

# Expertise

„Was können Ärzte (und Zahnärzte)  
in Deutschland zur Prävention und  
Früherkennung von Kindesvernachlässigung  
und -misshandlung beitragen?“

Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften

Universität Bayreuth

Prieserstr. 2

95 444 Bayreuth

Direktor:

Univ. Prof. Dr. med. Dr. phil. Eckhard Nagel

**Autoren:**

Dipl.-Gesundheitsökonomin Susanne Oeder

Dipl.-Gesundheitsökonomin Andrea Thater

Dipl.-Medizinpädagogin Steffi Lehmann

Dr. rer. medic. Frank Pühlhofer

PD Dr. med. Dr. habil. rer. pol. Walter Wohlgemuth

Prof. Dr. med. Dr. phil Eckhard Nagel

Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften

Universität Bayreuth

Prieserstr. 2

95 444 Bayreuth

Stand 15. Oktober 2009

## Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis .....	II
Abbildungsverzeichnis .....	III
Tabellenverzeichnis.....	III
1. Einleitung .....	1
2. Begriffsbestimmungen Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung.....	3
2.1. Formen und Folgen von Kindesvernachlässigung .....	5
2.2. Formen und Folgen von Kindesmisshandlung.....	12
2.2.1. Körperliche Gewalt.....	14
2.2.2. Emotionale Gewalt .....	17
2.2.3. Sexueller Missbrauch.....	19
2.2.4. Elterliche Partnerschaftsgewalt .....	21
2.2.5. Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom.....	23
2.3. Risikofaktoren, Schutzmechanismen und Präventionsmöglichkeiten .....	25
2.4. Epidemiologie von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung.....	36
3. Methodik.....	39
3.1. Literaturrecherche.....	39
3.2. Auswahl der relevanten Literatur .....	41
4. Qualitative Analyse – Ergebnisse .....	43
4.1. Präventionssituation.....	43
4.2. Informationsvermittlung für Ärzte.....	55
4.3. Ärztliche Konzepte mit aufsuchenden Formen .....	58
4.4. Befunderhebung und Meldung beim Jugendamt.....	61
4.5. Kooperationsformen.....	72
4.6. Ableitung von Empfehlungen und weiterer Forschungsbedarf .....	77
5. Fazit.....	85
Literaturverzeichnis.....	88
Anhang.....	97

## Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
AWO	Arbeiterwohlfahrt
ASD	Allgemeiner Sozialer Dienst
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
bzw.	beziehungsweise
CT	Computertomographie
et. al.	et altera
etc.	et cetera
f.	folgende
ff.	fortfolgende
GG	Grundgesetz
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
http	hypertext transfer protocol
MRT	Magnetresonanztomographie
PD	Privatdozent
Prof.	Professor
RCT	randomized controlled trial
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch
U	Untersuchung
vgl.	vergleiche
www	world wide web
z. B.	zum Beispiel
ZNS	Zentrales Nervensystem

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Formen der Kindeswohlgefährdung .....	5
Abbildung 2: Ärztliches Vorgehen bei Verdacht auf Kindesmisshandlung .....	61
Abbildung 3: Handlungsschritte des Interventionsprogramms „S.I.G.N.A.L.“ .....	80

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Formen und Folgen von Kindesvernachlässigung .....	9
Tabelle 2: Risikofaktoren für Kindesvernachlässigung und -misshandlung.....	31
Tabelle 3: Schutzfaktoren.....	36
Tabelle 4: Schlagworte und in den Datenbanken ermittelte Treffer .....	41
Tabelle 5: Untersuchungstermine für die Kinderuntersuchungen .....	45
Tabelle 6: Bestandteile der Schuleingangsuntersuchung.....	48
Tabelle 7: Übersicht über die vom BMFSFJ geförderten Modellprojekte .....	55
Tabelle 8: Mögliche Symptome bei Vernachlässigung und Misshandlung.....	63
Tabelle 9: Grundlagen und Denkmodelle von Jugendhilfe und Gesundheitswesen .....	75

### 1. Einleitung

Historisch gesehen ist Gewalt gegen Kinder kein neues Phänomen, sondern zieht sich bis heute durch die Geschichte unserer Gesellschaft. Die in früheren Zeiten gebräuchlichen Wertvorstellungen billigten eine Vielzahl von Praktiken, die heute als Misshandlung bezeichnet werden. Dabei schwinden die Rechte von Kindern und deren Stellenwert, je weiter zurück man in der Geschichte geht: In manchen Kulturkreisen war Kindesmord lange Zeit ein akzeptiertes Mittel, um die Bevölkerungszahlen zu regulieren oder Kinder mit einem Geburtsfehler zu eliminieren. In Rom und im Griechenland der Antike war es legitim, Kinder für sexuelle Neigungen zu benutzen und Pädophilie wurde teilweise sogar idealisiert. Bis weit in das 20. Jahrhundert hinein blieben Kindesmisshandlungen nahezu unangefochten bestehen, was in der Einstellung begründet lag, dass Eltern ihre Kinder als Eigentum betrachteten und man eine harte, strenge Erziehung als gerechtfertigt ansah.

Einen Meilenstein in der professionellen Auseinandersetzung mit der Thematik des Kinderschutzes und der Beginn der wissenschaftlichen Untersuchung von Kindesvernachlässigung und -misshandlung durch die Ärzteschaft stellten die Veröffentlichungen des US-amerikanischen Pädiatrieprofessors Kempe<sup>1</sup> dar, der durch seinen Vortrag über „The Battered Child Syndrome“ eine klinische, wissenschaftliche und internationale Auseinandersetzung mit dem Thema Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung in Gang setzte. 1968 erschien schließlich das erste Medizin-Lehrbuch zu diesem Themenkomplex, das von Kempe und Kollegen herausgegeben wurde.

In Deutschland selbst wurde zu Beginn der 60er Jahre des letzten Jahrhunderts das Schlagen von Kindern noch von der Mehrheit der Eltern gebilligt und das Züchtigen mit dem Rohrstock war Usus. Erst im Jahr 1973 wurde die sogenannte Prügelstrafe abgeschafft, im Freistaat Bayern sogar erst 1980. Das Recht der Kinder auf eine gewaltfreie Erziehung wurde schließlich im November 2000 im § 1631 BGB verankert. Am 12. Juni 2008 forderten die Bundeskanzlerin und die Regierungschefs der Bundesländer eine Kultur des Hinsehens als gemeinsame Basis für einen verbesserten

---

<sup>1</sup> Kempe war an der Universität von Denver Professor für Kinderheilkunde und begegnete zunehmend traumatischen, unerklärlichen Verletzungen von Kindern. Bis heute gilt Kempe als der Begründer des zeitgemäßen medizinischen, als auch umfänglichen Kinderschutzes verschiedener Professionen. Vgl. Fűrniß (2005), S. 19 und Herrmann et. al (2008), S. 12.

Kinderschutz und eine starke Verantwortungsgemeinschaft von staatlichen Institutionen und Gesellschaft.

Zunächst mussten sich also die Perspektiven und die Sensibilität in der Gesellschaft verändern, um die verschiedenen Formen von Gewalt gegen Kinder als Kindesmisshandlung zu erkennen und überhaupt als solche zu bezeichnen.<sup>2</sup>

Trotz des beschriebenen gesellschaftlichen Wandels und der Stärkung der Rechte des Kinderschutzes behält das Thema Kindeswohlgefährdung auch in der jüngsten Zeit seine erschreckende Bedeutung. So ist Kindesmisshandlung eines der größten Probleme im Bereich Public Health und Sozialfürsorge gerade in High-Income-Ländern: Jedes Jahr werden ungefähr vier bis sechzehn Prozent der Kinder physisch missbraucht und ca. zehn Prozent der Kinder werden vernachlässigt oder psychisch misshandelt. Während ihrer Kindheit werden zwischen fünf und zehn Prozent der Mädchen und bis zu fünf Prozent der Jungen massiv sexuell missbraucht, mehr als dreimal so viele werden in irgendeiner Form sexuell missbraucht. Dabei ist die Vernachlässigung als ebenso schädigend wie physische oder sexuelle Misshandlungen einzustufen, wenngleich sie auch wissenschaftlich und öffentlich weniger Aufmerksamkeit erhält.<sup>3</sup>

Diese hohe Relevanz des Themas hat die Bundesärztekammer bewogen die vorliegende Expertise in Auftrag zu geben. Sie befasst sich zunächst mit einer Begriffsbestimmung und Epidemiologie der bestehenden Formen und Folgen von Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung, um sich im Anschluss als Schwerpunkt mit den Risikofaktoren, Schutzmechanismen und Präventionsmöglichkeiten auseinanderzusetzen, wobei die ärztliche Perspektive hier im Vordergrund steht. Dazu wurden in einer qualitativen Analyse anhand einer umfangreichen Literaturrecherche die derzeitige Präventionssituation und hierbei insbesondere der Handlungsspielraum der beteiligten Ärzte analysiert. Dem schließt sich die Ableitung von Handlungsempfehlungen an und es wird auf den weiterhin bestehenden Forschungsbedarf hingewiesen.

---

<sup>2</sup> Vgl. Kempe/ Kempe (1980), S. 11.

<sup>3</sup> Vgl. Gilbert et al. (2009), S. 68.

## 2. Begriffsbestimmungen Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung

Kindesmisshandlung stellt im internationalen Kontext keine feste Beobachtungsgröße, sondern ein gesellschaftliches und historisch relatives Beurteilungsprädikat dar, wodurch es schwierig ist, eine allgemeingültige Definition dieses Begriffs zu erstellen.<sup>4</sup> Die Gesellschaft bestimmt, welcher Erziehungsstil gefordert wird, wann die Fürsorge und Pflege eines Kindes als angemessen gilt und wann die Grenze der Tolerierbarkeit überschritten ist.<sup>5</sup>

Sehr allgemein wird Kindesmisshandlung synonym zum Begriff „Gewalt gegen Kinder“ verwendet und steht für die Gesamtheit aller Ausprägungen von negativ beurteilten Einwirkungen, Unterlassungen und Handlungen, unabhängig von deren Modalität, die Kinder anbelangen.<sup>6</sup>

Die WHO gibt in ihrem Bericht zu Gewalt und Gesundheit folgende Definition:

*“Child abuse or maltreatment constitutes all forms of physical and/or emotional ill-treatment, sexual abuse, neglect or negligent treatment or commercial or other exploitation, resulting in actual or potential harm to the child’s health, survival, development or dignity in the context of a relationship of responsibility, trust or power.”<sup>7</sup>*

Engfer differenziert zusätzlich zwischen Handeln und Unterlassen:

*„Kindesmisshandlung sind gewaltsame psychische oder physische Beeinträchtigungen von Kindern durch Eltern oder Erziehungsberechtigte. Diese Beeinträchtigungen können durch elterliche Handlungen (wie bei körperlicher Misshandlung, sexuellem Missbrauch) oder Unterlassung (wie bei emotionaler und physischer Vernachlässigung) zustande kommen.“<sup>8</sup>*

---

<sup>4</sup> Allerdings ist diese Relativität innerhalb der gleichen gesellschaftlichen Epoche auch begrenzt, so dass sich Begriffsbestimmungen finden lassen, die dem Kern des Alltagsverständnisses von Gewalt gegen Kinder sehr wohl entsprechen. Problematisch sind jedoch die Grenzbereiche, welche Erscheinungen als Misshandlung bezeichnet werden. Vgl. Wetzels (1997), S. 56.

<sup>5</sup> Vgl. Engfer (2005), S. 5 und Gellert (2007), S. 8.

<sup>6</sup> Vgl. Wetzels (1997), S. 59.

<sup>7</sup> WHO (2002), S. 59. Die deutsche Übersetzung lautet: Kindesmissbrauch oder -misshandlung umfasst alle Arten von körperlicher und/oder seelischer Misshandlung, sexuellem Missbrauch, Vernachlässigung oder nachlässiger Behandlung oder eine kommerzielle oder eine andere Art der Ausbeutung, die die Gesundheit, das Überleben, die Entwicklung oder die Würde des Kindes schädigen oder schädigen können und im Rahmen eines auf Verantwortung, Vertrauen und Macht basierenden Verhältnisses erfolgen.

<sup>8</sup> Engfer (2005), S. 3.

Diese Definition spezifizieren Leeb et al. noch weiter, indem sie bei der Begriffsbestimmung sogar die Vorhersehbarkeit einer Schädigung des Kindes durch die Sorgeberechtigten mit einbeziehen. Sie verstehen unter Kindesmisshandlung:

*„Jede Form einer Handlung oder Unterlassung der Eltern oder anderer Sorgeberechtigter, die in einer Schädigung, einer potentiellen Schädigung oder in der Gefahr einer Schädigung des Kindes resultiert, auch wenn eine Schädigung nicht beabsichtigt war. Unter Handlung ist in diesem Zusammenhang der physische, sexuelle und psychische Missbrauch zu verstehen und mit Unterlassung ist die physische, emotionale, medizinische/zahnmedizinische, erzieherische Vernachlässigung sowie keine adäquate Beaufsichtigung und die Exposition gegenüber einer gewalttätigen Umgebung gemeint“.*<sup>9</sup>

Demnach werden verschiedene Misshandlungsformen unterschieden, die in Abbildung 1 dargestellt sind: Körperliche Misshandlung, psychische Misshandlung, sexueller Missbrauch und Vernachlässigung. Darüber hinaus zählt es ebenfalls zu Kindesmisshandlung, wenn Kinder elterlicher Partnerschaftsgewalt ausgesetzt sind und diese miterleben müssen.<sup>10</sup> Körperliche Gewalt, psychische Misshandlung, elterliche Partnerschaftsgewalt und Vernachlässigung finden überwiegend innerfamiliär zwischen den Eltern und ihren Kindern statt, während sexueller Missbrauch sowohl inner- als auch außerfamiliär erfolgen kann.<sup>11</sup>

---

<sup>9</sup> Vgl. Leeb et al. (2008), S. 11.

<sup>10</sup> Vgl. Gilbert et al. (2009), S. 68 f.

<sup>11</sup> Vgl. Wetzels (1997), S. 61.

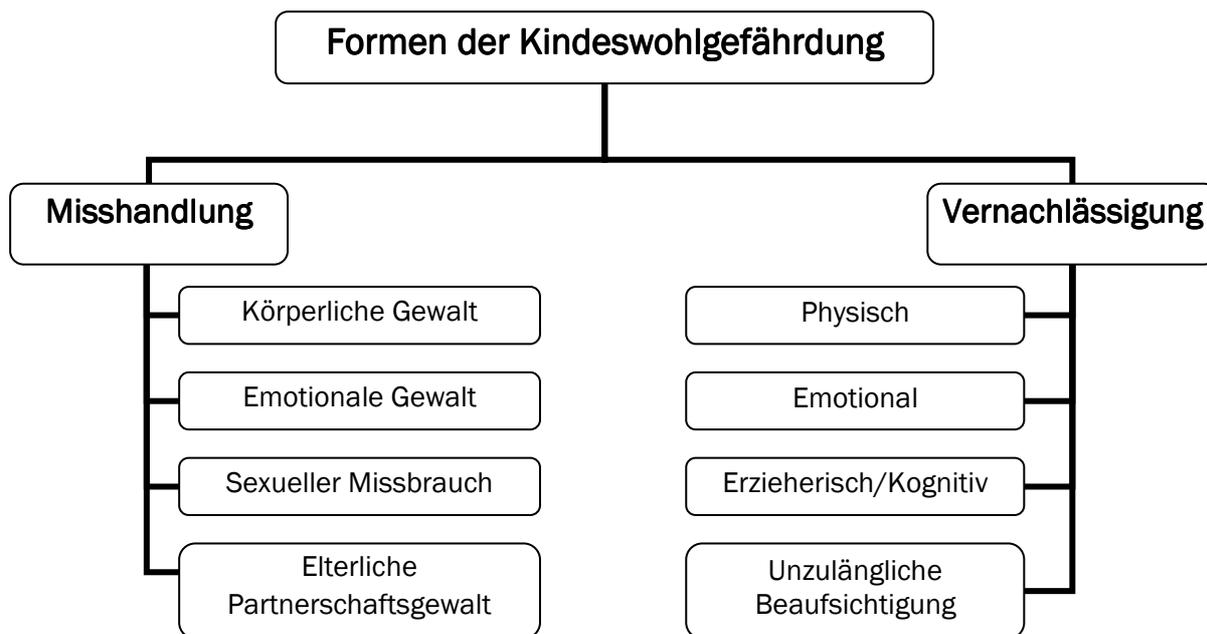


Abbildung 1: Formen der Kindeswohlgefährdung <sup>12</sup>

Die Formen von Gewalt gegen Kinder werden weiter differenziert in leichtere und gravierendere Ausprägungen, wobei zwischen seltenen oder einmaligen Handlungen und systematischen Misshandlungsfällen zu unterscheiden ist. Selten treten in der Praxis die verschiedenen Misshandlungsformen isoliert auf, sondern kommen oftmals als vielschichtige Mischformen vor, die unmittelbar aufeinander folgen oder gleichzeitig stattfinden bzw. sich überlagern und verstärken. Jedoch kann auch eine einmalige Gewalthandlung zu beträchtlichen Verletzungen des Kindes führen (wenn beispielsweise ein Baby kräftig geschüttelt wird und dadurch ein Hirntrauma entsteht<sup>13</sup>).

## 2.1. Formen und Folgen von Kindesvernachlässigung

Auch für Kindesvernachlässigung gibt es analog zu anderen Gewaltformen keine allgemeingültige Definition, da die Begriffsbestimmung von gesellschaftlichen Normen und Maßstäben abhängt, die sich im Laufe der Zeit und im kulturellen Kontext wandeln.<sup>14</sup>

Nach Kindler wird Kindesvernachlässigung beschrieben als:

<sup>12</sup> Eigene Darstellung.

<sup>13</sup> Vgl. Albert (2008), S. 41 und Frank (2008a), S. 84.

<sup>14</sup> Vgl. Engfer (2005), S. 5 und Gellert (2007), S. 8.

*„Andauerndes oder wiederholtes Unterlassen fürsorglichen Handelns bzw. Unterlassen der Beauftragung geeigneter Dritter mit einem solchen Handeln durch Eltern oder anderer Sorgeberechtigte, das für einen einsichtigen Dritten vorhersehbar zu erheblichen Beeinträchtigungen der physischen und/oder psychischen Entwicklung des Kindes führt oder vorhersehbar ein hohes Risiko solcher Folgen beinhaltet.“<sup>15</sup>*

Schone ergänzt die Definition wie folgt:

Die für das Wohle des Kindes verantwortliche Person lässt es demnach zu, dass es zu einer Nichterfüllung der kindlichen Grundbedürfnisse kommt und das Kind ein vermeidbares Leid erfährt. Dabei kann die Unterlassung vorsätzlich, aus Unachtsamkeit, unzulänglichem Wissen über Gefahrensituationen und Notwendigkeiten, einem Mangel an Einsichtsfähigkeit oder auch unzureichenden eigenen Fähigkeiten erfolgen.<sup>16</sup> Des Weiteren kann eine Unterscheidung getroffen werden zwischen aktiver bzw. bewusster und passiver bzw. unbewusster Vernachlässigung. Eine strikte Grenzziehung zwischen beiden Formen ist zumeist nicht ohne weiteres möglich, für die Auswahl der geeigneten Hilfeinstrumente jedoch wichtig. Denn es stellt auch hinsichtlich der notwendigen Interventionen einen wesentlichen Unterschied dar, ob die Vernachlässigung aus einer Überforderung oder Unwissenheit der Eltern resultiert oder ob die Defizitversorgung tatsächlich beabsichtigt herbeigeführt wurde.<sup>17</sup>

Die oben genannten Grundbedürfnisse sind für die körperliche und seelische Entwicklung eines Kindes und die Bildung seiner Persönlichkeit entscheidend und wichtig. Die Bedürfnisse werden in Anlehnung an die Maslowsche Bedürfnispyramide hierarchisch angeordnet, wobei erst die Bedürfnisse der untersten Stufe in gewisser Weise erfüllt sein müssen, damit auf der nächsten, höheren Stufe weitere Bedürfnisse entwickelt werden können. Auf der ersten Stufe stehen die biologischen bzw. physiologischen Bedürfnisse wie Durst, Hunger und Schlaf, während die zweite Stufe Schutzbedürfnisse umfasst, die Fürsorge, Sicherheit, Stabilität und Schutz vor Gefahren beinhalten. In der nächst höheren Stufe sind soziale Bedürfnisse zu finden, die beispielsweise Zuwendung, Aufmerksamkeit, Zuneigung und Empathie einschließen. Die vierte Stufe wird von dem Bedürfnis nach Wertschätzung bestimmt und bezieht dabei die emotionale und physische Akzeptanz, Anerkennung und Selbstachtung ein. Das Bedürfnis nach Anregung, Spiel und

---

<sup>15</sup> Kindler (2006a), S. 3 ff.

<sup>16</sup> Vgl. Cantwell (2002), S. 515 f. und Herrmann (2005a), S. 1.

<sup>17</sup> Vgl. Deegener (2005), S. 37 und Schone et al. (1997), S. 22.

Leistung steht auf Stufe fünf, wobei Inspiration, Unterstützung und Förderung des Neugierverhaltens als Beispiele hierfür zu nennen sind. Die sechste und damit oberste Stufe der Pyramide bildet das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung, womit Selbständigkeit, Individualität, Unabhängigkeit etc. gemeint sind.<sup>18</sup> Vernachlässigung beschreibt in diesem Zusammenhang, dass die Eltern bzw. Sorgeberechtigten dauerhaft die Bedürfnisse ihres Kindes auf einer oder auch mehreren Stufen nur unzureichend erfüllen. Die Dringlichkeit der Befriedigung und die Folgen des Nichterfüllens hiervon sind umso höher bzw. schwerwiegender, je weiter unten die Bedürfnisse in der Pyramide eingruppiert sind.<sup>19</sup>

Allgemein wird zwischen körperlicher und seelischer Vernachlässigung unterschieden, wobei sich erstere auf unzureichende Ernährung, Pflege, gesundheitliche Versorgung, Hygiene, Schutz und Bekleidung bis hin zur Verwahrlosung bezieht. Folgen hiervon sind beispielsweise Entwicklungs- und Gedeihstörungen sowie vermeidbare Krankheiten und Verletzungen.<sup>20</sup> Seelische Vernachlässigung zeichnet sich dadurch aus, dass es dem Kind an Zuwendung, Anregungen und verlässlichen Beziehungen mangelt, seine Entwicklungsbedürfnisse nicht beachtet oder erfüllt werden und die Entwicklung sozialer Kompetenz nicht gefördert wird.<sup>21</sup> Deegener und Körner differenzieren die Formen von Vernachlässigung noch weiter auf in kognitive Vernachlässigung und mangelnde Beaufsichtigung.<sup>22</sup> Die Grenzen zwischen den verschiedenen Formen von Vernachlässigungen sind nach Engfer jedoch schwierig zu bestimmen und verschwimmen häufig.<sup>23</sup>

Einen Überblick über die verschiedenen Formen, Ausprägungen und Beispiele der Folgen von Kindesvernachlässigung gibt die nachfolgende Tabelle 1.

---

<sup>18</sup> Vgl. Schmidtchen (1989), S. 106, Linnemann (2007), S. 13 f. und Pinkvoss (2009), S. 23.

<sup>19</sup> Vgl. Schone et al. (1997), S. 23 ff. und Linnemann (2007), S. 13 f.

<sup>20</sup> Vgl. Herrmann et. al (2008), S. 179 ff.

<sup>21</sup> Vgl. Linnemann (2007), S. 9.

<sup>22</sup> Vgl. Deegener/Körner (2006), S. 82.

<sup>23</sup> Vgl. Engfer (2005), S. 7.

Formen	Ausprägungen	Mögliche Folgen
<b>Körperliche Vernachlässigung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unzureichende Ernährung (quantitativ und/oder qualitativ)</li> <li>▪ Mangelnde Hygiene, mangelnde Zahn- und Körperpflege</li> <li>▪ Kein angemessener Wohnraum</li> <li>▪ Keine saubere und den Witterungsverhältnissen entsprechende Bekleidung</li> <li>▪ Unzureichender Schlaf</li> <li>▪ Unzulängliche (zahn-)medizinische Vorsorge (keine Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen) und Verzögerung/Verweigerung der (zahn-)medizinischen Versorgung</li> <li>▪ Vernachlässigung während der Schwangerschaft und Geburt (Alkohol-, Drogen-, Tabakabusus, unzulängliche medizinische Betreuung und Vorsorge)</li> <li>▪ Verdrängung/Verleugnung der Schwangerschaft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gedeihstörungen, Dystrophie, Adipositas, Anämie</li> <li>➤ Verwahrlosung</li> <li>➤ Erfrierungen, Unterkühlungen, Sonnenbrand</li> <li>➤ Vermeidbare Erkrankungen (z. B. Rachitis, Zahnschädigungen, Infektionen)</li> <li>➤ Schädigungen des Fetus, körperliche und geistige Retardierung bzw. Behinderung</li> <li>➤ Verlangsamtes Gehirnwachstum</li> </ul>
<b>Emotionale Vernachlässigung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mangelnde Zuwendung, Wärme, Liebe, Geborgenheit, Respekt</li> <li>▪ Fehlende Kommunikation und Interaktion und Verlässlichkeit in der Bindung</li> <li>▪ Aussetzen ständiger Partnerschaftsgewalt</li> <li>▪ Mangelnde Wahrnehmung, und unzureichendes Reagieren auf Gefühle des Kindes</li> <li>▪ Verzögerte oder keine psychiatrische oder psychologische Hilfe</li> <li>▪ Weigerung der Eltern, dringend erforderliche psychologische, soziale und erzieherische Unterstützung und Hilfen für das Kind zuzulassen</li> <li>▪ Fehlende Unterstützung bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Entwicklungsrückstände (sprachlich, sozial-emotional)</li> <li>➤ Mangelndes Interesse und Anteilnahme</li> <li>➤ Distanzloses oder zurückgezogenes Verhalten, Apathie</li> <li>➤ (Früh)kindliche Depressionen</li> </ul>

<p><b>Erzieherische und kognitive Vernachlässigung</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fehlende Konversation, Förderung, Anregung, Beachtung, Spiel</li> <li>▪ Keine Förderung sozialer Kompetenz und Selbständigkeit</li> <li>▪ Keine Festlegung von Grenzen, keine Aufklärung über Gefahren</li> <li>▪ Kein erzieherisches Eingreifen</li> <li>▪ Keine Beachtung eines Förder- oder Erziehungsbedarfs</li> <li>▪ Fehlende erzieherische Zuwendung bei Suchtmittelgebrauch des Kindes bzw. Jugendlichen oder bei der Entwicklung delinquenten Verhaltens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Entwicklungsrückstände , Gedeihstörungen</li> <li>➤ Verhaltensauffälligkeiten (psychisch, emotional, sozial)</li> <li>➤ Keine Einhaltung von Grenzen, Disziplin</li> <li>➤ Schulverweigerung, Delinquenz, Drogenkonsum</li> </ul>
<p><b>Unzulängliche Beaufsichtigung</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unzulängliche Beaufsichtigung (Kind ist längere Zeit unbeaufsichtigt und auf sich allein gestellt)</li> <li>▪ Keine Sicherung von Gefahrenquellen und Gefahren des Alltags</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Unfälle, Vergiftungen (z. B. Medikamente, Putzmittel, Alkohol), Ertrinkungsunfälle, Wohnungsbrand</li> </ul>

**Tabelle 1: Formen und Folgen von Kindesvernachlässigung<sup>24</sup>**

Bei Vernachlässigung kommt es zu einer gravierenden Störung in der Eltern-Kind-Beziehung, die insbesondere für Kleinkinder und Säuglinge lebensbedrohlich sein kann.<sup>25</sup> Kinder sind existenziell auf die Fürsorge, den Schutz und die Förderung ihrer Eltern angewiesen und daher vornehmlich von Vernachlässigung betroffen. Eltern bzw. die sorgeverantwortlichen Personen fühlen sich häufig mit ihrer Situation überfordert, wissen nicht, welche Bedürfnisse das Kind hat und sind nicht im Stande angemessen auf diese einzugehen. Das Kind reagiert darauf beispielsweise mit Weinen oder Schreien, wodurch es zu einer Verschärfung des Problems kommen kann. Wiederum als Gegenreaktion sperren die Eltern z. B. das Kind ein, lassen es allein oder üben physische Gewalt aus. Aufgrund ihres Alters können die Kinder sich weder dieser Situation entziehen, noch diese kompensieren oder selbst auf ihre Lage aufmerksam machen. Bis die Kinder in den Kindergarten oder die Schule kommen, bleiben daher Vernachlässigungen oftmals unerkannt.<sup>26</sup>

Wie in Tabelle 1 dargestellt, kann die Vernachlässigung eines Kindes gravierende und

<sup>24</sup> Vgl. Albert (2008), S. 74 f., Herrmann et. al (2008), Thyen (2008), S. 656, Deutsches Jugendinstitut (2006), S. 1, Deegener/Körner (2006), S. 82, S. 181 ff., Herrmann (2005a), S. 2 ff. und Blum-Maurice (2002), S. 114 ff.

<sup>25</sup> Vgl. Schone (2008), S. 53.

<sup>26</sup> Vgl. Linnemann (2007), S. 10 ff.

dauerhafte Störungen nach sich ziehen und stellt, mit zum Teil lebensgefährlichen Folgen, eine wesentliche Gefahr für die Integrität des Kindes dar. Selbstverständlich sind die Auswirkungen abhängig von der Art und der Ausprägung der Vernachlässigung und können bei jedem Kind unterschiedlich wirken.<sup>27</sup> Die Folgen können von physischen und psychischen Gedeihstörungen bis hin zur geistigen Retardierung oder überdies zum Tod des betroffenen Kindes reichen.<sup>28</sup> Häufig ist bei diesen Kindern eine allgemeine Verzögerung in ihrer Entwicklung auf sämtlichen Gebieten zu beobachten, insbesondere jedoch im physischen, kognitiven, sozialen und psychischen Bereich. Die Kinder entwickeln beispielsweise kein Körpergefühl, nehmen zu spät wahr, dass ihnen zu warm oder zu kalt ist, sind nervös, selbstunsicher und unkonzentriert. Neben körperlichen Fehlentwicklungen und Gedeihstörungen kann es zu einer retardierten sprachlichen und geistigen Entwicklung kommen. Es können Hospitalismuserscheinungen, Hyperaktivität, aber auch Inaktivität auftreten.<sup>29</sup>

Die Beziehung zu ihren Eltern bzw. zu den für sie verantwortlichen Erwachsenen erleben vernachlässigte Kinder als unzuverlässig und brüchig. Die Präsenz ihrer Sorgeberechtigten verbinden sie oftmals aufgrund ihrer Erfahrungen mit Angst. Es ist diesen Kindern nicht möglich, ein sicheres Vertrauen in ihre primären Beziehungen zu entwickeln, worauf sie jedoch, um sich weiter entwickeln zu können, angewiesen sind. Dies zeigt sich in der späteren Entwicklung häufig in einer emotionalen Stumpfheit, einem großen Misstrauen gegenüber anderen Personen, einem Gefühl der Sinnentleertheit des Lebens und sowie der Überzeugung, dass ihnen niemand und nichts helfen kann. Der Widerspruch zwischen der Hilfebedürftigkeit und ihrer Fähigkeit, die entsprechende Hilfe annehmen zu können, ist bei diesen Kinder besonders charakteristisch. Einerseits haben vernachlässigte Kinder eine große Bindungsangst, andererseits sehnen sie sich nach Zuwendung und Liebe, weshalb sie häufig eine rastlose Partnersuche betreiben und sogar einen stark ausgeprägten Kinderwunsch hegen. Die Nichterfüllung ihrer damit oft realitätsfernen Wünsche verstärkt weiter das Gefühl der Unveränderbarkeit und der Hoffnungslosigkeit, wodurch einer Wiederholung der erfahrenen Vernachlässigungsdynamik in der neuen Familie Vorschub geleistet wird.<sup>30</sup>

---

<sup>27</sup> Vgl. Herrmann (2005a), S. 3 und Gellert (2007), S. 17.

<sup>28</sup> Vgl. Albert (2008), S. 112.

<sup>29</sup> Vgl. Schone et al. (1997), S. 28 f.

<sup>30</sup> Vgl. Blum-Maurice (2002), S. 119 ff.

Grundsätzlich lässt sich über die Auswirkungen von Vernachlässigung konstatieren: Je früher die Vernachlässigung im Leben eines Kindes beginnt, je tiefgreifender diese ist und je häufiger bzw. länger sie andauert, desto gravierender und lang anhaltender sind die Beeinträchtigungen und Folgen für das Kind. Mängel in der Versorgung können beispielsweise für Säuglinge bereits nach kurzer Zeit lebensbedrohlich werden.<sup>31</sup> Zudem ist physiologisch das Gehirn des Kindes in seiner Entwicklung umso anfälliger gegen Störungen, je jünger es ist. Dies kann gerade bei früh einsetzender mangelnder Fürsorge zu funktionellen, strukturellen und biochemischen Veränderungen führen.<sup>32</sup> Darüber hinaus ist das Ausmaß der Schädigung davon abhängig, wie die eigene Konstitution ist und ob das Kind die Vernachlässigung anderweitig kompensieren kann. So wirkt z. B. die Vernachlässigung bei einem schwächeren und empfindsamen Kind stärker als bei einem robusten. Beziehungen zu Verwandten können dem Kind wiederum Geborgenheit und Schutz geben und damit bestimmte Formen und Folgen der Vernachlässigung in gewissem Maße ausgleichen.<sup>33</sup> Auf diese Aspekte wird im Einzelnen im Kapitel Risiko- und Schutzfaktoren noch näher eingegangen.

Werden Kindesvernachlässigung und -misshandlung mit tödlichen Folgen miteinander verglichen, so sind die einzelnen Todesfälle eher auf Vernachlässigung als auf aktive Misshandlung zurückzuführen.<sup>34</sup> Viele Fälle von besonders schwerwiegenden Schädigungen in der körperlichen und geistigen Entwicklung gehen ebenfalls eher auf eine Vernachlässigung zurück.<sup>35</sup> Insbesondere Säuglinge und Kleinkinder sind aufgrund ihres hohen Abhängigkeitsgrades, ihres frühen Entwicklungsstadiums und des damit einhergehenden hohen Grades an erforderlicher Fürsorge einem hohen Risiko für Kindeswohlgefährdung ausgesetzt und damit von besonders schweren, wie auch tödlichen Folgen in hohem Maße betroffen. Mangelnde Zuwendung und Stützung des Säuglings werden als eine mögliche Mitursache für den plötzlichen Kindstod angenommen.<sup>36</sup>

---

<sup>31</sup> Vgl. Paul/Backes (2008), S. 662 und Blum-Maurice (2002), S. 114.

<sup>32</sup> Vgl. Gellert (2007), S. 18.

<sup>33</sup> Vgl. Paul/Backes (2008), S. 662 und Blum-Maurice (2002), S. 114.

<sup>34</sup> Vgl. Herrmann et al. (2008), S. 4 und Thyen (2008), S. 654.

<sup>35</sup> Vgl. Cantwell (2002), S. 515 f. und Herrmann (2005a), S. 1.

