



**UNIKLINIK
KÖLN**

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
18. WAHLPERIODE

**STELLUNGNAHME
18/1186**

A04/1



Leiterin KKG
Prof. Dr. S. Banaschak

Sekretariat
Telefon: +49 221 478-40800
kkg-nrw@uk-koeln.de

Institutsdirektor
Univ.-Prof. Dr. M. A. Rothschild

Geschäftsstelle
Telefon: +49 221 478-88222
Telefax: +49 221 478-88223
rechtsmedizin@uk-koeln.de

Köln, 11.01.2024

Uniklinik Köln | Institut für Rechtsmedizin
Melatengürtel 60/62 • 50823 Köln

Landtag Nordrhein-Westfalen
Kinderschutzkommission
Per E-Mail
anhoerung@landtag.nrw.de

A04/1 - Kinder und Jugendliche-18.01.2024 Übergriffe auf Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen

Wir danken für die Gelegenheit, zu den aufgeworfenen Fragen Stellung zu nehmen.

Das Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen NRW (KKG NRW) ist ein seit April 2019 und derzeit bis März 2025 durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) gefördertes Modellprojekt. Hauptstandort des KKG NRW ist das Institut für Rechtsmedizin der Uniklinik Köln. Projektpartner und pädiatrischer Standort ist die Abteilung für Kinderschutz der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln.

Ziel des KKG NRW ist die Qualifizierung sämtlicher im Gesundheitswesen tätigen Akteurinnen und Akteure (Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, Pflegekräfte, Rettungsdienste, Hebammen, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten etc.) in Bezug auf alle denkbaren Aspekte des (medizinischen) Kinderschutzes.

Hierzu bietet das KKG NRW eine Telefonberatung an. Darüber hinaus können über ein datenschutzsicheres Online-Konsil Fotos oder weitere Befunde zur Mitbeurteilung hochgeladen werden. Weiterhin führen die Mitarbeiterinnen des KKG vor Ort bzw. online Fortbildungsveranstaltungen durch, an denen teilweise auch die lokalen Kooperationspartner der Akteure des Gesundheitswesens (z. B. aus der Jugendhilfe) teilnehmen (interdisziplinäre Fortbildungen). Auf die weiteren Tätigkeiten des KKG NRW soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Bei Bedarf kann sich jede und jeder auf der Homepage des KKG (www.kkg-nrw.de) informieren.

Zu den gestellten Fragen kann das KKG NRW aufgrund der vorhandenen fachlichen Expertise und den landesweiten Erfahrungen aus den Konsilberatungen Stellung nehmen. Der pädiatrische Standort Datteln mit der Abteilung für Kinderschutz hat durch die jahrelange klinische Tätigkeit im medizinischen Kinderschutz und eine hohe Frequentierung zudem unmittelbare eigene Erfahrungen mit der Thematik.



Universitätsklinikum Köln (AöR)
Vorstand: Prof. Dr. Edgar Schömig (Vorsitzender und Ärztlicher Direktor)
Damian Grüttner (stellv. Vorsitzender und Kaufmännischer Direktor) • Prof. Dr. Gereon R. Fink (Dekan)
Marina Filipović (Pflegedirektorin) • Prof. Dr. Peer Eysel (stellv. Ärztlicher Direktor)
Bank für Sozialwirtschaft Köln • BLZ: 370 205 00 • Konto: 815 0010 • IBAN: DE25 3702 0500 0008 1500 10 • BIC: BFSWDE33XXX
Steuernummer: 223/5911/1092 • USt-IdNr.: DE 215 420 431 • IK: 260 530 283
Universitätsklinikum Köln • Kerpener Straße 62 • 50937 Köln • +49 221 478-0 • Fax: +49 221 478-4095 • www.uk-koeln.de

