

Versorgung psychisch kranker geflüchteter Kinder und Jugendlicher

Peter Lehndorfer

20. Mai 2017

Psychotherapie mit geflüchteten Kindern und Jugendlichen –
fachliche und rechtliche Rahmenbedingungen

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

1. Belastungen bei geflüchteten Kindern und Jugendlichen
2. Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei geflüchteten Kindern und Jugendlichen
3. Rechtliche Grundlagen und Probleme bei der Versorgung psychisch kranker geflüchteter Kinder und Jugendlicher
4. Forderungen zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker geflüchteter Kinder und Jugendlicher
5. Praxisbeispiele zur Versorgung psychisch erkrankter geflüchteter Kinder und Jugendlicher



„Bei allen unter 18-jährigen
Asylantragsstellern in Deutschland haben wir es
mit Kindern zu tun.

Sie bleiben Kinder, auch und gerade auf der Flucht,
und haben als Kinder besondere Bedürfnisse.

Und sie verlieren diesen Status nicht allein
dadurch, dass sie ihr Heimatland verlassen
und in Deutschland eine Zukunft suchen,
aus welchen Gründen auch immer.“

Quelle: Unicef, *In erster Linie Kinder – Flüchtlingskinder
in Deutschland 2014*

KINDHEIT IM WARTEZUSTAND

Studie zur Situation von Kindern und Jugendlichen
in Flüchtlingsunterkünften in Deutschland



„Das deutsche Ausländer- und Asylrecht dagegen schränkt für Kinder aus Flüchtlingsfamilien den Zugang zu Bildung, medizinischer Versorgung und sozialer Teilhabe gravierend ein. So müssen sie beispielsweise vor Arztbesuchen eine behördliche Genehmigung einholen, damit die Behandlungskosten übernommen werden. Obwohl es Schulen gibt, bekommen sie nicht immer einen Platz in der Nähe. (...)

Was wir also anderswo auf der Welt als selbstverständlich ansehen, scheint im modernen Europa nicht selbstverständlich.“

Quelle: Unicef, *In erster Linie Kinder – Flüchtlingskinder in Deutschland 2014*

Versorgung psychisch kranker geflüchteter Kinder und Jugendlicher | Seite 4

Insgesamt hat sich die Zahl der unbegleiteten und von ihren Eltern getrennten Kindern in den Jahren 2015 und 2016 gegenüber 2010 und 2011 fast verfünffacht: Während in den letzten zwei Jahren etwa 300.000 unbegleitete und von ihren Eltern getrennte Kinder in 80 Ländern registriert wurden, waren es 2010 und 2011 nur 66.000 Kinder. Allein in Europa stellten in den Jahren 2015 und 2016 rund 170.000 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge einen Antrag auf Asyl.

Rund 300.000 geflüchtete Kinder und Jugendliche

- Seit Anfang 2015: > 1 Mio. Geflüchtete
- Ca. ein Drittel ist minderjährig
- Ca. 60.000 - 70.000 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF)

Junge Flüchtlinge kommen mit sehr unterschiedlichen Geschichten und Biografien in Deutschland an. Viele eint aber, dass sie eine gefährliche Flucht aus einer lebensbedrohlichen Situation hinter sich haben. Sie haben fast alles Vertraute verloren und häufig Dinge erlebt, die sie den Rest ihres Lebens verfolgen werden. Doch Flüchtlingskinder werden oft nicht wie Kinder, sondern wie Erwachsene behandelt: Alle Regelungen des Asyl- und Aufenthaltsrechts gelten auch für sie, alle Verschärfungen treffen sie ungleich härter. Flüchtlingskinder sind besonders schutzbedürftig. Doch die Lebensbedingungen junger Geflüchteter erfüllen in vielen Bereichen nicht die Vorgaben der UN-Kinderrechtskonvention und Regelungen des Kinder- und Jugendhilferechts.

Quelle:

Auszug aus der Stellungnahme der Kinderkommission des Deutschen Bundestages zum Thema „Kinderrechte für Flüchtlingskinder in der Unterkunft, dem Asylverfahren und der Kinder- und Jugendhilfe“, April 2017.

Hintergrundinfo

- Mit der besonderen Situation von Flüchtlingskindern in Deutschland hat sich auch die Kinderkommission des Deutschen Bundestages beschäftigt. Sie hat in einer Stellungnahme zu Rechten geflüchteter Kinder vom April 2017 darauf hingewiesen, dass Flüchtlingskinder eine gefährliche Flucht aus einer lebensbedrohlichen Situation hinter sich haben. Sie haben Vertrautes verloren und Dinge erlebt, die sie den Rest ihres Lebens verfolgen werden. Flüchtlingskinder werden jedoch rechtlich oft nicht wie Kinder, sondern wie Erwachsene behandelt. Alle asylrechtlichen Regelungen treffen auch sie – und aufgrund ihres Kindseins treffen sie alle Verschärfungen ungleich härter.
- Flüchtlingskinder sind besonders schutzbedürftig. Dieser Schutz ist aktuell in vielen Lebensbereichen – von der Unterbringungen, über die Betreuung bis hin zu Gesundheitsversorgung – in der Regel nicht gegeben.

Belastungen in der Heimat und auf der Flucht (Migrationsfaktoren):

- Fluchtauslösende Erlebnisse im Heimatland (z. B. Krieg, Obdachlosigkeit, Menschenrechtsverletzungen)
- UMF: Fluchtgründe v. a. Zwangsrekrutierung als Kindersoldaten, weibliche Genitalverstümmelung, familiäre Gewalt, Kinderzwangsarbeit, Zwangsverheiratung
- Teils monatelange Fluchterfahrungen mit großen Entbehrungen (u. a. Hunger, Durst, Trennung von Angehörigen) und lebensbedrohlichen Situationen (z. B. bei Flucht auf dem Seeweg)

Quelle: Lüders 2017; Siebenbürger, 2017

Versorgung psychisch kranker geflüchteter Kinder und Jugendlicher | Seite 6

Die Gründe für die Flucht und Migration von Kindern und Jugendlichen sind vielfältig: Viele verlassen ihr Zuhause aufgrund von Gewalt, bewaffneten Konflikten und Verfolgung. Sie fliehen aus Angst vor einer Verheiratung im Kindesalter, Genitalverstümmelung, geschlechtsbezogener Gewalt oder Zwangsrekrutierung, aber auch vor den Folgen des Klimawandels und Naturkatastrophen, vor Armut oder Diskriminierung. Auch familiäre Gründe – wie der Tod der Eltern – spielen eine große Rolle. Über allem steht die Hoffnung auf Sicherheit, den Zugang zu Gesundheitsversorgung, Bildung und Ausbildungsmöglichkeiten und vor allem die Chance auf eine Kindheit.

