



Universitäts Kinder-Frauzentrum

Prof. Dr. med. R. Berner

Prof. Dr. G. Fitze

Prof. Dr. med. P. Wimberger

Deckblatt

Name bzw. Patienten-Aufkleber:

Geb. _____

Station _____

Aufnahmedatum: _____

Diagnose:

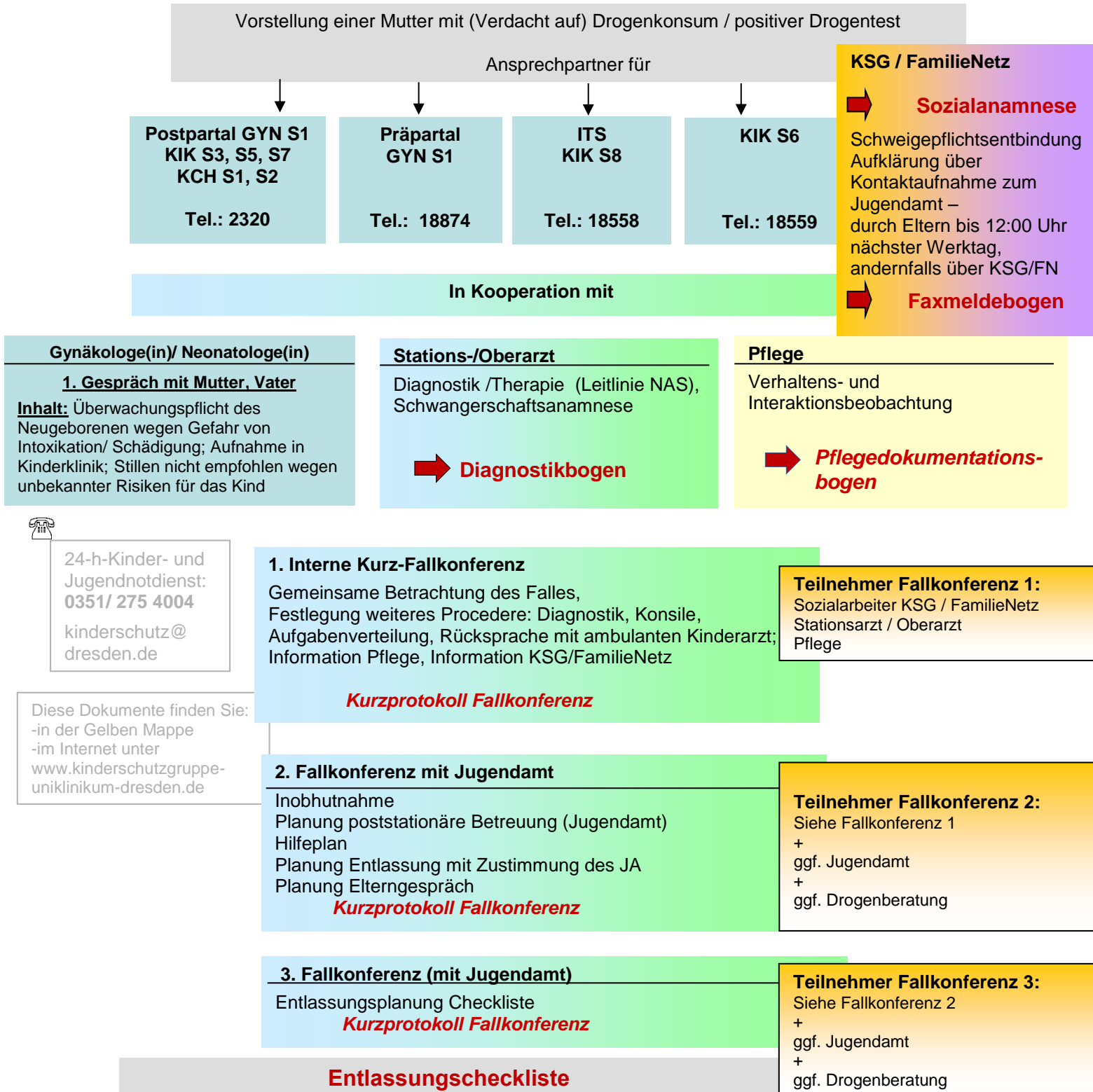
DRG:

