



Häufigkeit psychischer Störungen bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen in Deutschland

Marco Walg¹, Ewgeni Fink², Mark Großmeier¹, Miguel Temprano³ und Gerhard Hapfelmeier¹

¹ Sana-Klinikum Remscheid

² Kaiserswerther Diakonie Düsseldorf

³ Psychosoziales Zentrum Düsseldorf

Zusammenfassung: *Fragestellung:* Erstmals wird die Häufigkeit psychischer Störungen bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen in Deutschland untersucht. *Methodik:* Es handelt sich um eine retrospektive Datenanalyse. Von 2013 bis 2015 wurden Flüchtlinge mit auffälliger Symptomatik von einer Clearingstelle zur diagnostischen Einschätzung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz vorgestellt. Hierzu wurde eine Spezialsprechstunde angeboten. Neben den Diagnosen wurde die Zahl der Notfallvorstellungen aufgrund psychischer Krisen vor und nach Einführung der Sprechstunde in der Klinik erfasst. *Ergebnisse:* Bei 56 von 75 Flüchtlingen (75%) wurde eine psychische Störung festgestellt. Am häufigsten wurden Posttraumatische Belastungsstörungen und depressive Episoden diagnostiziert. Nach Einführung des Sprechstundenangebotes reduzierte sich die Zahl der Flüchtlinge, die aufgrund einer Krisensituation erstmals in der Klinik vorstellig wurden. *Schlussfolgerungen:* Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge stellen eine psychisch schwer belastete Gruppe dar. Die Einrichtung von speziellen Sprechstunden in Kooperation mit Clearingeinrichtungen und Wohngruppen begegnet in sehr guter Weise den Herausforderungen der gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen. Insbesondere ermöglicht ein solches Angebot ein besseres Krisenmanagement.

Schlüsselwörter: Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge, UMF, psychische Störungen, Posttraumatische Belastungsstörung, Versorgung

The proportion of unaccompanied refugee minors suffering from psychiatric disorders in Germany

Abstract: *Objective:* This article is the first investigation into the proportion of unaccompanied refugee minors suffering from psychiatric disorders in Germany. *Method:* In a retrospective study done between 2013 and 2015, any refugees showing symptoms of a psychiatric disorder during their stay in a residential refugee center were referred to an Outpatient Department of Child and Adolescent Psychiatry for diagnostic assessment. To this end, special consultation hours were arranged. Besides the diagnoses, the number of emergency consultations occurring before and after the implementation of the special consultation hours was recorded. *Results:* Of the 75 refugee minors (75%) referred, 56 were suffering from a psychiatric disorder, with posttraumatic stress disorder and depression being the most common diagnoses. Following implementation of the consultation hours, the number of refugee patients initially admitted in the Child and Adolescent Psychiatry on an emergency basis fell. *Conclusions:* Unaccompanied refugee minors are a highly vulnerable group that poses great challenges to clinical care. The implementation of special consultation hours is a constructive option for meeting these challenges. In particular, this special offer enables improvement of crisis management in the case of emergency consultations.

Keywords: unaccompanied refugee minors, URM, psychiatric disorders, posttraumatic stress disorder, clinical care

Einleitung

Dem Halbjahresbericht 2015 des Flüchtlingshilfswerks der Vereinten Nationen (UNHCR) zufolge befinden sich derzeit mehr als 60 Millionen Menschen weltweit auf der Flucht. 2015 sind außergewöhnlich viele Menschen über das Mittelmeer nach Europa geflohen. Wie bereits 2013 und 2014, stammten die meisten Flüchtlinge aus Syrien, Afghanistan und Somalia. In der ersten Jahreshälfte 2015 wurden in der Bundesrepublik Deutschland mit 159.900 weltweit die meisten Neuanträge auf Asyl gestellt.

Etwa die Hälfte der Flüchtlinge weltweit sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Ende Januar 2016 ist die Zahl der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge (UMF) in Deutschland auf über 60.000 gestiegen; Hauptherkunftsländer der UMF waren 2015 Afghanistan, Syrien, Irak, Eritrea und Somalia (Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (BumF), 2016).

Die steigende Zahl Flüchtlinge stellt auch das Gesundheitssystem vor große Herausforderungen. Menschen, die in westliche Länder geflohen sind, weisen im Vergleich zur dortigen Allgemeinbevölkerung deutlich höhere Prävalen-

zen für Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) auf (Fazel, Wheeler & Danesh, 2005). Eine Untersuchung aus dem Jahr 2006 zeigte bei Asylsuchenden in Deutschland eine PTBS-Punktprävalenz von ca. 40% (Gäbel et al., 2006). Der BundesPsychotherapeutenKammer (2015) zufolge sind mindestens die Hälfte der Flüchtlinge psychisch krank. Sie leiden besonders häufig unter PTBS und Depressionen. Zudem ist von erhöhter Suizidalität auszugehen. Ca. 40% der Flüchtlinge mit PTBS hatten bereits Suizidpläne oder Suizidversuche unternommen. Unter den Flüchtlingen stellen die UMF eine besonders vulnerable Gruppe dar. So weisen die UMF höhere Raten psychischer Störungen auf als begleitete minderjährige Flüchtlinge (vgl. Huemer et al., 2009). UMF berichten relativ häufig über Erfahrungen von körperlicher und sexueller Gewalt, Krieg und Trennung bzw. Verlust von Familienmitgliedern und weisen eine relativ hohe subjektive Belastung durch Symptome einer PTBS auf (Hodes et al., 2008).

Eine Übersichtsarbeit von Witt, Rassenhofer, Fegert und Plener (2015) zeigt, dass die Prävalenzzahlen für psychische Auffälligkeiten bei UMF zwischen 20 und 81,5% liegen. Die erheblichen Schwankungen sind in erster Linie auf die eingesetzten Methoden der unterschiedlichen Studien zurückzuführen. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass UMF in Bezug auf psychische Auffälligkeiten eine Hochrisikogruppe darstellen, da die Mehrzahl der Flüchtlinge (bis zu 97%) traumatische Erfahrungen gemacht haben und ihnen wichtige Schutzfaktoren fehlen. Die meisten Untersuchungen stammen aus Europa. Es wird kritisch angemerkt, dass bisher keine Studie aus Deutschland zu Prävalenzzahlen psychischer Störungen bei UMF existiert.