Die Risiken auf den Flucht- und Migrationswegen hängen von einer Vielzahl von Faktoren ab, zum Beispiel von der Nationalität der Kinder und Jugendlichen, ihrem Aufenthaltsstatus oder der Zugehörigkeit zu einer ethnischen oder religiösen Minderheit. Unbegleitete Kinder sind besonders großen Gefahren ausgesetzt. Seit 2014 hat die Internationale Organisation für Migration den Tod von weltweit mehr als 21.000 Migranten registriert. Wie viele Kinder darunter waren, ist nicht bekannt. Zu den gefährlichsten Fluchtrouten zählt die zentrale Mittelmeerroute: Allein im Jahr 2016 starben bei der Bootspassage 4.579 Menschen – darunter schätzungsweise 700 Kinder. Alarmierend ist auch das Ausmaß, in dem Minderjährige dort ausgebeutet werden: Im Rahmen einer Umfrage der Internationalen Organisation für Migration berichteten im vergangenen Jahr 75 Prozent der insgesamt 1.600 interviewten Flüchtlingskindern im Alter von 14 bis 17 Jahre, die Italien über den Seeweg erreichten, von Fluchterlebnissen, die nahelegen, dass sie Opfer von Menschenhandel und Ausbeutung wurden. Bei Befragungen in 2017 stieg der Anteil sogar auf 91 Prozent.

Belastungen in Deutschland (Postmigrationsfaktoren):

- Plötzlicher und unvorbereiteter Eintritt in eine neue Gesellschaft mit eigenen Regeln, Bräuchen und Anschauungen
- Fremde Sprache
- Verlust der Heimat und der dortigen sozialen Bezüge/
Verlust der Unterstützung durch Großfamilie
- Nicht-kindgerechte Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften
 - Zusammenleben mit vielen fremden Personen
 - Keine abschließbaren Sanitäreinrichtungen
 - Keine Privatsphäre, Rückzugsmöglichkeiten
 - Keine Spiel- und Lernmöglichkeiten
 - Enge & Lärm
 - Miterleben gewaltsamer Konflikte

Quelle: Lüders, 2017

Belastungen in Deutschland (Postmigrationsfaktoren):

- fehlende Kinderbetreuungsplätze → Isolation der Kinder sowie auch der Eltern
- Häufig Zuschreibung der Rolle als Übersetzer, da Kinder die Sprache schneller lernen → nicht altersgerechte Verantwortungsmomente (→ Problem der fehlenden Finanzierung von Sprachmittlung)
- Trennung der Familien auf der Flucht → Verschiebung der Rollenerwartungen, Zerrüttung der Familienstrukturen (z. B. müssen Söhne die Rolle des fehlenden Vaters einnehmen)
- Traumatisierungen der Eltern → können ihren Kindern keine ausreichende Sicherheit geben
- Schuldgefühle der Eltern wegen Entbehrungen, Strapazen auf der Flucht → Änderung des Erziehungsverhaltens, Eltern tun alles, damit ihre Kinder „wieder glücklich sind“

Quelle: Lüders, 2017

Häufige Beschwerden nach Traumatisierungen bei Kindern

- Flashbacks: immer wiederkehrende, lebhafte Bilder und Geräusche des traumatischen Ereignisses
- Angst- und Schlafstörungen, Alpträume
- Störungen des Appetits
- psychosomatische Symptome (z. B. Bauch-, Kopf-, Muskelschmerzen)
- Hypervigilanz
- Regressive Verhaltensweisen, z. B. sprechen sie wieder eine eher kleinkindliche Sprache, nassen wieder ein
- hyperkinetische Störungen
- Dissoziation
- selbstverletzendes Verhalten

Quelle: BAfF, 2016; Dixius & Möller, 2016

Versorgung psychisch kranker geflüchteter Kinder und Jugendlicher | Seite 9

Hypervigilanz: erhöhte Wachsamkeit, erhöhte Aufmerksamkeit

Dissoziation: das teilweise bis vollständige *Auseinanderfallen* von normalerweise zusammenhängenden Funktionen der [Wahrnehmung](#), des [Bewusstseins](#), des [Gedächtnisses](#), der [Identität](#) und der [Motorik](#).

Häufigkeit psychischer Erkrankungen

- Mehr als die Hälfte der geflüchteten Kinder in Deutschland zeigen psychische Belastungssymptome
- 40 Prozent der Kinder sind durch die Erlebnisse vor, während und nach der Flucht u. a. in zwischenmenschlichen Beziehungen und in der Schule deutlich eingeschränkt
- Mehr als ein Drittel der aus Syrien geflüchteten Kinder und Jugendlichen leidet unter einer psychischen Erkrankung, v. a. unter PTBS und Anpassungsstörung – das ist 15-mal häufiger als bei in Deutschland geborenen Kindern
- Bei UMF ist Prävalenz psychischer Erkrankungen höher (ca. 40 - 60 Prozent)

Quelle: Gavranidou et al., 2008; Mall & Henningsen, 2015; Witt et al., 2015

- Unterscheidung danach, ob die Kinder und Jugendlichen **unbegleitet** oder **in Begleitung** der Eltern oder anderer sorgeberechtigten Personen eingereist sind

1. Begleitete geflüchtete Kinder und Jugendliche

In den ersten 15 Monaten → Asylbewerberleistungsgesetz gilt:

- § 4 AsylbLG → Behandlung bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen
- § 6 AsylbLG → Sonstige Leistungen können im Einzelfall gewährt werden, wenn zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich → Ermessensentscheidung → aber bei besonders schutzbedürftigen Personenkreis (wie Minderjährige) Ermessen auf Null reduziert → Psychotherapie muss bewilligt werden

Hintergrundinfo:

- In den meisten Teilen Deutschlands erhalten die Geflüchteten in der ersten 15 Monaten keine elektronische Gesundheitskarte, sondern nur grüne Behandlungsscheine → Abrechnung über Sozialamt
- da es sich nicht um Kassenleistungen handelt, werden die Leistungen erbracht durch PP und KJP, die keine Kassenzulassung haben
- Psychotherapie und Sprachmittlung muss beim Sozialamt beantragt werden – ABER: Beantragung der Kostenübernahme dauert lang, Anträge werden oft abgelehnt

Nach 15 Monaten Aufenthalt in Deutschland:

- Leistungsbezug wie Sozialhilfeempfänger (§ 2 AsylbLG)
- Anspruch auf ähnliche Leistungen wie in der GKV-Versicherung
 - Psychotherapie möglich
 - Erstattung der Kosten durch zuständigen Träger

- Defizite:
 - Durchschnittlich sechs Monate Wartezeit auf eine ambulante Psychotherapie (BPTK, 2011)
 - BAfF: Psychosoziale Zentren können nur ca. 3.600 Flüchtlinge pro Jahr psychotherapeutisch versorgen (BAfF, 2015)
 - Fehlende bzw. unzureichende Sprachmittlung

Hintergrundinfo:

- Nach 15 Monaten Aufenthalt ändert sich der Leistungsbezug der Eltern und damit auch des Minderjährigen
- Geflüchtete (auch Kinder und Jugendliche) erhalten eine elektronische Gesundheitskarte
- Prinzipiell verbessert sich die Gesundheitsversorgung: Die Krankenbehandlung wird von den Krankenkassen übernommen, die die entstehenden Aufwendungen vom zuständigen Sozialhilfeträger erstattet bekommen.
- ABER: Die Wartezeiten auf ein erstes Gespräch bei einem Psychotherapeuten betragen in Deutschland durchschnittlich drei Monate. Weitere drei Monate dauert es dann im Schnitt noch bis zum Beginn der Psychotherapie. Vertragspsychotherapeuten haben keine ausreichenden Kapazitäten, um psychisch kranke Flüchtlinge zeitnah zu behandeln.

Auch die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer sind überlastet und ihre Finanzierung ist prekär. Sie können jährlich nicht mehr als 3.600 Flüchtlinge psychotherapeutisch behandeln.

- Hinzu kommt, dass die Kosten für Sprachmittler von den Sozialämtern nur selten und von den Krankenkassen überhaupt nicht übernommen werden.

2. Unbegleitete Kinder und Jugendliche

Drei Stationen:

- Vorläufige Inobhutnahme (§ 42a SGB VIII)
→ Ort der Feststellung der unbegleiteten Einreise
 - Inobhutnahme (§ 42 SGB VIII) → nach Verteilung
 - Anschlusshilfe (§ 27 SGB VIII)
→ bei Unterbringung in Heim/Wohngruppe/Pflegefamilie
- Jugendamt sorgt während der drei Stationen für das Wohl, den notwendigen Unterhalt und **Krankenhilfe** (§ 40 SGB VIII)
- elektronische Gesundheitskarte → keine echte Mitgliedschaft in der GKV → aber Leistungsanspruch wie GKV-Versicherte → auch Psychotherapie
- Kosten für Sprachmittlung trägt das Jugendamt

Versorgung psychisch kranker geflüchteter Kinder und Jugendlicher | Seite 13

Hintergrundinfo:

Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge fallen aufgrund des besonderen Schutzanspruches in den Leistungsbereich der Kinder- und Jugendhilfe. Das Jugendamt nimmt, sobald die unbegleitete Einreise eines Kindes oder Jugendlichen festgestellt wird, dieses vorläufig in Obhut (Dort gibt es ein erstes Screeningverfahren, in dem das Alter, Gesundheitszustand und die Frage nach Familienangehörigen geprüft wird)

Danach werden die Kinder und Jugendlichen nach einer Quotenregelung an das zuständige Jugendamt verteilt, das das Kind/den Jugendlichen in Obhut nimmt.

Im sogenannten Clearingverfahren wird geprüft, auf welche (pädagogische) Anschlusshilfe (Hilfen zur Erziehung, z. B. Heimerziehung, Soziale Gruppenarbeit) der unbegleitete minderjährige Flüchtling Anspruch hat. Außerdem werden individuelle Lebens- und Fluchtumstände geklärt, die Beurteilung des physischen und psychischen und gegebenenfalls die Veranlassung einer fachärztlichen Untersuchung. Es wird geprüft, welche Unterbringung geeignet ist, welche anderen Leistungen notwendig sind, welche Schule oder Ausbildung geeignet ist und ob eine sozialpädagogische Begleitung notwendig ist. Im Hilfeplan dann wird festgelegt, wie der Flüchtling untergebracht wird, welche Schule er besucht und gegebenenfalls welche medizinische Versorgung z. B. Psychotherapie notwendig ist. Im Regelfall werden die unbegleiteten Minderjährigen im Heim oder einer anderen Form von betreuten Wohnen untergebracht – zumeist handelt es sich um Wohngruppen und vermehrt auch Pflegefamilien.

Während der vorläufigen Inobhutnahme, der regulären Inobhutnahme und der stationären Anschlussmaßnahmen hat das Jugendamt die Flüchtlinge vollumfänglich zu versorgen. Das heißt, für das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen zu sorgen und dabei den notwendigen Unterhalt und die Krankenhilfe sicherzustellen.

Zur Vereinfachung der Verwaltung werden Kinder und Jugendliche durch eine gesetzliche Krankenkasse betreut. Dadurch entsteht keine echte Mitgliedschaft, aber die Kinder und Jugendlichen erhalten eine eGK mit der Statusbezeichnung „Mitglied“ und der Leistungsumfang entspricht dem von GKV-Versicherten.