<sup>36</sup> Vgl. Blum-Maurice (2002), S. 114.

## 2.2. Formen und Folgen von Kindesmisshandlung

Wie bereits erwähnt wurde, gibt es keine einheitliche Definition des Begriffs Kindesmisshandlung. Allgemein werden darunter alle schädigenden Einflüsse auf das Wohl des Kindes zusammengefasst, die durch Handlungen der Sorgeberechtigten zustande kommen, wobei immer die jeweiligen gesellschaftlichen Normen und Wertvorstellungen mit zu beachten sind. Es gibt verschiedene Formen der Kindesmisshandlung: Physische und psychische bzw. emotionale Gewalt, sexueller Missbrauch sowie das Miterleben elterlicher Partnergewalt (vgl. Abbildung 1). Im Folgenden werden diese verschiedenen Formen und deren Folgen näher erläutert. Darüber hinaus wird hier noch auf zwei besondere Formen der körperlichen Misshandlung näher eingegangen, das Shaken-baby-Syndrom und das Münchhausen-by-proxy-Syndrom.

Allgemein zeigen sich die Folgen einer Misshandlung bei den betroffenen Kindern am Ende ihrer Jugendzeit häufig darin, dass sie eher delinquent werden, Drogen konsumieren und keinen Schulabschluss haben. Darüber hinaus betreffen die Folgen auch das Erwachsenenalter wie z. B. das Erziehungsverhalten gegenüber den eigenen Kindern, mentale und physische Gesundheit. Es gibt auch Belege dafür, dass die neurobiologischen Entwicklung von Misshandlungsopfern gestört ist und damit die Gehirnstruktur und -funktion beeinträchtigt werden können.<sup>37</sup> Studien zeigen, dass sich die Folgen von chronischen Misshandlungen in einer messbaren Verringerung des Hirnvolumens zeigen, die insbesondere die Amygdala, das Corpus callosum und den Hippocampus betreffen.<sup>38</sup>

Psychische Folgen von Kindesmisshandlung wie auch -vernachlässigung können sich in allen Entwicklungsphasen beispielsweise als emotionale Störungen mit Depressivität und Ängstlichkeit, regressivem Verhalten, Entwicklungsstillstand oder -rückschritten, Regulationsstörungen wie Ess- und Schlafstörungen oder chronischen nicht-organischen Schmerzen (z. B. Bauchschmerzen) äußern. Daneben gibt es eher entwicklungsgebundene Auffälligkeiten in den verschiedenen Lebensabschnitten. Dazu zählen z. B. im Säuglingsalter Apathie („frozen watchfulness“: leerer Blick, fehlendes

---

<sup>37</sup> Vgl. Reynolds/ Mathieson/ Topitzes (2009), S. 182 f. Bei den Opfern einer Misshandlung manifestiert sich außerdem mindestens eine negative Konsequenz ihrer Viktimisierung, besonders wenn die Effekte später im Leben gemessen werden. Beispielsweise fand Egeland in einer Studie über die langfristigen Auswirkungen von einer Misshandlung in der Kindheit heraus, dass keiner der 40 Teilnehmer dieser Langzeitstudie den negativen Effekten wie Verhaltensauffälligkeiten, Drogen- und Alkoholmissbrauch, niedriger Schulbildung und psychiatrischen Erkrankungen entgehen konnte.

<sup>38</sup> Vgl. Herrmann et al. (2008), S. 203 und Herrmann (2002), S. 1325.

soziales Lächeln) und Regulationsstörungen („Schreikind“). Im Kleinkindalter können beispielsweise Passivität, (Auto-)Aggressivität, sexualisiertes Verhalten, Sprach- und motorische Störungen typische psychische Hinweise auf Gewalterfahrung sein. Psychische Folgen davon können sich im Schulkindalter z. B. in Form von Schulverweigerung, „Störenfried-Verhalten“, Suizidgedanken, Tagträumereien und Versagensängsten äußern. Als Folgen im Jugendalter sind beispielsweise Weglaufen von zu Hause, Ablehnung des eigenen Körpers, Essstörungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Stehlen und anderes delinquentes Verhalten zu nennen.<sup>39</sup>

Dennoch entwickeln nicht alle der misshandelten Kinder und Jugendlichen Störungen infolge eines solchen Traumas. Ein Teil der Opfer weist trotz der Erlebnisse keine Defizite oder Auffälligkeiten auf. Erklärung hierfür ist oft, dass diese Kinder sich auf funktionierende interpersonale Beziehungen stützen konnten, die Traumatisierung geringer und außerfamiliär erfolgte.<sup>40</sup> Die Verarbeitung von Kindheitstraumata (z. B. Gewalterfahrungen) ist insgesamt sehr variabel. So können ehemals vernachlässigte oder misshandelte Kinder trotzdem ganz „normale“ Eltern werden.<sup>41</sup>

Die seelische Schädigung des Kindes lässt sich auch nur bedingt aus der Schwere der sichtbaren Misshandlung ableiten. Herrmann et al. (2008) führen dafür drei wesentliche Gründe an:

- Komplexität der Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrung: Entwicklungsstörungen sind meist nicht einzelnen, spezifischen Ursachen alleine zuzuordnen, da verschiedene schädigende Einflüsse fast nie isoliert vorkommen. Körperlich misshandelte Kinder erleben häufig auch emotionale Ablehnung oder unzuverlässige Zuwendung und mangelnde Förderung. Sexuell misshandelte Kinder haben oft in ihrer Vorgeschichte Vernachlässigung oder Verwahrlosung erfahren.
- Entwicklungsspezifische Aufgaben: Die Folgen von Misshandlungen oder Vernachlässigungen können nur vor dem Hintergrund der jeweiligen Entwicklungsbedürfnisse und -potentiale der Kinder verstanden werden. Sie manifestieren sich darin, dass altersentsprechende Aufgaben und Herausforderungen nicht bewältigt werden können oder latente Störungen im Rahmen neuer Entwicklungsschritte zu Tage treten. Das Ausmaß der Folgen ist

---

<sup>39</sup> Vgl. Herrmann et. al. (2008), S. 200 f.

<sup>40</sup> Vgl. Thun-Hohenstein (2008), S. 639.

<sup>41</sup> Vgl. Herrmann et al. (2008), S. 196.

abhängig vom Alter des Kindes zum Zeitpunkt der Misshandlungen oder der Vernachlässigung sowie vom Zeitpunkt der (Nach-)Untersuchung. So werden seelische Folgen von Gewalterfahrungen oft erst Jahre später erkennbar, wenn schwierige Entwicklungsübergänge nicht gelingen oder eine Retraumatisierung auftritt.

- Balance von Risiken und Ressourcen: Die Entwicklungsprognose ehemals misshandelter Kinder wird von einer Vielzahl verschiedener Faktoren beeinflusst (vgl. Risiko- und Schutzfaktoren Kapitel 2.3). Die schädigenden und schützenden Einflüsse wirken nicht immer gleichartig auf die Kindesentwicklung und stehen in Beziehung zu den vorhandenen Bewältigungsressourcen. Sie sind abhängig vom Alter und Entwicklungsstand des Kindes.<sup>42</sup>

Schwerwiegende Kindesmisshandlung wie auch -vernachlässigung kann auch für das Opfer tödlich enden. Aus Daten aus den USA ist ersichtlich, dass Kinder unter vier Jahren hierfür das höchste Risiko aufweisen. Dabei sind Kleinkinder unter einem Jahr besonders stark betroffen. Die einzelnen Todesfälle sind eher auf Vernachlässigung als auf aktive Misshandlung zurückzuführen.<sup>43</sup> Viele Fälle von besonders schwerwiegenden Schädigungen in der körperlichen und geistigen Entwicklung gehen ebenfalls nicht auf eine Misshandlung, sondern auf eine Vernachlässigung zurück.<sup>44</sup>

### 2.2.1. Körperliche Gewalt

Nach Kindler et al. können unter körperliche Gewalt

*„alle Handlungen von Eltern oder anderen Bezugspersonen verstanden werden, die durch Anwendung von körperlichem Zugang bzw. Gewalt für einen einsichtigen Dritten vorhersehbar zu erheblichen physischen oder psychischen Beeinträchtigungen des Kindes und seiner Entwicklung führen oder vorhersehbar eine hohes Risiko solcher Folgen bergen.“<sup>45</sup>*

---

<sup>42</sup> Vgl. Herrmann et al. (2008), S. 190.

<sup>43</sup> Vgl. Herrmann et al. (2008), S. 4.

<sup>44</sup> Vgl. Cantwell (2002), S. 515 f. und Herrmann (2005a), S. 1.

<sup>45</sup> Kindler (2006b), S. 5 ff.

Körperliche Verletzungen, die nicht aufgrund von Unfällen auftreten, bei welchen die Beschreibung der Verletzungsursache nicht mit dem Verletzungsvorgang übereinstimmt, die von einer Bezugsperson des betroffenen Kindes mit Absicht nicht verhindert wurden und bei welchen ein begründeter Verdacht, ein Eingeständnis oder das Wissen vorliegt, dass diese Verletzung von den Eltern, einer sorgeberechtigten Person oder einer Bezugsperson des betroffenen Kindes zugefügt wurde, stellen demnach eine Form von Misshandlung dar.<sup>46</sup> Dies ist beispielsweise der Fall, wenn Eltern ihre Kinder mit Händen, Peitschen oder Stöcken schlagen, gegen die Wand schleudern, von der Treppe stoßen, Säuglinge bzw. Kleinstkinder schütteln, würgen, auf den Ofen setzen, mit Zigaretten oder heißem Wasser verbrennen, in kaltes Badewasser untertauchen oder hineinsetzen, in Autofensterscheiben oder Türen einklemmen, mit Nadeln pieksen, den eigenen Urin trinken oder den Kot essen lassen, oder vergiften.<sup>47</sup> Das Frieren lassen und das Eintauchen des Kindes in eisiges Wasser, bis es ertrinkt oder durch Erschöpfung oder an den Folgeerscheinungen wie Pneumonie oder Infekten stirbt, zählen ebenfalls zu Formen der physischen Misshandlung.<sup>48</sup>

Physische Gewalt stellt zum einen die Folge einer gezielten Gewaltausübung dar, beispielsweise bei ausschweifenden Kontrollmaßnahmen, zum anderen eine Form von impulsiver und reaktiver Gewalttätigkeit, insbesondere in sich zuspitzenden Stresssituationen. Körperliche Gewalt kann einmalig in Form einer Affekthandlung oder wiederholt stattfinden, wobei die meisten dadurch verursachten Verletzungen unmittelbar sichtbar werden. Die Folgen anderer Schädigungen, wie z. B. das Schlagen des kindlichen Kopfes, zeigen sich jedoch oft erst nach vielen Jahren.<sup>49</sup>

Eine besondere Form der körperlichen Misshandlung ist die weibliche Genitalverstümmelung<sup>50</sup>, die vor allem im afrikanischen Kulturraum üblich ist.<sup>51</sup> Hierzulande gelten circa 3.000 bis 6.000 Mädchen als gefährdet, da eine Genitalbeschneidung von ihren Eltern gewünscht wird und diese diesbezüglich bei einem Gynäkologen anfragen. Es werden vier verschiedene Formen unterschieden, die von einer

---

<sup>46</sup> Vgl. Bundesärztekammer (1998), S. 8.

<sup>47</sup> Vgl. Deegener (2009), S. 813.

<sup>48</sup> Vgl. Trube-Becker (1987), S. 20.

<sup>49</sup> Vgl. Albert (2008), S. 42.

<sup>50</sup> Die Begriffe ‚Genitalverstümmelung‘ und ‚Beschneidung‘ sind nicht synonym zu verwenden, da unter Beschneidung auch das Entfernen der männlichen Vorhaut verstanden wird und mit dieser Begriffsverwendung bei Frauen der Tatbestand der Verstümmelung der weiblichen Genitalien verharmlost wird und irreführend ist. Vgl. Herrmann et al. (2008), S. 105.

<sup>51</sup> Vgl. Albert (2008), S. 42. Schätzungen gehen davon aus, dass in Deutschland 20.000 bis 40.000 Frauen leben, die sich als Kind einer verstümmelnden Beschneidung im Genitalbereich aus kulturellen bzw. rituellen Motiven unterziehen mussten. Vgl. Herrmann et al. (2008), S. 105.

Entfernung der Klitorisvorhaut mit einem Teil oder der gesamten Klitoris (Sunna), einer Klitoridektomie und einer vollständigen bzw. teilweisen Exzision der Labia minora ohne ein Verschließen der Vaginalöffnung (Exzision) bis hin zu einer sehr starken Verkleinerung der Vaginalöffnung reichen (Infibulation) sowie weitere nicht klassifizierbare Methoden.<sup>52</sup> Auf diese spezielle Form der körperlichen Misshandlung wird im Weiteren nicht näher eingegangen.<sup>53</sup>

Das *Shaken-baby-Syndrom*<sup>54</sup> bzw. Schütteltrauma bei Säuglingen stellt eine Sonderform der körperlichen Gewalt gegen Kinder dar. Der Säugling wird an den Extremitäten oder dem Brustkorb gehalten und kräftig geschüttelt, wodurch der Kopf in eine unkontrollierte, rotierende Bewegung versetzt wird und vor und zurück pendelt. Dadurch entstehen retinale Blutungen, subdurale Hämatome und schwere, oft diffuse Hirnschäden.<sup>55</sup> Neben diesen primären Schäden können auch sekundäre Verletzungen wie Hirnödeme bzw. Einblutungen in das Gehirn auftreten, die zu einer lebensgefährlichen intrakraniellen Hirndrucksteigerung und infolge des Sauerstoffmangels zu einem Verlust von weiterem Gehirngewebe führen.<sup>56</sup>

Das Schütteln verursacht durch die peitschenschlagartige Bewegung ein Akzelerations-Dezelerations-Trauma, wenn der instabile, im Vergleich zu den Körpermaßen relativ große Kopf des Säuglings gegen dessen Nacken geschleudert wird. Bei der dabei entstehenden Kräfteeinwirkung ist auch für einen nicht medizinisch gebildeten Laien klar offensichtlich, dass ernsthafte Schädigungen und eine potentielle Lebensgefahr für das Kind resultieren.<sup>57</sup>

Die Mortalität der betroffenen Säuglinge liegt bei bis zu 30 Prozent. Schütteltraumata machen daher einen großen Teil aller tödlich verlaufenden Fälle von Kindesmisshandlung aus. Der Anteil der überlebenden Kinder, die an Langzeitschäden wie z. B. geistiger

---

<sup>52</sup> Bei der Infibulation werden die Klitoris und die kleinen Labien vollständig, die großen Labien teilweise entfernt und anschließend die verbleibenden Hautteile zusammen genäht, wodurch infolge des Zusammenwachsens ein Narbengewebe entsteht, das das Orificium vaginae verschließt, lediglich für Urin und Menstruationsblut wird eine sehr kleine Öffnung belassen. Es kommt hierbei zu akuten Komplikationen, wie z. B. Infektionen, Verletzungen benachbarter Organe, Probleme beim Wasserlassen, Blutungen, psychisches Akuttrauma, zu chronischen Komplikationen, die beispielsweise Probleme in der Sexualität, bei der Menstruation und dem Wasserlassens, während Schwangerschaft und Geburt sowie Komplikationen des Narbengewebes nach sich ziehen können, und meist zu einem unauslöschbarem schwerwiegenden physischen und psychischen Trauma der Mädchen. Vgl. Herrmann et al. (2008), S. 105 und Bundesärztekammer (2005), S. 1.

<sup>53</sup> Weitere Informationen hierzu sind beispielsweise bei Bundesärztekammer (2005), S. 1 und Herrmann et al. (2008), S. 104 ff. zu finden.

<sup>54</sup> Synonyme hierfür sind: whiplash shaken infant, shaken infant syndrome, shake slam trauma, shake impact trauma.

<sup>55</sup> Vgl. Matschke et al. (2009), S: 211 ff. und Herrmann et al. (2008), S. 37 f.

<sup>56</sup> Vgl. Kindler (2006f), S. 8 f.

<sup>57</sup> Vgl. Kirschner (2002), S. 409 f. und Herrmann (2005b), S. 257.

Behinderung, Blindheit oder Lernbehinderungen leiden, wird zwischen 62 und 96 Prozent geschätzt.<sup>58</sup>

In Zusammenhang mit physischer Gewalt wird oft die Frage der intergenerationellen Transmission oder auch des „Kreislaufs der Gewalt“ diskutiert. Es wurde früh festgestellt, dass bei Eltern, die selbst Gewalt in der Kindheit oder Jugend erlebt haben, ein hohes Risiko besteht, ebenfalls wieder Gewalt bei der Erziehung der eigenen Kinder anzuwenden. Ob dies tatsächlich eintritt, hängt von vielen (Risiko- und Schutz-)Faktoren ab, die im Kapitel 2.3. näher beschrieben werden.<sup>59</sup> Die Übertragung eigener Gewalterfahrungen auf die nächste Generation wird mit verschiedenen Theorien erklärt: Lerntheorie, Bindungstheorie, psychodynamische Modelle und/oder genetische Veranlagung.<sup>60</sup>

Die in der Kindheit gemachten negativen Erfahrungen können auch die spätere Partnerwahl unbewusst beeinflussen. Entweder suchen sich diese Personen ähnliche Partner, die gleiches durchgemacht haben, wodurch ein höheres Risiko von Gewaltausübung entsteht (Wiederholungszwang), oder Partner, die eine „heilsame“ Neugestaltung der Beziehung bewirken. Die Partnerwahl beeinflusst damit das elterliche Verhalten gegenüber den eigenen Kindern.<sup>61</sup>

### **2.2.2. Emotionale Gewalt**

In Abgrenzung zur seelischen Vernachlässigung, bei der Unterlassungen im Vordergrund stehen, handelt es sich bei der emotionalen Misshandlung von Kindern um die Gefährdung dieser durch elterliches Tun. Emotionale Gewalt liegt vor, wenn Eltern bzw. die Sorgeberechtigten die Kinder wiederholt oder dauerhaft ablehnen, terrorisieren, isolieren, ausnutzen und korrumpieren, vorsätzlich widersprüchlich und inkonsistent erziehen oder die Signale und Bedürfnisse des Kindes nach emotionaler Zuwendung unbeantwortet lassen. Beispiele hierfür sind unter anderem Erniedrigungen, ständige Kritik, Demütigungen des Kindes, Einschüchterungen und Drohungen, die das Kind in Angst versetzen, Überforderungen der Kinder, Kontaktverbote zu Gleichaltrigen,

---

<sup>58</sup> Vgl. Matschke et al. (2009), S: 217 und Kindler (2006f), S. 8 ff.

<sup>59</sup> Vgl. Albert (2008), S. 60 ff. und Blum-Maurice (2002), S. 121 ff.

<sup>60</sup> Ausführliche Erklärungen der Theorien in Zusammenhang mit dem Kreislauf der Gewalt siehe Albert (2008), S. 62 ff.

<sup>61</sup> Vgl. Herrmann et al. (2008), S. 197.

Einsperren, Förderung bzw. Zulassung von antisozialem oder strafbarem Verhalten.<sup>62</sup> Weiterhin zählt hierzu, wenn Eltern ihre Kinder emotional ausbeuten, das heißt die Kinder für das elterliche, emotionale Wohlbefinden verantwortlich machen, und die Minderjährigen willentlich, aufgrund von fehlender Fürsorge und ohne die emotionale Reife der Kinder zu beachten mit Darstellungen und Situationen von Sexualität und Gewalt konfrontieren. Ebenso kann eine krankhaft überbeschützende und intensive Haltung der Eltern als emotionale Misshandlung aufgefasst werden, da die Eltern das Kind mit Fürsorge erdrücken und in seinen Entfaltungsmöglichkeiten behindern.<sup>63</sup>

Seelische Misshandlung beginnt mit Verspotten, Beschimpfen, Liebesentzug und reicht von Einsperren, den Kindern die Rolle des „Sündenbocks“ zuschreiben bis hin zu mannigfaltigen schwerwiegenden Bedrohungen, die auch Todesdrohungen einschließen. Häufig werden die Kinder zu früh und anhaltend in die Erwachsenenrolle gedrängt und übernehmen daraufhin unverhältnismäßig viele Pflichten im Haushalt, versorgen die Geschwister und kümmern sich zudem um die eignen, bedürftigen Eltern.<sup>64</sup>

Oftmals wird die psychische Misshandlung von Kindern bagatellisiert, obwohl das Niederbrüllen des Kindes oder tagelanges Schweigen durchaus einer physischen Züchtigung gleichkommen kann.<sup>65</sup> Die Eltern geben mit diesen wiederholten Handlungen oder Unterlassungen dem Kind das Gefühl, dass es wertlos, ungewollt, ungeliebt, sehr in Gefahr, voller Fehler oder nur zur Erfüllung der Bedürfnisse anderer Menschen nützlich sei.<sup>66</sup> Die Gefühlskälte, Ablehnung und Feindseligkeit der Eltern bzw. Elternfiguren gegenüber ihrem Kind führt dazu, dass das Selbstwert- und das Persönlichkeitserleben des Kindes gravierend angegriffen und beeinträchtigt werden. Dies führt zu einer Gefährdung der physischen und/oder psychischen Entwicklung des betroffenen Kindes.<sup>67</sup> Bei diesen Kindern wird besonders eine Störung des Bindungsverhaltens in Form einer Mischung aus Angstbindung und bindungsvermeidendem Muster beobachtet.

---

<sup>62</sup> Vgl. Galm (2007), S. 44 und Kindler (2006c), S. 4 ff.

<sup>63</sup> Vgl. Bundesärztekammer (1998), S. 9 und Albert (2008), S. 45.

<sup>64</sup> Vgl. Deegener (2009), S. 813 f.

<sup>65</sup> Daher ist es mitunter schwer eine exakte Grenze zwischen Erziehungsmaßnahmen, wie z. B. das kurzfristige Ignorieren eines Kindes, und psychischer Gewalt zu ziehen. Denn es sind nicht alle Strafmaßnahmen automatisch Formen von Gewalt. Vgl. Albert (2008), S. 44.

<sup>66</sup> Vgl. Kindler (2006c), S. 4 ff.

<sup>67</sup> Vgl. Bundesärztekammer (1998), S. 9 und Galm (2007), S. 44.

Herrmann et al. postulieren sogar:

*„Die Erfahrung von emotionaler Gewalt und Vernachlässigung in der Kindheit [...] als der potentielle schwerwiegendste Einflussfaktor für eine beeinträchtigte seelische oder geistige Entwicklung des Menschen gelten.“<sup>68</sup>*

Von daher ist eine frühzeitige Prävention dieser Misshandlungs- bzw. Vernachlässigungsform besonders wichtig. Hier besteht Handlungsbedarf, da emotionale Vernachlässigung und Misshandlung von (Klein-)Kindern nach wie vor zu wenig erkannt und entsprechend beachtet werden.<sup>69</sup> Wie im folgenden Kapitel 2.3 ausgeführt wird, kann der Effekt solcher negativen Erfahrungen durch die persönlichen Ressourcen des Kindes wie auch durch die psychosozialen Schutzfaktoren in der Umwelt verstärkt oder abgemildert werden.

### **2.2.3. Sexueller Missbrauch**

Für sexuellen Missbrauch gibt es diverse Begriffsbestimmungen, wobei alle Definitionen das in der Regel bestehende Gefälle zwischen Opfer und Täter hinsichtlich Reife, Macht und Alter einbeziehen und darauf eingehen, dass die sexuellen Übergriffe zumeist gegen den Willen der betroffenen Kinder stattfinden.<sup>70</sup> Die Grenze zwischen liebevoller Zärtlichkeit und einem sexuellen Übergriff ist manchmal nicht leicht zu ziehen. Ausschlaggebend für den Verdacht eines sexuellen Übergriffs ist das subjektive Empfinden des betroffenen Kindes.<sup>71</sup>

Nach Deegener umfasst diese Gewaltform:

*„...Jede sexuelle Handlung, die an oder vor einem Kind entweder gegen den Willen des Kindes vorgenommen wird oder der das Kind aufgrund seiner körperlichen, emotionalen, geistigen oder sprachlichen Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen kann bzw. bei der es deswegen auch nicht in der Lage ist, sich hinreichend wehren und verweigern zu können.“<sup>72</sup>*

---

<sup>68</sup> Herrmann et al. (2008), S. 198.

<sup>69</sup> Vgl. Herrmann et. al. (2008), S. 199.

<sup>70</sup> Vgl. Engfer (2005), S. 11 f.

<sup>71</sup> Vgl. Oberle (2002), S. 345.

<sup>72</sup> Deegener (2009), S. 814.

Dies umfasst somit die Einbeziehung von Kindern in jedwede Art von sexueller Aktivität bzw. sexueller Ausbeutung, zu der die Kinder aufgrund von Abhängigkeit, Angst, Unwissenheit oder entwicklungsbedingter Unreife ihre Zustimmung nicht geben können. Hierzu zählt auch eine Konfrontation der Kinder mit sexuellen Darstellungen, die nicht gemäß ihrer Entwicklung sind, sowie Kinderpornographie.<sup>73</sup> Hierbei nutzt der Täter oder die Täterin die kindliche Abhängigkeit und die eigene Machtposition aus. Darüber hinaus wird das Kind zur Geheimhaltung verpflichtet. Dies ist oftmals mit Angst einflößenden Drohungen verbunden.<sup>74</sup>

Leichtere Formen von sexuellen Übergriffen, die ohne Körperkontakt erfolgen, sind beispielsweise anzügliche Bemerkungen, Exhibitionismus, Beobachtungen des Kindes gegen dessen Willen beim Anziehen oder Baden sowie das Vorführen pornographischer Materials. Zu Missbrauchshandlungen, die als mäßig intensiv bezeichnet werden, zählen Versuche, die Brust des Kindes und seine Genitalien zu berühren sowie Küsse, die sexualisiert werden. Das Vorzeigen oder das Berühren der Genitalien, wenn der Täter in Gegenwart des Opfers masturbiert oder das Opfer dies vor dem Täter tun muss, wird als intensiver sexueller Missbrauch charakterisiert. Die intensivste Missbrauchsform ist die vollzogene oder versuchte anale, vaginale oder orale Vergewaltigung des Kindes.<sup>75</sup> Nach § 176 des BGB ist der vollzogene Geschlechtsverkehr (oral, vaginal, anal) mit Kindern unter 14 Jahren ein Officialdelikt und stets strafbar. Mehrere Studien zeigen, dass bei 60 Prozent der missbrauchten Kinder die Tat noch vor Beginn der Pubertät erfolgt. Im Durchschnitt sind die Mädchen wie auch Jungen zum Zeitpunkt des sexuellen Missbrauchs zehn bis zwölf Jahre.<sup>76</sup>

Der sexuelle Missbrauch stellt für die betroffenen Kinder ein traumatisierendes, zentrales und komplexes Lebensereignis dar. Überwiegend erfolgt der Missbrauch durch die eigenen Eltern, nahe Verwandte oder Personen, die aus dem sozialen Umfeld stammen und das Vertrauen der Kinder genießen. Er beginnt häufig im Vorschul- und Grundschulalter, wobei die Taten oftmals erst deutlich später bekannt werden. In der überwiegenden Mehrzahl sind die Täter sexueller Übergriffe männlich. Das Wiederholungsrisiko für sexuellen Missbrauch ist hoch und wird meist für die Kinder sexuell und emotional verwirrend, beängstigend, schmerzhaft und gewalttätig sein. Bei den Kindern erzeugt die Tat tiefgreifende Scham- und Schuldgefühle, führt zu sozialer

---

<sup>73</sup> Vgl. Bundesärztekammer (1998), S. 9 f.

<sup>74</sup> Vgl. Albert (2008), S. 43.

<sup>75</sup> Vgl. Engfer (2005), S. 12.

<sup>76</sup> Vgl. Föll (2002), S. 195 und Oberle (2002), S. 345.

und familiärer Isolation und verringert das eigene Selbstwertgefühl. Die kindlichen Opfer werden vom Täter in vielen Fällen derart korrumpiert, dass sie schließlich glauben, selbst an dem Missbrauch schuld zu sein und damit das Aufdecken und entsprechende Interventionen wesentlich erschweren.<sup>77</sup> Aus Scham und Angst berichten die betroffenen Kinder nicht von ihrem Schicksal. Oberle schreibt, dass sich diese Kinder erst sechs Personen anvertrauen müssen, bevor ihnen die siebte Person glaubt.<sup>78</sup> Hier besteht unbedingter Handlungsbedarf, um den Betroffenen schneller zu helfen.

Zu den seelischen Folgen von sexueller Misshandlung gehören z. B. Ängste, Phobien, Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen, Essstörungen (u. a. Bulimie und Anorexie), Verhaltensauffälligkeiten, zerstörendes und selbstverletzendes Verhalten, (Jugend-)Delinquenz, Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum, Selbstmordversuche, unangemessenes Sexualverhalten (z. B. Exhibitionismus) und sexuelle Erlebnisschwierigkeiten. Es gibt die These eines erworbenen Risikos für eine Reviktimisierung nach erlittener Gewalt. So sind Frauen, die in der Kindheit Opfer von sexuellem Missbrauch waren (und zudem elterliche Partnergewalt miterlebt haben), häufig erneut Opfer von sexueller Gewalt durch ihre Partner im Erwachsenenalter. Unter Prostituierten ist die Rate der Opfer sexueller Gewalt in der Kindheit besonders hoch.<sup>79</sup>

### **2.2.4. Elterliche Partnerschaftsgewalt**

Neben direkten Gewalterfahrungen können Kinder auch Zeugen von häuslicher Gewalt und damit indirekt betroffen sein. Zudem sind Gewaltausübungen in der Eltern-Kind-Beziehungen und Gewalt innerhalb der Partnerschaft der Eltern eng miteinander verbunden, weshalb Kinder einem erhöhten Risiko für Misshandlungen ausgesetzt sind, wenn sie in Familien leben, in welchen Partnerschaftsgewalt vorherrscht.<sup>80</sup> Mit Partnerschaftsgewalt werden alle Formen der sexuellen, physischen und psychischen Gewalt unter Erwachsenen bezeichnet, die miteinander in einer Partnerschaft leben oder lebten. Am weitesten verbreitet ist dabei das Muster einer seltenen, mit wenigen Verletzungen einhergehenden und oftmals wechselseitigen physischen Partnerschaftsauseinandersetzung. Dagegen sind wiederholte und häufig

---

<sup>77</sup> Vgl. Herrmann et al. (2008), S. 114 f.

<sup>78</sup> Vgl. Oberle (2002), S. 345.

<sup>79</sup> Vgl. Herrmann et al. (2008), S. 204 f. und Föll (2002), S. 196.

<sup>80</sup> Vgl. Sachverständigenrat (2009), S. 232.

verletzungsträchtige Formen von Partnerschaftsgewalt, die mit Demütigungen bzw. Kontrolle verbunden sind, seltener und werden vornehmlich vom Mann gegenüber der Partnerin ausgeübt.<sup>81</sup>

Die Auswirkungen der miterlebten häuslichen Gewalt könne folgenreich sein und deren Effekt auf die Intensität und die Häufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten sehr unterschiedlich. So ist z. B. die Wahrscheinlichkeit erhöht, später selbst Gewalt bzw. Partnerschaftsgewalt auszuüben (vgl. „Kreislauf der Gewalt“). Das Miterleben von häuslicher Gewalt kann insbesondere bei Jungen hintergründig für eine Straffälligkeit sein. Die beobachtete und miterlebte sexuelle und physische Gewalt stellt bei Mädchen oft einen wesentlichen Risikofaktor für eine Viktimisierung im späteren Erwachsenenalter dar.<sup>82</sup> Weiterhin besteht besonders bei den misshandelten Mädchen ein hohes Risiko, dass sie Gewalt auch bei der Erziehung der eigenen Kinder verstärkt einsetzen. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass die Mütter auch heute meist die intensivere Erziehungsarbeit im Vergleich zu den Vätern leisten.<sup>83</sup>

Für Kinder bedeutet Gewalt unter ihren Eltern, dass die Beziehung sowohl zum Vater als auch zur Mutter regelmäßig beeinträchtigt wird, die Eltern nicht angemessen auf die Bedürfnisse ihrer Kinder eingehen können und in ihrer elterlichen Verantwortung eingeschränkt sind. Wenn Kinder elterliche Gewalt miterleben, dann belasten diese gewalttätigen Auseinandersetzungen zwischen den Bezugspersonen die Kinder psychisch stark. Neben der Beeinträchtigung der Beziehung zu den beiden Elternteilen sammeln Kinder auch Erfahrungen von Nichtvorhersagbarkeit und Nichtbeeinflussbarkeit solcher Konflikte. Dies kann unter anderem die Entstehung von Gewaltbereitschaft der beobachtenden oder auch betroffenen Kinder und Jugendlichen erhöhen. Zudem leiden die Kinder nicht nur unter den psychischen Belastungen durch die miterlebte Gewalt, sondern genauso unter dem Fehlen bzw. dem Verlust eines Halt gebenden und strukturierten Umfeldes. Außerdem korrelieren gewalttätige Partnerschaftskonflikte fast immer mit einer inkonsistenten Erziehung und Instrumentalisierung. Weitere Folgen für das Kind sind, dass sie widerstreitende Gefühle erleben, die ihr Selbstwertgefühl negativ prägen. Zu diesen Gefühlen zählen beispielsweise Angst vor der eigenen Vernichtung oder vor dem Verlust eines Elternteils, Schuldgefühle, Scham, Leiden unter dem Schweigegebot, Hilflosigkeit und Ohnmacht. Die betroffenen Kinder neigen häufiger zu sozial wenig angepassten Konfliktbewältigungsstrategien und zeigen eine geringere

---

<sup>81</sup> Vgl. Kindler (2006d), S. 29 ff.

<sup>82</sup> Vgl. Sachverständigenrat (2009), S. 232.

