

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

AWMF-Leitlinien-Register Nr. 028/034 Entwicklungsstufe: 1

Zitierbare Quelle:

Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007 - ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 423 - 435

Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch

1. Klassifikation

Vernachlässigung, Misshandlung und sexueller Missbrauch sind relevante psychosoziale Belastungsfaktoren und werden deshalb auf der Achse V des MAS (assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände) erfasst:

- Extrafamiliärer Missbrauch (6.4)
- Sexueller Missbrauch innerhalb der Familie (1.4)
- Körperliche Kindesmisshandlung (1.3)
- Vernachlässigungssymptome wie Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung (1.0), Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt (4.2), unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung (4.1) und unangemessene Anforderungen und Nötigung durch die Eltern (4.3) sowie feindliche Ablehnung oder Sündenbockzuweisung (1.2).

Die Diagnose "Posttraumatische Belastungsstörung" (ICD-10 F43.1 bzw. DSM- IV 309.81) setzt voraus, dass die Person, bei der diese Diagnose gestellt wird, mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert war. Sie findet sich deshalb gehäuft bei Kindern, die Opfer von Misshandlungen und Missbrauch wurden. Im Kontext früher Vernachlässigung, aber auch bei den anderen Misshandlungsformen gilt es, vor allem bei frühzeitigem Einwirken auch die Diagnose der reaktiven Bindungsstörungen des Kindesalters F94.1 zu beachten.

1.1 Definition

Vernachlässigung

Körperliche Vernachlässigung. Nicht hinreichende Versorgung und Gesundheitsfürsorge, die zu massiven Gedeih- und Entwicklungsstörungen führen kann (bis hin zum psychosozialen Minderwuchs).

Emotionale Vernachlässigung (Deprivation). Ein nicht hinreichendes oder ständig wechselndes und dadurch nicht ausreichendes emotionales Beziehungsangebot.

Misshandlung

Körperliche Kindesmisshandlung ist definiert als direkte Gewalteinwirkung auf das Kind durch Schlagen, Verbrennen, Verätzen, Schütteln, aber auch die Schädigung durch Intoxikation eines Kindes.

Emotionale Kindesmisshandlung ist unzureichend definiert und zeigt Überschneidung mit emotionaler Vernachlässigung (Achse V: 1.2 und 4.3, s.o.).

Ein Sonderfall ist das **Münchhausen-by-Proxy-Syndrom**: Misshandlungsform durch Vorspiegelung falscher Krankheits-symptome durch die Bezugspersonen; mit teilweise massiver iatrogenen Belastung bzw. Schädigung des Kindes durch zahllose diagnostische Interventionen und inadäquate therapeutische Maßnahmen.

Sexueller Kindesmissbrauch

Sexuelle Handlungen mit Körperkontakt (insbesondere Brust- und Genitalbereich; sog. Hands-on-Taten) sowie das Vorzeigen von pornographischem Material bzw. das Herstellen von pornographischen Fotos, Filmen etc. und der Exhibitionismus (Hands-off-Taten) durch eine wesentlich ältere jugendliche oder erwachsene Person. Besonders zu berücksichtigen sind Handlungen unter Ausnutzung von Abhängigkeitsverhältnissen. Ausgenommen sind gleichrangige Liebesbeziehungen unter Jugendlichen und Heranwachsenden.

1.2 Leitsymptome

Körperliche Symptome

- Verletzungen an untypischen Stellen (Gesäß, Rücken, Genitale, Innenflächen der Oberschenkel)
- Auffällige Verletzungsmuster (z.B. kreisrunde Zigarettennarben, Spuren der Herdplatte, Verbrühungen, Handabdrücke, Stockabdrücke, Abschnürungen, stumpfe Bauchtraumata)
- Bei massiv körperlich vernachlässigten Kindern fallen oft ein schlechter, manchmal sogar ein vitalgefährdender reduzierter Allgemeinzustand und ein katastrophaler hygienischer Zustand bei der körperlichen Untersuchung auf.

Bei chronischem sexuellem Missbrauch auch von kleineren Kindern sind die gynäkologischen Befunde oft vieldeutig. Sexuell übertragene Infektionen und charakteristische Verletzungen im Genital- und Analbereich können wichtige

Leitsymptome darstellen.

Bei Schwangerschaften von sehr jungen Mädchen muss an sexuellen Missbrauch gedacht werden.

Psychopathologische Symptome

- Manche misshandelten Kinder zeigen charakteristische Auffälligkeiten in der Interaktion wie z.B. ein sog. eingefrorenes Lächeln oder eine sog. eingefrorene Wachsamkeit
- Auffällig ist häufig eine Störung der Nähe-Distanz-Regulation
- Bei stark deprivierten Kindern: Polydipsie oder andere massive Störungen im Bereich der Ernährung, Versorgung oder des Schlafes
- Angst in Situationen, die an den Misshandlungskontext erinnern, z.B. gebadet oder abgeduscht werden etc.
- Altersinadäquate Ängste bei körperlicher Untersuchung oder ihre Verweigerung, insbesondere bei Anwendung von Instrumenten, z.B. Reflexhammer
- Sexualisiertes Verhalten.

Psychopathologisch ist die Beschreibung von Symptomen ganz unterschiedlichen Hinweischarakters wichtig (z.B. ein altersunangemessenes Sexualwissen, eine sexualisierte Sprache, insbesondere dann auffällig, wenn die sonstige Sprachentwicklung hinter dem Altersstand zurückbleibt; sexuelle Handlungen an Gleichaltrigen oder die sexuelle Distanzlosigkeit gegenüber erwachsenen Betreuungspersonen).