Da das Jugendamt zuständig ist, trägt es die Kosten für die Krankenbehandlung. Es erstattet der Krankenkasse vierteljährlich die Behandlungskosten

Kosten für Sprachmittlung sind vom Jugendamt zu tragen, wenn der Anspruch auf die Krankenhilfeleistung, z. B. Psychotherapie, anders nicht erfüllt werden kann. Sprachmittlung ist für unbegleitete Geflüchtete vom Jugendamt leichter zu erhalten als für begleitete geflüchtete Kinder/Jugendliche vom Sozialamt

Hintergrundinfo:

Krankenhilfeleistung gilt auch bei der Gewährung von Hilfe für junge Volljährige (Inobhutnahme endet mit Volljährigkeit)

- Behandlung durch Psychotherapeuten mit Kassensitz oder im Kostenerstattungsverfahren
- Therapien bei ermächtigten Psychotherapeuten (Ermächtigung zur Behandlung von Geflüchteten) werden in der Praxis vom Jugendamt häufig bewilligt (obwohl dies von der Ermächtigungsnorm eigentlich nicht erfasst ist)

- Neben Psychotherapie als Krankenbehandlung (§ 40 SGB VIII)

auch:

- Psychotherapie als Hilfe zur Erziehung (§ 27 Absatz 3 SGB VIII)
 - keine eindeutige Regelung zur Sprachmittlung
- Psychotherapie als Eingliederungshilfe (§ 35a SGB VIII)

Hintergrundinfo:

Je nach Bedarf muss das Jugendamt geeignete Leistungen gewähren.

Psychotherapie kommt in Betracht als Krankenbehandlung (vorangegangene Folie), Hilfe zur Erziehung und Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche

Hilfen zur Erziehung sind pädagogische und damit verbundene therapeutische Leistungen. Psychotherapie als Krankenbehandlung hat immer Vorrang.

Ablauf der Beantragung: Die Kostenübernahme der Psychotherapie als Hilfe zur Erziehung wird durch den Vormund beim Jugendamt beantragt. Zusätzlich ist die Vorstellung bei dem zuständigen Fachdienst erforderlich. Dieser beauftragt den Psychotherapeuten mit bis zu 5 „Probestunden“. Der Psychotherapeut erstellt einen psychologischen Bericht und einen Kostenplan an den zuständigen Fachdienst. Der Fachdienst übersendet eine gutachterliche Stellungnahme zur Notwendigkeit, Zielsetzung und zum Umfang an das zuständige Jugendamt. Dann wird durch das Jugendamt zusammen mit dem Therapeuten und dem Minderjährigen ein Hilfeplan erstellt.

Bei den Hilfen zur Erziehung gibt es keine eindeutige Regelung zur Sprachmittlung. Der Anspruch lässt sich aber aus dem Gesetz (§ 27 Absatz 1 SGB VIII) ableiten.

Eingliederungshilfe kann für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche gewährt werden (§ 35 a SGB VIII). Eingliederungshilfe kann medizinische Reha und damit auch Psychotherapie umfassen. Auch in diesem Fall wird die Therapie beim Jugendamt beantragt.

Ziel der BPTK-Forderungen

- krankheitsfördernde Lebenssituation vermeiden
- positive Rahmenbedingungen für Traumaverarbeitung schaffen
- psychische Erkrankungen zeitnah und angemessen behandeln
- Integration und gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen



Quelle: www.km.bayern.de

1. **kindgerechte Wohnsituation**
 - bundesweite Mindeststandards für Unterbringung von geflüchteten Familien mit Kindern bzw. UMF
 - schnellstmögliche Unterbringung von Familien mit Kindern in eigenen Wohnungen
2. **keine Registrierung von unbegleiteten Minderjährigen in Erstaufnahmeeinrichtungen**
 - Neuregelung zur Registrierung vor Inobhutnahme durch das Jugendamt und damit ohne jugendamtliche Vertretung geplant
 - Ordnungsbehörden fehlt fachliche Qualifikation zur Identifizierung von und im Umgang mit Kindern und Jugendlichen
3. **Kinderbetreuung sicherstellen**
 - Besuch einer Kindertagesstätte bringt „Normalität“, Tagesstruktur, Spracherwerb, Entlastungsmöglichkeiten
 - Flüchtlingskinder haben Anspruch auf Kita-Platz, aber häufig keine Plätze vorhanden → Betreuungsangebote ausbauen

Hintergrundinfo:

Zu Punkt 2:

Es ist ein Gesetz zur Fortentwicklung der Registrierung und des Datenaustausches zu aufenthalts- und asylrechtlichen Zwecken geplant

(Datenaustauschverbesserungsfortentwicklungsgesetz – Referentenentwurf)

Personen, die **unbegleitete** minderjährige Flüchtlinge sein könnten, würden nach der Neuregelung nicht mehr wie bisher umgehend dem Jugendamt zugeführt werden, um die Schutzbedürftigkeit einzuschätzen und vor Gefahren zu schützen, sondern müssten durch Bundespolizei und Erstaufnahmeeinrichtung als unbegleitet und minderjährig eingeschätzt werden, bevor sie an das Jugendamt übergeben werden.

Problem: Der Bundespolizei und den Erstaufnahmeeinrichtung fehlt die Qualifikation zur Alterseinschätzung und auch im Umgang mit Minderjährigen

→ keine Berücksichtigung des Kindeswohls

→ unbegleitete minderjährige Flüchtlinge würden in Erstaufnahmeeinrichtungen für Erwachsene ohne Jugendhilfestandards ohne zeitliche Begrenzung untergebracht werden → Kinder und Jugendliche sind besonders schutzbedürftig, werden in diesen Einrichtungen aber nicht vor möglichen Ausbeutungen oder anderen Gefahren geschützt