Der Herausforderung einer zunehmenden Inanspruchnahme der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch die Hochrisikogruppe UMF begegneten die Autoren durch eine Kooperation zwischen einer Clearingstelle für UMF und der Ambulanz der pflichtversorgenden Kinder- und Jugendpsychiatrie. Es wurde eine spezielle Sprechstunde für UMF der Clearingstelle in der Ambulanz eingerichtet. Ziel dieser Maßnahme war es, die zum damaligen Zeitpunkt steigende Zahl an Notfallvorstellungen von UMF in der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch eine Ausweitung des ambulanten Angebotes zu reduzieren. Die wöchentlich stattfindende Sprechstunde in der Ambulanz konnte von der Clearingstelle entweder für eine Erstvorstellung eines Bewohners oder für zwei Flüchtlinge zur Wiedervorstellung genutzt werden. Gemäß der Handreichung zum Umgang mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen in Nordrhein-Westfalen (Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes Nordrhein-Westfalen, Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen, 2013) erfolgte bei Hinweisen auf eine psychische Störung eine Vorstellung in der Sprech-

stunde zur Abklärung. Ein Ziel des Clearingverfahrens, die psychische und emotionale Situation der Flüchtlinge zu klären, sollte auf diese Weise erreicht werden. Die Clearingstelle war für die Organisation eines Übersetzers zuständig. Zudem ließ die Clearingstelle der Ambulanz vorab einen vorläufigen Clearingbericht zukommen, so dass den Mitarbeitern der Kinder- und Jugendpsychiatrie wesentliche Aspekte der Anamnese vorab bekannt waren und den UMF eine erneute umfassende Befragung erspart werden konnte. Von Seiten der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz erfolgten Diagnostik und ggf. Behandlung durch ein multiprofessionelles Team. Die Behandlung konnte neben einer ausführlichen Psychoedukation sowohl psychotherapeutische als auch psychopharmakologische Interventionen umfassen. Die diagnostische Einschätzung sowie Behandlungsempfehlungen wurden der Clearingstelle in Form eines Ambulanzbriefes zur Verfügung gestellt.

Die vorliegende Arbeit untersucht die Häufigkeit psychischer Störungen nach ICD-10 unter männlichen UMF einer Clearingstelle in Düsseldorf. Zudem werden körperliche Beschwerden und somatische Erkrankungen der UMF erfasst. Neben der Häufigkeit psychischer Störungen bei UMF wird auch die Anzahl von Notvorstellungen in der pflichtversorgenden Kinder- und Jugendpsychiatrie erhoben. Seit Mitte 2013 bietet diese Klinik eine Spezialsprechstunde für UMF an. Die Anzahl der Notfallvorstellungen in Krisensituationen vor und nach Einrichtung dieses Angebotes wird verglichen.

Methoden

Es handelt sich um eine retrospektive Datenanalyse einer Inanspruchnahmepopulation. Den Bewohner-Akten einer Clearingstelle in Düsseldorf mit 12 Plätzen für männliche UMF wurde entnommen, wie viele UMF von 2012 bis 2015 notfallmäßig oder geplant in der pflichtversorgenden Kinder- und Jugendpsychiatrie vorstellig wurden. Zur Schätzung der Häufigkeit psychischer Störungen wurden die Clearing- und Ambulanzberichte der Bewohner verwendet, die von Mai 2013 bis Dezember 2015 in der Clearingstelle untergebracht waren. In diesem Zeitraum bot die kinder- und jugendpsychiatrische Ambulanz der pflichtversorgenden Klinik eine spezielle Sprechstunde für die Clearingstelle an. Alle Daten wurden in anonymisierter Form gespeichert und verarbeitet. Der Vorstellung in der Ambulanz stimmten sowohl die UMF als auch ihre Vormünder bzw. von den Vormündern bevollmächtigte Personen mündlich und schriftlich zu.

Es erfolgte ein zweistufiges diagnostisches Vorgehen: In der Clearingstelle erfolgte ein Screening durch das psy-

chologisch-pädagogische Team aufgrund von Verhaltensbeobachtungen und Gesprächen. Bei Hinweisen auf eine psychische Störung folgte eine umfassende diagnostische Einschätzung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz. Es wurden die Flüchtlinge in der Ambulanz vorgestellt, bei denen das psychologisch-pädagogische Team der Clearingstelle psychische Auffälligkeiten wie Schlafstörungen, Traurigkeit, leichte Reizbarkeit, sozialer Rückzug, erhöhte Schreckhaftigkeit, Konzentrations- und Lernschwierigkeiten, Substanzkonsum (außer Tabak) oder andere Symptome psychischer Störungen beobachtete oder den Gesprächen mit den Bewohnern entnahm. In den Clearinggesprächen, die mit Unterstützung durch Sprach- und Kulturmittler geführt wurden, wurden daher das Erleben traumatisierender Lebensereignisse und das Vorliegen der genannten Symptome erfragt.

Zur diagnostischen Einschätzung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz wurde bei der Erstvorstellung ein teilstrukturiertes klinisches Interview durchgeführt, das insbesondere die aktuellen psychischen Auffälligkeiten und körperlichen Beschwerden aus Sicht der Jugendlichen, Familienanamnese, Substanzanamnese und die schulische Situation erfasste. Es erfolgten die Erhebung des psychopathologischen Befundes sowie eine körperlich-neurologische Untersuchung. Die Untersuchungen wurden mithilfe von Sprach- und Kulturmittlern durchgeführt, so dass sich die Jugendlichen in ihrer Muttersprache äußern konnten. Zudem schilderten die Mitarbeiter der Clearingstelle, welche Auffälligkeiten sie bei den Jugendlichen im Alltag beobachteten. Vorab wurde den Mitarbeitern der Institutsambulanz ein vorläufiger Clearingbericht übermittelt, der insbesondere Auskünfte über familiäre Hintergründe, Fluchtgründe und Fluchtwege beinhaltete. So konnten den Flüchtlingen erneute Fragen diesbezüglich erspart werden. In Abhängigkeit von dem Vorstellungsgrund erfolgten weitere spezifische testpsychologische Untersuchungen. Als diagnostisches Testverfahren wurden beispielsweise das Essener Trauma-Inventar für Kinder und Jugendliche (ETI-KJ; Tagay et al., 2011), Child Report of Post-traumatic Symptoms (CROPS; Greenwald & Rubin, 1999), Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES; Children and War Foundation, 2016), Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1994) oder das Beck-Depressions-Inventar-II (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996) eingesetzt. Die Fragebögen bearbeiteten die Probanden in ihrer Muttersprache, in englischer Sprache oder mit Unterstützung durch Sprach- und Kulturmittler. Die Diagnosen nach ICD-10 wurden im Rahmen einer multiprofessionellen Fallbesprechung gestellt, an der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Assistenzärzte, Psychologische Psychotherapeuten, Psychologen und Sozialarbeiter beteiligt waren.

