bean, T., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, E., Broekaert, E., & Spinoven, 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), 288-297.

erkennen, dass eine frühzeitige Behandlung von psychologisch relevanten Problemen viele Vorteile mit sich bringt.



Abb. 1: Pre- und Postmigrationsstressoren wirken sich auf die psychische Gesundheit aus.

Umso problematischer ist der **mangelhafte Zugang junger Flüchtlinge zu psychosozialer Betreuung**. Trotz ihrer besonderen Schutzbedürftigkeit treffen alle asylrechtlichen Regelungen auch Kinder - sie werden also rechtlich oft nicht als Kinder, sondern wie Erwachsene behandelt.¹¹ **Der Zugang zur medizinischen Versorgung hängt außerdem weiterhin vom Aufenthaltsstatus ab.** Nach Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) gibt es erhebliche Einschränkungen der medizinischen Versorgung für Asylbewerber*innen ohne Leistungsanspruch, sodass nur akute Leiden behandelt werden. Allerdings haben besonders schutzbedürftige Asylsuchende, zu denen auch

Minderjährige zählen, gemäß § 6 AsylbLG Anspruch auf die „erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe“, zu der auch psychologische Betreuung zählt. Diese Vorgabe wird aktuell nicht erfüllt.

ANGEBOTE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

Dass psychisch belastete Kinder und Jugendliche angemessene Beratung und Behandlung erhalten ist eher die Ausnahme. Fachkräfte der Kinder und Jugendhilfe schätzen die Versorgung von geflüchteten Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen als (sehr) schlecht ein.¹² Die amtliche Bewilligung einer Psychotherapie durch das Sozialamt kann oft mehrere Monate dauern, gefolgt von einer durchschnittlich 7-monatigen Wartezeit auf einen Therapieplatz. Dies wäre der Fall in der Regelversorgung, die aber selten so stattfindet. In der Praxis folgt auf diese Wartezeit auf einen Therapieplatz oft noch monatelange Unsicherheit bezüglich der Kostenübernahme.

Das Warten auf vollen Leistungsanspruch, damit auch auf eine Psychotherapie, wurde mit dem Geordnete-Rückkehrer-Gesetz im September 2019 sogar erhöht. Erst ab dem 19. Monat haben Asylbewerber*innen und anerkannte Flüchtlinge Anspruch auf reguläre Kassenleistungen, zuvor waren es 15 Monate. Lange Wartezeiten auf Therapieplätze sowie die Nichtübernahme von Dolmetscher*innenhonoraren durch die gesetzliche Krankenversicherung stellen weitere große Hürden dar.

Die gesundheitliche Betreuungssituation für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge gestaltet sich zumindest strukturell besser. Sie befinden sich in der Obhut des Jugendamts, das für das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen zu sorgen und dabei den notwendigen Unterhalt und die Krankenhilfe sicherzustellen hat. Bei sogenannten Clearingverfahren wird die gesundheitliche und psychosoziale Situation gemeinsam mit den Jugendlichen überprüft, beispielsweise welche Unterbringung geeignet ist, welche anderen Leistungen notwendig sind und ob eine sozialpädagogische Begleitung notwendig ist. In der Praxis ergeben sich allerdings auch für diese Gruppe Schwierigkeiten in der Versorgung bei psychischen Erkrankungen. Neben langen Wartezeiten und Diskriminierung im Zugang zu Therapien stellt bei unbegleiteten

¹¹ Deutscher Bundestag - Kinderkommission (2017). Stellungnahme der Kinderkommission des Deutschen Bundestages zum Thema „Kinderrechte für Flüchtlingskinder in der Unterkunft, dem Asylverfahren und der Kinder- und Jugendhilfe. Kommissionsdrucksache 18.

¹² BAfF e.V. (2019). Versorgungsbericht zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland. 5. aktualisierte Auflage, S.71.

minderjährigen Flüchtlingen insbesondere die Frage der Kostenübernahme eine Hürde dar, sollte die Behandlung über das 18. Lebensjahr hinausgehen.¹³

Die **Versorgung** von geflüchteten Kindern und Jugendlichen erfolgt vor allem in den **Psychosozialen Zentren (PSZ)**, von denen es insgesamt 42 in Deutschland gibt, nahezu alle mit speziellem Angebot für Kinder und Jugendliche. Nur ca. 16% der behandelten Flüchtlinge in den PSZ sind minderjährig, davon sind etwa die Hälfte unbegleitete Minderjährige.¹⁴ Zwar ist es positiv zu bewerten, dass sich ein deutlicher Anstieg in der Behandlung von Minderjährigen in den PSZ abzeichnet, doch bleiben viele praktische und finanzielle Hürden, bevor es zu einer Behandlung kommt. Auch die Finanzierung der PSZ selbst ist nicht gesichert, da diese überwiegend von Projektmitteln, EU-Mitteln, Spenden und Stiftungsgelder abhängen.