Fragenkatalog

1. *Wie stellt sich die aktuelle Situation hinsichtlich der (sexualisierten) Gewalt gegen Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen dar (mit der Bitte um Berücksichtigung auch der nachfolgenden Punkte)? Warum sind Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen besonders gefährdet? Was sind Anzeichen für einen (sexuellen) Übergriff?*
 - a) *Peer-to-Peer Gewalt*
 - b) *Geschlechtsspezifische Unterschiede*
 - c) *Sexualisierte Gewalt begünstigende Faktoren und Lebensumstände*
 - d) *Körperliche und geistige Beeinträchtigungen*
 - e) *Risikoanalysen*
 - f) *Forschungslücken*

Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigung stellen eine besonders vulnerable Gruppe für das Erleben (sexualisierter) Übergriffe dar. Dies liegt hauptsächlich an drei Aspekten:

- Die Beeinträchtigung selber stellt per se einen höheren Anspruch an die Versorgungsleistung dar, die unter begünstigenden Umständen zu einer Überforderung und auch Kindeswohlgefährdung führen kann. Zudem kann die Beeinträchtigung enge körperliche Nähe oder regelmäßige intime Pflege (z.B. Eincremen, Wickeln, Kathetern, etc.) notwendig machen. Eine Person, die auf jegliche Pflege durch Dritte angewiesen ist, muss sich darauf verlassen können, dass diese Abhängigkeit nicht ausgenutzt wird.
- Die Regelmäßigkeit dieser Tätigkeiten und/oder auch kognitive Beeinträchtigungen begünstigen, dass gerade Kinder und Jugendliche Übergriffe unter Umständen nicht als solche erkennen und für einen üblichen Teil der Versorgung halten.
- Die Beeinträchtigung selber kann das Aufsuchen von Hilfen verhindern, was von Täter*innen auch bewusst ausgenutzt werden kann. Für viele Kinder und Jugendliche mit schwerer kognitiver Beeinträchtigung ist eine Kommunikation häufig nur sehr schwer, oft nur nonverbal und meist nur für enge Bezugspersonen verständlich, möglich. Selbst bei regelhafter kognitiver Entwicklung, aber beispielsweise einem gehörlosen Kind, das sich noch nicht schriftlich verständigen kann, ist das Suchen von Hilfen bei Menschen, die die Gebärdensprache nicht beherrschen, äußerst schwierig. Auch ist es für Kinder und Jugendliche mit schwerer körperlicher Beeinträchtigung unter Umständen gar nicht möglich, sich selbstständig aus einer gewaltsamen Umwelt zu entfernen.

Anzeichen für Übergriffe bei Kindern und Jugendlichen zu erkennen stellt immer eine Herausforderung dar, da es nie "das" klassische Verhalten gibt. Gerade bei sexualisierter Gewalt gibt es auch ausgesprochen selten beweisende körperliche Befunde und in den meisten Konstellationen bestehen starke emotionale Konflikte und auch Abhängigkeiten, die es für Betroffene so schwer machen, sich jemandem anzuvertrauen. Bei Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigung ist diese Aufgabe nun eine noch komplexere, da sich das schützende Umfeld noch sensibler in das Lebensumfeld und die individuellen Kommunikationsmöglichkeiten der Betroffenen eindenken muss.

Wichtig ist bei aller "Besonderheit" dieser vulnerablen Gruppe allerdings, die Hilfeangebote und Schulungen nicht gänzlich neu zu denken, sondern die bestehenden Strukturen auch für diese speziellen Bedarfe auszustatten. Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigung sind Teil unserer Gesellschaft und haben ein Recht, wie "alle anderen" behandelt zu werden. Genau wie für alle Kinder und Jugendliche müssen wir Hilfsangebote dort gut zugänglich machen, wo der Alltag stattfindet- Kitas, Schulen, Freizeitstätten, Einrichtungen aus dem Gesundheitswesen, etc. Es gibt bereits Bestrebungen, Akteur*innen vor Ort für Anzeichen auf (sexualisierte) Gewalt zu schulen und sie zu befähigen, die entsprechenden Schutz- und Informationsketten in Gang zu setzen. Genau diese Akteur*innen müssen nun auch in den erweiterten Bedarfen geschult werden. Es stellt einen Vorteil dar, dass ein gewisses Basiswissen in den meisten Institutionen bereits vorhanden ist. Dieses muss thematisch um die speziellen Bedarfe ergänzt werden. Dies kann inhaltlich ein Erweitern

