

# KiWo-Skala (KiTa)

## Einschätzskala zur Kindeswohlgefährdung gem. § 8a SGB VIII in Kindertageseinrichtungen

Entwickelt von der Forschungsgruppe Verhaltensbiologie des Menschen (FVM), federführend Dr. Thomas Prill (2010)  
im Auftrag des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales (KVJS) Baden-Württemberg (Weiterentwicklung der Einschätzskala der Stadt Lipstadt)

### Datenschutz beachten

Vor Anwendung der KiWo-Skala (KiTa) wird das Lesen des Manuals dringend empfohlen

|                         |                             |              |
|-------------------------|-----------------------------|--------------|
| <b>Tageseinrichtung</b> | <b>Fachkraft/Fachkräfte</b> | <b>Datum</b> |
|                         |                             |              |

| Name des Kindes                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Alter des Kindes                                                                    |                          |                          |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 0;4 – 1;5<br>Jahre                                                                  | 1;6 – 2;11<br>Jahre      | 3 – 6;11<br>Jahre        |
| <b>Nr.</b>                          | <b>Merkmal</b> [in Klammer Anhaltspunkte für das Merkmal]<br><i>Wichtig: Zutreffende Anhaltspunkte bitte unterstreichen bzw. andere, vergleichbar gewichtige, Anhaltspunkte (unter „Andere“) eintragen! Prinzipiell kann ein Merkmal allein aufgrund eines Anhaltspunktes (auch Eintrag unter „Andere“) zutreffen. Bei Zweifeln über Ausprägung eines Anhaltspunktes oder über den Eintrag unter „Andere“ nicht unterstreichen bzw. eintragen!</i> |  |                          |                          |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                     |                          |                          |
| <b>1. Auffälligkeiten beim Kind</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                     |                          |                          |
| <b>1. Gesundheitsfürsorge</b>       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                     |                          |                          |
| <b>1.1</b>                          | <b>Stark mangelnde Körperhygiene</b><br>[häufiges Mundsein im Po- und Genitalbereich; häufig Schmutz- und Stuhlreste in Hautfalten; wiederholt unversorgte Wunden und Ekzeme]<br><br>Andere:                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>1.2</b>                          | <b>Unangemessene Körperpflege</b><br>[häufig: fettige verfilzte Haare; lange, ungeschchnittene, abgebrochene Nägel; entzündetes Nagelbett; strenger Körpergeruch; ungewaschenes, schmutziges Aussehen; Mundgeruch und stark kariös]<br><br>Andere:                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>1.3</b>                          | <b>Das Kind ist ständig müde oder erschöpft</b><br>[erzählt, dass es lange ferngesehen hat, oft abends Besuch da ist, der sehr laut ist, ist erschöpft z.B. durch überbeanspruchenden familiären Tagesablauf]<br><br>Andere:                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zu den in der Skala verwendeten Begriffen wie „häufig“, „extrem“ oder „sehr angenehm“ etc. können im Manual zur KiWo-Skala (1) präzisierende Informationen nachgelesen werden