In der vorliegenden Untersuchung wurden keine diagnostischen Testverfahren oder strukturierte Interviews, wie es bei klinischen Studien üblich ist, standardmäßig für alle Probanden eingesetzt, da es sich um eine retrospektive Datenanalyse handelt und somit kein Untersuchungsdesign vorab geplant wurde. Der diagnostischen Einschätzung der beteiligten Personen kommt somit eine vergleichsweise große Bedeutung zu. Daher soll im Folgenden auf die Qualifikationen der hauptverantwortlichen Mitarbeiter von Ambulanz und Clearingstelle eingegangen werden. In der Clearingstelle entschieden maßgeblich zwei Mitarbeiter über die Vorstellung eines Flüchtlings in der Ambulanz: Ein Mitarbeiter mit B.A. Soziale Arbeit und abgeschlossenen Weiterbildungen in Traumapädagogik und Traumazentrierter Fachberatung, sowie ein Diplom-Psychologe in Weiterbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten. Beide Mitarbeiter der Clearingstelle waren zuvor im Psychosozialen Zentrum Düsseldorf tätig, wo sie praktische Erfahrung in der Arbeit mit Flüchtlingen gesammelt haben. Die UMF wurden in der Ambulanz stets bei einem Arzt und bei einem Diplom-Psychologen zur diagnostischen Einschätzung vorgestellt. Der ärztliche Mitarbeiter war Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und absolvierte die Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Der Psychologe war approbierter Psychologischer Psychotherapeut und absolvierte u. a. Fortbildungen zur Begutachtung von psychisch reaktiven Traumafolgen bei Migranten und in aufenthaltsrechtlichen Verfahren.

Auch bei der Abklärung somatischer Erkrankungen erfolgte ein zweistufiges Vorgehen: Alle UMF wurden im Rahmen des Clearings einem Hausarzt vorgestellt. Hier wurden standardmäßig körperliche Untersuchungen sowie Laborkontrollen durchgeführt. Bei Vorstellung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz erfolgte eine körperlich-neurologische Untersuchung. In Abhängigkeit von den geschilderten Beschwerden folgten weitere Untersuchungen (z. B. EEG, EKG).

Ergebnisse

Im Zeitraum von Mai 2013 bis Dezember 2015 waren insgesamt 75 männliche UMF in der Clearingstelle untergebracht. Das Clearing in der Einrichtung dauerte im Durchschnitt 4,5 Monate (SD = 1,4). 56 Flüchtlinge wurden aufgrund von Symptomen einer psychischen Störung zur diagnostischen Einschätzung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz vorgestellt. Von den 56 UMF nahmen 5 lediglich einen Termin in der Ambulanz wahr. Die übrigen Flüchtlinge nahmen mehrere Termine zur Diagnostik, Verlaufskontrolle und Behandlung wahr. Im

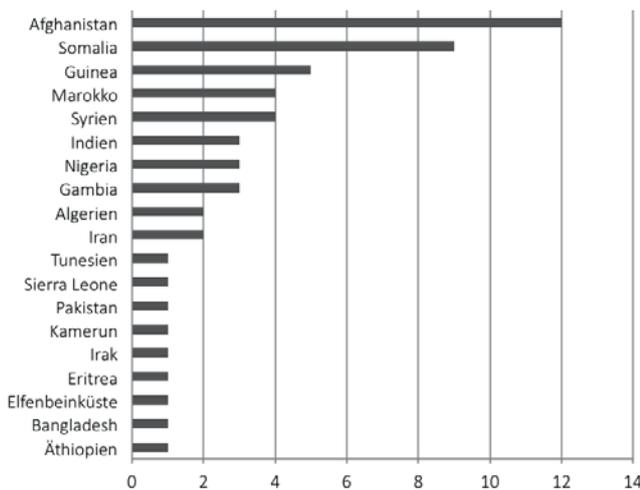


Abbildung 1. Anzahl der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge aus den 19 Herkunftsländern.

Tabelle 1. Häufigkeiten von psychischen Störungen (nach ICD-10), selbstverletzenden Verhaltensweisen und Komorbidität bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen.

	n	%
Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)	27	36,0
Depressive Episode (F32/F33)	20	26,7
Anpassungsstörung (F43.2)	12	16,0
Akute vorübergehende psychotische Störung (F23)	3	4,0
Alkoholmissbrauch (F10.1)	2	2,7
Paranoide Schizophrenie (F20.0)	1	1,3
Dissoziative Störung (F44)	1	1,3
Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92)	1	1,3
Selbstverletzende Verhaltensweisen (X78)	4	5,3
Komorbidität	11	14,7

Durchschnitt fanden 11 Termine (SD = 10) pro Flüchtling in der Ambulanz statt. Die 56 vorgestellten UMF waren zum Zeitpunkt des Clearings im Alter zwischen 14 und 17 Jahren (MW = 16,2; SD = 0,9). Sie stammten aus 19 verschiedenen Ländern. Wie Abbildung 1 zeigt, kamen die meisten Flüchtlinge aus Afghanistan, Somalia und Guinea.

