

Basiswissen

*Grundlagen für den Kinder- und Jugendschutz inklusiv
sowie die Umsetzung in der tandem BTL*



Impressum

Dezember 2024

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

E-Mail: office@tandembtl.de

Web: www.tandembtl.de

Geschäftsführung:

Ria Schneider

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

Gesellschafter

Sozialverband VdK Berlin-Brandenburg e.V.

Autor*innen

Koordinationsteam Kinder- und Jugendschutz der tandem BTL:
Franziska Hofmann; Dipl. Sozialpädagogin (FH); M.A. Leitung, Bildung, Diversität (FH); insoweit
erfahrene Fachkraft im Kinderschutz nach § 8a SGB VIII
und
Bettina Sänger; B.A. und M.A. Soziale Arbeit (FH); fachliche Leitung tandem BTL Akademie

Martina Müller, M.A. Pädagogin, Erziehungswissenschaftlerin, Vorstandsfrau des Vereins Leben mit
Handicaps e. V. in Leipzig – Träger der Fachstelle Unterstützte Elternschaft in Sachsen, Frau mit
Behinderung

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

Bettina Sänger, bettina.saenger@tandembtl.de

Franziska Hofmann, 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.

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	6
1 Vorbemerkungen und Handhabung	8
2 Grundsätze und Definitionen	10
2.1 Inklusiver Kinder- und Jugendschutz	10
2.2 Verständnis von Beeinträchtigung	11
3 Aktuelle gesellschaftliche und rechtliche Situation	13
3.1 Junge Menschen mit Beeinträchtigungen im BTHG	14
3.2 Junge Menschen mit Beeinträchtigungen in der Kinder- und Jugendhilfe	14
3.3 Junge Menschen mit Beeinträchtigungen im Völkerrecht	15
4 Formen von Kindeswohlgefährdung bei jungen Menschen mit Beeinträchtigung	16
4.1 Vernachlässigung/Unterlassung	16
4.2 Unterlassene Fürsorge/physische Vernachlässigung	16
4.3 Psychische Gewalt/seelische Misshandlung	17
4.4 Sexuelle Gewalt/sexueller Missbrauch	17
4.5 Häusliche Gewalt	17
4.6 Gewalt im Internet	17
5 Beeinträchtigungen: ein Überblick mit dem Fokus auf Kindeswohlgefährdung	18
5.1 Körperbehinderungen – Klassifikation nach Genese	18
5.2 Beeinträchtigungen der Sprache und der Sinne	19
5.3 Mehrfachbehinderungen	22
5.4 Frühkindliche Fütter- und Essstörungen	23
5.5 Chronische Erkrankungen im Kindesalter	26
5.6 Progrediente Erkrankungen im Kindesalter	27
5.7 Seelische Behinderung und drohende seelische Behinderungen	28
5.8 Lern- und Verhaltensschwierigkeiten	29
5.9 Das Fetale Alkoholsyndrom (FAS) oder Alkoholembryopathie (AE) oder Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD)	31
5.10 Kognitive Beeinträchtigungen	32
5.11 Tiefgreifende Beeinträchtigung der Entwicklung	38
6 Besondere Herausforderungen für die Personensorgeberechtigten	43
6.1 Voraussetzungen und elterliche Haltung	43
6.2 Anforderungen und Risiken	44
6.3 Ressourcen, Möglichkeiten und Chancen	46

6.4 Erziehungs- und Bildungspartnerschaften	46
7 Leitgedanken und Haltung	48
7.1 Leitbild der tandem BTL – Befähigung, Teilhabe, Lebensqualität.....	48
7.2 Haltung zum Kinder- und Jugendschutz inklusiv bei der tandem BTL.....	49
8 Verweis auf Unterlagen	50
9 Netzwerk	52
Literaturverzeichnis.....	55

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
ADS	AufmerksamkeitsDefizitSyndrom
AE	Alkoholembryopathie
ALD	Adrenoleukodystrophie
AS	Angelman-Syndrom
ASS	Autismus-Spektrum-Störung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BTHG	Bundesteilhabegesetz
BzgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
EEG	Elektroenzephalografie
EFB	Erziehungs- und Familienberatungsstelle
EGH	Eingliederungshilfe
FAS	Fetales Alkoholsyndrom
FASD	Fetal Alcohol Spectrum Disorder
HEVE	Herausforderndes Verhalten
HOPS	Hirnorganisches Psychosyndrom
KJA	Kinder- und Jugendambulanzen
KJGS	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
KJPD	Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst
KJS	Kinder- und Jugendschutz
KJSG	Kinder- und Jugendstärkungsgesetz
KWG	Kindeswohlgefährdung
LGBTIQ+	Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Inter, Queer (deutsch: lesbisch, schwul, bisexuell, transgender, intersexuell, queer)
NCL	Neuronale Ceroid Lipfuscinose
PSB	Personensorgeberechtigte
PWS	Prader-Willi-Syndrom
Resp.	Respektive
SGB VIII	Achtes Sozialgesetzbuch
SGB XII	Zwölftes Sozialgesetzbuch
SHT	Schädel-Hirn-Trauma
SIBUZ	Schulpsychologische und Inklusionspädagogische Beratungs- und Unterstützungszentren

SPZ	Sozialpädiatrische Zentren
UN-Behindertenrechtskonvention	Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen der Vereinten Nationen
WHO	World Health Organization - Weltgesundheitsorganisation
ZNS	Zentralnervensystem

1 Vorbemerkungen und Handhabung

Junge Menschen mit Beeinträchtigung sind stärker von Grenzverletzung betroffen als Kinder und Jugendliche ohne Beeinträchtigung. Den Schutz dieser vulnerablen Gruppe zu gewährleisten, wird durch Unsicherheiten bei der Einschätzung von Kindeswohlgefährdungen (KWG) junger Menschen erschwert. Die aktuelle Gesetzgebung fordert insbesondere von den Fachkräften die Gestaltung eines inklusiveren Kinderschutzes. Dieses Nachschlagewerk soll einen Beitrag leisten, um diesem herausfordernden pädagogischen Auftrag fundiert nachzukommen. Es dient den pädagogischen Fachkräften der tandem BTL als Orientierungs- und Reflexionshilfe zur Einschätzung und zu einem besseren Verständnis der Komplexität von Gefährdungssituationen in Kinder- und Jugendschutzprozessen. Es trägt zur Sensibilisierung für die Thematik Beeinträchtigungen im Kontext von Kinder- und Jugendschutz bei.¹ Darüber hinaus ist diese Handreichung als Vertiefung für den *Indikatorenkatalog inklusiv* und die *Risikoeinschätzung inklusiv der tandem BTL*² zu nutzen. (<https://www.tandembtl.de/kinder-und-jugendschutz.html>)

Für die Einschätzung von Gefährdungssituationen ist es wichtig, sich ausreichend Zeit zu nehmen und verschiedene Faktoren zu beachten. Zu berücksichtigen sind ggf. auch die Sichtweisen anderer Fachkräfte. Gefährdungssituationen sind vielfältig und oftmals schwer zu identifizieren. Bei spezifischen Beeinträchtigungen ist es ratsam, sich zusätzlich an die SPZ, medizinisch-therapeutische Fachkräfte oder auch entsprechende Betroffenen-(Selbsthilfe)-Gruppen zu wenden. Es ist zu beachten, dass bei jungen Menschen mit Beeinträchtigungen sowohl das Lebensalter als auch das tatsächliche Entwicklungsalter berücksichtigt werden muss.

Diese Handreichung fokussiert sich auf den Themenkomplex „Beeinträchtigung“ in dem Wissen, dass auch Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund, mit psychischen Störungen, LGBTIQ+-Kinder und Jugendliche sowie weitere vulnerable Gruppen einer sensiblen Beobachtung der für ihre Gruppe besonderen Aspekte bedürfen. Die Prozesse des § 8a SGB VIII stehen im Vordergrund und der § 8a SGB VIII stellt den Bezug dar. Die Beschreibungen insbesondere der Formen von Kindeswohlgefährdungen und deren spezifische Aspekte für Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigung sind im Rahmen des Institutionellen Kinder und Jugendschutz (IKJS) ebenso relevant und anwendbar. Diese Bezugsgröße wird zugunsten der Übersichtlichkeit in dieser Handreichung vernachlässigt.

Nach einer Einordnung der Begrifflichkeiten und der aktuellen gesellschaftlichen und rechtlichen Situation werden Formen von KWG und Beeinträchtigungen beleuchtet. Dabei soll deutlich werden,

¹ Die Ausführungen erheben keinen Anspruch der Vollständigkeit und dienen als Orientierung.

² Vgl. *tan_Indikatoren-Katalog bei Verdacht auf KWG inklusiv* und *tan_Risikoeinschätzung bei Verdacht auf KWG inklusiv*

welche Hinweise auf besondere Aspekte³ im Hinblick auf eine mögliche KWG relevant sein können. Dieses Nachschlagewerk enthält weiterhin Hinweise zu besonderen Herausforderungen von Personensorgeberechtigten (PSB) und stellt den Bezug zum Leitbild der tandem BTL dar. Außerdem sind Verweise zu Netzwerken, weiterführender Literatur und Arbeitsmaterialien aufgeführt.

³ Siehe Kapitel 5. Beeinträchtigungen: ein Überblick mit dem Fokus auf KWG

2 Grundsätze und Definitionen

Kinder- und Jugendschutz (KJS) umfasst alle Maßnahmen und Vorschriften, die Kinder und Jugendliche vor Grenzverletzungen bewahren und ihre Entwicklung fördern. Im rechtlichen Kontext wird der Begriff als Sammelbegriff für gesetzliche Maßnahmen verwendet. In der öffentlichen und freien Kinder- und Jugendhilfe werden im KJS:

- Kindeswohlgefährdungen, Vernachlässigung und/oder Misshandlung abgewendet;
- Entwicklungsrisiken minimiert;
- Präventionsmaßnahmen zur Stärkung von jungen Menschen etabliert.



4

Letztendlich benennt das Kindeswohl die ganzheitliche (körperliche, geistige und seelische) Unversehrtheit eines jungen Menschen.

2.1 Inklusiver Kinder- und Jugendschutz

Grundsätzlich: KJS ist unteilbar und gilt für ALLE jungen Menschen. Es ist dabei erforderlich, soziale Inklusion zu gewährleisten und für alle Akteur*innen des Schutzprozesses eine Handlungssicherheit zu schaffen. Sichere Räume und Umgebungen für ALLE jungen Menschen mit ihren individuellen Besonderheiten und Hintergründen müssen bestehen. Jeder Mensch hat ein Recht auf Würde, Respekt vor der eigenen Person, die Wahrung von Grenzen sowie ein Recht auf Selbstbestimmung und Teilhabe.

⁴ <https://www.tandembtl.de/kinder-und-jugendschutz.html>

ALLE Kinder und Jugendlichen haben das Recht auf...

- ... Gleichbehandlung und Schutz vor Diskriminierung;
- ... Spiel, Freizeit und Ruhe;
- ... eine eigene Meinung und sich zu informieren, mitzubestimmen und sich zu versammeln;
- ... Bildung;
- ... elterliche Fürsorge;
- ... Schutz vor Ausbeutung und Gewalt;
- ... gewaltfreie Erziehung;
- ... besondere Betreuung und Förderung bei Behinderung

und noch vieles mehr.

Ganz gleich, wer sich um Kinder und Jugendliche kümmert, für sie sorgt, sie erzieht, Kontakte aufbaut oder eine emotionale Beziehung zu ihnen unterhält, jede*r ist für die Wahrung dieser Rechte verantwortlich. Insbesondere Fachkräfte haben darüber hinaus den Auftrag, stellvertretend für vulnerable Gruppen diese Rechte einzufordern, damit das Wohl der jungen Menschen für ihre uneingeschränkte Entwicklung gewährleistet ist.⁵

2.2 Verständnis von Beeinträchtigung

Menschen mit Beeinträchtigungen sind Personen, die aufgrund von längerfristigen Beeinträchtigungen ihrer Gesundheit, ihrer Sinnesmöglichkeiten, ihrer kognitiven Fähigkeiten sowie ihres körperlichen, geistigen und seelischen Wohlbefindens den Anspruch und das Recht auf besondere Förderung, Unterstützung sowie Behandlung haben. Dies gilt auch für Personen mit chronischen Krankheiten wie z. B. einer Autoimmunerkrankung.

Grundlegend ist für uns ein Verständnis von Beeinträchtigung, das die Wechselwirkung zwischen Individuum und Umwelt in den Vordergrund stellt. Dabei soll auch beachtet werden, dass die physische, psychische, sinnesbezogene und/oder kognitive Einschränkung Realität ist und der Grund für Förderbedarfe sowie den besonderen Entwicklungsverlauf eines jungen Menschen darstellt. Auf diese Realität antwortet derzeit die bestehende Gesellschaft (noch) mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren sowie oftmals mit Ausgrenzung. Das bedeutet, dass Teilhabe – ein sozialpolitisches Konzept für die Verwirklichung von Selbstbestimmung, Empowerment und Einflussnahme – durch die o.g. Barrieren

⁵ Vgl. <https://www.unicef.de/informieren/ueber-uns/fuer-kinderrechte/un-kinderrechtskonvention>

eingeschränkt und somit die reale Funktionsbeeinträchtigung negativ verstärkt wird. Ein Konzept konsequenter, selbstbestimmter Teilhabe soll jedoch die Auflösung des Anders-, des „Behindertseins“ zum Ziel haben: auf der politischen, rechtlichen, umweltbezogenen und gesellschaftlichen Ebene. Verbunden mit einer Erwartung von Selbstwirksamkeit:

*Was ich meine, wird gehört und verstanden. Was ich tue, wird gesehen, zählt und wird berücksichtigt.*⁶

Für die Arbeit mit jungen Menschen mit Beeinträchtigungen und ihren Familien bedeutet dies, dass Ausgrenzung nicht akzeptiert wird; dass neben der individuellen Förderung zur Kompensation der realen Einschränkung der gesamte lebensweltliche Kontext – mit allen hemmenden und förderlichen Faktoren – miteinbezogen wird: hin zu einem selbstbestimmten und mitbestimmenden Leben. Dieses Ziel auch professionell zu verfolgen ist ein unbedingter Aspekt inklusiven Kinder- und Jugendschutzes.

Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen sind eine besonders verletzte Gruppe.

2012 wertete die WHO 17 Studien aus Industrieländern zur Gewalt an Kindern mit Beeinträchtigungen aus. Auftraggeber war neben der WHO das deutsche BMFSFJ. Das sind die Ergebnisse:

- Kinder mit Beeinträchtigungen sind 3,7-mal mehr als nicht-beeinträchtigte Kinder Gewalt ausgesetzt.
- Sie werden 3,6-mal mehr Opfer körperlicher Gewalt und 2,9-mal mehr Opfer sexualisierter Gewalt.
- Am meisten gefährdet sind Kinder mit kognitiver Beeinträchtigung.⁷

Beeinträchtigungen stehen fast nie für sich allein; sie sind verbunden mit Entwicklungsrückständen, u. U. chronischen Schmerzen, Begleiterkrankungen sowie oft mit Verhaltensbesonderheiten, die ein Risikofaktor für eine Kindeswohlgefährdung⁸ sein können. Das Zusammenleben in der Familie ist nahezu immer belastet. Stigmatisierung, Diskriminierung, Kommunikationsbarrieren, Unwissen und Uninformiertheit bei allen Beteiligten machen verletzlich und erhöhen das Risiko, Gewalt ausgesetzt zu sein.

⁶ Die Beschreibung des Konzeptes Teilhabe lehnt sich an die Ausführungen der gemeinnützigen Organisation Handicap international an. Die Organisation tritt für eine solidarische und inklusive Welt sowie für bessere Lebensbedingungen für Menschen mit Beeinträchtigungen ein: vgl. <https://www.hi-deutschland-projekte.de/>

⁷ Vgl. <https://news.un.org/en/story/2012/07/415382>

⁸ Siehe Kapitel 5. Beeinträchtigungen: ein Überblick mit dem Fokus auf KWG

3 Aktuelle gesellschaftliche und rechtliche Situation

Junge Menschen mit Beeinträchtigungen haben ein Recht auf:

- adäquate Förderung und Bildung;
- medizinische Behandlung, Medikamente, Hilfsmittel und Therapien;
- Assistenzleistungen und Kommunikationsmöglichkeiten.

Weiterhin haben sie ein Recht darauf, dass PSB und Fachkräfte für die Umsetzung dieser Rechte sorgen. Das dauerhafte Vorenthalten ist eine Gefährdung ihres Wohls.

