

Fragebogen und Beobachtung zur Früherkennung von geflüchteten Kindern und Jugendlichen mit psychischen Belastungen

1. Was ist Ziel des Fragebogens?

- Der Fragebogen soll durch die Einschätzungen von Eltern oder Bezugspersonen der Früherkennung von traumatischen Erlebnissen und psychischen Belastungen bei geflüchteten Kindern und Jugendlichen dienen.
- Kinder und Jugendliche mit psychischen Belastungen sollen möglichst schnell identifiziert und an entsprechendes Fachpersonal des Gesundheitssystems verwiesen werden, um eine Verschlechterung oder Chronifizierung der gesundheitlichen Probleme zu verhindern.
- Besondere Schutzbedarfe sollen strukturierter in den Aufnahmebedingungen und im Asylverfahren berücksichtigt werden.

2. Wann soll der Fragebogen angewendet werden?

- Möglichst zeitnah nach der Ankunft in Deutschland. Idealerweise nach einer gewissen Ruhephase zum ersten Ankommen.
- Falls eine Ruhephase nicht realisierbar ist, sollte der Fragebogen trotzdem angewendet werden. Dies ist besser als keine Befragung durchzuführen.
- Der Fragebogen kann auch zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt werden, wenn eine Abklärung möglicher psychischer Belastungen sinnvoll ist.

3. Wie soll der Fragebogen angewendet werden?

- Die Befragung sollte in einem geschützten Raum mit passender Sprachmittlung stattfinden.
- Bitte lesen Sie den Eltern oder Bezugspersonen die folgende kurze Einführung zur Befragung vor. Dies dient dazu, über den Zweck der Fragen aufzuklären und eine vertrauensvolle Basis für die Befragung zu schaffen.
- Der Fragebogen erlaubt eine **erste Einschätzung** der aktuellen Belastung in die Kategorien „geringe“, „mittlere“ oder „hohe Wahrscheinlichkeit“.
- Die Eltern/Bezugspersonen sollen den ausgefüllten Fragebogen erhalten. Sie sollen darauf hingewiesen werden, dass es hilfreich sein kann, den Fragebogen bei der Konsultation von Personen des

Gesundheitssystems, eines Anwalts oder einer Anwältin oder Behördenmitarbeitenden vorzulegen.

- Es ist mit den Eltern/Bezugspersonen zu klären, wer eine Kopie des Fragebogens erhalten soll.

Text, der als Einleitung und Vorbereitung auf die Befragung vorgelesen werden soll:

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

viele Menschen, die wir hier treffen, haben Gewalt erlebt oder andere schlimme Erfahrungen gemacht - auch Kinder und Jugendliche. Die Auswirkungen zeigen sich bei Kindern und Jugendlichen in unterschiedlicher Weise. In manchen Fällen ist therapeutische oder ärztliche Hilfe notwendig.

*Im Nachfolgenden werden Ihnen verschiedene Fragen zu der Gesundheit Ihres Kindes gestellt. Die Fragen wurden von Spezialist*innen entwickelt. Der Zweck der Befragung besteht darin, die speziellen Bedürfnisse Ihres Kindes abzuklären, damit Ihnen entsprechende Unterstützung angeboten werden kann.*

Es gibt keine richtigen oder falschen (guten oder schlechten) Antworten zu den Fragen. Es ist wichtig, dass Sie so frei und natürlich wie möglich antworten.

Fragebogen und Beobachtung zur Früherkennung von geflüchteten Kindern und Jugendlichen mit psychischen Belastungen

		Ja	Nein	
1.	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen?			
2.	Ist Ihr Kind häufig krank oder hat es körperliche Beschwerden? (z.B. Bauchweh, Kopfweh)			
3.	Hat Ihr Kind stark an Gewicht abgenommen oder zugenommen?			
4.	Erleben Sie Ihr Kind häufig mit negativen Gefühlen? (z.B. Angst, Traurigkeit, Wut)			
5.	Haben Sie den Eindruck, Ihr Kind leidet unter schlimmen Erinnerungen oder denkt oft an schlimme Erlebnisse?			
6.	Hat Ihr Kind häufig Schwierigkeiten, sich entsprechend seines Alters zu konzentrieren?			
7.	Erleben Sie Ihr Kind freudlos? (z.B. Hat Ihr Kind die Freude an Dingen verloren, die es früher gerne gemacht hat?)			
8.	Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind leicht oder häufig erschrickt?			
9.	Zeigt Ihr Kind Rückschritte im Verhalten, in seinen Fähigkeiten? (z.B. wieder auftretendes Einnässen oder Einkoten, Verlust von Sprachfähigkeiten)			
10.	Gibt es drei Dinge, die Ihrem Kind Spaß machen? (z.B. Begegnungen/andere Kinder, Toben, Spielen, Naschen)			
Wie lange bestehen die Beschwerden? (ankreuzen, bei Monaten gerne die Zahl)		Weniger als 4 Wochen	Seit mehreren Monaten	Seit mehr als 1 Jahr
Anzahl der angekreuzten grauen Felder (insgesamt)		Gesamt		

