



© Elena Heatherwick / Save the Children

HANDREICHUNG

KINDERSPRECHSTUNDEN IN ERSTAUFNAHMEEINRICHTUNGEN FÜR GEFLÜCHTETE

September 2022

Inhalt

Zusammenfassung: Kindersprechstunden in Erstaufnahmeeinrichtungen für Geflüchtete	3
Einleitung	4
Konzept „Kindersprechstunde“	5
Kindersprechstunde – Zuordnung zu einem verbindlichen Funktions- und Verantwortungsbereich	5
Ein Ort für die Kindersprechstunde – Symbolcharakter und räumliche Ausgestaltung	5
Personelle Besetzung der „Kindersprechstunde“	6
Personalkompetenzen	7
Öffnungszeiten der Kindersprechstunde/Personaleinsatz	9
Ein Planungsteam „Kindersprechstunde“	9
Die Startphase	10
Methoden für die Elternarbeit	12
Umgang mit kritischen Zwischenfällen	14
Dokumentation in der „Kindersprechstunde“	16
Schulung zur Vermittlung des Konzeptes an die pädagogischen Fachkräfte vor Ort	16
Früherkennung psychischer Belastungen bei geflüchteten Kindern und Jugendlichen	16
Bedarfsanalyse	19
Begehung der Unterkunft	19
Zur Situation von Eltern	21
Zur Situation der Kinder und Jugendlichen	23
Für Kinder verfügbare professionelle Ansprechpartner*innen	25
Partizipationsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche	25
Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in der Unterkunft	26
Anhänge	27
Anhang 1: Protect Fragebogen	27
Anhang 2: TRAKS Fragebogen	27

Zusammenfassung: Kindersprechstunden in Erstaufnahmeeinrichtungen für Geflüchtete

Geflüchtete Kinder müssen mit vielem zurechtkommen. Sie haben ihre Heimat verlassen – und damit vieles, das ihr Leben ausgemacht hat. Dazu gehören enge Bezugspersonen, der vertraute Alltag und wichtige Traditionen. Sie befinden sich in einer emotionalen Ausnahmesituation. Entsprechend stark belastet kommt der Großteil von Kindern und Jugendlichen mit ihren Familien in den Erstaufnahmen für Geflüchtete in Deutschland an. Mitunter wird dies jedoch nicht sofort erkannt, weil sie so an Bedrohung und Stress gewöhnt sind, dass sich ihr Leiden und ihre Erschöpfung erst später zeigt.

Die „Kindersprechstunde“ kann helfen, Kindern schneller den Zugang zu ihren Bedürfnissen zu erleichtern. Sie ist ein Ort, an dem ihre Sorgen und Wünsche im Vordergrund stehen und kann eine wichtige Stütze für die Kinder sein. Hier können die Kinder erleben, dass sie selbst etwas verändern können und lernen, wie sie den Problemen in ihrem Leben begegnen können. Dabei achtet dieses Konzept auch besonders auf die traumatische Last, die diese Kinder mitbringen und auf besondere Risikofaktoren, die sie betreffen.

Die wichtigsten Aspekte:

„Kindersprechstunden“ in Erstaufnahme dienen als niederschwelliges Instrument zur Stärkung der Kinderrechte geflüchteter Kinder. Um dies zu erreichen, sind folgende Schritte zentral:

- Durchführung einer Bedarfsanalyse
- Verankerung der „Kindersprechstunde“ in den Verantwortungs- und Finanzierungsstrukturen der Unterkunft
- Anpassung des Konzepts der „Kindersprechstunde“ an die Gegebenheiten der Unterkunft
- Fortlaufende Evaluation und Vernetzung der „Kindersprechstunde“ mit pädagogischen, medizinischen und therapeutischen Angeboten in der Unterkunft und im Sozialraum

EINLEITUNG

Selbstwirksamkeit von Kindern stärken

Aufgrund ihrer Fluchterfahrungen können Kinder und Jugendliche Traumatisches erlebt haben und werden in der Regel für längere Zeit aus ihrem gewohnten Umfeld gerissen. Ihnen fehlen Orte, Menschen, Tagesabläufe, die ihr Leben bestimmten. Auf und nach der Flucht kommen oft noch weitere Herausforderungen auf sie zu: So sprechen sie zum Beispiel nicht die Sprache des Landes, in dem sie angekommen sind, fühlen sich einsam und fremd, und können dringende Bedürfnisse nicht äußern. Ihre Entwicklung kann dadurch gefährdet oder gehemmt sein. Traumatische Erlebnisse im Heimatland und auf der Flucht können sich überlagern und ihre psychische Gesundheit beeinträchtigen.

Entsprechend stark belastet kommt der Großteil der Kinder und Jugendlichen mit ihren Familien in den Erstaufnahmen für Geflüchtete in Deutschland an. Doch nicht immer wird dies sofort erkannt, da es vor allem psychische Symptome sind. Ohne Gespräche und Beratungsangebote besteht die Gefahr, dass sich Stress und Ängste bei den Kindern aufstauen – und durch die Unterbringung sogar noch verstärkt werden. Das liegt unter anderem an wenig Wohnraum, enger Unterbringung mit Fremden und wenig Möglichkeiten zum Rückzug. Die Möglichkeit gut zu schlafen, sich gut zu ernähren und ausreichend zu bewegen sind eingeschränkt. Familien können ihren Alltag nicht immer so gestalten, wie es zu ihnen passt.

Bedeutung einer partizipativen Kindersprechstunde

Kinder benötigen eine Umgebung, in der sie sich sicher fühlen und sich öffnen können. Eine eigens für sie geschaffene Sprechstunde kann einen wichtigen Beitrag dazu leisten. Ziel dieses Angebots ist es, Kindern (spielerisch) den Zugang zu ihren Bedürfnissen zu erleichtern und ihre Selbstwirksamkeit zu stärken. Die Kindersprechstunde bietet Raum, um über Verletzungen, Trauer und Ärger zu sprechen – seien es Erlebnisse aus der Vergangenheit oder ein aktuelles Thema. Wenn sich jemand gezielt dafür interessiert, kann eine Beziehung entstehen, die dem Kind ein Stück Vertrauen in zwischenmenschliche Fürsorge, Schutz und Verlässlichkeit wiedergewinnen lässt.

Aufbau des Konzepts

Der erste Teil des Konzepts befasst sich konkret mit der Umsetzung der Kindersprechstunde. Viele Details werden in Ihrer Unterkunft vielleicht nicht so umsetzbar sein. Das Konzept ist so konkret gehalten, damit Mitarbeitende in Unterkünften eine plastische Vorstellung von der Kindersprechstunde bekommen. Die Umsetzung kann dann kreativ und an die Umstände in Ihrer Unterkunft angepasst erfolgen.

Im zweiten Teil finden Sie die Bedarfsanalyse, die der Einrichtung einer Kindersprechstunde vorausgehen sollte, um vorhandene relevanten Unterstützungsstrukturen für geflüchtete Kinder zu identifizieren oder unterkunftsspezifische Gefährdungen und Risiken zu erkennen.

KONZEPT „KINDERSPRECHSTUNDE“

Kindersprechstunde – Zuordnung zu einem verbindlichen Funktions- und Verantwortungsbereich

„Kindersprechstunden“ können das Leben geflüchteter Kinder und Jugendlicher in Erstaufnahmen niederschwellig und nachhaltig verbessern. Dafür muss die Umsetzung aber klar in den Verantwortungsbereich eines Akteurs gelegt werden. Von Verantwortlichen kann sie wie folgt strukturell verankert werden:

- Eine Finanzierung und/oder Zuständigkeit, die beim Kinderschutzbeauftragten des Jugendamtes liegt, in dessen Einzugsgebiet die Unterkunft liegt
- Eine Finanzierung und/oder Zuständigkeit, die bei dem Ministerium liegt, das für die Betreuung der Unterkunft zuständig ist; in enger Absprache mit dem Kinderschutzbeauftragten, der für den Einzugsbereich der Unterkunft zuständig ist
- Eine Finanzierung und/oder Zuständigkeit, die bei dem Ministerium liegt, das für das Kindeswohl der Kinder des Landes zuständig ist, in dem die Unterkunft liegt
- Eine Zuständigkeit einer Fachperson, die für Kinderschutz in öffentlich-rechtlichen Unterkünften des Landes rechtlich eingesetzt ist, und die auf Finanzmittel zur Bereitstellung der für eine Kindersprechstunde erforderlichen Ressourcen Zugriff hat

Zusätzlich wird eine regelmäßige Evaluierung des Konzeptes „Kindersprechstunde in Erstaufnahmen für Geflüchtete“ mit entsprechenden unterkunftsspezifischen Anpassungen mindestens im Zweijahresrhythmus im Auftrag der für Kinderschutz zuständigen verantwortlichen Person empfohlen.

Ein Ort für die Kindersprechstunde – Symbolcharakter und räumliche Ausgestaltung

Wird eine Kindersprechstunde eingerichtet, drückt sich darin eine Wertschätzung für die Interessen der Kinder aus. Denn Kinder sind darauf angewiesen, dass Erwachsene ihre Rechte achten und respektieren. Und dabei ist sie mehr als nur ein Symbol: Wenn die dort besprochenen Sorgen und Wünsche Gehör finden, erleben die Kinder Selbstwirksamkeit. Eine Kindersprechstunde zeigt auch, dass es Kinder Kraft kostet, sich ihrer Bedürfnisse bewusst zu werden und auf ihr Leben Einfluss zu nehmen.

Die Kindersprechstunde sollte sich daher idealerweise von der Alltagspädagogik der frühkindlichen und schulischen Bildung und Betreuung örtlich, zeitlich oder/und personell abgrenzen.