Nach der Auswertung o. g. Studien⁹ forderte die WHO in ihrem Bericht die Verbesserung von Gesundheit und sozialer Teilhabe, den Abbau institutionalisierter Betreuung und das Hinterfragen institutionalisierter Strukturen und Routinen sowie die grundsätzliche Verbesserung von Versorgung und Schutz.

In der Stellungnahme der Fachverbände für Menschen mit Behinderungen¹⁰ heißt es:

„Die Standards im Kinderschutz müssen für alle Kinder und Jugendlichen gelten. Kinderschutz ist unteilbar. Damit die Jugendhilfe ihren besonderen Schutzauftrag im gleichen Maße gegenüber Kindern und Jugendlichen mit Behinderung wahrnehmen kann, bedarf es besonders qualifizierter und sensibilisierter Fachkräfte. Sie müssen mit den Ausprägungen von Behinderung und dem Leben und Alltag von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung und ihren Familien vertraut sein, um Gefährdungen zu erkennen und Risiken einordnen zu können. Das besondere Verhalten eines Kindes mit Behinderung kann im Zusammenhang mit der Behinderung stehen, es kann aber auch seine Ursache in Gewalterfahrung oder Vernachlässigung haben. [...]. Im Bereich Kinderschutz wäre neben der obenstehenden Qualifizierung sämtlicher Fachkräfte diesbezüglich vor allem auch an eine Einbeziehung von Inklusion und Teilhabe in die Voraussetzungen der Betriebserlaubnis (§ 45 Abs. 2 Nr. 2 SGB VIII)¹¹ zu denken. Hier wird die Gewährleistung des Wohls der Kinder und Jugendlichen in einer Einrichtung vermutet, wenn u. a. die gesellschaftliche und sprachliche Integration und ein gesundheitsförderliches Lebensumfeld in der Einrichtung unterstützt werden. In gleichem Umfang sollte bei der Erteilung der Betriebserlaubnis auch die inklusive Ausrichtung einer Einrichtung und die Förderung der Teilhabe Berücksichtigung finden.“¹²

⁹ Siehe Kapitel 2.2 Verständnis von Beeinträchtigung

¹⁰ Fachverbände für Menschen mit Behinderungen (2019): Stellungnahme vom Februar. Seite 2.

¹¹ Der Wortlaut des § 45 SGB VIII „Erlaubnis zum Betrieb einer Einrichtung“ wurde nicht geändert

¹² <https://www.diefachverbaende.de/files/stellungnahmen/2019-02-12-Mitreden-Mitgestalten-Stellungnahme-Fachverbaende-fuer-Menschen-mit-Behinderung.pdf>

3.1 Junge Menschen mit Beeinträchtigungen im BTHG

Die für alle Rehabilitationsträger verbindlichen allgemeinen Regeln des Teils 1 und Teils 2 des SGB IX gelten mit dem BTHG seit dem 01.01.2018 auch für junge Menschen mit Beeinträchtigungen der Eingliederungshilfe (EGH). Dies ist unabhängig davon, ob sie aus dem SGB XII oder dem SGB VIII zu leisten sind. Trägerübergreifende Lösungen sollen angestrebt werden. Besonderes Augenmerk muss gelegt werden:

- auf die Verletzlichkeit der Kinder und Jugendlichen – auch in ihrer Entwicklung;
- auf die oft bestehende Erforderlichkeit von Pflege und Therapie und die sich daraus ergebende körperliche Nähe und Abhängigkeit von Dritten, die u. U. ein zusätzliches Risiko sein kann;
- auf die u. U. eingeschränkten Mitteilungsmöglichkeiten.

3.2 Junge Menschen mit Beeinträchtigungen in der Kinder- und Jugendhilfe

Am 10. Juni 2021 trat das „Gesetz zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen“ (Kinder- und Jugendstärkungsgesetz – KJSG) in Kraft. Erklärtes Ziel des KJSG ist es, vor allem die jungen Menschen zu stärken, die besonderen Unterstützungsbedarf haben, die benachteiligt sind, die unter belastenden Lebensbedingungen aufwachsen und die Gefahr laufen, von der sozialen Teilhabe ausgeschlossen zu werden. Geschaffen werden soll eine inklusive Kinder- und Jugendhilfe, in deren Kontext es für junge Menschen mit Behinderungen und ihre PSB leichter wird, ihre Rechte zu verwirklichen und die Leistungen zu bekommen, auf die sie Anspruch haben. Dies soll insbesondere erreicht werden durch:

- eine Verankerung der Inklusion als Leitgedanke der Kinder- und Jugendhilfe;
- eine grundsätzlich gemeinsame Betreuung von jungen Menschen mit und ohne Behinderungen in Kindertageseinrichtungen;
- engere und verbindlichere Zusammenarbeit der beteiligten Leistungsträger;
- verbindlichere Beratung betroffener junger Menschen und ihrer PSB im Hinblick auf Leitungen, Zuständigkeiten und Leistungen anderer Systeme.

Seit 2024 werden PSB zudem unterstützt durch eine*n Verfahrenslots*in, also eine verlässliche Ansprechperson, die sie durch das ganze Verfahren begleitet. Bis 2027 soll die Kinder- und Jugendhilfe für alle jungen Menschen zuständig sein, was bis 2027 ein Bundesgesetz im Einzelnen regelt.

3.3 Junge Menschen mit Beeinträchtigungen im Völkerrecht

Der Artikel 7 der UN-Behindertenrechtskonvention,¹³ den Deutschland am 26. März 2009 als Vertragsstaat unterzeichnet hat, bezieht sich ausschließlich auf Kinder mit Behinderungen. Absatz 1 sagt aus, dass die Vertragsstaaten alle erforderlichen Maßnahmen treffen, um zu gewährleisten, dass Kinder mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen Kindern alle Menschenrechte und Grundfreiheiten genießen können. Dieser Absatz basiert auf Artikel 2 Abs. 1 der UN-Kinderrechtskonvention, der besagt, dass Kinder eines besonderen Schutzes bedürfen. Bei all diesen Maßnahmen für Kinder mit Behinderungen ist gemäß Absatz 2 das Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt, der vorrangig zu berücksichtigen ist. Nach Absatz 3 gewährleisten alle Vertragsstaaten Kindern mit Behinderungen das Recht, ihre Meinung gleichberechtigt mit anderen Kindern frei zu äußern, wobei ihre Meinung angemessen und entsprechend ihres Alters und ihrer Reife berücksichtigt wird. Weiterhin sollen die Kinder hierbei behindertengerechte und altersgemäße Hilfe bekommen, damit sie dieses Recht verwirklichen können. Neben dem eigenständigen Artikel 7 werden Kinder auch in anderen Vorschriften der UN-Behindertenrechtskonvention ausdrücklich erwähnt, um ihnen besonderen Schutz zukommen zu lassen; so wird zum Beispiel ihr Recht auf Freizeitaktivitäten (Artikel 30 Abs. 5d), Bildung (Artikel 24) oder einen Namen von Geburt an (Artikel 18 Abs. 2) festgehalten¹⁴. Die Generalversammlung der Vereinten Nationen empfiehlt v. a. für Deutschland, den Rechtsschutz von Kindern mit Behinderungen zu garantieren, sie teilhaben zu lassen sowie adäquate Assistenzleistungen bereit zu stellen und Chancengleichheit sowie Inklusion sicherzustellen.

¹³ Vgl. <https://www.behindertenrechtskonvention.info/kinder-mit-behinderung-3781/>

¹⁴ Gemäß Artikel 18, Absatz 2 UN-BRK sind Kinder mit Behinderungen unverzüglich nach ihrer Geburt in ein Register einzutragen. Weiterhin haben Kinder mit Behinderungen das Recht auf einen Namen von Geburt an und das Recht, eine Staatsangehörigkeit zu erwerben. In Deutschland hat gemäß BGB jede Person das Recht auf einen Namen

4 Formen von Kindeswohlgefährdung bei jungen Menschen mit Beeinträchtigung

In dieser Handreichung wird sich auf Formen von Kindeswohlgefährdung im Hinblick auf spezifische Lebensbedingungen der Kinder und Jugendlichen mit Beeinträchtigung bezogen. Grundsätzlich möchten wir darauf hinweisen, dass es spezifische Formen von Gewalt gegen junge Menschen mit Beeinträchtigungen gibt. Diese sind v. a.:

- übermäßige oder unangemessene Medikamentengabe;
- Vorenthalten von Förderung und Therapie;
- Vorenthalten, Wegnehmen, Kaputtmachen von Hilfsmitteln;
- Vorwerfen der Beeinträchtigung und ihrer Folgen; negative Kommentare;
- Drohung, die Pflege etc. einzustellen sowie der unsachgemäße Umgang mit Pflege und Assistenz.¹⁵

4.1 Vernachlässigung/Unterlassung

Junge Menschen mit Behinderungen haben ein Recht auf die optimale Versorgung mit Hilfsmitteln, Therapien und medizinische Behandlung – wenn sie nötig ist. Das Nicht-Versorgen, Wegnehmen und Vorenthalten bspw. von Hilfsmitteln ist eine Kindeswohlgefährdung. Der Einsatz freiheitseinschränkender Hilfsmittel (z. B. Fixierungen oder Stehständer) darf nur der Verbesserung der Teilhabe und der Gesundheit dienen; er muss sensibel und angemessen gehandhabt werden und darf das kindliche Wohl nicht beeinträchtigen

4.2 Unterlassene Fürsorge/physische Vernachlässigung

Junge Menschen mit Beeinträchtigungen und chronischen Krankheiten müssen dann besonders geschützt werden, wenn PSB bspw. schulmedizinische Versorgung ablehnen. Besondere zahnmedizinische Bedarfe z. B. von jungen Menschen mit Williams–Beuren-Syndrom sind zu beachten; Vernachlässigung der Versorgung kann z. B. bei Kindern und Jugendlichen mit Stoffwechsel-Erkrankungen oder Genveränderungen spezifische gesundheitliche Folgen haben.

¹⁵ Gewalt an Kindern mit Behinderungen, Bericht des UN-Ausschusses für die Rechte des Kindes. 2007, vgl. https://www.gewaltinfo.at/themen/2016_08/gewalt-an-kindern-mit-behinderungen.php

4.3 Psychische Gewalt/seelische Misshandlung

PSB und/oder weitere Personen, die im Kontakt mit den jungen Menschen stehen, müssen dafür Sorge tragen, dass ein Kind mit Beeinträchtigungen grundsätzlich vor Stigmatisierung und Diskriminierung geschützt wird, ganz gleich von wem diese ausgeht.

4.4 Sexuelle Gewalt/sexueller Missbrauch

Besonders zu beachten ist die Verletzlichkeit kognitiv beeinträchtigter junger Menschen – v. a. bei Nicht-Gebrauch der Lautsprache und/oder Schwierigkeiten im Verstehen und Sich-Ausdrücken.

4.5 Häusliche Gewalt

Junge Menschen mit Beeinträchtigungen und/oder chronischen Erkrankungen müssen ganz besonders geschützt werden vor häuslicher Gewalt. Wird ein Kind oder ein*e Jugendliche*r Zeuge von häuslicher Gewalt, ist das eine Kindeswohlgefährdung. Das Risiko für eine Kindeswohlgefährdung erhöht sich in besonderem Maße dann, wenn der junge Mensch sich nur eingeschränkt oder gar nicht mitteilen kann.

4.6 Gewalt im Internet

Junge Menschen mit Lernschwierigkeiten resp. kognitiven Beeinträchtigungen und u. U. auch mit einer Beeinträchtigung des Hörens müssen in barrierefreier Form über Gewalt im Internet aufgeklärt und in besonderem Maß geschützt werden.

5 Beeinträchtigungen: ein Überblick mit dem Fokus auf Kindeswohlgefährdung

Das folgende Kapitel soll als Katalog einen Überblick¹⁶ über Beeinträchtigungsformen bieten. Neben Definitionen und Hintergründen sind auch Informationen zu Ursachen und Symptomen zu finden. Weiterhin werden Querverweise auf andere Behinderungsformen aufgeführt. Einzelne Behinderungs- oder Krankheitsbilder werden in den Unterkapiteln separat beschrieben. Unter **Hinweise auf besondere Aspekte im Hinblick auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung** wird aufgeführt, was in Bezug auf den Kinder- und Jugendschutz im Hinblick auf die jeweilige Beeinträchtigung vornehmlich zu beachten ist. Grundsätzlich gilt: Alle jungen Menschen mit Beeinträchtigungen sind in besonderer Weise dem Risiko ausgesetzt, dass ihr Wohl nicht ausreichend gewährleistet werden kann. Sie sind eine in allen Belangen sehr verletzbare Gruppe – auf ihr Wohl muss aufmerksam und dauerhaft geachtet werden.

5.1 Körperbehinderungen – Klassifikation nach Genese

Die „Körperbehinderungen“ können nach den Gruppen **„angeboren“** (infantile Cerebralparese, Deformierungen, Systemerkrankungen des Skeletts), **„nachgeburtlich“** (progrediente Erkrankungen und Dystrophien) sowie **„erworben bzw. traumatischer oder entzündlicher Genese“** (Unfallfolgen und Amputationen, Folgen bakterieller und anderer Entzündungen, erworbene Lähmungen) unterteilt werden. Die Poliomyelitis ist die häufigste Form von Körperbehinderung, die im Kindesalter eintritt.

Allen Körperbehinderungen ist gemeinsam, dass der Stütz- und Bewegungsapparat in seinen Funktionen so eingeschränkt ist, dass die jungen Menschen in der Ausübung altersgemäßer motorischer Abläufe beeinträchtigt sind. Einschränkungen in der Bewegungsfreiheit wirken sich auf das soziale und emotionale Wohlbefinden aus; sie sind zum einen real vorhanden und werden zum anderen durch Barrieren in der Umgebung verstärkt¹⁷. Körperbehinderungen können auch durch chronische Erkrankungen verursacht werden wie z. B. durch Rheuma, Autoimmun- oder Gefäßerkrankungen. Vielen Kindern ist die Behinderung sehr bewusst.

Bedeutsam ist die Kombination einer Körperbehinderung mit Sinnesbehinderungen¹⁸ oder mit kognitiven Beeinträchtigungen¹⁹.

¹⁶ Der Überblick erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die aufgegriffenen Beeinträchtigungen gehen vor allem zurück auf die Interessen und Schwerpunkte von Fachkräften, die an Weiterbildungen im Kontext Kinderschutz inklusiv teilnahmen. So fließen auch Erfahrungswerte von Fachkräften, betroffenen Eltern sowie Personen aus Interessenvertretungen für Menschen mit Beeinträchtigungen in das dargestellte Wissen ein.

¹⁷ Siehe Kapitel 2.2 Verständnis von Beeinträchtigungen

¹⁸ Siehe Kapitel 5.2. Beeinträchtigungen der Sprache und der Sinne

¹⁹ Siehe Kapitel 5.10 Kognitive Beeinträchtigungen

Hinweise auf besondere Aspekte im Hinblick auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung

Für junge Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderungen gilt in besonderem Maß, dass auf das Vorenthalten von Hilfsmitteln, Förderung und Therapie geachtet werden muss und dass die Drohung, Bereiche wie Pflege, Assistenz und Behandlung einzustellen, eine Form der Kindeswohlgefährdung darstellt.

5.2 Beeinträchtigungen der Sprache und der Sinne

Für alle jungen Menschen mit Beeinträchtigungen der Sinne und der Sprache ist die konsequente Frühförderung von großer Wichtigkeit, um die verschiedenen Funktionen, die Sehen und Hören übernehmen, zu kompensieren.

Sprachbehinderungen und Sprachauffälligkeiten

Sprachentwicklungsstörungen und **Artikulationsstörungen** treten häufig in Kombination mit erheblichen Lernschwierigkeiten auf. Die „**chronische Redefluss-Störung**“ („Stottern“) ist ein multifaktorielles Geschehen mit starker psychischer Komponente. Rund 40 % der v. a. jungen Menschen mit **Trisomie 21**²⁰ stottern.

Beeinträchtigungen des Sehens, Sehschwäche und Blindheit

In Deutschland kommen pro Jahr knapp 200 Kinder blind und rund 1000 Kinder mit hochgradiger Sehbehinderung zur Welt. Als blind gelten Menschen mit weniger als 2 % des gesunden Sehvermögens, als hochgradig sehbehindert Menschen mit 2 % bis 5 % des gesunden Sehvermögens.