Datum _____ Name des Kindes _____

Name der befragten Bezugsperson _____

Art der Beziehung zum Kind _____ Alter des Kindes _____

Herkunftsland _____ Sprache _____

Weitere Beobachtungen (Gibt es noch etwas, was Ihnen aufgefallen ist?):

Hinweise:

- Bei einer mittleren oder hohen Wahrscheinlichkeit wird eine tiefergehende diagnostische Abklärung empfohlen.
- Sind einzelne Belastungen stark ausgeprägt, kann auch bei „Geringer Wahrscheinlichkeit“ eine weitere Abklärung dringend erforderlich sein.
- Es ist hilfreich, wenn die betreffende Familie dieses Dokument beim Besuch von Ärzt*innen, Psycholog*innen oder Behördenmitarbeiter*innen vorlegt.

Organisation (Stempel/Adresse/Ansprechperson)

Unterschrift _____

Einordnung
Bitte markieren Sie die entsprechende Kategorie, um die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Belastung anzugeben



1-3	4-7	8-10
Geringe Wahrscheinlichkeit	Mittlere Wahrscheinlichkeit	Hohe Wahrscheinlichkeit

Fragebogen und Beobachtung zur Früherkennung von geflüchteten Kindern und Jugendlichen mit psychischen Belastungen

Nachfolgend finden Sie vertiefende Fragen passend zu den 10 Screening-Fragen. In manchen Fällen kann es hilfreich sein, diese Fragen zusätzlich zu stellen, um ein präziseres Bild zu erhalten und die Screening-Fragen besser beantworten zu können.

1. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen?

Hat Ihr Kind öfter Alpträume?

Hat sich das Schlafverhalten verändert?

Braucht Ihr Kind eine bestimmte Schlafumgebung zum Einschlafen?

z.B. schläft es nur, wenn ein Licht an ist?

2. Ist Ihr Kind häufig krank oder hat es körperliche Beschwerden? (z.B. Bauchweh, Kopfweh)

Hat Ihr Kind andere körperliche Schmerzen?

3. Hat Ihr Kind stark an Gewicht abgenommen oder zugenommen?

Hat sich das Essverhalten problematisch verändert?

Isst Ihr Kind auffällig wenig oder viel?

4. Erleben Sie Ihr Kind häufig mit negativen Gefühlen (z.B. Angst, Traurigkeit, Wut)?

Tut Ihr Kind sich und/oder anderen weh?

Reagiert Ihr Kind vermehrt wütend?

Streitet sich Ihr Kind auffällig oft und/oder beschimpft oder beleidigt

Andere?

Weint Ihr Kind viel?

Zieht sich Ihr Kind oft zurück?

Hat Ihr Kind oft Angst?

5. Haben Sie den Eindruck, Ihr Kind leidet unter schlimmen Erinnerungen oder denkt oft an schlimme Erlebnisse?

Spielt es schlimme Situationen nach oder malt diese?

6. Hat Ihr Kind häufig Schwierigkeiten, sich entsprechend seines Alters zu konzentrieren?

Ist Ihr Kind häufig vergesslich?

Gibt es bei Ihrem Kind Verhaltensauffälligkeiten beim Lernen?

Ist Ihr Kind häufig abwesend, mit den Gedanken woanders oder hängt Tagträumen nach?

7. Erleben Sie Ihr Kind freudlos? (z.B. Hat Ihr Kind die Freude an Dingen verloren, die es früher einmal gerne gemacht hat?)

8. Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind leicht oder häufig erschrickt?

Zuckt es schnell zusammen, z.B. bei lauten Geräuschen?

9. Zeigt Ihr Kind Rückschritte im Verhalten, in seinen Fähigkeiten? (z.B. wieder auftretendes Einnässen oder Einkoten, Verlust von Sprachfähigkeiten)

Kommt es z.B. zu Bettnässen, obwohl es schon trocken war?

Hat Ihr Kind Fähigkeiten in der Sprache verloren, die bereits erworben wurden?

10. Gibt es drei Dinge, die Ihrem Kind Spaß machen? (z.B. Begegnungen/andere Kinder, Toben, Spielen, Naschen)