<sup>83</sup> Vgl. Albert (2008), S. 60.

soziale Fähigkeit im Umgang mit Gleichaltrigen. Die mangelnde Konfliktlösungsfähigkeit kann sich bis in die Adoleszenz und in das Erwachsenenalter fortziehen.<sup>84</sup>

### 2.2.5. Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom

Eine scheinbar seltene, jedoch schwer diagnostizierbare Form der Kindesmisshandlung ist das Münchhausen-by-proxy-Syndrom bzw. das Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom, das in Kombination Elemente von emotionaler und körperlicher Misshandlung sowie von Vernachlässigung im medizinischen Bereich aufweist.<sup>85</sup> Dieses Syndrom stellt eine Sonderform der artifiziellen Störung dar, bei dem die Mutter bzw. eine Person, die dem Kind nahe steht, Symptome einer Krankheit bei dem Kind vortäuscht, aktiv erzeugt bzw. aufrechterhält oder die vorherrschenden Krankheitsanzeichen aggraviert, um auf diese Weise das Kind wiederholt zur Abklärung der medizinischen Ursache und zur Behandlung bei einem Arzt vorzustellen. Darüber hinaus wird dieses Syndrom dadurch definiert, dass die Person, die das Kind dem Arzt vorstellt, ihr Wissen über die Ursache des Krankheitsbildes leugnet und sich die Beschwerden und akuten Symptome zurück bilden, wenn es zu einer Trennung zwischen Täter und Opfer kommt.<sup>86</sup>

Das Syndrom zeigt sich bei dem betroffenen Kind in einer rekurrenden bzw. persistierenden Symptomatik. Auch nach einer gründlichen Untersuchung wird keine Erklärung für die Beschwerden gefunden, die Diagnose bleibt deskriptiv oder der falsche Verdacht auf eine atypische oder extrem seltene Erkrankung wird geäußert. Entgegen den Erwartungen spricht die Symptomatik nicht auf die übliche bzw. etablierte Therapie an, es ergeben sich Diskrepanzen zwischen den Labor- und Untersuchungsbefunden zu den von der Mutter gemachten Angaben bei der Anamnese sowie dem von der Mutter beschriebenen Schweregrad der Beschwerden. Die Mutter verschleiert bereits erfolgte Vorbehandlungen, womit Doppeluntersuchungen und auch Traumatisierungen des Kindes induziert werden.<sup>87</sup>

Als Täter tritt vornehmlich die Mutter auf, wobei der Vater meist nicht daran beteiligt ist und das Kind der Mutter überlässt. Häufig ist der Vater selbst von seiner Frau abhängig bzw. fühlt sich ihr unterlegen. Vielfach erscheinen die Frauen in den

---

<sup>84</sup> Vgl. Herrmann et al. (2008), S. 197 f.

<sup>85</sup> Vgl. Herrmann et al. (2008), S. 97.

<sup>86</sup> Vgl. Noeker/Keller (2002), S. 1357, Kindler (2006e), S. 7 ff. und Nowara (2005), S. 128 f.

<sup>87</sup> Vgl. Noeker/Keller (2002), S. 1359.

Kinderkrankenhäusern zunächst über jedweden Verdacht erhaben, da sie sich intensiv um ihr Kind bemühen, z. B. viel Zeit mit ihm im Krankenhaus verbringen, sich besonders kooperativ zeigen und sich mit dem Behandlungsteam, besonders den Krankenschwestern, identifizieren. Oftmals verfügen die Mütter selbst über eine medizinische Ausbildung, arbeiten in diesem Bereich als Hilfspersonal und/oder haben diesbezüglich ein großes Interesse, sie lesen beispielsweise einschlägige Fachliteratur. Auch bei schwerwiegenden Untersuchungseingriffen oder Behandlungen hinterfragen die Mütter die Maßnahmen nicht, sondern begrüßen diese und fordern die Eingriffe sogar manchmal ein.<sup>88</sup> Zudem bleibt die Mutter bei akuten Verschlechterungen ungewöhnlich gelassen.<sup>89</sup> Das Ziel dieser Mütter sind repetierte Arztbesuche, die einen ausgeprägten manipulativen Charakter aufweisen, und damit verbundene, umfangreiche und oftmals invasive diagnostische Untersuchungen bei ihrem Kind. Auf diese Weise möchten die Mütter Zuwendung und Aufmerksamkeit für sich erlangen, da sie meist an einer stark ausgebildeten Persönlichkeitsstörung erkrankt sind. Die Ärzte werden möglichst dazu veranlasst, multiple, invasive Eingriffe durchzuführen, die nicht indiziert und potenziell schädigend sind, wodurch die Ärzte (und Krankenschwestern) unabsichtlich an der Misshandlung des Kindes mitwirken.<sup>90</sup>

---

<sup>88</sup> Vgl. Nowara (2005), S. 129.

<sup>89</sup> Vgl. Noeker/Keller (2002), S. 1359.

<sup>90</sup> Vgl. Herrmann et al. (2008), S. 97 und Albert (2008), S. 47.

### 2.3. Risikofaktoren, Schutzmechanismen und Präventionsmöglichkeiten

In der Regel sind Kindesvernachlässigungen und -misshandlungen Folgen einer Funktionsstörung im sozialen System Eltern - Kind - Umgebung. Sie sind sowohl Ausdruck gestörter Beziehungen zwischen Erwachsenen und Kindern als auch Ausdruck gestörter familiärer Systeme, wobei der soziale Kontext einer Familie eine entscheidende Rolle spielt. Schädigende und protektive Faktoren liegen nicht nur auf Seiten der Eltern und des Kindes vor, sondern auch in der unmittelbaren Umgebung der Familie sowie im gesellschaftlichen und kulturellen Kontext. Schädigende Einflüsse werden umweltbezogen als Risikofaktoren und personenbezogen als Vulnerabilität bezeichnet, demgegenüber werden schützende Einflüsse umweltbezogen als Ressourcen und personenbezogen als Resilienz (Widerstandsfähigkeit) des Kindes benannt. Die schädigenden und schützenden Einflussfaktoren wirken auf die Kindesentwicklung nicht gleichartig, sondern in Abhängigkeit vom Alter und Entwicklungsstand der Kinder.<sup>91</sup>

An dieser Stelle sei angemerkt, dass sich eine überproportionale Addition von Risikofaktoren entwickeln kann. So kann z. B. ein Kind mit einer bestehenden körperlichen oder psychischen Behinderung, Regulations- und/oder Interaktionsstörung (z. B. ständiges Schreien, kein Blickkontakt, hoher Pflegeaufwand) zu einer Überforderung der Eltern führen, besonders wenn diese nur über begrenzte psychosoziale Ressourcen und Kompetenzen verfügen. Das Verhalten des Kindes sowie die erhöhten Erziehungs- und Fürsorgeanforderungen werden zu Stressoren. Wenn dieser Stress nicht bewältigt werden kann oder keine Unterbrechung dieses Prozesses von außen erfolgt (z. B. durch Großeltern, Erziehungshelfer etc.), kann sich die Dynamik zwischen der Bezugsperson und dem Kind so sehr verstärken, dass sie in einer Kindesmisshandlung mündet. Als Folge kann das Kind, das zudem über eine verringerte Resilienz verfügt, Verhaltensauffälligkeiten zeigen, die fälschlicherweise der vorbestehenden Behinderung oder Störung zugewiesen werden und wiederum den Teufelskreis weiter intensivieren und zu wiederholten Übergriffen auf das Kind führen. Um dies zu vermeiden, muss eine Unterbrechung dieses Prozesses von außen herbeigeführt werden (z. B. durch Verwandte, Nachbarn, Jugendamt). Als eine Maßnahme kann z. B. das mütterliche Fürsorgeverhalten trainiert werden. Aber auch die Eltern selbst können diesen Kreislauf durchbrechen, da sie im Vergleich zu dem Kind über eine überlegene Einsichts- und Steuerungsfähigkeit verfügen. Häufig sind jedoch gerade diese

---

<sup>91</sup> Vgl. Albert (2008), S. 94 ff. und Herrmann et al. (2008), S. 190 ff.

Ressourcen bei den misshandelnden Personen eher gering ausgeprägt.<sup>92</sup>

In der folgenden Tabelle 2 sind Risikofaktoren (von der Mikro- bis zur Makroebene) zusammengestellt, die besonders häufig in der Literatur aufgeführt werden.

<b>Elterliche Risikofaktoren</b>	
Soziodemographische Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl der Kinder: Bei großer Anzahl erhöhtes Risiko</li> <li>▪ Alter: Bei sehr junger Elternschaft (Teenager-Mütter und -Väter) und bei sehr alten Müttern (auch Vätern) erhöhtes Risiko</li> <li>▪ Alleinerziehendes Elternteil</li> <li>▪ Migrationshintergrund</li> </ul>
Persönlichkeitsmerkmale und psychische Störungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gefühl der Überforderung und Überbeanspruchung</li> <li>▪ Unerfahrenheit, Hilflosigkeit</li> <li>▪ Wenig Kenntnis von kindlichen Entwicklungsnormen</li> <li>▪ Niedrige Frustrationsgrenze, Reizbarkeit, erhöhtes Erregungsniveau</li> <li>▪ Biographische Belastungen: Eigene Missbrauchs-, Vernachlässigungs-, Gewalterfahrung</li> <li>▪ Gewalterfahrungen: Ausübung von Gewalt wird als vertrautes Verhaltensmuster übernommen („spätere Täter sind frühere Opfer“<sup>93</sup>)</li> <li>▪ Psychosozialer Stress</li> <li>▪ Gravierende (andauernde) psychosoziale Belastungen (z. B. Tod des Partners)</li> <li>▪ Ängstlichkeit, emotionale Verstimmung, verstärktes Gefühl des Unglücklichseins</li> <li>▪ Depression, Apathie-Vergeblichkeits-Syndrom</li> <li>▪ Mangelnde Impulssteuerung und Sensitivität</li> <li>▪ Mangelnde Ehrfurcht vor dem Kind und mangelndes Einfühlungsvermögen</li> <li>▪ Aggressionen, Kontrollverlust</li> <li>▪ Erkrankungen allgemein, insbesondere Suchterkrankungen (Alkohol, Drogen, Tabletten etc.)</li> <li>▪ Psychische oder psychiatrische Erkrankungen und Auffälligkeiten (z. B. chronische Depressivität, Dissozialität, Suizidalität, Angststörungen, Abhängigkeitserkrankungen, Persönlichkeitsstörungen wie Borderline, Schizophrenie, affektive Psychosen, Neurosen etc.)</li> </ul>

<sup>92</sup> Vgl. Herrmann et al. (2008), S. 195.

<sup>93</sup> Vgl. Herrmann et al. (2008), S. 196.

	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Bindungsstörungen in der Eltern-Kind-Beziehung (desorganisiertes elterliches Bindungsverhalten)</li><li>▪ Geringe soziale und emotionale Kompetenzen</li><li>▪ Beschränkte Intelligenz, geringer Bildungsgrad, schlechte Schulbildung</li><li>▪ Unrealistische Wahrnehmung des Kindes (z. B. überhöhte Anforderungen an die Selbständigkeit wie bspw. an die Sauberkeitsentwicklung des Kindes, unzureichende Aufsicht des Kindes, mangelnde Sicherheitsvorkehrungen, Übertragung nicht altersgemäßer Aufgaben)</li><li>▪ Unrealistische Erwartungen an das Kind (z. B. Eltern erwarten von ihren Kindern Fürsorge und Trost anstatt umgekehrt - Rollenumkehr und Parentifizierung des Kindes)</li><li>▪ Eingeschränkte Fähigkeit oder Unfähigkeit zur Reflexion und zum Aufsuchen von sozialer Unterstützung in Notlagen und Krisensituationen</li><li>▪ Unrealistische und idealisierte Haltung an die Elternschaft</li><li>▪ Problematisch verinnerlichtes Elternbild aufgrund eigener defizitärer Kindheitserfahrungen (z. B. selbst erlebte Misshandlungen etc.)</li><li>▪ Dissoziale, soziopathische bzw. psychopathische Eltern (uneinfühlsam, manipulativ, impulsiv, bindungsarm)</li><li>▪ Eltern, die ihr Kind als Last empfinden bzw. es ablehnen und sich dies nicht eingestehen wollen oder können (bereits während der Schwangerschaft)</li><li>▪ Fehlinterpretation des Verhaltens des Kindes (z. B. „Mein Kind mag mich nicht“ oder „Sie/Er will mich tyrannisieren“) können zu projektiven transgenerationalen Vorgängen und Wiederholungen führen</li><li>▪ Sadismus (bei der quälenden Handlung selbst wird vom Täter Freude empfunden)</li><li>▪ Zuschreibung persönlicher Versagenserlebnisse und Niederlagen (das Kind wird zum „Sündenbock“ dafür gemacht)</li><li>▪ Kind als einzige sinnstiftenden Instanz des eigenen Lebens angesehen (Kompensation für fehlende persönliche Perspektiven)</li><li>▪ Unzufriedenheit mit der Mutterrolle oder Vaterrolle</li></ul>
--	---

<p>Sonstiges</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Partnerkonflikte, Beziehungsprobleme</li> <li>▪ Häusliche Gewalt: Gewalt zwischen den Partnern und/oder Geschwistern</li> <li>▪ Kriminalität in der Familie (Inhaftierung eines Familienmitgliedes)</li> <li>▪ Elterliches Zusammenleben durch Hass und Feindseligkeit geprägt</li> <li>▪ Bewusster Einsatz von Gewalt zu Erziehungszwecken (aufgrund von verschobenen Erziehungsvorstellungen und verfehlten Erziehungsmethoden)</li> <li>▪ Abneigung gegen bzw. Hass auf den Partner wird auf Kind übertragen (besonders Mütter)</li> <li>▪ Langzeitarbeitslosigkeit</li> <li>▪ Starke berufliche Anspannung (beider Eltern oder des allein erziehenden Elternteils)</li> <li>▪ Frühe mütterliche Berufstätigkeit (außer Haus) im ersten Lebensjahr des Kindes ohne gleichzeitige feste, dauerhafte Bezugsperson für das Kind (z. B. Tagesmutter, Kindergarten)</li> <li>▪ Arbeitslosigkeit erzeugt Armutsgefühl und Bewusstsein der Zurückgesetztheit bei Betroffenen (besonders Väter)</li> <li>▪ Häufiger Wohnortwechsel</li> <li>▪ Festhalten an einem autoritären Erziehungsstil</li> <li>▪ Permanente Abwesenheit des Vaters in der frühen Kindheit</li> </ul>
<p><b>Risikofaktoren des Kindes</b></p>	
<p>Soziodemographische Merkmale</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Geschlecht:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Im Allgemeinen sind Jungen vulnerabler als Mädchen</li> <li>- Mädchen häufiger von sexuellem Missbrauch und</li> <li>- Jungen häufiger von körperlicher Gewalt betroffen</li> </ul> </li> <li>▪ Alter: Besonders betroffen sind Säuglinge (besonders erstes Lebensjahr) und Kleinkinder (besonders drittes Lebensjahr/“Trotzphase“) sowie vorpubertäre Kinder (vor allem Zehn- bis Zwölfjährige/ Autonomiebestrebungen)</li> <li>▪ Anzahl an Geschwistern: Bei mehr als zwei Geschwistern erhöhtes Risiko</li> <li>▪ Geringer Altersabstand zum nächst jüngeren Kind (kleiner als 18 Monate)</li> <li>▪ Nicht-leibliches Kind (vor allem Stiefkinder)</li> <li>▪ Migrationshintergrund</li> </ul>

<p>Physische und psychische Merkmale</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gesundheitliche Probleme, besonders chronische Krankheit</li> <li>▪ Frühgeborene, geringes Geburtsgewicht</li> <li>▪ Körperliche, sensorische, sprachliche und geistige Behinderungen (z. B. hochgradige Seh- und Hörstörungen)</li> <li>▪ Entwicklungsrückstände</li> <li>▪ Verhaltensauffälligkeiten und antisoziales Verhalten (z. B. Aggressivität, Lügen, Stehlen, Weglaufen), dies meist hervorgerufen durch antisoziale Verhaltensweisen der Eltern</li> <li>▪ Bindungsdefizite</li> <li>▪ Regulations- und Interaktionsstörungen:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exzessives Schreien des Babys</li> <li>- Schlafstörungen, Störung der Schlaf-Wach-Regulation</li> <li>- Fütterungsstörungen (z. B. Nahrungsverweigerung)</li> <li>- Keine Reaktion auf Zuwendung</li> <li>- Andersartige (auch transitorische) neurologische Beeinträchtigungen</li> <li>- Tonusregulationsstörungen</li> </ul> </li> <li>▪ Probleme des Säuglings den Blickkontakt herzustellen und zu halten</li> <li>▪ Angeborene Missbildungen oder von der Norm abweichendes Aussehen</li> </ul>
<p>Sonstiges</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unerwünschtes Kind</li> <li>▪ Kind psychisch kranker Eltern (genetisches Risiko, Aufwachsen in einer gestörten Eltern-Kind-Interaktion)</li> <li>▪ Längere Trennung von der primären Bezugsperson im ersten Lebensjahr</li> <li>▪ Außerfamiliäre Unterbringung von Kindern</li> <li>▪ Trennung/Verluste von Elternteilen oder anderen wichtigen Bezugspersonen (z. B. Geschwistern, engen Freunden, Großeltern) durch Scheidung, Tod, Umzug etc.</li> <li>▪ Parentifizierung des Kindes (Kind übernimmt elterliche Aufgaben wie Fürsorge und Trostspender für die eigenen Eltern)</li> <li>▪ Kind von Eltern, die selbst einmal Gewalt erfahren haben</li> <li>▪ Miterleben häuslicher bzw. partnerschaftlicher Gewalt</li> <li>▪ Übermäßige Zärtlichkeit und ein Zuviel an Körperkontakt durch die Eltern</li> <li>▪ „Beschränkte Intelligenz“, geringer Bildungsgrad</li> <li>▪ Häufiger Wohnortwechsel</li> <li>▪ Häufig wechselnde Beziehungen im Zusammenhang von Umzügen, Schulwechsel, Trennung von Elternteilen, Stiefeltern, Heimaufenthalten etc.</li> <li>▪ Schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen</li> </ul>

<b>Risikofaktoren des direkten sozialen Umfelds der Familie</b>	
Milieu-merkmale	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zugehörigkeit zur unteren sozialen Schicht</li> <li>▪ Erwerbslosigkeit</li> <li>▪ Sozioökonomische Belastungen bzw. Armutsverhältnisse</li> <li>▪ Soziale Not (gleichzeitiges Auftreten von materieller Armut und Isolation)</li> <li>▪ Geringe finanzielle Ressourcen, Abhängigkeit von staatlicher Unterstützung</li> <li>▪ Niedriges Bildungs- und Berufsniveau</li> <li>▪ Soziale Desintegration: Emotionale Desintegration (Nichtzugehörigkeit und Erfahrung von emotionaler Ausgrenzung und Nichtakzeptanz) sowie sozioökonomische Desintegration (Ausgrenzung von Zugängen zu sozialen Positionen, zu Wohlstand und individuellen Entwicklungschancen)</li> </ul>
Wohnverhältnisse	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beengte Wohnverhältnisse, Mangel an Rückzugsmöglichkeiten</li> <li>▪ Deprivierte und kriminelle Wohngegend</li> <li>▪ Hohe Gewalt- und Armutsrate in der Nachbarschaft</li> <li>▪ Aggressivität (und Ansehen derselben als positiv bewertete Eigenschaft) in der Nachbarschaft</li> <li>▪ Anonyme Nachbarschaft</li> <li>▪ Kinderunfreundlichkeit der umgebenden Lebenswelt (z. B. verkehrsreiche Umgebung, wenig Freizeitangebot, zu wenig sichere Spielmöglichkeiten)</li> <li>▪ Entlegene Wohnung mit reduzierten Kontakten</li> </ul>
Soziales Netzwerk	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mangelnde Unterstützung oder Vernetzung, Isolation der Familie</li> <li>▪ Sozial verarmte Nachbarschaften</li> <li>▪ Mangel an Hilfe und informeller Sozialkontrolle von außen</li> </ul>
Sonstiges	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Häusliche Gewalt</li> </ul>
<b>Gesellschaftlicher und kultureller Kontext</b>	
Soziologische Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verstärkte Rollenunsicherheit durch veränderte Rollen- und Autoritätsstrukturen innerhalb der Familien aufgrund gesellschaftlicher Demokratisierungs- und Emanzipationsbestrebungen</li> <li>▪ Verschiebung bzw. Auflösung der traditionellen Rollen inklusive der Ungleichheiten und Machtstrukturen im Generationen- und Geschlechterverhältnis (zwischen Mann und Frau, zwischen Eltern und Kindern) aufgrund des gesellschaftlichen Wandels (Gewalt als Mittel zur Positionsbehauptung und Verwirklichung von Autoritätsansprüchen)</li> <li>▪ Wirtschaftliche und soziale Ungleichheiten und Benachteiligungen durch Armut führen zu ungleichen Machtverhältnissen und ungleichen Lebenschancen</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Allgemeine Einstellungen zum Kind und zur Erziehung (mit oder ohne Gewaltanwendung, Kind wird als Eigentum betrachtet oder nicht etc.) - gesteuert durch gesellschaftliche Wertvorstellungen, Leitbilder und Gewohnheiten - beeinflusst Anzeigebereitschaft durch Außenstehende</li> <li>▪ Aufklärung der Bevölkerung über Nachteile einer gewalttätigen Erziehung - genereller Wertewandel der Gesellschaft hin zu einer gewaltfreien Erziehung</li> <li>▪ Mangelnde Sensibilisierung für Gewalt in Familien, die hinsichtlich einer Misshandlung besonders gefährdet sind (z. B. untere Schicht, Alkohol- oder Drogenabhängige, Teenager-Mütter etc.)</li> <li>▪ Gewaltbilligende soziale Normen</li> <li>▪ Soziale Ghettos</li> <li>▪ Negative Vorurteile gegenüber Randgruppen</li> <li>▪ Negative Normen/Einstellungen von Jugendgruppen z. B. bezüglich gewaltbereite Konfliktbewältigung</li> </ul>
Rechtliche Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schutz der Privatheit der Familie nach Art. 6 GG – Das Dilemma für Außenstehende, die Gewalt in anderen Familien erkennen, zwischen dem Helfen-Wollen und der Privatsphäre der Familie – dies beeinflusst die Anzeigebereitschaft</li> <li>▪ Beeinflussung des rechtlichen Bewusstseins der Bevölkerung durch entsprechende Urteile (Juristen als „Meinungsführer“)</li> </ul>
Kulturelle Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kulturell bedingte Erziehungspraktiken</li> <li>▪ Migrationshintergrund (in Deutschland hohe Belastung mit innerfamiliärer Gewalt vor allem in türkischen Familien)</li> <li>▪ Migrationsproblematik: Wirtschaftliche und soziale Schwierigkeiten der Familien, Isolierung vor allem durch Sprachprobleme, kulturelle Anpassungsschwierigkeiten</li> <li>▪ Konkurrieren von Herkunfts- und Aufnahmekultur („Kulturkonflikttheorie“): Widerspruch zwischen widerstreitenden Verhaltensnormen (z. B. Züchtigung traditionsgemäß als zulässiges Erziehungsmittel anerkannt in alter Kultur, in neuer Kultur nicht)</li> <li>▪ Bei Migration Enttäuschung, unklare Rückkehrperspektiven, Gefühl des Scheiterns, Unzufriedenheit etc. (besonders Väter)</li> <li>▪ Männer in Migrationsfamilien haben oft Probleme, Ratschläge bzw. Hilfen von Frauen (Kindergärtnerinnen, Lehrerinnen, Sozialarbeiterinnen) anzunehmen</li> <li>▪ Ansehen und Stellung von Frauen und Müttern in der jeweiligen Kultur</li> </ul>

**Tabelle 2: Risikofaktoren für Kindesvernachlässigung und -misshandlung (mod. nach <sup>94</sup>).**

<sup>94</sup> Vgl. Albert (2008), S. 60 ff., Deegener/Körner (2006), S. 22 ff., Herrmann et al. (2008), S. 192 ff., Thun-Hohenstein (2008), S. 635, von Bismarck (2008), S. 152, Blum-Maurice (2002), S. 122 und Föll (2002), S. 195.

Die aufgeführten Umstände erhöhen additiv das Risiko für ein Kind, misshandelt zu werden. Dabei steigt das Vernachlässigungs- bzw. Misshandlungsrisiko mit dem gleichzeitigen Vorhandensein von mehreren dieser Risikofaktoren, einzelne dieser Risikofaktoren sind dagegen oft eine in diesem Zusammenhang unbedeutende soziale Realität. Damit sind diese Risikofaktoren ungeeignet, im Einzelfall zur diagnostischen Klärung einer evtl. vorliegenden Kindesmisshandlung und/oder -vernachlässigung beizutragen. Das Auftreten einzelner Risikofaktoren ist somit noch kein Indikator für ein erhöhtes Gewaltpotential in einer Familie. Erst das additive Zusammentreffen mehrerer der beschriebenen Risikofaktoren erhöht die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Kindesmisshandlung und/oder -vernachlässigung. Zudem kann das Risiko durch protektive Faktoren, wie sie im Folgenden beschrieben werden, vermindert werden.<sup>95</sup>

**Kompensatorische Faktoren** können die Auswirkungen der oben beschriebenen Risikofaktoren mildern oder ganz aufheben. Dabei wird besonders betont, dass diese Schutzfaktoren nur zum Tragen kommen, wenn eine Gefährdung vorliegt. Im Allgemeinen gilt, je mehr Risikofaktoren auftreten, umso mehr Schutzfaktoren werden zur Kompensation benötigt, um eine positive Entwicklung des Kindes zu ermöglichen. Des Weiteren muss beachtet werden, dass ein Faktor in dem einen Zusammenhang schützend wirken und in einem anderen Kontext einen Risikofaktor darstellen kann (z. B. Behinderung des Kindes, mütterliche Berufstätigkeit). Die aufgeführten Faktoren (siehe Tabelle 2 und Tabelle 3) müssen also immer im Zusammenhang als Gesamtbild betrachtet werden. Zwischen den einzelnen Faktoren gibt es vielfältige Wechselwirkungen und Ursachenzusammenhänge.<sup>96</sup>

Als **Schutzfaktoren** gelten einerseits das Nicht-Auftreten der oben genannten Risikofaktoren, andererseits die Existenz von charakteristischen protektiven Faktoren (siehe Tabelle 3), die vorwiegend schon vor dem Trauma vorhanden waren. Hierzu zählen die erfahrene elterliche Fürsorge, die Qualität der Liebe von Seiten der Eltern, das Bestehen einer guten Beziehung zu Gleichaltrigen und die Persönlichkeit des betroffenen Kindes.<sup>97</sup>

---

<sup>95</sup> Vgl. Herrmann et al. (2008), S. 193.

<sup>96</sup> Vgl. Deegener/Körner (2006), S. 30 ff.

<sup>97</sup> Vgl. Thun-Hohenstein (2008), S. 635 und Blum-Maurice (2002), S. 124.

<b>Elterliche Kompetenzen bzw. Schutzfaktoren</b>	
Personale Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hohes Bildungsniveau (vor allem der Mutter)</li> <li>▪ Bedingungslose Akzeptanz des Kindes</li> <li>▪ Fähigkeit zur offenen Begegnung und zur passenden Einfühlung</li> <li>▪ Fähigkeit sich am Kind und dessen Entwicklung zu erfreuen</li> <li>▪ Gestaltung eines überschaubaren sozialen Nahraums, in dem soziale und emotionale Kompetenzen im Austausch mit anderen Menschen bzw. Kindern verwirklicht werden können</li> <li>▪ Sicherstellen der Grundversorgung (Nahrung, Wärme, Sauberkeit, Schutz, Ruhe, Entspannung und Schlaf)</li> <li>▪ Sicherheit und Schutz gewähren</li> <li>▪ Befriedigung emotionaler Bedürfnisse des Kindes (nach Wärme, Bindung, Kontakt, Wahrnehmung, Kommunikation)</li> <li>▪ Anregung und Anleitung</li> <li>▪ Stabilität und Kontinuität in der Lebensführung</li> <li>▪ Ausreichende intuitive und kognitive Kompetenzen</li> <li>▪ Gewährleistung der Entwicklungsbedürfnisse des Kindes: Emotionale Entwicklung und Erziehung, Selbständigkeit, Partizipation, Erfahrung mit Konflikten und hinreichend guter Lösungen etc.</li> <li>▪ Abgrenzung bzw. Zurückstellen eigener Bedürfnisse:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eigene Interessen zurückstellen</li> <li>- Aggressiven Verhalten gegenüber dem Kind unterdrücken können</li> <li>- Fähigkeit, Impulse zu kontrollieren</li> <li>- Eigenen Schmerz und/oder eigene Aggressionen zurückhalten können</li> </ul> </li> <li>▪ Fähigkeit der Empathie und Kommunikation mit dem Kind (Autonomie und Würde des Kindes achten, sich emotional in das Kind hineinsetzen zu können etc.)</li> <li>▪ Fähigkeit, das Kind realistisch wahrzunehmen (Aufsicht, Aufgabenübertragung, Sicherheitsvorkehrungen etc. entsprechend dem Alter und Entwicklungsstand des Kindes)</li> <li>▪ Fähigkeit zu realistischen Erwartungen an das Kind</li> <li>▪ Fähigkeit zur Setzung klarer Regeln, Konsequenz im Erziehungsverhalten, Verständnis für die Sorgen und Nöte der Kinder</li> <li>▪ Glaube an die Sinnhaftigkeit des Lebens, Selbstvertrauen, internale Kontrollüberzeugung, vielseitige Interessen, positives Selbstkonzept, Selbstwirksamkeit, Optimismus</li> <li>▪ Positives Elternverhalten und -erleben der Schwangerschaft und Geburt</li> <li>▪ Soziales Netzwerk (Verwandte, Freunde etc.)</li> <li>▪ Schaffung eines positiven Familienklimas (inklusive gemeinsamer Unternehmungen, geregelte Tagesstruktur, Rituale)</li> </ul>

Paarbeziehung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gute und positive elterliche Partnerqualität - Vorleben von positiver Beziehungsqualität und Rollenmodellen</li> </ul>
Umgang mit eigenen Erfahrungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verarbeitung eigener Traumata wie eigene Gewalterfahrungen</li> <li>▪ Wenig kritische Lebensereignisse</li> </ul>
<b>Schutzfaktoren des Kindes</b>	
Personale Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weibliches Geschlecht</li> <li>▪ Erstgeborenes Kind</li> <li>▪ Ausgeglichenes, robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament</li> <li>▪ Positive Wahrnehmung der eigenen Person, positives Selbstkonzept, Optimismus</li> <li>▪ Positive Lebenseinstellung und Religiosität</li> <li>▪ Internale Kontrollüberzeugung</li> <li>▪ Hohe Selbstwirksamkeitserwartung (d. h. das Gefühl, Probleme, Konflikte und zukünftige Lebensaufgaben bewältigen zu können)</li> <li>▪ Realistische Selbsteinschätzung und Zielorientierung</li> <li>▪ Interpersonelle Schutzfaktoren wie soziale Kompetenz</li> <li>▪ Aktives Explorationsverhalten, gute sprachliche und motorische Entwicklung, gute Problemlöse- und Lesefähigkeit, vielseitige Interessen, Selbstvertrauen</li> <li>▪ Kind mit hohem Selbstwert und Selbstwirksamkeit - gefördert durch schulische Leistungen, sportliche Aktivitäten oder besondere Talente (Selbstbestätigung)</li> <li>▪ Gute Intelligenz, größere Flexibilität und positive Einstellung zur Problembewältigung</li> <li>▪ Gefühl der Hoffnung auf eine bessere Zukunft, Glaube an die Sinnhaftigkeit des Lebens</li> <li>▪ Physische Attraktivität (nettes Aussehen regt positive Reaktionen der Umwelt an und erleichtert soziale Interaktion)</li> <li>▪ Behinderung (wird als Entschuldigung für Verhaltensprobleme interpretiert)</li> <li>▪ Wenig kritische Lebensereignisse</li> <li>▪ Positive Schulerfahrungen</li> </ul>
Bezugsperson	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bedingungslose Akzeptanz des Kindes durch mindestens eine Person (z. B. Nachbarn, Verwandte, Geschwister, Sozialarbeiter, Lehrer)</li> <li>▪ Emotional positive, vertrauensvolle, Sicherheit und Geborgenheit bietende, gewaltfreie Beziehung zu mindestens einer Person (z. B. zum anderen Elternteil, Großeltern, Nachbarn, Verwandte)</li> <li>▪ Beziehungen zu Gleichaltrigen (Peers, Freunde etc.)</li> </ul>

<p>Nach einer erfolgten Misshandlung – Durchbrechung des „Kreislaufs der Gewalt“/ Verhinderung einer Wiederholung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Therapeutische Behandlung bzw. Verarbeitung der Erlebnisse früherer negativer Erfahrungen (realistische Betrachtung des Peinigers, innere Distanzierung)</li> <li>▪ Mindestens eine Vertrauensperson, der das Erfahrene berichtet werden kann und die dem Glauben schenkt</li> <li>▪ Erfahrung positiver Bindungsqualitäten und Rollenmodelle in späteren Lebensphasen bewirkt eine Erhöhung der Wahrscheinlichkeit der Bindung an die bestehende Gesellschaft und Normen</li> </ul>
<p><b>Schutzfaktoren: Umwelt und Lebensbedingungen - Aufgabe der Gesellschaft</b></p>	
<p>Familiäre Aspekte</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weniger als vier Kinder</li> <li>▪ Geburtenabstand nicht zu eng</li> <li>▪ Enge Geschwisterbindung</li> <li>▪ Zusammenhalt, Stabilität und konstruktive Kommunikation in der Familie</li> </ul>
<p>Gesellschaftliche Aspekte</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ressourcen der Gemeinschaft</li> <li>▪ Soziale Integration der Familie</li> <li>▪ Wohnraum und Zusammenleben</li> <li>▪ Erwerbstätigkeit und finanzielle Lage bzw. ökonomische Möglichkeiten</li> <li>▪ Kindgerechtes und kinderfreundliches Wohnumfeld</li> <li>▪ Kontext der erweiterten Familie einschließlich Verwandtschaft, Gestaltung verwandtschaftlicher und freundschaftlicher Beziehungen</li> <li>▪ Gestaltung des sozialen Nahfeldes</li> <li>▪ Schutz vor äußeren Gefahren und schädigenden physischen und sozialen Einflüssen</li> <li>▪ Eine an fördernden und haltenden Beziehungsangeboten reiche Umgebung</li> <li>▪ Qualität der Bildungsinstitutionen (Verbundenheit mit der Schule, positive Beziehung zu einem Lehrer, verantwortliche und qualitativ hochwertige Anweisungen und Aufgabenstellungen durch entsprechend qualifizierte Fachkräfte, klares Schulkonzept, Überprüfung der Fortschritte, konstruktives Feedback, Partizipationsmöglichkeiten, respektvoller Umgang, enge Zusammenarbeit mit Eltern, zusätzliche Angebote, wertschätzendes Schulklima, positive Verstärkung der Anstrengungsbereitschaft des Kindes)</li> <li>▪ Vorhandensein prosozialer Rollenmodelle, Normen und Werte in der Gesellschaft (gesellschaftlicher Stellenwert von Kindern, Erziehung und Familie)</li> <li>▪ Ausmaß der staatlichen Hilfen/Jugendhilfemaßnahmen</li> <li>▪ Geringe gesellschaftliche Verbreitung von Gewalt und geringes Ausmaß von Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend</li> </ul>

<p>Außerfamiliäre Unterstützung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unterstützendes soziales Umfeld</li> <li>▪ Zeitlich begrenzte Aufnahme eines Kindes in eine Pflegefamilie</li> <li>▪ Ausreichend außerfamiliäre Betreuung und proaktive Hilfesysteme</li> <li>▪ Eingebundensein in stabile, informelle Netzwerke und religiöse Gemeinschaften</li> <li>▪ Bestätigung des Selbstwertes durch außerfamiliäre Aktivitäten</li> <li>▪ Positives Schulklima</li> <li>▪ Kompetente und fürsorgliche Erwachsene außerhalb der Familie</li> <li>▪ Ressourcen auf kommunaler Ebene: Gemeindeförderung, Angebote der Familienbildung etc.</li> </ul>
-------------------------------------	---

**Tabelle 3: Schutzfaktoren<sup>98</sup>**

UNICEF weist auf die Herausforderung bezüglich Kindesmissbrauch und -vernachlässigung treffend hin: „The challenge of ending child abuse is the challenge of breaking the link between adults’ problems and children’s pain.“<sup>99</sup>

## 2.4. Epidemiologie von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung

Im Vergleich zu den USA, in denen ein Pflichtmeldesystem besteht, existieren für Deutschland kaum valide Daten zur Häufigkeit von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Gründe hierfür sind einerseits eben das Fehlen eines deutschlandweiten Registrierungssystems solcher (Verdachts-)Fälle und andererseits die Schwierigkeit der eindeutigen Definition bzw. Abgrenzung der Begriffe Kindesmisshandlung und -vernachlässigung zur Normalität. Allerdings weisen die vorliegenden Prävalenzstudien trotz dieser methodischen Einschränkungen ein hohes Maß an internationaler Übereinstimmung auf. So liegen weltweit beispielsweise die Prävalenzraten für sexuellen Missbrauch in der Kindheit bei Frauen konservativ ermittelt zwischen zehn bis 15 Prozent und bei Männern zwischen fünf und zehn Prozent.<sup>100</sup> Nach einer Studie von UNICEF von 2003 sterben jedes Jahr etwa 3.500 Kinder im Alter bis zu vierzehn Jahren in den Industriestaaten als Folge von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Weiterhin ist in dieser Studie aufgeführt, dass in Deutschland und Großbritannien pro Woche zwei Kinder auf diese Weise umkommen, in Japan vier pro

<sup>98</sup> Vgl. Bengel et al. (2009), S. 44 ff., Albert (2008), S. 98 ff., Deegener/Körner (2006), S. 30 ff., Herrmann et al. (2008), S. 190 ff. und Blum-Maurice (2002), S. 124.