|                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 0;4 – 1;5<br>Jahre         | 1;6 – 2;11<br>Jahre        | 3 – 6;11<br>Jahre          |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1.4                                                     | <b>Mangelnde Aufsicht (inkl. mangelnde medizinische Versorgung)</b><br>[trotz Behinderung/Entwicklungsverzögerung/Verletzung/offensichtlicher Erkrankung keine medizinische/therapeutische Versorgung; Gespräche mit den Eltern/anderen wichtigen Bezugspersonen oder wiederholter glaubhafter Bericht des Kindes lassen eine grobe Verletzung der Aufsichtspflicht im familiären Umfeld erkennen; wochenlanges oder mehrfach ungeklärtes Fernbleiben des Kindes von der KiTa; altersunangemessener Medienkonsum; Kind wird mehrmals stark erkrankt in die Kita gebracht; keine Teilnahme an U-Untersuchungen; Kind ist im Besitz gefährlicher altersunangemessener Gegenstände/Werkzeuge]<br>Andere: | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| <b>2. Ernährung</b>                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                            |                            |                            |
| 2.1                                                     | <b>Mangel- bzw. Fehlernährung</b><br>[Kind ist in einem schlechten Versorgungszustand (Ernährungsstatus und/oder Flüssigkeitshaushalt); kommt ständig hungert oder durstigt oder ohne eigene Verpflegung in die Einrichtung ohne Absprache über Teilnahme an Essensangeboten in der Einrichtung; bringt wiederholt verdorbene Lebensmittel mit; wiederholter glaubhafter Bericht des Kindes, dass es altersunangemessene Lebensmittel zu sich nimmt, wie Trinken von Alkohol oder Kaffee etc.]<br>Andere:                                                                                                                                                                                             | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| <b>3. Kleidung</b>                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                            |                            |                            |
| 3.1                                                     | <b>Sehr ungepflegter Zustand bzw. völlig unpassende Kleidung</b><br>[wiederholt verschmutzte Kleidung, z. B. mit Essensresten, Urin, Kot etc.; zerrissene Kleidung; sehr bewegungs einschränkende Kleidung, z. B. weil erheblich zu klein etc.]<br>Andere:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 3.2                                                     | <b>Nicht der Witterung angepasst</b><br>[kein Schutz vor Hitze/Sonne/Regen/Kälte]<br>Andere:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| <b>4. Auffälligkeiten körperlicher Gewalteinwirkung</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                            |                            |                            |
| 4.1                                                     | <b>Verdächtige Symptome am Kind, die körperliche Gewalteinwirkung nahe legen</b><br>[Hämatome und Hautwunden an untypischen Stellen (Rücken, Brust, Bauch, Pobacken, Ohren); kreisförmige Verbrennung am Handteller, unter der Fußsohle, am Bauch, Verbrennungen am Gesäß; Verbürungen; Striemen oder Fesselmale am Körper; Griffmarken am Brustkorb, an Armen oder Knöcheln; Schwellungen - Kind klagt bei Berührungen über Schmerzen; häufige Knochenbrüche]<br>Andere:                                                                                                                                                                                                                             | 3 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

|                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0-4-1;5<br>Jahre                                  | 1;6-2;11<br>Jahre          | 3-6;11<br>Jahre            |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>5. Motorische und sprachliche Auffälligkeiten</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                   |                            |                            |
| 5.1                                                  | <b>Bewegungsunsicher / nicht altersgerechte Fortbewegung</b><br>[Achtung: gemeint sind ausschließlich durch extremen Bewegungsmangel oder fehlende Bewegungsanreize und -möglichkeiten verursachte Auffälligkeiten: ungelenke, unkontrollierte Bewegungen von Armen und Beinen; stößt überall an; fällt häufig hin oder runter; torielndes Gehen]<br>Andere:                                                                                                                                                                                                                                                                                      | -<br>keine Bewertung<br>bei dieser<br>Altersstufe | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 5.2                                                  | <b>Sprachliche Auffälligkeiten</b><br>[Achtung: gemeint sind ausschließlich durch mangelnde und/oder bedrohliche Ansprache zu Hause verursachte Auffälligkeiten: Kind spricht nicht; Kind versteht nicht; leise, undeutliche, verwaschene Sprache; stressbedingtes Stottern]<br>Andere:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | -<br>keine Bewertung<br>bei dieser<br>Altersstufe | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| <b>6. Verhaltensauffälligkeiten</b>                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                   |                            |                            |
| 6.1                                                  | <b>Ungezügelter und/oder unangemessenes Verhalten ggü. Erzieherinnen (regelmäßig zu beobachten) bzw. auffälliges Sozialverhalten ggü. Kindern (regelmäßig zu beobachten)</b><br>[stark mangelnde Impulskontrolle; extreme Rastlosigkeit; üble Beschimpfungen ggü. Erzieherinnen; ignoriert ständig Grenzsetzungen; auffallend respektlos ggü. Erzieherinnen; droht anderen Kindern mit Gewalt; beleidigt andere Kinder; schubst, beißt und kneift andere Kinder heimlich; erkennt die Bedürfnisse anderer Kinder nicht an; will ständig seine Interessen durchsetzen; Unfähigkeit zur positiven Kontaktgestaltung mit anderen Kindern]<br>Andere: | -<br>keine Bewertung<br>bei dieser<br>Altersstufe | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 6.2                                                  | <b>Fremdverletzendes Verhalten</b><br>[extremem tätlicher Angriff gegenüber anderen Kindern, z.B. Treten, Schlagen, Würgen; unangemessenes Sexualverhalten, wie z.B. bedrängt andere Kinder aggressiv sexuell]<br>Andere:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | -<br>keine Bewertung<br>bei dieser<br>Altersstufe | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 6.3                                                  | <b>Rückzugsverhalten / extreme Anspannung / starkes Angstverhalten</b><br>[extrem scheu; zieht sich nahezu ständig zurück oder versteckt sich; wimmert; reagiert wiederholt nicht auf Ansprache; panische Trennungsängste (gilt nicht für Eingewöhnungsphase); anhaltende starke Niedergeschlagenheit; berichtet häufig von sehr belastenden Alpträumen; extrem ängstlich oder sehr schreckhaft, insbesondere gegenüber Erwachsenen; furchtsame Haltung gegenüber den Eltern evtl. verbunden mit Einnässen und/oder Einkoten; in Konfliktsituationen wie versteinert; starrer verängstigter Blick]<br>Andere:                                     | 2 <input type="checkbox"/>                        | 3 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 6.4                                                  | <b>Emotionale Deprivation bzw. Hospitalismus / selbstverletzendes Verhalten</b><br>[stark distanzloses Kontaktverhalten im Sinne von z.B. vehement eingeforderten Körperkontakt und/oder wahlloser Zutraulichkeit gegenüber unvertrauten Personen; Hin- und Herwerfen des Körpers; stereotype Körperbewegungen; rupft sich Haare bündelweise aus; beißt sich; schlägt mit dem Kopf gegen Wand/Gegenstände]<br>Andere:                                                                                                                                                                                                                             | 3 <input type="checkbox"/>                        | 3 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