Hinsichtlich des Raumes und dessen **Einrichtung und Gestaltung** werden folgende Aspekte und Bestandteile empfohlen:

- Tageslicht, Platz für bis zu 5 Kinder und bis zu 2 Erwachsene
- Temperierbar, lüftbar, ggfs. Rollos gegen zu starke Sonneneinstrahlung
- Gemütliche Sitzmöbel, d. h. gepolstert mit Lehne oder Korbsessel (von der Größe her geeignet sowohl für 7- als auch für 12-Jährige)
- Ein Teppich auf dem Boden, straßenschuhtauglich
- Helle Wandfarbe in beige/ Naturfarben ggfs. mit farblichen Akzenten in Grün
- Ein Couchtisch zur Ablage von Getränken und Schreibutensilien

- Zimmerpflanzen und neutrale Dekoration (es handelt sich nicht um ein Spielzimmer oder einen Activity Room oder eine Chill Lounge)
- Regale/Fächer mit für Kinder relevanten Informationsmaterialien und Broschüren über Freizeitgestaltungsmöglichkeiten, Selbsthilfegruppen für Kinder (z. B. Materialien über „Kinder psychisch kranker Eltern“), Anlaufstellen im Gesundheitswesen für Kinder, außerschulische Bildungsangebote, Deutsch als Zweitsprache – ehrenamtliche oder kostenfreie Angebote in der Umgebung, falls vorhanden Angebote speziell für geflüchtete Kinder in der Nachbarschaft)
- Regal mit Büchern über „Kinder auf der Flucht“, idealerweise in verschiedenen Sprachen und mit viel Bildmaterial
- Sideboard mit Getränken, Taschentüchern, etc.
- Ein PC oder Tablet mit Internetanschluss für Recherche bei Bedarf
- Ein Drucker, in dem Informationsmaterialien ausgedruckt werden können, falls das Kind nicht über ein Smartphone verfügt, auf dem es die Informationen abrufen kann
- Zeitschriften, die sich mit Themen von Kindern beschäftigen in der Auslage, die als Blickfang dienen oder während einer Wartezeit durchgeblättert werden können, in verschiedenen Sprachen mit aktuellen Themen (z. B. Infos aus der BZGA über die Pandemie und Impfung, Infos von Pro Asyl/ UNHCR/UNICEF/Plan international/Save the Children zu geflüchteten Kindern, Sportzeitschriften, Bastelzeitschriften)
- Stifte und Papier
- Telefon
- Visitenkarte der Kindersprechstunde ggfs. mit eigenem Logo
- „Laufzettel“ für Informationen aus der Kindersprechstunde an die Eltern oder andere Dritte (bei Kindern unter 14 mit Durchschlag an die Eltern)

Personelle Besetzung der „Kindersprechstunde“

Personell wäre die Umsetzung der Kindersprechstunde bevorzugt aus zusätzlichen Personalmitteln zu besetzen. Geflüchtete Kinder sind in hohem Maße auf die Aufmerksamkeit der Erzieher*innen des „Kinderhauses“/der Kita/der Schule angewiesen (Mehr dazu in der Bedarfsanalyse S. 19). Deren Kapazitäten sollten aus Sicht der Verfasserin in keinem Fall eingeschränkt werden. Insofern kämen folgende Alternativen in Frage:

- Aufstocken der Stunden des Personals
- Einstellung einer zusätzlichen Erzieher*in/ sozialpädagogischen Fachkraft
- Schulung einer Sozialarbeiter*in aus dem Sozialdienst für die Beratungsbelange von Kindern
- Identifikation einer Sozialarbeiter*in aus dem Sozialdienst mit zusätzlichen sozial-/ migrationspädagogischen Kompetenzen

Aufgrund der **Sprachbarriere** wäre es ideal, auch Sprachmittler*innen vor Ort zu haben. Im Idealfall kann man diese auf dieselbe Art organisieren, wie auch für die Sozialsprechstunden für Erwachsene. Dabei ist zu beachten, dass Sprachmittlung mit Kindern sehr viel vitaler, sprunghafter und impulsiver ist, und dass Sprachmittler*innen, die für Kinder und ihre Eltern übersetzen, unter Umständen in Loyalitätskonflikte kommen können. Sprachmittler*innen für die „Kindersprechstunde“ sollten daher eine einführende Schulung erhalten, wenn sie nicht für die Sprachmittlung im Kindes- und Jugendbereich ausgebildet sind.

Sollte sich eine Kindersprechstunde zusammenfinden, in der mehrere Kinder unterschiedlicher Sprachen anwesend sind (analog einer Zusammenkunft des Bewohner*innenrates unter den

Erwachsenen), sollten dringend auch mehrere Sprachmittler*innen aus den entsprechenden Sprachräumen anwesend oder per Telefon/ Video dazugeschaltet sein. Eine sprachgruppengetrennte Kindersprechstunde ist nicht zu empfehlen, da dies zu einem Gefühl der Ungleichbehandlung führen kann.

Personalkompetenzen

Aus den drei Zielsäulen der Kindersprechstunde ergeben sich folgende Kompetenzen, die das Personal haben sollte:

1. Zielsäule „Entlastung durch Zuwendung“

Das Personal der Kindersprechstunde sollte darin geübt sein, einen zügigen „Rapport“ zum Kind/Jugendlichen herzustellen. Damit ist gemeint, dass es auf Augenhöhe und mit ungeteilter Aufmerksamkeit mit dem Kind spricht. Dabei sollte man aufgeschlossen sein und sich auf die mentale Gedankenwelt einlassen und vermitteln: „Hier wirst du ernstgenommen und wertgeschätzt“. Diese emotionale Ebene ist wichtig für das Vertrauen. Dem Kind sollte ein Gefühl von Bindungssicherheit vermittelt werden. Übungselemente, wie ein solcher „Rapport“ hergestellt werden kann, finden sich im Schulungstool, in dem zudem auf weitere Fortbildungsmöglichkeiten hingewiesen wird.

2. Zielsäule „Partizipation durch Mobilisierung“

Das Personal der Kindersprechstunde sollte darin geübt sein, das vom Kind/Jugendlichen berichtete mit eigenen Worten zusammenzufassen. So kann sichergestellt werden, dass das Richtige verstanden wird. Mit der Zusammenfassung des Anliegens ist bereits ein Grad an Abstraktion erreicht, das es dem Gesprächspaar ermöglicht, festzustellen, welche Handlungsoptionen für das Kind am ehesten in Frage kommen.

Beispiel: ein Kind berichtet, es könne nicht einschlafen, weil die Familie nur ein Zimmer habe. Es stellt sich heraus, dass das Baby lange weint, bis es einschläft, und solange kann das Kind auch nicht einschlafen. Im Gespräch entsteht die Frage nach den Alternativen. Das Kind entwickelt die Idee, dass es so lange mit dem Vater oder der Mutter auf dem Gelände Fußball spielen könne, bis der Vater oder die Mutter das Zeichen gäbe, dass das Baby schläft, und nun das ältere Kind eine Einzelzuwendung beim „Zubettgeh-Ritual“ erhält und beruhigt(er) in den Schlaf kommt.

Das Personal sollte darin geübt sein, für das Kind ein „Resonanzkörper“ zu sein. Mit seiner Rückmeldung kann das Kind die Motivation und eine konkretere Vorstellung davon entwickeln, was es zur Verbesserung der eigenen Situation unternehmen kann. Dies beinhaltet auch, dass das Personal einerseits mit den Grenzen der Partizipationsmöglichkeiten vertraut ist und in der Lage, dies feinfühlig zu vermitteln. Andererseits muss es aber im Hinblick auf die Mobilisierung von Anpassungsstrategien kreativ und optimistisch bleiben.

Beispiel: Ein Kind kommt in die Sprechstunde und berichtet von seiner Wut auf den Mitschüler, der stets den Müll auf den Boden werfe, und es selbst fühle sich dadurch aufgefordert, ihn wieder aufzuheben. Im Gespräch kann erkannt werden, dass neben der Wut bei dem Kind auch ein innerer Impuls entsteht, den Müll aufheben zu müssen, weil dies in der Familie ebenfalls durch die weiblichen Familienmitglieder erledigt wird. Eigentlich findet das Kind dies aber falsch und möchte auch der Mutter helfen, ihr Verhalten zu verändern. Im Gespräch kann erkannt werden, dass es viel schwieriger ist, das Verhalten anderer Menschen ändern zu wollen, als das eigene zu verändern. Das Kind nimmt sich vor, den Müll in der Schule nicht mehr unmittelbar aufzuheben und dem inneren Impuls zu widerstehen. Eventuell kann es sich sogar zutrauen, den Mitschüler aufzufordern, für ein Wohlfühlklima für alle zu sorgen und den

Müll zu beseitigen. Es wird vereinbart, dass in der Folgewoche zum Outcome dieses Vorhabens in der Kindersprechstunde berichtet wird.

Die „Partizipation durch Mobilisierung“ findet auf der individuellen Ebene also dadurch statt, dass ein erwachsener, reifer Reflexionsort besteht für alltägliche, mitunter jedoch drängende Themen. Gerade bei geflüchteten Kindern können diese Themen besonders belastend wirken. Hier werden vor allem individuelle Anpassungsstrategien und Resilienzfaktoren mobilisiert, die es den Kindern erleichtern, zukünftig selbst besser mit belastenden Situationen umzugehen.

Auf psychosozialer und kollektiver Ebene kann „Partizipation durch Mobilisierung“ auch durch Einflussnahme auf die Freizeitgestaltung stattfinden. Eine Gruppe von Kindern, die die Nachmittage bspw. leer oder langweilig erleben, organisieren z.B. gemeinsam mit dem Personal der Kindersprechstunde ein Sportfest, planen Wochenendausflüge oder richten einen Debattierclub ein (z.B. zur Zukunft ihres Heimatlandes) mit dem Ziel, einen Artikel in einer relevanten Zeitschrift zu veröffentlichen.

Das Personal der Kindersprechstunde muss demzufolge zwischen individuellen Bedarfen und denen der Gruppe unterscheiden können und sich dazu ggfs. auch mit dem Sozialdienst, der Schule, „Kinderhaus“ und der Pädia*ter*in/dem medizinischen Dienst des Heims auszutauschen.

3. Zielsäule „Handlungssicherheit durch Information“

Das Personal der „Kindersprechstunde“ verfügt idealerweise über Kenntnisse der für Kinder und Jugendliche relevanten Entwicklungsthemen, Interessen und entsprechende Angebote im Sozialraum bzw. ersatzweise virtuell sowohl in der Sprache des aufnehmenden Landes als auch des Heimatlandes. Es besitzt Kenntnisse über für geflüchtete Kinder und Jugendliche relevante Gesetze und Standards (Kinderrechtskonvention, Mindeststandards, EU-Aufnahmerichtlinie, Gesundheitsversorgung für Kinder im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetz (AsyblG), schulische und außerschulische Bildung und Fördermöglichkeiten wie z. B. das Bildungs- und Teilhabepaket (BUT), Gesetze des Kinder- und Jugendschutzes, Aufgaben und Hilfestellungen der Jugendhilfe und des Rehabilitationswesens). Zudem entwickelt sich idealerweise durch den Austausch ein Netz aus Ansprechpartner*innen in den Bereichen Kinder- und Jugendschutz, Freizeitgestaltung, Bildung und Gesundheit, Rehabilitation und Wiedereingliederungshilfe, Erziehung, Rechtsvertretung von Kindern und Jugendlichen sowie Hilfen für Familien und Kinder mit Behinderungen.

4. Weitere übergeordnete Kompetenzen

Selbstreflexion

Darüberhinausgehend sollte das Personal in der „Kindersprechstunde“ in hohem Maß selbstreflexiv und introspektiv sein, um einen professionellen Abstand zum eigenen Handeln und den eigenen Emotionen zu gewinnen. Dies ist in besonderem Maß erforderlich, wenn das Personal versucht ist, z. B. für Frauen/Mädchen oder eine kulturelle Gruppe oder gegen die Gesetzgeber Partei zu ergreifen. Darunter könnte die Beratungsqualität leiden. Supervisionen durch eine externe Fachperson bieten sich an.

Kulturelle Offenheit

Das Personal muss sich nicht mit allen Herkunftsländern und deren Besonderheiten auskennen, aber es sollte allen gegenüber offen und aufgeschlossen sein. Traditionen und Sichtweisen sollten nicht bewertet werden.