<sup>99</sup> UNICEF (2003), Titelblatt.

<sup>100</sup> Vgl. Herrmann et al. (2008), S. 4.

Woche und 27 pro Woche in den USA. Positiv zu vermerken ist eine Verringerung dieser Zahlen in der Mehrheit der Industriestaaten.<sup>101</sup>

Laut einer gemeinsamen Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), des Berufsverbands für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP) und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) wird die Prävalenz von Gewalterfahrungen in der Kindheit in Deutschland für körperliche Gewalt von Männern mit 11,8 % und von Frauen mit 9,9 % geschätzt. Von allen stationär betreuten Kindern wiesen etwa zwei Prozent der Fälle körperliche Symptome auf, die einen Verdacht auf Misshandlung und Vernachlässigung zulassen.<sup>102</sup>

Zudem kann man auf die Polizeiliche Kriminalstatistik für Deutschland zurückgreifen. Laut dieser Statistik wurden im Jahre 2008 insgesamt 3.426 Fälle von Kindesmisshandlung und 12.052 Fälle von sexuellem Missbrauch registriert, wobei ein Großteil der Opfer unter sechs Jahre alt war und die meisten Täter aus dem Verwandtschafts- oder Bekanntenkreis stammten.<sup>103</sup>

Kindesmisshandlung ist eines der größten Probleme im Bereich Public Health und der Sozialfürsorge auch in High-Income-Ländern. Jedes Jahr werden ungefähr vier bis 16 Prozent der Kinder physisch missbraucht und eines von zehn Kindern wird vernachlässigt oder psychisch misshandelt. Während ihrer Kindheit werden zwischen fünf und zehn Prozent der Mädchen und bis zu fünf Prozent der Jungen massiv sexuell missbraucht und mehr als dreimal so viele werden in irgendeiner Form sexuell missbraucht. Offizielle Statistiken mit fundierten Zahlen zu Kindesmisshandlung zeigen jedoch weniger als ein Zehntel dieser Zahlen auf. Vernachlässigung ist mindestens so schädigend wie physische oder sexuelle Misshandlungen, erhält aber wissenschaftlich und öffentlich immer noch am wenigsten Aufmerksamkeit.<sup>104</sup>

Sexueller Missbrauch und körperliche Kindesmisshandlungen werden in Deutschland häufiger beobachtet als bösartige Neubildungen bei Kindern oder der plötzliche Kindstod. Jedoch wird die Dunkelziffer noch viel höher geschätzt. Bei den aufgedeckten Fällen von sexuellem Missbrauch wird ersichtlich, dass Mädchen dreimal so häufig betroffen sind

---

<sup>101</sup> Vgl. UNICEF (2003), S. 2 ff.

<sup>102</sup> Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2007), S. 14.

<sup>103</sup> Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2007), S. 13 und Bundeskriminalamt (2009).

<sup>104</sup> Vgl. Gilbert et al. (2009), S. 68.

wie Jungen. Über 60 Prozent der Missbrauchten sind zum Zeitpunkt der Tat noch keine 14 Jahre alt.<sup>105</sup>

Es gibt einige wenige valide Studien, die die Häufigkeit von Kindesmisshandlung in Deutschland untersucht haben. So wurde im Rahmen des Sentinel-Projekts (1995) der Hamburger Behörde Arbeit, Gesundheit und Soziales ermittelt, dass die dortigen Kinderärzte im Durchschnitt alle zwölf Wochen ein körperlich misshandeltes und alle 17 Wochen ein sexuell missbrauchtes Kind sahen, wobei die Hälfte der Kinder unter fünf Jahren alt waren.<sup>106</sup> Auch die Universität München untersuchte in einer Längsschnittstudie alle stationär aufgenommenen Patienten systematisch auf Misshandlung, Vernachlässigung und sexuellen Missbrauch. Der Altersmedian lag bei 48 Monaten und 64 % der Patienten waren männlich. Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass zwei bis drei Prozent aller stationären Patienten Symptome von Misshandlung und/oder Vernachlässigung aufwiesen. Diese Häufigkeiten wurden durch eine Wiederholungsstudie an der Freiburger Universitätskinderklinik belegt.<sup>107</sup>

Auch indirekte Zahlen weisen auf eine ähnliche Größenordnung. Das Sorgerecht für Kinder unter drei Jahren wird jährlich 2.200 Eltern in Deutschland entzogen. Misshandlungen und Vernachlässigung sind die häufigste Todesursache bei Kindern im Alter von sechs bis zwölf Monaten.<sup>108</sup> Hier muss zudem angemerkt werden, dass in Deutschland nur selten Obduktionen zur systematischen Überprüfung von Todesfällen bei Kindern durchgeführt werden, so dass ein Teil der misshandlungsbedingten Sterbefälle nicht erkannt wird.<sup>109</sup>

Mit Ausnahme besonders schwerer Einzelfälle, in welchen Kinder lebensbedrohlich verletzt wurden oder starben, erhält besonders das Thema Vernachlässigung in der Öffentlichkeit und in Fachkreisen bislang weniger Aufmerksamkeit. Es hat sich daher der Terminus „Vernachlässigung der Vernachlässigung“<sup>110</sup> herausgebildet. Da der Begriff Vernachlässigung schwer zu definieren ist, ausreichende Statistiken über das Auftreten fehlen und Erscheinungsform, Dauer, Schweregrad sowie Folgen heterogen sind, können keine validen Aussagen über die Häufigkeit von Vernachlässigung getroffen werden.<sup>111</sup>

---

<sup>105</sup> Vgl. Oberle (2002), S. 345.

<sup>106</sup> Vgl. Föll (2002), S. 195.

<sup>107</sup> Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2007), S. 13.

<sup>108</sup> Vgl. Bode/Zoubek (2008), S. 627.

<sup>109</sup> Vgl. Frank (2008b), S. 385.

<sup>110</sup> Herrmann (2005a), S. 1.

<sup>111</sup> Vgl. Herrmann et al. (2008), S. 181.

## 3. Methodik

### 3.1. Literaturrecherche

Diese Expertise verfolgt neben einer fundierten aktuellen Darstellung der Ausgangslage das Ziel die Möglichkeiten aufzuzeigen, mit welchen Ärzte und Zahnärzte in Deutschland zur Prävention und Früherkennung von Kindesvernachlässigung und -misshandlung beitragen können. Dabei stehen insbesondere die folgenden Fragestellungen im Vordergrund:

- Wie stellt sich die diesbezügliche Präventionssituation in Deutschland dar?
- Wie wird nach aktuellem Wissensstand gewährleistet, dass die Vertreter der relevanten ärztlichen Fachrichtungen aktuelle und operationalisierte Informationen zu Befundkonstellationen von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung erhalten?
- Gibt es ärztliche Konzepte mit aufsuchenden Formen („Geh-Struktur“ statt „Komm-Struktur“), wie effektiv stellen sich diese hinsichtlich primärer und sekundärer Prävention von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung in der verfügbaren Literatur dar?
- Welche Rolle kommt nach aktueller Literatur der ärztlichen Medizin über das Erheben körperlicher Befunde und der „Meldung“ beim Jugendamt hinaus zu?
- Über welche Kooperationsformen können nach aktuellem Kenntnisstand Ärzte in multiprofessionelle Kontexte zur Prävention und Früherkennung mit eingebunden werden?
- Auf welchen Feldern besteht weiterführender Forschungsbedarf?

Um eine umfassende Informationsgrundlage zu generieren, wurde parallel in verschiedenen Datenbanken zu den oben genannten Fragestellungen recherchiert. Ergänzt wurde dies durch eine systematische Handsuche in den relevanten Journals und im Internet.

Als Schlagworte wurden „Kindeswohlgefährdung“, „Kindesmissbrauch“, „Kindesmisshandlung“, „Kindesvernachlässigung“, „Körperlicher Missbrauch“, „Sexueller Missbrauch“, „Emotionale Gewalt“, „Elterliche Partnerschaftsgewalt“, „Shaken-baby-

Syndrom“, „Münchhausen-by-proxy-Syndrom“ sowie deren englische Synonyme und Analogia identifiziert. Zudem wurde die genannten „Keywords“ in Kombination mit den Schlagworten „Prävention“, „Information Arzt“, „Befunderstellung“, „Meldung Jugendamt“, „Kooperation“ und „ärztliche Konzepte“ eingegeben (und entsprechende englische Analogia).

Die systematische Literaturrecherche erfolgte in den Datenbanken MEDLINE, MEDPILOT, EMBASE und Cochrane Library. Im Sinne einer umfassenden Informationsgewinnung wurde darüber hinaus auch in den folgenden Datenbanken recherchiert: AWMF-Leitlinien, Current Contents Medizin (CC MED), Hogrefe Verlag, Springer Verlag, Springer Pre-Print, Thieme Verlag, Health Care Literature Information Network (HECLINET), Katalog der US National Library of Medicine (NLM) und Deutschen Zentralbibliothek für Medizin. Des Weiteren wurde auch die sogenannte „Graue Literatur“ eingeschlossen, die z. B. Sammelbände, Infomaterialien, Websites etc. zu nationalen Projekten umfasst, soweit diese in der online Version des Kataloges der Deutschen Nationalbibliographie in der Reihe B – Monografien und Periodika außerhalb des Verlagsbuchhandels zugänglich sind.

Um die Qualität und Aussagekraft der Expertise zu erhöhen wurde zudem eine systematische Handsuche der Schlagwörter auf den Internetseiten von Google und Google Scholar betrieben. Anschließend wurden alle ermittelten Publikationen in eine eigens erstellte Literaturdatenbank eingegeben.

Die Datenbankrecherche (Stand 15. August 2009) ergab insgesamt 9.117 Treffer, deren Verteilung in Tabelle 3 dargestellt ist.

Schlagwort	Treffer insgesamt
Kindeswohlgefährdung	43
Kindesmissbrauch	7.628
Kindesmisshandlung	231
Kindesvernachlässigung	30
Körperlicher Missbrauch	6
Sexueller Missbrauch	182
Emotionale Gewalt	12
Elterliche Partnerschaftsgewalt	394
Shaken-baby-Syndrom	373
Münchhausen-by-proxy-Syndrom	218
	<b>9.117</b>

**Tabelle 4: Schlagworte und in den Datenbanken ermittelte Treffer**

### 3.2. Auswahl der relevanten Literatur

Die mit Hilfe der Datenbankrecherche und Handsuche identifizierten Publikationen wurden in einem mehrstufigen Verfahren von zwei unabhängigen Personen hinsichtlich ihrer Relevanz nach zuvor definierten Filterkriterien geprüft.

Für diese Expertise wurden Publikationen eingeschlossen, die innerhalb des Zeitraumes von 2000 bis einschließlich 15. August 2009 veröffentlicht wurden, in englischer oder deutscher Sprache verfasst wurden und deren Inhalt sich auf Deutschland bezieht. In einem ersten Schritt wurden die Artikel aus der Datenbank eliminiert, die die genannten Einschlusskriterien nicht erfüllen.

Der zweite Schritt umfasste die inhaltliche Filterung der ermittelten Literatur, das heißt, es wurden die Veröffentlichungen aus der Datenbank heraus genommen, deren Inhalt sich nicht auf die in Kapitel 2 erläuterten Formen von Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung bezieht. Beispielhaft sind hierbei Publikationen über Gewalt in den

Medien oder das Internet zu nennen, die zwar bei unbeschränktem Zugang und fehlender Kontrolle durchaus eine Form der Vernachlässigung bzw. Misshandlung von Kindern darstellen können, aber aus methodischen Gründen in dieser Expertise nicht näher betrachtet werden.

Die Qualität der verbleibenden Publikationen wurde im dritten Schritt analysiert, wobei hier zum Teil von den im Sinne der Evidenzbasierten Medizin üblichen Qualitätskriterien für den Einschluss der Literatur abgewichen werden musste. Der überwiegende Teil der ermittelten Publikationen stellte Fallberichte bzw. Expertenmeinungen dar, die gemäß ihrer wissenschaftlichen Aussagekraft auf Stufe IV der Evidenzklassen stehen und deren Qualität demnach als nicht besonders hoch einzustufen ist. Als randomisiert-kontrollierte Studie (RCT), die auf der höchsten Qualitätsstufe steht, ließ sich, wie bereits zu Projektbeginn zu erwarten, zu den genannten Fragestellungen lediglich eine einzige finden. Aus diesem Grunde wurden zur Beantwortung der oben genannten Fragen auch quasi-experimentelle und qualitative Studiendesigns in die Expertise mit eingeschlossen.

In dem dreistufigen Verfahren wurden schließlich 90 Publikationen der identifizierten Literatur in einen vorab entwickelten standardisierten Dokumentationsbogen aufgenommen. Anschließend wurden die Informationen und Daten der relevanten Studien extrahiert und die Ergebnisse unter Berücksichtigung der Heterogenität der Studien in Kapitel 4 dieser Expertise wiedergegeben.

Hierbei wurden die wesentlichen Ergebnisse zusammengefasst und auf ihre Essenz hin konzentriert. Häufig wurden zusätzlich summarische Tabellen erzeugt, die die wichtigen Befunde übersichtlich darzustellen vermögen ohne relevante Informationen zu verlieren.

## 4. Qualitative Analyse – Ergebnisse

### 4.1. Präventionssituation

Zunächst wurde untersucht, wie sich die Präventionssituation in Deutschland darstellt. Ausgangspunkt für alle Überlegungen für einen besseren Kinderschutz ist dabei die Erkenntnis, dass Prävention das beste Mittel ist, um Kinder effektiv vor Gefährdungen zu schützen. Es ist daher notwendig, Eltern frühzeitig präventiv zu unterstützen, denn je früher Eltern Hilfen angeboten werden, desto größer sind die Chancen, Fehlentwicklungen entgegenwirken zu können.<sup>112</sup>

Die zwei Säulen Prävention und Intervention sind für einen aktiven und wirksamen Kinderschutz essenziell.<sup>113</sup> Hierbei kann man zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterscheiden.

#### *Primärprävention*

Unter Primärprävention versteht man hier alle politischen sowie gesellschaftlichen Maßnahmen, die gesellschaftliche Einstellungen fördern, die die Entwicklung von Risikofaktoren für Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung und sexuellen Missbrauch minimieren und damit das Ausmaß von Kindesmisshandlungen reduzieren.

Ein Meilenstein in der primären Prävention von Kindesmisshandlungen war die Verabschiedung des Gesetzes<sup>114</sup> im Jahr 2000, das den Kindern das Recht auf eine gewaltfreie Erziehung zuspricht. Seitdem gilt jedwede Form der physischen Bestrafung, psychischer Verletzung sowie andere Maßnahmen, die als entwürdigend einzustufen sind, als unzulässig und das Recht der Eltern ihre Kinder züchtigen zu dürfen, wurde endgültig abgeschafft. Infolge dieses Gesetzes veränderte sich das Bewusstsein in der Öffentlichkeit, welches Erziehungsverhalten als Kindesmisshandlung und was als angemessen gilt.<sup>115</sup>

---

<sup>112</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009a), S. 7 und Paul/Backes (2008), S. 664.

<sup>113</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009a), S. 7 und Paul/Backes (2008), S. 664.

<sup>114</sup> Vgl. § 1631 Abs. 2 BGB, Änderung gem. Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages zum Entwurf eines Gesetzes zur Ächtung der Gewalt in der Erziehung, Bundesrat Drucksache 519/00, 08.09.2000.

<sup>115</sup> Vgl. Herrmann et al. (2008), S. 304 und Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend/ Bundesministerium der Justiz (2003), S. 4 ff.

Ein weiterer Versuch der Bundesregierung, der Gefahr eines sexuellen Missbrauchs von Kindern zu begegnen, stellt die Blockade kinderpornographischer Webseiten im Internet dar. Dabei setzt die Bundesregierung auf das sogenannte „Access Blocking“, ein Instrument zur Verhinderung des browsergestützten Zugriffs auf kinderpornographische Inhalte. Im April dieses Jahres haben die fünf größten Internetprovider Deutschlands mit dem Bundeskriminalamt (BKA) einen Vertrag zur Schaffung von Zugangssperren zu kinderpornographischen Internetseiten geschlossen. Die Wirksamkeit dieser Maßnahme ist jedoch durchaus umstritten. Des Weiteren hat der Deutsche Bundestag am 18. Juni 2009 ein Gesetz zur Bekämpfung der Kinderpornographie in Kommunikationsnetzen<sup>116</sup> verabschiedet, das den Internetzugang zu Seiten mit kinderpornographischen Inhalten durch die Zugangsanbieter in Deutschland erschweren soll.<sup>117</sup>

Als Primärprävention können in beschränktem Umfang auch die Früherkennungsuntersuchungen beim Kinderarzt genutzt werden, so diese gerade von gefährdeten Familien auch wahrgenommen werden. In Deutschland gibt es seit 1977 auf Grundlage des § 26 SGB V ein bundesweit geltendes, freiwilliges Früherkennungsprogramm, um Gesundheits- und Entwicklungsstörungen möglichst frühzeitig festzustellen. Die Untersuchungen werden von der gesetzlichen Krankenkasse finanziert, sind abgestimmt auf relevante Entwicklungsetappen der Kinder und umfassen neun Untersuchungen (U1 bis U9) (vgl. Tabelle 5), die um vier weitere, zum Teil kostenpflichtige Untersuchungen, (U10, U11, J1 und J2) erweitert wurden.

---

<sup>116</sup>Vgl. §§ 1 ff. Zugangserschwerungsgesetz (ZugErschwG); Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages zum Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Kinderpornographie in Kommunikationsnetzen, Bundesrat Drucksache 604/09, 18.06.2009.

<sup>117</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009b).

U 1	Unmittelbar nach der Geburt
U 2	3. bis 10. Lebenstag
U 3	4. bis 6. Lebenswoche
U 4	3. bis 4. Lebensmonat
U 5	6. bis 7. Lebensmonat
U 6	10. bis 12. Lebensmonat
U 7	21. bis 24. Lebensmonat
U 8	43. bis 48. Lebensmonat
U 9	60. bis 44. Lebensmonat

**Tabelle 5: Untersuchungstermine für die Kinderuntersuchungen<sup>118</sup>**

Dieses Untersuchungsprogramm wird von den Eltern gut akzeptiert, so dass in den ersten zwei Lebensjahren über 90 Prozent der Säuglinge und Kinder erreicht werden, wobei der Prozentsatz ab dem zweiten Lebensjahr jedoch wieder absinkt. Ebenso nehmen ausländische sowie sozial benachteiligte Familien seltener daran teil.<sup>119</sup> Allerdings versprechen Vorsorgeuntersuchungen per se noch relativ wenig Schutz vor Misshandlungen, Vernachlässigung und Missbrauch.<sup>120</sup>

Maßnahmen zur direkten Prävention des Shaken-Baby-Syndroms sind in Deutschland noch praktisch kaum vorhanden. Die Verletzlichkeit von Säuglingen, Kleinkindern und Neugeborenen bezüglich des Shaken-Baby-Syndroms ist besonders hoch, was sich zum einen aus der überproportionalen Größe bzw. Schwere ihres Kopfes mit dem verhältnismäßig großen Gehirn und der noch schwachen Muskulatur des Nackens mit der mangelnden eigenen Kontrolle der Kopfhaltung ergibt. Zum anderen resultiert diese erhöhte Vulnerabilität aus Besonderheiten des Gehirns in den ersten Lebensjahren, insbesondere der geringen Myelinisierung des Gehirns und dem höheren Wassergehalt. Darüber hinaus spielen die körperliche Hilflosigkeit und der Unterschied in Größe und Gewicht zwischen einem Erwachsenen und dem Säugling pathophysiologisch eine große

---

<sup>118</sup> Vgl. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2006), S. 4.

<sup>119</sup> Vgl. Dietz (2007), S. 121.

<sup>120</sup> Vgl. Galm et al. (2007), S. 65.

Rolle.<sup>121</sup> Das Risiko eines Schütteltraumas ist gerade im ersten Lebensjahr sehr hoch und korreliert daher mit der Hauptschreiphase der Säuglinge.<sup>122</sup> In Deutschland bietet die „Münchner Sprechstunde für Schreibabys“ ein erstes interdisziplinäres, interaktionszentriertes Behandlungsmodell zu dieser Thematik. Das Interventionsspektrum umfasst dabei individuell angepasste entwicklungspsychologisch fundierte Beratungen bis hin zu psychodynamischen Therapien.<sup>123</sup> In den USA gibt es zu diesem Thema erste vielversprechende Präventionsansätze, deren Übertragung auf Deutschland zu fordern ist.<sup>124</sup> Zudem startete die Medizinische Hochschule Hannover im Frühjahr 2008 eine Aufklärungskampagne zum Thema „Schütteln von Babys und Kleinkindern“.<sup>125</sup>

### *Sekundärprävention*

Sekundärprävention hingegen ist fokussiert auf Aktivitäten, die die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung verringern, indem Risikofaktoren frühzeitig identifiziert werden oder bereits in frühen Stadien der Misshandlung oder Vernachlässigung interveniert wird. Grundvoraussetzung für diese Form der Prävention ist die frühe Identifikation von Risikogruppen,<sup>126</sup> da für die Kinder selbst die Entziehung aus dieser Situation, die Kompensation und das Aufmerksam machen auf ihre Unterversorgung aufgrund ihres Alters nicht möglich ist. Daher bleiben insbesondere Vernachlässigungen oftmals unerkannt, bis die Kinder in den Kindergarten oder die Schule kommen.<sup>127</sup> Umso wichtiger sind Präventionsmaßnahmen, die bereits im Säugling- bzw. frühen Kindesalter ansetzen.

Aufgrund der in Deutschland durchaus breiten Angebotspalette (wie Gynäkologie, Hebammenhilfe, Geburts- und Kinderkliniken oder vertragsärztliche Pädiatrie) bieten sich vielfältige Zugangswege zu belasteten Familien bereits im Säuglingsalter. Dabei herrscht besonders bei jungen Eltern gerade in der Zeit um die Geburt des Kindes herum eine hohe Akzeptanz der soeben genannten Einrichtungen des Gesundheitssystems.<sup>128</sup>

---

<sup>121</sup> Vgl. Kindler (2006f), S. 8 f. und Herrmann et al. (2008), S. 36 f.

<sup>122</sup> Vgl. Maxeiner (2008), S. 66 ff. und von Essen et al. (2005), S. 99.

<sup>123</sup> Vgl. Galm et al. (2007), S. 69.

<sup>124</sup> Vgl. Matschke et al. (2009), S: 217 und Fieguth (2008), S. 47.

<sup>125</sup> Vgl. o.V. (2008).

<sup>126</sup> Vgl. Herrmann et al. (2008), S. 304 ff.

<sup>127</sup> Vgl. Linnemann (2007), S. 10-13.

<sup>128</sup> Vgl. Paul/Backes (2008), S. 665.

Da aber besonders gefährdete Familien derartige Angebote der Früherkennungsuntersuchung weniger in Anspruch nehmen, wurde bereits 1980 das Konzept der Familienhebammen ins Leben gerufen. Die Grundstrukturen haben sich bewährt und blieben auch bis heute unverändert. Familienhebammen sind speziell geschulte Kräfte, die die Familien in ihrem häuslichen Umfeld aufsuchen.<sup>129</sup> Hebammen stellen die erste Profession dar, mit denen die werdende Mutter vor der Geburt ihres Kindes in Kontakt kommt und die oft einen ersten Einblick in die Lebensumstände der Familien erhalten können. Speziell geschulte Hebammen sollen in diesem Kontext erkennen, ob Kind und Mutter oder Vater bestimmten Risiken wie zum Beispiel Drogen oder Selbstmedikation ausgesetzt sind. Durch die Wahrnehmung erster Anzeichen, die die Gesundheit oder die Entwicklung des Kindes beeinträchtigen können, kann den betroffenen Familien frühzeitig Hilfestellung gegeben werden.<sup>130</sup> Ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen den Hebammen und den werdenden Müttern ist die Grundvoraussetzung für den Erfolg derartiger Präventionskonzepte. Hebammen nehmen in dieser Hinsicht eine Schlüsselrolle ein, da keine andere Profession das mütterliche Fühlen und Handeln zu diesem frühen Zeitpunkt derart nachhaltig zu beeinflussen vermag.<sup>131</sup> Auch aufgrund der politischen Aktivitäten „Frühe Hilfen“ gewinnen Hebammenprojekte immer mehr an Bedeutung. So wurden bereits diverse Modellprojekte, unter anderen „Frühstart“ in Sachsen-Anhalt oder „Pro Kind“ in Niedersachsen, Bremen und Sachsen initiiert und teilweise zurzeit evaluiert.<sup>132</sup> Problematisch gestaltet sich jedoch die Finanzierung dieser Präventionsmaßnahme, da die Tätigkeiten der Familienhebamme nicht in dem mit der Krankenkasse abrechenbaren Leistungskatalog der Hebammen verankert sind.<sup>133</sup>

Diese aufsuchenden Interventionen sind auch unter dem Begriff „Home Visiting“ bekannt, das zentrale Ziel derartiger Konzepte ist die Prävention von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung.<sup>134</sup> Auf ärztliche Konzepte der aufsuchenden Form wird in Kapitel 4.3 näher eingegangen.

Ein weiterer Zugangsweg zu Kindern belasteter Familien stellen die Haus- und Kinderärzte dar, wenn die Eltern im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen die Kinder

---

<sup>129</sup> Vgl. Schneider (2008), S. 260.

<sup>130</sup> Vgl. Galm et al. (2007), S. 64 f.

<sup>131</sup> Vgl. Windorfer (2009), S. 380.

<sup>132</sup> Vgl. Bühring (2008), S. 1116. Weitere Informationen zu bestehenden Modellprojekten siehe auch Bühring (2008), S. 1116.

<sup>133</sup> Vgl. Windorfer (2009), S. 371.

<sup>134</sup> Vgl. Heekerens (2008), S. 131.

vorstellen. Die Ärzte haben hierbei die Möglichkeit, Risikofaktoren für Kindesvernachlässigung aufzudecken und diese durch das Anbieten geeigneter Hilfe abzuwenden.<sup>135</sup> Das Konzept der Früherkennungsuntersuchungen wurde bereits im Unterkapitel Primärprävention erläutert.

Auch Schuleingangsuntersuchungen stellen ein mögliches Instrument zur Früherkennung von Kindesvernachlässigung dar. Sie sind in beinahe allen Bundesländern für alle einzuschulenden Kinder verpflichtend, Umfang und Durchführung der Untersuchung können sich jedoch nach Bundesland unterscheiden.<sup>136</sup> Die Schuleingangsuntersuchung dient der Beurteilung des gesundheitlichen Entwicklungsstandes der Kinder im Hinblick auf den Schulbeginn<sup>137</sup> und liefert Hinweise, ob Kinder in irgendwelchen Bereichen gesundheitliche Beeinträchtigungen oder Defizite aufweisen und daher einer besonderen Förderung oder Unterstützung bedürfen.<sup>138</sup> Tabelle 6 gibt einen kurzen Überblick über die Bestandteile der Schuleingangsuntersuchung.

Schuleingangsscreening	Schulärztliche Untersuchung
Für alle Kinder	In Einzelfällen
Was wird erfasst?	In welchen Fällen?
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gewicht und Körpergröße</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bei fehlendem Nachweis über die durchgeführte Früherkennungsuntersuchung U9</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hör- und Sehfähigkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Als Angebot,                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- wenn sich beim Schuleingangsscreening oder der U9 Besonderheiten ergeben haben.</li> <li>- auf Wunsch der Eltern.</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sprachliche und motorische Entwicklung</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Durchgeführte Früherkennungsuntersuchungen (gelbes Kinderuntersuchungsheft)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Impfungen (Impfbuch)</li> </ul>	

**Tabelle 6: Bestandteile der Schuleingangsuntersuchung<sup>139</sup>**

<sup>135</sup> Vgl. Pinkvoss (2009), S. 77.

<sup>136</sup> Vgl. Schulgesetze der jeweiligen Bundesländer.

<sup>137</sup> Vgl. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2006), S. 4.

<sup>138</sup> Vgl. Rohling (2002), S. 3

<sup>139</sup> Vgl. Morlock/Nennstiel-Ratzel (2009).

Die Untersuchungsergebnisse werden nach Abschluss aller Untersuchungen von den Gesundheitsämtern in anonymisierter Form an das jeweilige Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit übermittelt und dort im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung statistisch ausgewertet. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse bilden die Basis, um medizinische und gesundheitsfördernde Konzepte entwickeln bzw. weiterentwickeln zu können und stellen damit einen wichtigen Baustein auch bei der Prävention von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung dar.<sup>140</sup>

### *Tertiärprävention*

Tertiäre Prävention meint hier die Behandlung und Rehabilitation, nachdem ein Kind bereits misshandelt oder vernachlässigt wurde, beziehungsweise das Verhindern weiterer Gewalterfahrungen und Folgeschäden.<sup>141</sup> Eine mögliche Intervention ist die Familientherapie.

Auch wenn es diesbezüglich noch keine flächendeckende Hilfelandschaft gibt, so weist Deutschland doch eine große Zahl an Angeboten für Eltern auf.<sup>142</sup> Drei bereits umgesetzte Konzepte zur Stärkung der Elternkonzepte sollen im Folgenden kurz vorgestellt werden:

#### *EFFEKT (Entwicklungsförderung und Familien: Eltern- und Kindertraining)*

Dieses Konzept umfasst einen Eltern- und einen Kinderkurs. Es richtet sich vor allem an Eltern von Vorschulkindern. Den Eltern soll in fünf strukturierten Gruppensitzungen die konsistente Anwendung operanter Erziehungstechniken vermittelt werden. Dieses Programm wurde kurz- und mittelfristig evaluiert. Kurzfristige positive Effekte waren vor allem in den Bereichen Hyperaktivität, emotionale Probleme der Kinder und Probleme im Sozialverhalten festzustellen. Langfristig waren die Effekte nicht konsistent, jedoch erzielten die Kinder, die am kombinierten Eltern-Kind-Programm teilnahmen, ein besseres Ergebnis in den obengenannten Punkten.<sup>143</sup>

---

<sup>140</sup> Vgl. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2006), S. 4 und Morlock/Nennstiel-Ratzel (2009).

<sup>141</sup> Vgl. Herrmann et. al (2008), S. 304 ff.

<sup>142</sup> Vgl. Wössner (2007), S. 203.

<sup>143</sup> Vgl. Schneewind/Berkie (2007), S. 650 f.

### *Starke Eltern-Starke Kinder*

Bei diesem Programm handelt es sich um einen Elternkurs. Dieser wurde ursprünglich in Finnland konzipiert und anschließend vom Deutschen Kinderschutzbund verbreitet. Ziel ist die psychische und physische Gewalt in Familien durch Stärkung der Elternkompetenzen zu verhindern oder zumindest zu reduzieren. Das Programm ist auf zehn bis zwölf Termine à ein bis zwei Stunden begrenzt. Die ersten Studien konstatieren, dass die Kurse einen Beitrag zur Entlastung der Eltern, zu mehr Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten sowie die der Kinder und zu mehr Sicherheit und Zufriedenheit im Miteinander der Familien leisten.<sup>144</sup>

### *Familienteam*

Das Programm richtet sich an Eltern von Kindergarten- und Grundschulkindern. Die Eltern sollen einen autoritativen Erziehungsstil entwickeln, der eine Kombination aus liebevoller Zuwendung, Autonomieförderung und Grenzsetzen darstellt. Dazu werden acht Trainingseinheiten zu je drei Stunden angeboten. Dieses Programm wird zurzeit an mehreren Orten in Deutschland angeboten und wissenschaftlich begleitet. Ergebnisse stehen noch aus.<sup>145</sup>

Insgesamt ist die Wirksamkeit von Maßnahmen, die Eltern gezielt in ihren Erziehungs- und Beziehungskompetenzen fördern, gut belegt. Neben Interventionen, die misshandelnde Eltern beim Umgang mit Konflikten und in der Erziehung unterstützen sollen, haben sich für die frühe Kindheit vor allem Konzepte, die die elterliche Feinfühligkeit bzw. eine sichere Bindung beim Kind fördern, bewährt. Es hat sich herausgestellt, dass diejenigen Konzepte am wirksamsten waren, die gezielt auf die Verbesserung des mütterlichen Verhaltens ausgerichtet und weniger breit ausgelegt waren. Hervorzuheben ist, dass Programme, die zeitlich begrenzt und klar verhaltensbezogen waren, dabei besonders positiv hervortraten.<sup>146</sup>

Eine in diesem Zusammenhang relevante Maßnahme ist die Meldung beim Jugendamt. Diese sollte jedoch nicht ohne die Kenntnis der Eltern erfolgen.

---

<sup>144</sup> Vgl. Schneewind/Berkie (2007), S. 651.

<sup>145</sup> Vgl. Schneewind/Berkie (2007), S. 651 f.

<sup>146</sup> Vgl. Ziegenhain et al. (2007), S. 419.

Lediglich wenn unmittelbare Gefahr für das Leben eines Familienmitglieds besteht, kann auf die Information der Eltern verzichtet werden. Auf die konkreten Möglichkeiten und Restriktionen der Meldung beim Jugendamt wird in Kapitel 4.4 näher eingegangen werden.