Vergleich der psychischen Gesundheitsversorgung zwischen begleiteten und unbegleiteten Minderjährigen

Begleitete minderjährige Flüchtlinge

in den ersten 18 Monaten	Leistungen nach §4 und §6 AsylbLG → Genehmigung von Psychotherapie meist nur in Ausnahmefällen, z.B. bei akuter Suizidgefahr → Kostenträger: Sozialamt
ab dem 19. Monat	Anspruch auf reguläre Kassenleistungen Leistungsumfang gleich zu dem von gesetzlich Krankenversicherten → Anspruch auf Psychotherapie → Kostenträger: Sozialamt
nach Anerkennung der Asylberechtigung	Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung → Kostenträger: Krankenkasse

Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge

nach der Einreise	Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge werden vom Jugendamt in Obhut genommen. In sogenannten Clearingverfahren wird der Hilfebedarf des Jugendlichen geklärt, dazu gehört auch die gesundheitliche und psychosoziale Situation.
Umfang der Gesundheitsversorgung	Der Umfang der zu gewährenden Leistungen entspricht dem

¹³ Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (BumF) (2020). Die Situation unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge – Auswertung der Online-Umfrage 2019, S.53-54.

¹⁴ BAfF e.V. (2019). Versorgungsbericht zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland. 5. aktualisierte Auflage, S.68.

Leistungsanspruch anderer gesetzlich Krankenversicherten.

→ Anspruch auf Psychotherapie
→ Kostenträger: Jugendamt

Mit Eintreten der Volljährigkeit

Endet die Inobhutnahme wegen der Volljährigkeit des/der Betroffenen, so kann diese/r bei Bedarf selbst Hilfe für junge Volljährige beantragen. (§ 41 Abs. 2 SGB VIII)

DEUTSCHLANDS INTERNATIONALE VERPFLICHTUNGEN

Deutschland könnte eine Vorreiterfunktion in Europa annehmen, indem die psychische Gesundheit von Migrant*innen generell, und von minderjährigen Flüchtlingen besonders, mehr Aufmerksamkeit erfährt. Effektive politische Maßnahmen, die dem Fehlen von Strukturen für die psychische Behandlung von diesen Personen entgegenwirken, wären allerdings nicht nur wirkungsstarke Veränderungen mit Vorbildcharakter, sondern schlicht eine Erfüllung von europäischen und internationalen Verpflichtungen.

Deutschland hat verschiedene internationale Erklärungen und Abkommen unterzeichnet, die eine Verbesserung der psychologischen Versorgungsstrukturen für Kinder und / oder Flüchtlinge vorschreiben, unter anderem die UN Kinderrechtskonventionen, den Globalen Migrationspakt, die New York Declaration for Refugees and Migrants und allen voran die Aufnahmeleitlinie der Europäischen Union.

In sämtlichen rechtlichen Bestimmungen steht das **Wohl des Kindes** über allem. Im Zusammenhang damit ist im Besonderen der Artikel 23 der EU-Aufnahmeleitlinie relevant: *„Die Mitgliedstaaten gewährleisten einen der körperlichen, geistigen, seelischen, sittlichen und sozialen Entwicklung des Kindes angemessenen Lebensstandard“*.¹⁵ Dieser Artikel macht besonders deutlich, dass sich die EU-Mitgliedstaaten ganz unabhängig vom asylrechtlichen oder begleiteten Status um das ganzheitliche Wohl des Kindes zu sorgen haben. Das Wohl aller Kinder muss gewährleistet werden. Im Kontrast dazu sind die Regelungen in Deutschland, gemäß denen eine psychologische Nichtbehandlung von geflüchteten Kindern über

¹⁵ Europäische Union (2013). Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung). Brüssel: Amtsblatt L, 180.

einen Zeitraum von 19 Monaten rechtmäßig ist, völlig unzureichend.

GESELLSCHAFTLICHE VERANTWORTUNG

Mit potentiellen Traumafolgestörungen umzugehen ist nicht nur eine individuelle Herausforderung, sondern eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung. Eine Bedeutungszuschreibung und Integration der traumatischen Erlebnisse in den biographischen Gesamtzusammenhang ist nur möglich, wenn es auch in der Gesellschaft zu einer Würdigung der Geschichte der Betroffenen kommt. Ein wertschätzender Umgang stärkt die Resilienz einer Person und erlaubt die Neubewertung des Erlebten, was für eine erfolgreiche Therapie zwingend notwendig ist. Personen, die sich gehört und verstanden fühlen, fällt es leichter dysfunktionale Verhaltensweisen abzulegen und stattdessen einen positiven Umgang mit Stressoren zu finden. Das erlaubt ihnen ein, häufig auf der Flucht abhanden gekommenes, Selbstwirksamkeitsgefühl zurückzugewinnen, was für die psychische Gesundheit von großer Bedeutung ist. Der interkulturelle Austausch fördert zudem das gegenseitige Verständnis, das Zugehörigkeitsgefühl und somit die Resilienz und psychische Gesundheit von Flüchtlingen.