Bei allen 56 UMF, die in der Clearingstelle Symptome einer psychischen Störung zeigten, wurden psychische Störungen diagnostiziert. 56 der 75 UMF (75%) litten demnach unter mindestens einer psychischen Störung. Bei 11 der 56 Flüchtlinge wurde eine komorbide Störung

festgestellt. Tabelle 1 zeigt, welche Diagnosen wie häufig gestellt wurden. Bei 27 von den insgesamt 75 UMF wurde eine PTBS diagnostiziert (36,0%), bei 20 UMF eine depressive Episode (26,7%) und bei 12 UMF eine Anpassungsstörung (16,0%). Bei 4 Flüchtlingen (5,3%) wurden selbstverletzende Verhaltensweisen (X78) festgestellt. Eine akute vorübergehende psychotische Störung wurde bei 3 (4,0%), Missbrauch von Alkohol bei 2 (2,7%) Flüchtlingen diagnostiziert. Bei jeweils einem UMF (1,3%) wurden eine paranoide Schizophrenie, eine dissoziative Störung und eine kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen diagnostiziert. Auf häufigsten litten die UMF also unter PTBS, einer depressiven Episode, und unter Anpassungsstörungen.

55 der 56 UMF (98%) erlebten nach eigenen Angaben mindestens ein potentiell traumatisches Ereignis. Tabelle 2 ist zu entnehmen, dass die Jugendlichen am häufigsten über körperliche Gewalt durch fremde Personen (68%) und Inhaftierung im Heimatland oder in einem Drittstaat während der Flucht (45%) berichteten. Als Inhaftierung wurde auch die Gefangennahme durch Terrororganisationen wie Islamischer Staat, Al-Shabaab und Boko Haram gezählt. 23 Jugendliche (41%) gaben an, die Tötung, Ermordung oder Hinrichtung eines Familienmitgliedes erlebt zu haben. Im Durchschnitt berichteten die UMF über 3 erlebte potentiell traumatische Ereignisse (MW = 3,1; SD = 1,6). Eine Analyse mittels U-Test nach Mann-Whitney zeigt einen Trend auf (U = 292,5; z = -1,6; p = 0,05 - einseitig), wonach Flüchtlinge mit einer diagnostizierten PTBS im Durchschnitt mehr potentiell traumatische Ereignisse erlebten (Median = 3; SD = 1,6) als Flüchtlinge mit einer anderen psychischen Störung (Median = 2; SD = 1,6). Der deskriptivstatistische Vergleich zwischen Flüchtlingen mit einer PTBS und der Gesamtstichprobe bezüglich der Häufigkeit potentiell traumatischer Lebensereignisse in Tabelle 2 zeigt, dass kein Ereignis, welches von mehreren Flüchtlingen erlebt wurde, zwangsläufig mit einer PTBS einhergeht. Auf inferenzstatistische Analysen muss aufgrund der geringen Stichprobengröße und der Heterogenität der Stichprobe verzichtet werden.

Wie Tabelle 3 zeigt, litten bei der Vorstellung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz 55 von 56 UMF (98%) unter körperlichen Beschwerden. Am häufigsten waren Ein- und Durchschlafstörungen (84 bzw. 80%), Kopfschmerzen (55%) und Bauchschmerzen (29%). Bei 5 der 56 UMF (9%) wurde eine somatische Erkrankung diagnostiziert: Bandscheibenschaden, traumatische Hodenatrophie infolge Folter, Nierensteine, Hashimoto-Thyreoiditis, Diabetes mellitus Typ 1.

Die Anzahl der Flüchtlinge, die in den Jahren 2012 bis 2015 als Notfall in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt wurden, zeigt Abbildung 2. Deskriptivstatistisch zeigt sich, dass im Trend die Zahl der Notfallvorstellungen

Tabelle 2. Häufigkeiten potentiell traumatischer Ereignisse in der Gesamtheit der UMF mit einer psychischen Störung und bei UMF mit diagnostizierter posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS).

	Gesamt		PTBS	
	n	%	n	%
Körperl. Gewalt durch fremde Person	38	67.9	18	66.7
Inhaftierung	25	44.6	13	48.1
Tötung eines Familienmitgliedes	23	41.1	14	51.9
Körperl. Gewalt durch Familienmitglied	13	23.2	5	18.5
Folter	10	17.9	6	22.2
Seenot auf Mittelmeer	10	17.9	6	22.2
Terroranschlag	9	16.1	5	18.5
Kriegshandlungen	9	16.1	6	22.2
Schwerer Unfall	9	16.1	5	18.5
Morddrohung zwecks Rekrutierung	8	14.3	2	7.4
durch Terrororganisation ¹				
Hinrichtung einer fremden Person	7	12.5	5	18.5
Entführung eines Familienmitgliedes	5	8.9	3	11.1
Sex. Gewalt durch fremde Person	4	7.1	1	3.7
Vergewaltigung einer fremden Person	2	3.6	1	3.7
Sex. Gewalt durch Familienmitglied	1	1.8	1	3.7
Naturkatastrophe	1	1.8	1	3.7
Entführung	1	1.8	1	3.7

Anmerkung: ¹Als Terrororganisationen wurden IS, Taliban, Boko Haram sowie Al-Shabaab gezählt.

nach 2013 abnahm; besonders deutlich ist eine Reduzierung der Notfallvorstellungen von noch unbekanntem Flüchtlingen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dieser deskriptivstatistische Trend kann inferenzstatistisch bestätigt werden: In den Jahren 2014 und 2015 (aufgrund der geringen Fallzahlen wurden zwei Jahre zusammengefasst) waren die Flüchtlinge bei Notfallvorstellung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mehrheitlich bereits durch das Sprechstundenangebot bekannt ($\chi^2 = 4,5$; $df = 1$; $p < 0,05$). In den Jahren 2012 und 2013 unterschieden sich die Häufigkeiten von bereits bekannten und unbekanntem UMF nicht signifikant ($\chi^2 = 1,3$; $df = 1$; $p = 0,25$).