1.3 Schweregradeinteilung

Sie betrifft sowohl die Intensität der Einwirkung als auch das Ausmaß der Folgen. Leichtere Formen der Misshandlung sind die wiederholte körperliche Züchtigung, die emotionale feindselige Ablehnung einem Kind gegenüber, eine Erziehung, die nicht hinreichende Erfahrungen vermitteln kann, oder sexuelle Handlungen wie Berühren der Brüste oder auch Kontakte mit Exhibitionisten.

Schwere Formen der Vernachlässigung und Kindesmisshandlung können das Kind in akute Lebensgefahr bringen und zu bleibenden schweren Schädigungen führen. Im juristischen Sinne besonders schwere Formen sexueller Gewalt sind Vergewaltigungshandlungen mit Verletzungen und dem Einsatz brutaler körperlicher Gewalt, um die Gegenwehr des Opfers zu brechen. Häufig nutzen Täter, welche in einer Beziehung zum Kind stehen, ihre Machtposition, sodass für die Schwere der Folgen neben der Art der Handlungen (genitale, anale oder orale Penetration) auch die Häufigkeit der Tat (chronische Taten sind belastender als einmalige) und die Nähe des Täters zum Kind (Taten durch Bezugspersonen, insbesondere Väter, Stiefväter) beachtet werden müssen. Taten durch Bezugspersonen zeitigen in der Regel schwerere psychische Folgen als solche durch Fremdtäter, selbst wenn ausgeprägte Gewalt ausgeübt wurde. Für die Beurteilung des Schweregrades ist auch die Beachtung der Kombination von Misshandlungsformen relevant. Isolierte Misshandlungen sind eher die Ausnahme. Deprivierte Kinder haben ein höheres Risiko, Opfer von sexuellem Missbrauch zu werden, und leiden häufig unter schwereren psychischen Folgen des Missbrauchs.

1.4 Untergruppen

Einmalige Taten. Meist akute Ereignisse, deren Hergang relativ klar zu ermitteln ist und die häufig einer dringenden Akutversorgung und einer Nachsorge bedürfen.

Chronische Handlungen. Häufig unklares Symptombild mit unspezifischen Verhaltensauffälligkeiten, unterschiedlich alten Narben und Misshandlungsspuren, widersprüchlichen Angaben aus dem Umfeld etc. Sie sind hinsichtlich der weiteren psychischen Bearbeitung häufig noch belastender als akute einmalige Taten und stellen ein ständiges Problem der Ermittlung der Eingriffsschwelle sowohl in der ärztlichen Diagnostik und Behandlung wie auch in der psychosozialen Betreuung durch die Jugendhilfe dar.

1.5 Ausschlussdiagnose

Ausgeschlossen werden müssen andere medizinische Ursachen für auffällige Befunde wie z.B. eine Blutungsneigung, Unfälle, Verletzungen durch andere Ursachen (cave Plausibilität!). Angebliche akzidentelle Stürze aus geringer Höhe (Bettl., Wickeltisch) sind keine plausible Ursache für intrakranielle Blutungen.

2. Störungsspezifische Diagnostik

2.1 Symptomatik

Bei Verdacht auf Vernachlässigung, Misshandlung oder sexuellem Missbrauch ist immer eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik erforderlich, weil in der Regel eine Krisenintervention und meist eine psychotherapeutische Nachbetreuung indiziert sind.

Zunächst erfolgt eine ausführliche Eigen- und Familienanamnese. Wegen der Verschleierungstendenzen und der forensischen Relevanz müssen auf die Fremdanamnese (Schule, Kindergarten) und die Befunddokumentation besonderer Wert gelegt werden.

- Notwendig ist die Anamnese der Entwicklungsgeschichte des Kindes, seine psychosoziale Vorgeschichte einschließlich früherer Misshandlungs- und Missbrauchserfahrungen oder anderer Traumata sowie die medizinische Eigenanamnese.
- Dokumentiert werden aus Eigen-, Familien- und Fremdanamnese Veränderungen im Verhalten und Auffälligkeiten der Verhaltensweisen (einschl. der Überprüfung der Übereinstimmung aus den verschiedenen Quellen).
- Dokumentiert werden ebenfalls eine evtl. Misshandlungs- und/oder Missbrauchsvorgeschichte der Eltern, die Einstellung und Verhaltensweisen der Familie im Umgang mit Sexualität, Scham, Strafe, Gewalt und Versorgung.

- Ferner soll ein Einblick in den kulturellen Kontext gewonnen werden (Schamgrenzen, Erziehungspraktiken).
- Während dieser Teil der Anamnese strukturiert und auch durch gezieltes Nachfragen erhoben wird, sollten Befragungen zum Tathergang wegen späterer evtl. notwendiger Äußerungen zur Glaubhaftigkeit der Aussage mit einer anderen Befragungsmethodik erhoben werden.
- Dabei ist primär auf die Generierung von so genanntem Freitext zu achten. Eine möglichst breite, offene Frage sollte das Kind und die Erwachsenen jeweils zunächst zur freien Erzählung des Erlebten bringen.
- Suggestive Nachfragen müssen unbedingt vermieden werden.
- Muss durch Nachfragen präzisiert werden, so empfehlen sich Fragen mit Mehrfachauswahl (vgl. Stellungnahme der Fachgesellschaften zur Glaubwürdigkeitsbegutachtung).
- In der Akutsituation müssen die medizinische Behandlungsbedürftigkeit und die Bedrohung des Betroffenen eingeschätzt werden, um Schutz durch Behandlung oder eine Inobhutnahme - falls nötig - zu gewährleisten.
- Bei chronischen unklaren Belastungssituationen muss vor einem übereilten Handeln gewarnt werden, da eine nicht hinreichend vorbereitete Intervention häufig größeren Schaden anrichtet, als dem Kind wirklich Hilfe zu bringen.
- Es ist unabdingbar, sich ein Bild davon zu machen, welche Institutionen, Helfer etc. schon mit dem Kind befasst waren bzw. gleichzeitig befasst sind. Im Bereich von sexuellem Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung sind Delegationsketten zwischen Helfern und anderen staatlichen Institutionen typisch. Sie stellen ein iatrogenes Belastungsmoment dar.
- Zentral ist die Klärung motivationaler Aspekte bei der Genese der Aussage.

