

## Risiko und- Gefährdungseinschätzungsbogen einer möglichen Kindeswohlgefährdung

### Altersgruppe: Schulkind 7-13 J.

**Einrichtung:** \_\_\_\_\_

**Ort:** \_\_\_\_\_

**Ansprechpartner\*in:** \_\_\_\_\_

**Tel.:** \_\_\_\_\_

**Beobachtungszeitraum:** \_\_\_\_\_

**Teilnehmer\*innen der Einschätzung:** \_\_\_\_\_

**Datum der Einschätzung:** \_\_\_\_\_

#### Familie:

<b>KIND</b>		
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift:	Sorgerecht:	Mögliche Telefonnr.:
Bezugspersonen:	Weitere Kinder im Haushalt:	

<b>KINDESMUTTER</b>		
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift:	Leibliche Mutter:  Stiefmutter:	Telefonnr.:

<b>KINDESVATER</b>		
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift:	Leiblicher Vater:  Stiefvater:	Telefonnr.:

### Handlungen:

<p>Wurden die Sorgeberechtigten über die Beobachtungen informiert?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, am _____ <input type="checkbox"/> Nein, weil _____</p>
<p>Wurde das Kind über die Beobachtung informiert?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, am _____ <input type="checkbox"/> Nein, weil _____</p>
<p>Anmerkungen/Gründe:</p>

<p>Wurde ein Hausbesuch durchgeführt?</p>
<p>Wenn ja, mit welchem Ergebnis?</p>
<p>Wenn nein, warum nicht?</p>

<p>Fand eine kollegiale Beratung statt und wurde die Leitung hinzugezogen?</p>
<p>Wurde Kontakt zu weiteren Fachkräften aufgenommen?</p>
<p>Wenn ja, mit wem?</p>
<p>Ergebnis:</p>

Wurde eine anonyme Fachberatung über die Koordinierungsstelle Kinderschutz in Anspruch genommen?

Ja, am \_\_\_\_\_  Nein

Wenn nein, warum wurde keine insoweit erfahrene Fachkraft hinzugezogen?

## I Situation des Kindes:

	vor- handen	beobachtet / beschrieben durch	Erläuterung
Behinderungen, chronische Krankheiten	<input type="checkbox"/>		
Häufige Erkrankungen, Klinikaufenthalte	<input type="checkbox"/>		
Auffällige Verletzungsmuster (z. B. kreisrunde Zigarettennarben, Verbrennungen, Verbrühungen besonders an Händen und Füßen, Bisswunden, Handabdrücke, Stockabdrücke, Striemen, Abschnürungen)	<input type="checkbox"/>		
Mehrfachverletzungen, Knochenbrüche, Hämatome (in verschiedenen Heilungsstadien, Narben)	<input type="checkbox"/>		
Auffällige Entzündungen im Anal- und / oder Genitalbereich (häufige Infektionen)	<input type="checkbox"/>		
Häufige Bauch-, Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>		
Vergiftungen (Müdigkeit, Apathie, Gangunsicherheit)	<input type="checkbox"/>		
Störung der Nähe-Distanz-Regulation (distanzlos, grenzenlos, überangepasst)	<input type="checkbox"/>		
Entwicklungsrückstände (motorisch und sensomotorisch nicht altersgemäß)	<input type="checkbox"/>		
Problematisches Freizeitverhalten, keine altersentsprechenden Freunde	<input type="checkbox"/>		
Fehlernährung (Über-, Unter-, Mangelernährung)	<input type="checkbox"/>		
Emotionale Störungen (mangelndes Selbstvertrauen, anhaltende Traurigkeit, Ängstlichkeit, Stimmungs labilität)	<input type="checkbox"/>		
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>		
Schulschwierigkeiten (z.B. Über-, Unterforderung, geringe Lernmotivation, Schule schwänzen)	<input type="checkbox"/>		
Einnässen / Einkoten	<input type="checkbox"/>		
Sprachstörungen (nicht altersgemäß im sprachlichen Ausdruck und / oder Sprachverständnis)	<input type="checkbox"/>		
Schwierigkeiten im Sozialverhalten (auffallend ruhig)	<input type="checkbox"/>		