Im Hinblick auf die Präventionssituation in Deutschland ist des Weiteren zu erwähnen, dass die Bundesregierung in den letzten Jahren wichtige Schritte im Kinderschutz zur Stärkung der Prävention und zur Verbesserung der Kooperation zwischen den Verantwortlichen der Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheitswesens und der Justiz unternahm. Unter anderem wurde ein Nationaler Aktionsplan für ein kindergerechtes Deutschland 2005 bis 2010 verfasst.<sup>147</sup>

Zudem wurden im Dezember 2008 zwei Gesetze verabschiedet, wovon das eine die Maßnahmen des Familiengerichts bei Kindeswohlgefährdung erleichtert und das andere das Verfahren in Familiensachen und in Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit reformiert.<sup>148</sup> Im Rahmen des zweiten Punktes wurden die neue Kindervorsorgeuntersuchung U 7a zwischen dem 34. und 36. Lebensmonat (gemäß § 26 SGB V) eingeführt und die Toleranzgrenze der Untersuchung U 6 um einen Lebensmonat verlängert. Darüber hinaus wurde in die Kinderrichtlinien aufgenommen, dass der Arzt die erforderlichen Schritte einleiten muss, wenn er bei einer Untersuchung Zeichen von Vernachlässigung oder Misshandlung bei einem Kind erkennt.<sup>149</sup> Zudem wurde in fast allen Bundesländern<sup>150</sup> ein Teilnahmekontrollsystem und Einladungswesen beschlossen, bei dem die erfolgte Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen durch ein Meldesystem und ein Datenabgleichsystem erfasst wird<sup>151</sup> und bei Nichtteilnahme eine Aufforderung zur Nachholung sowie nachgehende Interventionen durch die Jugend- und/oder Gesundheitsämter erfolgt.<sup>152</sup> Dadurch soll die Teilnahme aller in Frage kommender Kinder an den Früherkennungsuntersuchungen sichergestellt werden. Inwieweit ein

---

<sup>147</sup> Details zum Nationalen Aktionsplan des BMFSFJ siehe

<http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=76550.html>

<sup>148</sup> Siehe hierzu das Bundesgesetzblatt I S. 1188 vom 04.07.2008 und das Bundesgesetzblatt I S. 2586 vom 17.12.2008.

<sup>149</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009a), S. 8 und Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2008), S. 11.

<sup>150</sup> Bereits beschlossen/in Kraft in Bayern, Baden-Württemberg, Brandenburg, Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein, Thüringen. Im Gesetzgebungsverfahren in Berlin, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt. Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009a), S. 16.

<sup>151</sup> Vgl. Nothhafft (2008), S. 8 ff.

<sup>152</sup> Vgl. Gesellschaft für Medienpädagogik und Kommunikationskultur (2008), S. 9.

verbindliches Einladungswesen dazu geeignet ist, Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung zu reduzieren bzw. frühzeitig zu erkennen ist noch nicht absehbar, erscheint jedoch plausibel, da gerade gefährdete Familien hier angesprochen werden.<sup>153</sup> In einer Umfrage der Arbeitsgemeinschaften der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) im Auftrag der Gesellschaft für Medienpädagogik und Kommunikationskultur in der Bundesrepublik Deutschland eV (GMK) konnte nachgewiesen werden, dass durch die bestehenden Informationskampagnen, inklusive des Erinnerungswesens für Früherkennungsuntersuchungen, die Teilnahme an diesen Untersuchungen gesteigert werden konnte.<sup>154</sup>

Als weiterer Punkt ist das Aktionsprogramm der „Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ und das „Nationale Zentrum Frühe Hilfen“ zu nennen. Das Aktionsprogramm der „Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ zielt darauf ab, die Risiken des Kindes so bald wie möglich zu erkennen und die Elternkompetenz zu stärken, um damit zur Förderung der optimalen Entwicklung der Kinder beizutragen sowie der Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern effektiv vorzubeugen. Zielgruppe des Programms sind Kinder bis zum Alter von drei Jahren, Schwangere sowie Mütter und Väter in belasteten Lebenslagen und schwierigen sozialen Situationen.<sup>155</sup> Im Rahmen dieses Aktionsprogramms des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend betreiben die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und das Deutsche Jugendinstitut (DJI) in gemeinsamer Trägerschaft das „Nationale Zentrum Frühe Hilfen“ (NZFH). Das Zentrum hat im März 2007 die Arbeit aufgenommen<sup>156</sup> und nimmt dabei drei wesentliche Aufgaben wahr. Zum ersten soll es eine Plattform über die Ländergrenzen hinweg aufbauen, damit das Wissen und die Erfahrungen gezielt ausgetauscht werden können. Zweitens sollen die Kinder- und Jugendhilfe sowie das Gesundheitswesen gezielt informiert werden, um die Etablierung von Frühwarnsystemen und Kooperationsstrukturen in allen Regionen zu initiieren. Als dritte Aufgabe soll die Öffentlichkeit über die Entwicklung von Kindern, die potenziellen Gefahren für Kinder sowie über Unterstützungsmöglichkeiten informiert werden.<sup>157</sup>

Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen ist als bundesweite Plattform installiert. Die einzelnen Programme pro Bundesland werden in nachfolgender Tabelle 7 zusammengefasst.

---

<sup>153</sup> Vgl. Nothhafft (2008), S. 8 ff.

<sup>154</sup> Vgl. Gesellschaft für Medienpädagogik und Kommunikationskultur (2008), S. 10.

<sup>155</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009a), S. 8 und Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2008), S. 11.

<sup>156</sup> Vgl. Paul/Backes (2008), S. 666.

<sup>157</sup> Vgl. Sachverständigenrat (2009), S. 241.

Projekt	Land	Zielsetzung/Inhalt
<p><b>Guter Start ins Kinderleben</b>                      Universitätsklinikum Ulm,                      Klinik für Kindes- und                      Jugendpsychiatrie /                      Psychotherapie</p>	<p>Baden-                      Württemberg,                      Bayern, Rheinland-                      Pfalz, Thüringen</p>	<p>Entwicklung und Evaluation eines interdisziplinär angelegten Vernetzungskonzeptes an verschiedenen städtischen und ländlichen Standorten zur Förderung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen. Darüber hinaus Evaluation der Veränderung des mütterlichen Erziehungsverhaltens sowie des Vernetzungs-Prozesses</p>
<p><b>Netzwerk Kinderschutz als soziales Frühwarnsystem in Berlin-Mitte</b>  <b>Evaluation und Coaching zum Sozialen Frühwarnsystem in Berlin Mitte</b>                      Institut für Sozialforschung, Informatik und Soziale Arbeit (ISIS Berlin e.V.)</p>	<p>Berlin</p>	<p>Schutz von Kindern vor Verwahrlosung, Misshandlung und Gewalt durch ein integriertes Konzept zur Prävention, Beratung, Früherkennung, Krisenintervention und rechtzeitigen Hilfestellung. Begleitende Analyse der Problembereiche des Kinderschutzes hinsichtlich Kooperation und Vernetzung im regionalen Raum</p>
<p><b>Pro Kind – Wir begleiten junge Familien</b>                      Stiftung Pro Kind Hannover</p>	<p>Bremen,                      Niedersachsen,                      Sachsen</p>	<p>Modellprojekt intensiver Betreuung durch regelmäßige Hausbesuche von Hebamme und Sozialpädagogin bis zum 2. Lebensjahr des Kindes (Vorbild: erfolgreiches amerikanisches Programm „Nurse Family Partnership“) mit Begleitforschung und Kosten-Nutzen-Analyse</p>
<p><b>Wie Elternschaft gelingt (WIEGE - STEEP)</b>                      Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Fakultät Soziale Arbeit und Pflege, Fachhochschule Potsdam, Fachbereich Sozialwesen</p>	<p>Hamburg,                      Brandenburg</p>	<p>Praxisentwicklungsprojekt mit Schwerpunkt auf dem Erkennen und Erreichen von Hochrisikofamilien sowie deren langfristiger Begleitung anhand des Frühinterventionskonzeptes STEEP, Wirksamkeitsevaluation der Intervention inklusive Weiterentwicklung und Verbesserung des Instrumentariums</p>

<p><b>Keiner fällt durchs Netz (KFDN)/ Frühe Intervention für Familien (PFIFF)</b>                  Universitätsklinikum Heidelberg, Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie</p>	<p>Hessen, Saarland</p>	<p>Evaluation des Präventionsprojektes „Keiner fällt durchs Netz“ (=speziell entwickelte, aufsuchende Elternschule „Das Baby verstehen“ durch Familienhebammen innerhalb eines Netzwerks)                  Zielgruppe: Hoch risikobelastete Familien rund um die Geburt bis zum 1. Lebensjahr des Kindes</p>
<p><b>Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchbelasteter Eltern</b>                  Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kindes- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie                  Universitätsklinikum Greifswald</p>	<p>Mecklenburg-Vorpommern</p>	<p>Einrichtung eines niedrigschwelligen Angebots für psychisch kranke Eltern mit Säuglingen bzw. Kleinkindern.                  Schwerpunkt: frühe Förderung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen                  Wirkungsevaluation der notwendigen Vernetzung und Messung der Interventionseffekte</p>
<p><b>Familienhebammen: Frühe Unterstützung – frühe Stärkung?</b>                  Universität Osnabrück, Fachbereich Humanwissenschaften und Gesundheitswissenschaften</p>	<p>Niedersachsen</p>	<p>Wissenschaftliche Begleitung zur Effektivität von Familienhebammen-Projekten. Schwerpunkt liegt auf Erreichbarkeit und Akzeptanz der Familienhebammen bei Schwangeren und Müttern in schwierigen Lebenslagen, Zusammenarbeit und Vernetzung von Gesundheitsbereich und Jugendhilfe</p>
<p><b>Soziale Frühwarnsysteme in NRW und Schutzengel für Schleswig-Holstein</b>  <b>Evaluation Früher Hilfen und sozialer Frühwarnsysteme in NRW und Schleswig-Holstein</b>                  Universität Münster, Institut für Erziehungswissenschaften</p>	<p>Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein</p>	<p>Formative projektbegleitende Evaluation von 13 Standorten verschiedener sozialer Frühwarnsysteme in NRW und Schleswig-Holstein, unter anderem Entwicklung von Instrumenten zur Selbstevaluation</p>

<p><b>Frühstart:- Professionell gesteuerte Frühwarnsysteme für Kinder und Familien in Sachsen-Anhalt</b>          Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften</p>	<p>Sachsen-Anhalt</p>	<p>Evaluation der Wirksamkeit von Unterstützungsmaßnahmen durch Familienhebammen bis zum ersten Lebensjahr des Kindes und der vorhandenen regionalen Hilfe- und Unterstützungsstrukturen bis Ende des 3. Lebensjahres des Kindes</p>
--	-----------------------	--

**Tabelle 7: Übersicht über die vom BMFSFJ geförderten Modellprojekte<sup>158</sup>**

Anhand dieser Liste wird ersichtlich, dass bereits eine Anzahl an Angeboten im Bereich der Prävention von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung insbesondere auf Landesebene existiert. Dennoch ist dieser Bereich noch ausbaufähig. Besonders hervorzuheben ist, dass in vielen dieser aufgelegten Programme entweder die ersten Evaluierungsergebnisse noch ausstehen oder überhaupt keine wissenschaftliche Begleitforschung durchgeführt wird.

#### **4.2. Informationsvermittlung für Ärzte**

Dieses Kapitel untersucht, wie nach dem aktuellen Wissensstand gewährleistet wird, dass die Vertreter der relevanten ärztlichen Fachrichtungen, aktuelle und operationalisierte Informationen zu Befundkonstellationen von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung erhalten.

Lerninhalte des Medizinstudiums sind laut der gültigen Approbationsordnung bezogen auf das Fachgebiet Kinderheilkunde „[...] Krankheiten der perinatalen Periode, des Kindes- und Jugendalters, Verhaltens- und Entwicklungsstörungen sowie Behinderungen bei Kindern und Jugendlichen.“<sup>159</sup> Somit werden im Curriculum des Medizinstudiums medizinische Aspekte von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung nicht

<sup>158</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009a), S. 9 f. und Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2008), S. 18 ff.

<sup>159</sup> Bundesministerium der Justiz (2003), Anlage 15 (zu § 29 Abs. 3 Satz 2).

grundsätzlich systematisch berücksichtigt.<sup>160</sup> In welchem Umfang dies dennoch geschieht, ist vom Einzelfall bzw. der jeweiligen Universität abhängig.

In der vorliegenden Literatur wird nicht explizit auf die Informationsvermittlung für Ärzte eingegangen. Es lassen sich jedoch viele Aspekte auf diese Thematik übertragen.

Einschlägige Studien haben hier belegt, dass die Informationssituation der Ärzte verbesserungswürdig ist. Bei einer Studie zum Thema „Sexueller Missbrauch“ wurden in Hamburg 151 niedergelassene Kinderärzte per Fragebogen befragt, 41 Fragebögen standen zur Auswertung zur Verfügung. Mehr als die Hälfte aller befragten Kinderärzte gaben an, in der letzten Zeit keine Fortbildungen zu dieser Thematik besucht zu haben.<sup>161</sup> Bei einer weiteren Studie wurde bei Berliner Kinder- und Hausärzten die Wahrnehmung bezüglich Kindesmisshandlung in der eigenen Praxis untersucht. Dazu wurden alle niedergelassene Kinderärzte (n=326) und 13 % der in Berlin tätigen Hausärzte (n=326) befragt. 40 % der Kinderärzte (n=123) und 20 % der Hausärzte (n=64) beantworteten den Fragebogen. Der überwiegende Anteil der Ärzte (n=187) gab an, dass er sich ungenügend über die rechtliche Situation bei möglichem Misshandlungsverdacht informiert fühle, wobei bei Hausärzten mit 81 % diesbezüglich häufiger Informationslücken vorlagen als bei Kinderärzten (65 %). Auch ist die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen zu Diagnose und Fallmanagement von Kindesmisshandlungen mit 55 % bei den Kinderärzten und nur 13 % bei den Hausärzten in beiden Berufsgruppen relativ niedrig.<sup>162</sup> In einer Umfrage im Land Brandenburg wurde ein Leitfaden zum Thema „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“ entwickelt, mit dem Ziel, die Ärzte bei der Früherkennung von Gewaltanwendung gegen Kinder zu unterstützen und das interdisziplinäre Fallmanagement zu verbessern. Im Jahr 2002/03 wurde dieser Leitfaden allen ambulanten und stationären Kinderärzten zur Verfügung gestellt. Danach schloss sich eine Umfrage bei insgesamt 285 ambulant und stationär tätigen Kinder- und Jugendärzten bzw. Kinder- und Jugendpsychiatern an. Der Rücklauf betrug 33,3 % (92 der 285 Kinderärzte). Bezüglich der Informationsvermittlung wünschten sich 62 % der Teilnehmer mehr Fortbildungsangebote auf dem Gebiet der Gewalt gegen Kinder.<sup>163</sup> Auch eine Expertise der Universität Osnabrück für die Enquêtekommision „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen“ zum Thema „Versorgungsbedarf und Anforderungen an

---

<sup>160</sup> Vgl. Herrmann (2005c), S. 455.

<sup>161</sup> Vgl. Föll (2002), S. 200 ff.

<sup>162</sup> Vgl. Heintze et al. (2006), S. 396 ff.

<sup>163</sup> Vgl. Ellsäßer/Cartheuser (2006), S. 265 ff.

Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen“ kommt zu dem Schluss, dass die Mehrzahl der praktizierenden Ärzte weder durch Aus- noch durch Fortbildung adäquat darauf vorbereitet ist, Gewaltfolgen zu erkennen und damit umzugehen.<sup>164</sup>

Diese Ergebnisse mögen verwundern, da tatsächlich vielfältige Möglichkeiten bestehen, sich über das Thema Kindesmisshandlung und -vernachlässigung auf wissenschaftlichem Niveau zu informieren.

Zum einen können Ärzte auf elaborierte Leitlinien zu dieser Thematik zurückgreifen. So werden von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) Leitlinien zu den Themen sexueller Missbrauch<sup>165</sup> sowie zu Kindesmisshandlung und -vernachlässigung<sup>166</sup> angeboten. Diese stellen Empfehlungen und keine Richtlinien dar, Ärzte müssen also nicht entsprechend handeln, sind aber abgesichert, wenn sie sich nach diesen Empfehlungen richten.<sup>167</sup> Die jeweiligen Landesärztekammern haben ebenfalls Leitfäden über Gewalt gegen Kinder herausgegeben.<sup>168</sup> Auch die Bundesärztekammer hat bereits 1998 schon einmal ein Konzept mit dem Titel „Zum Problem der Misshandlung Minderjähriger aus ärztlicher Sicht“ herausgegeben.<sup>169</sup> Somit stehen bereits einige spezifische Dokumente zur Diagnoseerstellung und dem weiteren Vorgehen zur Verfügung, aus denen Ärzte entsprechende Empfehlungen ableiten können.

Zum anderen gibt es regelmäßig zahlreiche einschlägige Publikationen, anhand derer sich die Ärzte zum Thema Kindeswohlgefährdung fort- und weiterbilden können. So werden in den jeweiligen Fachzeitschriften, wie z. B. „Monatsschrift Kinderheilkunde“, „Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie“ oder „Kinder- und Jugendarzt“, regelmäßig Artikel und Reviews zum Thema Kindesvernachlässigung und -misshandlung publiziert. Die bestehende Fortbildungsverpflichtung für Ärzte erhöht zudem die Wahrscheinlichkeit des tatsächlichen Zugangs zu entsprechenden Informationen über Kindesmisshandlung. Durch die auch in der Literatur zunehmende Thematisierung der

---

<sup>164</sup> Vgl. Hagemann-White/Bohne (2003), S. 172.

<sup>165</sup> Siehe AWMF-Leitlinie „Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch“, AWMF-Leitlinien-Register.Nr. 028/034, Stand 11/2006, <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/028-034.htm>.

<sup>166</sup> Siehe AWMF-Leitlinie „Kindesmisshandlung und Vernachlässigung“, AWMF-Leitlinien-Register.Nr. 071/003, Stand 09/2008, <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/071-003.htm>.

<sup>167</sup> Vgl. Dettmeyer (2006), S. 346 f.

<sup>168</sup> Übersicht der Leitfäden je Bundesland siehe Anhang. Weiterführende Informationen sowie Leitfäden der jeweiligen Bundesländer siehe <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.117.6920&all=true>.

<sup>169</sup> Vgl. Bundesärztekammer (1998).

Problematik der Kindesvernachlässigung und -misshandlung wird auch die breite Öffentlichkeit diesbezüglich immer stärker sensibilisiert, so dass das Thema auch für die einschlägig zuständigen Ärzte einen höheren Stellenwert erhält.

Die Ärzte können sich zudem in diversen Fortbildungsveranstaltungen, Vorträgen und Kongressen informieren. So veranstaltet zum Beispiel das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) verschiedenste Tagungen unter anderem zum Thema "Frühe Hilfen im Spannungsfeld zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen" (September 2009) oder zum Thema „Frühe Hilfen für Kinder bei häuslicher Gewalt“ (Oktober 2009).<sup>170</sup>

Es wäre wünschenswert, dass derartige Fortbildungsangebote von Ärzten verstärkt nachgefragt würden, vor allem vor dem Hintergrund, dass der direkte Nutzen solcher Angebote zum Thema Kindesmisshandlung bei amerikanischen Kinderärzten bereits belegt werden konnte. Laut dieser Studie kooperieren Ärzte, die bereits Fortbildungen besucht hatten, zehnmal häufiger mit Kinderschutzinstitutionen als Kollegen, die derartige Fortbildungen noch nicht besucht haben.<sup>171</sup>

### **4.3. Ärztliche Konzepte mit aufsuchenden Formen**

Konzepte der aufsuchenden Form, auch Home-Visiting-Programme genannt, haben die Prävention von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung direkt in den betroffenen Familien als zentrales Ziel.<sup>172</sup> Um Zugang zu denjenigen Familien zu erlangen, die von sich aus keine Beratungs- oder Hilfsangebote in Anspruch nehmen, sind Programme der aufsuchenden Form daher ein unverzichtbares Instrument, da sie die Einschätzung der Lebensumstände und des potenziellen Risikos für Kinder gerade bei besonders gefährdeten Familien erleichtern.<sup>173</sup>

Dieses Kapitel analysiert, in wie weit es ärztliche Konzepte mit aufsuchenden Formen („Geh-Struktur“ statt „Komm-Struktur“) gibt und wie effektiv sich diese hinsichtlich primärer und sekundärer Prävention von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung in der verfügbaren Literatur darstellen.

---

<sup>170</sup> Vgl. <http://www.fruehehilfen.de/3352.0.html>.

<sup>171</sup> Vgl. Heintze et al. (2006), S. 400.

<sup>172</sup> Vgl. Heekerens (2008), S. 131 f.

<sup>173</sup> Vgl. Gesellschaft für Medienpädagogik und Kommunikationskultur (2008), S. 8.

In der relevanten Literatur werden ärztliche Programme der „Geh-Struktur“ direkt nicht beschrieben, in einschlägigen Publikationen zu diesem Thema jedoch zumindest erwähnt. Der Sachverständigenrat zeigt beispielsweise in seinem diesjährigen Gutachten kurz die Unterschiede zwischen Programmen mit Komm- bzw. Geh-Struktur auf. So erfordern Konzepte der „Komm-Struktur“, dass die Betroffenen das Hilfsangebot aufsuchen, wohingegen bei Konzepten der „Geh-Struktur“ die Betroffenen „aufgesucht“ werden.<sup>174</sup>

Bei aller Verschiedenheit solcher Konzepte sind die Grundzüge ähnlich. So wenden sich solche Programme primär an Risikofamilien, als Interventionsort wird das familiäre Umfeld als ideal angesehen. Sie setzen in der frühen Kindheit an und werden meist von Hebammen, Pflegekräften oder Paraprofessionellen durchgeführt. Die meisten Konzepte beinhalten damit keine ärztliche Komponente.<sup>175</sup>

Tatsächlich finden sich in Deutschland auch verschiedene Modellprojekte der aufsuchenden Form zur Sekundärprävention im Rahmen der „Frühen Hilfe“ unter Beteiligung von hochqualifizieren Fachkräften wie etwa Konzepte der Familienhebammen<sup>176</sup> oder das Projekt „Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelasteter Eltern“ in Mecklenburg-Vorpommern, bei dem die AWO – Soziale Dienste gGmbH die aufsuchende Beratung in Form von Hausbesuchen, Paar- und Familiengespräche, Vermittlung/Begleitung in passende Unterstützungsangebote sowie in der Entwicklung individueller Angebote übernimmt.<sup>177</sup>

Aufsuchende ärztliche Konzepte sind hingegen sehr rar. Ein publiziertes **zahnärztliches Präventionsprojekt** der aufsuchenden Form wurde 2005 vom Jugendamt und Gesundheitsamt Düsseldorf initiiert.<sup>178</sup> Dessen Ziel ist die Verhinderung bzw. Reduzierung drohender Langzeitfolgen durch frühzeitige individuelle Hilfeplanung, Förderung und Betreuung von Risikogruppen. Bisher sind alle Kliniken in Düsseldorf, freiberufliche Hebammen, niedergelassene Kinderärzte sowie der Sozialdienst und verschiedene Betreuungseinrichtungen an dem Projekt beteiligt. Zudem sind Zahnärzte in das Präventionsprogramm eingebunden. Vor allem Zahnärzte können Kinder dieser Risikogruppe identifizieren, da gerade in diesem Personenkreis der „Early Childhood

---

<sup>174</sup> Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009), S. 243.

<sup>175</sup> Vgl. Heekerens (2008), S. 131 f.

<sup>176</sup> Ausführliche Beschreibung des Konzepts der Familienhebammen siehe Kapitel 4.1.4.4.1

<sup>177</sup> Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2008), S. 18 ff.

<sup>178</sup> Weitere Informationen siehe [http://www.duesseldorf.de/gesundheit/zukunft\\_fuer\\_kinder/zukunft\\_2/index.shtml](http://www.duesseldorf.de/gesundheit/zukunft_fuer_kinder/zukunft_2/index.shtml).

Caries (ECC)“ weit verbreitet ist.<sup>179</sup> Unter Early Childhood Caries bzw. dem Nursing-Bottle-Syndrom versteht man kariöse Zahnzerstörungen, die nach einer Langzeitbenetzung der Milchzähne mit zuckrigen und/oder säurehaltigen Getränken aus der Saugerflasche zuerst an den Frontzähnen im Oberkiefer und später an weiteren Zähnen auftreten.<sup>180</sup> Vor dem Hintergrund, dass die erste zahnmedizinische Gruppenprophylaxe zum Kindergarteneintritt in der Regel mit drei Jahren zu spät greift, ist die frühzeitige Einbindung der Zahnärzte sehr wichtig. Im Düsseldorfer Präventionsprojekt informiert die Clearingstelle das zahnmedizinische Prophylaxeteam über die Geburt eines Kindes. Es schließt sich circa vier Wochen später ein erster Hausbesuch an, bei dem eine umfassende Information der Mutter über das Stillen und ECC erfolgt. Geplant sind dann engmaschige Hausbesuche im sechswöchigen Zeitintervall.<sup>181</sup> Diese aufsuchende zahnmedizinische Betreuung ist eine sehr gute Möglichkeit, Risikofaktoren frühzeitig zu identifizieren und Interventionen zeitnah einleiten zu können.

Insgesamt gibt es bislang kaum bekannte ärztliche Konzepte der aufsuchenden Form. Zwar haben Studien bereits belegt, dass derartige Programme auch mit für diese Aufgaben besonders qualifizierten und geschulten Fachkräften positive Effekte bezüglich Kindesmisshandlung und -vernachlässigung aufweisen,<sup>182</sup> dennoch wäre eine stärkere ärztliche Beteiligung und der Ausbau ärztlicher Konzepte der aufsuchenden Form wünschenswert, da die Autorität der Ärzte hinsichtlich präventiver Aussagen zu gesundheitlichen Fragen besonders hoch ist und damit eine erhöhte Wirksamkeit der Intervention unterstellt werden muss.

---

<sup>179</sup> Vgl. Motzkau (2005), S. 357 ff.

<sup>180</sup> Vgl. Hellwig et al. (2007), S. 32.

<sup>181</sup> Vgl. Motzkau (2005), S. 357 ff.

<sup>182</sup> Vgl. Heekerens (2008), S. 131 f.

#### 4.4. Befunderhebung und Meldung beim Jugendamt

Dieses Kapitel befasst sich mit der Frage, welche Rolle Ärzten beim Erheben körperlicher Befunde und der Meldung beim Jugendamt zukommt. Das grundsätzliche Vorgehen bei Verdacht auf Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung ist in Abbildung 2 veranschaulicht. Zentrales steuerndes Element ist demnach das Finden einer gemeinsamen Präventionsstrategie mit den Erziehungsberechtigten.

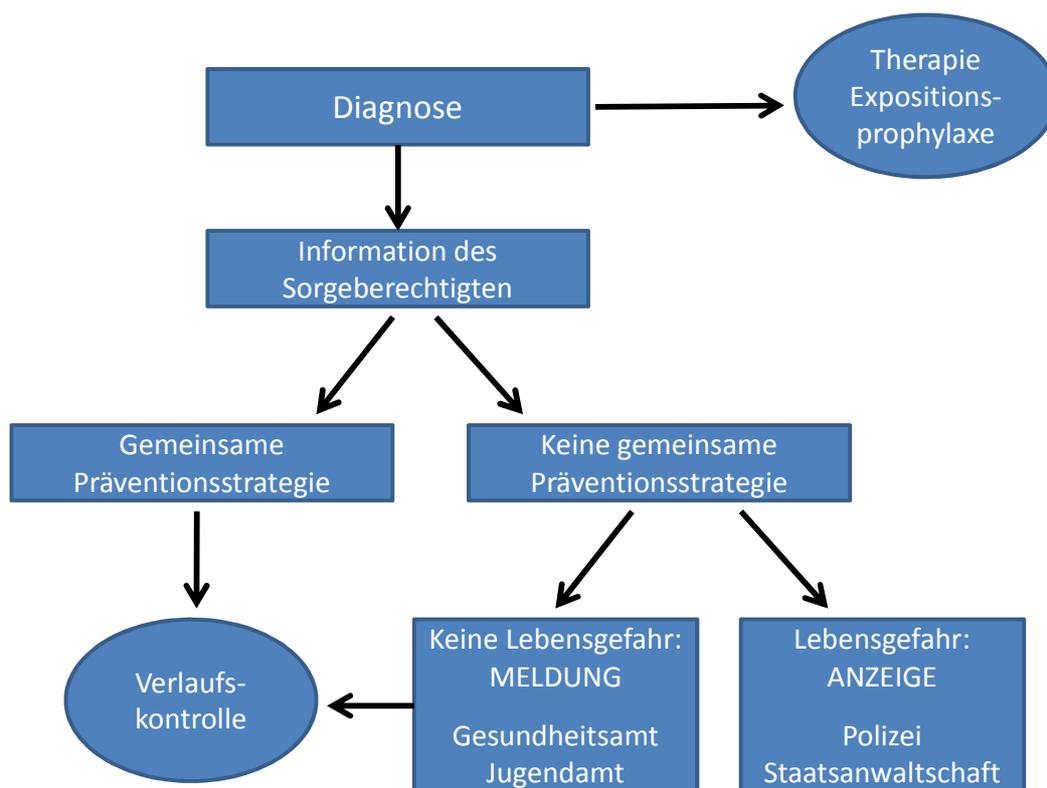


Abbildung 2: Ärztliches Vorgehen bei Verdacht auf Kindesmisshandlung<sup>183</sup>

Zur Diagnostik und Befunderhebung bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung finden sich in der Fachliteratur viele einschlägige Publikationen. Im Rahmen dieser Expertise soll nicht auf die detaillierte medizinische Diagnostik der verschiedenen Formen und Kindesmisshandlung und -vernachlässigung eingegangen werden, sondern nur ein Überblick über die wichtigsten Anzeichen gegeben werden.

Die Häufigkeit des Nachweises von Misshandlungen und Vernachlässigungen in Kinderarztpraxen variiert stark. In ca. vier von 100.000 Patientenkontakten liegt ein

<sup>183</sup> Vgl. Erler (2006), S. 206.

Verdacht auf körperliche Misshandlung vor, bei 17 ein Verdacht auf seelische Misshandlung und bei drei ein Verdacht auf sexuellen Missbrauch.<sup>184</sup>

Entscheidend ist, dass der Arzt bei verdächtigen, gerade auch nicht-medizinischen Befunden an Kindesmisshandlung jeglicher Art denkt. Verdächtig ist insbesondere, wenn die Beteiligten widersprüchliche Angaben machen, die Kausalkette zwischen Unfallhergang und Unfallfolge wenig plausibel erscheint, kein Arztkontakt stattgefunden hat bzw. der Arztbesuch und das Auftreten der Beschwerden zeitlich auseinander fallen.<sup>185</sup> Zudem sollte immer berücksichtigt werden, ob die angegebenen Verhaltensweisen oder Fähigkeiten zum Entwicklungsstand des Kindes passen. So ist es zum Beispiel unwahrscheinlich, dass ein acht Monate altes Kind beim Herunterlaufen der Treppe stürzt. In solchen Fällen beispielsweise sollte der behandelnde Arzt die Möglichkeit einer Misshandlung zwingend in Erwägung ziehen.<sup>186</sup>

Grundsätzlich sollte die Situation mit allen Sinnen erfasst werden, da meist nur stille Hinweise auf ein solches Geschehen hindeuten. So sollte der Arzt darauf achten, ob die Eltern stark nach Rauch oder Alkohol riechen, ob die Familie einen starken Körpergeruch aufweist, ob das Kind auffällig zurechtgemacht oder aber verwahrlost ist und wie sich die Kommunikation zwischen den Eltern und dem Kind darstellt.<sup>187</sup> Zudem sollte die medizinische Vorgeschichte wie frühere Erkrankungen und Verletzungen, chronische Erkrankungen oder die Durchführung von Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen abgefragt werden, um bei der späteren Untersuchung nicht falsche Schlüsse zu ziehen.<sup>188</sup>

In Tabelle 8 sind allgemeine Symptome aufgelistet, die auf Misshandlung und Vernachlässigung hindeuten können.

---

<sup>184</sup> Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2007), S: 14.

<sup>185</sup> Vgl. Siegmund-Schultze (2005), S. 2 und Fieguth (2008), S. 48 f.

<sup>186</sup> Vgl. Herrmann (2005c), S. 447.

<sup>187</sup> Vgl. Lindl (2007), S. 37.

<sup>188</sup> Vgl. Herrmann (2005c), S. 448.

Mögliche Symptome bei Vernachlässigung und Misshandlung
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verwahrlostes Äußeres</li> <li>- Mehrfachverletzungen verschiedener Art und unterschiedlichen Alters</li> <li>- Hautaffektionen: Eiterungen, Wundsein, Dermatitis im Anogenitalbereich</li> <li>- Erhebliche Gedeih- und Entwicklungsstörungen, vor allem auch sprachliche Entwicklungsverzögerungen</li> <li>- Gestörte soziale Kompetenz, Kontaktschwierigkeiten</li> <li>- Hyperaktivität, Unruhe, Aggressivität</li> <li>- Konzentrationsstörungen, Schulversagen</li> <li>- Essstörungen, Zeichen der Unter- oder Fehlernährung</li> <li>- Somatische Beschwerden ohne organische Ursache: Kopf-/Bauchschmerzen, Händezittern, Herzklopfen, gelegentliches Fieber</li> <li>- Ein- bzw. Durchschlafstörungen, Alpträume, Angst</li> <li>- Depressive Verhaltensweisen, Freudlosigkeit, Passivität, Apathie</li> <li>- Sexualisiertes Verhalten (altersunangemessenes Sexualwissen, sexualisierte Sprache, Distanzlosigkeit gegenüber erwachsenen Betreuungspersonen)</li> </ul>

**Tabelle 8: Mögliche Symptome bei Vernachlässigung und Misshandlung<sup>189</sup>**

Oftmals gestaltet sich die Diagnostik von Misshandlungen oder Vernachlässigung sehr schwierig und ein derartiger Befund ist meist mit weitreichenden Konsequenzen verbunden. Auch mit voreiligen Schlüssen aufgrund scheinbar eindeutiger Misshandlungsspuren ist Vorsicht geboten.<sup>190</sup> Daher sind viele Ärzte verunsichert, wie man Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung eindeutig diagnostizieren kann. Zur Untermauerung der Verdachtsdiagnose kann es hilfreich sein, rechtsmedizinische Institute konsiliarisch hinzuzuziehen. Durch eine stationäre Einweisung bei unklarem Befund kann der Arzt zusätzlich Zeit gewinnen und das gefährdete Kind zunächst aus der Gefahrensituation herauslösen. Zusätzlich bedeutet eine Einweisung die Absicherung des Verdachts durch die kinderärztlichen Kollegen des Krankenhauses.<sup>191</sup>

Auch kann der Arzt auf die bestehenden „Gewaltleitfäden für Kinderarztpraxen“<sup>192</sup> zurückgreifen, die in den meisten Bundesländern erschienen sind. Diese stellen einen wertvollen Beitrag für den Arzt dar, da sie eine umfangreiche regionale

<sup>189</sup> Vgl. Lindl (2007), S. 38.

<sup>190</sup> Vgl. Oberle (2002), S. 347.

<sup>191</sup> Vgl. Zinka/Fieseler (2009), S. 31 f.