Beobachtung der Eltern-Kind-Beziehung

- Elterliche Ablehnung/Vernachlässigung, besonders bei jungen Kindern von Bedeutung
- Anzeichen einer Rollenumkehr zwischen Kind und Elternteil (Parentifizierung).

2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

- Alle genannten Misshandlungsformen (speziell auch sexueller Missbrauch) kommen in allen Altersstufen vor.
- Säuglinge und Kleinkinder sind aber in wesentlich stärkerem Maße abhängig von einer hinreichenden Versorgung und Pflege, sodass in dieser Altersgruppe die Vernachlässigung mit Mangelversorgung die schwersten Gesundheitsfolgen nach sich zieht.
- Bei Kleinkindern finden sich typische Misshandlungsmuster wie z.B. Schütteltraumen, multiple unklare Frakturen etc.
- Das Münchhausen-by-Proxy-Syndrom wurde in jeder Altersstufe beobachtet; hinweisend ist hier eher der emotionale Zuwendungsgewinn, den **die Bezugsperson** durch die Aufregung und Besorgnis im Krankenhaus erhält.

Notwendig sind immer eine Exploration verschiedener Quellen, eine Beobachtung im Hinblick auf Hinweise zur gegenwärtigen und früheren elterlichen/mütterlichen Vernachlässigung und Ablehnung sowie auf psychiatrische Probleme der Eltern, die die Wahrnehmung der kindlichen Bedürfnisse beeinträchtigen (Alkohol, Sucht, Depression, Psychose).

2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen

Da Vernachlässigung, Misshandlung und sexueller Missbrauch relativ häufig vorkommen, ist jedes kinder- und jugendpsychiatrisch bekannte Störungsbild auch in Kombination mit diesen Übergriffen und Belastungsfaktoren beschrieben worden. Insgesamt ist das Risiko für die betroffenen Kinder deutlich erhöht, irgendeine Verhaltensauffälligkeit oder psychische Störung zu entwickeln, wenn die im Abschnitt 1 genannten Belastungsfaktoren vorliegen. Dennoch lassen sich gewisse Häufungen feststellen:

- Bei früh massiv deprivierten Kindern wird häufig im Kindes- und Jugendalter die Diagnose einer Bindungsstörung gestellt (sie geht nicht selten im Erwachsenenalter in eine Persönlichkeitsstörung über).
- Schwere Misshandlungs- und Missbrauchstraumata gehen häufig mit posttraumatischen Belastungsstörungen einher.
- Unter misshandelten und sexuell missbrauchten Jugendlichen findet man gehäuft Alkoholismus und andere Formen des Substanzmissbrauchs sowie Angststörungen, Depressionen, Suizidalität und selbstbeschädigendes Verhalten.
- Prospektive Langzeituntersuchungen belegen ein erhöhtes Risiko für Depressionen. Externalisierende Verhaltensstörungen treten gehäuft vor allem bei früh und chronisch misshandelten Kindern und Jugendlichen auf.
- Isolierte Misshandlung oder isolierter sexueller Missbrauch sind selten; häufig wird eine Kombination mit emotionaler und physischer Vernachlässigung gesehen (I).

2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen

Vernachlässigung, Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch gehören zu den häufigen psychosozialen Belastungsbedingungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, mit ca. 1/3 der Inanspruchnahmepopulation. Das Münchhausen-by-Proxy-Syndrom ist extrem selten. Es handelt sich häufig um sehr dramatische Einzelfälle.

- Risikofaktoren sind Armut, psychische Erkrankungen oder Sucht der Eltern bzw. eines Elternteils, Teenager-Mutterschaft.
- Geschlechterhäufigkeit und Dunkelfeld: Mädchen sind vom sexuellen Missbrauch häufiger betroffen (Verhältnis nach Definition und Informationsquelle: 2:1; 3:1-4:1). Pädophile Täter sind meist auf Jungen in einer ganz bestimmten Altersgruppe in der Vorpubertät orientiert, daher sind hierbei Jungen häufiger betroffen.

In der Kriminalstatistik rechnet man mit deliktspezifischen Dunkelfeldern. So ist z.B. das Dunkelfeld bei Exhibitionismus

nach Einschätzung des BKA am geringsten und für intrafamiliäre Taten am höchsten. Taten durch Fremdtäter werden signifikant häufiger angezeigt, intrafamiliäre Taten bleiben der Strafjustiz meistens verborgen. Die einzelnen Misshandlungsformen treten häufig kombiniert auf, z.B. ist das Missbrauchsrisiko bei vorangehender Vernachlässigung erhöht. Bei solchen Kombinationen mit langer Einwirkungszeit der belastenden Lebenssituationen kommt es zu deutlich schwereren psychischen Folgen. Der psychische Zustand (Depression!) und die Ressourcen der erwachsenen Bezugspersonen sind ein wesentlicher Einflussfaktor für Kinderschutzmaßnahmen und auch den klinischen Verlauf.

2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik

- Bei schwerer Vernachlässigung und bei unklaren Misshandlungsfragestellungen klärt das allgemeine Laborscreening entsprechende Vitalparameter ab.
- Bei Vergiftungsverdacht oder dem Verdacht der Beeinflussung durch Alkohol oder Drogen müssen entsprechende toxikologische Untersuchungen durchgeführt werden.
- Sichtbare Misshandlungsspuren sowie der Allgemeinzustand sollen wegen der eventuellen forensischen Relevanz möglichst gut nachvollziehbar fotografisch und schriftlich dokumentiert werden. Spermaspuren etc. müssen asserviert und einer genetischen Untersuchung zugeführt werden.
- Bei unklaren Frakturen oder Verdacht auf ein Schütteltrauma sind entsprechende bildgebende Verfahren (Röntgen, Szintigraphie, Ganzkörper beim Kleinkind, CT, MRT) indiziert.
- Der Einsatz eines Verhaltensscreenings (z.B. CBCL) empfiehlt sich sowohl zur Kontaktaufnahme wie auch zur weiteren Exploration, z.B. hinsichtlich sexualisierten Verhaltens.