Tabelle 3. Häufigkeit körperlicher Beschwerden bei UMF mit einer psychischen Störung.

	n	%
Körperliche Beschwerden	55	98.2
Einschlafstörung	47	83.9
Durchschlafstörung	45	80.4
Kopfschmerzen	31	55.4
Bauchschmerzen	16	28.6
Schmerzen in Gliedern/Extremitäten/Gelenken	15	26.8
Andere Schmerzen	8	14.3
Übelkeit/ Erbrechen	8	14.3
Palpitationen	8	14.3
Zittern	8	14.3
Rückenschmerzen	7	12.5
Diarrhoe/ Obstipation	7	12.5
Schwindel	5	8.9
Dyspnoe	3	5.4
Dysurie	1	1.8

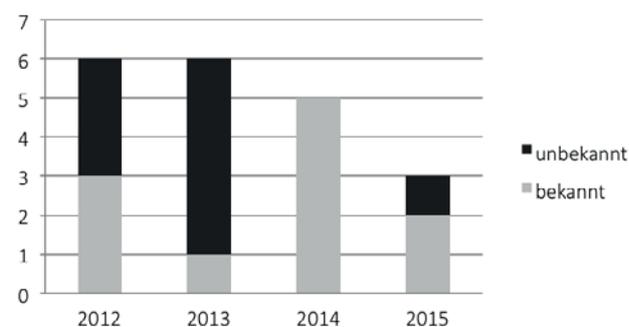


Abbildung 2. Zahl der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge, die als Notfall in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Jahren 2012 bis 2015 vorgestellt wurden. Es wird unterschieden, ob die Flüchtlinge zum Zeitpunkt des Notfalls bereits in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bekannt oder noch unbekannt waren.

Diskussion

Die Ergebnisse stützen die Einschätzung, dass UMF eine psychisch schwer belastete Gruppe darstellen (Witt et al., 2015), bei der besonders PTBS und depressive Störungen verbreitet sind. In der vorliegenden Untersuchung wurde bei 75% der UMF während der Clearingphase mindestens eine psychische Störung diagnostiziert. Die ermittelte Häufigkeit liegt somit deutlich über den geschätzten Prä-

valenzen psychischer Störungen von 42% (Jakobsen, Demott & Heir, 2014) und 56% (Huemer et al., 2011), welche in früheren Studien mit Einsatz klinischer Interviews ermittelt wurden. Die vergleichsweise niedrige Häufigkeit psychischer Störungen in der Untersuchung von Jakobsen und Kollegen (2014) mag teilweise auf das eingesetzte Interviewverfahren Composite International Diagnostic Interview (CIDI; WHO, 1990) zurückzuführen sein, da dieses keine Anpassungsstörungen erfasst. In der vorliegenden Untersuchung stellt die Anpassungsstörung die dritthäufigste psychische Störung dar. Zudem zeigt eine Untersuchung von Komiti und Kollegen (2001), dass das CIDI im Vergleich zum klinischen Eindruck von Experten gerade für die PTBS eine auffällig niedrige Sensitivität aufweist. Die verschiedenen Häufigkeiten sind möglicherweise auch auf Unterschiede bei der Stichprobenauswahl zurückzuführen. In der Studie von Jakobsen et al. (2014) aus Norwegen wurden ausschließlich Daten von 160 UMF berücksichtigt, die freiwillig mehrere Fragebögen bearbeiteten und für die Fragebogenverfahren in deren Muttersprache vorlagen. Die Untersuchung von Huemer et al. (2011) aus Österreich beschränkte sich auf 41 UMF aus afrikanischen Staaten. Diesbezüglich ist beispielsweise bekannt, dass UMF aus Somalia weniger depressive Symptome aufweisen als UMF aus Afghanistan, Sri Lanka und dem Irak (Seglem, Oppedal & Raeder, 2011).

Übereinstimmend mit früheren Studien (vgl. Witt et al., 2015) war die PTBS die am häufigsten diagnostizierte psychische Störung bei den UMF. Die ermittelte Häufigkeit von 36% ist vergleichbar mit Ergebnissen einer Untersuchung von 222 UMF aus Großbritannien, wonach 34% der UMF in Selbstbeurteilungsbögen den Grenzwert für PTBS überschritten (Bronstein, Montgomery & Dobrowolski, 2012). Als Selbstbeurteilungsbögen wurden das Stressful Life Events Questionnaire (SLE) und Reactions of Adolescents to Traumatic Stress (RATS; vgl. Bean, Derluyn, Eurelings-Bontekoe, Broekaert & Spinhoven, 2006) verwendet. Andere Untersuchungen, bei welchen die gleichen Selbstbeurteilungsbögen eingesetzt wurden, zeigten höhere Raten von bis zu 53% (Smid, Lensvelt-Mulders, Knipscheer, Gersons & Kleber, 2011; Vervliet et al., 2014) und niedrigere Raten von 19% für UMF, die den Grenzwert für PTBS überschritten (Derluyn & Broekaert, 2007). Die deutlichen Unterschiede in den geschätzten Prävalenzraten für PTBS bei UMF im selben Fragebogenverfahren weisen darauf hin, dass neben der Methodenauswahl weitere Faktoren die Ergebnisse von Studien zu Prävalenzzahlen bei UMF beeinflussen. So zeigt die Studie von Smid und Kollegen (2011), dass der Zeitpunkt der Untersuchung einen bedeutsamen Einfluss auf die Prävalenz von PTBS hat. In ihrer Untersuchung wurde zunächst eine Prävalenz von 40% ermittelt. Bei einer Follow-up-Untersuchung nach zwei Jahren wurde bei weiteren 16%

der UMF eine PTBS mit verzögertem Beginn festgestellt. Die Flüchtlinge, bei denen eine PTBS verzögert auftrat, fielen zuvor durch Symptome von Depression und Angststörungen auf.

98% der UMF, die aufgrund psychischer Auffälligkeiten in der Ambulanz vorstellig wurden, berichteten, mindestens ein potentiell traumatisches Ereignis erlebt zu haben. Diese Häufigkeit stimmt mit dem Ergebnis einer vergleichbaren Untersuchung aus den Niederlanden überein (Batista Pinto Wiese & Burhorst, 2007), in der 58 von 59 UMF (98%) in einem Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie mindestens ein traumatisches Erlebnis angaben. Der aufgezeigte Trend, wonach UMF mit PTBS mehr potentiell traumatisierende Ereignisse erlebten als UMF mit anderen psychischen Störungen, stützt den Befund eines Zusammenhangs zwischen der Zahl erlebter traumatischer Ereignisse und einer PTBS bei UMF (Jensen, Fjermestad, Granly & Wilhelmsen, 2015).