Ursachen sind genetisch bedingte Fehlbildungen am Auge, Infektionen der Mutter während der Schwangerschaft, Augenerkrankungen sowie Erkrankungen des Gehirns (zentrale Sehstörung). Beeinträchtigungen des Sehens haben komplexe Auswirkungen auf die gesamte kindliche Entwicklung. Der Aufbau eines Verständnisses für den Rest der Welt während der Kindheit wird bei sehenden Kindern beständig verstärkt durch das Wahrnehmen von Distanzen, von Gegenständen jenseits der eigenen Reichweite und von Relationen zwischen den Gegenständen. Ein blindes Kind kann den Raum und die Relationen zwischen Gegenständen innerhalb seiner Reichweite auch abschätzen, hat aber größere Schwierigkeiten jenseits der unmittelbaren Umgebung, die es erreichen und berühren kann. Mit der Fähigkeit zu krabbeln und zu laufen wird ein blindes oder hochgradig sehbehindertes Kind fähig, einen

²⁰ Siehe Kapitel 5.10 Kognitive Beeinträchtigungen

Sinn für die Umgebung zu entwickeln, der dem Verstehen eines sehenden Kindes näherkommt. Das Hören hilft, manche Gegenstände aus der Entfernung zu erkennen, die ein sehendes Kind durch das Schauen erkennt. Der Abstand zwischen blinden und sehenden Kindern bezüglich ihrer kognitiven Entwicklung kann sich in diesem Stadium vergrößern. Um dem entgegenzuwirken, müssen PSB eingreifen, damit das blinde Kind seine Umgebung möglichst umfassend erfährt. Ein sehendes Kind kann vieles schlicht durch Beobachten passiv lernen, während ein blindes Kind sich dafür aktiv in seiner Umgebung engagieren muss. Der Unterschied wird noch klarer bei der Aneignung der Sprache. Auch ein blindes Kind muss Relationen wahrnehmen, einordnen und sprachlich benennen. Sehende Kinder können räumliche Bezüge wie „unter“, „neben“ oder „dort hinten“ durch Beobachten erlernen. Ein blindes Kind muss diese durch direkte physische Erfahrung wahrnehmen. Konkrete Erfahrung ist für die kognitive Entwicklung aller jungen Menschen unerlässlich, für das Lernen blinder Kinder steht sie jedoch absolut im Mittelpunkt. Die Verbindung zwischen der physischen und kognitiven Entwicklung eines blinden Kindes hängt daher sehr von seiner emotionalen Entwicklung ab: von der Entwicklung seines Selbstvertrauens und dem Willen, sich aktiv in der Welt zu engagieren. In diesem Bereich kommt es entscheidend darauf an, dass die PSB das Kind ermutigen, sich körperlich etwas zuzutrauen. Dabei sollten sie all diese Aktivitäten durch Sprechen begleiten. So erhält das eingeschränkt sehende Kind zusätzlich zu seinen physischen Erfahrungen verbale Informationen, weil die Sprache die unmittelbare konkrete Realität überschreitet. Ein uneingeschränkt sehfähiges Kind ist in der Regel abenteuerlustiger, nimmt weniger auf Gefahren Rücksicht und will Dinge tun, die mitunter gefährlich sind. Ein blindes Kind hat weniger Gelegenheiten für „zufälliges Lernen“ – aber die PSB können das auf vielfache Weise ausgleichen. Genauso wie sehende Kinder sprachliche Fähigkeiten durch das Lesen interessanter Geschichten erlernen, können blinde Kinder Braille am besten durch interessante Geschichten lernen. Ebenso ist eine gut bebilderte Geschichte für sehende Kinder unterhaltsamer, weil sie die Aufmerksamkeit zwischen Bild und Text hin- und hergehen lässt. Vermutlich wird ein blindes Kind Braille leichter lernen, wenn seine Geschichten taktil illustriert sind, entweder auf der Seite selbst oder durch separate Gegenstände, so dass seine Hände zwischen dem Brailletext und dem veranschaulichenden Material hin- und hergehen.

Anzeichen bei Babys für eine Sehbehinderung können sein:

- graue oder auffällig große Pupillen, „zitternde“ Augen;
- die Bezugsperson wird nicht angelächelt, das Baby schaut „andere nicht richtig an“, folgt nicht den Bewegungen anderer;
- reagiert auf Geräusche, greift aber nicht nach „stummen“ Spielzeugen, reibt die Augen und kneift sie auffällig oft zusammen, blinzelt, schielt und hält den Kopf schief.

Beeinträchtigungen des Hörens

Das Hören ist die älteste und komplizierteste Sinnesfunktion des Menschen; den Hörsinn zu kompensieren ist schwierig.

Ursachen von Hörschädigung vor, während und nach der Geburt sind:

- erblich bedingte Schädigung, Erkrankungen oder Infektionen der Mutter;
- Substanzmissbrauch, Medikamenteneinnahme;
- Blutungen während der Schwangerschaft, Hirn- oder Schädelverletzungen des Säuglings, Atemstillstand oder Sauerstoffmangel, Frühgeburt;
- schwere Gelbsucht, Gabe von Medikamenten oder Antibiotika im frühen Kindesalter, Traumata oder Infektionskrankheiten des Kindes.

Arten von Hörschädigung sind: **Schallleitungsschwerhörigkeit, Schallempfindungsschwerhörigkeit, Kombinierte Schwerhörigkeit, Taubheit²¹** und **Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung/ Zentrale Hörstörung.**

Zwischen dem intakten Hören und der Taubheit liegen viele graduelle Abstufungen. Schwerhörigkeit kann leicht-, mittel- oder hochgradig verlaufen; bei hochgradiger und an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit kann der junge Mensch nicht mehr allein in der Lautsprache kommunizieren. Für das Erlernen der Sprache ist es bedeutsam, ob der junge Mensch mit der Hörschädigung geboren wurde und ob sie prä- oder postlingual eintrat. Die Hörschädigung definiert nicht das Kind; aber es ist wichtig, diese gut zu kennen sowie ihre Einflüsse auf das Zusammenleben einzuschätzen. Hören entwickelt sich und damit auch die Intelligenz, die Persönlichkeit, die Fähigkeiten des jungen Menschen. Aufwachsen sowohl in der Laut- als auch in der Gebärdensprache fördert den jungen Menschen in seinen Fähigkeiten, Informationen zu bekommen und zu verarbeiten. Stark hörgeschädigter Kinder weisen ein hyperkinetisches Verhalten auf.

Hinweise auf besondere Aspekte im Hinblick auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung

Zu bedenken ist immer, dass junge Menschen mit Beeinträchtigungen der Sinne und der Sprache vor Hohn, Spott und Demütigung geschützt werden müssen – ganz besonders gilt das für junge Menschen mit Sprachauffälligkeiten.

Weitere besondere Aspekte im Hinblick auf eine mögliche KWG können sein:

²¹ Der Begriff ist als audiologische Diagnose zulässig.

- Vorenthalten von Hörhilfsmitteln, von denen der junge Mensch in seiner Entwicklung profitieren könnte;
- Vorenthalten von Logopädie und Sprachförderung;
- Vorenthalten von Behandlung bei (rezidivierenden) Ohrenentzündungen;
- Vorenthalten von barrierefreier und bilingualer Kommunikation, was insbesondere junge Menschen mit Hörbehinderung ausgrenzt.

5.3 Mehrfachbehinderungen

Eine Behinderung steht nie für sich allein. Sie wird nahezu immer von anderen Erkrankungen, Schmerzen oder Sekundärbehinderungen begleitet. Ein junger Mensch mit Beeinträchtigungen ist also nahezu immer „mehrfach behindert“.

Nachfolgend soll auf den konkreten Begriff **Mehrfachbehinderung** eingegangen werden – wenn also einer **Primärbehinderung** eine **Sekundärbehinderung** folgt und der junge Mensch in erheblichem Maß beeinträchtigt ist. Unterschieden wird die

- kumulative Mehrfachbehinderung, wenn z. B. ein stark hörbeeinträchtigter junger Mensch infolge eines Unfalls eine erhebliche Gehbehinderung hat;
- multiple Primärbehinderung, z. B. ein unter der Geburt eingetretenes multiples Schädigungssyndrom;
- konsekutive Mehrfachbehinderung, z. B. Sprachauffälligkeiten infolge einer Hörbehinderung.

Hinweise auf besondere Aspekte im Hinblick auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung

Zusammenfassend gilt im Hinblick auf eine mögliche KWG: Das Management bei einer Mehrfachbehinderung eines Kindes, das eine Familie leisten muss, ist als Stressfaktor nicht zu unterschätzen.

5.4 Frühkindliche Fütter- und Essstörungen

Fütter-²² und Essstörungen, die im frühen Kindesalter (zwischen 0 und 5 Jahren) auftreten und sich in der Phase des Gefüttert-Werdens und des Erlernens des selbständigen Essens manifestieren, gehören zu den Störungen der Verhaltensregulation und zeichnen sich aus durch:

- wählerisches Essverhalten;
- mangelnde Akzeptanz altersangemessener Nahrungsmittel hinsichtlich Geschmack, Textur, Konsistenz;²³
- Probleme bei der Einführung von Löffelkost oder fester Nahrung;
- Nahrungsverweigerung.

Zu beachten sind v. a. die dyadischen Aspekte der Nahrungsaufnahme zwischen dem Kind und der Bezugsperson. Diese treten oft in Kombination mit Schwierigkeiten in der affektiven Regulation, Schlaf-, Wachregulation und beim Lernen auf.

Fütter- und Essstörungen in der frühen Kindheit sind vielgestaltig und abhängig von:

- dem Alter des Kindes und dem Ausmaß der Beeinträchtigung bzw. des Entwicklungsalters;
- dem Verhalten der PSB und der Qualität von Bindung und Beziehungsgestaltung;
- der Vorbelastung des Kindes im Hinblick auf somatische Beeinträchtigungen und/oder tiefgreifende Entwicklungsstörungen wie Autismus etc.

Es zeigt sich ein breites Spektrum von einfachen, vorübergehenden Problemen bis zu vollständiger Nahrungsverweigerung mit ggf. lebensbedrohlichen Folgen. U. U. handelt es sich um eine persistierende Störung; zu beachten ist ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Essstörung im Jugend- und Erwachsenenalter.

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (2007) nennt in den Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter folgende Kriterien:

- die Probleme treten länger als 1 Monat und bis zu 3 Monaten auf;
- die Eltern brauchen Hilfe;

²² „Füttern“ (Nahrung in den Mund geben) wird als Begriff bei Kleinkindern genutzt, „Essen reichen“ (Nahrung in die Hand geben) bei jungen Menschen

²³ Tritt ebenso bei Autismus auf, siehe Kapitel 5.11 Tiefgreifende Beeinträchtigung der Entwicklung

- das Füttern dauert ab dem 4. Lebensmonat länger als 45 Minuten; die Abstände zwischen den Mahlzeiten sind kürzer als 2 Stunden.²⁴

Die **Klassifikation von Fütterstörungen** nach Irene Chatoor (2012) wird international beachtet und angewandt. Wenngleich sie auch Hinweise im Hinblick auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung beinhalten, sollen sie an dieser Stelle gesondert betrachtet werden:²⁵

- Das Kind ist zu müde, zu aufgeregt, kommt in keinen ruhigen Wachzustand; die PSB sind selbst belastet.
- Die Interaktion während des Fütterns ist schwierig; das Kind hält kaum Augenkontakt, lächelt und plappert nicht, schmust wenig. Manche Eltern füttern zu unregelmäßig, verbringen zu wenig Zeit mit dem Kind und zeigen vernachlässigende Verhaltensweisen.
- Das Kind isst zu wenig, spielt mit dem Essen, zeigt kaum Hungersignale oder Interesse am Essen aber großes Interesse an der Interaktion mit den Bezugspersonen. PSB erleben das Kind oft als eigensinnig und haben große Angst bzgl. seines Essverhaltens. Sie reden gut zu und versuchen mit großer Auswahl an Nahrungsmittel das Kind zum Essen zu bringen. Frühkindliche oder infantile Anorexie ist u. U. ein Risikofaktor für die spätere Entwicklung einer Pubertätsmagersucht (Anorexia nervosa) – auch wenn sich die infantile Anorexie von der Anorexia nervosa unterscheidet: bei der infantilen Anorexie nehmen die Kinder den Hunger nicht wahr, bei der (später auftretenden) Anorexia nervosa wird der Hunger bekämpft.
- Das Kind hat eine sensorische Nahrungsaversion bzgl. Textur, Geschmack, Geruch und evtl. sensorische Empfindlichkeiten.²⁶ Hier zeigt sich u. U. ein Risikofaktor für selektives Essverhalten.
- Es gibt einen Zusammenhang mit medizinischen Erkrankungen, Schmerzen, Atemschwierigkeiten, rascher Ermüdung.
- Es gibt einen Zusammenhang mit posttraumatischen Belastungen wie Behandlungen im Mund-/Rachenraum, Druck, Zwang, Gewalt, Festhalten, verschlucken.²⁷

Pica-Syndrom

Personen mit **Pica** essen regelmäßig Dinge, die keine Nahrungsmittel sind (wie zum Beispiel Papier, Erde, Schmutz oder Haare). Dies kann u. U. Komplikationen verursachen wie Verstopfung, Darmverschluss, Vergiftungen oder Infektionen. Pica wird in der Regel diagnostiziert, wenn ein junger Mensch ab dem 2.

²⁴ Deutscher Ärzte- Verlag. 2007. Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. www.aertzeverlag.de. Köln.

²⁵ Alle Faktoren sind auch immer in Kombination möglich.

²⁶ Siehe Kapitel 5.11 Tiefgreifende Beeinträchtigung der Entwicklung

²⁷ Irene Chatoor. 2012. Fütterstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern- Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten. Stuttgart.

Lebensjahr mindestens einen Monat lang Dinge isst, die keine Nahrungsmittel sind. Geprüft werden muss unbedingt, ob das Kind mangelernährt oder stark untergewichtig ist. Techniken der Verhaltensmodifikation können hilfreich sein, es ist jedoch nur wenig über spezifische Behandlungen für diese Störung bekannt.

Das Pica-Syndrom können junge Menschen als Folge schwerer Vernachlässigung und/oder Misshandlung entwickeln; es ist meist mit geistiger Beeinträchtigung und/oder einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung verbunden oder auch mit psychischen Störungen, Deprivation und Hospitalisierung sowie anderen psychosozialen Risikofaktoren.

Selektives Essverhalten

Selektives Essverhalten beginnt meistens in der Kindheit und setzt sich bis ins Erwachsenenalter fort.

Merkmale für selektives Essverhalten sind:

- sehr wenig essen und geringes Interesse daran;
- Vermeiden von Lebensmitteln;
- Gewichtsverlust, Nährstoffmangel und Mangelernährung;
- nicht altersgemäße Entwicklung.

Ursachen für selektives Essverhalten sind

- medizinisch bedingt: Reflux, Verschlucken, Übelkeit, Magen-Darm-Erkrankungen, Allergien, Intoleranzen;
- motorisch, physisch oder sensorisch bedingt: erschwelter Kauvorgang, Probleme mit Zunge, Lippen, Gaumen etc., besondere Empfindlichkeiten gegenüber Gerüchen oder Texturen, Störungen der Sinnesverarbeitung, traumatische Erfahrungen mit bestimmten Lebensmitteln;
- psychologisch bedingt: Angst, Druck, Konflikte, Machtkämpfe, Familiendynamik, Ablenkung, ständige Verfügbarkeit von Essen.

Hinweise auf besondere Aspekte im Hinblick auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung

Frühkindliche Fütter- und Essstörungen können Bindungsstörungen, Vernachlässigung und Mangelernährung zur Folge haben.