OPS:

Inhaltsverzeichnis:

| | |
|--|----------|
| Deckblatt | S. 1 |
| Ablaufschema mit Ansprechpartnern | S. 3 |
| Meldebogen an das Jugendamt (zur Meldung eines Verdachtes auf Kindeswohlgefährdung beim Jugendamt Dresden) | S. 4-5 |
| Diagnostik Kind | S. 6-7 |
| Sozialanamnese | S. 8-11 |
| Entlassungsplanung Checkliste | 12 |
| Kurzprotokoll Fallkonferenz (3x) | S. 13-18 |
| Pflegerische Dokumentation 1 - Besucherverzeichnis | S. 19 |
| Pflegerische Dokumentation 2 - Interaktion Kategorien | S. 20 |
| Pflegerische Dokumentation - Beurteilungsbogen | S. 21-22 |
| Gesprächsnotizen | S. 23-24 |
| Schweigepflichtsentbindung | S. 25 |
| Kontaktadressen | S. 26-28 |
| Elterngespräche | S. 29 |
| | |
| | |

Klinischer Pfad bei Verdacht auf mütterlichen Drogenkonsum



Meldebogen an das Jugendamt bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung gem. § 8a SGB VIII

Kinderschutznotruf – 24 Stunden
Fax – 24 Stunden
Email:

0351 / 275 40 04
0351/ 488 99 47 23
kinderschutz@dresden.de

Bei akuter Gefahr und sofortigem Handlungsbedarf bitte immer telefonisch!

Datum:

Uhrzeit:

Ist bereits eine telefonische Meldung beim Jugendamt erfolgt?

ja, am:

um:

Kontaktperson beim Jugendamt:

Telefon:

Klinik/Institution/Name des Melders:

Sitz/Station/Adresse:

Ansprechperson:

Telefon:

Fax:

Mail:

Name des Kindes:

Geschlecht: ♀ ♂

Geburtsdatum:

Aktueller Aufenthaltsort des Kindes mit Adresse:

Erziehungsberechtigter/Amtsvormund:

Mutter

Vater

beide Elternteile

Amtsvormund

unbekannt

Sonstige:

Nähere Angaben zu den Erziehungsberechtigten:

Name:

Name:

Adresse:

Adresse:

Telefon:

Telefon:

Wurden die Sorgeberechtigten über die Meldung informiert?

ja (empfohlen!)

nein, weil

.....

Familiensituation

Anzahl Geschwister:

Kind lebt bei den Eltern Mutter / ... Vater / ... Sonstige: ...

Ambulante Vorstellung am:

Stationäre Aufnahme seit:

Begründung des Verdachtes der Kindeswohlgefährdung (siehe Anlage):

sonstige Hinweise (z. B. Zeugen, minderjährige Eltern, familiengerichtliche Entscheidung, Strafanzeige):

Wie ist die Gefährdung einzuschätzen?

akut (kurze Begründung):

latent

Datum

Unterschrift / Stempel

Diagnostik

| | |
|---------------------------------------|----------------|
| Name bzw. Patienten-Aufkleber: | |
| _____ | |
| _____ | |
| _____ | _____ |
| <i>Geb.</i> | <i>Station</i> |

- Schwangerschaftswoche: _____
- Geburtsgewicht: _____ Geburtsgröße: _____
- Mütterliche Infektionen:
- Hepatitis B
 - Hepatitis C
 - HIV
 - weitere: _____
- Anzahl der präpartalen Vorsorgeuntersuchungen: _____
- Fetale Auffälligkeiten
- ja, welche _____
 - nein
- Wurde während der Schwangerschaft geraucht?
- ja, _____ Zigaretten am Tag
 - nein
- Wurde während der Schwangerschaft Alkohol konsumiert?
- ja, bis zur _____ SSW
 - nein

Drogenscreening Mutter präpartal:

- ja, siehe Präpartaler Anamnesebogen nein

Drogenscreening Mutter unter Geburt:

- positiv, auf: _____
 negativ

Drogenscreening Kind

- Tag 1: positiv, auf _____ negativ
Tag 3: positiv, auf _____ negativ
Tag 7: positiv, auf _____ negativ

Klinische Auffälligkeiten beim Kind

- ja, welche: _____

 nein

Fehlbildungsdiagnostik

- Schädelsonographie
 Nierensonographie
 weitere:

Wurde die Mutter abgestillt?