2.6 Weitergehende Diagnostik und Differentialdiagnostik

In unklaren Situationen muss zunächst z.B. durch stationäre Aufnahme der konkrete Kinderschutz hergestellt werden, dann ist auch die Beobachtung im stationären Milieu von hervorragendem diagnostischen Wert. Manche Mitteilungen können Kinder erst in einer ihnen vertrauten Atmosphäre machen.

- Bei Verdacht auf Kindesmisshandlung müssen scheinbare körperliche Misshandlungsspuren auf andere, nichttraumatische Ursachen hin differenzialdiagnostisch abgeklärt werden. Bildgebenden Verfahren kommt besondere Bedeutung bei protraumierten Misshandlungen und bei Verdacht auf Schütteltraumata zu. Eine gründliche körperlich-neurologische Diagnostik inkl. Augenhinter spiegeln und eine Erfassung der üblichen klinisch-chemischen Labor- und Gerinnungsparameter ist unabdingbar.
- Die gynäkologische Befunderhebung bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch ist immer dann rasch geboten, wenn die Möglichkeit besteht, kurz nach der Tat Spermaspuren zu asservieren, bzw. um akute Verletzungen zu behandeln und zu dokumentieren.
- Bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch muss der Entstehungsgeschichte der Aussage und des Verdachtes besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Differenzialdiagnostisch sind sexuell getönte psychotische inhaltliche Denkstörungen, Pseudologien etc. zu beachten. Es gibt keine spezifischen Verhaltenssymptome, die einen klaren Rückschluss auf Missbrauch als Ursache zulassen.

2.7 Entbehrliche Diagnostik

Nicht jeder Missbrauchsverdacht muss automatisch eine gynäkologische Untersuchung nach sich ziehen (s.o.). Eile ist nur dann geboten, wenn sonst Spuren verwischt oder vernichtet werden könnten. Das Münchhausen-by-Proxy-Syndrom ist charakterisiert durch eine endlose Reihe entbehrlicher diagnostischer Maßnahmen. Hier ist es wichtig, dass Kliniker auf der Basis üblicher Plausibilitäten der Versuchung weiterer Diagnostik widerstehen und die Misshandlungstatsache ins Auge fassen. Dabei ist ein geradezu kriminalistisches Vorgehen (genaues Protokoll: Wer kommt wann für wie lange zum Kind, sukzessiver Kontaktausschluss einzelner Personen etc.) notwendig.

3. Multiaxiale Bewertung

3.1 Identifizierung der Leitsymptome

Eigenanamnese und Fremdanamnese sind Ausgangspunkt der Krisenintervention. Abgeschätzt werden müssen:

- Ressourcen im häuslichen Milieu (Wer hält zum Kind? Wer sucht Hilfe? Wer vertuscht?)
- Auslösende aktuelle Konflikte und Probleme in der Familie
- Rekonstruktion der Aussagegenese (Wem hat sich das Kind zuerst anvertraut? Mit wem hat es des Weiteren darüber gesprochen? Was ist bisher passiert?)

Bei akutem oder Erstkontakt ist ein Gespräch mit einer sorgeberechtigten Person zur Abklärung des weiteren Risikos unabdingbar.

3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen

- Die Frage nach Schlaf, Alpträumen etc. weist häufig auf Symptome der posttraumatischen Belastung wie auf konkrete Ängste und Misshandlungsumstände hin.
- Bei Vernachlässigungsverdacht ist eine genaue Entwicklungsdiagnostik unabdingbar. Intelligenz und gute verbale Fertigkeiten können sich protektiv auswirken.
- Wichtig ist, ein Gesamtbild der psychosozialen Belastungsfaktoren (unter Einschluss der Einschätzung des Funktionsniveaus der Familie in Hinsicht auf kindliche Bedürfnisse) zu gewinnen.
- Auch Schulversäumnisse (z.B. Fernbleiben vom Sportunterricht, damit Misshandlungsspuren nicht gesehen werden) etc. sollten detailliert identifiziert werden.

- Soziale Integration des Kindes: Gibt es einen Freundeskreis? Wer sind wichtige Bezugspersonen?

Siehe auch Abbildung 65 und 66.