Die stressbedingte Belastung innerhalb der Familie ist bei frühkindlichen Fütter- und Essstörungen groß; es kann sich eine Trias aus Nahrungsaufnahme, (dysfunktionalem) Interaktionsmuster (v. a. beim Füttern) und elterlicher Überlastung ergeben. Bindungsstörungen, Vernachlässigung und Mangelernährung sind

u. U. die Folgen. Grundsätzlich gilt: die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme darf nicht einer Entmündigung gleichkommen. Die Wünsche der jungen Menschen müssen respektiert und Speisen und Getränke so angereicht werden, dass diese sie möglichst selbständig essen und trinken können.²⁸

Im Zusammenhang mit Ernährung, Essen und Beeinträchtigungen ist noch darauf hinzuweisen, dass Nahrungsentzug und das Dafür-Sorgen, dass der junge Mensch mit Beeinträchtigung im Untergewicht gehalten wird, Erscheinungsformen der Kindeswohlgefährdung sind.²⁹

5.5 Chronische Erkrankungen im Kindesalter

Fünf bis 10% aller jungen Menschen haben Allergien, Asthma, angeborene Herzfehler, Epilepsie oder Diabetes. Auch die ADHS,³⁰ bei der neurobiologische und psychosoziale Faktoren ursächliche Rollen spielen, gilt als chronische Erkrankung. „Chronisch nennt man Krankheiten, bei denen eine länger oder lebenslang andauernde gesundheitliche Beeinträchtigung vorliegt, die man ärztlich behandeln kann oder sogar behandeln muss, die man aber nicht heilen kann.“ (BzgA)³¹ Häufige Chronische Erkrankungen im Kindesalter sind:

- Allergien: Atemwegsallergene (Auslöser), Kontaktallergene, Insektenallergene, Nahrungsmittelallergene, Medikamente als Allergene;
- Erkrankungen der Atemwege: Asthma bronchiale (häufigste chronische Kinderkrankheit), Asthma, Mukoviszidose³² (eine progredient verlaufende Fehlfunktion der Drüsen, die Flüssigkeit ausscheiden);
- Erkrankungen der Haut: Neurodermitis (häufigste chronische Hauterkrankung in westlichen Industrieländern) und Psoriasis;
- chronisch entzündliche Darmerkrankungen (jede*r 3. Patient*in ist minderjährig);
- Diabetes mellitus Typ 1 (Autoimmunerkrankung) und Typ 2 (bei Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht);
- angeborene Herzfehler;
- Epilepsien/Funktionsstörung des Gehirns.

²⁸ Vgl. <https://www.san-erlangen.de/VirtuelleSanArena-ErlangenHtml5/html/Topic7a955a09c13c46b69323e4f2a73c333e.html>

²⁹ Weitere Hinweise im Hinblick auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung finden sich auch in der Klassifikation von Fütterstörungen nach Irene Chatoor unter Kapitel 5.4.

³⁰ Siehe Kapitel 5.8 Lern- und Verhaltensschwierigkeiten

³¹ Vgl. <https://docplayer.org/33454-Chronische-erkrankungen-im-kindesalter.html>

³² Siehe Kapitel 5.6 Progrediente Erkrankungen im Kindesalter

Hinweise auf besondere Aspekte im Hinblick auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung

Hinweise auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung bei jungen Menschen mit chronischen Erkrankungen können sein:

- Vorenthalten von Medikamenten, Behandlungen, Operationen;
- physische und psychische Belastung der PSB als Risikofaktor.

5.6 Progrediente Erkrankungen im Kindesalter

Progrediente Erkrankungen sind Krankheiten, die zu einer deutlich niedrigeren Lebenserwartung der Betroffenen führen. Im Folgenden werden die am häufigsten vorkommenden Erkrankungen aufgeführt.

Adrenoleukodystrophie (ALD) ist eine erblich bedingte, neurologische Erkrankung und gekennzeichnet durch eine fortschreitende Demyelinisierung, Entmarkung von Fasern des ZNS. Erste Symptome sind:

- leichte kognitive Einschränkungen,
- Abbau des Seh- und Hörvermögens sowie der kognitiven Fähigkeiten bis hin zur ausgeprägten Demenz,
- Krampfanfälle,
- Hemiparese und andere Lähmungserscheinungen,
- früher Tod des Kindes.

ALD wird x-chromosomal vererbt und betrifft fast ausschließlich Jungen. Frauen können die Krankheit vererben.

Neuronale Ceroid Lipofuszinose (NCL), auch juvenile Demenz ist eine Stoffwechselerkrankung, bei der das Lysosom – der Recyclinghof der Zelle – infolge einer Gen-Mutation gestört ist. NCL ist bislang unheilbar. Erste Anzeichen zeigen sich im 6. bis 7. Lebensjahr mit einer Sehschwäche; die Kinder erblinden innerhalb der nächsten drei Jahre. Ein kognitiver Abbau findet ab dem 8. Lebensjahr statt. Demenz bedeutet hier immer geistigen Abbau, das Verlieren bereits erlernter Fertigkeiten, es finden u. U. Wesensveränderungen statt. Ab dem 11. Lebensjahr bestehen Sprachauffälligkeiten bis zum Verlust von Lautsprache und Sprachverständnis, Beweglichkeitsverlust, Epilepsie, Herzprobleme und der Verlust der Kontrolle über alle Körperfunktionen. Die jungen Menschen müssen künstlich ernährt werden und sind Pflegefälle. Ihre Lebenserwartung liegt bei 20 bis 30 Jahren.

Mukoviszidose/Stoffwechselerkrankung. Durch eine Veränderung des körpereigenen CFTR- Proteins produziert der Körper der erkrankten jungen Menschen besonders salzigen Schweiß und zähes Schleimsekret. Das führt zu Atemwegserkrankungen (chronische Bronchitis), Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse (Diabetes) und Erkrankungen der inneren Organe. Der Tod tritt in der Regel infolge einer Lungenschädigung ein. Durch medikamentöse Therapie, mögliche Transplantationen, Atemübungen, Physiotherapie und Inhalieren, haben Mukoviszidose-Patient*innen mittlerweile eine durchschnittliche Lebenserwartung von 40 Jahren.

Duchenne-Muskeldystrophie/Muskelerkrankung (nach Guillaume Benjamin Duchenne) ist der am häufigsten auftretende Typ der Muskeldystrophie; in der Regel sind auch hier v. a. Jungen betroffen. Die Erkrankung ist gekennzeichnet durch einen fortschreitenden Verlust der Muskelkraft und den damit verbundenen Fähigkeiten v. a. im Becken und in den Oberschenkeln und dem Abbau der Gehfähigkeit zwischen dem 9. und dem 15. Lebensjahr. Es kommt zu schneller Ermüdung und häufigem Stolpern und Fallen. Operationen sind eine mögliche Therapie; dennoch liegt die durchschnittliche Lebenserwartung der erkrankten Kinder im jungen Erwachsenenalter.

Hinweise auf besondere Aspekte im Hinblick auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung

Hinweise auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung bei jungen Menschen mit progredienten Erkrankungen können sein:

- Unterlassung der Pflege,
- geistiger Abbau,
- erhöhte Risikofaktoren für die Familie z. B. durch Trauer.

5.7 Seelische Behinderung und drohende seelische Behinderungen

Eine **seelische Behinderung** entsteht oder droht meistens in Folge einer psychischen Erkrankung im Kindes- oder Jugendalter.

Kennzeichen sind Schwierigkeiten im Leistungsbereich sowie bei der Bewältigung von Alltagsaufgaben und in den sozialen und kommunikativen Beziehungen. Von Bedeutung ist das Ausmaß der behinderungsbedingten Beziehungsbeeinträchtigungen zwischen dem betroffenen jungen Menschen und seiner Mitmenschen. Der betroffene junge Mensch kann bis ins Erwachsenenalter in allen Teilhabebereichen erheblich eingeschränkt sein.

Faktoren, die eine seelische Behinderung mitbestimmen:

- Sprachentwicklungsstörungen;
- motorische Entwicklungsstörungen;
- Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (Lese- Rechtschreib- Schwäche, Dyskalkulie, kombinierte Lernstörung);
- Teilleistungsschwächen;
- niedrige Intelligenz;
- schwierige Familienverhältnisse, Überversorgung und Überfürsorge vs. Vernachlässigung und unzureichende Aufsicht und Förderung;
- Misshandlung und Kindeswohlgefährdung;
- psychosoziale Belastungen, Traumata wie Flucht und Verfolgung, Ausgrenzung und Diskriminierung.

Junge Menschen mit seelischer Behinderung oder denen eine seelische Behinderung droht, haben den Anspruch und das Recht auf Eingliederungshilfe.

Die „**Basic Disorder**“³³ ist eine – meistens im Zusammenhang mit Vernachlässigung und Deprivation – massive psychische Beeinträchtigung in der frühen Kindheit und eine Ursache seelischer Behinderung. Sie geht einher mit schweren Bindungsstörungen und Hospitalismus. Auch ein Psychosyndrom nach einem Schädel-Hirn-Trauma – eine organisch bedingte Persönlichkeitsstörung mit u. U. bleibenden neurologischen Funktionseinschränkungen – kann eine seelische Behinderung zur Folge haben.

Hinweise auf besondere Aspekte im Hinblick auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung

Durch das Unterbleiben geeigneter Hilfs- und Therapiemaßnahmen, ist der von seelischer Behinderung betroffene junge Mensch in seiner Entwicklung bedroht. Die Bedrohung ist gekennzeichnet durch Beeinträchtigungen im Beziehungsaufbau, im sozialen Leben und auch durch ein herabgesetztes Leistungsniveau. Ein weiterer Risikofaktor ist die psychosoziale Belastung.

5.8 Lern- und Verhaltensschwierigkeiten

Lernschwierigkeiten sind tiefgreifende Einschränkungen beim Wissenserwerb wie die Lese-Rechtschreibschwäche (1 % der Schüler*innen kann nicht lesen und schreiben), die Rechenschwäche

³³ Zu diesem Thema arbeiteten auch Dr. med. Reinhart Lempp und Michael Balint.

oder eine kombinierte Störung schulischer Fertigkeiten (allgemeine Lernschwäche/learning disability). Kennzeichen sind Rückstände in verschiedenen Unterrichtsfächern von zwei bis drei Schuljahren, die über mehrere Jahre bestehen bleiben, eine allgemein reduzierte Intelligenz sowie die Tatsache, dass eine spezifische Förderung in der Regelschule kaum Lernfortschritte zur Folge hat.

Verhaltensschwierigkeiten zeigen sich v. a. durch unkontrolliertes Verhalten:

- ADHS/ADS;
- Schwierigkeiten im Sozialverhalten;
- Aggressionen gegen Mensch und Tier;
- Delinquenz;
- absentes Verhalten (Schuldistanz);
- überkontrolliertes Verhalten (Ängste, Depressionen, Essstörungen).

Herausforderndes Verhalten

Der Begriff „**herausforderndes Verhalten**“ (HEVE) umfasst sowohl externalisierende (Sachbeschädigungen, Angreifen anderer Personen) als auch internalisierende (Apathie, auffälliger Rückzug) Verhaltensweisen. Die Herausforderung bezieht sich dabei auf den betroffenen jungen Menschen sowie auf seine räumliche und soziale Umwelt.³⁴ Die Vereinigung Lebenshilfe bezeichnet HEVE als ein Spektrum von schwierigen Momenten: schreien, umherrennen, stören, anderen Personen an den Haaren ziehen, angreifen etc., stark ausgeprägte stereotype Verhaltensweisen, nichts sagen.³⁵

Nach Häußler u. a. (2014) zeigen junge Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen drei- bis viermal häufiger HEVE als junge Menschen ohne die genannten Einschränkungen. Gründe dafür sind:

- mehr Schwierigkeiten, eine Situation zu verstehen;
- geringere sprachliche Ausdrucksfähigkeit;
- Angst oder Panik;
- das Bedürfnis, laut auf die eigene Situation aufmerksam zu machen;
- Kratzen und Schlagen, wenn man sich ärgert;
- Wut als Reaktion auf Überforderung.³⁶

³⁴ Vgl. <https://www.socialnet.de/lexikon/Herausforderndes-Verhalten>

³⁵ Vgl. https://www.lebenshilfe.de/fileadmin/Redaktion/PDF/2_Informieren/LH_Koeln_Heft_Herausforderndes_Verhalten_2017.pdf

³⁶ Häußler, A., Tuckermann, A., Kiwitt, M. 2014. Praxis TEACCH. Wenn Verhalten zur Herausforderung wird. Dortmund.

ADHS (auch: hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens) und ADS

Bei beiden Störungen zeigen sich Verhaltensmerkmale der Unaufmerksamkeit und bei der ADHS der Impulsivität bzw. Hyperaktivität vor dem 7. Lebensjahren und in allen Lebensbereichen. Bei den Betroffenen sind die Merkmale seit mindestens sechs Monaten zu beobachten und zwar mit einem – verglichen mit dem Alter und dem Entwicklungsstand des jungen Menschen – deutlich unangemessenen Ausprägungsgrad. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen haben einen hohen Leidensdruck; ihre sozialen und schulischen Fähigkeiten sind manifest beeinträchtigt. Sie weisen zu einem großen Teil noch als Erwachsene (60 % bis 80 %) Symptome auf. Junge Menschen mit ADHS/ADS sind von seelischer Behinderung bedroht.³⁷

Hinweise auf besondere Aspekte im Hinblick auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung

Liegen bei einem jungen Menschen Lern- und Verhaltensschwierigkeiten vor und unterbleibt eine adäquate Förderung des betroffenen Kindes oder des/der Jugendliche*n, drohen weitere Entwicklungsverzögerungen und seelische Behinderung; der junge Mensch wird persönlich und intellektuell vernachlässigt. Bei einem gemeinsamen Auftreten von Lern- und Verhaltensschwierigkeiten gelten ähnliche Risikofaktoren wie z. B. schwierige Familien- und Herkunftsverhältnisse, Soziale Vererbung, Armut und Bildungsferne, mangelnde deutsche Sprachkenntnisse.

5.9 Das Fetale Alkoholsyndrom (FAS) oder Alkoholembryopathie (AE) oder Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD)

Das **fetale Alkoholsyndrom** fasst alkoholbedingte Einflüsse auf die Entwicklung des Embryos resp. des Fötus zusammen; präziser wäre die Bezeichnung „embryofetales Alkoholsyndrom“. Mit dem FAS wird ein Bündel aus geistig-intellektuellen, sozialen und emotionalen Störungen beschrieben.

Grundsätzlich: es existiert kein risikoloser Alkoholgrenzwert in der Schwangerschaft, da die Schädigung nicht ausschließlich von der konsumierten Menge, sondern auch von der individuellen Alkoholtoleranz der Mutter und des Kindes abhängt.

FAS ist die häufigste Ursache für genetisch bedingte kindliche Fehlbildungen und Störungen. Ca. 2000 Kinder werden jährlich in Deutschland mit dem Vollbild des FAS geboren; mit einem sog. „partiellen“ FAS (kognitive Beeinträchtigung und Verhaltensstörungen) ca. 4000 Kinder jährlich.

³⁷ Siehe Kapitel 5.7 Seelische Behinderung und drohende seelische Behinderung

Nach Liesegang (2022) sind Merkmale eines fetalen Alkoholsyndroms:

- geringeres Geburtsgewicht;
- veränderte Gesichtsentwicklung;
- Organfehlbildungen – besonders betroffen ist die Niere;
- hirnnorganisch bedingte, sehr komplexe neuropsychologische und psychopathologische Auffälligkeiten sowie kognitive Entwicklungsverzögerung bei 90% der betroffenen Kinder;
- beeinträchtigte Wahrnehmungsfähigkeit in allen Bereichen;
- Berührungsempfindlichkeit und Hyperakusis;³⁸
- vermindertes Schmerzempfinden;
- oft fehlendes Hunger- und Sättigungsgefühl;
- Störung von Kälte- und Wärmeempfinden;
- kognitive Beeinträchtigung und intellektuelle Leistungsschwierigkeiten sowie stark verringerte Konzentrationsfähigkeit;
- soziale und emotionale Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen, Hyperaktivität, Unruhe, Nervosität, Ungehemmtheit, Impulsivität, Undiszipliniertheit, geringe Frustrationstoleranz, Risikoverhalten, geringes Distanzgefühl, Schwierigkeiten im sozialen Feingefühl.³⁹

Hinweise auf besondere Aspekte im Hinblick auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung

Junge Menschen mit einem fetalen Alkoholsyndrom sind in allen Lebensbereichen schwerwiegend eingeschränkt. Diese umfassenden Beeinträchtigungen bilden ein erhöhtes Risiko für Vernachlässigung sowie physische und psychische Misshandlung.

5.10 Kognitive Beeinträchtigungen

Zu den kognitiven Beeinträchtigungen gehören **Hirnverletzungen** (Schädel-Hirn-Traumata und hirnnorganisches Psychosyndrom) sowie die sogenannte **geistige Behinderung**.

Als geistig behindert gilt, „wer infolge einer organisch-genetischen oder anderweitigen Schädigung in seiner psychischen Gesamtentwicklung und seiner Lernfähigkeit so sehr beeinträchtigt ist, dass er voraussichtlich lebenslang sozialer und pädagogischer Hilfen bedarf. Mit den kognitiven

³⁸ Hyperakusis bedeutet Geräuschüberempfindlichkeit. Jeder Schall wird als unangenehm laut empfunden.