<sup>192</sup> Vgl. z. B. Leitfaden für Kinderarztpraxen in Bayern „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“; Leitfäden der jeweiligen Bundesländer siehe Anhang.

Adressensammlung des jeweiligen Kinderschutz-, Beratungs- und Hilfsangebots beinhalten und es dem Arzt somit ermöglichen, sich in dem oft komplexen Geflecht der Kinderschutzinfrastruktur besser zurecht zu finden. Die hohe Akzeptanz derartiger Leitfäden zeigte sich bei einer Umfrage der Ärzte in Hessen. Dort hat das Hessische Sozialministerium in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der hessischen Kinderärzte, der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, der Landesärztekammer Hessen und der Techniker Krankenkasse Hessen den Leitfaden „Gewalt gegen Kinder“ entwickelt und den Ärzten zur Verfügung gestellt. Danach schloss sich eine Umfrage bei insgesamt 285 ambulant und stationär tätige Kinder- und Jugendärzte bzw. Kinder- und Jugendpsychiatern an. Die Umfrage zeigte, dass dieser Leitfaden eine große Resonanz bei den Ärzten hat. So gaben 39 Prozent der Befragten an, dass sie den Leitfaden nutzen und 52 Prozent veränderten durch die Arbeit mit dem Leitfaden ihre alltägliche Arbeit. Positiv sehen die Ärzte hierbei vor allem, dass sie im Umgang mit dem Thema sicherer geworden sind.<sup>193</sup> Dieses Beispiel zeigt exemplarisch, inwieweit spezifische Leitfäden Ärzte für dieses Thema sensibilisieren und sie bei der Diagnosestellung unterstützen können.

Emotionale Gewalt gegen Kinder lässt sich unterteilen in emotionale Vernachlässigung und Vernachlässigung der Fürsorge. Das Erkennen früher Deprivation und emotionaler Vernachlässigung ist schwierig, da Säuglinge und Kleinkinder klinische Symptome einer gestörten Entwicklung nur bedingt zeigen können.<sup>194</sup> Doch gerade die Beobachtung von emotionaler Vernachlässigung und früher Deprivation von Säuglingen und Kleinkindern ist wichtig, da sie entwicklungspsychologisch den Schwerpunkt von Misshandlung bilden und schwere psychosoziale Konsequenzen für die Kinder nach sich ziehen. Für die adäquate Entwicklung des unreifen Gehirns sind zwischenmenschliche Kommunikation, der Einfluss von Umweltreizen sowie diverse kommunikative und soziale Lernprozesse essentiell. Daher führt eine frühkindliche Deprivation auch zu einer Schädigung der kognitiven Entwicklung.<sup>195</sup> Häufig entwickeln betroffene Kinder Überlebensstrategien, indem sie sich unter enormen Anstrengungen der gegenwärtigen Situation anpassen. Die Folgen emotionaler Gewalt manifestieren sich häufig im Verhalten der Kinder. So lassen sich frühe Warnzeichen in der Eltern-Kind-Interaktion und -Beziehung erkennen. Bei Säuglingen und Kleinkindern sind als Folgen seelischer Misshandlung manchmal die sogenannte „frozen watchfulness“ und eine gewisse Traurigkeit und Einförmigkeit des

---

<sup>193</sup> Vgl. Hessisches Sozialministerium (2002), S: 177 und Herrmann (2005c), S. 454.

<sup>194</sup> Vgl. Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V. (2009), S. 56.

<sup>195</sup> Vgl. Thyen (2008), S. 658.

Gesichtsausdrucks zu beobachten. Anzeichen einer Deprivation können mangelnde Kommunikation und Interaktion oder eine gestörte Sprachentwicklung sein. Auffällig bei Klein- und Vorschulkindern ist eine „anaklitische Depression“<sup>196</sup>, die sich durch zurückgezogene, ängstliche oder traurige Verhaltensmuster äußert.<sup>197</sup>

Für die Vernachlässigung der Fürsorge bzw. die Verwahrlosung gibt es verschiedene, oft indirekte Hinweise. So können zum Beispiel Erfrierungen oder schwere Sonnenbrände Folgen einer Vernachlässigung der Witterung angemessenen Kleidung sein. Häufiger und auch in der Literatur öfter beschrieben ist jedoch die mangelnde Ernährung der Kinder und damit einhergehend eine nichtorganische Gedeihstörung. Letztere manifestiert sich in Störungen der motorischen Entwicklung sowie einer verzögerten Knochenreifung und Pubertätsentwicklung bei älteren Kindern. Kleinkinder weisen bei kalorisch ausreichender aber mangelhafter Ernährung eine Anämie und andere Mangelzustände auf, die sich wiederum negativ auf die Entwicklung des Kindes auswirken. Die Gewichtsentwicklung ist für das Alter des Kindes atypisch und führt letztendlich zu einer Stagnation des Längenwachstums. In schweren Fällen von Mangelernährung zeigen sich klinisch ein reduziertes Unterhautfettgewebe, eine nicht altersentsprechende Ausbildung der Muskulatur, die auch optisch wahrnehmbar ist (wie zum Beispiel das Greisengesicht bei Säuglingen), trockene Haut sowie spärlicher Haarwuchs. Bevor weitere invasive Diagnostik eingesetzt wird, um den Verdacht der Vernachlässigung abzuklären, sollte zunächst eine klinische Beobachtung des Essverhaltens des Kindes stattfinden. Ist dieses gut und nimmt das Kind rasch an Gewicht zu, so ist von einer Vernachlässigung im häuslichen Bereich auszugehen und entsprechende Interventionen sind einzuleiten.<sup>198</sup>

Beim Verdacht auf körperliche Gewalt ist eine detaillierte und lückenlose Dokumentation der Befunde, wenn möglich mit fotografischen Aufnahmen, auch aus forensischen Gründen unerlässlich. Die Dokumentation sollte frei von interpretierenden Formulierungen sein, um Fehleinschätzungen zu vermeiden. Auch sollte von der

---

<sup>196</sup> Eine Sonderform der Depression ist die anaklitische Depression (Anaklise = Abhängigkeit von einer anderen Person) bei Babys und Kindern, wenn diese allein gelassen oder vernachlässigt werden. Nach der Trennung äußert sich diese durch Weinen, anhaltendes Schreien, Anklammern sowie Teilnahmslosigkeit. Nach einigen Monaten verändert sich das Verhalten und anstatt des Weines lässt sich ein starrer Gesichtsausdruck und abweisendes Verhalten beobachten. Wenn Mutter und Kind nach wenigen Monaten wieder zusammen kommen heilt die anaklitische Depression vollständig aus. Ist dies nicht der Fall kann die Depression in einen psychischen Hospitalismus übergehen. Vgl. Steinhausen (2006), S. 183 und Tölle (2003), S. 64 f.

<sup>197</sup> Vgl. Herrmann et al. (2008), S. 199 ff., Thyen (2008), S. 658 und Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V. (2009), S. 56.

<sup>198</sup> Vgl. Thyen (2008), S. 654 ff. und Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V. (2009), S. 58.

Zusammenfassung diverser Befunde abgesehen werden, da im Falle einer Gerichtsverhandlung jedes einzelne Symptom von Bedeutung sein kann, z. B. jedes Hämatom und seine genaue Lokalisation, Farbe, etc.<sup>199</sup> Grundsätzlich sollte der Arzt die Kinder vollständig entkleidet sehen, da die Kleidung Zeichen einer Misshandlung möglicherweise verdecken kann.<sup>200</sup>

Besonders auffallend sind Verletzungen und Hämatome an Körperstellen, die in der Regel nicht von Unfallverletzungen betroffen sind. Während vor allem die exponierten Körperstellen wie Stirn, Ellenbogen, Handballen, Knie oder Schienbein Verletzungen nach Stürzen aufweisen, finden sich Misshandlungsverletzungen oftmals im Bereich der Augen, Wangen, der Streckseiten der Unterarme und der Hände oder am Rücken. Diese nicht-akzidentellen Verletzungen müssen in Verbindung mit einer vollständigen Anamnese abgeklärt werden und sollten den Arzt in Richtung Anwendung körperlicher Gewalt denken lassen. Oftmals eindeutige Hinweise auf Kindesmisshandlung sind klar umrissene Zeichen auf der Haut, wie zum Beispiel Bisse, Abdrücke von Gegenständen wie einem Stock, Gürtel oder Griffmarken.<sup>201</sup>

Etwa die Hälfte der Kinder weist nach körperlicher Gewalteinwirkung Frakturen auf, wobei Kinder unter 18 Monaten mit 80 Prozent der nicht-akzidentellen Frakturen besonders gefährdet sind. Betroffen sind vor allem die langen Röhrenknochen und das Rippenskelett. Da viele der Kinder unterschiedlich alte Frakturen aufweisen, können Knochenbrüche in unterschiedlichen Abheilungsstadien Aufschluss über eine vorliegende Misshandlung geben.<sup>202</sup> Dies konstatierte bereits 1962 Henry Kempe, einer der Mitbegründer der Misshandlungsmedizin, mit seiner Aussage „To the informed physician the bones tell a story the child is too young or too frightened to tell”.<sup>203</sup> Verletzungen, die nicht durch Unfälle verursacht sind, wie z. B. feine traumatische Subarachnoidalblutungen oder Schäden in den Wachstumsfugen aufgrund von Misshandlungen durch Schläge oder Schütteln, können durch ein MRT sichtbar gemacht werden. Auch alte Knochenbrüche, die mittlerweile verheilt sind, können anhand der Verletzungsresiduen oft sehr gut identifiziert werden und somit einen zusätzlichen möglichen Nachweis für wiederholte Misshandlungen liefern.<sup>204</sup> Aber auch hier sind die

---

<sup>199</sup> Vgl. Zinka/Fieseler (2009), S. 32.

<sup>200</sup> Vgl. Graichen (2008), S. 155.

<sup>201</sup> Vgl. Oberle (2002), S. 347 und Brenn (2009), S. 14.

<sup>202</sup> Vgl. von Essen et al. (2005), S. 97.

<sup>203</sup> Kempe et al. (1962), S. 18.

<sup>204</sup> Vgl. o.V. (2007), S. 22.

Abklärung von Vorerkrankungen und eine besonders gründliche Anamneseerhebung notwendig.

60 Prozent aller Verletzungen treten nach einer Kindesmisshandlung im Kopf- und Halsbereich auf. Daher liegt insbesondere bei den Leistungserbringern der Kinderzahnheilkunde ein großes, noch nicht ausreichend erschlossenes Potenzial, Misshandlungen aufzudecken, da viele Opfer aufgrund von Schmerzen, Verletzungen oder Schwellungen im Bereich des Gesichts primär bei ihnen vorstellig werden. Eine typische Verletzung nach physischer Misshandlung ist zum Beispiel das gleichzeitige Vorliegen mehrerer frakturierter, luxierter oder traumatisch dislozierter Zähne vor allem im Bereich der Frontzähne, verursacht durch verschiedene Traumata. Auch lassen sich des Öfteren Lazerationen im Bereich der Schleimhaut, verursacht zum Beispiel durch erzwungenes Einführen von Essbesteck, beobachten.<sup>205</sup>

Bei körperlicher Gewalt in Form von Verbrennungen ist vor allem auf die Lokalisation und das Ausbreitungsmuster der Verbrennung zu achten. Der Ort der Verletzungen lässt häufig Rückschlüsse zu, ob es sich um einen Unfall gehandelt hat oder nicht. So sind Verbrennungen durch Anfassen einer heißen Herdplatte in der Regel einseitig und betreffen nur wenige Fingerkuppen, wohingegen beidseitige Verbrennungen, vor allem an der Handinnenfläche, auf Misshandlung hinweisen. Erkennbare Muster wie etwa bei Verbrennung durch Zigaretten oder Bügeleisen sind klare Hinweise auf Kindesmisshandlung. Absichtliche Verbrühungen kommen in zwei Formen vor und weisen meist ein typisches, bilateral symmetrisches Ausbreitungsmuster auf. Zum einen verursacht das Eintauchen des Kindes in zu heißes Wasser scharf demarkierte Begrenzungen und betrifft vorwiegend das Gesäß, den unteren Teil des Rückens sowie die Rückseite der Oberschenkel. Akzidentellen Verbrühungen, beispielsweise wenn ein Kind unabsichtlich in zu heißes Wasser gerät und sich zu befreien versucht, weisen im Gegensatz dazu im Sinne eines Spritz-und-Abtropf-Mechanismus unregelmäßige Verletzungen vor allem im Bereich des Gesichts, des Thorax sowie der Schultern und der Arme auf. Zum anderen sind scharf begrenzte, strumpfförmige Verbrühungen der Hände oder der Füße typische Verletzungen, wenn diese bewusst in heißes Wasser getaucht werden.<sup>206</sup>

Körperliche Gewalt gegen Säuglinge manifestiert sich meist im Shaken-Baby-Syndrom. Hierunter wird die Koinzidenz von retinalen Blutungen, subduralen Hämatomen und

---

<sup>205</sup> Vgl. Kamann (2002), S: 87 und Schiffner (2008), S. 134.

<sup>206</sup> Vgl. von Essen et al. (2005), S. 96, 3, S. 347 und Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V. (2009), S. 61.

schweren, in der Prognose meist ungünstigen und diffusen Hirnschäden verstanden, die infolge von kräftigem Schütteln des Säuglings entstehen.<sup>207</sup> Der Säugling wird an den Extremitäten oder dem Brustkorb gehalten und kräftig geschüttelt, wodurch der Kopf in eine unkontrollierte, rotierende Pendelbewegung versetzt wird. Dadurch werden Hirngewebe und Schädelknochen in eine unterschiedliche Bewegung versetzt, so dass daraus Scherkräfte resultieren, die einerseits zwischen dem knöchernen Schädel und der beim Säugling noch nicht fixierten Dura mater, andererseits zwischen dem Schädel und der Hirnoberfläche sowie auch zwischen der weißen und der grauen Substanz wirken. Es kommt zu einem Einriss der Brückenvenen und Sinus mit subduralen Hämatomen und einer traumatisch durch Scherkräfte bedingten diffusen Axonschädigung.<sup>208</sup> Kennzeichnend für dieses Syndrom sind die im Vergleich zur traumatischen Hirnschädigung fehlenden oder kaum sichtbaren, äußerlichen Verletzungen, wobei gelegentlich Frakturen der Rippen oder der Metaphyse des Humerus zu finden sind. Die klinischen Symptome umfassen: Somnolenz, Irritabilität, reduzierter Allgemeinzustand, Apathie, Apnoen, Koma, cerebrale Krampfanfälle, Trinkschwierigkeiten, Erbrechen durch Hirndruck- und Temperaturregulationsstörungen sowie schließlich auch den Tod des Kindes.<sup>209</sup> Mittels CT und besser noch einer MRT kann der Verdacht eines Schütteltraumas sehr gut abgeklärt werden. Die retinale Einblutung ist dabei der wegweisende diagnostische Befund, der bei circa 75 Prozent aller nicht-akzidentellen Kopfverletzungen bei Kindern nachweisbar ist und somit für die Diagnose als richtungsweisend zu werten ist. Retinale Blutungen treten niemals nach banalen Stürzen und nur sehr selten nach Stürzen aus größerer Höhe, Reanimation oder Verkehrsunfällen auf.<sup>210</sup>

Im Gegensatz zur Diagnostik bei körperlicher Gewalt gestaltet sich die Befunderhebung bei sexuellem Missbrauch sehr häufig schwierig, da die meisten sexuell missbrauchten Kinder bei der körperlichen Untersuchung einen unauffälligen körperlichen Befund aufweisen, da der Missbrauch oft ohne gewaltsamen körperlichen Kontakt beispielsweise in Form von oralem Missbrauch, Masturbation oder pornographischen Aufnahmen erfolgt.<sup>211</sup> Auch laut AWMF-Leitlinien ist allein auf Grund eines Verdachts auf sexuellen Missbrauch von einer gynäkologischen Untersuchung abzusehen, da alleine diese für sich genommen gerade unter einem Missbrauchsverdacht für die Mädchen

---

<sup>207</sup> Vgl. Matschke et al. (2009), S: 211 ff. und Herrmann et al. (2008), S. 37 f.

<sup>208</sup> Vgl. Matschke et al. (2009), S: 211 ff. und Herrmann et al. (2008), S. 37 f.

<sup>209</sup> Vgl. Herrmann (2005b), S. 256 f.

<sup>210</sup> Vgl. Küker et al. (2006), S. 660 ff. und von Essen et al. (2005), S. 99.

<sup>211</sup> Vgl. Herrmann et al. (2008), S. 116.

traumatisierend sein kann. Liegt jedoch ein hinreichender Verdacht auf sexuellen Missbrauch vor, sollte sich eine körperliche Untersuchung anschließen.<sup>212</sup> Dafür sollte sich der Arzt viel Zeit nehmen und jeglichen Druck oder Zwang auf das Kind vermeiden.<sup>213</sup> Neben dem Genital- und Analbereich sollte der ganze Körper untersucht werden. Die Zerstörung des Hymen gilt immer noch als Kriterium für einen vollzogenen Geschlechtsverkehr, obwohl dies nur ein mögliches Merkmal darstellt und in der Regel überbewertet wird.<sup>214</sup> In den meisten Fällen fällt das Ergebnis der körperlichen Untersuchung jedoch negativ aus, da die Opfer meist nicht zeitnah zur Tat den Arzt aufsuchen und anogenitales Gewebe bei Kindern die Eigenschaft hat, sehr schnell und oft vollständig zu heilen.<sup>215</sup> Zur Untersuchung auf Spermien und zum bakteriologischen Nachweis werden Abstriche aus Vagina, Analkanal und gegebenenfalls dem Mundbereich sowie von anderen suspekten Bereichen der Körperoberfläche entnommen. Auch hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Opfer selten unmittelbar nach dem sexuellen Missbrauch den Arzt aufsuchen, so dass die Spuren oft schon (durch intensives Waschen) beseitigt worden sind. Daher darf nicht vergessen werden, auch die Kleidungsstücke genau zu inspizieren.<sup>216</sup> Als psychosomatische Folgen werden in der Literatur z. B. Enuresis, Enkopresis, Kopfschmerzen, Atembeschwerden, Rücken- und Unterleibsschmerzen genannt.<sup>217</sup> Auch treten nach einem sexuellen Missbrauch oft Verhaltensauffälligkeiten wie der Rückfall in ein Kleinkind-Verhalten, Schlafstörungen, unklare Angstzustände, gestörtes Essverhalten oder Distanzlosigkeit auf. Diese Störungen sind jedoch unspezifisch und lassen den Verdacht des sexuellen Missbrauchs nur zu, wenn weitere anamnestische und klinische Befunde dafür sprechen.<sup>218</sup>

Eine Sonderform der körperlichen Gewalt stellt das Münchhausen-by-proxy-Syndrom dar. Diese Art der Misshandlung ist schwer festzustellen und häufig müssen die Kinder zunächst vor Diagnosestellung viele, teils auch invasive diagnostische Eingriffe über sich ergehen lassen, die dennoch keinen pathologischen Befund liefern.<sup>219</sup> Besonders charakteristische Symptome und damit Hinweise für ein eventuelles Vorliegen eines Münchhausen-by-proxy-Syndroms sind Anfälle, Apnoe, unerklärliche Blutungen, rezidivierende Bewusstseinsverluste, beschriebene Nahrungsmittel oder

---

<sup>212</sup> Vgl. Föll (2002), S. 197.

<sup>213</sup> Vgl. Herrmann et al. (2008), S. 123.

<sup>214</sup> Vgl. Oberle (2002), S. 345.

<sup>215</sup> Vgl. Herrmann et al. (2008), S. 117.

<sup>216</sup> Vgl. Fegert (2007), S. 82.

<sup>217</sup> Vgl. Herrmann et al. (2008), S. 204 f. und Föll (2002), S. 196.

<sup>218</sup> Vgl. Oberle (2002), S. 346 f.

<sup>219</sup> Vgl. Erfurt/Schmidt (2006a), S. 16 und Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V. (2009), S. 63.

Medikamentenunverträglichkeiten, Erbrechen, Diarrhö oder Lethargie.<sup>220</sup> Des Weiteren können häufige stationäre Behandlungen ohne adäquate Grunderkrankung, häufiger Arztwechsel, keine Besserung der Befunde trotz angemessener Therapie oder von der Mutter beschriebene, aber nicht vom Arzt bestätigte lebensbedrohliche Zustände wie Atemnot Hinweise auf diese Form der körperlichen Gewalt sein.<sup>221</sup>

Missbrauch von Kindern im Allgemeinen löst zunächst Entsetzen, Mitleid und Wut aus sowie den Wunsch, dem Kind zu helfen. Bei Ärzten steht diesem Schutzbedürfnis des Kindes auch die ärztliche Schweigepflicht entgegen. Daher hat der Arzt im Falle eines Verdachts auf Vorliegen einer Misshandlung die schwierige Entscheidung zu treffen, ob er seine ärztliche Schweigepflicht brechen und den Fall den Behörden melden soll und damit das auf der Schweigepflicht basierende Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient bricht.<sup>222</sup> Diese Entscheidung ist möglicherweise auch mit rechtlichen Konsequenzen verbunden. Nach wie vor besteht keine gesetzliche Meldepflicht für den Arzt. Er ist an seine ärztliche Schweigepflicht gemäß § 203 StGB gebunden, der die Offenlegung fremder Geheimnisse, die dem Arzt anvertraut wurden, mit Geld- bis Freiheitsstrafen belegt. Somit ist der Arzt nicht verpflichtet, eine Kindesmisshandlung zur Anzeige zu bringen, muss aber im Fall des Misshandlungsverdachts abwägen, ob er die Schweigepflicht beachten möchte oder sich sogar eventuell strafbar macht. Die Möglichkeit sogar einer Meldepflicht gemäß § 138 StGB (Nichtanzeige geplanter Straftaten) besteht, wenn der Arzt den Verdacht einer drohenden Misshandlung als sogenannte Gefahr in Verzug bewertet. Zudem wird die Gefahr des Arztes, sich eventuell strafbar zu machen, durch die Konstruktion über einen rechtfertigenden Notstand (§ 34 StGB) abgefangen. Wenn der Arzt eine drohende Gefahr durch Wiederholung für das Kind sieht und nach sorgfältiger Güterabwägung zu der Erkenntnis gelangt, dass das Kindeswohl im Einzelfall das höhere Rechtsgut ist, kann er seine Schweigepflicht brechen und sich an die Polizei oder das Jugendamt wenden. Wenn die Voraussetzungen des § 34 StGB also gegeben sind, ist das Handeln des Arztes gerechtfertigt und dieser ist dafür nicht zu bestrafen. Jedoch muss die Verletzung der Schweigepflicht auch ein adäquates Mittel darstellen, um die Gefahr von dem Kind abzuwenden. Bislang sind keine Fälle bekannt, in denen gegen den Arzt nach der Meldung einer

---

<sup>220</sup> Vgl. Noeker/Keller (2002), S. 1359.

<sup>221</sup> Vgl. Erfurt/Schmidt (2006a), S. 16 und Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V. (2009), S. 63.

<sup>222</sup> Vgl. Brenn (2009), S. 15 und Erfurt/Schmidt (2006b), S. 20.

Kindesmisshandlung, die sich im Nachhinein nicht bestätigt hat, ein Ermittlungsverfahren wegen Verletzung der Schweigepflicht eröffnet wurde.<sup>223</sup>

Dabei hat der Arzt verschiedene Möglichkeiten, den Verdacht auf Misshandlung zu melden. Er kann eine Anzeige an die Ermittlungsbehörden wie Polizei oder Staatsanwaltschaft richten oder den Vorfall an das Jugendamt oder an den Kinderschutzbund bzw. Freie Träger melden.<sup>224</sup> Eine Anzeige bei der Polizei muss jedoch gut überlegt sein, da diese bei einer Anzeige handeln muss. Dies bedeutet, die Staatsanwaltschaft wird eingeschaltet und ein Verfahren wird angestoßen, das nicht mehr gestoppt werden kann.<sup>225</sup>

Momentan gibt es noch keine generelle bundesweite gesetzliche Verpflichtung zur Meldung von Missbrauchsfällen, jedoch haben viele Bundesländer bereits Regelungen getroffen, die allerdings nicht einheitlich sind. In Bayern und Mecklenburg-Vorpommern besteht beispielsweise für den öffentlichen Dienst sowie für Ärzte und Hebammen eine Meldepflicht. So ist bei einem begründeten Verdacht der Misshandlung oder Vernachlässigung das zuständige Jugendamt unverzüglich zu informieren und die erforderlichen Daten der Personen mitzuteilen. Eine abgestufte Meldepflicht wurde in den Ländergesetzen in Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt verankert. Diese schreibt vor, dass, wenn die fachlichen Mittel zur Abwendung der Gefahr nicht ausreichend sind, auf die Sorgeberechtigten aktiv gesondert eingewirkt werden soll, die erforderlichen Hilfen in Anspruch zu nehmen. Erst wenn ein Tätigwerden zwingend notwendig ist und die Sorgeberechtigten der Aufforderung nicht nachkommen, die Gefährdung des Kind abzuwenden, dürfen die Daten an das Jugendamt weitergegeben werden.<sup>226</sup> Auch in anderen Bundesländern sind entsprechende Regelungen in der Entwicklung oder zumindest geplant.<sup>227</sup>

Eine derartige Meldepflicht von Fällen von Misshandlung wird jedoch kontrovers diskutiert. Kritiker führen an, dass eine solche Regelung zur Folge haben könnte, dass Eltern mit ihrem verletzten Kind aus Angst vor rechtlichen Konsequenzen den Arzt nicht mehr konsultieren. Zudem kann bereits heute der Arzt unter den bestehenden rechtlichen Gegebenheiten bei einem Misshandlungsverdacht seine Schweigepflicht brechen, ohne strafrechtlich belangt werden zu können. Weiterhin sind in Deutschland,

---

<sup>223</sup> Vgl. Ruschulte (2004), S. 48, Graichen (2008), S. 157, Brenn (2009), S. 15 und Erfurt/Schmidt (2006b), S. 21 f.

<sup>224</sup> Vgl. Erfurt/Schmidt (2006b), S. 23.

<sup>225</sup> Vgl. von Bismarck (2008), S. 152 f.

<sup>226</sup> Vgl. Nothhafft (2008), S. 17 und Hessisches Sozialministerium (2002), S. 177.

<sup>227</sup> Weiterführende Informationen zu den landesrechtlichen Regelungen siehe Nothhafft (2008), S. 16 f.

wie oben erwähnt, keinerlei Fälle bekannt, bei denen der Arzt verurteilt worden wäre, weil er seine Schweigepflicht aufgrund persönlicher Überzeugung über das Vorliegen einer Misshandlung gebrochen hat.<sup>228</sup>

Ärzte sind oftmals aufgrund der inkonsistenten, landesunterschiedlichen Regelungen verunsichert bzw. haben keine ausreichenden Kenntnisse über den gesetzlichen Rahmen beim Kinderschutz. So ergab eine Umfrage bei allen Kinderärzten und Allgemeinärzten in Ulm und Neu-Ulm, dass nur 6,9 Prozent der Befragten wussten, ob in ihrem Bundesland eine gesetzliche Regelung zum Thema Meldebefugnisse und Meldepflichten getroffen wurde. 84,5 Prozent hingegen hatte davon keine Kenntnis. Auch wie die Schweigepflicht für den Arzt im Bereich des Kinderschutzes de facto geregelt ist, wusste die Mehrheit der befragten Ärzte (53,4 Prozent) nicht. Die Gesetzesänderung zur Schweigepflicht kannten nur 20,7 Prozent der befragten Ärzte.<sup>229</sup>

Grundsätzlich sollte beim Vorgehen bei Kindesmisshandlung das Prinzip „Hilfe im Sinne des Kindes“ im Mittelpunkt stehen. Nicht alle vor der Hand als „für das Kind“ angesehenen Maßnahmen können dem Wohl des Kindes auch tatsächlich dienen und in dessen Interesse sein. Daher muss im Vorhinein genau abgewogen werden, welche Intervention für die Gesamtsituation am sinnvollsten wäre.<sup>230</sup>

### 4.5. Kooperationsformen

Die Kooperation und Zusammenarbeit von Akteuren des Gesundheitswesens mit den Vertretern anderer Hilfesysteme, wie etwa der Kinder- und Jugendhilfe, befindet sich in Deutschland aktuell noch in den Anfängen. Es existieren zwar oft im lokalen Bereich ein vielfältiges Hilfeangebot und vielfache Möglichkeiten zur Unterstützung der Familien und Kinder, jedoch handeln die Institutionen in der Mehrzahl unverbunden und unabhängig voneinander. Um der Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern frühzeitig vorzubeugen und gerade niedrigschwellige Hilfeangebote aufzubauen und miteinander zu verbinden, ist eine Vernetzung und Kooperation der verschiedenen Hilfesysteme unbedingt notwendig. Dies muss gestützt werden von Fortbildungsmaßnahmen und dem interdisziplinären Austausch von Erfahrungen, der Entwicklung von neuen Modellen zur

---

<sup>228</sup> Vgl. Brenn (2009), S. 15.

<sup>229</sup> Vgl. Fegert (2009), S. 73 ff.

<sup>230</sup> Vgl. von Bismarck (2008), S. 152 f.

Finanzierung und der Abklärung von Datenschutzfragen hinsichtlich der Informationsweitergabe.<sup>231</sup>

Die Bundesregierung hat bereits wichtige Schritte unternommen, um die Kooperation der Kinder- und Jugendhilfe, den Akteuren des Gesundheitswesens und der Justiz zu verbessern. So wurde unter anderem das Gesetz „Erleichterung familiengerichtlicher Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls“ vom 4. Juli 2008 unter der Federführung des Bundesministeriums der Justiz verabschiedet, das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ und die Einrichtung des „Nationalen Zentrums Frühe Hilfen“ ins Leben gerufen, eine neue Kinderuntersuchung U 7a eingeführt sowie der Passus in die Kinderrichtlinie aufgenommen, dass der untersuchende Arzt bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder – misshandlung die notwendigen Schritte einzuleiten hat.<sup>232</sup>

So erfreulich das Hilfsangebot für die von Vernachlässigung oder Misshandlung betroffenen Kinder durch Beratung, Betreuung, Therapie und auch Prävention in den letzten Jahren kontinuierlich gewachsen ist, so bedauerlich sind die persistierenden Defizite in der Kooperation eben jener Hilfsangebote.

Die Notwendigkeit eines kooperativen, ganzheitlichen Vorgehens liegt zunächst darin begründet, dass institutionelle Alleingänge oft auf Kosten der Misshandlungsoffer geschehen. Dabei erschwert das komplexe Beziehungsgeflecht, in dem die einzelnen Akteure zueinander stehen und zu interagieren gezwungen sind, einen ganzheitlichen Lösungsansatz, der sich jedoch als unabdingbar erweist. Defizite in Koordination und Kooperation der zahllosen Beteiligten aus Justiz, öffentlicher und freier Jugendhilfe, psychosozialem, schulischem und medizinischem Dienst, Kliniken, niedergelassenen ärztlichen und psychotherapeutischen Fachkräften sowie aus den spezifischen Selbsthilfegruppen führen unmittelbar zur Folge, dass wichtige Informationen im System verloren gehen und zeitnahe Interventionen erschwert bzw. unmöglich werden. Auch ökonomisch ist dies ineffizient. So ist davon auszugehen, dass die Betroffenen aufgrund mangelhafter Zuordnung der Signale und Symptome durch institutionelle Lücken, fehlende Vernetzungskennnisse der beteiligten Fachleute sowie ungeklärte Zuständigkeiten zeitraubende Umwege gehen müssen, die für jeden Einzelnen von weitreichender Tragweite sind. In den so entstehenden Versorgungslücken können zudem primär korrekt erkannte Verdachtsfälle wieder im System „verlorengehen“, ohne

---

<sup>231</sup> Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2008), S. 10 ff.

<sup>232</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009a), S. 8.

dass dies automatisch offenbar würde. Nicht selten kommt es vor, dass Einrichtungen die traumatisierten Kinder nach dem ersten, besonders wichtigen Beziehungsaufbau wieder an andere Stellen verweisen (müssen), weil sie ihre Teilaufgabe abgearbeitet haben. Auf diese Weise stellt der Abschluss einer Diagnostik, einer Vernehmung, einer Intervention oder eines therapeutischen Verfahrens immer noch zu häufig eine Sollbruchstelle der Interventionskette dar, an der die Opfer ihr Vertrauen und ihre Motivation verlieren oder gar ihre Suche nach Hilfe aufgeben.<sup>233</sup>

Die Etablierung von interdisziplinären, koordinierten Netzwerken ist an dieser Stelle als wegweisend zu erachten<sup>234</sup> –auf diese Weise wird ein multiprofessioneller, fachkraftorientierter Ansatz gewährleistet, der sich die vorhandenen fachlichen Spezialkompetenzen zu Nutze macht und zeitgleich systemimmanente Schnittstellenverluste minimiert.<sup>235</sup>

Nach Bestimmung der entstehenden Kosten für eine solche Vernetzung sollte ein entsprechendes Case-Management etabliert werden, um die Zuständigkeiten zu klären und die vorhandenen Ressourcen möglichst effizient zu bündeln.<sup>236</sup> Dies gestaltet sich nach vorliegenden Erfahrungen schwierig, da die Erwartungshaltung an die anderen Professionen meist zu hoch ist und es zwar einen koordinierenden Vernetzungsauftrag gibt, jedoch die Ressourcen für einen solche nicht vorhanden sind, sondern dezentral auf die jeweiligen beteiligten Versorgungsstellen aufgeteilt sind. Aspekte des Datenschutzes erschweren zudem oft eine Zusammenarbeit.<sup>237</sup> Zwar sind die Vorteile und Potenziale der interdisziplinären Kooperation klar ersichtlich, dennoch sind derartige Kooperationskonzepte bis heute nur als Modellprojekte vorzufinden.

Ein Grundproblem könnte auch die Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Institutionen sein. Dies kann auf die unterschiedlichen theoretischen Grundlagen und Denkmodelle von Jugendamt und Gesundheitswesen zurückgeführt werden, die in untenstehender Tabelle dargestellt sind.

---

<sup>233</sup> Vgl. Armbruster/Bartels (2005), S. 409 f.

<sup>234</sup> Vgl. Oberle (2002), S. 348.

<sup>235</sup> Vgl. Voß-Heine (2008), S. 772 und Rietmann/Hensen (2007), S. 31.

<sup>236</sup> Vgl. Fegert (2008), S. 253 f.

<sup>237</sup> Vgl. Fegert (2008), S. 233.