4. Früherkennung besonderer Schutzbedarfe

- EU-Aufnahmerichtlinie: besondere Schutzbedürftigkeit von Flüchtlingskindern und von traumatisierten und psychisch kranken Flüchtlingen
 - aber: Früherkennung besonderer Schutzbedarfe in Erstaufnahmeeinrichtungen nicht vorgesehen, z. B.
 - keine verbindliche Diagnostik psychischer Erkrankungen im Rahmen der gesundheitlichen Erstuntersuchung (Screening)
 - keine verbindliche Prüfung möglicher Gefahren für das Kindeswohl in den Erstaufnahmeeinrichtungen
- Forderung: Einrichtung und Finanzierung von psychiatrisch-psychotherapeutischen Sprechstunden für Diagnostik und niedrigschwelliger Beratung/Intervention sowie Beratungsangeboten der Kinder- und Jugendhilfe in Not-, Erstaufnahme- und Gemeinschaftsunterkünften

Hintergrundinfo:

- Folie gilt vorrangig für **begleitete** minderjährige Geflüchtete, die mit ihren Familien in Erstaufnahmeeinrichtungen untergebracht werden.
- Unbegleitete minderjährige Geflüchtete werden (bisher) nicht in Erstaufnahmeeinrichtungen untergebracht

Praxistipp

BPTK
Bundes
Psychotherapeuten
Kammer

GEWISS E.V. GEGENÜBERT WISSEN DEN ENSTANDEN ACHTSAMERLEBEND - Beratung - Begleitung

Ausbildung zum Traumahelfer Veranstaltungskalender Bücher und DVD's Download "RETROS" Download "Liberoffree Traumadiagnostik" Flüchtlingshilfe-Spendenmöglichkeiten
 SURE SeitenZiti: Wider den Burnout GEWISS e.V. - Vereinsgeschichte Impressum Informations in English

Fragebogen- und standardisierte Diagnostik bei Traumafolgestörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen

Wir freuen uns, wenn Sie im normalen Psychotherapiebetrieb Flüchtlingskinder behandeln wollen. Unserer Erfahrung nach sind die folgenden Instrumente, die auch den Standards der Erfassung traumatischer Belastungen bei Flüchtlingen entsprechen und in der Forschung eingesetzt werden dabei hilfreich:

Für arabisch sprechende Patienten

- MIA für die Kinder-Anamnese
- MIA - Bogen BILINGUAL DEUTSCH ARABISCH**
Multilingual und Interkulturell orientierte Anamnese - MIA - von Scharif Rethfeldt
w - BILINGUAL DEUTSCH ARABISCH (2) - Kopie.pdf (5.22MB)
- UCLA-PTBS**
Diagnostik
T_UCLA-PTBS_Diagnostik_deutsch_arabisch.pdf (520.28KB)
- CRIS-8** Impact of Event - Kinder
- CRIS-8 auf Arabisch**
Impact of Event Scale für Kinder
T_Arabisch_CRIS-8-Kinder_Traumabogen_Impact_of_Event.pdf (336.46KB)
- IES-8** Impact of Event Scale Jugendliche und Erwachsene
- IES-8 auf Arabisch**
Impact of Event Scale für Jugendliche und Erwachsene
T_IES-Erwaschene_arabisch.pdf (537.68KB)

AKTUELLE BETRÄGE:

Bundespsychotherapeutenkar
"Round Table"
Was benötigen psychisch krank
Flüchtlinge? vom 1. März 2017
BPTX.pdf (2.17MB)

Bayerischer Rundfunk am 19.7.2016
in der Abendschau Der Süden
und in der Rundschau
Traumahelfer - Ausbildung - Trailer
Traumahelfer - Ausbildung - Konzept
Auch ein Weg, Infos über Trauma und
Selbstabilisierung in die Welt zu bringen
ARCHIV

Bayerischer Rundfunk am 16.4.2016
Abendschau - Bericht aus dem laufenden
Projekt
Beitrag am 22. Oktober 2015 im
Mittagsmagazin der ARD und im
Bayerischen Rundfunk in der Rundschau

**UCLA-PTSD-Diagnostik auf
für Kinder und Jugendliche. Elt
Kinder, Jugendliche können die
T_English_UCLA_PTSD
Diagnostik_Kinder_und_Jugendliche
KIAE - 201604**

Versorgung psychisch kranker geflüchteter Kinder und Jugendlicher | Seite 18

Hintergrundinfo:

- Folie gilt vorrangig für **begleitete** minderjährige Geflüchtete, die mit ihren Familien in Erstaufnahmeeinrichtungen untergebracht werden.
- Unbegleitete minderjährige Geflüchtete werden (bisher) nicht in Erstaufnahmeeinrichtungen untergebracht

5. Psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung verbessern

- verlässliche Finanzierung und Ausbau der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer
- Nachbesserung der Regelungen zur Ermächtigung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen
- Finanzierung von Sprach- und Kulturmittlung (sowohl Behandlung der Kinder ermöglichen als auch verhindern, dass Kinder als Dolmetscher eingesetzt werden)



Hintergrundinfo zu Ermächtigungen:

- Die vom Gesetzgeber im September 2014 geschaffene Möglichkeit, speziell zur Behandlung von Flüchtlingen auch psychotherapeutische Privatpraxen und psychosoziale Zentren zu ermächtigen und damit für die ambulante Versorgung zuzulassen, ist weitgehend gescheitert. Grund hierfür sind die einschränkenden Bedingungen, an die die Behandlung im Rahmen der Ermächtigung gebunden sind. Die so zugelassenen Psychotherapeuten dürfen Flüchtlinge erst nach 15 Monaten ihres Aufenthaltes in Deutschland behandeln und dann nur so lange, bis ihr Asylverfahren abgeschlossen oder sie eine Arbeit oder Ausbildung aufgenommen haben. Darüber hinaus binden einige der Kassenärztlichen Vereinigungen die Ermächtigung daran, dass sie ausschließlich zur Fortführung von Psychotherapien vorgesehen ist, die in den ersten 15 Monaten begonnen wurden. Dies führt dazu, dass ein Großteil der Patienten von der psychotherapeutischen Versorgung ausgeschlossen ist.
- Positiv: Für **unbegleitete** minderjährige Flüchtlinge wird durch das Jugendamt Psychotherapie häufig bei ermächtigten Psychotherapeuten bewilligt.