³⁹ Liesegang, J. 2022. Fetale Alkoholspektrumstörung (FASD) bei Kindern und Jugendlichen. München; <https://fasd-fachzentrum.de>

Beeinträchtigungen gehen solche der sprachlichen, sozialen, emotionalen und motorischen einher“⁴⁰. Die American Association on Intellectual and Developmental Disabilities definiert die geistige Behinderung als eine substanzielle Einschränkung kognitiver und sozialer Fähigkeiten mit Manifestation im Kindesalter. Mit ihr verbunden sind eine bleibende eingeschränkte Fähigkeit, neue oder komplexe Informationen zu verstehen, ein vermindertes Lernvermögen sowie eine eingeschränkte Selbstständigkeit.

Als geistig behindert werden junge Menschen bezeichnet, deren messbare Intelligenz unterhalb eines bestimmten Grenzwerts liegt und die in ihrer Fähigkeit, Anforderungen des täglichen Lebens zu bewältigen, deutlich eingeschränkt sind. Die jungen Menschen haben Lernbeeinträchtigungen, entwickeln sich verzögert und sind langsamer. Besonders betroffen sind die Bereiche der Wahrnehmung und der Sprache.

Häufigste Ursachen sind frühe Störungen in der Zellteilung des Fötus und Schädigungen durch Infektionen während der Schwangerschaft und Belastungen mit schädlichen Substanzen. Daneben können Stoffwechselstörungen, Geburtskomplikationen, Infektionen im Kindesalter oder schwere Mangelversorgung im frühen Kindesalter geistige Behinderung verursachen.

Schädel-Hirn-Trauma (SHT)

Das **Schädel-Hirn-Trauma (SHT)** ist eine Kopfverletzung, die sowohl den Schädelknochen als auch das Gehirn betrifft und Ödeme oder Blutungen verursachen kann. In einem Jahr erkranken (hochgerechnet) rund 70.000 junge Menschen unter 16 Jahren an einem SHT; ca. 350 sterben daran. In der Charité werden in einem Jahr ca. 1700 junge Menschen mit einem SHT behandelt – zwischen 40 und 50 % sind unter 4 Jahre alt.⁴¹ Auch ein leichtes SHT („Gehirnerschütterung“) kann gravierende Störungen der Lernfähigkeit (leichtere Erschöpfung des Aufmerksamkeitsvermögens) und/oder des Sozialverhaltens zur Folge haben. Die Auswirkungen eines mittleren bis schweren SHT sind u. U. ausgeprägte motorische und kognitive Einschränkungen, Beeinträchtigungen der Lern-, Merk- und Sprachfähigkeiten sowie eingeschränkte Regulationen der Emotionen und des Verhaltens. Psychosoziale Folgen können Verunsicherung, Angst, Depression, Aggressivität, sozialer Rückzug und Isolation sein. Die Glasgow-Koma-Skala teilt die Schwere der Verletzung sowie die Qualität der Funktionsausfälle mittels eines Punktesystems in drei Schweregrade ein.⁴²

⁴⁰ <https://behinderung.org/gesetze/geistige-behinderung.htm>

⁴¹ Vgl. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10039-013-2013-y>

⁴² Vgl. https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/tw_pflege/297500101_003_Glasgow_Coma_Scale.pdf

Hirnorganisches Psychosyndrom (HOPS)

Das **hirnorganische Psychosyndrom (HOPS)** wird auch als „kognitive Behinderung“ bezeichnet und ist eine organisch begründbare Funktionsstörung des Gehirns oder primär nicht begründbare Störung der Hirnfunktion. Durch ein meist plötzliches Schädigungsereignis werden dann vorher vorhandene Fähig- und Fertigkeiten sowie das individuelle (prämorbid) Entwicklungspotential beeinträchtigt und die bisherige Biographie der Betroffenen z. T. einschneidend unterbrochen. Bei einem hirnorganischen Psychosyndrom – ob angeboren oder erworben – können alle körperlichen Vorgänge, die die Gehirnfunktionen beeinflussen, psychische Veränderungen – hirnorganische Psychosyndrome – zur Folge haben. Toxische Schäden, Durchblutungsstörungen, Traumata, Infektionen und Tumore sind die häufigsten Ursachen des HOPS. Menschen mit HOPS zeigen deutliche Hirnleistungsschwächen, die mit einer beeinträchtigten Merkfähigkeit, Gedächtnis- und Konzentrationsschwierigkeiten, einem begrenzten Überschau- und Umstellungsvermögen sowie einer gesteigerten psychovegetativen Labilität einhergehen. Darüber hinaus treten hirnorganische Wesensveränderungen z. B. durch Verminderung der kognitiven Leistungsfähigkeit auf. Primär noch nicht begründbare Störungen der Hirnfunktion in Form von Psychosen (z. B. Schizophrenie), affektive Störungen wie Depressionen oder Manien, neurotische und phobische Störungen wie Angststörungen und Verhaltensauffälligkeiten überwiegen. Auch Entwicklungsstörungen im Kleinkindalter oder in der Kindheit sind den organisch nicht begründbaren Störungen der Hirnfunktion zuzuordnen. In den meisten Fällen sind die Sprache, visuell-räumliche Fertigkeiten und die Bewegungskoordination betroffen. Kinder haben durch die geistige und psychomotorische Retardierung (Verlangsamung) Schwierigkeiten im Kindergarten, die sich über die Schule und Berufsausbildung während des gesamten Erwerbslebens fortsetzen. Beim Erwachsenen sind sowohl das Leistungsvermögen als auch das Sozialverhalten je nach Ausprägung der Erkrankung gestört und können bis zum totalen sozialen Rückzug und Hilflosigkeit in allen Lebenslagen führen.

Fragiles X-Syndrom

Das **fragile X-Syndrom** ist eine kognitive und körperliche Beeinträchtigung mit einer Häufigkeit von 1 : 3000. Die betroffenen Menschen finden sich weltweit und sie haben nahezu überall die gleichen Besonderheiten:

- ein langes und schmales Gesicht, ein großer Kopf, große/meist abstehende Ohren;
- auffälliger, schlaksiger Gang;
- Aufmerksamkeitsdefizite, Hyperaktivität;
- stereotypes Verhalten;
- in die Hände beißen;
- leichte Erregbarkeit im Kindesalter;

- Sprachauffälligkeiten;
- hervorragendes Langzeitgedächtnis;
- oft sehr ausgeprägtes Interesse für ein bestimmtes Sachgebiet.

Angelman-Syndrom (AS) und Prader-Willi-Syndrom (PWS)

Durch mikroskopische Beobachtungen wurde 1987 entdeckt, dass ein Verlust genetischen Materials (Deletion) auf dem Chromosom 15 entweder das **Prader-Willi-** oder das **Angelman-Syndrom**, das bereits 1965 von dem englischen Kinderarzt Harry Angelman beschrieben wurde, auslösen. Eine Deletion auf dem Chromosom der Mutter verursacht das Angelman-Syndrom (1 : 25.000), eine Deletion auf dem Chromosom 15 des Vaters verursacht das Prader-Willi-Syndrom (1 : 15.000).

Die häufigste genetische Ursache bei etwa 75 % der Menschen mit dem **Angelman-Syndrom (AS)** ist eine Deletion der gesamten chromosomalen Region auf dem mütterlichen Chromosom 15.

Physische Merkmale und Verhaltensweisen, die bei einer großen Zahl von AS-Betroffenen beobachtet wurden, sind:

- verzögerte Entwicklung mit ausgeprägter funktioneller Konsequenz (psychomotorische Retardierung);
- starke Sprachbehinderung (keine Sprachfähigkeiten, keine sinnvollen Worte);
- Störung des Bewegungsapparates, des Gleichgewichts (Schwanken, Steifheit der Glieder, ruckartige Bewegungen);
- Wahrnehmungsstörungen;
- verkleinerter Kopfumfang (Mikrozephalie), Lächeln, fröhliche Verhaltensweise, häufiges Lachen;
- Epilepsie/Krampfanfälle, auffälliges (angelmantypisches) EEG;
- hyperaktives und hypermotorisches Verhalten;
- flacher Hinterkopf, herausgestreckte Zunge, ausgeprägter Kiefer, breiter Mund;
- Speichelfluss und übermäßige Kaubewegungen;
- orale Verhaltensweisen;
- kleine, weit auseinanderstehende Zähne;
- Schielen (Strabismus);
- hypopigmentierte Haut, helles Haar, helle Augenfarbe;
- breitbeiniges Laufen mit flachen, nach außen gedrehten Füßen;
- kleine Hände und Füße, kleiner Körperbau;
- starke Schweißabsonderung, Hitzeempfindlichkeit;

- Fütterprobleme während des Säuglingsalters;⁴³
- vermindertes Schmerzempfinden;
- Wirbelsäulenverkrümmung (Skoliose).

Das AS verläuft nicht progredient, es gibt keinen nennenswerten Verfall der geistigen oder physischen Konstitution und auch keine deutlich verringerte Lebenserwartung. Menschen mit AS haben im Allgemeinen eine gute physische Gesundheit. Mit dem AS einher gehen komplexe Kommunikationsbedürfnisse (Profitieren von Unterstützter Kommunikation) und u. U. herausforderndes Verhalten.

Das **Prader-Willi-Syndrom** (PWS) wurde 1956 von den Schweizer Kinderärzten Andrea Prader, Alexis Labhart und Heinrich Willi beschrieben. Auffällig beim PWS sind Veränderungen von Prozessen im Hypothalamus:

- Steuerung von Nahrungsaufnahme;
- Körpertemperatur, Blutdruck, Atmung;
- Sexual- und Gefühlsverhalten;
- Schlafrhythmus und Hormonbildung.

Hauptmerkmale des PWS sind:

- kein Sättigungsgefühl, Ess-Lust/Ess-Sucht;
- herausforderndes Verhalten;
- Muskelhypotonie/Kleinwuchs;
- hohe Schmerzschwelle, gestörte Impulskontrolle;
- kognitive Beeinträchtigung, Sprachbehinderung.

Down-Syndrom/Trisomie 21

Bei einem Down-Syndrom/Trisomie 21 besteht eine Abweichung im Erbmateriale (Anzahl der Chromosomen). Man spricht von einer numerischen Chromosomenanomalie oder Chromosomenabberation. Betroffen ist bei einem Down-Syndrom das Chromosom 21. Eine Ursache des Down-Syndroms ist die Trisomie 21. Dabei liegt das Chromosom 21 bei jeder Körperzelle dreifach statt zweifach vor. Es gibt jedoch noch andere Gründe, etwa Mosaizismus/Mosaik-21-Trisomie oder Translokation/partielle Trisomie. Diese kommen jedoch sehr selten vor. Die Abweichung im Erbmateriale entsteht bei fehlerhafter Zellteilung der Eizelle (Meiose). Das Down-Syndrom ist keine Krankheit im

⁴³ Siehe Kapitel 5.4 Frühkindliche Fütter- und Essstörungen

eigentlichen Sinn, geht aber mit körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen einher. Einige Krankheiten können dabei jedoch häufiger auftreten, auf jeden Fall ist es mit Besonderheiten in der Entwicklung und gesundheitlichen Einschränkungen verbunden.

Einige Besonderheiten kennzeichnen die Entwicklung von Kindern, z. B.:

- meist langsames Wachstum und Wachstumsverzögerung nach der Geburt, Entwicklung verspätet;
- meist kleiner gewachsen;
- Neigung zu Übergewicht/Adipositas (nach der Pubertät);
- die mentale (geistige) Beeinträchtigung ist sehr unterschiedlich – von sehr leicht bis schwer;
- Gedächtnis, Lernen, Aufmerksamkeit sind beeinträchtigt.

Typische äußere Anzeichen eines Down-Syndroms zeigen sich nicht einzeln, sondern in Kombination, dazu zählen unter anderem:

- rundes Gesicht, meist leicht schräg nach aufwärts stehende Augen, kleine Nase;
- Kurz- bzw. Rundkopf mit abgeflachtem Hinterkopf und einem kurzen Hals;
- hoher, schmaler, spitzer Gaumen; große Zunge;
- breite Hände mit kurzen Fingern, oft Vierfingerfurche über die gesamte Handinnenseite.

Typische gesundheitliche Probleme, Einschränkungen und Krankheiten können häufiger auftreten:

- angeborene Herzfehler (50 %);
- Störungen/Probleme den Verdauungstrakt betreffend (Obstipation, Zöliakie);
- Seh- und Hörschädigung;
- Fehlbildungen der Nieren und ableitenden Harnwege;
- Störung der Schilddrüsenfunktion (Unterfunktion);
- geschwächtes Immunsystem (z. B. Infektionen der Atemwege und Ohren);
- Probleme im Bereich von Muskel- und Skelettsystem (hypermobile Gelenke, hypotone Muskulatur, lockeres Bindegewebe), orthopädische Probleme;
- Autoimmunerkrankungen (Diabetes, Arthritis);
- Erkrankungen der Zähne und des Mundes;
- Schlafapnoe-Syndrom (50-75 %).

Zudem kommen psychische Störungen und Verhaltensstörungen, autistische Symptome, Angst sowie Depressionen vor. Bei jungen Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen können außerdem Verhaltensschwierigkeiten, Zwänge und ADS/ADHS⁴⁴ hinzukommen.

Hinweise auf besondere Aspekte im Hinblick auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung

Junge Menschen mit Down-Syndrom weisen eine hohe Vulnerabilität auf. Es besteht die Gefahr für eine schwere Mangelversorgung. Des Weiteren haben die Betroffenen häufig ein vermindertes Schmerzempfinden (AS).

5.11 Tiefgreifende Beeinträchtigung der Entwicklung

Tiefgreifende Entwicklungsbeeinträchtigungen sind komplexe Syndrome mit Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion, der Kommunikation und der intellektuellen Entwicklung. Meistens zeigen sich auch Auffälligkeiten in der Interessensbildung. In der Regel werden tiefgreifende Entwicklungsbeeinträchtigungen von stereotypen Verhaltensmustern begleitet.

Rett-Syndrom

Das Rett-Syndrom ist eine genetisch verursachte Behinderung mit Intelligenzminderung und einem gehäuften Vorkommen von autistischen Symptomen. Die Symptomatik entwickelt sich zwischen dem 7. und dem 24. Lebensmonat und ist durch folgende Beeinträchtigungen gekennzeichnet:

- vollständiger Verlust des zielgerichteten Gebrauchs und Bewegungstereotypen der Hände (drehen und winden);
- Teilverlust oder Verlust der Sprache;
- verlangsamtes Kopfwachstum.

Das Rett-Syndrom kommt nahezu ausschließlich bei Mädchen vor und wird durch eine Mutation des x-chromosomalen MECP2-Gens verursacht. Diese Mutation ist bei Jungen in der Regel tödlich. Männliche Föten und Säuglinge können eine unichromosomale Mutation weniger gut kompensieren, der Zellteilungsprozess wird auf jede neue Zelle übertragen, was letztendlich eine sehr geringe Lebenserwartung bedeutet.

⁴⁴ Siehe Kapitel 5.8 Lern- und Verhaltensschwierigkeiten

Autismus/Autismus-Spektrum-Störungen (ASS)

Der **Begriff Autismus** umfasst eine Gruppe von **Entwicklungsstörungen des Gehirns**; der Oberbegriff lautet Autismus-Spektrum-Störung (ASS). Sie beinhalten Veränderungen der neuronalen und psychischen Entwicklung. Die Bezeichnung „Spektrum“ bezieht sich auf den großen Umfang an Symptomen, Fähigkeiten und den Grad der Beeinträchtigung. Manche sind lediglich leicht von einzelnen Symptomen eingeschränkt, andere sind dadurch schwer- und mehrfachbehindert.

Der Oberbegriff „**Autismus-Spektrum-Störung**“ wird verwendet, um der schwierigen Abgrenzung der Störungsbilder gerecht zu werden. Derzeit wird noch unterschieden zwischen:

Frühkindlichem Autismus (Kanner-Syndrom; Beschreibung einer autistischen Störung nach Leo Kanner. 1943), **Asperger-Syndrom** und **atypischem Autismus**.