Abb. 65: Diagnostik bei Vernachlässigung, Misshandlung oder sexuellem Missbrauch

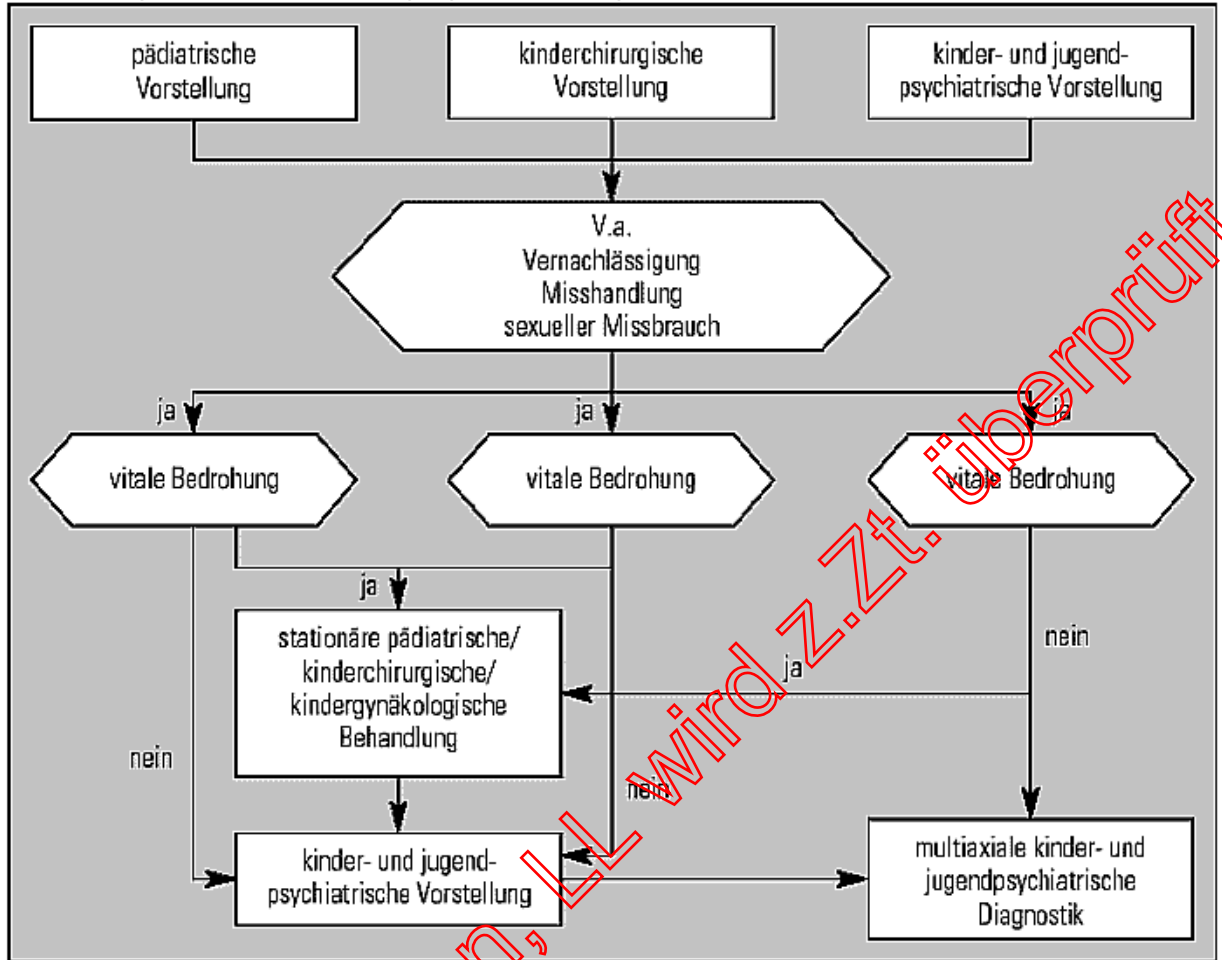
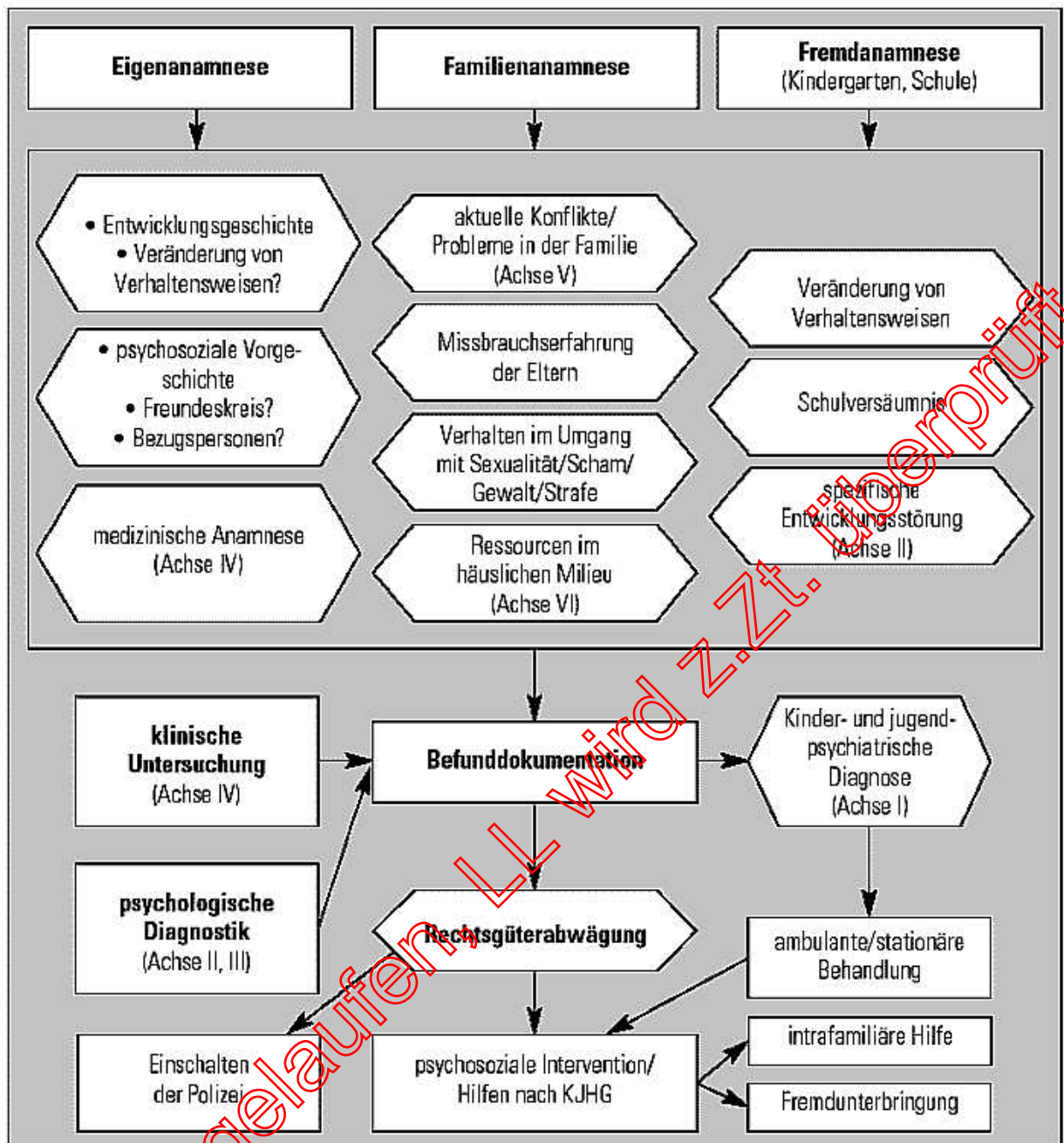