Arbeit mit Sprachmittlung

Das Personal der „Kindersprechstunde“ sollte geübt sein in der sprachgemittelten Gesprächsführung mit Kindern und Jugendlichen. Dies bezieht sich vor allem auf die vorherige Rollenklärung mit dem Sprachmittelnden, der Genauigkeit der Übersetzung, der Begleitung der sprachlichen Übersetzung durch die entsprechende Mimik, Gestik und den interpersonellen Rapport.

Öffnungszeiten der Kindersprechstunde/Personaleinsatz

Für die Entwicklung der Kindersprechstunde wurde eine Unterkunft genauer analysiert. Anhand dieses Beispiels wird hier der Personaleinsatz berechnet. Bei anderen Unterkünften müsste dies angepasst werden.

Ausgehend von einer Belegung der Index-Unterkunft mit maximal 600 Personen ist von ca. 1/3 d. h. 200 Kindern (bis zu 18 Jahren) auszugehen mit einem hier interessierenden Personenkreis (7 bis 15 Jahre) von geschätzt maximal 100 Kindern. Wenn von diesen 100 Kindern und Jugendlichen 50 Prozent einmal monatlich die „Kindersprechstunde“ in Anspruch nehmen würde, wären 12,5 Std./Woche ein annähernd optimales Ausmaß bei voller Auslastung der Unterkunft.

Die Stunden könnten aufgeteilt werden auf

- 4 x 2 Std. Mo-Do 16-18 Uhr, jeweils im Anschluss an das Programm im „Kinderhaus“
- 2 x 4 Std. Mo und Fr 14-18 Uhr in den Räumlichkeiten des Sozialdienstes
- Alternativen sind denkbar und mit dem Planungsteam (s. u.) vor Ort abzuwägen

Ein Planungsteam „Kindersprechstunde“

Für die Etablierung der „Kindersprechstunde“ wird ein Planungsteam empfohlen, das zu folgenden Bereichen in einen Umsetzungs-, Abwägungs- und Entscheidungsprozess eintritt:

- Klärung der Finanzierung der Personalressourcen (Pilotphase „Kindersprechstunde“)
- Einwerben von Finanzmitteln für die Ausstattung des Raums
- Etablierung von Kooperationen ggf. unter Einbeziehung von Stiftungen für die Finanzierung der Kosten für Sprachmittler*innen und Auswahl von Kinder- und Jugend-Sprachmittler*innen
- Verankerung der „Kindersprechstunde“ in das Organigramm der Unterkunft zusammen mit der Standortleitung, der Kinder- und Gewaltschutzbeauftragten und der Behörde des Bundeslandes
- Auswahl des am besten geeigneten Ortes für die Kindersprechstunde
- Auswahl des Personals (im Falle von Stundenerhöhungen bereits angestellter Mitarbeiter*innen) bzw. Veröffentlichung einer Stellenausschreibung und Festlegung des Stundenkontingentes und der wöchentlichen Stundenverteilung
- Schulung des Personals
- Beginn der „Kindersprechstunde“
- Festlegung von Evaluationstreffen (4x im Jahr)

- Entscheidung über die Weiterführung der „Kindersprechstunde“ und das Einwerben von Finanzmitteln

Die Startphase

Erfahrungsgemäß benötigen Beratungsangebote ohne unmittelbaren materiellen Gewinn für den Inanspruchnehmenden (z. B. Auszahlung von Geldern, Ausgabe von Gutscheinen o. ä.) eine längere Startphase, um sich zu etablieren.

Die Startphase der „Kindersprechstunde“ wäre daher idealerweise durch folgende proaktive Maßnahmen auszugestalten:

- Entwicklung eines Flyers in einfacher Sprache/mit Bildsymbolen, Auslegen und Aushängen des Flyers sowie ein Internetauftritt
- Die „Kindersprechstunde“ sollte durch den Sozialdienst bei Aufnahme der neuen Bewohner*innen aktiv benannt und durch Austeilen des Flyers dazu eingeladen werden
- Eltern, die Kinder in der „Kindersprechstunde“ anmelden möchten, oder Eltern von Kindern, die ihre Eltern bitten, sie in der Kindersprechstunde anzumelden, sollten idealerweise durch das Personal über die „Kindersprechstunde“ aufgeklärt, über die Arbeit mit Sprachmittler*innen informiert und darüber in Kenntnis gesetzt werden, wie bei Bedarf Informationen aus der „Kindersprechstunde“ wieder an die Eltern zurück gelangen
- Erläuterung der Funktionsweise der „Kindersprechstunde“ gegenüber dem Personal in der Unterkunft (vom Sicherheitsdienst bis zur Standortleitung) in Terminen. Es ist wichtig, dass alle Mitarbeiter*innen der Unterkunft den Aufbau der „Kindersprechstunde“ unterstützen
- Alle relevanten Anlaufstellen der Unterkunft können Eltern und Kindern/Jugendlichen ermutigen, sich in der „Kindersprechstunde“ anzumelden
- Es wird ein Anmeldebogen für die „Kindersprechstunde“ entwickelt, der genutzt werden kann, aber nicht zwingend erforderlich ist für die Teilnahme (Niederschwelligkeit beachten!)
- Der Anmeldebogen enthält 5 Ankreuzmöglichkeiten, zu denen beraten werden kann, z. B. „Wie kannst du aktiv deine Freizeit in der Unterkunft gestalten?“, „Was macht stark?“, „das Aufenthaltsverfahren – für Kinder erklärt“, „Traumreisen und Entspannung für Kinder“, ein freies Feld
- Die „Kindersprechstunde“ hat einen Briefkasten, in den Anmeldungen hineingeworfen werden können (Name, Alter, Wohnhaus, Unterschrift der Eltern), und auf den das Personal der „Kindersprechstunde“ am folgenden Sprechstundentag reagiert
- Am Ort der „Kindersprechstunde“ sind die Öffnungszeiten angebracht und groß genug sowie in verschiedenen Schriftzeichen und mit entsprechender Symbolik zu lesen/zu erkennen (Tage und Uhrzeiten symbolisieren)
- Bleibt eine „Kindersprechstunde“ 15 min unbesucht, wird mit der aktiven Mobilisierung von Kindern und Jugendlichen begonnen, indem auf das Gelände gegangen wird, wo eine direkte Ansprache mit den Kindern stattfinden kann
- Die „Kindersprechstunde“ benötigt insbesondere in der Anfangszeit „Warm-up“-Themen und -Aktivitäten, die interessant sind. Dabei hilft z. B. ansprechendes Material, mit dem über Kinderrechte und Möglichkeiten zur Beteiligung von Kindern gesprochen wird (z. B. Wimmelbildwand mit Szenen, in denen Kinderrechten entsprochen oder widersprochen wird), ansprechende Aktivitäten, in die sich Kinder einbringen können (z. B. Bauen einer Sitzbank aus Holz/Bemalen von großen Leinwänden mit Motiven, die die Situation von Kindern ausdrücken o. ä.)

Sollte nach drei Monaten die Inanspruchnahme der „Kindersprechstunde“ zwischen 0 und 3 Kindern/Woche liegen, wird eine externe Evaluation über Save the Children (evtl. mit Hilfe der Verfasserin) angeregt (kostenneutral für die Unterkunft), die über die Kinderschutzbeauftragte angefragt werden kann

Methoden zur Partizipation von Kindern

Gruppe der 7- bis 12-Jährigen

Die Kinder orientieren sich oft an ihren Eltern oder anderen Erwachsenen. Üblicherweise verbringen sie viel Zeit mit ihrem Smartphone, mögen Bewegungsspiele und handwerkliches Arbeiten, das sie von Erwachsenen lernen. Folgende Aktivitäten sind mit dieser Altersgruppe denkbar:

- Wenn Kinder von Eltern in die „Kindersprechstunde“ gebracht werden, und auf dem Anmeldebogen bereits ein Thema ausgewählt wurde, kann mit diesem begonnen werden
- In der „Kindersprechstunde“ stehen in den Regalen Themenbereiche bereit, die zum Gespräch über Gesundheit, Sport und Spiel, Fluchtgeschichte, kranke Eltern sowie tagesaktuelle Themen einladen
- Kinder bringen ihr Smartphone mit, zeigen die Clips, die sie interessant finden; es wird darüber eine Reflexion und/oder ein Rapport möglich
- Zur Initiierung der „Kindersprechstunde“ (wenn sie entkoppelt von/nach den Aktivitäten des „Kinderhauses“ stattfindet): Vor jedem Sprechstundenbeginn Ballspiel auf dem Fußballfeld mit bunten Bällen/Leibchen in grellen Farben, Trillerpfeife, Musikbox, die ausreichend laut ist; nach der „Anwärmphase“ geht es zum Trinken in den Raum der „Kindersprechstunde“, in dem sprachmittlergestützt ein Rapport hergestellt und die das Kind interessierenden Themen reflektiert werden
- Malen mit Farben auf großen Laken auf dem Gelände nahe des Ortes „Kindersprechstunde“, ggfs. mit Symbolen, die zeigen, dass Kinderrechte/Kinderthemen gestärkt werden, und mit denen sich Kinder identifizieren können; nach der ersten Initialphase Wechsel in den geschützten Raum der „Kindersprechstunde“
- Schauen von Videoclips, in denen etwas unter Anleitung gebastelt oder gebaut wird mit Materialien, die sich in der Umgebung finden

Gruppe der 12- bis 15-Jährigen

12- bis 15-jährige setzen sich kognitiv und mental in einem höheren Maß mit ihren aktuellen Entwicklungsthemen oder den Themen ihrer Familie auseinander. Sie sind i. d. R. eher auf Peers ausgerichtet als auf Erwachsene. Sie möchten sich gesehen, geschützt und verstanden fühlen. Folgende Methoden sind für diese Altersgruppe hilfreich:

- Bereithalten von Informationsmaterialien und Plakaten zu körperlicher Entwicklung (körperliche Veränderung, Kraftzuwachs, Muskelaufbau, Trainingsprogramme, Grenzen testen, Leistungsfähigkeit erweitern, sich verteidigen können; Körperpflege, Haarpflege, Hautpflege, Ernährung, Beschaffung von gesunder Nahrung, Einsatz für gesunde Ernährung, Beschaffung und einfache Herstellung von Pflegeprodukten, Einbeziehen kulturellen Wissens der Familie)

- Bereithalten von Zeitungsausschnitten/Videoclips/Informationsmaterialien und Plakaten zur Identitätsbildung (Idole, Vorbilder aus Sport, Gesellschaft, Politik, Film, Kennzeichen und Symbole von Stärke)
- Informationsmaterialien und Plakate zu Bildung: Berufsbilder, Ausbildungszweige, Studienaufbau in verschiedenen Ländern im Vergleich, Entwicklung von Zukunftsvisionen
- Aktive Beratung zu Aufenthaltsverfahren, Geflüchtetenstatus, Rechtsberatung

Methoden für die Elternarbeit

Eltern, die in der Erstaufnahmeeinrichtung ankommen, erleben durch die Gestaltung des Eingangsbereiches im Sozialdiensttrakt eine kinderfreundliche Atmosphäre. In einem ansprechend eingerichteten und gepflegten Spielzimmer, das nahe den Sozialberatungsräumen gelegen ist, können ältere Kinder während der Beratung ihrer Eltern frei spielen. Zusätzlich ist ein kleinerer, offener und einsehbarer Raum für Krabbelkinder verfügbar. Eltern werden gebeten, die Kinder nicht mit in das Gespräch zu nehmen. Denn: Kinder können sich in diesen Treffen schnell langweilen und lenken die Eltern ab. Zudem sprechen die Eltern mitunter vor ihren Kindern nicht über psychische Belastungen, ihre Gesundheit o. ä. Von diesem Setting kann je nach Wunsch der Eltern und Betreuungsbedarf der Kinder abgewichen werden.