Hintergrundinfo zu Finanzierung von Sprach- und Kulturmittlung:

- Sprachmittlung ist nach Asylbewerberleistungsgesetz keine Regelleistung. Sie kann bei der Beantragung von Psychotherapie mitbeantragt werden. Das Sozialamt entscheidet dann im Einzelfall. Jedoch sind die Bearbeitungszeiten sehr lang und meist wird keine Sprachmittlung genehmigt.
- Positives Beispiel: Sprachmittlungsfonds in Hamburg. Die Hamburger Bürgerschaft hat im November 2016 beschlossen, erstmals in Deutschland einen Dolmetscherfonds für die ambulante Psychotherapie von Geflüchteten in einem Modellprojekt zu finanzieren. Auf der Grundlage des Eckpunktepapiers zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge der Bundespsychotherapeutenkammer und der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2015 wurde ein entsprechender Antrag des Vereins SEGEMI Seelische Gesundheit • Migration und Flucht e.V. in Kooperation mit der Psychotherapeutenkammer Hamburg und dem PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband Hamburg eingereicht und positiv beschieden.
- Positiv bei **unbegleiteten** minderjährigen Flüchtlingen: Sprachmittlung wird durch das Jugendamt bewilligt, wenn eine Psychotherapie notwendig ist.

Resolution des 30. DPT

DPT fordert bessere Gesundheitsversorgung für psychisch kranke Flüchtlinge

Der Deutsche Psychotherapeutentag sieht die dringende Notwendigkeit, die Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge zu verbessern und langfristig sicherzustellen.

Hierzu schlägt er folgende Maßnahmen vor:

1. Aufnahme von Psychotherapie als Regelleistung in das Asylbewerberleistungsgesetz
2. Dauerhafte Finanzierung von Initiativen zur Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge sowie der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer
3. Finanzierung qualifizierter Sprach- und Kulturmittler durch Sozialbehörden und gesetzliche Krankenversicherung
4. Aufhebung der Einschränkungen beim Personenkreis, der im Rahmen einer Ermächtigung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung behandelt werden kann, sodass mehr psychisch kranke Flüchtlinge von der Regelung profitieren können
5. Gesetzliche Klarstellung, dass Psychotherapeuten befugt sind, Stellungnahmen im Rahmen asylrechtlicher Verfahren zu erstellen

TOP 11
vorgelegt vom
BPTK-Vorstand

30. Deutscher Psychotherapeutentag
12./13. Mai 2017 in Hannover

Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge sicherstellen

Hintergrundinfo zum Thema Stellungnahmen im Rahmen Asylrechtlicher Verfahren:

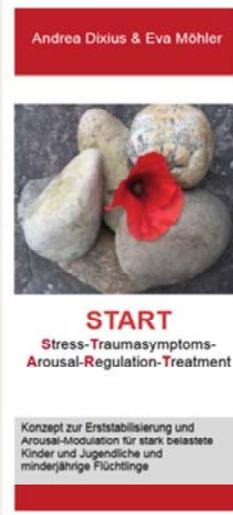
Gutachten von Psychotherapeuten in Asylverfahren nicht anerkannt

Mit dem Asylpaket II wurde im Januar 2016 beschlossen, dass eine Erkrankung, die die Abschiebung eines Flüchtlings verhindern kann, nur durch Ärzte bescheinigt werden darf. Immer häufiger werden daher Gutachten von Psychotherapeuten nicht nur bei der Frage der Reisefähigkeit, sondern auch bereits während des asylrechtlichen Verfahrens nicht mehr angenommen oder nicht mehr bei Entscheidungen berücksichtigt. Vor der Gesetzesänderung war es jedoch ständige Rechtsprechung, dass Psychotherapeuten aufgrund ihrer fachlichen Qualifikation befähigt sind, in asylrechtlichen Verfahren psychische Erkrankungen zu diagnostizieren. Für Flüchtlinge verringern sich so die Möglichkeiten, ihre psychischen Belastungen und Störungen fachlich einschätzen und dokumentieren zu lassen, sodass sie in asylrechtlichen Verfahren nicht berücksichtigt werden können.

Praxisbeispiele

START – Erststabilisierung und Arousal-Modulation für stark belastete minderjährige Flüchtlinge (Dixius & Möhler, SHG-Kliniken Saarland)

- häufig lange Psychotherapie zu Beginn ihres Aufenthaltes in Deutschland für viele minderjährige Flüchtlinge nicht möglich
- Ziel von „START“
 1. rasche Stabilisierung und Stressreduktion (akute Krisen überstehen, Kontrolle über eigenes Verhalten gewinnen)
 2. Förderung von Selbstfürsorge und Achtsamkeit, Stärkung von Schutzfaktoren
- mehrsprachiges Manual + Audioversionen → größter Teil des Programms ohne Dolmetscher und in Gruppen mit Kindern und Jugendlichen unterschiedlicher Sprachen möglich
- Programm kann auch von Lehrern, Erziehern und Sozialarbeitern angeboten werden



Quelle: www.startyourway.de

Neben Dolmetscherfonds in Hamburg zwei weitere positive Beispiele, wie Initiativen trotz der einschränkenden gesetzlichen Regelungen, versuchen, die Versorgung von psychisch kranken Flüchtlingskindern und -jugendlichen zu verbessern:

Hintergrundinfos zu START:

- Von Andrea Dixius, leitende Psychotherapeutin der SHG Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie u. Psychosomatik im Saarland, gemeinsam mit Prof. Eva Möhler (Chefärztin dort) entwickeltes Konzept zur Erststabilisierung für stark belastete minderjährige Flüchtlinge mit posttraumatischem Stresserleben
- Hintergrund: im Jahr 2015 zunehmende Zahl von Flüchtlingen in der Klinik und Eröffnung eines Clearinghauses für UMF, wo diese nach ihrer Ankunft in Deutschland untergebracht werden (<https://www.shg-kliniken.de/index.php?id=5877>)
- Dort häufig Krisen und "Ausnahmestände", die schnelle Intervention erfordern.
- Häufig lange Psychotherapie zu Beginn ihres Aufenthaltes aufgrund der instabilen Lebensverhältnisse für viele minderjährige Flüchtlinge nicht möglich.
- Deshalb START entwickelt mit dem Ziel, psychisch belastete Flüchtlingskinder und -jugendliche mit posttraumatischem Stresserleben rasch zu stabilisieren und ihnen Tools an die Hand zu geben, wie sie akute Krisen überstehen und Kontrolle über ihr eigenes Verhalten zurückgewinnen können. In einem zweiten Schritt geht es dann um die Förderung von Selbstfürsorge und Achtsamkeit und die Stärkung von Schutzfaktoren.
- kann gut einer anschließenden Psychotherapie vorangestellt oder parallel durchgeführt werden
- Das Programm ist manualbasiert und liegt in vielen Sprachen vor.
- Es gibt auch Audioversionen.
- Der größte Teil des Programms kann deshalb ohne Dolmetscher und in Gruppen mit Kindern und Jugendlichen unterschiedlicher Sprachen durchgeführt werden.
- So ist es auch möglich, in der Klinik geflüchtete und einheimische Kinder mit posttraumatischem Stresserleben gemeinsam behandelt werden können.
- Es werden auch Fortbildungen angeboten, sodass das Programm auch von Lehrern, Erziehern und Sozialarbeitern angeboten werden kann.

Spezialambulanz für Flüchtlingskinder in Münster

- psychotherapeutische Erstversorgung für minderjährige Flüchtlinge und ihre Familien am Universitätsklinikum Münster
- BMG fördert Modellprojekt mit 104.000 Euro
- bis zu zehn therapeutische Gespräche möglich, danach Überweisung an niedergelassene Kollegen oder Einrichtungen der Jugendhilfe

„Wir können die seelischen Wunden heilen helfen“: Spezialambulanz für Flüchtlingskinder

Psychotherapeutische Erstversorgung für minderjährige Flüchtlinge und ihre Familien. Bund fördert Modellprojekt mit 104.000 Euro

Münster (ukm/aw) – Die Bilder von Menschen auf der Flucht im Herbst 2015 haben alle noch in Erinnerung: Prof. Dr. Georg Romer, Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie am UKM (Universitätsklinikum Münster) ahnte damals, dass unter den Neuankömmlingen in Deutschland viele sein würden, die in Zukunft der therapeutischen Unterstützung bedürfen könnten. Die Idee einer psychotherapeutischen Erstversorgung von traumatisierten Flüchtlingskindern und Jugendlichen am UKM wurde geboren.

Quelle: www.gesundheit-muenster.de

Versorgung psychisch kranker geflüchteter Kinder und Jugendlicher | Seite 22

Hintergrundinfo:

Spezialambulanz für Flüchtlingskinder in Münster

- 10 therapeutische Sitzungen möglich
- enge Vernetzung mit ambulanten Behandelnden, um Weiterversorgung sicherzustellen
- wird vom BMG mit 104.000 Euro gefördert
- Projektbeteiligte Birgit Möller hat vorher in der Ambulanz für Flüchtlingskinder am UKE in Hamburg, die von der Children-for-Tomorrow-Stiftung (Steffi Graf) finanziert wird, gearbeitet und bringt ihre Erfahrungen nun in der Spezialambulanz für Flüchtlingskinder in Münster ein.

Round-Table der BpTK zur Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge am 16. Februar 2017

- 20 Experten eingeladen, um darüber zu diskutieren, was bisher für die Versorgung psychisch kranker Geflüchteter erreicht werden konnte, welche Barrieren es gibt und was noch verbessert werden muss
- Bericht zu Round-Table:
<http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/was-benoetig.html>



Quelle: www.bptk.de

Versorgung psychisch kranker geflüchteter Kinder und Jugendlicher | Seite 23

Hintergrundinfo zum Round-Table-Gespräch

- BpTK hat 20 Experten eingeladen, um ihre Initiativen zur Verbesserung der Versorgung vorzustellen und gemeinsam zu diskutieren, was getan werden muss, um die Versorgung psychisch kranker Geflüchteter – Erwachsener wie Minderjähriger – langfristig sicherzustellen.
- Einen Bericht über die Veranstaltung gibt es auf der Homepage der BpTK.

- Vorschlag enthält drei Module zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge



■ Modul 1

- Aufbau eines aus Bundesmitteln finanzierten Pools von qualifizierten Sprach- und Kulturmittlern, die für die psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen qualifiziert sind, und ihre Vermittlung an Psychotherapeuten und Ärzte

Hintergrundinfo:

Um einige der Defizite bei der Versorgung Geflüchteter in Deutschland mittelfristig zu adressieren, hat die BPtK gemeinsam mit der Bundesärztekammer im September 2015 die Durchführung eines bundesweiten Modellprojekts vorgeschlagen. Beide Kammern greifen damit auch eine Forderung der Integrations- und der Gesundheitsministerkonferenz 2015 auf, die das Bundesministerium für Gesundheit gebeten hatten, auf die BÄK und die BPtK zuzugehen und ein Modellprojekt zu initiieren, in dem die Finanzierung von Sprach- und Kulturmittlung für die psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen aus Bundesmitteln erprobt und evaluiert wird.

Kern des Vorschlags von BÄK und BPtK sind drei aufeinander abgestimmte Module. Das erste Modul sieht den Aufbau eines bundesweiten Pools qualifizierter Sprach- und Kulturmittler vor. Dieser könnte von Anbietern geleistet werden, die bereits in der Sprach- und Kulturmittlung tätig sind. Eine Koordinierungsstelle würde die Sprachmittler qualifizieren und zertifizieren, an Ärzte und Psychotherapeuten vermitteln und auch deren Vergütung abwickeln. Die Finanzierung der Sprach- und Kulturmittlung sollte aus Bundesmitteln erfolgen.