Jugendhilfe	Gesundheitswesen
▪ Pädagogisch orientiert	▪ Medizinisch orientiert
▪ Familienzentriert	▪ Individuumzentriert
▪ „Ressourcenorientiert“	▪ Orientiert sich am „identifizierten Patienten“ (störungs- und krankheitsrelevante Diagnose)

**Tabelle 9: Grundlagen und Denkmodelle von Jugendhilfe und Gesundheitswesen<sup>238</sup>**

Damit einher geht oft eine fehlende interdisziplinäre Verständigung auf standardisierte und wissenschaftlich geprüfte Verfahren und Vorgehensweisen, die in der Medizin bereits weitgehend etabliert sind. Zudem fehlen gemeinsame Standards und Leitlinien sowie leicht einsetzbare, aber aussagekräftige Verfahren zur Risikoerkennung und -dokumentation.<sup>239</sup>

Die wichtigsten Leistungserbringer und Kooperationspartner des Gesundheitswesens, die von jungen Müttern und Vätern nicht als stigmatisierend empfunden und damit stark akzeptiert werden, sind die Gynäkologen, Geburtskliniken bzw. Krankenhäuser, Kinderärzte und Hebammen sowie cum grano salis der Öffentliche Gesundheitsdienst, der die Schnittstellenfunktion mit der Kinder- und Jugendhilfe übernimmt.<sup>240</sup>

An dieser Stelle setzt das Modellprojekt „Soziale Frühwarnsysteme in NRW“ mit sechs Unterprojekten an. Eines dieser Projekte ist ein Frühwarnsystem für Säuglingsvernachlässigung, bei dem die Kinder- und Geburtsklinik und der Kinderschutzbund in Bielefeld eng zusammenarbeiten. Durch die Unterstützung ehrenamtlicher Betreuer konnte erreicht werden, dass Familien die teilweise kritische erste Phase im Leben ihres Kindes besser bewältigen können.<sup>241</sup>

Ein weiteres, sehr erfolgreiches Kooperationsprojekt ist „HEIKE – Keiner fällt durchs Netz“ der Stadt und Universität Heidelberg. Die Abkürzung steht für „Heidelberger Kinderschutz Engagement“, das beide Institutionen gemeinsam auf – und ausbauen wollen. Das Projekt möchte neben der Öffentlichkeit auch die Professionen des Gesundheitswesens, sprich Kinder- und Frauenärzte sowie Hebammen noch stärker für den Kinderschutz sensibilisieren. Beteiligt sind verschiedene Fachdisziplinen aus

<sup>238</sup> Vgl. Fegert (2009), S. 27.

<sup>239</sup> Vgl. Fegert (2009), S. 27.

<sup>240</sup> Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2008), S. 10 ff.

<sup>241</sup> Vgl. Hensen (2005), S. 6.

Medizin, Jugendhilfe und auch der Polizei. Dieses Netzwerk soll vor allem eine Brücke von der Jugendhilfe zum Gesundheitswesen schlagen. Das Netzwerk, das sich bislang in vierteljährlichen Treffen zusammengefunden hat, hat sich zunehmend erweitert und umfasst derzeit 33 Professionen bzw. Institutionen. Zudem wurde eine Anlaufstelle „Frühe Hilfen“ eingerichtet, die zum einen belasteten Familien individuelle Hilfsangebote vermittelt und zum anderen als Kontaktstelle für niedergelassene Kinder- und Frauenärzte, die Geburtsklinik und alle weiteren Berufsgruppen und Institutionen dient, die mit Säuglingen und Kleinkindern bis zum dritten Lebensjahr befasst sind.<sup>242</sup>

Als letztes Beispiel für ein bestehendes Kooperationsmodell soll das Projekt „Guter Start ins Kinderleben“ der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm kurz vorgestellt werden, das belastete Eltern früh unterstützen möchte. Um Säuglinge und Kleinkinder in der ersten Lebensphase bestmöglich unterstützen zu können, werden Kooperationsformen und Vernetzungsstrukturen getestet und gegebenenfalls weiterentwickelt. Dazu werden die diversen Angebote des Gesundheitssystems wie der Kinder- und Jugendhilfe miteinander abgestimmt und bezüglich ihrer Praxistauglichkeit bewertet. Des Weiteren sollen Fachkräfte im Bereich der entwicklungspsychologischen Beratung geschult sowie verschiedene Leitfäden entwickelt werden, um Gefahrensituationen und Unterstützungsbedarf schon im Zeitraum rund um die Geburt des Kindes zu identifizieren.<sup>243</sup>

Die vorgestellten Projekte zeigen, wie wichtig die interdisziplinäre Kooperation ist, die in der Praxis gefordert, doch leider nur selten unterstützt wird. Dies zeigt auch eine Umfrage im Land Brandenburg, bei der insgesamt 92 ambulant und stationär tätige Kinder- und Jugendärzte bzw. Kinder- und Jugendpsychiater zum Thema Gewalt gegen Kinder und Jugendliche befragt wurden. Erfreulich ist zwar, dass 87 Prozent angaben, dass sie regelmäßig mit anderen Institutionen zusammenarbeiten, jedoch sind tatsächlich nur rund 20 Prozent mit der Zusammenarbeit zufrieden und 30 Prozent sind der Meinung, dass die Versorgungssituation bei Gewaltfällen nicht ausreichend sei. Des Weiteren wünschten sich die befragten Ärzte mehrheitlich mehr Beratung durch andere Stellen, allen voran das Jugendamt, aber auch von kinderpsychologischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Fachgebieten sowie dem Gesundheitsamt, der Polizei, Juristen und Gutachtern.<sup>244</sup>

---

<sup>242</sup> Vgl. Universität Heidelberg (2009).

<sup>243</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009c), S. 190.

<sup>244</sup> Vgl. Ellsäßer/Cartheuser (2006), S. 268 f.

Eine weitere Studie zeigte die tatsächliche Wirksamkeit guter Kooperation. Von 2003 bis 2005 wurde die Hilfeprozesskoordination im Kinderschutz evaluiert. Zielgruppe waren hierbei Ärzte, Sozialarbeiter, Berater sowie andere Therapeuten. In einer randomisierten kontrollierten Interventionsstudie wurden 80 Fälle von Misshandlung untersucht, von denen 42 die Intervention im Sinne von Beratungen durch Kinderschutz-Experten erhielt und die Kontrollgruppe (n=38) nach dem „case-management as usual“ behandelt wurde. Die Zielvariablen waren die Sicherheit in der Diagnosestellung, der Risikoeinschätzung sowie der Hilfeplanung, die Vernetzung, die Zufriedenheit und die Partizipation. Die wichtigsten Ergebnisse dieser Studie waren, dass die Teilnehmer an der Hilfeprozesskoordination im Vergleich mit der Kontrollgruppe mit dem erreichten Kinderschutz zufriedener waren (2/3 versus 1/2), weniger Strafanzeigen stellten sowie sicherer in der Interventionsplanung waren. Beim Ressourcenaufwand, sprich Zeitaufwand pro Fall konnten keine Unterschiede zwischen Hilfeprozesskoordinationsteilnehmern und der Kontrollgruppe festgestellt werden.<sup>245</sup>

Diese Ergebnisse zeigen deutlich, wie wichtig eine enge und gute Kooperation der einzelnen Kinderschutzinstitutionen und dem Gesundheitswesen ist, um Kinder, die von Misshandlung und Vernachlässigung betroffen sind, schnell eine effektive und effiziente Unterstützung zukommen zu lassen.

#### **4.6. Ableitung von Empfehlungen und weiterer Forschungsbedarf**

Die Ausführungen, die den aktuellsten Stand (August 2009) der Literatur zum Thema reflektieren, zeigen, dass auf vielen Gebieten noch Verbesserungspotential und Forschungsbedarf besteht.

Primär ist zu konzedieren, dass es einer regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung bedarf, um die in Deutschland auftretenden Fälle von Kindesmissbrauch und insbesondere auch Kindesvernachlässigung zuverlässig und möglichst vollständig zu erfassen und zu kommunizieren. Bis dato existieren noch keine belastbaren Daten über die tatsächliche Anzahl der Fälle von Vernachlässigung und Missbrauch in Deutschland. Diese Daten stellen aber eine notwendige Planungsgrundlage hinsichtlich Art und Umfang von erforderlichen Maßnahmen dar. Diese deutschlandweite Erfassung muss

---

<sup>245</sup> Vgl. Fegert (2008), S. 245 ff.

nachhaltig und systematisch in Form eines Monitorings im Hinblick auf psychosoziale und medizinische Indikatoren durchgeführt werden. Somit sollte ein bundesweites Register zur Kindesmisshandlung und -vernachlässigung installiert werden. Auch die eventuelle Wirksamkeit von installierten Interventionen ist nur anhand einer verlässlichen Datenbasis (vorher – nachher) valide analysierbar.

Zu klären ist hierbei, wie ein derartiges Register zu gestalten und finanzieren wäre, wer auf die Daten Zugriff hätte und in welchem Rahmen die Daten auch verwendet werden würden. Für diese Fragestellungen müssen praktikable Lösungsansätze gefunden werden.<sup>246</sup>

Weiterhin ist zu überlegen, inwieweit man zum Schutz der Kinder mehr Verbindlichkeit erzeugen kann. Dies betrifft z. B. die Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen, von Schuluntersuchungen oder die Kooperation mit dem Jugendamt bzw. anderen Hilfsorganisationen. Diese Fragen sind jedoch nur gesellschaftlich zu klären, da sie in bestehende Rechte eingreifen und sollten nach guter Vorbereitung auch von der Gesellschaft (in Form ihrer Politiker als demokratisch legitimierte Vertreter) entschieden werden.

Forschungsbedarf besteht in vielerlei Hinsicht. Zum einen gibt es bis heute keine einheitliche Definition von Vernachlässigung, sie wird systematisch unterdiagnostiziert und damit auch nicht adäquat behandelt. Daher hat sich auch der Terminus „Vernachlässigung der Vernachlässigung“<sup>247</sup> herausgebildet, was auf den besonderen Informations- und Forschungsbedarf zu diesem Thema hinweist.<sup>248</sup>

Ein besonderes Manko stellt jedoch das Fehlen einer wissenschaftlichen Evaluation von verschiedenen Interventionen und Hilfsangeboten bei Kindeswohlgefährdung dar. Auch bei der hier vorliegenden Literaturrecherche konnten kaum nennenswerte, belastbare Publikationen mit Ergebnissen einer Evaluationsbegleitforschung gefunden werden. Es wäre wünschenswert, wenn die durchaus zahlreichen, oft mit viel gutem Willen und nicht unerheblichen Ressourcen angestoßenen Modellprojekte mit einer umfassenden Evaluierung ihrer Ergebnisse einher gingen. Gerichtete, systematische, solidarisch-gemeinschaftlich finanzierte Interventionsprogramme müssen gerade im Interesse

---

<sup>246</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009c), S. 259 und Borg-Laufs (2007), S. 97.

<sup>247</sup> Herrmann (2005a), S. 1.

<sup>248</sup> Vgl. Engfer (2005), S. 5, Deegener/Körner (2006), S. 81, Herrmann (2005a), S. 1 und Linnemann (2007), S. 8.

der Opfer auch wirklich wirksam sein. Dieser Beweis steht vielfach noch aus, hier findet sich ein weißer Fleck in der Landkarte der Klinischen Versorgungsforschung. In diesem Zusammenhang ist auch eine Fehlerkultur beziehungsweise ein Fehlermanagement zu etablieren, um aus institutionellen Fehlern im Kinderschutz zu lernen und die bestehenden Regelungen und Maßnahmen anhand dieser falschen Einschätzungen ständig weiterzuentwickeln.<sup>249</sup>

Zudem müssen standardisierte Instrumente zur Gefährdungseinschätzung entwickelt und bewertet werden. Nur durch eine valide Gefährdungseinschätzung können Verdachtsfälle früh erkannt werden und gleichzeitig unbegründete, diskriminierende falsche Unterstellungen vermieden werden.

Nach Lage der analysierten Publikationen erscheint es sinnvoll und notwendig, dass sich Deutschland an einem Wissensaustausch und internationalen Studien zum Thema Schutz von Kindern in belasteten Familien beteiligen sollte.<sup>250</sup> Dieser Wissenstransfer und die Ergebnisse aus anderen Ländern, die insbesondere beim koordinierten Vorgehen bereits einige Erkenntnisse vorweisen können, würden dazu beitragen, für Deutschland neuartige Konzepte zu übertragen bzw. entsprechende Handlungsempfehlungen abzuleiten. Ein Beispiel dafür ist das Projekt „S.I.G.N.A.L.“ zur Intervention bei Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Dieses Projekt resultiert aus dem Missstand, dass sich viele Gewaltopfer von einem Besuch in der Notaufnahme auch die Vermittlung von Hilfsangeboten erwarten, aber gerade in der Notaufnahme derartige Angebote oft seltener vorhanden sind als in anderen medizinischen Einrichtungen. Auch werden Gewalttaten als solche nicht immer von akzidentellen Traumata unterschieden, da aufgrund des hohen Patientendurchsatzes in kurzer Zeit und mangelnder Sensibilisierung der Mitarbeiter für das Thema die vorstelligen Patienten nicht auf die Ereignisse angesprochen werden. Um diesem Dilemma entgegenzutreten, gibt es beispielsweise in den USA Interventionsprogramme, die die Identifikation der Opfer, die Dokumentation der Verletzung, die Abklärung des Schutzbedarfs und die Information über Hilfsangebote umfassen. Hier setzt auch das erste derartige Projekt in Deutschland des Universitätsklinikums Benjamin Franklin der Freien Universität Berlin „S.I.G.N.A.L.“ an. Der Name entspricht den einzelnen Interventionsschritten (siehe Abbildung 3), die Mitarbeiter werden dementsprechend geschult und Gewaltopfern Hilfe angeboten.<sup>251</sup>

---

<sup>249</sup> Vgl. Herrmann et al. (2008), S. 205, Deegener/Körner (2006), S. 41 und Sachverständigenrat (2009), S. 251.

<sup>250</sup> Vgl. Kindler (2007), S. 42.

<sup>251</sup> Vgl. Poloczek/Schmitt (2002), S. 501 ff.

Solche Programme könnten auch im Hinblick auf Gewalt gegen Kinder oder Vernachlässigung von Kindern in Deutschland initiiert werden.

<b>S</b>	Sprechen Sie die Patientin an
<b>I</b>	Interview mit direkten Fragen
<b>G</b>	Gründliche Untersuchung alter und neuer Verletzungen
<b>N</b>	Notieren und Dokumentieren
<b>A</b>	Abklärung des Schutzbedürfnisses
<b>L</b>	Leitfaden über Hilfsangebote und Notruf

**Abbildung 3: Handlungsschritte des Interventionsprogramms „S.I.G.N.A.L.“**<sup>252</sup>

Im Bereich der Prävention wird vor allem die Verbindlichkeit von Früherkennungsuntersuchungen und damit einhergehend die Meldepflicht über die Inanspruchnahme kontrovers diskutiert. Die Überlegungen betreffen momentan vor allem die Ausgestaltung etwaig verbindlicher U-Untersuchungen, deren Nichtteilnahme mit Sanktionen verbunden werden könnte. Gegner bezweifeln, ob eine derartige Pflicht überhaupt zum Schutz der Kinder beiträgt. Zudem bestehen Befürchtungen hinsichtlich gravierender Auswirkungen einer Meldepflicht auf das Arzt-Eltern-Verhältnis. Primär ist hier aber valide zu evaluieren, ob Maßnahmen zur Steigerung der Teilnahme an Früherkennungsmaßnahmen tatsächlich hinsichtlich der Fragestellung wirksam sind, da bisher fraglich ist, ob mit einer höheren Untersuchungszahl (bis zur -pflicht) auch mehr Fälle von Misshandlung und Vernachlässigung aufgedeckt werden können. Dies vor allem vor dem Hintergrund, dass zahlreiche Familien zu diesen Untersuchungen erscheinen, deren Kinder zu Hause dennoch Leid erfahren. Sicher ist, dass eine Meldepflicht über Früherkennungsuntersuchungen genau wie die Untersuchungen selbst als Mittel des Kinderschutzes allein nicht ausreichen. Als weitere Bausteine einer Frühprävention sollten Hilfsangebote bereits in der Schwangerschaft und zum Training der Elternkompetenz etablieren werden.<sup>253</sup>

Um den Kinderschutz zu verbessern, könnten auch Ärzte die anstehenden Vorsorgeuntersuchungen zum Anlass nehmen, Eltern von der Notwendigkeit bestimmter

---

<sup>252</sup> Vgl. Poloczek/Schmitt (2002), S. 503

<sup>253</sup> Vgl. Dercks (2009), S. 22 und Bühring (2006), S. 508.

Impfungen und weiterer regelmäßiger ärztlicher Untersuchungen zu überzeugen. Auch könnten sie gegebenenfalls sofort erste ärztliche Maßnahmen oder Überweisungen an sozialpädagogische Fachkräfte einleiten. Ein rein formales Meldeverfahren mittels Datenabgleich zwischen Krankenkassen und Jugendämtern könnte dagegen – abgesehen von den verfassungsrechtlichen Bedenken – die Kinderschutzarbeit eventuell sogar eher gefährden, da mit einer erheblichen Belastung der Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Familie bzw. Eltern zu rechnen ist. Gerade dieses Vertrauensverhältnis ermöglicht nämlich einen frühen, nicht-stigmatisierenden und niedrigschwelligen Zugang gerade zu den belasteten Familien.<sup>254</sup>

Bezüglich der Informationsvermittlung für Ärzte besteht die Notwendigkeit, die Thematik Kindesvernachlässigung und -misshandlung in die Ausbildungs- und Studiencurricula durchgängig aufzunehmen, um Ärzte auch bestmöglich zu befähigen, Risikosituationen zu erkennen und die Folgen von Misshandlung und Vernachlässigung effektiv behandeln zu können.<sup>255</sup> In diesem Zusammenhang sind zudem intersektorale Fortbildungen der einzelnen Institutionen des Kinderschutzes wünschenswert, damit die einzelnen Akteure über die jeweiligen Kompetenzen und fachlichen Grenzen der anderen beteiligten Partner wissen und Maßnahmen effektiver und koordinierter eingeleitet werden können. Zudem zeigt die vorliegende Literatur, dass sich Ärzte eine intensivere Aufklärung über die rechtlichen Rahmenbedingungen wünschen. Dies kann unter anderem auch durch leicht zugängliche, regelmäßige Fachartikel in den jeweiligen einschlägigen Fachzeitschriften der beteiligten Professionen (v. a. Pädiatrie, Allgemeinmedizin und hausärztlich tätige Internisten) rund um das Thema Kindesmisshandlung und -vernachlässigung geschehen. Zudem besteht nicht nur ein Forschungsbedarf, sondern auch ein Fort- und Weiterbildungsbedarf hinsichtlich der Planung, Durchführung und Evaluation von Projekten der frühen Hilfen. Mittels zentraler Informationsplattformen und den Möglichkeiten des eLearning kann eine höhere Breitenwirkung und ein systematisches Updating der Fort- und Weiterbildungsangebote erzielt werden. Der Einsatz des Internets zur Wissensvermittlung stellt auch hier ein sinnvolles und zukunftsfähiges Modell dar.<sup>256</sup>

---

<sup>254</sup> Vgl. Schmidt (2007), S. 20 und Sachverständigenrat (2009), S. 247.

<sup>255</sup> Vgl. Sachverständigenrat (2009), S. 250.

<sup>256</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009c), S. 257 und Gesellschaft für Medienpädagogik und Kommunikationskultur (2008), S. 13.

Wie ausgeführt gibt es zurzeit in Deutschland kaum ärztliche Konzepte der aufsuchenden Form. Solche Programme sind besonders erfolgversprechend, da durch den Einblick in das häusliche Umfeld und die Lebenssituation Risiken für die Kinder frühzeitig und valide identifiziert werden können. Daher ist ein Ausbau der aufsuchenden Konzepte zu fordern, gerade unter Einbindung von Ärzten, denen eine besonders hohe Glaubwürdigkeit und Autorität in diesem oft sensiblen sozialen Umfeld zugeschrieben werden kann. Die Betreuung selbst kann dann in Kooperation mit Sozialpädagogen, ambulanter Kinderpflege, Familienhebammen und Hausbesuchen des hausärztlichen Kollegen erbracht werden. Die Wirksamkeit hängt jedoch davon ab, dass diese aufsuchenden Hilfen zeit- sowie wohnortnah und bedarfsgerecht erfolgen. Die durchführenden Ärzte müssen geschult werden, um Anhaltspunkte für Kindesmisshandlung und -vernachlässigung im Rahmen der aufsuchenden Hilfen kompetent erkennen, beurteilen sowie eine sogenannte „qualifizierte Lotsenfunktion“ einnehmen zu können. Diese soll es zum primären Ziel haben den Familien zu ermöglichen, notwendige Unterstützungsangebote auch in Anspruch zu nehmen.<sup>257</sup>

Der Bereich der Befunderhebung und Meldung beim Jugendamt ist im Rahmen von mehreren Fachpublikationen bereits weitgehend beschrieben, so dass hier nur noch wenige Handlungsempfehlungen abgeleitet werden müssen. Zum einen sollten fachübergreifende, konsenterte Standards und Leitlinien entwickelt bzw. weiterentwickelt werden, um den Ärzten aktuelle gültige Handlungsvorschläge für den adäquaten Umgang mit Betroffenen zur Verfügung zu stellen und eventuell bestehende Unsicherheiten abzubauen. Hier bedarf es auch der Integration einer umfassenden Aufklärung über die rechtliche Situation der Ärzte beim Verdacht auf Kindeswohlgefährdung sowie der gültigen gesetzlichen Regelungen hinsichtlich der Meldepflicht gegenüber dem Jugendamt.

Wie in der Literatur mehrfach belegt, wird eine bessere Kooperation zwischen den im Gesundheitswesen Tätigen und der Jugendhilfe stetig gefordert, aber nur selten im Rahmen von Modellprojekten gefördert. Gerade Kinder mit sozialen und gesundheitlichen Risiken benötigen koordinierte Unterstützung von Anfang an. Dabei kann die Arbeit der Prävention und Diagnostik nicht alleine vom Kinder- und Jugendarzt

---

<sup>257</sup> Vgl. Thyen (2008), S. 660 und Gesellschaft für Medienpädagogik und Kommunikationskultur (2008), S. 9.

geleistet werden, sondern es ist notwendig, die Strukturen des Gesundheitssystems und der Kinder- und Jugendhilfe, aber auch der Justiz und Polizei sowie anderer Institutionen, die Kontakt zu jungen Familien haben, eng und verbindlich zu vernetzen. Um die Ziele einer Zusammenarbeit zu erreichen, ist es erforderlich, dass die Kooperationspartner von Anfang an Eckpunkte der Zusammenarbeit definieren. Dies sind die Konzeption, die Struktur, der Prozess sowie die Bewertung des Ergebnisses der Zusammenarbeit.<sup>258</sup> Es sollte ein ständiger Informations- und Erfahrungsaustausch erfolgen, damit die Kooperationspartner „Philosophie“, Prioritäten, Methodik und Arbeitsweise des jeweils anderen Partners nachvollziehen können. Ein persönliches Kennenlernen im Rahmen von gemeinsamen Teamsitzungen fördert hier natürlich ein effizientes Zusammenspiel der unterschiedlichen Professionen und gemeinsame Fall- und Fehlerbesprechungen sollten ebenso fester Bestandteil der Zusammenarbeit sein wie die gemeinsame Planung und Durchführung von Maßnahmen. Auch kann die Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Kindesmisshandlung und –vernachlässigung Ziel solcher Kooperationen sein.

Neben diesen konkreten inhaltlichen Voraussetzungen müssen auch die Rahmenbedingungen für solche interdisziplinäre Kooperationen geschaffen werden. Entscheidend ist dabei die Klärung bzw. Schaffung der rechtlichen Grundlagen sowie der Finanzierungsoptionen. Zudem bedarf es fachübergreifender Standards, damit die Übertragbarkeit der Konzepte in unterschiedliche Kontexte gewährleistet ist.<sup>259</sup>

Nachdem speziell Kinderärzte frühzeitig Gefährdungen zu identifizieren in der Lage sind, sie jedoch finanziell und zeitlich engen Restriktionen unterliegen, ist es gerade für diese Berufsgruppe von außerordentlicher Bedeutung, auf ein bestehendes Netzwerk zugreifen und Verantwortlichkeiten sinn- und vertrauensvoll delegieren zu können. Dafür ist es essentiell, dass den Ärzten geeignete Ansprechpartner bekannt sind und im Fall des Falles keine zeitaufwändigen Recherchen notwendig sind. Im Optimalfall sollte der Kinder- und Jugendarzt auf ein bestehendes Team von Psychologen, Sozialarbeitern, Mitarbeitern des Jugendamtes, Beratungsstellen, Polizei und Justiz zurückgreifen können. Nur so werden ein zeitnahe fachlicher Austausch und eine professionelle Begleitung der misshandelten und bedrohten Kinder ermöglicht.<sup>260</sup>

Eindeutig ist die Arztpraxis der Knotenpunkt in einem solchen Netzwerk, da dort die Entwicklung des Kindes, die Situation der Familie, drohende Gefahren oder im Konfliktfall

---

<sup>258</sup> Vgl. Armbruster/Bartels (2005), S. 415 und Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009c), S. 259.

<sup>259</sup> Vgl. Sann et al. (2007), S. 16.

<sup>260</sup> Vgl. Smith (2001), S. 2, Oberle (2002), S. 347 und Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V. (2009), S. 104 f.

konkrete Misshandlungen am sichersten beurteilt werden können. Dennoch bedarf es neben Ärzten notwendig auch anderer Kooperationspartner, um diese präventive Herausforderung langfristig beherrschen zu können. Auf der anderen Seite kann die Einbindung der Gesundheitsberufe auch für die Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe einen Mehrwert bieten, da die Eltern über diesen Weg leichter erreicht und für Hilfsangebote gewonnen werden können. In dieser Zusammenarbeit liegt zweifellos ein großes Potential, den Kinderschutz nachhaltig zu verbessern.<sup>261</sup>

---

<sup>261</sup> Vgl. Fegert (2009), S. 86 und o.V. (2000), S. 6.

## 5. Fazit

Kindesmisshandlung und -vernachlässigung sind zu einem zentralen Thema unserer Gesellschaft geworden, nicht zuletzt wurde und wird die breite Öffentlichkeit durch mediale Berichterstattung über tragische Misshandlungs- oder Vernachlässigungsfälle für die Problematik zunehmend sensibilisiert.

In Deutschland hat sich in den letzten Jahren eine durchaus vielfältige, jedoch heterogene Kinderschutzpraxis entwickelt, die gegenwärtig insbesondere mit finanziellen Engpässen konfrontiert ist. Zum effizienten Einsatz knapper Mittel sind soziale Netzwerke, Kooperationen und Hilfeverbände wichtige Konstruktionen, um Ressourcen zu bündeln und einen wirkungsvollen Kinderschutz zu gewährleisten. Das Hilfesystem muss dabei – analog der Komplexität der Gefährdungslagen – mehrschichtig sein, um umfassend potentiellen Problemdimensionen gerecht werden zu können.

Sowohl die Erkennung als auch die Versorgung von gefährdeten Familien liegt aktuell in der Hand von unterschiedlichen Professionen wie Hausärzten, Kinder- und Jugendärzten, Psychologen, Sozialarbeitern, Mitarbeitern des Jugendamtes sowie (ehrenamtlichen) Beratungsstellen. Entsprechend heterogene Interventionsstrategien führen zu Verlusten an Informationen, Effektivität und Qualität an den Schnittstellen, so dass nach vorliegender Literatur verbindliche professionelle Kooperationsstrukturen mit klar definierten Zuständig- und Verantwortungsbereichen geschaffen werden sollten. Dies würde auch im Sinne der Verteilungsgerechtigkeit bei knappen Ressourcen über alternative Finanzierungsmöglichkeiten die Gesamteffizienz erhöhen.

Eine notwendige Voraussetzung für den effektiven und gerichteten Einsatz der vielfältigen Interventionsmöglichkeiten ist es zunächst jedoch, ein überregionales Register zur Prävalenz und Inzidenz der Kindeswohlgefährdung aufzubauen. Nur so kann die Versorgungslage auch sinnvoll gesteuert und verbessert werden.

Sowohl etablierte als auch neu zu installierende Präventionsprogramme und Interventionen müssen notwendig und konsistent hinsichtlich ihrer Wirksamkeit wissenschaftlich im Sinne einer Begleitforschung evaluiert werden. Hier wurde ein wesentlicher Bedarf ermittelt. Die gefundenen Veröffentlichungen zum Thema weisen eine systematisch geringe wissenschaftliche Qualität nach den Kriterien der Evidenzbasierten Medizin auf. Überhaupt nur eine deutsche kontrollierte prospektive Studie zum Thema konnte gefunden werden. Dieses Feld der klinischen

Versorgungsforschung muss notwendig bearbeitet werden und stellt aktuell einen wesentlichen Mangel dar. Auch in Hinsicht auf einen effizienten Ressourceneinsatz müssen die vorhandenen Mittel für nachgewiesenermaßen wirkungsvolle Interventionen eingesetzt werden, um die betroffenen Familien effektiv unterstützt werden können.

Auch die Bearbeitung der aktuellsten Literatur hat wieder gezeigt, dass die mit einer Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung einsetzenden physischen wie psychischen Folgen gravierender sind, je früher sie einsetzen. Daher sollte der ärztlichen Prävention im Bereich Frühe Hilfen sowie Elternschulungen, in gefährdeten Familien eventuell bereits in der Schwangerschaft, ein größerer Stellenwert zukommen. Besonders aufsuchende präventive Strukturen wie Vor-Ort-Besuche des Jugendamtes oder der Kinder- und Jugendärzte bzw. Hausärzte in Kindergärten oder Schulen werden immer wieder als wichtige Präventionsmöglichkeit angegeben, um Zugang zu betroffenen Kindern herzustellen. Außerhalb einiger weniger Modellversuche sind diese jedoch in Deutschland nicht zu finden. Den Eltern sollten kostenlose, orts- und zeitnahe, niedrigschwellige Hilfsangebote zugänglich sein, die sie in ihrem Erziehungsalltag möglichst konkret unterstützen. Wenn sie ein entsprechendes Alter erreicht haben, sollten auch betroffene Kinder wissen, an wen sie sich im Ernstfall tatsächlich wenden können. Da Arztbesuche ohne Eltern kaum möglich sind besteht hier ein Bedarf.

Zudem konnte ein erweiterter Bedarf im fachübergreifenden Bereich der ärztlichen Fort- und Weiterbildung ermittelt werden. Ein Aspekt hiervon sind auch fachübergreifende Standards und Leitlinien zum Thema, z. B. in Form eindeutiger Klassifikations- oder Einstufungskriterien gerade bei der Kindesvernachlässigung, um eine interprofessionelle Kommunikation und damit einhergehend eine engere Verzahnung aller beteiligten Akteure zu ermöglichen.

Es bleibt an dieser Stelle festzuhalten, dass in den letzten Jahren im Bereich der Jugendhilfe und der Verbesserung des Kinderschutzes viel geleistet wurde und dies sich auch in der entsprechenden Literatur widerspiegelt. Ganz aktuelle Gesetzesänderungen der letzten 3 Jahre haben ebenfalls einen wesentlichen Beitrag zu einer Verbesserung des Kinderschutzes geleistet. Für die zukünftige Prävention von Misshandlung und Vernachlässigung und die Arbeit mit Opfern müssen die nationalen Rahmengesetzgebungen jedoch kontinuierlich weiter angepasst werden. Diese notwendigen Änderungen müssen zeitnah und verständlich den beteiligten Akteuren zur Kenntnis gebracht werden. Gerade auch im ärztlichen Bereich wurde hier nach den vorliegenden Untersuchungen deutlicher Informationsbedarf ermittelt.

Wirksamer Kinderschutz darf nicht Zufall oder hoher Einsatz einzelner besonders engagierter Personen sein. Angesichts der Tragweite von Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung, für jedes Einzelschicksal, aber auch für die Gesellschaft, steht außer Frage, dass jede Bemühung auf diesem Feld eine über Generationen hinweg lohnende Zukunftsinvestition bedeutet.

## Literaturverzeichnis

- ALBERT, I. (2008): Innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder, 1. Aufl., Frankfurt am Main.
- ARMBRUSTER, M./ BARTELS, V. (2005): Kooperation der verschiedenen Dienste bei Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und sexuellem Missbrauch. in: DEEGENER, G./ KÖRNER, W. [Hrsg.]: Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, 1. Aufl., Göttingen, S. 405-418.
- BAYERISCHES LANDESAMT FÜR GESUNDHEIT UND LEBENSMITTELSICHERHEIT (2006): Gesundheitsmonitor Bayern, Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen. [http://www.lgl.bayern.de/publikationen/doc/gesundheitsmonitor\\_2\\_2006.pdf](http://www.lgl.bayern.de/publikationen/doc/gesundheitsmonitor_2_2006.pdf), Datum des Zugriffs: 29.09.2009.
- BENDEL, J./MEINDERS-LÜCKING, F./ROTTMANN, N. (2009): Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen. Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 35. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- BLUM-MAURICE, R.(2002): Die Wirkungen von Vernachlässigung auf Kinder und der "Kreislauf der Gewalt" in: ZENZ, W. M./ BÄCHER, K./ BLUM-MAURICE, R. [Hrsg.]: Die vergessenen Kinder, Köln, S. 112-128.
- BODE, H./ ZOUBEK, A. (2008): Kinderschutz, in: Monatsschrift Kinderheilkunde, Volume 156, S. 627-628.
- BORG-LAUFS, M. (2007): Fragen zur Kindeswohlgefährdung ... und vorläufige Antworten. in: Verhaltenstherapie mit Kindern & Jugendlichen – Zeitschrift für die psychosoziale Praxis, 3. Jg., Heft 2, S. 91-111.
- BRENN, J. (2009): Kindesmisshandlung: erkennen-behandeln-verhindern. in: Rheinisches Ärzteblatt, Ausgabe 5, S. 12-15.
- BÜHRING, P. (2006): Frühprävention von Kindesvernachlässigung: Die Kinder schützen, den Eltern helfen. in: Deutsches Ärzteblatt, 103. Jg., Heft 9, S. 508.
- BÜHRING, P. (2008): Das Ziel: eine flächendeckendes Netz früher Hilfsangebote. in: Deutsches Ärzteblatt, 105. Jg., Heft 21, S. 1112-1116.
- BUNDESÄRZTEKAMMER [HRSG.] (1998): Zum Problem der Misshandlung Minderjähriger aus ärztlicher Sicht (Diagnostik und Interventionsmöglichkeiten – Konzept der Bundesärztekammer, Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung, Band 17, Köln.
- BUNDESÄRZTEKAMMER (2005): Genitalverstümmelung: Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung (female genital mutilation), <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.3207>, Datum des Zugriffs: 13.08.2009.