Die Merkmale des **frühkindlichen Autismus** zeigen sich bereits vor dem dritten Lebensjahr in drei Bereichen: im sozialen Umgang, in der Kommunikation und in sich wiederholenden und stereotypen Verhaltensweisen. Jeder autistische Mensch zeigt Auffälligkeiten in diesen drei Bereichen, wenngleich sie von Betroffenen zu Betroffenen variieren.

Das **Asperger-Syndrom** unterscheidet sich von anderen Autismus-Spektrum-Störungen in erster Linie dadurch, dass oft keine Entwicklungsverzögerung in der Sprache oder der kognitiven Entwicklung vorhanden ist. Die meisten Menschen mit Asperger-Syndrom besitzen eine normale allgemeine, in Teilgebieten besonders hohe Intelligenz, hingegen sind in der psychomotorischen Entwicklung und der sozialen Interaktion Auffälligkeiten festzustellen.

Der **atypische Autismus** ist in der Regel mit einer schweren Intelligenzminderung verbunden; es handelt sich um eine wenig Abgrenzbare und nicht ausreichend erforschte diagnostische Kategorie. Atypischer Autismus ist eine tiefgreifende Entwicklungsstörung und geht in der Regel mit einer schweren kognitiven Beeinträchtigung einher. Mit dem Terminus „atypisch“ soll eine Abweichung vom frühkindlichen Autismus beschrieben werden; atypischer Autismus zeigt sich in einem höheren Lebensalter – meist erst nach dem dritten Lebensjahr – als der frühkindliche Autismus.

Wie bei allen Symptombündeln aus dem Autismus-Spektrum sind auch beim atypischen Autismus die Bereiche Soziale Interaktion, Kommunikation und Verhalten betroffen. Während beim frühkindlichen Autismus alle drei Bereiche betroffen sind, müssen beim atypischen Autismus Schwierigkeiten in zwei Bereichen besonders ausgeprägt sein. Menschen mit atypischem Autismus sprechen wenig und sie sind auch in allen nonverbalen Ausdrucksformen eingeschränkt. Die Verzögerung der Sprachentwicklung zeigt sich auch durch eine schwere Beeinträchtigung des Verständnisses von Sprache. Betroffene sind kaum fähig, in sozialen Situationen angemessen zu reagieren. Da die zwischenmenschlichen Beziehungen

reduziert sind, bauen Betroffene ausgeprägte Beziehungen zu Gegenständen auf. Das Verhalten ist durch Wiederholungen sowie Stereotypen gekennzeichnet. Abweichungen von Ritualen und Abläufen lösen häufig Ängste aus; die Reaktionen sind sehr emotional bis hin zu panisch. Bei Kindern ist in der Regel kein symbolisches Spiel zu beobachten, dafür sehr spezielle Interessen an Gegenständen oder Themen sowie Hyperfokussierung auf Details. Atypischer Autismus macht ca. 10 % der Autismus-Spektrum-Störungen aus; rund 10 Menschen von 10.000 sind betroffen; von vier Betroffenen sind drei männlich.

Auch atypischer Autismus ist eine Funktionsstörung des Gehirns. Studien lassen die Vermutung zu, dass die Einnahme von Medikamenten gegen Epilepsie während der Schwangerschaft oder auch eine extrem frühe Geburt atypischen Autismus u. U. bedingen können.

Im Elternratgeber des Bundesverbandes Autismus Deutschland e. V. wird auf die (angenommene) Zunahme des Autismusvorkommens verwiesen. Gründe dafür könnten die verbesserten Diagnostik-Instrumente sein als auch die gewachsene Sensibilität von Expert*innen bzgl. der Symptome.⁴⁵

Junge Menschen mit ASS folgen keinen typischen Mustern bei der Entwicklung ihrer sozialen und kommunikativen Fähigkeiten. Meist sind es die PSB, denen ein ungewöhnliches Verhalten ihres Kindes auffällt. Betroffene junge Menschen haben Probleme, sich an täglichen sozialen Interaktionen zu beteiligen; sie halten wenig Blickkontakt, sie reagieren nur gering auf sie umgebende Menschen – das bezieht sich auch auf Reaktionen über Ärger oder Zuneigung von anderen. Die Interpretation subtiler sozialer Hinweise sowie nonverbaler Kommunikation fällt ihnen schwer. So kann es für Interaktionspartner dadurch erschwert sein, die Körpersprache eines autistischen Kindes zu deuten. Ihre Gesichtsausdrücke, Bewegungen und Gesten passen häufig nicht zu dem, was sie sagen.

Junge autistische Menschen reagieren in der Regel verlangsamt auf ihren Namen oder andere verbale Kontaktaufnahmen wie Gesten; auch die Sprachentwicklung verläuft (zunächst) verzögert. Autistische Kinder profitieren von Gebärden und den Möglichkeiten der Unterstützten Kommunikation. Manchmal entwickelt sich eine Art spezieller Code, der nur dem jungen Menschen und seinen Bezugspersonen geläufig ist. Selbst solche Kinder mit relativen guten Sprachfähigkeiten haben oft Probleme mit der Wechselseitigkeit von Kommunikation; sie finden es beispielsweise schwer, Andeutungen zu verstehen und auf sie zu reagieren, reden oft ausschweifend über ihr Lieblingsthema, geben anderen aber nicht die Möglichkeit, zu antworten oder bemerken nicht, wenn diese desinteressiert reagieren.

Kinder mit einer ASS, die noch keine bedeutungsvollen Gesten oder Sprache entwickelt haben, schreien häufig, greifen nach etwas oder agieren anders, bis sie die Möglichkeit haben, bessere Wege zu finden, um ihre Bedürfnisse auszudrücken. Mit zunehmendem Alter wird den Kindern bewusst, dass sie Probleme

⁴⁵ Bundesverband Autismus Deutschland e. V. 2016. Elternratgeber Autismus-Spektrum-Störung. Hamburg.

haben, andere zu verstehen oder verstanden zu werden. Psychische Probleme können die Folge sein.

Auffällig sind sich wiederholende und stereotype Verhaltensweisen, die auch schwach ausgeprägt sein können wie das Flattern der Hände, Drehen der Fingerkuppen oder „Gehen nur nach einem bestimmten Muster.“ Autistische junge Menschen fokussieren häufig auf bestimmte Interessen, sie können stundenlang Spielzeuge in einer bestimmten Ordnung aufstellen und reagieren aufgebracht, wenn etwas in Unordnung gerät. Viele autistische Menschen haben auch als Erwachsene großes Interesse an Ordnungssystem. Die Inflexibilität und die ggf. starke Zwanghaftigkeit autistischer junger Menschen können Grund für ernsthafte Schwierigkeiten mit dem Umfeld sein.

Viele junge Menschen mit einer ASS reagieren sehr empfindlich auf Geräusche, Gerüche, Strukturen, Geschmäcker, Berührungen oder das Gefühl von Kleidung auf der Haut. Sie haben häufig Schlafprobleme, was wiederum ihre Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit negativ beeinflusst. Auch die betroffenen PSB klagen über schlechten Schlaf, hohe Stressbelastung und eine allgemein schlechtere Gesundheit. Die ASS kann von einer intellektuellen Beeinträchtigung begleitet werden, wobei auffällt, dass Kinder mit Autismus in manchen Fähigkeitsbereichen über eine normale Intelligenz verfügen, während sie gleichzeitig kognitiv und sprachlich eingeschränkt sein können. Junge Menschen mit dem Asperger-Syndrom haben oft durchschnittliche oder überdurchschnittliche sprachliche Fähigkeiten und zeigen keinerlei Entwicklungsverzögerung im kognitiven wie im sprachlichen Bereich.

Begleiterscheinungen und -erkrankungen der ASS sind:

- Epilepsie, Krampfleiden;
- Aggression und Autoaggression;
- Ängste, Angststörungen, Depressionen;
- Schlafstörungen;
- Essstörungen;⁴⁶
- Sinnesbeeinträchtigungen;⁴⁷
- ADHS.⁴⁸

⁴⁶ Siehe Kapitel 5.4 Frühkindliche Fütter- und Essstörungen

⁴⁷ Siehe Kapitel 5.2 Beeinträchtigungen der Sprache und der Sinne

⁴⁸ Siehe Kapitel 5.8 Lern- und Verhaltensschwierigkeiten

Hinweise auf besondere Aspekte im Hinblick auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung

Hinweise auf besondere Aspekte im Hinblick auf eine mögliche KWG bei jungen Menschen mit tiefgreifenden Beeinträchtigungen der Entwicklung können sein:

- Vernachlässigung im Sozialbereich;
- sensorische Schwierigkeiten, Stereotypen;
- die Zwanghaftigkeit autistischer junger Menschen ist meist extrem und Grund für ernsthafte Schwierigkeiten;
- betroffenen Eltern klagen über schlechten Schlaf, hohe Stressbelastung und eine allgemein schlechtere Gesundheit.

6 Besondere Herausforderungen für die Personensorgeberechtigten

„Wer ein Kind mit einer Behinderung hat, wird auf ewig Vater oder Mutter eines behinderten Kindes sein – der Zustand wird zu einem herausgehobenen Kennzeichen und grundlegend dafür, wie andere uns wahrnehmen.“ (Andrew Solomon. 2013⁴⁹)

6.1 Voraussetzungen und elterliche Haltung

Alle PSB haben Rechte und Pflichten; über deren Einhaltung wacht der Staat. Gemäß Artikel 6, Absatz 1 des Grundgesetzes stehen Ehe und Familie unter besonderem Schutz. In Absatz 2 heißt es: „Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht.“ Das Elternrecht ist ein Grundrecht, das zu Gunsten eines Dritten ausgeübt wird – es beschreibt die Verantwortung der PSB gegenüber den Kindern; das Elternrecht findet dort seine Grenzen, wo das Wohl des Kindes gefährdet ist. Wird bei einem Kind eine Beeinträchtigung festgestellt, müssen sich die PSB mit besonderen Herausforderungen und Aufgaben auseinandersetzen. Folgende Schwerpunkte sollen hier genannt werden:

- PSB müssen die Beeinträchtigung akzeptieren und Partei nehmen für ein Kind mit Förderbedarfen und einem besonderen Entwicklungsverlauf.
- Sie müssen sich Entlastung und Unterstützung holen und Erziehungspartnerschaften im Sinne des Kindeswohls bilden und für die optimale Versorgung der jungen Menschen mit therapeutischen Maßnahmen sowie Hilfsmitteln sorgen.

Junge Menschen mit Beeinträchtigungen sind in besonderem Maß vor Diskriminierung zu schützen. Gleichstellung und Teilhabe sind bislang gesellschaftlich nur sehr bedingt erreicht. Diskriminierende Strukturen zu erkennen und den jungen Menschen entsprechend zu schützen, ist eine herausragende Aufgabe der PSB. Alles, was PSB grundsätzlich betrifft, betrifft PSB eines jungen Menschen mit einem besonderen Entwicklungsverlauf in ganz besonderem Maß. Wichtigste Voraussetzung für eine förderliche Entwicklung ist eine gute Beziehungsqualität zwischen den jungen Menschen und den PSB. „Vorbehaltlose Zuwendung, Erkennen und Aufgreifen der kindlichen Signale, Erschließen nonverbaler Kommunikation und Entwicklung einer sicheren Bindung als Basis für Lebenszutrauen und Offenheit zur Erkundung der Welt sind Merkmale einer gelingenden Beziehung“⁵⁰, unabhängig von der Beeinträchtigung.

⁴⁹ Solomon, A. 2013. Weit vom Stamm. Wenn Kinder ganz anders als ihre Eltern sind. Frankfurt am Main. S. 17.

⁵⁰ Seifert, M. 2011. Familien mit Kindern mit besonderen Entwicklungsverläufen. KiTaFachtexte. Berlin. S. 6.

6.2 Anforderungen und Risiken

Die Feststellung einer Beeinträchtigung erfolgt (seltener) vor, während der (u. U. zu frühen) Geburt oder kurz nach der Entbindung. In diesem Fall kann der Schock für die PSB groß sein, v. a. dann, wenn der Säugling intensiv medizinisch betreut oder mehrfach operiert werden muss. Auf die PSB kommen hohe, u. a. folgende **Anforderungen** zu:

- Kooperation und Kommunikation mit Ärzt*innen, Pflegepersonal und Leistungsträgern;
- Erlernen des Umgangs mit einem beeinträchtigten Baby, seinen Bedürfnissen sowie seiner u. U. anderen Art der Kommunikation.

Die PSB fragen sich, wie die Entwicklung des Säuglings verlaufen wird und was die Auswirkungen auf die Familie und das Zusammenleben sein werden. Sie werden sich schon früh fragen, welche Unterstützung möglich ist. Zeigen sich im Verlauf der ersten Lebensjahre nach und nach Hinweise auf eine Beeinträchtigung, erleben die PSB einen langen Prozess der Unsicherheit, der Angst und der Sorgen. Sie werden sich immer wieder fragen, welchen Platz ihr Kind in der Gesellschaft einnehmen wird. Gerade bei mehrfach und schwer beeinträchtigten jungen Menschen treten unvorhersehbare Situationen ein, die die PSB stark belasten können. Bleibt Unterstützung aus, drohen möglicherweise Risiken, die das Wohl des betroffenen Kindes oder Jugendlichen gefährden können.

Erfahrungswerte aus der (heil-) pädagogischen Arbeit – auch aus der Arbeit der tandem BTL – zeigen, dass die Geburt eines beeinträchtigten Kindes und die Zeit, die darauf folgt, einem Trauerprozess gleichkommt; wird dieser nicht angemessen bewältigt und zeigen sich bei den PSB psychische, somatische und psychosomatische Reaktionen, kann das Risiko für eine Kindeswohlgefährdung ansteigen. PSB müssen das erkennen, sich ggf. therapeutische Unterstützung holen oder auf entsprechende Empfehlungen eingehen. Nach Seifert (2011) können Schuldgefühle, Selbstzweifel, Ängste und ambivalente Einstellungen gegenüber dem jungen Menschen das Befinden der PSB beeinflussen. Hoffnung auf eine positive Entwicklung und Zuneigung wechseln u. U. mit Enttäuschung und Ablehnung.⁵¹

Krause (2002)⁵² und Hackenberg (2008)⁵³ nennen belastende Faktoren, die von der ganzen Familie bewältigt werden müssen:

- drohende soziale Isolation der Familie, insbesondere bei diskriminierenden Reaktionen des Umfelds;

⁵¹ Seifert, M. 2011. Familien mit Kindern mit besonderen Entwicklungsverläufen. KiTaFachtexte. Berlin

⁵² Kause, M.P. 2002. Gesprächspsychotherapie und Beratung mit Eltern behinderter Kinder. München, Basel

⁵³ Hackenberg, W. 2008. Geschwister von Menschen mit Behinderung. Entwicklung, Risiken, Chancen. München

- Reduktion sozialer Kontakte durch einen hohen Betreuungsaufwand sowie materielle Belastung;
- gegenseitige Schuldzuweisung oder Vorwürfe;
- zu starke Konzentration auf das Kind selbst, seine Beeinträchtigung, seine Bedarfe und seine Defizite;
- Umgang mit der Kooperation und Kommunikation mit Leistungsträgern sowie mit Fachdiensten und damit einhergehende Konflikte und Organisationsprobleme.

Die frühe subjektive Wahrnehmung der Beeinträchtigung hat Einfluss auf die Entwicklung einer gelingenden Beziehung. „Erste Weichen werden in der Kommunikation mit Ärzte*innen gestellt, z. B. bei der Mitteilung der Diagnose. Die Art und Weise, wie Ärzt*innen die Behinderung beschreiben, prägt die Vorstellung der Eltern über die Zukunftsperspektiven nachhaltig. Hinweise auf Entwicklungspotenziale, auch bei schweren Behinderungen, stärken die Beziehung zum Kind und das Bemühen um bestmögliche Förderung.“⁵⁴

Je schwerer die Beeinträchtigung und je größer die Versorgungsbedürftigkeit des Kindes, umso mehr müssen die PSB das „richtige“ Verhalten lernen und sich auf die Unterstützung durch Fachkräfte und psychosoziale Dienste einlassen. Wie gut das im Interesse des beeinträchtigten Kindes gelingt, hängt von der Ausprägung förderlicher und weniger förderlicher Faktoren ab wie:

- subjektive Wahrnehmung der Beeinträchtigung;
- Kraft und physisch-psychische Belastbarkeit der Eltern;
- Fähigkeit, Probleme und Konflikte zu bearbeiten;
- sozialer Status und materielle Gegebenheiten;
- Qualität der Beziehungen innerhalb der Familie sowie im sozialen Umfeld.

