



INKLUSION IN 5 MINUTEN

05/2015: KINDESWOHLGEFÄHRDUNGEN BEI KINDERN MIT BEHINDERUNG

„Kindeswohlgefährdung“ (KWG) ist ein unbestimmter Rechtsbegriff und als solcher nicht eindeutig definiert. Der Bundesgerichtshof definiert eine Kindeswohlgefährdung als eine gegenwärtige, in einem solchen Maße vorhandene Gefahr, dass sich bei der weiteren Entwicklung eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Sicherheit voraussehen lässt (BGH FamRZ, 1956). Man unterscheidet (körperliche / seelische) Misshandlung, (körperliche / seelische) Vernachlässigung und sexuellen Missbrauch.

Ziel dieses Newsletters ist es, auf die Situation von Kindern mit Behinderung zu schauen und Denkanstöße für die Frage zu geben, ob und welche Unterschiede bei der Einschätzung der Gewichtigkeit von Anhaltspunkten bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung gemacht werden müssen, um der Vielfalt menschlicher Lebenslagen auch in diesem Punkt gerecht zu werden.

SULLIVAN, PATRICIA & KNUTSON, JOHN (2000): MALTREATMENT AND DISABILITIES: A POPULATION-BASED EPIDEMIOLOGICAL STUDY.

Methode und Stichprobe. Sullivan und Knutson untersuchten alle Misshandlungen¹ („maltreatment“), die im Schuljahr 1994/95 dem Zentralregister des Nebraska Department of Social Services (NDSS) gemeldet wurden. An dieses Register müssen bei einer Kindeswohlgefährdung neben dem Vornamen und dem Anfangsbuchstaben des Nachnamens auch das Alter, das Geburtsdatum und die Art der KWG gemeldet werden. Außerdem wird erfasst, ob und welche Behinderung die betroffenen Kinder haben. Stichprobe waren alle Kinder, die in dem genannten Zeitraum an einer öffentlichen oder erdzyklischen Schule in Omaha, Nebraska, angemeldet waren (n = 50.278, davon 51.4 % männliche und 48.6 % weibliche SchülerInnen sowie 8 % mit anerkannter Behinderung) (Sullivan & Knutson 2000, S. 1258ff.).

Ergebnisse der Studie.

¹ Da in der Studie neben körperlicher und seelischer Misshandlung auch Vernachlässigung und sexueller Missbrauch unter dem Überbegriff „maltreatment“ untersucht wurde, wird dieser Begriff im Folgenden mit „Kindeswohlgefährdung“ ins Deutsche übersetzt.

Prävalenz von KWG (Sullivan & Knutson, S. 1257):

11 Prozent aller Schüler*innen sind von Kindeswohlgefährdungen betroffen.

9 % der Untersuchten ohne Behinderung sowie **31 % der Kinder mit Behinderung sind betroffen** (ebd.).

Kinder und Jugendliche mit Behinderung haben ein **3.4-fach höheres Risiko**, von KWG betroffen zu sein als Gleichaltrige ohne Behinderung (ebd.).

Geschlecht:

Bei der Gruppe der Kinder und Jugendlichen, die von Kindeswohlgefährdung betroffen sind, sind bei den Kindern ohne Behinderung mehr Mädchen betroffen, bei den Kindern mit Behinderung jedoch mehr Jungen, vor allem bei körperlicher Misshandlung und Vernachlässigung (ebd., S. 1264f.).

Ausnahme: Von sexuellem Missbrauch waren signifikant mehr Mädchen als Jungen mit Behinderung betroffen (ebd.).

Behinderungen der von KWG betroffenen Kinder (Sullivan & Knutson 2000, S. 1261):

Intelligenzminderung (IQ 85-70) und Lernbehinderung (IQ unter 70): 41.7 %

Verhaltensauffälligkeiten: 37.4 %

Gesundheitsbezogene Behinderung (z.B. chronische Erkrankungen): 11.2 %

Sprech- / Sprachbehinderung: 6.5 %

Hörbehinderung: 1.3 %

Körperbehinderung: 1.2 %

Sehbehinderung: 0.4 %

Autismus: 0.1 %

Formen der Kindeswohlgefährdung (Sullivan & Knutson 2000, S. 1261f.):

Die mit Abstand am häufigsten vorkommende Form der KWG ist bei Mädchen und Jungen mit und ohne Behinderung **Vernachlässigung**.

Die meisten Kinder (vor allem diejenigen mit Behinderung) erleben **verschiedene Formen von KWG**.

Kinder mit Behinderung haben ein signifikant höheres Risiko, **mehrere Male** eine KWG zu erleben.

Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Art der Behinderung und Art der KWG.