Abb. 66: Multiaxiale Diagnostik bei Vernachlässigung, Misshandlung oder sexuellem Missbrauch

Gültigkeit abgelaufen, LL wird z.Zt. überprüft



3.3 Differenzialdiagnosen und Hierarchie des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Zur Differenzialdiagnostik des Missbrauchs siehe Stellungnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften zur Glaubwürdigkeitsbegutachtung.

- In der Akutsituation muss die Diagnostik zu einem Ergebnis führen, dass die Entscheidung ermöglicht, ob das Kind mit hinreichender Sicherheit ins bisherige Milieu zurückkehren kann, z.B. mit Hilfen dort verbleiben kann, oder ob andere Maßnahmen zu seinem Schutz ergriffen werden müssen. Empirisch begründete Methoden zur Risikoabschätzung können zur Verbesserung der Prognose beitragen und die Hilfeplanung unterstützen. Standardisierte Risikofaktoren-Checklisten und/oder konsensusbasierte Entscheidungsmodelle sollten zur Anwendung gelangen (III).
- Diagnostisch und therapeutisch ist es wichtig, die Situation mit allen Beteiligten anzusprechen. Verleugnung oder Offenheit, Abstreiten oder Bereitschaft Hilfe anzunehmen bilden dabei wichtige Prognosekriterien. Eine genaue Diagnostik der psychischen Folgen und der eventuellen spezifischen Entwicklungsrückstände führt zu einem differenzierten Therapieplan.

4. Interventionen

4.1 Auswahl des Interventionssettings

Wichtig sind Ruhe und Zeit in der akuten Krise.

- Wenn Sorgeberechtigte mit Misshandlungs-, Missbrauchs- oder Vernachlässigungsverdacht konfrontiert werden, muss das Kind in einer geschützten Position sein (z.B. Möglichkeit der Inobhutnahme - § 42 KJHG - oder stationären Aufnahme im Hintergrund).
- Vermeiden von Schuldvorwürfen oder aggressiven Konfrontationen bzw. Vorhaltungen an die Eltern

- Am Schutz und an der Sicherheit des Kindes orientierte Gesprächsführung
- Bei Mitteilungen von Kindern keine falschen Versprechungen! Einem Kind kann zu dessen eigenem Schutz keine absolute Vertraulichkeit versprochen werden. Wenn ein Kind dem Untersucher ein "Geheimnis" anvertraut und dieser absolute Verschwiegenheit zusichert, wird er ohnmächtiger Mitwisser im Misshandlungssystem.
- Konkretes Aufgreifen der Ängste des Kindes. Vielen Kindern ist von den Tätern die Heimunterbringung angedroht worden. Wichtig ist deshalb konkretes Zeigen von Schutzmöglichkeiten, wie stationäre Unterbringung etc., zum Abbau irrationaler Ängste und Vorstellungen. Nur bei hinreichendem Schutz für das Kind kann ein ambulantes Setting gewählt werden, sonst sind stationäre Maßnahmen zum Schutz erforderlich.

Solche stationären Maßnahmen sind:

- Kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Behandlung (nur bei Behandlungsindikation)
- Pädiatrische/kinderchirurgische/kindergynäkologische Behandlung (bei entsprechender Behandlungsindikation)
- Stationäre Kriseninterventionsangebote der Jugendhilfe; Kindernotdienst, Jugendnotdienst, Mädchenhäuser, Kurzzeitpflege etc.

4.2 Hierarchie der Behandlungsentscheidungen und Beratung

Kinderschutz ist das oberste Interventionsziel. Die Behandlungsentscheidungen müssen am Kindeswohl orientiert sein. Möglichkeiten des Schutzes sind stationäre Unterbringung, welche bei unkooperativen Sorgeberechtigten juristisch durch folgende Maßnahmen abgesichert werden kann: Inobhutnahme § 42 KJHG (SGB VIII) sowie vorläufige Einschränkung des elterlichen Aufenthaltsbestimmungsrechtes (§§ 1666 und 1666a BGB, familiengerichtliche Maßnahmen). Bei diesen Interessenkollisionen soll ein Verfahrenspfleger (§ 50 FGG) eingesetzt werden.