und zurückgezogen, motorische Unruhe, aggressiv, Hyperaktivität, provokant, unkonzentriert, sprunghaft)			
Sexualisiertes Verhalten (sexualisierte Sprache, sexuelle Distanzlosigkeit, altersunangemessenes Sexualwissen und / oder sexuelle Handlungen)	<input type="checkbox"/>		
Streunen, delinquentes Verhalten (z.B. stehlen, lügen, erpressen)	<input type="checkbox"/>		
Selbstverletzendes Verhalten, Suizidalität	<input type="checkbox"/>		
Drogengebrauch (Zigaretten, Alkohol, andere Drogen)	<input type="checkbox"/>		
Sonstiges	<input type="checkbox"/>		

**II Situation der Mutter / des Vaters / der anderen Bezugspersonen, und zwar:**

<b>Person 1:</b>	vorhanden	beobachtet / beschrieben durch	Erläuterung
Unerwünschte Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>		
Suchterkrankung (Tabletten, Alkohol, Drogen u. a.)	<input type="checkbox"/>		
Mangelnde Leistungsfähigkeit (z.B. aufgrund geringer psychischer Belastbarkeit)	<input type="checkbox"/>		
Psychische Auffälligkeiten oder Erkrankungen	<input type="checkbox"/>		
Eigene Deprivationserfahrungen, eigene Gewalterfahrungen	<input type="checkbox"/>		
Behinderungen, Chronische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>		
Sonstiges	<input type="checkbox"/>		

<b>Ressourcen der Mutter / des Vaters / der anderen Bezugspersonen</b>	vorhanden	beobachtet / beschrieben durch	Erläuterung
Fähigkeit, auf kindliche Bedürfnisse angemessen zu reagieren	<input type="checkbox"/>		

Realistische Einschätzung der kindlichen Fähigkeiten und Absichten	<input type="checkbox"/>		
Unterstützende Beziehung zum Lebenspartner	<input type="checkbox"/>		
Aufarbeitung eigener Gewalt / Deprivationserfahrungen	<input type="checkbox"/>		
Emotionale Stabilität	<input type="checkbox"/>		
Sonstiges	<input type="checkbox"/>		

**Interaktion zwischen Kind und Mutter / Vater / anderer Bezugsperson, und zwar:**

<b>Person 1:</b>	vor- handen	beobachtet / beschrieben durch	Erläuterung
Negativer Umgangston (z.B. herabsetzende Äußerungen über das Kind, ständige Kritik, häufiges Anschreien, Ignorieren)	<input type="checkbox"/>		
Über-/ Unterforderung des Kindes	<input type="checkbox"/>		
Gewalt gegen das Kind (körperlich, verbal, psychisch)	<input type="checkbox"/>		
Verdeckte oder offene Feindseligkeit gegen das Kind	<input type="checkbox"/>		
Schwierig empfundenes Kind	<input type="checkbox"/>		
Sicheres Bindungsverhalten	<input type="checkbox"/>		
Eingehen auf Bedürfnisse des Kindes (z.B. Zuwendung, Spielmöglichkeiten bieten, Aufmerksamkeit)	<input type="checkbox"/>		
Unterstützung des kindlichen Tuns (wenig kontrollierend, unterbrechend)	<input type="checkbox"/>		
Grenzen setzen (altersadäquat)	<input type="checkbox"/>		
Strukturierter Tagesablauf	<input type="checkbox"/>		
Sonstiges	<input type="checkbox"/>		

**II Situation der Mutter / des Vaters / der anderen Bezugspersonen, und zwar:**

<b>Person 2:</b>	vor- handen	beobachtet / beschrieben durch	Erläuterung
Unerwünschte Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>		
Suchterkrankung (Tabletten, Alkohol, Drogen u. a.)	<input type="checkbox"/>		
Mangelnde Leistungsfähigkeit (z.B. aufgrund geringer psychischer Belastbarkeit)	<input type="checkbox"/>		
Psychische Auffälligkeiten oder Erkrankungen	<input type="checkbox"/>		
Eigene Deprivationserfahrungen, eigene Gewalterfahrungen	<input type="checkbox"/>		
Behinderungen, Chronische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>		
Sonstiges	<input type="checkbox"/>		