der Schulungen bedeuten, wie z.B. suspekten oder erklärbaren Hämatomen und Verletzungszeichen bei körperlicher Beeinträchtigung und Hilfsmitteln (Rollstühle, Orthesen etc.). Vor allem aber sollte die Einbeziehung bestimmter Berufsgruppen wie z.B. Heilpädagog*innen, die ohnehin in den multiprofessionellen Teams im Kinderschutz dringend besser ausgebildet werden sollten, von Beginn an mitgedacht werden.

Wie auch sonst in der Thematik der Kindeswohlgefährdung sollten Prävention und Intervention aus verschiedenen Richtungen angegangen werden. Hierzu gehören: Sensibilisierung von Betreuungspersonen und Fachpersonal, niedrigschwellige Beratungsangebote, spezialisierte Fachstellen zur Abklärung und nicht zuletzt rezipientenorientierte Informationsangebote (Ansprechpartner*innen, Bücher, Projektwochen, soziale Medien) für die Kinder und Jugendlichen selber. Wie bereits erwähnt, ist zur Verbesserung der Integration und Vermeidung einer ungewollten Sonderstellung hier primär anzustreben, die bereits vorhandenen Akteur*innen in den speziellen Bedarfen zu schulen und nicht gänzlich neue und gesonderte Angebote zu schaffen.

Nach dieser allgemeinen Einleitung ergänzen wir zu Ihren speziellen Unterpunkten Folgendes:

- a) Im Hinblick auf Peer-to-Peer Gewalt stellt vor allem die häufig noch fehlende Aufklärung der Kinder und Jugendlichen selber einen begünstigenden Faktor dar. Gerade geistig beeinträchtigte Kinder und Jugendliche werden zu der Thematik Sexualität häufig zu wenig informiert und ernst genommen. Somit besteht nicht nur bezüglich des Schutzes vor Gewalt eine Lücke, sondern auch häufig bereits darin, diesen Kindern und Jugendlichen zukünftig eine eigene gesunde Sexualität zuzugestehen. Dies betrifft nicht nur Fachpersonal, sondern auch Eltern, bei denen in Beratungen häufig deutlich wird, dass sie beginnendes Interesse an Sexualität schnell als pathologisch und behandlungsbedürftig einschätzen. Selbstverständlich muss darauf geachtet und verhindert werden, dass ein Interesse an Sexualität von übergriffigen Personen ausgenutzt wird. Durch mehr Informationen und bei Bedarf Begleitung von Eltern und ihren Kindern durch Fachpersonal sollte dieser Aspekt zunehmend verbessert werden und sich in das Konzept des Schutzes vor Gewalt, aber dem Recht auf einvernehmliche Beziehungen einfügen.
 - b) In der klinischen Arbeit haben sich diesbezüglich bislang keine deutlichen geschlechtsspezifischen Unterschiede gezeigt.
 - c) S.o. Die fehlende eigene Schutzfähigkeit und Naivität, sowie die Notwendigkeit körperlicher Versorgung können ausgenutzt werden. Die soziale Teilhabe stellt zudem einen wichtigen Schutzfaktor dar, um Kontakt zu potentiell schützenden Personen zu ermöglichen.
 - d) S.o.
 - e) Diese gehören zu den vorgeschriebenen Schutzkonzepten bei institutioneller Betreuung.
 - f) Nach unserer Kenntnis liegen wenige forschende Aktivitäten zu diesem Aspekt in Deutschland vor.
2. *Welches Umfeld bzw. welche Räume sind besonders gefährdend für Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen?*

Wie häufig bei Kindeswohlgefährdung sind die meisten Taten/Täter*innen im unmittelbaren sozialen Umfeld zu vermuten. Ein erhöhtes Risiko besteht zudem generell gesprochen, je weniger ein Kind oder Jugendlicher in der Lage ist, mit Außenstehenden zu kommunizieren und je weniger Kontrolle in dem Umfeld besteht, z.B. Situationen in denen eine Betreuungskraft (Fachkräftemangel) alleine für die Versorgung einer oder mehrerer beeinträchtigter Personen zuständig ist. In Gruppeneinrichtungen besteht wie unter 1a) bei peer-to-peer Gewalt ein erhöhtes Risiko für Übergriffe.

