



## Risikoeinschätzung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung (KWG) bei jungen Menschen mit Beeinträchtigung

ergänzend zur Berlinheitlichen Risikoeinschätzung bei Verdacht  
auf KWG (Ersteinschätzung nach § 8a SGB VIII – Meldebogen)

## Impressum

Mai 2022

tandem BTL gGmbH  
Potsdamer Str. 182  
10783 Berlin  
Telefon: 030 443360-0  
Telefax: 030 443360-40

E-Mail: [office@tandembtl.de](mailto:office@tandembtl.de)

Web: [www.tandembtl.de](http://www.tandembtl.de)

### Geschäftsführung:

Ria Schneider

Handelsregister: AG Charlottenburg B48945  
Reg.-Nr. DE-238582 QM08

### Gesellschafter

Sozialverband VdK Berlin-Brandenburg e.V.

Für inhaltliche Fragen zu diesem Dokument stehen Ihnen gerne zur Verfügung:

Bettina Sänger, [bettina.saenger@tandembtl.de](mailto:bettina.saenger@tandembtl.de)

Franziska Hofmann, [franziska.hofmann@tandembtl.de](mailto:franziska.hofmann@tandembtl.de)

Im Sinne einer Weiterentwicklung und Verbesserung für und mit der Praxis senden Sie uns gerne Ihre Rückmeldungen und Hinweise zu dieser Arbeitshilfe.

Wenn Sie diese Publikation nutzen möchten, geben Sie bitte die Quelle an und verweisen auf uns als Urheberin.



Das Dokument steht unter cc – creative commons.

## *Risikoeinschätzung bei Verdacht auf KWG bei jungen Menschen mit Beeinträchtigung*

*ergänzend zur Berlinheitlichen Risikoeinschätzung bei Verdacht KWG (Ersteinschätzung nach § 8a SGB VIII - Meldebogen)*

Diese Vorlage ist ergänzend zum Dokument [extern\\_Meldebogen\\_Risikoeinschätzung\\_KWG\\_an\\_RSD](#) zu nutzen, wenn bei dem jungen Menschen eine Beeinträchtigung vorliegt bzw. vermutet wird. Die hier aufgeführten Aspekte sind nicht abschließend. Weitere Reflexions- und Arbeitshilfen sind im Qualitätsmanagementhandbuch der tandem BTL unter der Rubrik Kinder- und Jugendschutz zu finden.

### Hinweise zur Bearbeitung

nicht sicher      dieser Aspekt ist noch zu prüfen



kann ein Anhaltspunkt für Risiko darstellen

### **Beeinträchtigung Allgemein**

Ist bei dem jungen Menschen eine Beeinträchtigung / langfristige, chronische und/oder fortschreitende Krankheit bekannt?

- Ja  
 Nein  
 nicht sicher

Wenn ja, welche - ggf. medizinische und/oder sozial-/förderpädagogische - Diagnose kennen Sie?

**Beschreibung der Beeinträchtigung – auch ohne bekannte Diagnose - und deren Auswirkung auf das alltägliche Leben:**

### **Sprach- und Kommunikationsfähigkeit sowie Hilfsmittel aus dem Bereich der Unterstützten Kommunikation**

Ist die Sprach- und Kommunikationsfähigkeit des jungen Menschen eingeschränkt?

- Ja  
 Nein  
 nicht sicher

Liegt eine Diagnose zu Mutismus vor?

- Ja  
 Nein  
 nicht sicher

**Erläutern Sie ggf. weitere Hinweise zur Sprach- und Kommunikationsfähigkeit des jungen Menschen:**

Benötigt der junge Mensch **Hilfsmittel aus dem Bereich der Unterstützten Kommunikation (UK)**?

- Ja  
 Nein  
 nicht sicher

Stehen diese Hilfsmittel dem jungen Menschen entsprechend zur Verfügung?

- Ja
- Nein !
- nicht sicher

Ist der Bedarf an diesen Hilfsmitteln gedeckt?

- Ja
- Nein !
- nicht sicher

**Anmerkungen zu Hilfsmittel aus dem Bereich der Unterstützten Kommunikation:**

### Medizinisch-Therapeutische Versorgung

Braucht der junge Mensch eine ärztliche Behandlung, therapeutische Maßnahmen und/ oder Medikamente?

- Ja
- Nein
- nicht sicher

Können die Personensorgeberechtigten (PSB) für die Behandlung, Maßnahmen und Medikamenteneinnahme sorgen?

- Ja
- Nein !
- nicht sicher

Werden ärztlich verordnete therapeutische Maßnahmen entsprechend umgesetzt?

- Ja
- Nein !
- nicht sicher

**Anmerkungen zur Medizinisch- Therapeutischen Versorgung:**

### Versorgung mit Hilfsmitteln/ medizinische Teilhabe

Benötigt der junge Mensch Hilfsmittel?

- Ja
- Nein
- nicht sicher

Können die PSB die Versorgung sicherstellen/ organisieren?

- Ja
- Nein !
- nicht sicher

Werden dem Kind die Hilfsmittel entsprechend der Medizinisch-Therapeutischen Verordnung zur Verfügung gestellt?

- Ja
- Nein !
- nicht sicher

## Anmerkungen zur Versorgung mit Hilfsmitteln und zur medizinischen Teilhabe:

### **Sichernde Maßnahmen**

[Sichernde- bzw. Freiheitseinschränkende Maßnahmen (FEM) und Hilfsmittel, z.B. Stehständer und Begurtung]

Sind Maßnahmen und Hilfsmittel, die die Freiheit des jungen Menschen ggf. einschränken, angemessen und dem Wohl dienlich?

- Ja  
 Nein !  
 nicht sicher

Wird der junge Mensch nach ihrer Einschätzung zu oft oder zu lang fixiert?

- Ja !  
 Nein  
 nicht sicher

Findet die Fixierung  
... gegen den Willen des jungen Menschen statt?

- Ja !  
 Nein  
 nicht sicher

... mit Gewalt und/oder unter schwerem Zwang statt?

- Ja !  
 Nein  
 nicht sicher

... unter Einfluss von Drogen und/oder Medikamenten statt?

- Ja !  
 Nein  
 nicht sicher

Wird der junge Mensch anderen FEM ausgesetzt?

- Ja  
 Nein  
 nicht sicher

### **Wenn ja, beschreiben Sie die Situation:**

Ist der junge Mensch den Sichernden- oder Freiheitseinschränkenden Maßnahmen so ausgesetzt, dass es Ihrer Einschätzung nach seinem Wohl dienlich ist?

- Ja  
 Nein !  
 nicht sicher

Sind die Maßnahmen Ihrer Einschätzung nach angemessen und notwendig?

- Ja  
 Nein !  
 nicht sicher

### **Weitere Anmerkungen zu Sichernden bzw. Freiheitseinschränkenden Maßnahmen und Hilfsmitteln:**

Weitere Hinweise zu beeinträchtigungsspezifischen Anhaltspunkten (Belastungen, Auffälligkeiten,...) können ebenso bei „Sonstiges“ unter: [extern\\_Meldebogen\\_Risikoeinschätzung\\_KWG\\_an\\_RSD.doc](#) dokumentiert werden.