<b>Ressourcen der Mutter / des Vaters / der anderen Bezugspersonen</b>	vor- handen	beobachtet / beschrieben durch	Erläuterung
Fähigkeit, auf kindliche Bedürfnisse angemessen zu reagieren	<input type="checkbox"/>		
Realistische Einschätzung der kindlichen Fähigkeiten und Absichten	<input type="checkbox"/>		
Unterstützende Beziehung zum Lebenspartner	<input type="checkbox"/>		
Aufarbeitung eigener Gewalt / Deprivationserfahrungen	<input type="checkbox"/>		
Emotionale Stabilität	<input type="checkbox"/>		
Sonstiges	<input type="checkbox"/>		

**Interaktion zwischen Kind und Mutter / Vater / anderer Bezugsperson, und zwar:**

<b>Person 2:</b>	vor- handen	beobachtet / beschrieben durch	Erläuterung
Negativer Umgangston (z.B. herabsetzende Äußerungen über das Kind, ständige Kritik, häufiges Anschreien, Ignorieren)	<input type="checkbox"/>		
Über-/ Unterforderung des Kindes	<input type="checkbox"/>		
Gewalt gegen das Kind (körperlich, verbal, psychisch)	<input type="checkbox"/>		
Verdeckte oder offene Feindseligkeit gegen das Kind	<input type="checkbox"/>		
Schwierig empfundenes Kind	<input type="checkbox"/>		
Sicheres Bindungsverhalten	<input type="checkbox"/>		
Eingehen auf Bedürfnisse des Kindes (z.B. Zuwendung, Spielmöglichkeiten bieten, Aufmerksamkeit)	<input type="checkbox"/>		
Unterstützung des kindlichen Tuns (wenig kontrollierend, unterbrechend)	<input type="checkbox"/>		
Grenzen setzen (altersadäquat)	<input type="checkbox"/>		
Strukturierter Tagesablauf	<input type="checkbox"/>		
Sonstiges	<input type="checkbox"/>		

**III Risikofaktoren / Ressourcen der Familie:**

	vor- handen	beobachtet / beschrieben durch	Erläuterung
Wohnsituation ausreichend	<input type="checkbox"/>		
Finanzielle Situation ausreichend (Schulden, Arbeitslosigkeit, Sozialhilfebezug)	<input type="checkbox"/>		
Integration im Wohnumfeld	<input type="checkbox"/>		
Unterstützung durch Verwandte / Freunde	<input type="checkbox"/>		
Gelingender Alltag (z.B. Haushalt in Ordnung, regelmäßige Mahlzeiten, Tagesstättenbesuch, Schulbesuch)	<input type="checkbox"/>		
Besondere Belastungen (alleinerziehend, kinderreich,	<input type="checkbox"/>		



kulturelle Konflikte, Trennung, Scheidung)			
Gewalt in der Familie (Partnerkonflikte, Familienkonflikte, Misshandlung gegen das Kind, Geschwister)	<input type="checkbox"/>		
Sonstiges	<input type="checkbox"/>		

**Ggf. weitere Bemerkungen / Hinweise zur Einschätzung:**  
(Was ist wann, wo, wie oft, wann zuletzt passiert?)

#### **IV Ergebnis der Risikoanalyse:**

- Akute Kindeswohlgefährdung
- Kindeswohlgefährdung (chronisch / latent)
- Keine Gefährdung
- Es fehlen weiterhin wichtige Informationen zur Einschätzung

#### **Kurze Zusammenfassung des Ergebnisses:**

#### **Wurde die Einschätzung an die/den Fallverantwortliche/n im ASD weitergeleitet?**

- Ja, am \_\_\_\_\_
- Nein

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift/en:** \_\_\_\_\_