3. *Welche Möglichkeiten der Prävention gibt es (mit der Bitte um Berücksichtigung auch der nachfolgenden Punkte)?*
- a) *Gruppenbezogene Schutzkonzepte*
 - b) *Information, Schulung und Sensibilisierung von ehren- und hauptamtlichen Mitarbeitenden von Einrichtungen*
 - c) *Sexuelle Aufklärung*

Wie unter 1 bereits beschrieben, besteht zu allen Punkten ein Bedarf. Wie für alle anderen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche müssen Schutzkonzepte bestehen und sämtliches Personal zumindest für die Thematik sensibilisiert und in der Lage sein, adäquate Maßnahmen zum Schutz zu ergreifen. Bezüglich der sexuellen Aufklärung (Unterpunkt c) muss es sowohl für die Kinder und Jugendlichen, als auch deren Personensorgeberechtigte rezipientenorientierte Angebote geben, um beide Aspekte, den Schutz vor Gewalt und dem Recht auf eine eigene selbstbestimmte Sexualität gerecht zu werden. Zudem muss der Aspekt berücksichtigt werden, dass bei geistiger Beeinträchtigung auch ein intensives Schulungsangebot wie z.B. die etablierten Projektwochen wie "Mein Körper gehört mir" nicht ausreichen kann, um die Schulungsinhalte nachhaltig zu lernen und anwenden zu können. Kinder mit geistiger Beeinträchtigung haben häufig den Bedarf, die Inhalte regelmäßig zu wiederholen, in knapper Form immer wieder zu besprechen und durch praktische Bezüge zu erlernen. Hierzu fehlen bislang flächendeckende Angebote und auch ausreichenden personelle Kapazitäten. Am sinnvollsten scheinen hier "train-the-trainer"- Maßnahmen, so dass langfristig der Bedarf gedeckt werden kann.

4. *Wie ist das Verhältnis von Präventionsangeboten an Förderschulen und Regelschulen?*

Wie unter 3. beschrieben, ist das Angebot an intensiveren und längerfristigen Schulungsangeboten unzureichend. Einzelne Projektwochen sind an Förderschulen aufgrund der besonderen Bedarfe weniger erfolgreich als Angebote, die im Alltag anwendbar sind und wiederholt besprochen und erlernt werden. Zudem müssen mehr Angebote in leichter Sprache geschaffen werden, ebenso wie für hör- und sehgestörte Kinder und Jugendliche.

5. *Welche spezialisierten Anlaufstellen bzw. Beschwerdemöglichkeiten gibt es für Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen und wie barrierefrei sind Anlaufstellen generell ausgestaltet?*

Wie bereits erwähnt sollten - wie für alle Kinder und Jugendliche - die Angebote in ihrer normalen Alltagswelt gut erreichbar und verfügbar sein. Ein gesondertes Angebot zu schaffen scheint weniger sinnvoll, als die vorhandenen mit den speziellen Bedarfen auszustatten.

6. *Wie werden die Kinder und Jugendlichen mit Beeinträchtigung in Prozesse bezogen auf ihren Schutz eingebunden?*

Generell werden Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigung zu wenig in diese Prozesse eingebunden. Dies liegt gerade bei Themen mit sexuellen Inhalten an der oben beschriebenen falschen Annahme, dass Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigung keine oder eine andere Form der eigenen Sexualität haben, aber natürlich auch an der oft fehlenden Umsetzbarkeit, wie z.B. zu wenig Menschen, die die Gebärdensprache beherrschen oder Sprachcomputer bedienen könnten. Diese Aspekte spielen gerade bei der Abklärung von Verdachtsmomenten und auch der Therapie eine entscheidende Rolle.