Für die Elternarbeit im Rahmen der „Kindersprechstunde“ bieten sich folgende Module an:

Elternansprache im Erstgespräch/Sozialdienst

- Sozialdienst erklärt, warum Kinder nicht mit in das Erstgespräch genommen werden sollten
- In diesem Zusammenhang wird auf den dennoch bestehenden Aufklärungsbedarf von Kindern und insbesondere Jugendlichen verwiesen
- Verweis auf die „Kindersprechstunde“, in der Themen mit den Kindern auf Augenhöhe besprochen werden können
- Klärung mit den Eltern, ob diese im kindbezogenen Beratungsgespräch in der „Kindersprechstunde“ anwesend sein möchten und Notiz auf dem „Kindersprechstunde-Anmeldeformular“
- Klärung des Aufklärungsbedarfs des Kindes/Jugendlichen, wie viele Einzelberatungsgespräche mit dem Kind/Jugendlichen gewünscht werden und Notiz auf dem „Kindersprechstunde-Anmeldeformular“

Elternansprache im Erstgespräch/Kinderbetreuung oder Schule

- Im Kennenlerngespräch mit den Erzieher*innen bzw. Lehrer*innen wird idealerweise darauf hingewiesen, dass neben der Alltagsbetreuung und Beschulung die „Kindersprechstunde“ gibt. Es wird erklärt, dass sie dem Kind ermöglicht gut für sich selbst zu sorgen und Lösungen für belastende Situationen zu entwickeln.
- nochmals Verweis auf Flyer, Erläuterung von Ort und Zeit mit den entsprechenden Symbolen der „Kindersprechstunde“
- Bereithalten des Anmeldeformulars für die „Kindersprechstunde“, ggfs. Ausfüllen, falls nicht vorher erfolgt
- „Kinderhaus“ und Schule können ebenfalls von sich aus die Empfehlung gegenüber den Eltern aussprechen, ein Kind/Jugendlichen in der „Kindersprechstunde“ anzumelden, wenn sich im

Verlauf Themen zeigen, die im pädagogischen Rahmen von Betreuung und Bildung in der Gruppe nicht ausreichend aufgenommen/aufgefangen werden können

Elternarbeit im Rahmen der „Kindersprechstunde“

- Im ersten Termin sind Eltern von Kindern und Jugendlichen idealerweise dabei. Das Kennenlernen dient der Vertrauensbildung und ermöglicht den Kindern, den Umgang des Kindersprechstundenpersonals mit den Eltern zu beobachten und andersherum. Zudem können die Grenzen der Beratungsarbeit abgesteckt werden, sollte dies notwendig sein. Natürlich können Eltern auch bei jedem Termin dabei sein, wenn sie ihrerseits ein Anliegen betreffend der Themen des Kindes haben.
- Jugendliche über 14 Jahren sind berechtigt, ihre Themen ohne Einbeziehung der Eltern einzubringen, welche vertraulich und unter Einhaltung der Schweigepflicht behandelt werden, mit Ausnahme von Themen, die auf Selbst- und/oder Fremdgefährdung hinweisen (siehe Absatz „kritische Zwischenfälle“).
- Kinder und Jugendliche unter 14 Jahren besuchen die „Kindersprechstunde“ auf Basis des Vertrauens zwischen Eltern und Personal der „Kindersprechstunde“. Das Personal der „Kindersprechstunde“ muss entscheiden, wann gegenüber dem Kind angeregt wird, die Eltern in die Beratungsarbeit einzubeziehen bzw. Rücksprache mit dem Sozialdienst zu halten. Grundsätzlich sollte beides nur erfolgen, wenn dies zuvor im Gespräch mit dem Kind/Jugendlichen vereinbart oder mindestens angekündigt worden ist (eine Ausnahme bildet selbstverständlich das Vorliegen einer akuten oder latenten Selbst- und/oder Fremdgefährdung, s. u.). Idealerweise werden Eltern zu den Beratungsgesprächen dazu geholt, wenn:
 - i. Das Kind unter familiären Konflikten in dem Maß leidet, dass es droht, psychisch oder psychosomatisch krank zu werden (Bauchweh, Kopfweh, Schlafstörung, Schulunlust, Fernbleiben vom „Kinderhaus“)
 - ii. Das Kind unter Abläufen der Tagesstruktur in Familie und/oder Betreuung/Schule leidet, die es trotz erfolgter Beratungsarbeit nicht bewältigen und einer Lösung zuführen konnte
 - iii. Das Kind unter einem Informationsdefizit leidet, da es Fantasien über Tatsachen entwickelt, die die Eltern gar nicht oder nicht kindgerecht ins Gespräch bringen/geäußert haben
 - iv. Das Kind sich vor angekündigten Terminen für Eltern oder Familie ängstigt, die im Zusammenhang mit der Unterbringung stehen, und die ohne Einsicht in den Sachverhalt mit dem Kind/Jugendlichen allein nicht erörtert werden können (Interview, Termin in Ausländerbehörde, BAMF, Sozialamt o. ä.)
 - v. Eine Aktivität mit dem Kind angeregt wird, in die andere Erwachsene (Mitarbeitende oder andere Eltern) einbezogen werden und/oder das Kind/der Jugendliche an Aktivitäten außerhalb der Unterkunft teilnehmen möchte (wo es z. B. in die Aufsichtspflicht anderer als der Eltern fällt)
 - vi. Das Personal der „Kindersprechstunde“ von Konflikten mit anderen Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen oder/und Mitarbeitenden weiß, die der Einschätzung nach die Konfliktlösungsfähigkeiten des Kindes/Jugendlichen übersteigen und eine Einbeziehung der sorgerechthabenden Erwachsenen erfordert.
 - vii. Das Personal der „Kindersprechstunde“ zur Einschätzung kommt, dass eine für Eltern und Kind/Jugendlichem bindungsstabilisierende Sitzung nützlich ist und der Entlastung und dem Wohlbefinden des Kindes dient.

Umgang mit kritischen Zwischenfällen

Der Umgang mit „kritischen Zwischenfällen“ in der „Kindersprechstunde“ folgt in erster Linie den bereits durch die Gewalt- und Kinderschutzbeauftragte festgelegten Vorgehensweisen der Erstaufnahmeeinrichtung. Folgende kritische Zwischenfälle sind im Rahmen der „Kindersprechstunde“ denkbar und sollten wie folgt behandelt werden:

Kritische Zwischenfälle	Personal „Kindersprechstunde“	Sozialdienst	Eltern	Kind
<p>Kind/Jugendliche r berichtet von</p> <p>1. Suizidalität;</p> <p>2. Selbstverletzung, autodestruktiven Verhalten</p> <p>3. dissoziativen Episoden/Dissoziation in der „Kindersprechstunde“</p>	<p>Aufklärung über subjektives Erleben von Suizidalität, Anbieten von Alternativen zur Entlastung, Sicherstellen, dass das Kind eindeutig von Suizidalität distanziert ist, bevor es die Sprechstunde verlässt, andernfalls Eltern anrufen oder bei Nicht-Erreichbarkeit Sozialdienst anrufen oder bei Nicht-Erreichbarkeit Sanitätsdienst anrufen, der den Rettungsdienst einschalten kann.</p>	<p>Der Sozialdienst wird idealerweise von den Eltern oder den Jugendlichen selbst informiert, sorgt für die Bereitstellung von beratenden und medizinischen Anlaufstellen im/außerhalb des Heims, ggfs. Notaufnahme in der nächsten pädiatrischen/ Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik. Außerdem sorgt er für die Beratung der Eltern durch medizinische Stellen und/oder Erziehungsberatung der Jugendhilfe im Umgang mit Suizidalität. Der Sozialdienst informiert aktiv behandelnde Ärzte, da unter Umständen eine akute medizinische Notsituation Auswirkungen auf das Aufenthaltsverfahren nimmt (unter Umständen muss eingeschätzt werden, ob eine fachärztliche Stellungnahme/ Begutachtung im Aufenthaltsrecht bezüglich psychoreaktiver Störungen im Asylverfahren in Auftrag gegeben werden sollte).</p>	<p>werden mit Hilfe von Sprachmittler*innen informiert. Begleiten und unterstützen ihr Kind, nehmen Beratungsmöglichkeiten in Anspruch, benötigen ggfs. selbst intensivierte Beratung/Behandlung, sorgen für eine heilsame Alltagsstruktur.</p>	<p>Übernimmt Verantwortung für sich und sein Handeln soweit es geht, z. B. durch Inanspruchnahme und aktive Mitarbeit in der eingerichteten Beratung und Behandlung.</p>