Erkenntnisse zum Thema Sexueller Missbrauch:

Kinder und Jugendliche mit Behinderung hatten in der betrachteten Stichprobe ein **3.14-fach höheres Risiko, von sexuellem Missbrauch betroffen zu sein** als Mädchen und Jungen ohne Behinderung (Sullivan & Knutson 2000, S. 1265).

40.3 Prozent der TäterInnen kamen aus der „immediate family“ (Vater, Mutter, Geschwister), 12.8 Prozent aus der „extended family“ (z.B. Onkel, Oma, Nachbar etc.) und 46.9 Prozent von außerhalb der Familie (z.B. LehrerIn, TherapeutIn, fremde Person) (ebd.).

Das größte Risiko, sexuell missbraucht zu werden, hatten in der Untersuchung von Sullivan & Knutson Kinder und Jugendliche mit Verhaltensstörungen (ebd.).

KONSEQUENZEN AUS DEN ERGEBNISSEN VON SULLIVAN & KNUTSON



Die neben Sullivan & Knutson durch mehrere Autoren belegte Erkenntnis, dass Kinder und Jugendliche mit Behinderung ein erhöhtes Risiko haben, von Kindeswohlgefährdungen betroffen zu sein, zeigt deutlichen Handlungsbedarf auf:

Neben der Frage, was Eltern von Kindern mit und ohne Behinderung brauchen, um das Wohl ihres Kindes (auch in kritischen Lebenssituationen) sicherzustellen, muss geklärt werden, ob bereits vorhandene Instrumente des Kinderschutzes, die durch das neue Bundeskinderschutz 2012 gestärkt und „verfeinert“ wurden, ausreichen, um auch Kinder und Jugendliche mit Behinderung vor Kindeswohlgefährdungen zu schützen. Hierfür scheint es zentral, dass Leitungen und Fachkräfte in den betreuenden Institutionen und Einrichtungen mit ihren diesbezüglichen Aufgaben und Möglichkeiten vertraut sind. Nur so können Instrumente des Kinderschutzes auch in der Praxis zum Schutz *aller* Kinder beitragen. Darum bleibt die Aufklärung und Schulung aller beteiligten Personen zum Vorgehen bei Verdacht auf eine KWG ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu wirksamem Kinderschutz.

ANHALTSPUNKTE AUF KWG BEI KINDERN MIT UNTERSCHIEDLICHEN BEHINDERUNGEN

Ein zentraler Punkt für einen verantwortungsvollen Umgang bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung ist die Einschätzung der Wichtigkeit von Anhaltspunkten. Hierfür kann es kein zuverlässiges „Diagnose-Instrument“ geben, das jedem Kind und jeder Lebenssituation gerecht wird. Die Einschätzung der Wichtigkeit von Anhaltspunkten ist darum die Aufgabe der Fachkräfte, die für das Wohl des Kindes verantwortlich sind. In der Hoffnung, dass eine KWG für die meisten Fachkräfte keine alltägliche Angelegenheit ist, gibt es gesetzlich verankert das Recht (bzw. bei Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, die mit dem zuständigen Jugendamt eine Vereinbarung nach § 8a SGB VIII unterzeichnet haben, die Verpflichtung), Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft in An-

spruch zu nehmen. Besonders herausfordernd erscheint die Einschätzung von Anhaltspunkten bei einer vermuteten Kindeswohlgefährdung bei Kindern mit Behinderung. Oftmals fällt es hier schwer, zwischen Anhaltspunkten und behinderungsbedingten Verhaltensweisen bzw. Merkmalen zu unterscheiden. Eine Gefährdungseinschätzung erfordert nicht nur Hintergrundwissen über Formen der Kindeswohlgefährdung und das Vorgehen bei Verdacht, sondern auch über das Erscheinungsbild, die Situation und die Bedürfnisse von Kindern mit unterschiedlichen Behinderungen.

Wichtig ist: Anhaltspunkte müssen immer daraufhin untersucht werden, ob sie zum Erscheinungsbild der Behinderung gehören und somit bei diesem Kind nicht als Kindeswohlgefährdung zu bewerten sind. Hier gilt es, sich mit Ärzt*innen, Therapeut*innen, Eltern und anderen beteiligten Personen auszutauschen, um die Eltern und nahen Bezugspersonen mit den eigenen Vermutungen nicht unnötig unter Druck zu setzen (Achtung: Recht des Kindes und der Familie auf sensiblen Umgang mit Sozialdaten wahren!). Andererseits dürfen Verhaltensweisen und/oder Auffälligkeiten im Erscheinungsbild oder den Interaktionen bei Kindern mit Behinderung nicht vorschnell als „normal“ eingestuft und somit nicht weiter be(ob)achtet werden. Zum Beispiel darf auch bei einem Kind, das wegen Medikamenten häufig, schnell und ohne Gewalteinwirkung blaue Flecken bekommt, die Aufmerksamkeit und Feinfühligkeit der betreuenden Fachkräfte nicht weniger werden.