7. *Wie werden Eltern berücksichtigt (mit der Bitte um Berücksichtigung auch der nachfolgenden Punkte)?*
- a) *Einbindung in die Erarbeitung von Schutzkonzepten*
 - b) *Information und Sensibilisierung*
 - c) *Unterstützungsleistungen für Eltern und betroffene Kinder und Jugendliche, auch im Fall eines Übergriffes*
 - d) *Best-practice-Beispiele*

Zu der Frage können wir aus der klinischen Expertise Stellung nehmen, dass Eltern im Falle eines stattgehabten Übergriffs (unter c) genau wie alle anderen Eltern in die Abläufe einbezogen werden. Eine spezielle Einbeziehung in Schutzkonzepte (unter a) ist unserer Kenntnis nach auch bei Eltern regulär entwickelter Kinder nicht vorgesehen und betrifft eher Institutionen. Bezüglich der Information und Sensibilisierung (unter b) bestehen aus unserer Sicht wie oben beschrieben noch zu wenig Angebote bezüglich der Aspekte Schutz vor Gewalt und dem Recht auf eine eigene selbstbestimmte Sexualität, so dass uns in dieser Hinsicht auch keine best practice Beispiele bekannt sind (unter d).

8. *Wie ist der Kinderschutz im Kontext von Beeinträchtigungen bei Eltern bzw. einem Elternteil zu berücksichtigen?*

Eltern mit eigener Beeinträchtigung stehen je nach Bedarf vor großen Herausforderungen in der Versorgung, aber auch Erziehung ihrer Kinder. Bei einer isolierten körperlichen Beeinträchtigung ist der Bedarf in der Umsetzung hierbei noch einfacher zu decken, als bei kognitiver Beeinträchtigung. Die bisherigen Praxiserfahrungen zeigen, dass die Hürden, derartige Hilfen außerhalb der eigenen Familie zu erhalten, allerdings sehr hoch sind und das System selber bei sehr komplexen Konstellationen auch eine Gefährdung darstellen kann. Es besteht der dringende Bedarf nach Lotsen und vor allem der klaren Zuordnung von Fallverantwortung für das Kindeswohl. Exemplarisch schildern wir Ihnen einen Fall einer Familie, in der die Mutter schwer körperlich eingeschränkt war, der Vater zwar körperlich mobiler, allerdings kognitiv beeinträchtigt war. In der Familie war ein großes Hilfesystem für die Versorgung beider Eltern und des vierjährigen Sohnes zuständig, das in der Gesamtheit eine so starke Verantwortungsdiffusion zeigte, dass Hinweise auf massive verbale Übergriffe gegen das Kind, beobachtete körperliche Gewalt als Erziehungsmaßnahme bis hin zu vermuteter sexualisierter Gewalt gegen den Jungen nicht weitergegeben wurden. Es zeigte sich, dass sich einer auf den anderen verließ, starkes Kompetenzgerangel herrschte und professionelle Grenzen durch zu familiäre Kontaktgestaltung durch Fachpersonal gefallen waren. Der Junge zeigte eine starke Distanzlosigkeit und hatte in dem viel zu großen und unübersichtlichen System keine starke Bindung zu einzelnen Personen aufbauen können. Neben sicherlich auch vielen gelingenden Beispielen, darf der Risikofaktor Hilfesystem also nicht vergessen werden und gerade die Aspekte der Verantwortungsdiffusion und der "Betriebsblindheit" stellen große Risiken für Kindeswohlgefährdungen dar. Auch eine potentielle Abhängigkeit der Eltern von den Betreuungspersonen stellt ein Risiko für eine mögliche Kindeswohlgefährdung dar. Explizit betonen möchten wir, dass die gesetzlich Betreuenden der Eltern den Aspekt des Kindeswohls nicht "einfach mitübernehmen" können.