Kritische Zwischenfälle	Personal „Kindersprechstunde“	Sozialdienst	Eltern	Kind
Kind/Jugendliche r berichtet von fremdgefährdendem Verhalten. Dritter/ist Opfer	Ermittlung der Gefährdungsart und Intensität der Bedrohung. Entscheidung, ob eine Kinderschutzfachkraft einbezogen wird und ob abgewartet werden kann und wer informiert werden muss.	Wird durch „Kindersprechstunde“ oder idealerweise die Eltern informiert. Entscheidet über Verlegung im Heim oder außerhalb des Camps je nach Bedrohungsintensität. Entscheidet mit über Einbeziehung des Jugendamtes/Standortleitung. Führt Gespräche mit Sorgeberechtigten und beteiligten Jugendlichen, wenn keine akute Gefahr im Verzug und eine Lösung durch Gespräch wahrscheinlich ist (3er-Regel: nach zwei erfolglosen Gesprächen muss beim 3. Vorfall gehandelt werden)	Werden mit Hilfe von Sprachmittler*innen- in den Vorfall einbezogen, in der Verarbeitung des Geschehenen begleitet und bei Bedarf beruhigt; zudem über den üblichen Weg der Vorfallklärung informiert inkl. nächster Schritte und werden in die Zeitplanung und konkrete Ausgestaltung der Klärung einbezogen.	Wird in erhöhtem Maß geschützt und begleitet, Indikation zur medizinisch-therapeutischen Vorstellung wird mit dem Kind erörtert, ggfs. Untersuchung durch eine rechtsmedizinische Abteilung für Kinder und Jugendliche
Kind/Jugendliche r berichtet von fremdgefährdendem Verhalten als Täter	Exploriert behutsam und verständnisvoll Ausmaß der Taten, Gewissen und Ausmaß des Mitgefühls für das Opfer und des Bedauerns für das Geschehene mit dem Ziel, eine Wiedergutmachungssituation und Entschuldigung seitens des Täters herbeizuführen. Wenn dies scheitert, muss dem Täter angekündigt werden, wer über die Taten informiert wird und welche Konsequenz dies hat. Insbesondere weitere betroffene Kinder in der Familie werden in den Blick genommen, Empfehlungen fließen in die Arbeit mit den Eltern ein.	wird idealerweise durch die Eltern über den Vorfall informiert. Entscheidet im Team, ob ein Verbleib im EAE tragbar ist und ob die Polizei/der Sicherheitsdienst/ andere Dritte informiert werden müssen. Entscheidet im Team und ggfs. in Rücksprache mit der Pädiater*in, ob dem Verhalten eine Krankheit/Störung zugrunde liegen könnte, die einer medizinisch-therapeutischen Behandlung bedarf und veranlasst Anmeldung. Ermöglicht Entschuldigung und Wiedergutmachungswünsche und organisiert sprachmittlerbegleitete Gespräche zwischen den Betroffenen.	Werden idealerweise durch den Jugendlichen/das Kind selbst informiert, idealerweise begleitet von einem Gesprächsangebot in der „Kindersprechstunde“, falls das Ausmaß der Fremdgefährdung/ Fremdgefährdungsabsicht ein Abwarten und Gespräche erlaubt. Werden über „Kindersprechstunde“ und/oder Sozialdienst über Beratungs- und/oder Behandlungsmöglichkeiten oder allenfalls notwendige polizeilich-rechtliche/Unterbringungs-schritte informiert und begleitet.	Übernimmt idealerweise Verantwortung für sein Handeln, Beteiligt sich an den klärenden Gesprächen, bleibt in der Anstrengung, die Motive des (beabsichtigten) Handelns transparent zu machen, und arbeitet so an der Beendigung der Gefährdungssituation und/oder an der Behandlung und Beratung aktiv mit.

Dokumentation in der „Kindersprechstunde“

Das Thema, die Dauer und besondere Vorkommnisse werden nach jedem Termin der „Kindersprechstunde vom Personal dokumentiert und in einem abschließbaren Stahlschrank aufbewahrt. Kinder und Jugendliche sowie die Eltern derer, die unter 14 Jahre alt sind, haben das Recht, Einsicht in die Dokumentation zu nehmen. Nach Transfer/Verlegung der Familie ist die „Kinderakte“ der Akte der Familie im Sozialdienst zuzuführen. In der Transferdokumentation für den Sozialdienst des aufnehmenden Camps ist zu vermerken, dass eine Beratung in der „Kindersprechstunde“ stattgefunden hat, ebenso wie Behandlungsempfehlungen bzw. begonnene medizinisch-therapeutische Behandlungen.

Schulung zur Vermittlung des Konzeptes an die pädagogischen Fachkräfte vor Ort

Parallel zur Erarbeitung des Konzeptes für „Kindersprechstunden in Erstaufnahmen für Geflüchtete“ wurde ein Schulungskonzept erstellt. Das Schulungskonzept ist auf mindestens vier Stunden ausgelegt und vermittelt die Kernbausteine der „Kindersprechstunde“. Über Fallbeispiele werden die Anwendungsbereiche vertieft. Zudem ermöglichen Gruppenphasen und Reflexionseinheiten dem Team einer Unterkunft, die Bausteine gedanklich auf ihre Gegebenheiten zu übertragen und Anpassungsbedarfe zu diskutieren sowie die „Roadmap“ zur Umsetzung der „Kindersprechstunde“ festzulegen.

Früherkennung psychischer Belastungen bei geflüchteten Kindern und Jugendlichen

Aufgrund ihrer Fluchterfahrungen können Kinder und Jugendliche Traumatisches erlebt haben und wurden in der Regel für längere Zeit aus ihrem gewohnten Umfeld gerissen. Ihre Entwicklung kann dadurch gefährdet oder gehemmt sein. Daher sollte bei Ankunft in Deutschland mit einem hohen Ausmaß von psychischer Belastung bei geflüchteten Kindern ausgegangen werden, selbst wenn sie von ihren Eltern begleitet werden. Je nach Studie spricht man von 25 bis 50 Prozent geflüchteter Kinder mit posttraumatischer Belastungsstörung oder sogar 60 Prozent mit Symptomen aus dem Spektrum kinder- und jugendpsychiatrischer Krankheitsbilder.

Die UN-Kinderrechtskonvention schreibt die Rehabilitation von Kindern nach Krisen und Krieg fest. Deutschland, als Unterzeichner dieser Konvention, identifiziert daher Kinder und Jugendliche mit besonderen psychisch-psychiatrischen Behandlungsbedarfe.

Seit 2021 beschäftigen sich mehrere Arbeitsgruppen mit der Entwicklung eines Fragebogens, der diese Bedarfe erfassen kann.¹ Dabei orientiert man sich am „Protect“-Fragebogen für Erwachsene. Die aktuelle Version kann bereits genutzt werden.

¹ Eine erste Version wurde nach Vorstellung und Diskussion der Entwurfsfassung im Mai 2022 auf einer digitalen Konferenz mit mehreren Bundesländern getestet, unter der Leitung des PSZ Düsseldorf und unter Beteiligung des PSZ Thüringen, des Bundesverbandes für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) und der Kinder- und Jugendpsychiaterin mit Schwerpunkt Flucht und Migration Fr. Dr. M. Nitschke-Janssen (Verfasserin). Die Praktikabilität des Fragebogens hat sich als hoch erwiesen. Die Auswertungsmatrix ist mit der des Protect Fragebogens vergleichbar. Ausstehend ist eine Validitätsprüfung des Fragebogens, die jedoch mehr erkenntnistheoretischer als praktischer Natur ist, sodass an dieser Stelle bereits die Verwendung des Fragebogens empfohlen werden kann.

Diagnostik für Sozialarbeit/Sozialpädagogik/Pädagogik

Der „TRAKS“-Fragebogen setzt sich aus zehn Fragen zusammen, die mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden können. Zudem wird die Dauer der Symptomatik erhoben, um die Wechselwirkung mit Veränderungen auf/nach der Flucht feststellen zu können. Denn ein Kind, das seit einer Woche sein Zuhause verloren hat, wird naturgemäß weinen, wütend sein oder Angst haben. Wenn das nach sechs Monaten immer noch der Fall ist, obwohl es in einer relativ sichereren Umgebung untergebracht ist, ist nicht mehr von einer Anpassungsreaktion, sondern von einer Symptomatik „Angst“ und/oder „Trauer“ mit Krankheitswert auszugehen.

Der „TRAKS“-Fragebogen kann in der ersten Sitzung der „Kindersprechstunde“ durchgeführt werden, die zeitlich nahe dem Erstgespräch mit den Eltern im Sozialdienst liegen sollte (am gleichen Tag/am Folgetag). Das Ergebnis des „TRAKS“ wird den Eltern und dem Kind unmittelbar und im Original zur Verfügung gestellt (Kopie kann in die „Kinderakte“ und schließlich in die Akte der Familie des Sozialdienstes gelegt werden). Je nach Ergebnis wird die Weiterbehandlung/Beratung empfohlen (grün = keine weiteren Maßnahmen nötig; gelb= Beratung empfehlenswert; rot= Behandlung empfehlenswert).

Diagnostik für Pädiater*innen/Allgemeinmediziner*innen

Zusätzlich stehen aus der Medizin weitere Screening-Verfahren zur Verfügung, die sich bewährt haben:

- CATS des Universitätsklinikums Ulm
- SDQ – international verfügbare Onlineversionen in vielen Sprachen
- PORTA System, ebenfalls in der Universitätsklinik Ulm entwickelt. Dies ist eine psychosoziale Online-Evaluation für medizinisches und nicht medizinisches Personal, die Belastungs- und Resilienzfaktoren gegeneinander abwägt und entsprechend der Ampelsignale „grün, gelb, rot“, auf weitere Behandlungsbedarfe hinweist.

Ärztliche Gefährdungsmeldung

Sollte sich im „TRAKS“ ein Wert im „roten“ und damit kritischen Bereich ergeben, wird die Weiterleitung zur Pädiater*in/Kinder- und Jugendpsychiater*in oder einem nächstmöglichen erreichbaren Behandlungsort binnen der nächsten 2-3 Monate dringend empfohlen (bei akuter Suizidalität oder agitiertem, nicht beruhigbarem Verhalten oder bei Anorexie und Gewichtsabnahme Notaufnahme der Klinik, s. o.). Wird ärztlich-therapeutisch eine gesundheits- und/oder entwicklungsgefährdende Diagnose gestellt, wird die Ausstellung eines entsprechenden ärztlichen Attestes empfohlen, um eine Gefährdungsmeldung im Aufenthaltsverfahren vorlegen zu können. Ebenso sind mindestens kurze diagnostische Berichte einzuholen für die Dokumentation im Rahmen des Asylverfahrens inkl. zur Vorbereitung der Anhörung (unter Umständen sind besonders geschulte Fachkräfte des BAMF einzubestellen).

Stabilisierung psychischer Belastungen bei geflüchteten Kindern und Jugendlichen

Analog zur Terminvereinbarung bei psychiatrischen und/oder psychotherapeutischen Fachstellen für Erwachsene sollten auch Kinder bei entsprechend ausgefallenem Screeningverfahren an Behandlungsstellen vermittelt werden. Dem Personal der „Kindersprechstunde“ obliegt es, dies mit dem Kind/Jugendlichen nach Einbeziehung der Sorgeberechtigten vorzubereiten. Die Anmeldung

sollte, wenn möglich, durch die Eltern selbst übernommen werden (haben die Eltern Zeit, ein Telefon mit aufgeladener SIM-Karte, Deutschkenntnisse, können sie das Problem auf Deutsch formulieren oder haben einen Sprachmittler*in engagiert?). Nach Schweigepflichtsentbindung durch Kind/Jugendliche/Sorgeberechtigte kann andernfalls der Sozialdienst tätig werden.

Die beiden Fragebögen „Protect“ und „TRAKS“ finden Sie auch im Anhang.

BEDARFSANALYSE

Vor der Einrichtung einer Kindersprechstunde sind die Gegebenheiten vor Ort in den Blick zu nehmen, um die Möglichkeiten und Grenzen in der jeweiligen Erstaufnahmeeinrichtung zu erfassen. Ein besonderes Augenmerk sollte dabei darauf gelegt werden, Synergien zu bestehenden Angeboten und Strukturen herzustellen. Jede Unterkunft bringt für Kinder sowohl fördernde als auch gefährdende Rahmenbedingungen mit, die bei der inhaltlichen Konzeptionierung einer Kindersprechstunde zu berücksichtigen sind.