Ungünstig auf das kindliche Wohl wirken sich Konflikte mit Fachkräften aus, wenn ein Empfinden der Unterstützung als Eingriff in die Privatsphäre und als Kritik an den elterlichen Fähigkeiten wahrgenommen wird. Einer solchen unguten professionellen Haltung wirken Erziehungs- und Bildungspartnerschaften⁵⁵ entgegen.

Auch die Geschwister des betroffenen jungen Menschen haben ein Recht auf Beratung und Unterstützung. Geschwister eines beeinträchtigten Kindes entwickeln oft eine gute und tragfähige Beziehung zu diesem

⁵⁴ Seifert, M. 2011. Familien mit Kindern mit besonderen Entwicklungsverläufen. KiTaFachtexte. Berlin. S. 5

⁵⁵ Siehe Kapitel 6.4 Erziehungs- und Bildungspartnerschaften

sowie eine von Solidarität und Stolz geprägte Haltung. Sie haben es verdient, begleitet sowie gesehen und in ihrer parteilichen Haltung gestärkt zu werden.

Annehmen, was ist, und die Beeinträchtigung des jungen Menschen in das Leben einbauen, ist eine bedeutende Aufgabe, die sowohl in der Parteinahme für den jungen Menschen als auch in der Solidarität mit anderen betroffenen Familien münden kann; das ist die Basis für das Nutzen von Ressourcen.

6.3 Ressourcen, Möglichkeiten und Chancen

PSB beeinträchtigter junger Menschen sind Expert*innen in eigener Sache; sie gewinnen Kraft und Kompetenzen in der (möglichen) Auseinandersetzung mit Ämtern und Behörden sowie in ihrem Engagement für den jungen Menschen. Bedeutend ist ein soziales Netzwerk (nahestehende Personen, Gleichbetroffene, Interessenvertretungen etc.) als praktische und ideelle Kraftquelle. Frühzeitig einsetzende Beratung und Begleitung – ggf. bereits während der Schwangerschaft – hilft den PSB, die Beeinträchtigung zu reflektieren, die Defizite des jungen Menschen einschätzen zu können und seine Stärken zu sehen. Gut informierte sowie vernetzte PSB sind weniger verletzlich und im Zusammenleben mit ihrem Kind oder Jugendlichen sicherer.

Nach Textor (2015)⁵⁶ wirkt sich die Zusammenarbeit mit therapeutischen und psychosozialen Fachkräften dann positiv aus, wenn PSB wirklich gut informiert werden, eine realistische Prognose bekommen, Verständnis erfahren und im Umgang mit den Besonderheiten des jungen Menschen angemessen angeleitet werden. Dann wird die Zusammenarbeit zu einer wichtigen Ressource sowie zu einer Chance im Sinne des Kindeswohls. Betreuungsangebote sollen die PSG resp. die ganze Familie im Blick behalten.

6.4 Erziehungs- und Bildungspartnerschaften

Zusammenarbeit mit Fachkräften

Das **Bilden von Erziehungspartnerschaften ist Aufgabe von Fachkräften und PSB** gleichermaßen. Das gegenseitige Bemühen um ein gleichgestelltes Verhältnis (Textor 2015)⁵⁷ in dem sich beide Seiten – im Interesse des Kindes – wertschätzen, sich über Entwicklung und Förderung austauschen und dabei ihre jeweiligen Kompetenzen einbringen: davon profitiert der junge Mensch.

⁵⁶ Textor, M. 2015. Bildungs- und Erziehungspartnerschaft in der Kindertageseinrichtung. Norderstedt

⁵⁷ Textor, M. 2015. Bildungs- und Erziehungspartnerschaft in der Kindertageseinrichtung. Norderstedt

Entwicklungs- und Beratungsgespräche sind die Medien, in denen der regelmäßige Austausch stattfindet und in denen die Aufgaben der PSB sowie die der Fachkräfte definiert werden. Auch beeinträchtigte junge Menschen verhalten sich oft zu Hause anders als in Einrichtungen und werden in der Regel von ihren PSB anders gelesen als von Fachkräften. Diese Unterschiedlichkeit sollte nicht zu Konflikten sondern zu Hinweisen auf einen förderlichen Umgang mit dem jungen Menschen führen. Hilfreich ist, wenn beide Seiten die Situation des jungen Menschen realistisch einschätzen, sich gegenseitig – und damit den jungen Menschen – motivieren, die kindlichen und die eigenen Grenzen sowie die Grenzen des Gegenübers akzeptieren und über die Erfolge sowie die Misserfolge offen sprechen: Annehmen, was ist und nicht die Beeinträchtigung zur Plattform für Angriff, Gegenangriff und Rechtfertigung machen.

Zur Rolle der PSB im (Unterstützungs-) Netzwerk

Die PSB sollten nicht als „Co-Therapeut*innen“ sondern als Erziehungspartner*innen gesehen werden (Krause 2002).⁵⁸ Die PSB nehmen ihr Kind als einzigartiges Individuum wahr, während sich die Fachkräfte vornehmlich auf das Umsetzen therapeutischer und pädagogischen Maßnahmen konzentrieren. PSB sind die Hauptbezugspersonen des Kindes – in den meisten Familien mit einem beeinträchtigten Kind nehmen die Mütter nach wie vor eine herausragende Rolle ein.⁵⁹ In einem Netzwerk, das genutzt werden soll, um den beeinträchtigten jungen Menschen wirksam zu schützen, spielen also PSB die Hauptrolle. Sie sollten Netzwerkpartner*innen finden, die ihnen ermöglichen, ihre Rechte wahrzunehmen, Verständnis und Empathie einzufordern aber auch Unzufriedenheit zu äußern. Die Unterstützung für die Betreuung und Pflege eines beeinträchtigten jungen Menschen findet häufig zu Hause statt und das entspricht auch den elterlichen Bedarfen.⁶⁰ Hier sind die PSB in der Rolle der Gastgeber*innen; sie vertrauen den Assistent*innen und Therapeut*innen ihres Kindes und sollten nicht enttäuscht werden.

Die wechselseitige Entlastung der an der Erziehungspartnerschaft beteiligten Erwachsenen ist Kinder- und Jugendschutz. PSB sind oft nicht in der Lage, Stress, Überforderung, Erschöpfung oder Konflikte mit Leistungsträgern gerade gegenüber Fachkräften anzusprechen. Verständnis und Empathie müssen hier genauso selbstverständlich sein wie das Ansprechen problematischer Verhaltens- und Erziehungsstile. Treten in den Familien besondere psychosoziale und materielle Probleme auf, ist es Aufgabe der Fachkräfte, auf weiterführende Hilfen, Beratung und Therapie hinzuweisen. Die wichtigste Aufgabe der PSB ist und bleibt es, sich im Interesse des jungen Menschen unterstützen zu lassen und damit den jungen Menschen zu schützen.

⁵⁸ Vgl. Krause, M. P. 2002. Gesprächspsychotherapie und Beratung mit Eltern behinderter Kinder. München, Basel

⁵⁹ Vgl. https://www.bvkt.de/media/aok-bv_33selbsthilfestudie_web.pdf

⁶⁰ Vgl. Krause, M. P. 2002. Gesprächspsychotherapie und Beratung mit Eltern behinderter Kinder. München, Basel. S. 25

7 Leitgedanken und Haltung

Die tandem BTL gGmbH ist eine gemeinnützige Trägerin der Sozialwirtschaft mit zahlreichen Projekten und Einrichtungen in ganz Berlin. Wir gehören zum starken sozialen Unternehmensverbund des Sozialverbandes VdK Berlin-Brandenburg e. V.

Gemeinsam für die soziale Zukunft unserer Stadt!

Mit unseren rund 700 Mitarbeiter*innen erbringen wir soziale Dienstleistungen in der Kindertagesbetreuung an Grundschulen, in Förderzentren und Kitas, in der Schulsozialarbeit, der Förderung von arbeitssuchenden Menschen und den ambulanten Hilfen.

7.1 Leitbild der tandem BTL – Befähigung, Teilhabe, Lebensqualität⁶¹

Wir leisten unseren Beitrag für eine inklusive Gesellschaft, in der alle Menschen, ob mit oder ohne Behinderung oder sozialer Benachteiligung ihre Fähigkeiten entwickeln und ihre Potenziale nutzen können. Mit unseren Projekten und in unseren Einrichtungen geben wir Heimat, leben Vielfalt und gestalten Teilhabe.

Unser Ziel sind starke, unabhängige und demokratiefähige Menschen, die eigenverantwortlich und gleichberechtigt miteinander leben und arbeiten – die Bildung und Urteilskraft besitzen und klare Entscheidungen treffen können. Für uns bedeutet das, jeden Tag aufs Neue Verantwortung dafür zu übernehmen, dass Menschen mit ganz unterschiedlichen Talenten und Möglichkeiten Förderung, leicht zugängliche Unterstützung und attraktive Angebote nutzen können.

Im vertrauensvollen Miteinander bieten wir Hilfe, die transparent konzipiert ist und wirksam umgesetzt wird – wirksam für den Einzelnen und die soziale Zukunft unserer Stadt.

⁶¹ Vgl. <https://www.tandembtl.de/ueber-uns.html>

7.2 Haltung zum Kinder- und Jugendschutz inklusiv bei der tandem BTL

In einem internen partizipativen Prozess wurden 2022 folgende Leitgedanken des KJS inklusiv entwickelt:⁶²

-  KJS gilt für ALLE Kinder und Jugendliche gleichermaßen.
-  Kinder und Jugendliche sind Expert*innen ihrer selbst und ihrer Umgebung.
-  Wir begegnen Kindern und Jugendlichen mit Respekt, Wertschätzung und Achtsamkeit.
-  Wir sind präsente, verantwortungsvolle und kontinuierliche Anwält*innen von Kindern und Jugendlichen.
-  Wir arbeiten im KJS auf der Basis von Verantwortung, Transparenz und Partizipation.
-  Wir schaffen einen offenen, vertrauensvollen und sicheren Raum.
-  In unserer KJS-Arbeit steht der Blick auf das Kind im Vordergrund.
-  KJS-Arbeit ist für uns Kooperations- und Netzwerkarbeit: Wir arbeiten mindestens mit dem 4-Augen-Prinzip und beraten uns in (multiprofessionellen) Teams.
-  KJS ist für uns eine sehr wichtige Querschnittsaufgabe und hat für jede*n auch persönlich eine große Bedeutung.
-  Wir arbeiten täglich daran, dass alle Kinder und Jugendlichen in ihrer Vielfalt selbstverständlich zu unserer Gesellschaft dazu gehören.

⁶² Vgl. https://www.tandembtl.de/files/pdf/Kinder-%20und%20Jugendschutz/Auswertung-KJS-Umfrage_tandembtl_web.pdf

8 Verweis auf Unterlagen

Für die Arbeit im Kinder- und Jugendschutz stehen den Fachkräften in der tandem BTL folgende Dokumente zur Verfügung. Alle Unterlagen sind im Qualitätsmanagementhandbuch im Intranet zu finden in der Rubrik⁶³

-> Dokument -> tandem BTL (allgemein) -> 04_(Pädagogische) Projekte -> Kinder- und Jugendschutz -> KJS nach § 8a SGB VIII

extern_Genogramm-Vorlage Jugendamt Pankow
extern_Meldebogen_Risikoeinschätzung KWG an RSD
tan_P04_V01 Kinder- und Jugendschutzverfahren nach § 8a SGB VIII
tan_P04_V01_CL_02a_Checkliste Vorber. KiJuSchuFachber. für MA_print
tan_P04_V01_CL01a_Erst-Information Fachberatung KiJuSchu_print
tan_P04_V01_CL03_persönliche Checkliste bei Verdacht auf KWG
tan_P04_V01_F01_Doku-Vorlage Hilfe- und Schutzprozess
tan_P04_V01_F02_Kontakt isef-Beratung nach § 8a SGB VIII
tan_P04_V01_F03_Handreicherung sex. Gewalt (zum Verfahren nach §8a SGB VIII)
tan_P04_V01_L01_Datenschutz im KJS nach § 8a SGB VIII
tan_P04_V01_L02_Grundlagen KJS nach § 8a SGB VIII

Des Weiteren stehen auf der Website der tandem BTL folgende Materialien zum Kinder- und Jugendschutz inklusiv zur Verfügung:⁶⁴

tan_Indikatoren-Katalog bei Verdacht auf KWG inklusiv_web
tan_Risikoeinschätzung bei Verdacht auf KWG inklusiv_web

Darüber hinaus ist folgende weiterführende Literatur zu empfehlen:

Körperbehinderungen:

- REHADAT

Sprachbehinderungen und Sprachauffälligkeiten:

- Welling, A. 2006. Einführung in die Sprachbehindertenpädagogik. München

⁶³ <https://tandembtl.sharepoint.com/Freigegebene%20Dokumente/Forms/AllItems.aspx?RootFolder=%2FFreigegebene%20Dokumente%2Ftandem%20BTL%20%28allgemein%29%2F04%5F%28P%C3%A4dagogische%29%20Projekte%2FKinder%2D%20und%20Jugendschutz&FolderCTID=0x012000FD31C97CE2A2714EA55F86C3B429850B>

⁶⁴ Kinder- und Jugendschutz inklusiv bei der tandem BTL - tandem BTL

Beeinträchtigung des Sehens, Sehschwäche und Blindheit:

- Nedwed, B. 2008. Kinder mit Sehschädigungen. Idstein

Beeinträchtigung des Hörens:

- Diller, S. 2005. Unser Kind ist hörgeschädigt. München
- www.taubenschlag.de

Mehrfachbehinderungen:

- Solomon, A. 2013. Weit vom Stamm. Wenn Kinder ganz anders als ihre Eltern sind. Frankfurt am Main

Frühkindliche Fütter- und Essstörungen:

- Hammel, S. Klassifikation und Diagnostik von frühkindlichen Fütter- und Essstörungen. Pädiatrie 4+5/ 10
- Chatoor, I. et.al. 2006. Eating Disorder. Handbook of Preschool Mental Health.

New York/ London

Chronische Erkrankungen im Kindesalter:

- Elternratgeber der BZgA. Chronische Erkrankungen im Kindesalter

Progrediente Erkrankungen im Kindesalter:

- Ravensburger, Ch. 2009. Sterben, Tod und Trauer in Familien mit progredient erkrankten Kindern. Studienarbeit

Seelische Behinderung und drohende seelische Behinderung:

- Fegert, J. 1999. Was ist seelische Behinderung. Münster

Lern- und Verhaltensschwierigkeiten:

- Linderkamp, F. et.al. 2007. Lern- und Verhaltensstörungen. Klassifikation, Prävalenz und Prognostik. Weinheim
- Schröder, W. et.al. 2002. Handbuch Kinder- und Jugendhilfe. München

Das Fetale Alkoholsyndrom (FAS) oder auch Alkoholembryopathie (AE) oder Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD):

- Liesegang, J. 2022. Fetale Alkoholspektrumstörung (FASD) bei Kindern und Jugendlichen. München

Kognitive Beeinträchtigungen:

- Holtmann, M. 2008. Psychiatrische Symptome nach Hirnfunktionsstörungen. Heidelberg
- Neuhäuser, G.et.al. 2013. Geistige Behinderung. Stuttgart
- Tuchfeld, G. 2011. Down- Syndrom. Das Leben mit der genetischen Erkrankung „Trisomie 21“. Norderstedt

Tiefgreifende Beeinträchtigung der Entwicklung:

- Noterdaeme, M.et.al. 2010. Begleitsymptomatik bei tief greifenden Entwicklungsstörungen I und II. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 38 (4) Sinzig, J.2011. Autismus. Heidelberg
- Kamp- Becker, I.et.al. 2011. Autismus. München
- München Arbeitsgemeinschaft der medizinischen Fachgesellschaften

9 Netzwerk

Kinder- und Jugendschutz ist Netzwerkarbeit. In Krisenfällen stehen die zentralen Anlaufstellen und Ansprechpartner*innen in Berlin ALLEN jungen Menschen zur Verfügung.

(siehe Grafik auf der Folgeseite)

Die aktuelle Version des Dokumentes ist unter <https://www.berlin.de/sen/jugend/familie-und-kinder/kinderschutz/netzwerk-kinderschutz/> abrufbar.