- ja nein

Datum

Unterschrift

Sozialanamnese

Name bzw. Patienten-Aufkleber:

Geb. _____

Station _____

1) Daten der Kindeseltern

Name Mutter: _____ geb.: _____

Adresse: _____ Tel.: _____

Name Vater/ Partner: _____ geb.: _____

Adresse: _____ Tel.: _____

2) Sorgerecht

Mutter Vater Amtsvormund Sonstige: _____

3) Familiäre Situation

Eltern

leben zusammen getrennt leben getrennt
 geschieden (seit: _____) neuer Lebenspartner

Beruf Mutter: _____ aktuell berufstätig? Nein Ja, als _____

Beruf Vater/Partner: _____ aktuell berufstätig? Nein Ja, als _____

Geschwister:

1. m/w Alter: _____ whf.: _____ 4. m/w Alter: _____ whf.: _____

2. m/w Alter: _____ whf.: _____ 5. m/w Alter: _____ whf.: _____

3. m/w Alter: _____ whf.: _____ 6. m/w Alter: _____ whf.: _____

4) Erkrankungen

Psychische Erkrankungen

ja, wer _____ welche? _____

nein

Andere Erkrankungen

ja, wer: _____ welche? _____

nein

5) Wohnverhältnisse

Eigene Wohnung

ja nein, sondern: _____

Umzug geplant?

ja: _____ nein

6) Finanzielle Situation

Einkommen

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> aus Erwerbstätigkeit | <input type="checkbox"/> ALG I | <input type="checkbox"/> ALG II |
| <input type="checkbox"/> Rente | <input type="checkbox"/> Elterngeld | <input type="checkbox"/> Kindergeld |
| <input type="checkbox"/> Unterhalt | <input type="checkbox"/> Unterhaltsvorschuss | <input type="checkbox"/> kein Einkommen |

Einmalige Beihilfen

ja, welche _____ nein

Schulden

ja, _____ nein

10) Konsumverhalten

Welche Substanzen, wann zuletzt?

Erfolgt Substitutionstherapie? Mit welcher Substanz, in welcher Dosis? Bei wem?

Besteht Beikonsum?

Besteht bereits Kontakt zur Drogenberatung?

ja, seit _____ bei _____

nein

Erfolgte in der Vergangenheit bereits ein (stationärer) Entzug?

ja, wann _____ wo? _____

nein

Konsumiert der Kindesvater?

ja, seit _____ folgende Substanzen _____

nein

unbekannt

Kontakt zur Drogenberatung:

ja, seit _____ nein

Konsumiert der ggf. neue Lebenspartner?

ja, seit _____ folgende Substanzen _____

nein

unbekannt

Kontakt zur Drogenberatung:

ja, seit _____ nein

Datum

Unterschrift

Entlassungsplanung - Checkliste

Name bzw. Patienten-Aufkleber:

Geb. _____

Station _____

Faxmeldebogen Jugendamt

Schweigepflichtsentbindung

Inobhutnahme

erfolgt nicht erfolgt beendet am _____

Entlassung des Kindes erfolgt nach Hause

ja, mit folgender Hilfe: Sozialpädagogische Familienhilfe
 Familienhebamme
 Haushaltshilfe
 Sonstige _____
 keine

nein, sondern Mutter-Kind-Einrichtung
 Pflegefamilie
 Heim
 Sonstige _____

Kinderarzt (innerhalb einer Woche nach Entlassung): _____

Termin Entwicklungsambulanz (nach 3/6/12 Monaten): _____

Hebamme: _____

Jugendamt: _____

Drogenberatung: _____

Entlassbriefe an Kooperationspartner

- Jugendamt
- Kinderarzt
- Kreischa Zscheckwitz
- Drogenberatung
- Andere

Nachverfolgung: _____

**Kurz-Protokoll Fallkonferenz
bei V. a. Kindeswohlgefährdung**

Name bzw. Patienten-Aufkleber:

Fallkonferenz Nr. _____ am _____

Teilnehmer:

Kinderschutzgruppe / FamilieNetz: _____

KM/ KV

Pflege: _____

Stationsarzt/Ärztin: _____

Suchtberatung: _____

Sonstige: _____

Geb. _____

Station _____

Jugendamt (s.u.): _____

Stations-OA: _____

Psychologe/in: _____

Diagnostik/Befunde (erfolgt/geplant):

Drogenscreening KM

Drogenscreening K

Sonstige: _____

klinische/ anamnestische Verdachtsmomente und Befunde:

Pflege (Eindruck, Beobachtungen):

Sozialdienst (familiäre Situation, Bedarf, bisherige Unterstützung):

Eltern (Einschätzung des Unterstützungsbedarfs):

Jugendamt (Einschätzung/ Procedere):

Suchtberatung (Einschätzung/ Procedere):

Sonstige:

Procedere:

Offene Aufgaben (Wer macht was?)

Protokoll: _____

**Kurz-Protokoll Fallkonferenz
bei V. a. Kindeswohlgefährdung**

Name bzw. Patienten-Aufkleber:

Fallkonferenz Nr. _____ am _____

Teilnehmer:

Kinderschutzgruppe / FamilieNetz: _____

KM/ KV

Pflege: _____

Stationsarzt/Ärztin: _____

Suchtberatung: _____

Sonstige: _____

Geb. _____

Station _____

Jugendamt (s.u.): _____

Stations-OA: _____

Psychologe/in: _____

Diagnostik/Befunde (erfolgt/geplant):

Drogenscreening KM

Drogenscreening K

Sonstige: _____

klinische/ anamnestische Verdachtsmomente und Befunde:

Pflege (Eindruck, Beobachtungen):

Sozialdienst (familiäre Situation, Bedarf, bisherige Unterstützung):

Eltern (Einschätzung des Unterstützungsbedarfs):

Jugendamt (Einschätzung/ Procedere):

Suchtberatung (Einschätzung/ Procedere):

Sonstige:

Procedere:

Offene Aufgaben (Wer macht was?)

Protokoll: _____

**Kurz-Protokoll Fallkonferenz
bei V. a. Kindeswohlgefährdung**

Name bzw. Patienten-Aufkleber:

Fallkonferenz Nr. _____ am _____

Teilnehmer:

Kinderschutzgruppe / FamilieNetz: _____

KM/ KV

Pflege: _____

Stationsarzt/Ärztin: _____

Suchtberatung: _____

Sonstige: _____

Geb. _____

Station _____

Jugendamt (s.u.): _____

Stations-OA: _____

Psychologe/in: _____

Diagnostik/Befunde (erfolgt/geplant):

Drogenscreening KM

Drogenscreening K

Sonstige: _____

klinische/ anamnestische Verdachtsmomente und Befunde:

Pflege (Eindruck, Beobachtungen):

Sozialdienst (familiäre Situation, Bedarf, bisherige Unterstützung):

Eltern (Einschätzung des Unterstützungsbedarfs):

Jugendamt (Einschätzung/ Procedere):

Suchtberatung (Einschätzung/ Procedere):

Sonstige:

Procedere:

Offene Aufgaben (Wer macht was?)

Protokoll: _____

Pflegerische Dokumentation 1

Besucherverzeichnis

Name bzw. Patienten-Aufkleber:

Geb. _____ **Station** _____

| Datum/ Uhrzeit | von bis | Besucher | Aufenthaltsort(Station, Gelände) Besondere Vorkommnisse |
|---------------------------|--------------------|-----------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Pflegerische Dokumentation – Eltern-Kind-Interaktion

Name bzw. *Patienten-Aufkleber*:

Geb. _____

Station _____

Kategorien:

1) Kommunikation mit Kind

- Sprechen
- Singen
- Vorlesen

2) Körperkontakt zum Kind

- Streicheln/ Hand auflegen
- Känguruhen
- Kuscheln

3) Versorgen

- Wickeln
- Füttern
- Baden

4) Erkennen kindlicher Bedürfnisse und adäquate Reaktion

- prompte und adäquate Reaktion

5) Kooperationsbereitschaft mit dem Personal

- Verhalten auf Station

6) Bereitschaft, Hinweise anzunehmen

7) Fähigkeit, Hinweise umzusetzen

Bewertungsskala:

0 = nicht beurteilbar

1 = überhaupt nicht vorhanden, keine Mitwirkung, keine Kontaktaufnahme zum Kind

2 = wenig vorhanden, wenig Mitwirkung, geringe Kontaktaufnahme zum Kind

3 = vorhanden, Mitwirkung angemessen, Kontaktaufnahme zum Kind angemessen

4 = sehr ausgeprägt vorhanden, Mitwirkung sehr ausgeprägt, Kontakt zum Kind
sehr ausgeprägt

Pflegerische Dokumentation – Eltern-Kind-Interaktion

Legende siehe Seite 20

| Datum Dauer Signum | Kommuni- kation mit dem Kind | Körper kontakt zum Kind | Versorgen des Kindes | Erkennen kindl. Bedürfnisse / Reaktion | Kooperations- bereitschaft zum Personal | Bereitschaft, Hilfen anzunehmen | Fähigkeit, Hilfen umzusetzen |
|-----------------------------------|---|--|-------------------------------------|---|--|--|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| Datum Dauer Signum | Kommuni- kation mit dem Kind | Körper kontakt zum Kind | Versorgen des Kindes | Erkennen kindl. Bedürfnisse / Reaktion | Kooperations- bereitschaft zum Personal | Bereitschaft, Hilfen anzunehmen | Fähigkeit, Hilfen umzusetzen |
|-----------------------------------|---|--|-------------------------------------|---|--|--|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Notizen, Gespräche...

Bitte alle weiteren Besonderheiten/ Auffälligkeiten notieren!

Name bzw. *Patienten-Aufkleber*:

Geb. _____

Station _____

| Datum/ Uhrzeit | Name/ Handzeichen | Gesprächsnotiz/Beobachtung/Vorfall etc. bei externen Kontakten,/ Anrufern immer Name und Telefonnummer notieren |
|---------------------------|------------------------------|---|
| | | |

Notizen, Gespräche...

Bitte alle weiteren Besonderheiten/ Auffälligkeiten notieren!

Name bzw. Patienten-Aufkleber:

Geb. _____

Station _____

| Datum/ Uhrzeit | Name/ Handzeichen | Gesprächsnotiz/Beobachtung/Vorfall etc. bei externen Kontakten,/ Anrufern immer Name und Telefonnummer notieren |
|---------------------------|------------------------------|---|
| | | |



Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

Direktor: Prof. Dr. med. R. Berner

Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie

Direktor: Prof. Dr. G. Fitze

Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Direktor: Prof. Dr. med. Pauline Wimberger

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus • Fetscherstr. 74 • 01307 Dresden

Einwilligungserklärung

Ich stimme einem Datenaustausch zum Schutz des Kindeswohls und zum Schutz des ungeborenen Kindes zu. Damit ist der Austausch relevanter Daten zum weiteren gesundheitlichen und sozialen Verlauf meines Kindes zwischen Jugendamt und den behandelnden Ärzten meines Kindes möglich.

Hiermit entbinde ich sowohl die behandelnden Ärzte, den Sozialdienst, den Kinderschutz, das FamilieNetz als auch das Jugendamt sowie die zuständige Drogenberatungsstelle von der jeweiligen Schweigepflicht. Ich habe die Möglichkeit meine Einwilligung zum Datenaustausch jederzeit zu widerrufen.

Name, Vorname _____

Geboren am: _____

Wohnhaft: _____

Dresden, _____

Unterschrift des / der Sorgeberechtigten

(Falls nur ein Sorgeberechtigter unterschreibt, wird auch das Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten bestätigt oder das alleinige Sorgerecht des Unterzeichners erklärt.)