9. *Wie kann die Aufmerksamkeit gestärkt und die nötige Sensibilisierung bei allen mit Kindern befassten Gruppen geschaffen werden?*

Um dem Bedarf angemessen gerecht werden zu könne, müssen vor allem ausreichende personelle Ressourcen geschaffen werden. Wie bereits erwähnt, sollten auch die Berufsgruppen der multiprofessionellen Teams erweitert und mit entsprechender Expertise ergänzt werden. Die speziellen Bedarfe von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigung müssen verpflichtend in die bereits bestehenden Konzepte zum Thema (medizinischer) Kinderschutz aufgenommen werden.

10. *Wie kann angemessen im Falle eines Übergriffs mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen der Verdacht aufgearbeitet werden?*

Sowohl die Abklärung von Verdachtsmomenten als auch die therapeutische Verarbeitung müssen bedarfsgerechter gestaltet werden. Gerade über traumatische Ereignisse zu sprechen, wird durch das "Übersetzen" durch dritte Personen erschwert. Es wird sicher notwendig sein, Gebärdendolmetscher oder weitere Akteur*innen, die sich in der Bedienung von Sprachcomputern auskennen in Gespräche oder Therapien einzubeziehen. Idealerweise wäre allerdings langfristig, in dieser Hinsicht ausgebildetes Fachpersonal (Polizei, Therapeut*innen) primär vorhalten zu können.

11. *Welche Handlungsbedarfe sehen Sie auf Bundes- und Landesebene?*

Die Bundes- und Landesebene sollte die Verpflichtung schaffen, die Bedarfe dieser besonderen Gruppe in alle bestehenden Konzepte zum Thema (medizinischer) Kinderschutz mit einfließen zu lassen. Zudem sollte die Arbeit wichtiger Berufsgruppen wie der Heilpädagog*innen, der Gesundheitspflege, etc. in der Arbeit der multiprofessionellen Teams besser abgebildet und vor allem auch abrechenbar sein. In der stationär abrechenbaren OPS 1-945 (Kinderschutz) werden die Heilpädagog*innen oder auch Gesundheitspflege für viele der geforderten Punkte wie beispielsweise der Interaktionsbeobachtung nicht als durchführende Berufsgruppe anerkannt, obwohl genau diese Disziplinen in dieser Hinsicht wichtige Beiträge leisten.

12. *Welche spezifischen Risiken bzw. Herausforderungen sind Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen hinsichtlich Übergriffen ausgesetzt?*

Die Herausforderung ist vor allem, potentiell schützenden Personen mit einer Gefährdung aufzufallen, die man selber nicht verbalisieren kann oder aufgrund eines Abhängigkeitsverhältnisses sich nicht zu offenbaren traut. Zudem ist die Herausforderung, potentiell übergriffiges Verhalten einer Person von notwendigen Pflegemaßnahmen, auf die man angewiesen ist, zu unterscheiden.

13. *Inwiefern unterscheiden sich die Anzeichen bzw. Symptome von Übergriffen bei Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen im Vergleich zu Kindern ohne Beeinträchtigungen?*

Bei Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigung sind die Anzeichen, die sie an ihr Umfeld senden, noch häufiger nonverbal und noch schwerer zu deuten.

14. *Welche präventiven Maßnahmen und Programme existieren bereits, um Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen vor Übergriffen zu schützen und wo gilt es mögliche Lücken in Präventionsmaßnahmen zu schließen?*

Es gibt bereits gute Ansätze von Aufklärungsmaterialien (Visualisierungen, Piktogramme, Videos) und Schulungsprogrammen, die jedoch noch flächendeckender verbreitet und regelhaft zugänglich (und finanziert) werden müssen.

Prof. Dr. med. S. Banaschak

Leiterin des Kompetenzzentrums
Kinderschutz im Gesundheitswesen NRW
Leitende Oberärztin
Institut für Rechtsmedizin
Universitätsklinikum Köln (AöR)

Dr. med. Tanja Brüning

Leiterin des Standortes Datteln des KKG
Leiterin der Abteilung für medizinischen
Kinderschutz an den Vestischen Kinder-
und Jugendklinik Datteln