Frühere Studien zeigen für depressive Symptome Prävalenzraten zwischen 11 und 47% (vgl. Witt et al., 2015). In der vorliegenden Untersuchung wurde bei 27% der UMF eine depressive Episode diagnostiziert. Die Vergleichbarkeit der Studien wird durch die Unterschiede in den Methoden zur Diagnostik (Selbstbeurteilungsbögen, Fremdbeurteilungsbögen, Aktenanalysen, klinische Interviews), dem Zeitpunkt der Erhebung und der Stichprobenauswahl sehr erschwert. Die Studien unterscheiden sich auch darin, ob Diagnosen festgelegt wurden oder lediglich von überschrittenen Grenzwerten in Testverfahren berichtet wird. Die vorliegende Untersuchung zeichnet sich dadurch aus, dass zwei verschiedene Institutionen in jeweils einem multiprofessionellen Team das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten bzw. das Vorliegen einer psychischen Störung beurteilten. Zudem wurden die meisten Flüchtlinge über einen längeren Zeitraum in der Clearingstelle und bei mehreren Terminen in der Ambulanz gesehen, so dass auch der zeitliche Symptom-Verlauf bei der Diagnosestellung berücksichtigt werden konnte. Es wird davon ausgegangen, dass dies zu einer vergleichsweise hohen Güte der Diagnostik geführt hat.

Die vorliegende Untersuchung bestätigt frühere Ergebnisse, wonach externalisierende Auffälligkeiten bei UMF in der klinischen Praxis eine eher untergeordnete Rolle spielen (vgl. Ramel, Täljemark, Lindgren & Johansson, 2015).

98% der in der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz vorstellig gewesenen UMF klagten über somatische Beschwerden. Dieses Ergebnis stimmt mit dem Befund einer früheren Studie überein, wonach 98% der traumatisierten Flüchtlinge unter Schmerzen und 92% unter anderen körperlichen Beschwerden litten (Buhman et al., 2014). Die relativ niedrige Häufigkeit diagnostizierter somatischer Erkrankungen (9%) weist darauf hin,

dass die somatischen Beschwerden im Zusammenhang mit der psychischen Belastung der Betroffenen stehen. So stellen Schlafstörungen spezifische diagnostische Merkmale sowohl der PTBS als auch einer depressiven Episode dar, was die Häufigkeit dieser Beschwerden erklärt. Auch andere somatische Beschwerden wie Obstipation, Diarrhö, Dyspnoe, Schmerzen jeder Lokalisation und Schwindel treten häufig im Rahmen einer depressiven Störung auf (vgl. Rudolf, Bermejo, Schweiger, Hohagen & Härter, 2006). Frühere Untersuchungen zeigen jedoch auch eine generell stärkere Neigung zur Somatisierung bei Migranten und Flüchtlingen (vgl. Hofmeister, 2014). Als Erklärungen für eine solche Tendenz zur Somatisierung werden Kommunikationsschwierigkeiten aufgrund von Sprachbarrieren, unterschiedliche Krankheitsmodelle und unterschiedliche Behandlungserwartungen diskutiert. Die Annahme einer erhöhten Somatisierungstendenz bei Menschen aus nicht-westlichen Kulturen wird jedoch auch kritisiert, da diese eine bewusste Betonung der körperlichen Beschwerden impliziert und da somatische Symptome kulturübergreifend bei psychischen Störungen auftreten (Kirmayer, 2001). In der vorliegenden Untersuchung waren bei keinem UMF die diagnostischen Kriterien nach ICD-10 für eine somatoforme Störung erfüllt. Frühere Studienergebnisse legen nahe, dass die Häufigkeit somatoformer Störungen bei UMF vergleichsweise gering ist. In nur 2 von 26 Untersuchungen zu psychischen Störungen bei UMF wurden somatoforme Störungen diagnostiziert (vgl. Witt et al., 2015). Eine dieser Studien zeigte, dass die Mehrheit der UMF (64 %) unter körperlichen Beschwerden litt, jedoch nur bei 8 von 59 Flüchtlingen (14 %) eine Somatisierungsstörung festgestellt wurde (Batista Pinto Wiese et al., 2007). Es ist jedoch wahrscheinlich, dass minderjährige Flüchtlinge durch Angabe somatischer Beschwerden Hilfe suchen, wenn ihnen weder Institutionen wie eine Kinder- und Jugendpsychiatrie noch psychische Krankheitskonzepte aus ihrem Herkunftsland bekannt sind. Wenn in diesem Fall das Vorliegen einer psychischen Erkrankung nicht in Betracht gezogen wird, drohen unnötige Untersuchungen, Fehlbehandlungen und eine Chronifizierung der psychischen Symptomatik (Hofmeister, 2014).

Die steigende Zahl der UMF ist eine besondere Herausforderung für kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken, Praxen und Praxen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (vgl. Möhler et al., 2015). Besonders schwierig gestaltet sich häufig die Gefährdungseinschätzung bei Notfallvorstellungen. Neben der Sprachbarriere stellt der emotionale Zustand der Patienten in der Regel eine erhebliche Erschwernis bei der Einschätzung dar. Erfahrungsgemäß zeigen sich viele Flüchtlinge bei einer Notfallvorstellung misstrauisch und ängstlich, da ihnen aus dem Heimatland eine Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht be-

kannt ist oder sie an frühere Inhaftierungserfahrungen erinnert werden, beispielsweise bei Vorstellungen in Begleitung der Polizei oder auf einer geschützten Station. Durch Einrichtung der beschriebenen Sprechstunde für UMF in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz wurde eine Reduzierung dieser Schwierigkeiten erreicht. Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen im Trend eine Reduzierung der Notfallvorstellungen nach Einführung der Sprechstunde. Vor allem zeigt sich, dass nach Einführung der Sprechstunde die Patienten bei einer Notfallvorstellung mehrheitlich in der Klinik bekannt waren. Dies hatte einerseits für die Mitarbeiter der Klinik den Vorteil, auf eine Akte mit Vorinformationen zurückgreifen zu können. Andererseits war die Kinder- und Jugendpsychiatrie den UMF bereits bekannt, was zu einer höheren Compliance führte, so dass meist auf eine Vorstellung mit Polizei oder Krankentransport verzichtet werden konnte. Die erhöhte Compliance und die Verfügbarkeit von Informationen über die Patienten reduzierten im Krisenfall die Belastung für die Flüchtlinge, die Mitarbeiter der Clearingstelle und die Mitarbeiter der Klinik erheblich.