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus Dresden
an der Technischen
Universität Dresden
Anstalt des öffentlichen Rechts
des Freistaates Sachsen

Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Telefon (0351) 458-0

Vorstand:
Prof.Dr.med. D.Michael Albrecht
(Sprecher)
Wilfried E.B. Winzer

**Vorsitzender des
Aufsichtsrates:**
Prof.Dr. med. Peter C. Scriba

Bankverbindungen:
Dresdner Bank AG Dresden
Konto-Nr. 509 050 700
BLZ 850 800 00

Ostsächsische Sparkasse Dresden
Konto-Nr. 3 120 137 781
BLZ 850 503 00

Deutsche Kreditbank AG
Konto-Nr. 120 300 00
BLZ 870 700 00

Commerzbank Dresden
Konto-Nr. 805 07 00
BLZ 850 400 00

Ust-IDNr.: DE 140 135 217
Ust-Nr. : 201 145 00020

Hilfreiche Adressen

Drogenberatungsstellen Dresden

- Jugend- und Drogenberatungsstelle Dresden
Richard-Wagner-Straße 17
01219 Dresden
Tel.: 0351 / 488 53 71

- Suchtberatungs- und Behandlungsstelle der Caritas
Görlitzer Straße 18
01099 Dresden
Tel.: 0351 / 804 38 04

- Suchtberatungsstellen der Diakonie

| | |
|------------------------|------------------------|
| Glacisstraße 42 | Fetscherstraße 10 |
| 01099 Dresden | 01307 Dresden |
| Tel.: 0351 / 817 24 00 | Tel.: 0351 / 446 89 77 |
| Fax: 0351 / 817 24 10 | Fax: 0351 / 446 89 56 |

- SZL Suchtzentrum gGmbH „Horizont“
Kesselsdorfer Str. 2
01159 Dresden
Tel.: 0351/ 4 20 77 38
Fax: 0351/ 4 20 77 31

- GESOP gGmbH
Suchtberatung- und Behandlungsstelle
Gasanstaltstraße 10
01097 Dresden
Tel.: 0351/ 21 53 08 30

- Mobiler Suchtdienst des Sozialamtes für sozial benachteiligte chronisch Suchtkranke
Junghansstraße 2, Zimmer 301/304,
01277 Dresden
Tel.: 0351/ 4 88 49-87 /-89 /-95
Fax: 0351/ 4 88 48 93

Erreichbarkeit Kinderschutz Jugendamt / Stand September 2013

Stadtteilsozialdienst Plauen/ Altstadt
Nöthnitzer Str. 2
01187 Dresden Tel.: (03 51) 4 88 68 61

Stadtteilsozialdienst Neustadt/
Klotzsche/Weixdorf
Hoyerswerdaer Str. 3
01099 Dresden Tel.: (03 51) 4 88 66 41

Stadtteilsozialdienst Pieschen
Bürgerstraße 63
01127 Dresden Tel.: (03 51) 4 88 55 11

Stadtteilsozialdienst Blasewitz
Loschwitz/ Schönfelder Hochland
Grundstraße 3
01326 Dresden Tel.: (03 51) 4 88 85 60

Stadtteilsozialdienst Prohlis
Prohliser Allee 10
01239 Dresden Tel.: (03 51) 4 88 83 41

Stadtteilsozialdienst Leuben
Prohliser Allee 10
01239 Dresden Tel.: (03 51) 4 88 83 41

Stadtteilsozialdienst
Cotta/ Gompitz/ Mobschatz
Lübecker Str. 121
01157 Dresden Tel.: (03 51) 4 88 57 42

Rund um die Uhr erreichbar:

Kinder- und Jugendnotdienst (24 h)
Rudolf - Bergander - Ring 43
01219 Dresden

Kinderschutznotruf: 275 40 04
Fax: 488 99 47 23
Email: kinderschutz@dresden.de

Krisendienste

□ **Psychosozialer Krisendienst**

Georgenstraße 4
01097 Dresden

Tel.: 0351 / 488 53 41 (Mo.-Fr. 09-11 Uhr)

Telefon des Vertrauens:

0351 / 804 16 16 (17.00 – 23.00 Uhr, auch am Wochenende und an Feiertagen)

□ **Sozialpsychiatrischer Dienst**

- Dresden-West - Braunsdorfer Straße 13 - Telefon (03 51) 4 88 53 61
- Dresden-Nord - Große Meißner Straße 16 - Telefon (03 51) 8 03 09 58
- Dresden-Mitte - Wormser Straße 25 - Telefon (03 51) 4 95 21 24
- Dresden-Süd - August-Bebel-Straße 29 - Telefon (03 51) 4 77 74 40