## II Auffälligkeiten im Elternverhalten\*

### 7. Allgemeine Auffälligkeiten auf Seiten der Eltern

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 0-4 - 1;5<br>Jahre         | 1;6 - 2;11<br>Jahre        | 3 - 6;11<br>Jahre          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>7.1 Unangemessener Konsum von Drogen / Alkohol / Medikamenten</b><br>[verschreiben in der Einrichtung unter Einfluss von illegalen Suchtmitteln; wiederholt alkoholisiert; Medikamentenmissbrauch; wiederholter glaubhafter Bericht des Kindes über Suchtprobleme der Eltern]<br>Andere:                                                                                                                                                                                    | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| <b>7.2 Relevante psychische Auffälligkeiten</b><br>[bei Anwesenheit in der Einrichtung (Bring- und Abholsituation, Veranstaltungen etc.) zu beobachten: Anhaltende starke Niedergeschlagenheit (depressive Anzeichen); überschäumende Hochstimmung mit extremem, unüberlegtem Tatendrang; extremes zwanghaftes Verhalten; nicht nachvollziehbare und das Verhalten stark beeinträchtigende Verfolgungs- oder Wahnideen; Eltern wirken anhaltend völlig überfordert]<br>Andere: | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| <b>7.3 Körperliche Gewalt zwischen Familienmitgliedern des Kindes</b><br>[Szenen gewalttätiger Auseinandersetzungen zwischen den Eltern in der Einrichtung; wiederholter glaubhafter Bericht des Kindes über Gewalttätigkeiten (nicht das Kind selbst betreffend); Verdachtsmomente für familiäre Gewaltszenarien]<br>Andere:                                                                                                                                                  | 3 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

### 8. Auffälligkeiten in der Beziehung zum Kind

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            |                            |                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>8.1 Unangemessene Grenzssetzungen und körperliche Übergriffe</b><br>[wiederholt extreme Reaktion auf Verhalten des Kindes (von den Erzieherinnen beobachtet oder glaubhaft vom Kind berichtet), wie z. B.: plötzliches Anschreien des Kindes; wüste Beschimpfung; Handgreiflichkeiten wie z. B. grobes Ziehen an Gliedmaßen oder Kleidung; Schlagen; entwürdigende Behandlung oder Androhung unangemessener Strafen (einschließlich Liebesentzug)]<br>Andere: | 3 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| <b>8.2 Wenig bis kein Erfüllen emotionaler Grundbedürfnisse des Kindes / Desinteresse am Kind</b><br>[häufig bei Anwesenheit in der Einrichtung (Bring- und Abholsituation, Veranstaltungen etc.) zu beobachten: Schroffe, ablehnende Haltung; ständige Zurückweisung kindlicher Bedürfnisse nach Körperkontakt; Umgang mit dem Kind lässt kein Interesse an ihm sichtbar werden; keine Beantwortung kindlicher (Verhaltens-)äußerungen]<br>Andere:              | 3 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