Sowohl für die Arbeit mit Flüchtlingen in der Clearingstelle als auch in der Ambulanz war die Inanspruchnahme von Übersetzern unbedingt erforderlich. Es wurden ausgebildete Sprach- und Kulturmittler eingesetzt, da diese zusätzlich zu ihren Übersetzungsleistungen wichtige Informationen zu kulturellen oder religiösen Hintergründen liefern und so zu einem besseren Verständnis beitragen. Aus Sicht der Autoren hat es sich bewährt, die Auswahl der Sprach- und Kulturmittler der Clearingstelle bzw. Wohngruppe zu überlassen. So war der Sprach- und Kulturmittler bei Vorstellung in der Ambulanz den Flüchtlingen schon bekannt, was ein gewisses Vertrauen förderte. Verständigungsprobleme aufgrund unterschiedlicher Dialekte konnten so vermieden werden. Durch die entsprechenden Ausbildungen und Erfahrungen der Mitarbeiter der Clearingstelle war zudem gewährleistet, dass Patient und Übersetzer nicht zu gegnerischen Bürgerkriegsparteien oder anderen verfeindeten Gruppen gehörten. Der Einsatz eines Übersetzers geht mit einem deutlich erhöhten Zeitaufwand einher. Die Anwesenheit einer zusätzlichen Person ist gerade im psychotherapeutischen Setting für viele zunächst gewöhnungsbedürftig. Die Erfahrung der Autoren ist jedoch, dass die Vorteile einer Inanspruchnahme eines ausgebildeten Sprach- und Kulturmittlers überwiegen. Es gibt den Patienten Sicherheit, sich in ihrer Muttersprache mitteilen zu können. Sprachliche Verständigungsprobleme werden vermieden. Relevante kulturelle und religiöse Besonderheiten können erläutert werden, so dass auch kulturelle Missverständnisse unmittelbar aufgeklärt werden können. Nur unter diesen Bedingungen kann ein gutes Verständnis des Patienten erreicht werden.

Limitationen

In die vorliegende Untersuchung gingen ausschließlich Daten von männlichen UMF ein. Die Ergebnisse können nicht ohne Weiteres auf weibliche UMF übertragen werden. Frühere Studien zeigen, dass weibliche UMF ein höheres Risiko für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten (Derluyn et al., 2007; Hodes et al., 2008; Vökl-Kernstock et al., 2014) und mehr depressive Symptome aufweisen als männliche UMF (Seglem et al., 2011). Eine weitere Einschränkung stellt die relativ geringe Stichprobengröße dar.

Da es sich um eine retrospektive Datenanalyse handelt, wurden keine diagnostischen Testverfahren oder strukturierte Interviews standardmäßig für alle Probanden eingesetzt, wie es bei klinischen Studien üblich ist. Die Diagnosen beruhen daher wesentlich auf den Einschätzungen der beteiligten Personen, die sich diesbezüglich austauschten. Bei diesem Vorgehen kann eine Verzerrung durch ein Confirmation-Bias nicht ausgeschlossen werden. Andererseits wird auch der Einsatz von standardisierten Testverfahren und klinischen Interviews kritisch betrachtet, da Validität und Reliabilität dieser Instrumente für die heterogene Gruppe von Flüchtlingen meist nicht untersucht sind (vgl. Hollifield et al., 2002).

Da nicht alle UMF klinisch in der Ambulanz untersucht worden sind, könnten bei diesen Flüchtlingen Störungen übersehen worden sein, so dass die tatsächliche Häufigkeit psychischer Störungen höher liegen könnte. Weiterhin muss berücksichtigt werden, dass in der Phase des Clearings die Flüchtlinge in der Regel durch die unsichere Aufenthaltsperspektive emotional sehr stark belastet sind. Spontanremissionen nach einer Anerkennung als Flüchtling sind daher vorstellbar. Follow-up-Studien weisen jedoch eher auf einen chronischen Verlauf psychischer Störungen bei UMF hin (Jensen et al., 2014; Vervliet et al., 2014).

Schlussfolgerungen

Studien zeigen übereinstimmend relativ hohe Prävalenzen psychischer Störungen bei UMF auf. Die ermittelten Häufigkeiten in verschiedenen Untersuchungen unterscheiden sich teilweise sehr deutlich. Unterschiedliche Untersuchungsmethoden und Untersuchungszeitpunkte erschweren die Vergleichbarkeit. Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob UMF als eine homogene Gruppe betrachtet werden können oder ob nicht vielmehr differenzierte Betrachtungen von Prävalenzen psychischer Störungen unter Berücksichtigung der Herkunftsländer und des Geschlechts angezeigt sind.

Follow-up-Untersuchungen zeigen, dass die Symptome bei UMF zeitlich relativ stabil sind (Jensen, Bjorgo Skardalmo & Fjermestad, 2014; Vervliet, Lammertyn, Broekaert & Derluyn, 2014). Für die klinische Praxis bedeutet dies, dass sowohl Angebote zur diagnostischen Einschätzung als auch zur Behandlung erforderlich sind. Die Einrichtung von speziellen Sprechstunden in Kooperation mit Clearingeinrichtungen und Wohngruppen für UMF stellt eine Möglichkeit dar, den Herausforderungen der gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen zu begegnen. Durch die Ausweitung des ambulanten Angebotes für diese Hochrisikogruppe kann Krisensituationen und Notfallvorstellungen vorgebeugt werden. Erschwert wird der Aufbau solcher Angebote aktuell häufig durch fehlende Standards, beispielsweise bei der Übernahme von Dolmetscherkosten oder bei Kostenzusagen für eine Behandlung.