- Die Interessen von Strafverfolgungsbehörden nach hoher Detailaufklärung und ständiger erneuter Überprüfung von Aussagen müssen im Einzelfall zurückstehen, wenn sie dem Kind nicht zugemutet werden können.
- Es gibt keine Anzeigepflicht für die genannten Delikte. Die Delikte sind aber Offizialdelikte. D.h., sobald Polizei oder Staatsanwaltschaft von einem solchen Delikt Kenntnis erlangen, muss entsprechend dem Legalitätsprinzip ermittelt werden. Insofern bedeutet das Einschalten der Polizei eine sehr weitgehende Entscheidung, die in der Regel nicht (insbesondere nicht im Affekt) von einer Einzelperson getroffen werden sollte (im Nachdienst Rücksprache mit Hintergrunddienst; am Tag Visitenentscheidung, Teambesprechung o.Ä.).
- Wichtig ist die ausführliche Dokumentation aller Befunde sowie der Äußerungen der befragten Personen, aber auch der einzelnen Handlungsschritte. Behandlungsalternativen oder Dilemmata sollen in der Falldokumentation aufgezeigt werden - was für die eine und was für die andere Alternative sprach (Rechtssicherheit bei eventuellem Scheitern der Maßnahme).
- Nur vertretbare Risiken eingehen! Ist die Gesamtsituation zu unklar und bestehen massive psychische Belastungen, ist häufig die stationäre Aufnahme wegen dieser psychischen Belastungen konsensfähig und für alle Beteiligten akzeptabel. Vorsicht, durch die stationäre Aufnahme scheint das Problem für alle anderen Beteiligten zunächst gelöst, und die Klinik hat die Last für das weitere Fallmanagement allein zu tragen; die meisten weiteren Hilfen müssen aber im Bereich der Jugendhilfe realisiert werden. Bei einem (teilweisen) Eingeständnis bzw. bei klar benannten Tatverdächtigen und Handlungsabläufen sind Interventionen im bisherigen Milieu eher möglich als bei kompletter Verleugnung.
- Die Behandlung des Kindes zielt darauf ab, zunächst Sicherheit, Schutz und Vertrauen herzustellen. Negative Äußerungen über Misshandler oder Missbraucher des Kindes sollten vermieden werden, da die Kinder insbesondere dann eine ambivalente Beziehung zu diesen haben, wenn sie die Bezugspersonen sind.
- Verhaltenstherapeutische Maßnahmen zum gezielten Abbau von sexualisiertem Verhalten und Stereotypen
- Die besten Wirksamkeitsnachweise, vor allem hinsichtlich der Reduzierung posttraumatischer Belastungssymptome, gibt es für die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie nach sexuellem Missbrauch, bei der bewährte kognitiv-behaviorale mit traumaorientierten Techniken kombiniert werden (II-I). Bei Beteiligung eines nicht missbrauchenden Elternteils an der Behandlung können weitere Verbesserungen wie die Reduzierung depressiver, unspezifisch-internalisierender sowie externalisierender Symptome, sexualisierten Verhaltens der betroffenen Kinder/Jugendlichen und eine Reduzierung depressiver Symptome der Bezugspersonen erreicht werden (II). Auch bei körperlichem Missbrauch und bei durch miterlebte Gewalttaten traumatisierten Kindern und Jugendlichen haben sich kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen mit Einbeziehung der Eltern zur Reduzierung gewalttätigen elterlichen Verhaltens und zur Verringerung der Symptomatik des Kindes bewährt. Für EMDR liegen im Kindes- und Jugendalter erste Untersuchungen vor, allerdings überwiegend Einzelfalluntersuchungen und lediglich eine bislang nicht replizierte randomisierte kontrollierte Studie mit geringer Fallzahl (III).
- Kompetenzaufbau in einem auf differenzierte Diagnostik fußenden Stufenkonzept
- Weitergehende integrierte Therapie-, Förder- und Hilfeplanung.

Psychopharmakologische Behandlung ist in der Regel a priori nicht indiziert. Bei massiven Schlafstörungen, massiver Angst, selbstverletzendem Verhalten etc. sind ggf. entsprechende Behandlungsmaßnahmen flankierend einzuleiten. In Bezug auf selbstverletzendes impulsives Verhalten haben sich atypische Neuroleptika in offenen Studien als erfolgreich erwiesen (Evidenzniveau IV). Risperidon ist ab dem Alter von 5 Jahren in Deutschland für die Behandlung impulsiv-disruptiven Verhaltens zugelassen worden.

4.3 Besonderheiten bei ambulanter Behandlung

Diagnostik und Differenzialdiagnostik können ambulant erfolgen, z.B. wenn der Schutz im häuslichen Milieu oder einer anderen Einrichtung gewährleistet ist. Eine ambulante Nachbetreuung nach Rückkehr ins häusliche Milieu und nach der Einführung unterstützender Maßnahmen, wie Familienhelfereinsatz etc., ist dringend zu empfehlen, sodass eine außen stehende Vertrauensperson für das Kind etabliert wird.

Das große Problem aller ambulanten Maßnahmen im Kinderschutzbereich sind die damit verbundenen Risiken für

weitere Übergriffe. Deshalb müssen entsprechende Behandlungsentscheidungen als Rechtsgüterabwägungen ausführlich dokumentiert werden.

Bei Misshandlungs-, Vernachlässigungs- und Missbrauchsverdacht bestehen bei der ambulanten Behandlung erheblich erhöhte Risiken des Kontaktabbruchs.

4.4 Besonderheiten bei teilstationärer Behandlung

Teilstationäre Behandlung empfiehlt sich z.B. gerade bei kooperativen, aber vernachlässigenden Müttern zur intensiven Förderung und Therapie der Kinder bei gleichzeitiger Erhaltung der familialen Beziehungen und der Möglichkeit zu intensiver Elternarbeit/-training. Gelegentlich gibt es für diese Gruppe von Patienten auch schon die Möglichkeit einer gemeinsamen Akutaufnahme von vernachlässigender Mutter und ihren Kindern zu einem ersten Intensivtraining und dann den Übergang in teilstationäre Behandlung.

4.5 Besonderheiten bei stationärer Behandlung

Die stationäre Krisenintervention dient der Behandlung der psychiatrischen Symptomatik und stellt gleichzeitig akut Kinderschutz her.