\* der Begriff Eltern wird im erweiterten Sinne verwendet und umfasst alle Personen, die maßgeblich an der Kindesfürsorge beteiligt sind

*Wichtiger Hinweis zu Unterpunkt 9: Ein Wert von „3“ kann nur entweder für 9.1 oder für 9.2 vergeben werden. Siehe hierzu auch die Hinweise im Manual, Kapitel C.*

|                            |                             |                           |
|----------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| <b>0;4 – 1;5<br/>Jahre</b> | <b>1;6 – 2;11<br/>Jahre</b> | <b>3 – 6;11<br/>Jahre</b> |
|----------------------------|-----------------------------|---------------------------|

## 9. Verhalten bei Ansprache auf Auffälligkeiten / Missstände

Das Merkmal 9.1 kann nur beurteilt werden, wenn die Eltern unmissverständlich auf den dringenden Gesprächsbedarf seitens der KiTa angesprochen wurden

Eltern auf Gesprächsbedarf angesprochen?  
☐ ja ☐ nein

### 9.1 Ablehnung von Gesprächen über Auffälligkeiten / Missstände

[Eltern bzw. einflussreicher Elternteil lehnen/lehnt den als dringlich vorgebrachten Gesprächswunsch der KiTa bzgl. der beobachteten Auffälligkeiten, der Situation des Kindes oder bzgl. langen ungeklärten Fernbleibens des Kindes von der KiTa ab oder verschieben/verschiebt Gesprächstermin mehrmals]

(bei Zutreffen, d.h. Ankreuzung in rechter Spalte, bitte auch den Merkmalsbezug angeben – wenn möglich)

Andere:

|                                   |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <b>3</b> <input type="checkbox"/> | <b>3</b> <input type="checkbox"/> | <b>3</b> <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|

Ankreuzung bezieht sich auf folgende(s) Merkmal(e):

.....  
 bitte betreffende Merkmal-Nummer(n)  
 notieren

Das Merkmal 9.2 kann nur beurteilt werden, wenn mit den Eltern über die konkreten Auffälligkeiten im Elterngespräch gesprochen wurde

### 9.2 Im Elterngespräch keine Zugänglichkeit

[Eltern zeigen im Gespräch bzgl. Auffälligkeiten/Missstände sehr aggressives Verhalten; unglaubliche oder schuldabweisende Erklärung für die angesprochene Angelegenheit; unglaubwürdige Erklärungen für Wunden u. Ä. des Kindes; widersprüchliche Aussagen; keine Zugänglichkeit (auch mangelnde Einsicht aufgrund Unvernögens) bzw. kein Wille zur Änderung bzgl. der angesprochenen Auffälligkeiten; Problemabagattellisierung]

(bei Zutreffen, d.h. Ankreuzung in rechter Spalte, bitte auch den Merkmalsbezug angeben – wenn möglich)

Andere:

|                                   |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <b>3</b> <input type="checkbox"/> | <b>3</b> <input type="checkbox"/> | <b>3</b> <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|

Ankreuzung bezieht sich auf folgende(s) Merkmal(e):