An einigen Beispielen soll kurz aufgezeigt werden, welche Überlegungen bei der Betrachtung von Anhaltspunkten mitgedacht werden müssen, wenn das vermutlich betroffene Kind eine Behinderung hat:

Erscheinungsbild des Kindes

Wiederholte und/oder massive Zeichen von Verletzungen (z.B. Blutergüsse, Striemen, Narben, Verbrennungen), ohne dass es sich um eine erklärbare unverfängliche Ursache handelt.

→ Kinder, die zum Beispiel **Autismus, ADHS, FAS** (Fetales Alkohol-Syndrom), eine **sog. geistige Behinderung** oder das **Tourette-Syndrom** haben:

Kinder bewegen sich teilweise ungestüm und/oder unkontrolliert, was zu wiederholten Zeichen von Verletzungen führen kann. Teilweise haben sie kein Bewusstsein für Gefahren, d.h. sie erkennen Gefahrenquellen nicht und lernen behinderungsbedingt auch nur schwer, angemessen mit diesen umzugehen. FAS-Kinder haben außerdem ein geringeres Schmerzempfinden.

Außerdem gibt es Krankheiten und Medikamente, die dazu führen, dass Kinder sehr schnell

	und auch ohne Gewalteinwirkung Blutergüsse und blaue Flecken bekommen.
Starke Unter- oder Überernährung (mangelndes Unterhautfettgewebe, Dehydration)	→ Kindern, die zum Beispiel das Fetale Alkoholsyndrom (FAS) haben, sind oft sehr dünn und haben einen geringeren Nahrungsbedarf. Sie haben wenig Unterhautfettgewebe, das auch bei verstärkter Nahrungsaufnahme nicht mehr wird.
Unzureichender Pflegezustand (mangelnde Körperpflege, mehrfach verschmutzte oder nicht witterungsgerechte Kleidung)	→ Kinder mit sog. geistiger Behinderung haben teilweise ein behinderungsbedingt geringer ausgeprägtes Hygienebedürfnis oder nehmen dieses Bedürfnis gar nicht wahr. Hier gilt es, einen Weg zwischen dem Recht auf Selbstbestimmung und den körperlichen Bedürfnissen, die es zum Erhalt der Gesundheit braucht, zu finden.
Verhalten des Kindes / Jugendlichen	
Wiederholt völlig distanzloses und/oder aggressives Verhalten	Bei Kindern mit Tourette-Syndrom ist es eine Folge des Syndroms, dass auffälliges Aggressionsverhalten gezeigt wird, z.B. Spucken, Treten, Schreien. Von Kindern mit Down-Syndrom weiß man, dass sie teilweise kein Gespür für Nähe und Distanz haben (z.B. Masturbation in der Öffentlichkeit) und sehr offen auch auf fremde Menschen zugehen (umarmen, auf den Schoß setzen, etc.).
Wiederholt selbstschädigendes/ -verletzendes Verhalten	Selbstschädigendes Verhalten kann bei Kindern mit sogenannter geistiger Behinderung beobachtet werden, beispielsweise als Folge stereotyper Verhaltensweise wie Kopf gegen die Wand schlagen.
Kind wirkt berauscht und/oder benommen bzw. im Steuern seiner Handlungen unkoordiniert	Nimmt das Kind behinderungsbedingt Medikamente ein, die auf sein Verhalten einwirken? Ist

niert (Einfluss von Drogen, Alkohol, Medikamenten)	es aufgrund seiner Behinderung unkoordiniert im Steuern seiner Handlungen?
Kind kommt häufig sehr müde in die Einrichtung.	Es gibt Behinderungen, die eine Störung des Tag-/ Nachtrhythmus bedingen (z.B. Kinder mit sogenannter geistiger Behinderung, Kinder mit FAS oder autistische Kinder). Hier können die Eltern die Schlafenszeiten des Kindes nicht beeinflussen.

VERWENDETE LITERATUR

Sullivan, Patricia & Knutson, John (2000). Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study. In: Child Abuse & Neglect, 24 (10), 1257 - 1273.

Bild Kinderhände: Verfügbar unter: <http://www.skf-herne-wanne.de/sites/default/files/kinderhaende.jpg>

UND DER NÄCHSTE NEWSLETTER?

Partizipation und Beschwerde?

Auch Mädchen* und Jungen* mit Behinderung haben ein Recht darauf!