- BUNDESKRIMINALAMT (2009): Polizeiliche Kriminalstatistik Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden.
- BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ (2003): Approbationsordnung der Ärzte ÄAppO 2002 vom 27. Juni 2002, Geltung ab 01.10.2003, [http://www.gesetze-im-internet.de/\\_appro\\_2002/BJNR240500002.html](http://www.gesetze-im-internet.de/_appro_2002/BJNR240500002.html), Datum des Zugriffs: 04.09.2009.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2009a): Aktiver Kinderschutz – Entwicklung und Perspektiven, Berlin, <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Internetredaktion/Pdf-Anlagen/aktiver-kinderschutz,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=,rwb=true.pdf>, Datum des Zugriffs: 17.09.2009.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2009b): Kinder- und Jugendschutz, Berlin, <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/BMFSFJ/Kinder-und-Jugend/kinder-und-jugendschutz.html>, Datum des Zugriffs: 26.09.2009.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2009c): 13. Kinder- und Jugendbericht, <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/13-kinderjugendbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, Datum des Zugriffs: 26.09.2009.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND/ BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ (2003): Gewaltfreie Erziehung. Eine Bilanz nach Einführung des Rechts auf gewaltfreie Erziehung, Berlin, <http://www.bmj.de/files/-/634/Gewaltfreie%20Erziehung%20Broschuere.pdf>, Datum des Zugriffs: 18.08.2009.
- CANTWELL, H. B (2002).: Kindesvernachlässigung – ein vernachlässigtes Thema, in: HELFER, M. E./ KEMPE, R. S./ KRUGMANN, R. D. [Hrsg.]: Das misshandelte Kind, 5. Aufl., Frankfurt am Main, S. 515-555.
- DEEGENER, G. (2005): Formen, Häufigkeiten und Folgen von Kindesmisshandlungen, in: DEEGENER, G./ KÖRNER, W. [Hrsg.]: Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, 1. Aufl., Göttingen, S. 37-58.
- DEEGENER, G./ KÖRNER, W. (2006): Risikoerfassung bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Theorie, Praxis, Materialien. 2. Aufl., Lengerich.
- DEEGENER, G. (2009): Gewalt in Eltern-Kind-Beziehungen, in: LENZ, K./ NESTMANN, F. [Hrsg.]: Handbuch Persönliche Beziehungen, 1. Aufl., Weinheim, S. 813 – 833.
- DERCKS, K. (2009): Indizien für Kindesmisshandlung erkennen und handeln. in: Westfälisches Ärzteblatt, Ausgabe 5, S. 21-22.
- DETTMEYER, R. (2006): Medizin & Recht für Ärzte, 1. Aufl., Berlin.
- DEUTSCHES JUGENDINSTITUT E. V. (2006): Kindesvernachlässigung: früh erkennen - früh helfen!, <http://www.dji.de/cgi-bin/projekte/output.php?projekt=556.>, Datum des Zugriffs: 20.07.2009.
- DIETZ, D. (2007): Früherkennung von Kindesmisshandlung. in: Die Krankenversicherung, Aufgabe 4, 2007, S. 120-122.

- ELLSÄßER, G./ CARTHEUSER, C. (2006): Befragung zur Wahrnehmung von Gewalt gegen Kinder und zur Nutzung des Leitfadens "Gewalt gegen Kinder und Jugendliche" durch Brandenburger Kinder- und Jugendärzte. in: Das Gesundheitswesen, 68. Jg., Heft 4, S. 265-270.
- ENGFER, A. (2005): Formen der Misshandlung von Kindern - Definition, Häufigkeiten, Erklärungsansätze, in: EGGLE, U. T./ HOFFMANN, S. O./ JORASCHKY, P. [Hrsg.]: Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung, 3. Aufl., Stuttgart, S. 3 - 19.
- ERFURT, CH./ SCHMIDT, U. (2006a): Teil II: Diagnostische Probleme bei Kindesmisshandlung und sexuellem Missbrauch aus forensischer Sicht. in: Sächsische Landesärztekammer [Hrsg.]: Gewalt gegen Kinder - Misshandlung Minderjähriger, 2. Aufl., Dresden, S. 8-17.
- ERFURT, CH./ SCHMIDT, U. (2006b): Teil III: Grundlagen des Arztrechtes bei Verdacht auf Kindesmisshandlung. in: Sächsische Landesärztekammer [Hrsg.]: Gewalt gegen Kinder - Misshandlung Minderjähriger, 2. Aufl., Dresden, S. 18-23.
- ERLER, T. (2006): Ärztliche Aufgaben bei Verdacht auf Kindesmisshandlung. in: Brandenburgisches Ärzteblatt, 16. Jg., Ausgabe 6, S, 205-207.
- FEGERT, J. M. (2007): Sexueller Missbrauch an Kindern und Jugendlichen. in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, Ausgabe 1, S. 78-89.
- FEGERT, J. M. (2008): Schnittstellen oder Gräben? Über die Schwierigkeit und Voraussetzungen der Kooperation unterschiedlicher Professionen in Risikosituation. in: HOFMEISTER, J./ KRÖHNERT, A.: Entmutigte Familien bewegen (sich), 2. Aufl., Köln, S. 233-255.
- FEGERT, J. M. (2009): Guter Start ins Kinderleben. Projekt, Ergebnisse, Empfehlungen und Perspektiven. Abschlussveranstaltung zum Modellprojekt „Guter Start ins Leben“, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, <http://www.stmas.bayern.de/kinderschutz/koki/auft-fegert.pdf>, Datum des Zugriffs: 13.09.2009.
- FIGUTH, A. (2008): Folgen von Gewalt aus rechtsmedizinischer Sicht. in: LOB, G./ RICHTER, M./ PÜHLHOFER, F./ SIEGRIST, J.: Prävention von Verletzungen, Stuttgart, S. 39-52.
- FÖLL, T. (2002): Sexueller Kindesmissbrauch als Thema in der Kinderarztpraxis. in: Zeitschrift für Sexualforschung, 15. Jg., Heft 3, S. 193-210.
- FRANK, R. (2008a): Vernachlässigung im Säuglings- und Kleinkindalter aus ärztlicher Sicht, in: ZIEGENHAIN, U./ FEGERT, J. M. [Hrsg.]: Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, 1. Aufl., München, S. 84-93.
- FRANK, R. (2008b): Kindesmisshandlung aus kinderpsychiatrischer Sicht, in: JACOBI, G. [Hrsg.]: Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, 1. Aufl., Bern, S. 385-404.
- FÜRNISS, T. (2005): Geschichtlicher Abriss zur Kindesmisshandlung und Kinderschutzarbeit von C. H. Kempe bis heute, in: DEEGENER/KÖRNER [Hrsg.]: Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch, 1. Aufl., Göttingen, S. 19-33.

- GALM, B. (2007): Kindesvernachlässigung, psychische und physische Kindesmisshandlung. Problembeschreibung und Prävention, in: Prävention, Band 30, Heft 2, S. 44-50.
- GALM, B./ LILLIG, S./ SCHÄFER, H./ STÖTZEL, M. (2007): Gewalt vermeiden – Prävention im deutschen Kinderschutz, in: DEUTSCHES JUGENDINSTITUT MÜNCHEN, ARBEITSSTELLE KINDER- UND JUGENDKRIMINALITÄT [Hrsg.]: Early Prevention – Frühe Prävention, München, S. 61-81.
- GELLERT, K. (2007): Vernachlässigte Kinder. Entstehung, Verlauf und Intervention, 1. Aufl., Saarbrücken.
- GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS (2007): Screening auf Kindesmisshandlung/ Kindesvernachlässigung/ Kindesmissbrauch, Siegburg.
- GESELLSCHAFT FÜR MEDIENPÄDAGOGIK UND KOMMUNIKATIONSKULTUR (2008): Ergebnisse der Länderumfrage zu bewertenden Umsetzungsstrategien für die Prävention von Kindesmisshandlungen und Kindesvernachlässigungen, [http://www.gmkonline.de/\\_beschluesse/Protokoll\\_81-GMK\\_Top0504\\_Anlage\\_Laenderumfrage.pdf](http://www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_81-GMK_Top0504_Anlage_Laenderumfrage.pdf), Datum des Zugriffs: 02.09.2009.
- GILBERT, R./ SPATZ WIDOM, C./ BROWNE, K./ FERGUSON, D./ WEBB, EL./ JANSON, S. (2009): Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries, in: The Lancet, Vol. 373, Issue 9657, S. 68-81.
- GRAICHEN, G. (2008): Zögern Sie nicht, denn Ihr Anruf kann entscheidend für das Leben eines Kindes sein. in: Der Chirurg, BDC, Ausgabe 5, S. 154-157.
- HAGEMANN-WHITE, C./ BOHNE, S. (2003): Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen, Expertise für die Enquêtekommision „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen“, <http://www.bmfsfj.de/Publikationen/genderreport/01-Redaktion/PDF-Anlagen/lit-gewaltexpertise,property=pdf,bereich=genderreport,rwb=true.pdf>, Datum des Zugriffs: 22.09.2009.
- HEEKERENS, H.-P. (2008): Effektivität aufsuchender Familien-fokussierter Interventionen. in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Band 57, Heft 2, S. 130-146.
- HEINTZE, C./ WIRTH, L./ WELKE, J./ BRAUN, V. (2006): Erkennen von Kindesmisshandlung durch Pädiater und Hausärzte in Berlin. in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 83. Jg., Heft 9, S. 396-401.
- HELLWIG, E. /KLIMEK, J. /ATTIN, T. (2007): Einführung in die Zahnerhaltung. 4. Aufl., München.
- HENSEN, G. (2005): Soziale Frühwarnsysteme in NRW – Frühe Hilfen für Familien durch verbindliche Formen der Kooperation. in: INFORMATIONSZENTRUM KINDESMISSHANDLUNG/KINDESVERNACHLÄSSIGUNG (IKK)[HRSG.]: Gewalt gegen Kinder: Früh erkennen – früh helfen, München, S. 5-10.
- HERRMANN, B. (2002): Körperliche Misshandlung von Kindern. Somatische Befunde und klinische Diagnostik, in: Monatsschrift Kinderheilkunde, Volume 150, S. 1324-1338.

- HERRMANN, B. (2005a): Vernachlässigung und emotionale Misshandlung von Kindern und Jugendlichen, in: Kinder- und Jugendarzt, 36. Jg., Nr. 6, S. 1-7.
- HERRMANN, B. (2005b): ZNS-Verletzungen bei Kindesmisshandlungen – das Shaken Baby Syndrom, in: Kinder- und Jugendarzt, 36. Jg., Nr. 4, S. 256-265.
- HERRMANN, B. (2005c): Medizinische Diagnostik bei Kindesmisshandlungen. in: DEEGENER, G./ KÖRNER, W.: Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, Göttingen, 2005, S. 446-466.
- HERRMANN, B./ DETTMAYER, R./ BANASCHAK, S./ THYEN, U. (2008): Kindesmisshandlung – Medizinische Diagnostik, Intervention, rechtliche Grundlagen, 1. Aufl., Heidelberg.
- HESSISCHES SOZIALMINISTERIUM (2002): Mehr Augenmerk auf Anzeichen von Kindesmißhandlung. in: Hessisches Ärzteblatt, Ausgabe 3, S. 177.
- KAMANN, W. (2002): Kindesmisshandlung. in: SPLIETH, C.[HRSG.]: Kinderzahlheilkunde in der Praxis, Berlin, S. 83-88.
- KEMPE, H. C./ SILVERMAN F. N./ STEELE, B. F./ DROEGEMUELLER W./ SILVER H. K. (1962): The Battered-Child Syndrome, in: The journal of the American Medical Association, 181, S. 17-24.
- KEMPE, R. S., KEMPE, C. H. (1980): Kindesmisshandlung. Das Kind und seine Entwicklung, 1. Aufl., Stuttgart.
- KINDLER, H. (2006a): Was ist unter Vernachlässigung zu verstehen?, in: KINDLER, H./ LILLIG, S./ BLÜML, H./ MEYSEN, T./ WERNER, A. [Hrsg.]: Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD), München, S. 3-1 – 3-3.
- KINDLER, H. (2006b): Was ist unter physischer Kindesmisshandlung zu verstehen?, in: KINDLER, H./ LILLIG, S./ BLÜML, H./ MEYSEN, T./ WERNER, A. [Hrsg.]: Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD), München, S. 5-1 – 5-3.
- KINDLER, H. (2006c): Was ist unter psychischer Misshandlung zu verstehen?, in: KINDLER, H./ LILLIG, S./ BLÜML, H./ MEYSEN, T./ WERNER, A. [Hrsg.]: Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD), München, S. 3-1 – 3-3.
- KINDLER, H. (2006d): Welcher Zusammenhang besteht zwischen Partnerschaftsgewalt und der Entwicklung von Kindern?, in: KINDLER, H./ LILLIG, S./ BLÜML, H./ MEYSEN, T./ WERNER, A. [Hrsg.]: Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD), München, S. 29-1 – 29-4.
- KINDLER, H. (2006e): Was ist unter dem Münchhausen-by-proxy-Syndrom zu verstehen?, in: KINDLER, H./ LILLIG, S./ BLÜML, H./ MEYSEN, T./ WERNER, A. [Hrsg.]: Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD), München, S. 7-1 – 7-5.
- KINDLER, H. (2006f): Was ist unter einem Schütteltrauma zu verstehen?, in: KINDLER, H./ LILLIG, S./ BLÜML, H./ MEYSEN, T./ WERNER, A. [Hrsg.]: Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD), München, S. 8-1 – 8-3.

- KINDLER, H. (2007): Kinderschutz in Deutschland stärken. Analyse des nationalen und internationalen Forschungsstandes zu Kindeswohlgefährdung und die Notwendigkeit eines nationalen Forschungsplanes zur Unterstützung der Praxis. Eine Expertise im Auftrag des Informationszentrums Kindesmisshandlung / Kindesvernachlässigung. München, <http://dji.de/bibs/KindlerExpertiseGesamt.pdf>, Datum des Zugriffs: 13.09.2009.
- KINDERSCHUTZ-ZENTRUM BERLIN E.V. (2009): Kindeswohlgefährdung. Erkennen und Helfen, 10. Aufl., Berlin.
- KIRSCHNER, R. H. (2002): Die Pathologie der Kindesmißhandlung, in: HELFER, M. E./ KEMPE, R. S./ KRUGMANN, R. D. [Hrsg.]: Das misshandelte Kind, 5. Aufl., Frankfurt am Main, S. 375-442.
- KRIEGER, W. (2000): Das Jugendamt als Kooperationspartner von jungen Menschen, Eltern und Fachdisziplinen: Das Kooperationsprojekt Kinderklinik-Jugendamt. in: ARMBRUSTER, M. [HRSG.]: Misshandeltes Kind - Hilfe durch Kooperation, Freiburg, S. 47-56.
- KÜKER, W./ SCHÖNING, M./ KRÄGELOH-MANN, I./ NÄGELE, T. (2006): Schütteltrauma - Bildgebende Methoden zur Erkennung einer schwer wiegenden Form der Säuglingsmisshandlung. in: Monatsschrift Kinderheilkunde, 154. Jg., Heft 7, S. 659-668.
- LEEB, R. T./PAULOZZI, L. J./ MELANSON, C./ SIMON, T. R./ ARIAS, I. (2008): Child Maltreatment Surveillance. Uniform definitions for Public Health and Recommended Data Elements, 1. Aufl., Atlanta.
- LINDL, S. (2007): Kindesmißhandlung: Wie kann der Hausarzt helfen? in: Der Allgemeinarzt, 28. Jg., Heft 7, S. 36-39.
- LINNEMANN, A. (2007): Vernachlässigung eines Kindes. Ursachen und Handlungsmöglichkeiten, 1. Aufl., Saarbrücken.
- MATSCHKE, J./ HERRMANN, B./ SPERHAKE, J./ KÖRBER, F./ BAJANOWSKI, T./ GLATZEL, M. (2009): Das Schütteltrauma-Syndrom, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 3, S. 211-217.
- MAXEINER, H. (2008): Das Schütteltrauma von Säuglingen: eine schwerwiegende Diagnose auf unsicherem Fundament? in: Archiv für Kriminologie, Band 221, Heft 3/4, S. 65-86.
- MORLOCK, G./ NENNSTIEL-RATZEL, U. (2009): Die Schuleingangsuntersuchung in Bayern. <http://www.lgl.bayern.de/gesundheit/schuleingangsuntersuchung.htm>, Datum des Zugriffs: 29.09.2009.
- MOTZKAU, E. (2005): Kindesvernachlässigung: Frühe Intervention statt spätes Krisenmanagement. In: Kinderärztliche Praxis, Volume 76, Ausgabe 6, S. 356-363.
- NATIONALES ZENTRUM FRÜHE HILFEN (2008): Frühen Hilfen, Modellprojekte in den Ländern, 1. Aufl., Köln.
- NOECKER, M./ KELLER, K. M. (2002): Münchhausen-by-proxy-Syndrom als Kindesmisshandlung, in: Monatsschrift Kinderheilkunde, Volume 150, S. 1357-1369.

- NOTHHAFFT, S. (2008): Landesgesetzliche Regelungen im Bereich des Kinderschutzes bzw. der Gesundheitsvorsorge, <http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/fileadmin-nzfh/pdf/BewertungLaendergesetzegesamt.pdf>, Datum des Zugriffs: 19.09.2009.
- NOWARA, S. (2005): Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom, in: DEEGENER, G./ KÖRNER, W. [Hrsg.]: Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, 1. Aufl., Göttingen, S. 128-140.
- OBERLE, A. (2002): Möglichkeiten und Grenzen des Kinderarztes bei der Aufdeckung von Kindesmisshandlung. in: Kinderkrankenschwester, 21. Jg., Nr. 8, S. 345-348.
- o.V. (2000): Kindesmißbrauch – der Arzt ist als Vertrauensperson gefragt. in: Ärztezeitung, Nr. 92, S. 6.
- o.V. (2007): Mit MRT gegen Kindesmißhandlung. in: Der Allgemeinarzt, Ausgabe 10, S. 22.
- o.V. (2008): Schütteln verboten. in: Niedersächsische Ärztezeitung, Ausgabe 2, 2008, [http://www.haeverlag.de/nae/n\\_beitrag.php?id=2019](http://www.haeverlag.de/nae/n_beitrag.php?id=2019), Datum des Zugriffs: 26.09.2009.
- PAUL, M./ BACKES, J. (2008): Frühe Hilfen zur Prävention von Kindesmisshandlung und – vernachlässigung, Monatsschrift Kinderheilkunde, Volume 156, S. 662-668.
- PINKVOSS, F. (2009): Kindeswohlgefährdung. Rechtliche Grundlagen und Orientierung für Jugendhilfe, Schule und Gesundheitswesen, 1. Aufl., Berlin.
- POLOCZEK, S./ SCHMITT, T.K. (2002): Häusliche Gewalt - Eine Herausforderung für die Notfallmedizin. in: Notfall & Rettungsmedizin, Ausgabe 7, S. 498-504.
- REYNOLDS, A. J./ MATHIESON, L. C./ TOPITZES, J. W. (2009): PINKVOSS, F. (2009): Do Early Childhood Interventions Prevent Child Maltreatment? A review of Research, in: Child Maltreatment, Volume 14, Number 2, S. 182-206.
- RIETMANN, S. /HENSEN, G. (2007): Komplexität bei Kindeswohlgefährdung als Risiko - Hinweise für eine koordinierte Steuerung bei Einschätzung und Intervention. in: Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Interdisziplinäre Fachzeitschrift der DGgKV, 10. Jg., Heft 2, S. 24-41.
- ROHLING, I. (2002): Gesundheit und Entwicklungsstand der Osnabrücker Schulanfänger, Multifaktorielle Analyse der Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen unter besonderer Berücksichtigung des Jahrgangs 2001. Osnabrück.
- RUSCHULTE, H. (2004): Interdisziplinäres Vorgehen bei einem Verdachtsfall von Kindesmissbrauch. in: Anästhesiologie & Intensivmedizin, 45. Jg., Heft 1, S. 44-51.
- SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER ENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN, Sondergutachten 2009. Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Uebersicht/GA2009-LF.pdf>, Datum des Zugriffs: 20.07.2009.

- SANN, A./ SCHÄFER, R./ STÖTZEL, M. (2007): Zum Stand der Frühen Hilfen in Deutschland – ein Werkstattbericht. in: Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Interdisziplinäre Fachzeitschrift der DGgKV, 10. Jg., Heft 2, S. 3–22.
- SCHIFFNER, U. (2008): Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde. Kinderzahnärzte diskutieren Kindesvernachlässigung. in: Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde, 30. Jg., Heft 4, S. 134-135.
- SCHMIDT, C. (2007): Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht (DIJuF) e.V. Kinderschutz: Zugänge zur Hilfe verbessern–Vorsorgeuntersuchungen kein Allheilmittel. in: Kinderkrankenschwester, 26. Jg., Nr. 1, S. 20.
- SCHMIDTCHEN, S. (1989): Kinderpsychotherapie, 1. Aufl., Stuttgart.
- SCHNEEWIND, K.A./ BERKIE, J. (2007): Stärkung von Elternkompetenzen durch primäre Prävention: Eine Unze Prävention wiegt mehr als ein Pfund Therapie. in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 56. Jg., Heft 8, S. 643-659.
- SCHNEIDER, E. (2008): Familienhebammen – Chancen und Grenzen der aufsuchenden Begleitung. in: Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren e.V. (Hrsg.): Entmutigte Familien bewegen (sich), 2. Aufl., Köln, S. 260-267.
- SCHONE, R./ GINTZEL, U./ JORDAN, E./ KALSCHUEUR, M./ MÜNDE, J. (1997): Kinder in Not. Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven sozialer Arbeit, 1. Aufl., Münster.
- SCHONE, R. (2008): Frühe Kindheit in der Jugendhilfe – Präventive Anforderungen und Kinderschutz, in: ZIEGENHAIN, U./ FEGERT, J. M. [Hrsg.]: Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, 1. Aufl., München.
- SIEGMUND-SCHULTZE, N. (2005): Bei Verdacht auf Kindesmißhandlung muß der ganze Körper des Kindes untersucht werden, am besten stationär. in: Ärztezeitung, Band 24, Nr. 131, S. 2.
- SMITH, P. (2001): Bei Verdacht auf Kindesmißhandlung müssen Hausärzte ihre Wut ausblenden und Zeit gewinnen. in: Ärztezeitung, Band 20, Nr. 216, S. 2.
- STEINHAUSEN, H.-C. (2006): Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, 6. Aufl., München.
- THUN-HOHENSTEIN, L. (2008): Folgen von Gewalt am Kind, in: Monatsschrift Kinderheilkunde, Volume 156, S. 635-643.
- THYEN, U. (2008): Neglect of neglect - Umgang mit Vernachlässigung von Kindern in der ärztlichen Praxis. in: Monatsschrift Kinderheilkunde, Ausgabe 7, S. 654-661.
- TÖLLE, R. (2003): Depressionen – Erkennen und Behandeln, 2. Aufl., München.
- TRUBE-BECKER, E. (1987): Gewalt gegen das Kind: Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch und Tötung von Kindern, 2. Aufl., Heidelberg.
- UNICEF (2003): A League Table of Child Maltreatment Deaths in Rich Nations, Innocenti Report Card, Issue No. 5, September 2003.

- UNIVERSITÄT HEIDELBERG (2009): „Heike“ soll die Kinder schützen, Pressemitteilung, 02.01.2009, [ttp://www.uni-heidelberg.de/presse/news09/pm290105-2heik.html](http://www.uni-heidelberg.de/presse/news09/pm290105-2heik.html), Datum des Zugriffs: 28.09.02009.
- VON BISMARCK, S. (2008): Körperliche Kindesmisshandlung, in: Der Chirurg, Volume 79, S. 152-153.
- VON ESSEN, H./ SCHLICKWEI, W./ DIETZ, H.-G. (2005): Kindesmisshandlung. in: Der Unfallchirurg, Heft 2, S. 92-101.
- VOß-HEINE, I. (2008): Vorgehen bei Verdacht auf Kindesmissbrauch. in: Tägliche Praxis, 49. Jg., Heft 4, S. 771-772.
- WEBER, M. W. (2002): Verifizierung und Beurteilung von Fallmeldungen als vordringliche Aufgabe des Kinderschutzes, in: HELFER, M. E./ KEMPE, R. S./ KRUGMANN, R. D. [Hrsg.]: Das misshandelte Kind, 5. Aufl., Frankfurt am Main, S. 184-230.
- WETZELS, P. (1997), Gewalterfahrung in der Kindheit. Sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und deren langfristige Konsequenzen, 1. Aufl., Baden-Baden.
- WINDOFER, A. (2009): Prävention von Kindesvernachlässigung durch aufsuchende Arbeit von Familienhebammen. in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Volume 58, Ausgabe 5, S. 368-383.
- WHO (2002): Child abuse and neglect by parents and other caregivers, in: WHO [Hrsg.]: World report on violence and health, Geneva, S. 57 – 86.
- WÖSSNER, U. (2007), Gewalterfahrung in der Kindheit. Sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und deren langfristige Konsequenzen, 1. Aufl., Baden-Baden.
- ZIEGENHAIN, U./ FEGERT, J. M./ OSTLER, T./ BUCHHEIM, A. (2007): Risikoeinschätzung bei Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung im Säuglings- und Kleinkindalter- Chancen früher beziehungsorientierter Diagnostik. in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Band 56, Ausgabe 5, S. 410-428.
- ZINKA, B./ FIESELER, S. (2009): Was Sie zum Wohl der Kinder tun müssen. in: MMW Fortschritte der Medizin, 151. Jg., Heft 12, S. 31-33.

## Anhang

### Leitfäden „Gewalt gegen Kinder“ nach Bundesländern

	Bundesland	Titel	Herausgeber	unterstützt von	Link Leitfaden	Jahr	Auflage
1	<b>Baden-Württemberg</b>	Gewalt gegen Kinder	Landesärztekammer Baden-Württemberg		<a href="http://www.aerztekammer-bw.de/20/gewgkinder/leitfaden.pdf">http://www.aerztekammer-bw.de/20/gewgkinder/leitfaden.pdf</a>	2001	2. Aufl.
2	<b>Bayern</b>	Gewalt gegen Kinder und Jugendliche	Berufsverband der Ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin Deutschlands e.V. Landesverband Bayern	Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen; Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Bayern; Landeshauptstadt München, Gesundheitsreferat	<a href="http://www.stmas.bayern.de/gewaltschutz/beratung/ltfkidoc.pdf">http://www.stmas.bayern.de/gewaltschutz/beratung/ltfkidoc.pdf</a>	2001	2. Aufl.
3	<b>Berlin - Brandenburg</b>	Gewalt gegen Kinder und Jugendliche - Was ist zu tun?	Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Gesundheit Berlin e.V., Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Berlin-Brandenburg, Landesjugendamt	Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin, Plan- und Leitstelle Gesundheit, Berufsverband der Ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Landesverband Berlin, Berliner Interventionsprojekt gegen häusliche Gewalt BIG, Kassenärztliche Vereinigung, Ärztekammer Berlin, Landesamt für Gesundheit und Soziales	<a href="http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=theme&amp;topic=312&amp;type=infotext">http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=theme&amp;topic=312&amp;type=infotext</a>	2002	1. Aufl.
		Früherkennung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche - Brandenburger Leitfaden - Diagnostik, Fallmanagement, Hilfesystem	Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ) - Landesverband Brandenburg	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (MASGF); Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Berlin-Brandenburg; Verband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes der Länder Brandenburg und Berlin e. V.; Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg / Start gemeinnützige Beratungsgesellschaft mbH	<a href="http://www.lasv.brandenburg.de/sixcms/media.php/4055/klein_Gewaltleitfaden_45819B.pdf">http://www.lasv.brandenburg.de/sixcms/media.php/4055/klein_Gewaltleitfaden_45819B.pdf</a>	Nov 07	2. Aufl.

5	<b>Bremen</b>	Gewalt gegen Kinder - Leitfaden zur Früherkennung, Handlungsmöglichkeiten und Kooperationen im Lande Bremen	Ärzttekammer Bremen, Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Bremen		<a href="http://www.tk-online.de/centaurus/servlet/contentblob/11260/Datei/1199">http://www.tk-online.de/centaurus/servlet/contentblob/11260/Datei/1199</a>	Mai 07	2. Aufl.
6	<b>Hamburg</b>	Gewalt gegen Kinder - Hamburger Leitfaden, Grundlagen für das Fallmanagement in der Arztpraxis	Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) Freie und Hansestadt Hamburg	Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Landesverband Hamburg, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG), Amt für Jugend, Kinderschutzzentrum Hamburg, Institut für Rechtsmedizin im UKE, Techniker Krankenkasse - Landesvertretung Hamburg	<a href="http://www.hamburg.de/contentblob/116922/data/gewalt-gegen-kinder.pdf">http://www.hamburg.de/contentblob/116922/data/gewalt-gegen-kinder.pdf</a>	Sep 06	3. Aufl.
		Leitfaden "Häusliche Gewalt" - Hinweise zu Diagnostik, Dokumentation und Fallmanagement	Ärzttekammer Hamburg	HIGAG, UKE, Techniker Krankenkasse, Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg	<a href="http://www.aerztekammer-hamburg.de/diekammer/ausschuesse/leitfaden_haeuslichegewalt06.pdf">http://www.aerztekammer-hamburg.de/diekammer/ausschuesse/leitfaden_haeuslichegewalt06.pdf</a>	2006	
7	<b>Hessen</b>	Gewalt gegen Kinder - Handlungshilfen für Arztpraxen in Hessen	Hessisches Sozialministerium	Landesärztekammer Hessen, Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V., Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen	<a href="http://www.tk-online.de/centaurus/servlet/contentblob/14722/Datei/1421">http://www.tk-online.de/centaurus/servlet/contentblob/14722/Datei/1421</a>	nach 2007	

8	<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>	Gewalt gegen Kinder - ein Leitfaden für Ärzte und Institutionen in Mecklenburg-Vorpommern	Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern	Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e.V., Parlamentarische Staatssekretärin für Frauen- und Gleichstellung des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Fachhochschule für öffentliche Verwaltung, Polizei und Rechtspflege Güstrow, Universität Rostock, Medizinische Fakultät, Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Institut für Rechtsmedizin	<a href="http://www.gewalt-gegen-kinder-mv.de/images/stories/tk-leitfaden_gewalt-gegen-kinder.pdf">http://www.gewalt-gegen-kinder-mv.de/images/stories/tk-leitfaden_gewalt-gegen-kinder.pdf</a>	Okt 07	4. Aufl.
9	<b>Niedersachsen</b>	Gewalt gegen Kinder - Leitfaden zur Früherkennung, Handlungsmöglichkeiten und Kooperationen in Niedersachsen	Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, Deutscher Kinderschutzbund (DKSB), Landesverband Niedersachsen, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V., Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen	Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Niedersachsen, Ärztekammer Niedersachsen	<a href="http://cdl.niedersachsen.de/blob/images/C34198033_L20.pdf">http://cdl.niedersachsen.de/blob/images/C34198033_L20.pdf</a>	Jan 07	3. Aufl.
10	<b>Nordrhein-Westfalen</b>	Gewalt gegen Kinder - Leitfaden zur Früherkennung, Handlungsmöglichkeiten und Kooperationen	Techniker Krankenkasse Landesvertretung NRW	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes NRW, Ärztekammer Nordrhein, Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf	<a href="http://www.gewalt-gegen-kinder.de/images/stories/tk-leitfaden_gewalt-gegen-kinder.pdf">http://www.gewalt-gegen-kinder.de/images/stories/tk-leitfaden_gewalt-gegen-kinder.pdf</a>	Nov 06	

11	<b>Westfalen-Lippe</b>	Gewalt gegen Kinder - Missbrauch erkennen und handeln (Faltblatt)	Ärzttekammer Westfalen-Lippe		<a href="http://www.aekwl.de/fileadmin/medizin_und_gesundheit/doc/Gewaltend.pdf">http://www.aekwl.de/fileadmin/medizin_und_gesundheit/doc/Gewaltend.pdf</a>	Mai 07	
		Diagnose: Häusliche Gewalt - Leitfaden	Ärzttekammer Nordrhein; Ärztekammer Westfalen-Lippe; Institut für Rechtsmedizin des Klinikums der Universität zu Köln; Koordinationsstelle »Frauen und Gesundheit« NRW, FFGZ Hagazussa e.V.; Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögD); Psychotherapeutenkammer NRW		<a href="http://www.aekwl.de/fileadmin/medizin_und_gesundheit/doc/leitfaden_diagnose_haeusliche_gewalt.pdf">http://www.aekwl.de/fileadmin/medizin_und_gesundheit/doc/leitfaden_diagnose_haeusliche_gewalt.pdf</a>	Jul 05	
12	<b>Rheinland-Pfalz</b>	Gewalt gegen Kinder erkennen	Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Rheinland-Pfalz	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen; Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur; Landesärztekammer; Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte	<a href="http://www.tk-online.de/centaurus/servlet/contentblob/12998/Datei/1317">http://www.tk-online.de/centaurus/servlet/contentblob/12998/Datei/1317</a>	2008	
13	<b>Saarland</b>	Gewalt gegen Kinder - Früherkennung, Handlungsmöglichkeiten und Kooperation im Saarland - Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte	Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales	Ministerium für Bildung, Familie, Frauen und Kultur; Ärztekammer des Saarlandes; Berufsverband der Ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin e.V. Landesverband Saarland; Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Saarland	<a href="http://www.saarland.de/dokument/ressort_justiz_gesundheit_und_soziales/Leitfaden_Gewalt_gegen_Kinder.pdf">http://www.saarland.de/dokument/ressort_justiz_gesundheit_und_soziales/Leitfaden_Gewalt_gegen_Kinder.pdf</a>	2009	2. Aufl.

14	<b>Sachsen</b>	Gewalt gegen Kinder, Misshandlung Minderjähriger	Sächsische Landesärztekammer		<a href="http://www.slaek.de/05wir/35k_ommiss/50gewalt/kindmiss.pdf">http://www.slaek.de/05wir/35k_ommiss/50gewalt/kindmiss.pdf</a>	2006	2. Aufl.
15	<b>Sachsen-Anhalt</b>	Leitfaden "Gewalt gegen Kinder und Jugendliche"	Techniker Krankenkasse Landesvertretung Sachsen-Anhalt, Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt	Mitgliedern der AG "Umgang bei Verdacht auf Gewalt gegen Kinder im medizinischen Bereich" der Allianz für Kinder des Landes Sachsen-Anhalt	<a href="http://www.sachsen-anhalt.de/LPSA/index.php?id=24329#c54813">http://www.sachsen-anhalt.de/LPSA/index.php?id=24329#c54813</a>	2007	2. Aufl.
16	<b>Schleswig-Holstein</b>	Leitfaden zur Früherkennung von Gewalt gegen Kinder	Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Schleswig-Holstein	Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein, Deutscher Kinderschutzbund Landesverband Schleswig-Holstein e.V.; Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. Landesverband Schleswig-Holstein; Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck; Stadt Neumünster, Fachdienst Gesundheit; Landeshauptstadt Kiel, Amt für Schule, Kinder- und Jugendeinrichtungen; Institut für Rechtsmedizin Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel	<a href="http://www.tk-online.de/centaurus/servlet/contentblob/13728/Datei/1369/Leitfaden%20zur%20Fr%C3%BCherkennung%20von%20Gewalt%20gegen%20Kinder%22.pdf">http://www.tk-online.de/centaurus/servlet/contentblob/13728/Datei/1369/Leitfaden%20zur%20Fr%C3%BCherkennung%20von%20Gewalt%20gegen%20Kinder%22.pdf</a>	Aug 07	
17	<b>Thüringen</b>	Leitfaden "Gewalt gegen Kinder"	Landesärztekammer Thüringen; Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit; Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Thüringen	Kassenärztliche Vereinigung Thüringen; Berufsverband der Ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Landesverband Thüringen	<a href="http://www.laek-thueringen.de/www/lakj/webinfo.nsf/RA/07112034842SS/\$FILE/Leitfaden_textteil.pdf">http://www.laek-thueringen.de/www/lakj/webinfo.nsf/RA/07112034842SS/\$FILE/Leitfaden_textteil.pdf</a>	2007	2. Aufl.