Schutz und Hilfen bei Handel mit und Ausbeutung von Minderjährigen

- Handlungsleitfaden Kinderschutz bei Handel mit und Ausbeutung von Minderjährigen
- Spezialisierte Fachberatung bei Handel mit und Ausbeutung von Minderjährigen
→ IN VIA
- Ressortübergreifende Vernetzung zur Umsetzung des Bundeskooperationskonzeptes Schutz und Hilfen bei Handel mit und Ausbeutung von Kindern

Kinderschutzambulanz

- Medizinisch-diagnostische Einschätzung bei Verdachtsfällen auf Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung für Jugend- und Gesundheitsämter, niedergelassene Ärzt*innen und Kinder- und Jugendpsycholog*innen und Fachberatungsstellen
- Charité Klinikum Virologie
- Virologisches Klinikum Neukölln
- HELIOS Klinikum Buch
- ODK Kliniken Charloffenburg
- St. Joseph Krankenhaus Tempelhof
- Sono Willebrand Lichtenberg in Kooperation mit KKH

Spezialisierte Fachberatung und Kinderschutzprojekte

- Beratung und Unterstützung bei spezifischen Kinderschutzgefährdungsformen für betroffene Minderjährige, Eltern/Erziehungsberechtigte und Fachkräfte
- Kind im Zentrum, Kinderschutz-Zentrum, westfond, Kinderschutzbund, Wildwasser, rubens, Berliner Jugend, Struktural, Kinder-Jugend- und Elternrat
- Online-Beratung für Berliner Kinder und Jugendliche
→ Jugendnotruf Berlin
- Unterbringung von durch Gewalt und Zwangsverheiratung betroffene Mädchen
→ Papaya

Erziehungs- und Familienberatungsstellen (EFB)

- Beratung von Familien, Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen
- Fachdiagnostische Stellungnahmen
- Psychologische Beratung für minderjährige Geflüchtete und geflüchtete Familien
- Kooperation mit Regionalen Sozialpädagogischen Diensten und schulpädagogischen Diensten
- 12 Standorte in öffentlicher und 15 Standorte in freier Trägerschaft

Kinderschutz in Einrichtungen für geflüchtete Menschen

- Ressortübergreifende Kooperation im Kinderschutz zwischen Jugendämtern, Einrichtungen für Geflüchtete und dem Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten (LAF)
- Schulungen der Mitarbeitenden zum Leitfaden Kinderschutz
→ Mithras Team Kinderschutz (Mithraswerk)
- Etablierung von Schutzkonzepten in Einrichtungen für geflüchtete Menschen

Kindgerechte Justiz

- Rechtsmedizinische Begutachtung und Beratung bei körperlicher Gewalt an Minderjährigen
- Kollaborative rechtsmedizinische Beratung der Kinderschutzambulanz
- Gewaltschutzambulanz (Charité-Universitätsmedizin Berlin)
- Transdisziplinäre ganzheitliche Versorgung von durch sexualisierte Gewalt und sexuelle Ausbeutung betroffenen Minderjährigen, bei Vorliegen einer Strafanzeige
→ Childhood-Innos Berlin (Charité-Universitätsmedizin Berlin)

Beratung, Unterstützung und Schutz

- Bezirkliche Jugendämter - Regionale Sozialpädagogische Dienste**
 - Beratung und Unterstützung
 - Hilfen zur Erziehung
 - Zusammenarbeit mit Familiengerichten
- Bezirklicher Krisendienst der Jugendämter**
030 (Bezirkswahl): 55555
(Mo - Fr 8:00 - 18:00 Uhr)
 - Intervention und Schutz

Familienförderung

- Familienbildung und -beratung
- Information und Angebote im Sozialraum
- Angebote für Alleinerziehende
- Förderung in Tageseinrichtungen
- Familienzentren
- Familienreisen
- Aufsuchende Elternhilfe

Notunterkünfte für obdachlose Familien

- Notübernachtung von obdachlosen Familien mit Kindern (bis zu drei Wochen)
- Beratung zu Leistungen der Sozial- und Jugendhilfe
- Unterstützung bei der Suche nach Wohnraum
→ Diakonisches Werk Berlin-Stadtmitte e. V., Evangelisches Jugend- und Fürsorgewerk (EJF)

Kooperation Schule und Jugendhilfe

- Gemeinsame Ausführungsrichtlinien zur Zusammenarbeit von Schulen und bezirklichen Jugendämtern im Kinderschutz (AY JugSchul Kinderschutz)
- Kooperation Jugendhilfe und Schule
- Schuldatenz
- Schule gegen sexualisierte Gewalt

Berliner Notdienst Kinderschutz

- HOTLINE KINDERSCHUTZ**
030 61 00 66
- Zentrale Anlaufstelle in Krisensituationen (7 Tage, 24 Stunden)
- Beratung und Inobhutnahme
 - Kinderschutzdienst
 - Jugendnotdienst
 - Mädchennotdienst
 - Kontakt- und Beratungshilfe, Sleep in

Frühe Hilfen

- Beratungs-/Unterstützungsangebote für werdende Eltern und Familien mit Kindern von 0 bis 3 Jahren
- Systemübergreifende und multiprofessionelle Netzwerke
- Gesundheitsorientierte Familienbegleitung
- Lotsenangebote
- Schädeltrauma-Prävention

Kinder- und jugendpsychiatrische Beratung und Unterstützung

- Psychologische, fachärztliche und sozialpädagogische Untersuchung
- Beratung, Begleitung und Vermittlung
- Gutachterliche Stellungnahmen
- Krisenintervention

Steuerung, Kooperation und Vernetzung

- Lenkungs- und Projektgruppe**
 - Ressortübergreifende und interdisziplinäre Zusammenarbeit von Politik, Verwaltung und Fachstellen aus den Bereichen Jugend, Gesundheit, Schule, Soziales, Polizei und Justiz
 - Ressortübergreifende Vereinbarungen zur Zusammenarbeit im Kinderschutz und Umsetzung von Maßnahmen
 - Regionale Netzwerke

NETZWERK KINDERSCHUTZ UND FRÜHE HILFEN

Kindertagesstätten

- Förderung in Tagesstätten
- Handlungsleitfaden zur Zusammenarbeit zwischen Kindertagesstätten und bezirklichem Gesundheitsamt und Jugendamt im Kinderschutz
- Verpflichtende Erarbeitung von Konzepten zum Schutz vor Gewalt

Sucht- und Drogenhilfe

- Rahmenvereinbarung zum Schutz von Kindern suchtkranker Eltern vor der Gefährdung des Kindeswohls
- Suchtkranke Eltern und ihre Kinder
- Psychosoziale Betreuung substituierender Eltern
- Suchtkranke Schwangere

Schwangerschafts- und Konfliktberatung

- Beratung, Begleitung und Vermittlung
- Psychologische, fachärztliche und sozialpädagogische Untersuchung
- Gutachterliche Stellungnahmen
- Krisenintervention
- Angebote für (werdende) Eltern

Zahnmedizinische Beratung und Hilfe

- Zahnärztlicher Dienst (ZÄD)
- Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung
- Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe
- Fluoridierung
- Beratung und Vermittlung von Hilfen

Gesundheitliche und medizinische Beratung

- Erstbesuch nach der Geburt
- Ärztliche Vorsorgeuntersuchungen
- Ärztliche Untersuchung in Kliniken und Tagespflegestellen
- Einschulungsuntersuchung
- Kinder- und Jugendgesundheitsstellen
- Beratung und Sicherstellung rund um die Früherkennungsuntersuchung
- Zentrale Stelle bei der Charité



Für eine spezifischere Beratung sind die hier aufgeführten Stellen aufzusuchen:

<https://www.berlin.de/familie/de/informationen/kinder-mit-behinderung-beratung-und-hilfe-fuer-eltern-146>

- Teilhabefachdienste im Jugendamt in den jeweiligen Bezirken
- Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)
- Kinder- und Jugendambulanzen (KJA)
- Erziehungs- und Familienberatungsstellen in den Bezirken (EFB)
- Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst (KJPD)
- Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD)
- Schulpsychologische und Inklusionspädagogische Beratungs- und Unterstützungszentren (SIBUZ)

Darüber hinaus gibt es Betroffenen- und Elternnetzwerke sowie spezifische Anlauf- und Beratungsstellen für junge Menschen mit Beeinträchtigung und deren Angehörige wie bspw.

- <https://www.berlin.de/ba-friedrichshain-kreuzberg/politik-und-verwaltung/aemter/gesundheitsamt/fachbereiche/artikel.162506.php> (Zentrum für sinnesbehinderte Menschen, Beratungsstelle für hörbehinderte Kinder und Jugendliche)
- <https://www.berlin.de/ba-mitte/politik-und-verwaltung/aemter/gesundheitsamt/zentren/artikel.142059.php> (Berliner Beratungsstelle für Menschen mit Sehbehinderung)
- <https://www.kinderpflegenetzwerk.de/de/> (Kinder Pflege Netzwerk für Familien mit chronisch kranken, behinderten und/oder pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen e. V.)
- <https://elternzentrum-berlin.de> (Verein von Eltern sowie Angehörigen von Menschen mit Autismus)
- www.menschenkind-berlin.de (Fachstelle „MenschenKind“ und Fachstelle „Care-Management“ sind unter dem Dach der Senatsverwaltung Bildung, Jugend und Familie verortet und arbeiten für versorgungsintensive Kinder und ihre Familien, zuständig für die Themen:
 - Pflege und Weiterentwicklung der Webseite „Kinderversorgungsnetz Berlin“ und Aufbau des Fachforums
 - Weiterentwicklung des Projektes „Versorgungskoordination für versorgungsintensive Kinder und Jugendliche“
 - Bearbeitung des Themenfeldes „Tagespflege für pflegebedürftige/versorgungsintensive Kinder

Literaturverzeichnis

Print Quellen

- Bundesverband Autismus Deutschland e.V. 2016. Elternratgeber Autismus- Spektrum- Störung. Hamburg.
- Chatoor, I. 2012. Fütterstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern- Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten. Stuttgart.
- Deutscher Ärzte- Verlag. 2007. Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln.
- Hackenberg, W. 2008. Geschwister von Menschen mit Behinderung. Entwicklung, Risiken, Chancen. München, Basel.
- Häußler, A., Tuckermann, A., Kiwitt, M. 2014. Praxis TEACCH. Wenn Verhalten zur Herausforderung wird. Dortmund.
- Kamp-Becker, I., Bölte, S. 2021. Autismus. Kapitel 5. Ätiologie und Störungskonzept. München.
- Krause, M. P. 2002. Gesprächspsychotherapie und Beratung mit Eltern behinderter Kinder. München, Basel.
- Liesegang, J. 2022. Fetale Alkoholspektrumstörung (FASD) bei Kindern und Jugendlichen. München.
- Nave- Herz, R. 2013. Ehe- und Familiensoziologie. Eine Einführung in Geschichte, theoretische Ansätze und empirische Befunde. Weinheim.
- Seifert, M. 2011. Familien mit Kindern mit besonderen Entwicklungsverläufen. KiTaFachtexte. Berlin.
- Solomon, A. 2013. Weit vom Stamm. Wenn Kinder ganz anders als ihre Eltern sind. Frankfurt am Main.
- Strobel, B. U. M. 2005. Heilpädagogik für Erzieherinnen. München, Basel.
- Textor, M. R. 2015. Bildungs- und Erziehungspartnerschaften in der Kindertageseinrichtung. Norderstedt.
- Thurmair, M., Naggl, M. 2000. Praxis der Frühförderung. Einführung in ein interdisziplinäres Arbeitsfeld. München, Basel.

Online Quellen

AOK Bundesverband (Hg.). 2014. Familie im Fokus. Die Lebens- und Versorgungssituation von Familien mit chronisch kranken und behinderten Kindern in Deutschland. Ergebnisse der Kindernetzwerkstudie. https://www.bvkt.de/media/aok-bv_33selbsthilfestudie_web.pdf
zuletzt zugegriffen am: 20.11.2023

behinderung.org. Definition: geistige Behinderung.
<https://behinderung.org/gesetze/geistige-behinderung.htm>

zuletzt zugegriffen am: 20.11.2023

Büschi, Eva, Prof. Dr., Calabrese, Stefania, Prof. Dr.. 2021. Definition: Herausforderndes Verhalten.

<https://www.socialnet.de/lexikon/Herausforderndes-Verhalten>

zuletzt zugegriffen am: 20.11.2023

BZgA. 2017. Chronische Erkrankungen im Kindesalter. Ein gemeinsames Thema von Elternhaus, Kindertagesstätte und Schule.

<https://docplayer.org/33454-Chronische-erkrankungen-im-kindesalter.html>

zuletzt zugegriffen am: 20.11.2023

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung. 2019. Stellungnahme zur Sitzungslage des BMFSFJ am 12.02.2019.

<https://www.diefachverbaende.de/files/stellungnahmen/2019-02-12-Mitreden-Mitgestalten-Stellungnahme-Fachverbaende-fuer-Menschen-mit-Behinderung.pdf>

zuletzt zugegriffen am: 20.11.2023

Evangelischer Verein Sonnenhof e.V.. FASD-Fachzentrum.

<https://fasd-fachzentrum.de/>

zuletzt zugegriffen am: 20.11.2023

Flieger, Petra, Mag.a. 2016. Gewalt an Kindern mit Behinderungen. Expertinnenstimme.

https://www.gewaltinfo.at/themen/2016_08/gewalt-an-kindern-mit-behinderungen.php

zuletzt zugegriffen am: 20.11.2023

Handicap International.

<https://www.hi-deutschland-projekte.de/>

zuletzt zugegriffen am: 20.11.2023

Kontakte. Das Magazin der Lebenshilfe Köln. 2017. Aus der Reihe getanzt.

https://www.lebenshilfe.de/fileadmin/Redaktion/PDF/2_Informieren/LH_Koeln_Heft_Herausforderndes_Verhalten_2017.pdf

zuletzt zugegriffen am: 20.11.2023

Rothe, K., Fischer, B., Degenhardt, P., 2014. Trauma und Berufskrankheit. Das Schädel-Hirn-Trauma im Kindesalter.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s10039-013-2013-y>

zuletzt zugegriffen am: 20.11.2023

San Arena Erlangen. 2022. Praxisanleitung: Patienten bei Nahrungsaufnahme unterstützen.

<https://www.san-erlangen.de/VirtuelleSanArena-Erlangen-Html5/html/Topic7a955a09c13c46b69323e4f2a73c333e.html>

zuletzt zugegriffen am: 20.11.2023

tandem BTL. Unser Leitbild, unsere Werte.

<https://www.tandembtl.de/ueber-uns.html>

zuletzt zugegriffen am: 20.11.2023

tandem BTL. 2022. Unsere Werte und Grundsätze für den Kinder- und Jugendschutz inklusiv.

https://www.tandembtl.de/files/pdf/Kinder-%20und%20Jugendschutz/Auswertung-KJS-Umfrage_tandembtl_web.pdf

zuletzt zugegriffen am: 20.11.2023

tandem BTL. Kinder- und Jugendschutz inklusiv bei der tandem BTL.

<https://www.tandembtl.de/kinder-und-jugendschutz.html>

zuletzt zugegriffen am: 20.11.2023

tandem BTL. Dokumente Kinder- und Jugendschutz.

<https://tandembtl.sharepoint.com/Freigegebene%20Dokumente/Forms/AllItems.aspx?RootFolder=%2FFreigegebene%20Dokumente%2Ftandem%20BTL%20%28allgemein%29%2F04%5F%28P%C3%A4dagogische%29%20Projekte%2FKinder%2D%20und%20Jugendschutz&FolderCTID=0x012000FD31C97CE2A2714EA55F86C3B429850B>

zuletzt zugegriffen am: 01.10.2024

tandem BTL. Kinder- und Jugendschutz.

[Kinder- und Jugendschutz inklusiv bei der tandem BTL - tandem BTL](#)

zuletzt zugegriffen am: 01.10.2024

Thieme, Georg. 2017. Glasgow-Koma-Skala.

https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/tw_pflege/297500101_003_Glasgow_Coma_Scale.pdf

zuletzt zugegriffen am: 20.11.2023

UN-Behindertenrechtskonvention. 2006. Kinder mit Behinderungen.

<https://www.behindertenrechtskonvention.info/kinder-mit-behinderung-3781/>

zuletzt zugegriffen am: 20.11.2023

Unicef. 1989. Die UN-Kinderrechtskonvention.

<https://www.unicef.de/informieren/ueber-uns/fuer-kinderrechte/un-kinderrechtskonvention>

zuletzt zugegriffen am: 20.11.2023

Vereinte Nationen/United Nations. 2012. Children with disabilities more likely to face violence.

<https://news.un.org/en/story/2012/07/415382>

zuletzt zugegriffen am: 20.11.2023