Kliniken

□ **Sächsisches Krankenhaus Arnsdorf**

Hufelandstraße 15
01477 Arnsdorf
Tel.: 035200 - 26-0

□ **Evangelische Fachkliniken Heidehof gGmbH**

Fachklinik Weinböhlen
Heidehof 1
01689 Weinböhlen
Tel.: 035243/43-111

□ **PIA – Psychiatrische Institutsambulanz Dresden Friedrichstadt**

Friedrichstraße 41
Haus B, Erdgeschoss
Tel.: 0351 480-1205
Fax: 0351 480-3266

Elterngespräche

bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung



Grundhaltung:

Balance zwischen Empathie und Distanz

_____ verstehen aber nicht einverstanden sein, immer auf das Kind bezogen bleiben

Wertfreies Herangehen, d.h. klare aber sachliche Beschreibung der Beobachtungen

_____ keine Anschuldigungen, keine Vorwürfe

Vertrauensvoller Ansatz

_____ Eltern haben prinzipiell die nötigen Fähigkeiten für den Umgang mit ihrem Kind

Offenheit für Perspektivwechsel

_____ Not der Eltern wahrnehmen und anerkennen

Transparenz

_____ Informationen, eigene Handlungsschritte nachvollziehbar darstellen, Grenzen aufzeigen

Konkrete Gesprächsbausteine:

die Gründe für das Gespräch klar benennen und Sorge formulieren

„Ich bin in Sorge um Ihr Kind, weil ich beobachtet habe, dass....“

Verdacht klar benennen

„Ich vermute, dass....“

Haltung der Eltern dazu erfragen

„Wie erklären Sie sich das?“

Herausarbeitung des Unterschiedes in der Wahrnehmung des Arztes und der Eltern

„Ich verstehe, was Sie meinen, ich sehe das aber etwas anders/ich vermute eher, dass ...“

Gemeinsames Ziel annehmen: Schutz und gute Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes

„Sie wollen, dass es Ihrem Kind gut geht, dies ist auch mein Anliegen.“

Entpathologisieren: Kinder fordern uns heraus

„Es gibt viele Eltern, die hin und wieder an ihre Grenzen stoßen.“

Verantwortung klar vermitteln

„Es ist trotzdem wichtig, dass Sie in solchen Momenten die Bedürfnisse des Kindes wahrnehmen.“

Aufklärung über die Aufgaben von Sorgeberechtigten

„Es ist Ihre Aufgabe als Mutter, für das körperliche und seelische Wohl des Kindes zu sorgen.“

Ressourcen abfragen und gemeinsam Ideen für Verbesserung der Situation entwickeln

„Wie sahen schöne gemeinsame Zeiten aus? Steht Ihnen jemand zur Seite?“

Hilfsmöglichkeiten (Beratung, Jugendamt...) aufzeigen und Kontaktdaten mitgeben bzw. Kontakt telefonisch vermitteln, bereits in der Praxis einen Termin vereinbaren

„In Ihrem Fall kann ich mir gut vorstellen, dass Ihnen ... hilft.“

Psychisches Befinden des Kindes gemeinsam reflektieren (mögliche Traumatisierung) und Eltern in den Aufbau einer optimalen Erholungsumgebung des Kindes einbeziehen

„Können Sie sich vorstellen, was ihr Kind jetzt brauchen könnte?“

Klare Vereinbarung über das weitere Vorgehen: zeitliche Festlegung

„Ich erwarte, dass Sie das nächste Mal am ... zu mir kommen. Bis dahin machen Sie bitte“

Aufzeigen von Konsequenzen, z.B. Jugendamt informieren

„Ich bin verpflichtet zu handeln, so dass ich mir keine Sorgen um das Kind mehr machen muss...“

Parallel dazu:

Einschätzung, ob die Eltern kooperativ („Bereitschaft“) und ausreichend kompetent („Fähigkeit“) sind. Konfrontation vermeiden, aber Haltung klar vermitteln.

Wenn Eltern nicht in der Lage oder nicht gewillt sind, zu kooperieren, um den Schutz des Kindes zu gewährleisten, sind weitere Schritte notwendig, über die sie die Eltern informieren sollten.