Im Vorlauf der Etablierung einer „Kindersprechstunde“ ist es in den meisten Fällen sinnvoll, eine Bedarfsanalyse durchzuführen, um die vielfältigen Aspekte des Alltags von Kindern in Erstunterbringungsunterkünften für Geflüchtete, bereits vorhandene Unterstützungsstrukturen und Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung in den Blick zu nehmen. Die „Kindersprechstunde“ kann dabei nicht der Ort sein, durch den unzureichende Strukturen, unbeantwortete Beratungs- oder dringende Behandlungsbedarfe aufgefangen werden können. Gleichwohl vermittelt es dem Personal und/oder den Verantwortlichen der „Kindersprechstunde“ einen Eindruck über die zu erwartende Beratungsintensität, Vielfalt und Dringlichkeit.

Eine gute Verankerung der „Kindersprechstunde“ in den Unterkunftsstrukturen mit unbedingter Unterstützung durch die Unterkunftsleitung oder Gewaltschutzbeauftragte ist in diesem Fall ebenso wichtig wie eine kontinuierliche Vernetzung mit den psychosozialen Angeboten des Sozialraums in der Umgebung der Unterkunft.

Begehung der Unterkunft

Die Begehung der Unterkunft und des Geländes sollte mit der Unterkunftsleitung, den Teamleitungen des Unterkunfts- und Sozialmanagements, den Mitarbeitenden des Sozialmanagements oder den Gewaltschutzbeauftragten der Unterkunft abgestimmt werden.

Außengelände

Unterkünfte verfügen im Allgemeinen über ein Außengelände sowie über feste Gebäude, Pavillons oder Container, in denen die Familien wohnen. Folgende Aspekte des Außengeländes sind für Kinder besonders relevant:

Checkliste Außengelände:

- Pflege des Außengeländes, funktionierende Müllentsorgung
- Ist die Unterkunft durch einen Zaun oder eine andere Abgrenzung vom öffentlichen Raum getrennt
- Kindgerechte, stabile Spielplätze/Fußballplatz; konkret: Untergrund und Qualität der Spielareale (kann im Sand gebuddelt werden? Glasscherben, Müll? Ist der Untergrund für Krabbelkinder geeignet?)
- Umzäunung des Geländes/der Spielplatzbereiche zum Schutz der Kinder (insbesondere kleine Kinder könnten z. B. auf befahrene Straßen laufen; nicht berechnigte Erwachsene können zügig auf dem Spielgelände erkannt und angesprochen werden)
- Haltung und kommunikative Fähigkeiten des Sicherheitsdienstes gegenüber Kindern (Wird bei Konflikten eingeschritten? Welche Handlungsanweisungen im Umgang mit Kindern haben Sicherheitsdienste?)

- Gibt es Kontrollen durch Sicherheitsdienste, z. B. bezüglich nicht erlaubter Gegenstände, Waffen und Alkohol/Drogen?
- Gibt es Drogenkonsum auf dem Gelände? zu Tages- und Nachtzeiten? Wie häufig treffen Kinder auf alkoholisierte Erwachsene?
- Ort und Zugangswege zu den sanitären Anlagen (versteckte, entfernter gelegene WC-Häuser bergen die Gefahr sexueller Übergriffe)
- Hygienesituation und Geruchslast der sanitären Anlagen
- Gefahren durch Parkplätze und Straßenverkehr auf dem Gelände
- Häufigkeit von Polizeieinsätzen aufgrund von Konflikten unter den Bewohner*innen
- Drücken auf dem Gelände präsenzte Polizeibeamt*innen oder Wachdienste etwas Bedrohliches aus oder vermitteln sie Ordnung, Sicherheit und Schutz?

Wohnraum für Kinder – Entwicklungsraum, Schutz und Sicherheit

Der Wohnraum hat für Kinder eine besondere Bedeutung, da er ihren Schutz- und Rückzugsraum darstellt. Hier können sie zur Ruhe kommen, ihre körperlichen und psychischen Bedürfnisse wahrnehmen und mit ihren Bezugspersonen sprechen. Zudem haben Rückzugs- und Schutzräume eine zentrale Bedeutung für das Empfinden innerer Sicherheit, Geborgenheit und Vertrauen in eine soziale Umgebung, die Grenzen respektiert. Folgende Aspekte sind bei der Begehung der Wohnräume in den Blick zu nehmen:

Checkliste Wohnraum:

- Unterbringung in Mehrbettzimmern als Familie?
- Unterbringung in Mehrbettzimmern mit fremden Erwachsenen?
- Plätze für alleinerziehende Mütter oder Väter?
- Geschlecht des zugeordneten Sicherheitspersonals (w, m, d)?
- Abschließbarkeit der Zimmer; Schlüsselhoheit?
- Verfügbarkeit von Generalschlüsseln, die über den Wohnungsschlüssel hinaus Zugang zum Wohnraum der Familie ermöglicht; wer hat Zugang zu dem Generalschlüssel?
- Wie wird die Nutzung von Generalschlüsseln dokumentiert und kontrolliert?
- Größe der Zimmer, Mindestmaß an m² pro Person (werden Kinder ab Geburt als Person gezählt)?
- Kindorientierte Ausstattung der Wohnbereiche (Kinderbett, Bestuhlung geeignet für Kinder, Platz zum Spielen am Boden, Boden für Kinder geeignet?)

Freizeitangebote für Kinder

Im Sinne einer altersgerechten, fördernden Bildung benötigen Kinder spezielle Angebote. Dabei geht es um die Entwicklung ihrer kognitiven Fähigkeiten, emotionalen Regulation, Motorik und ihrem sozialen Verhalten. Spiele und Verbrauchsmaterial für alle Altersgruppen sind je nach Unterkunft in unterschiedlichem Ausmaß verfügbar (Spenden aus den Nachbargemeinden, von Privatpersonen, Geschäften und z. T. nach Antrag bei der Landesbehörde). Die Ausstattung ist im Vergleich zu landesüblichen Kindergärten meist deutlich ausbaufähig.

Checkliste Angebote für Kinder:

- Gibt es die folgenden Angebote für Kinder in Unterkünften für Geflüchtete:
 - Für 0- bis 3-Jährige: Frühe Hilfen
 - Für 3- bis 6-Jährige: Kinderbetreuung
- Gibt es Betreuungsangebote nach Schulende? Gibt es Freizeitangebote, die Gelegenheit, Gleichaltrige zu treffen, und Anregungen und Anleitung durch geschulte Pädagog*innen? Zur Ausstattung können gehören: Psychomotorik-Geräte, Bälle, Klettermöglichkeiten, Tischkicker, Billardtisch, Tischtennisplatte, etc.
- Gibt es ansprechende Freizeitangebote für Jugendliche und Orte, an denen sie sich treffen können?
- Gibt es Freizeitangebote in der Umgebung der Unterkunft für Geflüchtete?
- Werden Kinder dabei unterstützt sich auch außerhalb der Unterkunft aufzuhalten, um Isolation und dem Gefühl der Diskriminierung entgegenzuwirken?
- Gibt es Elternarbeit, die darüber hinausgeht, bei „besonderen Vorfällen“ den Sozialdienst zu informieren, der den Vorfall klärt – z. T. inkl. Information an die Eltern und unter Einbeziehung der Erzieher*innen?

Vor der Covid-19-Pandemie waren ehrenamtliche Angebote in den Unterkünften für Geflüchtete weit verbreitet. Vielen Sozialdiensten ist es bisher nicht gelungen, dies in gleichem Maße wiederherzustellen.

Zur Situation von Eltern

Psychische Situation

In einigen Bundesländern haben Geflüchtete in Erstaufnahmeeinrichtungen die Möglichkeit, körperliche und psychische Erkrankungen oder Symptome in einem Gespräch nach ihrer Ankunft anzusprechen. Zeichnen sich psychische Belastungen ab, kommt der „Protect“-Fragebogen (siehe Anhang 1) als standardisiertes Screeningverfahren zur Ermittlung der psychischen Belastungsintensität zur Anwendung. Bei einem erhöhten Score vermitteln einige Erstaufnahmen die Menschen in Zentren für psychisch belastete Geflüchtete². Die Zentren können den Zugang zur medizinisch-therapeutischen und bei Bedarf auch der psychiatrischen stationären und ambulanten Regelversorgung erleichtern.

Viele Erstaufnahmen für Geflüchtete verfügen über eine hausärztliche Versorgung (meist jeweils einige Stunden/Woche, finanziert über das Bundesland), innerhalb derer je nach Schweregrad ebenfalls psychiatrische Erkrankungen behandelt und im Bedarfsfall an die örtliche psychiatrische Klinik oder dessen Ambulanz überwiesen werden.

Einige Erstaufnahmen für Geflüchtete sind ausgewiesene Unterkünfte für „besonders vulnerable“ Menschen nach der Europäischen Aufnahmeleitlinie. In diesen Unterkünften verfügen Mitarbeiter*innen des Sozialdienstes und andere über weitreichendere Erfahrungen im Umgang mit psychisch belasteten Menschen.

² Nähere Informationen dazu finden sich auf der Website der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer www.baff-zentren.org/

Mit der Etablierung der Kindersprechstunde sollte die Vernetzung mit lokalen medizinisch-therapeutischen Stellen passieren. Insbesondere auch zu Stellen, bei denen Eltern potenziell in Behandlung sein könnten. Ein kooperativer, wertschätzender und anerkennender Umgang mit den Schnittstellen zur psychosozialen Begleitung von Eltern kann im Bedarfsfall den Zugang zu diesen beratenden und stabilisierenden Angeboten erleichtern.

Rechtl. Aufenthaltssituation – Belastungen und Perspektiven

Da bei vielen Geflüchteten in Erstaufnahmen der Aufenthaltsperspektive noch nicht geklärt ist, ist diese Ungewissheit oftmals eine Belastung. Dies ist insbesondere für Menschen die gemäß der Dublin II-Verordnung ausgewiesen werden könnten, da sie aus einem sogenannten sicheren Drittstaat eingereist sind, sofern sie keine humanitäre Schutzgründe geltend machen können.³ Geflüchtete aus der Ukraine müssen keine Ausweisung fürchten, da ihnen nach § 24 AufenthG eine humanitäre Aufenthaltserlaubnis gewährt wird.⁴

Zur Klärung der Aufenthaltssituation erhalten Geflüchtete bei Ankunft je nach Bundesland mehr oder weniger umfangreiches Informationsmaterial über unabhängige rechtliche Beratungsmöglichkeiten. Zum Teil wird in Faltblättern in den Landessprachen auf zusätzliche Informationen aus dem Internet hingewiesen. Einige Erstaufnahmen verfügen über ein für alle Bewohnenden zugängliches WLAN und Geflüchtete verfügen meist über funktionsfähige Smartphones. Rückkehrer*innen-Beratungen befinden sich oft auf dem Gelände der Erstaufnahme. Die Unsicherheit der Aufenthaltssituation ist wirkt sich auch auf Kinder aus, die die Belastung ihrer Eltern miterleben und oft Angst haben.

Nächtliche Abschiebungen stellen eine besondere Belastung für Geflüchtete und insbesondere Kinder dar, insbesondere dann, wenn geflüchtete Kinder Abschiebungen bereits selbst erlebt oder bei Nachbarn und befreundeten Kindern beobachtet haben und die Abschiebungen unter Gewalteinsatz und ohne Berücksichtigung der Bedürfnisse von Kindern durchgesetzt wurden.