4.6 Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

Der Umgang mit Kindesmisshandlungen, Vernachlässigung und Missbrauch bedingt eine enge Zusammenarbeit aller helfenden Professionen unter Einbeziehung des Herkunftsmilieus. Häufig wird von "Vernetzung" gesprochen. Empirische Untersuchungen zum institutionellen Umgang mit den betroffenen Kindern zeigen aber, dass Delegationsketten mit sehr belastenden Folgen für die Kinder typisch und mit Belastungen verbunden sind (II). Deshalb:

- Zuständigkeiten klären
- Fallkoordinator einsetzen
- Rechtzeitig - wenn nötig - das Familiengericht einschalten (Verfahrenspfleger, Eingriffe ins Sorgerecht und Aufenthaltsbestimmungsrecht)
- Als Krisenintervention Inobhutnahme (§ 42 KJHG)
- Durch kontinuierliche Anbindung an Sozialdienste wird bei bereits durch Misshandlung aufgefallenen Familien eine Reduzierung des Wiederholungsrisikos erreicht (II).

Leider lässt sich trotz aller Anstrengungen in den meisten Fällen in den Herkunftsfamilien so wenig bewegen, dass viele Kinder zu ihrem Schutz dauerhaft in ein anderes betreutes Milieu (Adoption, Pflegefamilie, Heim) wechseln. Eine zentrale Aufgabe der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in diesem Kontext ist es, die neuen Betreuungspersonen des Kindes mit kompetenten, förderungsrelevanten Informationen zu versorgen. Weiter ist es notwendig, massive psychische und Verhaltensfolgen der frühen Traumatisierungen zu behandeln. Neue Bezugspersonen müssen im Umgang mit dem Kind und mit der Herkunftsfamilie unterstützt und beraten werden. Für Jugendliche kann die Teilnahme an Selbsthilfegruppen eine deutlich entlastende Funktion haben. Zu effektivem Handeln im Bereich des Kinderschutzes ist eine Kenntnis der rechtlichen Situation und der rechtlichen Interventionsmöglichkeiten und ihrer Implikationen unabdingbar.

4.7 Entbehrliche Therapiemaßnahmen

- Teilweise bestehen bei Laien, aber auch bei Fachleuten aus nichttherapeutischen Berufen Vorstellungen, dass solche tief gehenden Traumata besonders intensiv besprochen und immer wieder durchgearbeitet, "verarbeitet" werden müssen. Insofern wird bisweilen auch im Beratungskontext immer wieder auf die Misshandlungs- oder Missbraucherlebnisse fokussiert, was die Betroffenen erheblich überlasten und beeinträchtigen kann.
- In der Behandlung gilt es, gelungene Abwehrleistungen, die die Person vor einer Überflutung durch die massiven traumatischen Belastungen schützen, zu respektieren bzw. entsprechende Fähigkeiten aufzubauen, um ein Zurechtkommen im Alltag ohne Flashbacks und andere spezifische Symptome zu ermöglichen.
- In den letzten Jahren sind eine Fülle von spezifischen Therapieansätzen für traumatisierte Personen entwickelt worden. Im Bereich der Therapie von Kindern und Jugendlichen stehen gesicherte Befunde über Risiken und Nebenwirkungen z.B. der EMDR (s. auch Leitlinie "Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen") noch aus, sodass solche Verfahren noch nicht als Standardbehandlung angesehen werden können und per se nicht isoliert außerhalb einer tiefenpsychologisch fundierten oder verhaltenstherapeutischen Behandlung eingesetzt werden dürfen.
- Die außergewöhnlichen Entstehungsbedingungen der Störungsbilder und Belastungen dürfen nicht dazu führen, empirisch nicht fundierte Behandlungsansätze zu legitimieren, vielmehr gelten auch in diesem häufig stark ideologisch diskutierten Kontext die üblichen Anforderungen an die Sicherheit von Interventionen.

Literatur

1. Cohen J et al., A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, (1996), 43, 393-402
2. Fegert JM (Hrsg.) (2001) Begutachtung sexuell missbrauchter Kinder. Fachliche Standards im juristischen Verfahren. Luchterhand, Neuwied
3. Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ, Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: I. Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry (1996a), 35, 1355-1364
4. Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ, Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry (1996b), 35, 1365-1374
5. Frank R, Räder K, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Frauen, Familie und Gesundheit (1994)

- Früherkennung und Intervention bei Kindesmisshandlung. Forschungsbericht. München
- Jaberghaderi N et al., A comparison of CBT and EMDR for sexually-abused Iranian girls. *Clinical Psychology Psychotherapy* (2004), 11, 358-368
 - Manly JT et al., Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Developmental and Psychopathology* (2001), 13, 759-782
 - Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (DGKJP) und Bundesarbeitsgemeinschaft, Stellungnahme zur Glaubwürdigkeitsbegutachtung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (1999), 27, 72-75

Verfahren zur Konsensbildung:

Frühere Bearbeiter dieser Leitlinie

J. M. Fegert, K. Tiedtke, R. Frank

Jetzige Bearbeiter dieser Leitlinie

J. M. Fegert, R. Frank, L. Goldbeck, D. Höhne, R. Schepker

Korrespondenz an:

Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Universität Ulm
Steinhövelstraße 5
89075 Ulm

Redaktionskomitee:

federführend
Martin H. Schmidt, Mannheim
Fritz Poustka, Frankfurt/Main

Bernhard Blanz, Jena
Joachim Jungmann, Weinsberg
Gerhard Lehmkuhl, Köln
Helmut Remschmidt, Marburg
Franz Resch, Heidelberg
Christa Schaff, Weil der Stadt
Andreas Warnke, Würzburg

Erstellungsdatum:

01/1999

Letzte Überarbeitung:

11/2006

Nächste Überprüfung geplant:

k. A.

Zurück zum [Index Leitlinien Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Website](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

Stand der letzten Aktualisierung: 11/2006

©: Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code aktualisiert: 05.02.2008; 15:01:58