.....  
 bitte betreffende Merkmal-Nummer(n)  
 notieren

# Auswertung

|                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| <b>Ergebnis:</b><br>Häufigkeit der Zahlenwerte<br>Bitte Häufigkeit der einzelnen Zahlenwerte (Wertungen) über dem Strich <u>      </u> eintragen<br><br><u>      </u> x Wertung 1<br><u>      </u> x Wertung 2<br><u>      </u> x Wertung 3 | <div> <div>Verdacht auf <b>hohe Gefährdung</b></div> <div>Ein Verdacht auf eine hohe Gefährdung liegt vor, wenn folgendes Ergebnis ermittelt wird:</div> <div> <input type="checkbox"/> mind. zweimal die Wertung 3 <i>oder</i> <input type="checkbox"/> mind. einmal die Wertung 3 und mind. zweimal die Wertung 2         </div> </div> <div> <div>Verdacht auf <b>mittlere Gefährdung</b></div> <div>Ein Verdacht auf eine mittlere Gefährdung liegt vor, wenn folgendes Ergebnis ermittelt wird:</div> <div> <input type="checkbox"/> mind. einmal die Wertung 3 <i>oder</i> <input type="checkbox"/> mind. zweimal die Wertung 2         </div> </div> <div> <div>Verdacht auf <b>geringe Gefährdung</b></div> <div>Ein Verdacht auf eine geringe Gefährdung liegt vor, wenn folgendes Ergebnis ermittelt wird:</div> <div> <input type="checkbox"/> mind. einmal die Wertung 2 <i>oder</i> <input type="checkbox"/> mind. zweimal die Wertung 1         </div> </div> <div> <div><b>Keine Gefährdung</b></div> <div>Ein Verdacht auf eine Gefährdung liegt nicht vor, wenn folgendes Ergebnis ermittelt wird:</div> <div> <input type="checkbox"/> keine Wertung <i>oder</i> <input type="checkbox"/> einmal die Wertung 1         </div> </div> |  |  |  |
| <b>Empfehlungen zum weiteren Vorgehen: Siehe Ablaufschema</b>                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |                                       |                               |                                       |                               |                                       |                               |                                       |                               |                                       |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Elterngespräch</b> geführt am ..... erfolgreich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><br><b>Schritte zur Abklärung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kollegiale Gespräche geführt am ..... mit:           <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja, am .....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja, am .....</td> </tr> </table> </li> <li>• Kontakt mit insoweit erfahrener Fachkraft           <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja, am .....</td> </tr> </table> </li> <li>• Kontakt mit Träger           <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja, am .....</td> </tr> </table> </li> <li>• Kontakt mit Jugendamt           <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja, am .....</td> </tr> </table> </li> </ul> | <input type="checkbox"/> nein         | <input type="checkbox"/> ja, am ..... | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, am ..... | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, am ..... | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, am ..... | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, am ..... | <b>Bemerkungen</b><br><br><br><br><br><br><br><br> |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> ja, am ..... |                                       |                               |                                       |                               |                                       |                               |                                       |                               |                                       |                                                    |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> ja, am ..... |                                       |                               |                                       |                               |                                       |                               |                                       |                               |                                       |                                                    |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> ja, am ..... |                                       |                               |                                       |                               |                                       |                               |                                       |                               |                                       |                                                    |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> ja, am ..... |                                       |                               |                                       |                               |                                       |                               |                                       |                               |                                       |                                                    |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> ja, am ..... |                                       |                               |                                       |                               |                                       |                               |                                       |                               |                                       |                                                    |

III Weitere Risikofaktoren für eine Kindeswohlgefährdung

|                             |                               |                                                                                                                                               |
|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Bereits Fälle von Misshandlung, Missbrauch oder Vernachlässigung von Geschwisterkindern des betreffenden Kindes bekannt                       |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Nach (unaufgeforderter) Elternaussage eigene belastende Erfahrungen mit Misshandlung, Vernachlässigung oder Missbrauch in der Kindheit/Jugend |

IV Stärkendes oder schwächendes Lebensumfeld der Familie sowie Erlebenswelt der Familie/Kind

|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nicht vorhanden<br><input type="checkbox"/> vorhanden<br><input type="checkbox"/> in besonderem Maße vorhanden | <b>Soziale Einbettung der Familie/Kind</b><br>[Teilhabe der Familie an sozialen, gemeinschaftlichen Aktivitäten; Unterstützung der Freundschaften des Kindes zu Gleichaltrigen; Teilhabe des Kindes an kostenfreien sozialen Aktivitäten/Veranstaltungen; Zusammenhalt der Kernfamilie]<br>Andere: |
| <input type="checkbox"/> schwächend<br><input type="checkbox"/> neutral<br><input type="checkbox"/> stärkend                            | <b>Soziales Milieu und Lebensumfeld</b><br>[Infrastruktur versorgender Einrichtung (Kindertageseinrichtungen, Arztpraxen etc.); Wohnverhältnisse (Nachbarschaftszusammenhalt, Sozialstruktur)]<br>Andere:                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> eingeschränkt vorhanden<br><input type="checkbox"/> vorhanden<br><input type="checkbox"/> deutlich vorhanden   | <b>Familiäre Ressourcen</b><br>[finanzielle Möglichkeiten; Lernbereitschaft und Bildungsinteresse der Erwachsenen]<br>Andere:                                                                                                                                                                      |