In vielen Bundesländern werden Geflüchtete nach spätestens sechs Monaten in Folgeunterkünfte in den Kommunen des Landes verlegt. Dabei haben Geflüchtete keinen Einfluss auf Zeit und Ort der Verlegung.

Elternschaft (emotionale Verfügbarkeit, Schutz, Erziehung)

Eltern stellen auch für geflüchtete Kinder und Jugendliche ganz zentrale Schutzpersonen dar, die aller Widrigkeiten der Lebenssituation zum Trotz das Gefühl von Sicherheit und Hoffnung aufrechterhalten, trösten und Orientierung geben.

Angesichts der zahlreichen administrativen Herausforderungen sind Eltern jedoch auch oft stark psychisch belastet. In der Erstaufnahmeeinrichtung steht häufig die Klärung der Aufenthaltsperspektive ganz im Vordergrund. Familien sind angesichts der unklaren Aufenthaltsperspektive oft nicht „angekommen“ und haben unter Umständen weniger „Aufmerksamkeits-Reserven“ für die Befindlichkeiten und Bedürfnisse ihrer Kinder.

Das kann sich in Kleinigkeiten äußern, wie eine fehlende Wertschätzung von Bastel- oder Malarbeiten ihrer Kinder. In Extremfällen kann es aber auch dazu führen, dass ihre Kinder wenig Anleitung in den Bereichen Körperhygiene, Körpergefühl, Grenzsetzung und Selbstregulation erfahren. Bei besonders belastenden Situationen kann es passieren, dass sie an Wochenenden wenig ansprechbar für ihre

³ <https://www.unhcr.org/dach/de/was-wir-tun/asyl-in-europa/dublin-verfahren>

⁴ <https://www.integrationsbeauftragte.de/ib-de/staatsministerin/krieg-in-der-ukraine> zuletzt aufgerufen am 25.9.22

Kinder sind und Familienausflüge und finanzierbare Unternehmungen in die nahe Umgebung selten stattfinden.

Viele Eltern vermissen das unterstützende Netzwerk einer Familie, die ihnen bei der Kinderbetreuung und Erziehung zur Seite stehen kann und sind noch unerfahren in der Nutzung der institutionellen Angebote der Unterkunft oder des Sozialraumes.

Zur Situation der Kinder und Jugendlichen

Kinder haben eigene Bedürfnisse. Sie sind als grundsätzlich besonders schutzbedürftig zu behandeln. Unabhängig davon, wie viele Kinder in einer Unterkunft untergebracht werden, sollte es immer Strukturen geben, die sich an den Bedarfen von Kindern orientieren und ihre Rechte schützen.

Kindsein in der Erstaufnahme – „Kinderhaus“, KITA/KIFAZ, Schule

In vielen Unterkünften gibt es eine Kinderbetreuung von 3-12 Jahren. Häufig wird die Schulpflicht bis zum 15. Lebensjahr in kleinen Klassen durch Pädagog*innen des Landes in der Unterkunft realisiert. Im Vergleich zu Regelschulklassen besteht ein begrenzter Austausch mit Kindern der gleichen Altersgruppe, weil die Klassen klein sind und wenig Kinder die gleiche Sprache sprechen. Zudem können Freundschaften allenfalls im Ansatz geschlossen und nicht vertieft werden, da in einer Erstaufnahmeeinrichtung hohe Fluktuation herrscht.

Grundsätzlich müssen sich Kinder an neue Gegebenheiten anpassen und dabei v. a. sprachliche und kulturelle Herausforderungen meistern. Somit kann das Maß an persönlicher Ausdrucksmöglichkeit der Kinder und Jugendlichen (und ihrer Eltern) einander und den Erzieher*innen und Lehrer*innen gegenüber stark begrenzt sein. Ein individuelles „Ich werde verstanden“ oder ein kollektives „Ich werde von der Gruppe verstanden und fühle mich zugehörig“ gelingt nicht immer. Während die kognitiven und – je nach Ausstattung des Außengeländes mit Spielplätzen oder anderen Bewegungsmöglichkeiten – auch die motorischen Entwicklungsbedarfe von Kindern und Jugendlichen angesprochen werden können, bleibt das Maß an psychosozialer und emotionaler Ansprache durch dritte Bezugspersonen oft reduziert.

Häufig verfügen Erstaufnahmen für Geflüchtete Möglichkeiten für körperliche Betätigung und Spiel für jüngere Kinder bzw. Kinder im Grundschulalter. Der Zugang zu spätestens ab dem frühen Jugendalter typischen Freizeitbedarfen (Zusammenkommen, Hören von Musik, Beschäftigung mit Körperlichkeit und Aussehen usw.) ist ebenfalls in den Blick zu nehmen. Ein strukturiertes „In-Berührung-Kommen“ mit einheimischen Kindern der Nachbarschaft wäre ebenfalls vorteilhaft, um einem Gefühl von Ausgeschlossenheit, Isolation und Benachteiligung, ggfs. Unrechtsempfinden entgegenzuwirken.

Checkliste Bildung

- Gibt es kindgerechte Angebote zur (frühkindlichen) Bildung?
- Wird die Schulpflicht eingehalten? In der Unterkunft oder Regelbeschulung im Sozialraum?
- Werden Eltern aktiv über den Einfluss von und die Gefahren durch unkontrollierten und unbegrenzten Medienkonsum aufmerksam gemacht?

Psychische Situation

Bisher ist eine systematische Erfassung der psychischen Situation von Kindern und Jugendlichen bei Aufnahme durch ein Gespräch mit dem Sozialdienst oder im Gespräch mit den Eltern über die Kinder in den meisten Bundesländern nicht vorgesehen. Vereinzelt gibt es Vor-Ort-Sprechstunden für geflüchtete Kinder mit besonderen Belastungen durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater*innen (z.B. EAE Blankenburg/Niedersachsen, Erstaufnahmen für Geflüchtete Hamburg). Hierbei werden zusammen mit einer Übersetzer*in Anamnese-, Beratungs- und stabilisierende bzw. therapeutisch orientierte Gespräche mit Kind und Eltern geführt. Anschließend erhalten Eltern und Sozialdienst Empfehlungen für weitere Maßnahmen.

Psychische Belastungen und körperliche Erkrankungen sowie chronische Entwicklungsstörungen können dazu führen, dass Kinder große Schwierigkeiten beim Erlernen der deutschen Sprache haben, in der Schule nicht mitkommen und besondere Unterstützung benötigen, um aufzuholen, was sie durch die Flucht verpasst haben.

Grundsätzlich sind Kinder neugierig und wollen ihre Umgebung entdecken. Sie haben Spaß an Kreativität und Gestaltung. Gesunde Kinder fordern Fürsorge von begleitenden Erwachsenen ein und testen Grenzen. Häufig sind bei Kindern mit Fluchthintergrund (insbesondere bei mehrjähriger Flucht) Unsicherheiten im Umgang mit körperlichen Kräften sowie in Motorik und Koordination festzustellen. Ebenso sind Selbststrukturierung und Selbstregulation oft ungeübt. Nicht selten kann ein „Verhalten im Überlebensmodus“ beobachtet werden, was sich in Horten von Dingen, Unruhe und einem erhöhten Aufmerksamkeitsbedürfnis („Bin ich wirklich willkommen?“) zeigt. Erhöhte Reizbarkeit und verminderte Selbstberuhigungskompetenzen sind nicht selten beobachtbar ebenso wie ein stark expansives, wechselhaft überbordendes Verhalten, das eine enge Zusammenarbeit von Erzieher*innen, Sozialdienst und Eltern erfordert.

In Erstaufnahmeeinrichtungen kann ein Mangel an zugewandten und wohlwollenden Bezugspersonen bestehen. Wenn Eltern aufgrund der eigenen Belastung wenig emotional und erzieherisch verfügbar sind, kann das für Kinder besonders schwierig sein. In Krisensituationen (z. B. Pandemie und Lockdown, Ausbruch des Ukraine-Krieges, Machtübernahme durch die Taliban in Afghanistan) macht sich dies zusätzlich stark bemerkbar.

Checkliste „psychische Situation der Kinder“

- Wird im Erstgespräch mit dem Sozialdienst über neu ankommende Kinder und ihre Bedarfe gesprochen?
- Findet bei Bedarf ein Screening auf besondere psychische Belastungen statt?
- Sind für Eltern und den Sozialdienst Fachpersonen für die allgemeine und psychosoziale Entwicklung von Kindern zur Beratung verfügbar?
- Wie können Kinder mit besonderen Belastungen (körperliche Entwicklungsstörungen, psychische Belastungen und Erkrankungen) entsprechend ausgebildeten Ärzt*innen und Therapeut*innen vorgestellt werden?
- Können Sprachmittler*innen zur Verfügung gestellt werden?
- Wo können Verhaltensauffälligkeiten reflektiert, mit den Eltern ins Gespräch gebracht und Lösungs- und Entlastungsansätze gesucht werden?
- Wo und wie können motorische, sprachliche, kognitive und emotionale Entwicklungsrückstände und Förderbedarfe erkannt und in Behandlung gebracht werden?

Rechtliche Aufenthaltssituation – Belastungen und Perspektiven

Kinder wissen oder bekommen oft unterbewusst mit, dass die Aufenthaltssituation und die Prozesse des Aufenthaltsverfahrens maßgebliche Bedeutung für die emotionale Situation ihrer Eltern und ihre eigene Zukunftsperspektive haben. Kinder und Jugendliche verstehen die Prozeduren der Aufenthaltsklärung oft schneller als ihre Eltern. Wenn Eltern dann kaum mit ihren Kindern über die undurchsichtige Aufenthaltssituation sprechen, können Kinder Ängste dazu entwickeln. Geflüchtete Kinder bleiben mit den teils beunruhigenden Informationen zur Perspektive ihrer Eltern oft allein und können Fantasien entwickeln, die mit der realen Situation nicht übereinstimmen.

Checkliste „Kinder im Aufenthaltsverfahren“

- Sind bei geflüchteten Kindern einer Familie die gleichen Kriterien im Aufenthaltsverfahren relevant, oder gibt es weitere Aspekte, die die Kinder besonders vulnerabel machen und eine eigene Betrachtung im Asylverfahren verlangen?
- Haben Kinder Zugang zu Informationen über ihren Aufenthaltsprozess?
- Haben Kinder Zugang zu einer unabhängigen Rechtsberatung?
- Haben Kinder Ansprechpartner*innen, die mit ihnen über Fake News und Informationsquellen zu sprechen?