Literatur

- Batista Pinto Wiese, E., Burhorst, I. (2007). The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry*, 44, 596–613.
- Bean, T., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, E.H., Broekaert, E., Spinhoven, P. (2006). Validation of the multiple language versions of the reactions of adolescents to traumatic stress questionnaire. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 241–255.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K. (1996). *Beck Depression Inventory-II, BDI-II*. San Antonio: Pearson.
- Bronstein, I., Montgomery, P., Dobrowolski, S. (2012). PTSD in asylum-seeking male adolescents from Afghanistan. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 551–557.
- Buhman, C., Mortensen, E.L., Lundström, S., Ryberg, J., Nordentoft, M., Ekstrøm, M. (2014). Symptoms, quality of life and level of functioning of traumatized refugees at psychiatric trauma clinic in Copenhagen. *Torture*, 24, 25–39.
- Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (BumF) (2016). *Zahlen zu unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen: Bestand, Verteilung, Quotenerfüllung und Elternnachzug*. Zugriff am 23.02.2016, http://www.b-umf.de/images/150129_PM_AktuelleZahlenUMF.pdf.
- BundesPsychotherapeutenKammer (2015). Mindestens die Hälfte der Flüchtlinge ist psychisch krank. *BPTK-Newsletter*, 3.
- Children and War Foundation (2016). *Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES)*. www.childrenandwar.org.
- Derluyn, I., Broekaert, E. (2007). Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents. *Ethnicity & Health*, 12, 141–162.
- Derogatis, L.R. (1994). *Symptom Checklist-90-Revised, SCL-90-R*. San Antonio: Pearson.
- Fazel, M., Wheeler, J., Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, 365, 1309–1314.
- Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M., Neuner, F. (2006). Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35, 12–20.

- Greenwald, R., Rubin, A. (1999). Brief assessment of children's post-traumatic symptoms: development and preliminary validation of parent and child scales. *Research on Social Work Practice*, 9, 61–75.
- Hodes, M., Jagdev, D., Chandra, N., Cunniff, A. (2008). Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 723–732.
- Hofmeister, C. (2014). *Hat Migration Auswirkung auf den psychischen Gesundheitszustand?* Hamburg: Diplomica Verlag.
- Hollifield, M., Warner, T.D., Lian, N., Krakow, B., Jenkins, J.H., Kessler, J., Stevenson, J., Westermeyer, J. (2002). Measuring trauma and health status in refugees, a critical review. *The Journal of the American Medical Association*, 288, 611–621.
- Huemer, J., Karnik, N.S., Voelkl-Kernstock, S., Granditsch, E., Dervic, K., Friedrich, M.H., Steiner, H. (2009). Mental health issues in unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3, 3–13.
- Huemer, J., Karnik, N., Voelkl-Kernstock, S., Granditsch, E., Plattner, B., Friedrich, M., Steiner, H. (2011). Psychopathology in African unaccompanied refugee minors in Austria. *Child Psychiatry and Human Development*, 42, 307–319.
- Jakobsen, M., Demott, M.A.M., Heir, T. (2014). Prevalence of psychiatric disorders among unaccompanied asylum-seeking adolescents in Norway. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 10, 53–58.
- Jensen, T.K., Fjermestad, K.W., Granly, L., Wilhelmsen, N.H. (2015). Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20, 106–116.
- Jensen, T.K., Bjorgo Skardalsmo, E.M., Fjermestad, K.W. (2014). Development of mental health problems – a follow-up study of unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8, 29.
- Kirmayer, L.J. (2001). Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 22–28.
- Komiti, A.A., Jackson, H.J., Judd, F.K., Cockram, A.M., Kyrios, M., Yeatman, R., Murray, G., Hordern, C., Wainwright, K., Allen, N., Singh, B. (2001). A comparison of the composite international diagnostic interview (CIDI-Auto) with clinical assessment in diagnosing mood and anxiety disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 224–230.
- Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes Nordrhein-Westfalen, Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen (2013). *Handreichung zum Umgang mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen in Nordrhein-Westfalen*. Zugriff am 23.02.2016, http://www.lvr.de/media/wwwlvrde/jugend/jugendmter/rechtlicheberatung/dokument_82/MFKJKS_Broschuere_Handreichung_UMF_Webfassung.pdf.
- Möhler, E., Simons, M., Kölch, M., Herpertz-Dahlmann, B., Schulte-Markwort, M., Fegert, J.M. (2015). Diagnosen und Behandlung (unbegleiteter) minderjähriger Flüchtlinge, eine Herausforderung für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 43, 381–383.
- Ramel, B., Täljemark, J., Lindgren, A., Johansson, B.A. (2015). Overrepresentation of unaccompanied refugee minors in inpatient psychiatric care. *SpringerPlus*, 4, 131.
- Rudolf, S., Bermejo, I., Schweiger, U., Hohagen, F., Härter, M. (2006). Diagnostik depressiver Störungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 25, 1754–1762.
- Seglem, K.B., Oppedal, B., Raeder, S. (2011). Predictors of depressive symptoms among resettled unaccompanied refugee minors. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, 457–464.
- 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 & Adolescent Psychology*, 40, 742–755.
- Tagay, S., Düllmann, S., Hermans, E., Repic, N., Hiller, R., Senf, W. (2011). Das Essener Trauma-Inventar für Kinder und Jugendliche (ETI-KJ). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39, 323–340.
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2015). *Mid-Year Trends 2015*. Zugriff am 23.02.2016, <http://www.unhcr.de/service/zahlen-und-statistiken.html>.
- Vervliet, M., Lammertyn, J., Broekaert, E., Derluyn, I. (2014). Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23, 337–346.
- Vervliet, M., Meyer Demott, M.A., Jakobsen, M., Broekaert, E., Heir, T., Derluyn, I. (2014). The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55, 33–37.
- Völkl-Kernstock, S., Karnik, N., Mitterer-Asadi, M., Granditsch, E., Steiner, H., Friedrich, M.H., Huemer, J. (2014). Responses to conflict, family loss and flight: posttraumatic stress disorder among unaccompanied refugee minors from Africa. *Neuropsychiatry*, 28, 6–11.
- 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, 209–224.
- World Health Organisation (1990). Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Genf: World Health Organisation.

Manuskript eingereicht: 24.02.2016
 Manuskript angenommen: 03.06.2016
 Interessenkonflikt: Nein
 Artikel online: 23.08.2016

Dr. phil. Marco Walg

Sana-Klinikum Remscheid
 Zentrum für seelische Gesundheit des Kindes- und Jugendalters
 Weststr. 103
 42119 Wuppertal
 Deutschland
 marco.walg@sana.de