EMPFEHLUNGEN

1. Unmittelbarer Anspruch auf Psychotherapie, unabhängig vom Status

Der Anspruch auf psychosoziale Behandlung muss für alle Kinder und Jugendlichen gelten, unabhängig davon, ob sie begleitet oder unbegleitet sind. Minderjährige, die von ihren Eltern begleitet nach Deutschland geflüchtet sind, werden momentan rechtlich nicht anders als Erwachsene behandelt, also abhängig von ihrem Asylstatus. Das heißt zurzeit: kein Anspruch auf Psychotherapie für die ersten 18 Monate. Die besondere Schutzbedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen sollte ihnen - unabhängig vom Asylstatus und unabhängig davon, ob sie in Begleitung geflüchtet sind, einen direkten Anspruch auf Psychotherapie ermöglichen. Das Clearingverfahren, das derzeit von Jugendämtern bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen angewandt wird und das den individuellen ganzheitlichen Hilfebedarf eruiert, sollte auf alle Minderjährigen ausgeweitet werden.

2. Entwicklungsgerechte Unterbringung und Betreuung

Die Traumatisierung von Kindern und Jugendlichen durch die Flucht darf nicht durch Postmigrationsstressoren weiter vertieft werden. Ein wichtiger Aspekt ist die kinder- und entwicklungsgerechte Unterbringung, die in allen Erstaufnahmeeinrichtungen gewährleistet sein muss. Dies beinhaltet unter anderem Spiel-, Lern-, und Rückzugsräume für Kinder und Jugendliche. Außerdem sollten psychologische Unterstützungsangebote in Schulen und Ausbildungsstätten für geflüchtete Kinder und Jugendliche ausgebaut und verbessert werden.

3. Zugang zu Therapien vereinfachen und Therapieangebot ausbauen

Es müssen aktiv Barrieren abgebaut werden, die den Zugang zu einer psychologischen Behandlung erschweren. Dazu gehört, dass die Kosten für Dolmetscher*innen von den Krankenkassen übernommen und Wartezeiten reduziert werden. Um Postmigrationsstressoren zu reduzieren und somit Retraumatisierung vorzubeugen müssen Resilienztrainings und Gruppentherapien für vulnerable Personen angeboten werden, bis Einzeltherapie Plätze in angemessenen Ausmaß verfügbar sind. Dabei sind die individuellen Anschlussbehandlungen elementar und dürfen nicht durch Gruppentherapien ersetzt werden. Gruppentherapien können vielmehr eine Ergänzung darstellen.

4. Langfristige Finanzierung der psychosozialen Versorgung von minderjährigen Flüchtlingen garantieren

Die Bundesregierung trägt eine Verantwortung für die Gesundheit der Bewohner*innen dieses Landes; dazu gehört auch die psychische Gesundheit. Diese Verantwortung muss angenommen und Angebote für besonders vulnerable Gruppen, wie minderjährige Flüchtlinge, geschaffen werden. Es bestehen zwar spezifische psychologische Versorgungsangebote für geflüchtete Kinder und Jugendliche, allerdings ist deren Finanzierung oft nicht gesichert. So zum Beispiel im Fall der Psychosozialen Zentren, deren Finanzierung nicht projekt- und spendenbasiert, sondern staatlich gesichert werden sollte und deren Angebot weiter ausgebaut werden muss, um die aktuelle Versorgungslücke zu verkleinern und langfristig zu schließen.

AUTORINNEN



CARLOTTA DUKEN

Carlotta studiert Internationale Beziehungen in Berlin mit Schwerpunkt in EU Studien und einem besonderen Interesse für die Asyl- und Migrationspolitik der EU. Sie engagiert sich bei “Give Something Back to Berlin” im Frauensprachcafé des Refugio in Neukölln.



AMELIE GÄTJEN

Amelie ist Mitglied des Kernteams des Programms Migration bei Polis180 und studiert Internationale Beziehungen im Master. Ihre Schwerpunkte sind Migrations- und Konfliktstudien und feministische Theorie der Internationalen Beziehungen.



NINA STEPHAN

Nina studiert Psychologie in Berlin mit einem besonderen Interesse für Traumafolgestörungen. Sie engagiert sich als Gruppensprecherin für die Amnesty International Hochschulgruppe, aktuell im Bereich der menschen(un)rechtlichen Lage Geflüchteter auf den Ägäischen Inseln.



CARLA DECKERS

Carla hat Psychologie und Public Policy mit dem Schwerpunkt EU Policy-making studiert. Mit dem langfristigen Ziel als Psychologin im Bereich der humanitären Versorgung zu arbeiten, beginnt sie im Januar 2021 die Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin in Berlin.

♥ Polis180 e.V., Oktober 2020

Dieser Policy Brief stellt ausschließlich die Meinungen der Autorinnen dar
und nicht die des Vereins Polis180.

POLIS180 – GRASSROOTS THINK TANK FOR EU AND FOREIGN POLICY

FRIEDRICHSTRASSE 180, 10117 BERLIN

WWW.POLIS180.ORG | INFO@POLIS180.ORG