Für Kinder verfügbare professionelle Ansprechpartner*innen

Die Möglichkeit, sich mit einer professionellen erwachsenen Bezugsperson außerhalb des Gruppenkontextes und in der Muttersprache zu unterhalten, besteht für Kinder und Jugendliche in Unterkünften häufig nicht. Folgende professionelle Ansprechpartner*innen können Kindern in Erstaufnahmeeinrichtungen für Geflüchtete im Allgemeinen zur Verfügung stehen:

Checkliste „Professionelle Ansprechpersonen“

- Schulpädagog*innen der Schule für Kinder von 7 bis 15 Jahren zu Schulzeiten
- Erzieher*innen für Kinder von 3 bis 6 Jahren zu Öffnungszeiten von Kitas oder „Kinderhäusern“
- Pädiater*innen nach Terminvereinbarung durch die Eltern über den Sozialdienst, sprachgemittelt, z. T. über Telefon oder Videodolmetschen
- Sozialdienst des Camps in Abhängigkeit von dessen Ausbildung (Sozialpädagoge*innen/Pädagoge*innen sind nicht immer vorgesehen) und Auftrag
- Gibt es kinderspezifische Gewaltschutzkonzepte und Mindeststandards gemäß den Empfehlungen der „Bundesinitiative für Schutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften“ eingerichtet.⁵

Partizipationsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche

Wenn Kinder ihre Umgebung mitgestalten können, wird nicht nur die Unterkunft kinderfreundlicher – auch ihr Wohlbefinden steigt häufig. Und: Sie nehmen sich selbst als Personen wahr, die etwas bewirken können. Daher gilt Partizipation als wesentlicher Pfeiler in der Qualitätsverbesserung. Sie kann dazu beitragen, übergreifendes Verhalten von Menschen in Unterkünften zu vermeiden,

⁵ <https://www.gewaltschutz-gu.de/publikationen/schutzkonzepte>

insbesondere gegenüber Kindern.⁶ Dabei stehen partizipatorische Ansätze im „Dreiklang“ mit einem funktionierenden und etablierten Beschwerdemanagement und dem Fehlermanagement durch Fachkräfte in der Unterkunft. Beides ist aufgrund der hohen Abhängigkeit der Menschen, die meist in Armut und ohne Aufenthaltsanerkennung und damit ohne verbrieften staatlichen Schutz in Unterkünften für Geflüchtete leben, ein wesentliches Instrument zur Sicherung von Schutz der Würde und persönlichen Sicherheit der Menschen, die hier leben.

Partizipationsmöglichkeiten für Kinder sind bisher nur selten regulär vorgesehen. Im Rahmen von Kinderbetreuung ergeben sich punktuell Situationen, in denen Kinder ihre Lebens- und soziale Umgebung mitgestalten können (z. B. Entwicklung eines „Besetzt“-Schildes für die WCs im „Kinderhaus“ oder in der Kita).

Checkliste „Partizipation von Kindern“:

- Gibt es eine „Kinderversammlung“, d.h. ein Gremium, in dem Kinder über bestimmte, sie betreffende Themen entscheiden dürfen?
- Gibt es Sprechstunden für Belange von Kindern, in denen Kinder vorsprechen dürfen?
- Gibt es Beschwerdemöglichkeiten für Kinder? Kennen Kinder diese? Sind sie kinderfreundlich?
- Gibt es in der Schule/in der KITA/im „Kinderhaus“ Partizipationsmöglichkeiten?
- Gibt es Partizipationsmöglichkeiten in der Freizeitgestaltung während bzw. außerhalb der formalen Betreuungszeiten?

Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in der Unterkunft

Die gesundheitliche Versorgung umfasst ärztliche und kinderärztliche Versorgung, sowie die entwicklungspsychologische Versorgung und Früherkennung psychischer Störungen. Finanziert werden diese Dienstleistungen meist durch das Land, Stiftungsgelder oder aus der Regelversorgung.

Checkliste Gesundheit:

- steht den Familien ein Sanitätsdienst in der Unterkunft zur Verfügung?
- Bieten Kinderärzt*innen und Allgemeinmediziner*innen Sprechstunden in der Unterkunft an?
- Gibt es eine entwicklungspsychologische Beratung der Eltern im Rahmen der „frühen Hilfen“ und ist diese durch Kooperationsverträge gesichert?
- Gibt es eine Anbindung an die zuständige regionale Jugendhilfe bei offensichtlicher Entwicklungsbeeinträchtigung von Kindern mit erhöhtem Betreuungs- und Versorgungsbedarf?
- Gibt es eine systematische Früherkennung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter mit Anbindung an das medizinisch-therapeutische Versorgungssystem im Bedarfsfall?

⁶ https://www.gewaltschutz-gu.de/fileadmin/user_upload/PDFs/Trainingshandbuch_Mindeststandards_2021.pdf

Anhänge

Anhang 1: Protect Fragebogen

Anhang 2: TRAKS Fragebogen

Impressum:

Herausgegeben von: Save the Children Deutschland e.V.

Autorin: Dr. M. Nitschke-Janssen

Edit: Jenny Kaireitis, Marie Wehner

*Dieses Projekt wird aus Mitteln des Asyl-, Migrations-
und Integrationsfonds kofinanziert.*



Europäische Union

Fragebogen und Beobachtungen zur Früherkennung von Asylsuchenden mit traumatischen Erlebnissen

PROTECT Process of Recognition and Orientation of Torture victims in European Countries to facilitate Care and Treatment

1. Was ist das Ziel dieses Fragebogens?

- Dieser Fragebogen wurde zur Erleichterung der Aufnahme von Asylsuchenden gemäß der Richtlinien des Europäischen Rates* entwickelt.
- Der Fragebogen hilft bei der Früherkennung von Personen mit traumatischen Erlebnissen - z.B. Folteropfer, Opfer psychologischer, physischer oder sexueller Gewalt.
- Asylsuchende mit traumatischen Erlebnissen sollten bereits in einem frühen Stadium des Asylverfahrens an entsprechendes Fachpersonal des Gesundheitssystems verwiesen werden, um eine Verschlechterung und Chronifizierung der gesundheitlichen Probleme zu verhindern und die Anpassung der Aufnahmebedingungen und des Asylverfahrens zu ermöglichen.

2. Wann soll der Fragebogen angewendet werden?

- Nach der Ankunft im Aufnahmeland sollten Erste Hilfe und Unterkunft bereitgestellt werden. Erst nach einer Ruhephase (z.B. 7-10 Tage) kann der Fragebogen sachgemäß verwendet werden.
- Im Zweifelsfall ist es besser, den Fragebogen auch unter schlechten Voraussetzungen (z.B. keine Ruhephase) zu verwenden, anstatt keine Befragung durchzuführen.
- psychische Probleme, die durch traumatische Erlebnisse hervorgerufen werden, können u.U. auch erst später auftreten. In solchen Fällen sollte der Fragebogen nochmals verwendet und die Einschätzung ggf. korrigiert werden.

* Vor allem mit Bezug auf Artikel 17 und auf die Artikel 15 und 20 der EU-Aufnahmerichtlinie (Council Directive laying down minimum standards for the reception of Asylum Seekers - 2003/9/EC of 27th January 2003) sowie mit Bezug auf die Artikel 12, 3 und 13, 3, Buchstabe a) der Prozedurrichtlinie (Council Directive on minimum standards on procedures in Member States for granting and withdrawing international protection - 2005/85/CE of 1st December 2005).

3. Wie soll der Fragebogen angewendet werden?

- Bitte lesen Sie dem Asylsuchenden die folgende kurze Einführung vor der Befragung vor. Sie dient dazu, den Asylsuchenden über den Zweck der Fragen aufzuklären und die Situation vertrauensvoll zu gestalten.
- Der Fragebogen erlaubt eine erste Einschätzung der Wahrscheinlichkeit, dass eine Traumatisierung vorliegt, indem die Anzahl der bestätigten Symptome den Kategorien „geringe Wahrscheinlichkeit“, „mittlere W'keit“ und „hohe W'keit“ zugeordnet wird.
- Nach dem Ausfüllen des Fragebogens soll eine Kopie an den Asylsuchenden gegeben werden. Er soll darauf hingewiesen werden, den Fragebogen bei der Konsultation von Personen des Gesundheitssystems, eines Anwalts oder Behördenmitarbeitern vorzulegen.

Text, der vor der Befragung vorgelesen werden soll:

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

die Europäische Union hat Richtlinien herausgegeben um die Situation einzelner Asylsuchender zu berücksichtigen, die besondere Unterstützung brauchen.

Die Fragen, die ich Ihnen stellen will, wurden von Spezialisten entwickelt. Es handelt sich um Fragen zu Ihrer Gesundheit. Der Zweck der Fragen ist es, Ihre speziellen Bedürfnisse zu klären, damit Ihnen die entsprechende Hilfe angeboten werden kann.

Das heißt, es gibt keine guten oder schlechten Antworten zu den Fragen. Es ist wichtig, dass Sie so frei und natürlich wie möglich zu antworten.

Bei der Beantwortung der Fragen denken Sie bitte daran, wie es Ihnen in den vergangenen zwei Wochen ging.

Fragebogen und Beobachtungen zur Früherkennung von Asylsuchenden mit traumatischen Erlebnissen

Dieser Fragebogen eignet sich nicht, den rechtlichen Status des Asylsuchenden zu bestimmen oder Ansprüche und Rechte der Person in weiteren Verfahren zu beschränken.

Bitte überweisen Sie den Asylsuchenden im Falle einer „mittleren“ oder „hohen“ Wahrscheinlichkeit zur weiteren Untersuchung an eine psychologische oder medizinische Fachstelle!

Die Antworten sollen sich auf die vergangenen zwei Wochen beziehen		Ja	Nein
1.	Haben Sie häufig Schwierigkeiten einzuschlafen?		
2.	Haben Sie häufig Alpträume?		
3.	Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen?		
4.	Leiden Sie häufig unter anderen körperlichen Schmerzen?		
5.	Werden Sie schnell wütend?		
6.	Haben Sie häufig Erinnerungen an schmerzhaftere Ereignisse?		
7.	Haben Sie häufig Angst?		
8.	Vergessen Sie häufig Dinge im Alltag?		
9.	Haben Sie das Interesse an ihrer Umwelt verloren?		
10.	Haben Sie häufig Probleme sich zu konzentrieren?		
Anzahl der mit „ja“ beantworteten Fragen			

Weitere Beobachtungen:

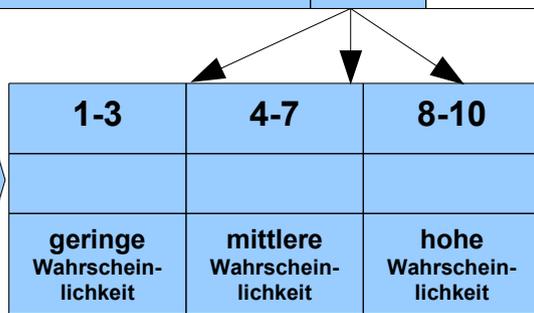
Name des Asylsuchenden:

Herkunftsland:

Bitte geben Sie eine Kopie des ausgefüllten Fragebogens an den Asylsuchenden mit dem Hinweis, dieses Dokument bei der Konsultation von Ärzten, Psychologen oder Behördenmitarbeiter/innen vorzulegen.

Datum:

Einordnung:
Bitte markieren Sie die entsprechende Kategorie, um die Wahrscheinlichkeit einer Traumatisierung anzugeben.



Organisation (Stempel)

Unterschrift

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)