

## Risiko- und Gefährdungseinschätzungsbogen einer möglichen Kindeswohlgefährdung

### Altersgruppe: Säugling/ Kleinkind 0-3 Jahre

**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:

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

Wurde ein Hausbesuch durchgeführt?
Wenn ja, mit welchem Ergebnis?
Wenn nein, warum nicht?

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

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

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

Wenn nein, warum wurde keine insoweit erfahrene Fachkraft hinzugezogen?

### Situation des Kindes:

	vor- handen	beobachtet / beschrieben durch	Erläuterung
Risikoschwangerschaft, Früh-, Mangelgeburt	<input type="checkbox"/>		
Behinderungen, chronische Krankheiten	<input type="checkbox"/>		
Häufige Erkrankungen, Klinikaufenthalte	<input type="checkbox"/>		
Schlechter, reduzierter Allgemeinzustand	<input type="checkbox"/>		
Schlechter hygienischer Zustand	<input type="checkbox"/>		
Gedeihstörungen (Unter-, Fehl-, Mangelernährung)	<input type="checkbox"/>		
Störungen bei der Nahrungsaufnahme (z.B. Verweigerung, häufiges Erbrechen, Trinkschwierigkeiten)	<input type="checkbox"/>		
Verletzungen an untypischen Stellen (Gesäß, Rücken, Genitalien, Innenflächen der Oberschenkel, Gesicht, Oberkopf, Wangen, Mundschleimhaut, Augen, Oberarminnenseiten, Streckseiten der Unterarme)	<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	<input type="checkbox"/>		
Schüttelsymptome (Stauungszeichen im Kopfbereich, Blutungen im Augenbereich, Schläfrigkeit, Erbrechen, Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/>		
Vergiftungen (Müdigkeit, Apathie, Gangunsicherheit)	<input type="checkbox"/>		
Auffälligkeiten in der Interaktion (z.B. eingefrorenes Lächeln, gefrorene Aufmerksamkeit)	<input type="checkbox"/>		
Emotionale Störungen (mangelndes Selbstvertrauen, anhaltende Traurigkeit, Ängstlichkeit, Stimmungs labilität)	<input type="checkbox"/>		

Schwierigkeiten im Sozialverhalten (z. B. vermeidet Körperkontakt, kein Blickkontakt, aggressives Verhalten)	<input type="checkbox"/>		
Auffallend unruhig (Schreikind, verspannt, steif, schwer zu beruhigen)	<input type="checkbox"/>		
Auffallend ruhig (apathisch, schlaff)	<input type="checkbox"/>		
Entwicklungsrückstände (z. B. bei sprachlichem Ausdruck, Sprachverständnis, Grob-, Feinmotorik, kein Neugierverhalten)	<input type="checkbox"/>		
Störung der Nähe-Distanz-Regulation (distanzlos, besonders anhänglich)	<input type="checkbox"/>		
Schlafstörungen (beim Einschlafen, Durchschlafen)	<input type="checkbox"/>		
Sonstiges	<input type="checkbox"/>		

**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 Person 1:</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"/>		
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"/>		

**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 Person 2:</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"/>		
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"/>		

**Risikofaktoren / Ressourcen der Familie:**

	vorhanden	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, kulturelle Konflikte, Trennung, Scheidung)	<input type="checkbox"/>		
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 Sachgebiet Erziehung und Teilhabe weitergeleitet?**

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

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

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