Modul 2

- Einrichtung von Koordinierungsstellen in den Ländern, die für die Beantragung, qualifizierte Begutachtung, Genehmigung und Vergütung von Psychotherapien bei Geflüchteten (unabhängig von Aufenthaltsdauer) verantwortlich sind

Modul 3

- Qualifizierung von Psychotherapeuten und Ärzten zur Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge durch Fortbildungsangebote der Psychotherapeuten- und Ärztekammern

Hintergrundinfos:

Als zweites Modul schlagen BÄK und BPTK in jedem Bundesland eine Koordinierungsstelle für die psychotherapeutische Behandlung von Flüchtlingen vor. Diese soll für die Beantragung, Begutachtung, Genehmigung sowie Vergütung von Psychotherapien bei Flüchtlingen zuständig sein – unabhängig davon, wie lange der Flüchtling schon in Deutschland lebt. Die Begutachtung, ob die beantragte Psychotherapie indiziert ist, soll wie in der GKV zeitnah durch einen unabhängigen und qualifizierten Gutachter erfolgen. Die Koordinierungsstelle entscheidet über die Psychotherapie auf Grundlage des Votums des Gutachters. Sie leistet auch die Vergütung der Ärzte und Psychotherapeuten und rechnet die Ausgaben mit der Behörde ab, die gesetzlich die Kosten übernehmen muss.

Ein drittes Modul betrifft die Qualifizierung der Ärzte und Psychotherapeuten zur Behandlung psychisch kranker Flüchtlinge. Ärzte und Psychotherapeuten sollten über spezifische Kompetenzen bei der Versorgung von Flüchtlingen verfügen, zu denen zum Beispiel asylrechtliche Kenntnisse und die Arbeit mit Sprachmittlern gehören. Solche Kompetenzen sollen durch entsprechende Fortbildungen der Landesärztekammern bzw. Landespsychotherapeutenkammern sichergestellt werden.

Leider haben wir im Februar 2016 Rückmeldung aus dem BMG und dem BMAS erhalten, dass die beiden Ministerien keine Möglichkeit sehen, diesen Modellvorschlag umzusetzen. Sie verweisen auf die Zuständigkeit der Länder und Kommunen, wenn es um die gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen geht und stellen sich auf den Standpunkt, hier von der Bundesebene aus nicht eingreifen zu können und dass hierfür die Länder zuständig seien. Wir hoffen jedoch, dass unsere Ideen für ein Modellprojekt Akteure auf Bundes- und Landesebene dazu inspirieren, etwas dafür zu tun, um die

Praxisbeispiele

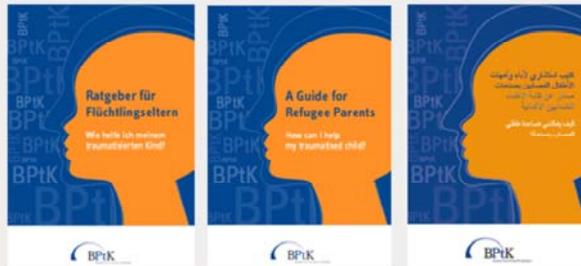
Ratgeber für haupt- und ehrenamtliche Helfer

- Wie kann ich einem traumatisierten Flüchtling helfen?



Ratgeber für Eltern

- Wie helfe ich meinem traumatisierten Kind auf Deutsch, Englisch, Arabisch, Kurmandschi und Farsi



- Abrufbar unter: <http://www.bptk.de/publikationen/bptk-infomaterial.html>



Art. 3 UN-Kinderrechtskonvention:

DAS KINDESWOHL HAT VORRANG

Bei allen Maßnahmen, die Kinder betreffen, gleichviel ob sie von öffentlichen oder privaten Einrichtungen der sozialen Fürsorge, Gerichten, Verwaltungsbehörden oder Gesetzgebungsorganen getroffen werden, ist das Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt, der vorrangig zu berücksichtigen ist.

Quelle: UNICEF-Lagebericht Zur Situation der Flüchtlingskinder in Deutschland, März 2017

Unicef-Studie: A child is a child



„Alle geflüchteten und migrierten Kinder müssen Zugang zu Bildung und Gesundheitsversorgung haben:

Regierungen, Gemeinden und der Privatsektor müssen gemeinsam mehr dafür tun, um Bildung, Gesundheit, eine Unterkunft, Ernährung sowie Wasser- und Sanitätsversorgung für Kinder, die sich außerhalb ihrer Heimat befinden, zu gewährleisten. Der Aufenthaltsstatus eines Kindes darf hierbei keine Barriere für den Zugang oder die Inanspruchnahme grundlegender sozialer Dienstleistungen sein.“

Quelle: UNICEF-Bericht *A child is a child*, Mai 2017

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



Peter Lehndorfer
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
Vizepräsident
Bundespsychotherapeutenkammer
Klosterstraße 64
10179 Berlin
Email: lehndorfer@bptk.de
Homepage: www.bptk.de

- Lüders, T. (2017). Kinder und Familien. In A. Liedl et al. (Hrsg.) Psychotherapie mit Flüchtlingen: Neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse – Das Praxisbuch für Psychotherapeuten und Ärzte (S. 108-120). Stuttgart: Schattauer.
- Siebenbürger, B. (2017). Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF). In A. Liedl et al. (Hrsg.) Psychotherapie mit Flüchtlingen: Neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse – Das Praxisbuch für Psychotherapeuten und Ärzte (S. 121-133). Stuttgart: Schattauer.
- Mall, V. & Hennigsen, P. (2015). Studie in Erstaufnahmeeinrichtung: viele Kinder mit Belastungsstörungen. Abrufbar unter: <http://www.mri.tum.de/node/3407>.
- Witt, A., Rassenhofer, M., Fegert, J. M. & Plener, P. L. (2015). Hilfebedarf und Hilfsangebote in der Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. *Kindheit und Entwicklung*, 24 (4), 209-224.
- BAfF - Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (2016). Versorgungsbericht zur psychosozialen von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland. 3. Auflage. Abrufbar unter: http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2017/02/Versorgungsbericht_3-Auflage_BAfF.pdf.
- Gavranidou, M., Niemiec, B., Magg, B. & Rosner, R. (2008). Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge. *Kindheit und Entwicklung* 17 (4), 224-231.
- Dixius, A. & Möller, E. (2016). START – Stress-Traumasympptoms-Arousal-Regulation-Treatment: Konzept zur Erststabilisierung und Arousal-Modulation für stark belastete Kinder und Jugendliche und minderjährige Flüchtlinge. In: *Forum der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes*, 63, 35-37.
- Unicef Berichte aus 2014, 2016 und 2017