

R. Frank · M. Kopecky-Wenzel

Institut und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, München

# Vernachlässigung von Kindern

## Zusammenfassung

Häufigkeitsangaben zur Vernachlässigung sind wegen der unscharfen Definition schwierig. Vernachlässigung kommt nicht isoliert vor, sondern in Kombination mit anderen Misshandlungsformen und Belastungsfaktoren. Die Entwicklungsauffälligkeiten der Kinder, die Beziehungsproblematik zwischen Eltern und Kindern und die Belastungen im Umfeld werden exemplarisch beschrieben. Der Umgang mit dieser Problematik ist aufwändig und anstrengend. Er ist nur in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und Institutionen effektiv. Es gibt Entscheidungshilfen in Form von Leitlinien und Manualen. Behandlungsziele entwickelt man in einem Abstimmungsprozess mit den betroffenen Familien. Vorrangige Ziele sind Entwicklungsförderung der Kinder und Stärkung der Kompetenz der Eltern. Der Einzelfallansatz muss durch eine Gemeindeorientierung ergänzt werden. Die Früherkennungsuntersuchungen sind dafür vom Konzept her geeignet.

## Schlüsselwörter

Vernachlässigung · Ablehnung · Entwicklungsstörung · Gemeindeorientierung · Früherkennung

## Definition

Die Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 ordnet den Begriff „Vernachlässigung“ der Zusatzkategorie „Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äußerer Ursachen“ zu. Unter den „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen“ finden sich folgende Kategorien [17]:

- ▶ Vernachlässigung und im Stich lassen,
- ▶ ungenügende elterliche Überwachung oder Kontrolle,
- ▶ emotionale Vernachlässigung eines Kindes,
- ▶ andere Vernachlässigung bei Erziehung eines Kindes.

*Körperliche Vernachlässigung* beschreibt eine nicht hinreichende Versorgung mit Kleidung und Nahrung und einen Mangel an Gesundheitsfürsorge, die zu massiven Gedeih- und Entwicklungsstörungen führen können. *Emotionale Vernachlässigung* (Deprivation) beschreibt ein ungenügendes oder ständig wechselndes und dadurch nicht ausreichendes emotionales Beziehungsangebot [3].

## Häufigkeiten

Häufigkeitsangaben hängen von der zugrunde gelegten Definition ab. Eine eindeutige Abgrenzung gegenüber normalem Verhalten ist bei Vernachlässigung schwierig.

Auf der Basis von US-amerikanischen Meldedaten wird in der „national

incidence study“ für das Jahr 1996 die Häufigkeit von körperlicher Vernachlässigung zwischen 1,6 und 5,0 pro 1000 Kindern, von emotionaler Vernachlässigung mit 0,9 bis 3,2 pro 1000 Kindern angegeben. Körperliche Vernachlässigung macht mit 58% mehr als die Hälfte aller Meldungen aus und ist häufiger als körperliche Misshandlung (22%) und emotionale Misshandlung (6% [8]).

## „Häufig Überlappung von Vernachlässigung und Misshandlung“

In 2 bundesdeutschen Universitätskliniken lag die Häufigkeit von Vernachlässigung und Misshandlung bei 1–2% aller stationär aufgenommenen Kinder. Es bestand ein hoher Grad an Überlappung zwischen Vernachlässigung und Misshandlung [4].

Niedergelassene Kinderärzte gaben bei einer Umfrage an, im Durchschnitt 5 Kinder pro Jahr mit einer sicheren körperlichen Vernachlässigung und 8 Kinder mit einem dringenden Verdacht gesehen zu haben. Emotionale Misshandlung wurde mit 7 sicheren Fällen und 11 Verdachtsfällen am häufigsten gesehen [10].

© Springer-Verlag 2002

Prof. Dr. Reiner Frank  
Institut und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie,  
Lindwurmstraße 2a, 80337 München,  
E-Mail: Reiner.Frank@kjp.med.uni-muenchen.de

## Neglect of children

### Abstract

Due to difficulties in the definition of neglect there are only scarce epidemiological data. Neglect is not an isolated risk factor. Regularly there are combinations of all types of child abuse and of adversities. The paper describes developmental problems of the children, difficulties in the parent-child-relationship and psychosocial adversities. To deal with neglect is time consuming and exhausting. A prerequisite of effective treatment is a good cooperation between different professions and institutions. Decisions can be supported by the use of guidelines and manuals. Aims of therapies are being developed in interaction with the families concerned. Beyond the treatment of individual cases a community orientation is necessary. Early recognition visits for children (Früherkennungsuntersuchungen) are suitable by principle for an individual and a community oriented approach.

### Keywords

Neglect · Rejection · Developmental disorder · Community orientation · Early recognition visits for children

## Gewalt an Kindern

### Entstehungsbedingungen

Schon in den ersten Lebensmonaten sind Vernachlässigung, fehlende Wahrnehmung kindlicher Bedürfnisse und Ablehnung durch die Mutter erkennbar [2, 11, 12].

Kinderschwestern beurteilten in 2 Kinderkliniken das Verhalten von Müttern und Kindern. Je eine Gruppe von Müttern mit wenig Schulbildung und eine Gruppe misshandelter und vernachlässigter Kinder wurden der übrigen Klinikpopulation gegenübergestellt. Die Gruppe der Mütter mit niedriger Schulbildung besuchte ihre Kinder um den Faktor 4,8 seltener als die Mütter der übrigen Klinikpopulation (Odds-Ratio 4,8), die Gruppe der Mütter der misshandelten und vernachlässigten Kinder um den Faktor 4,9 (Odds-Ratio 4,9). Deutliche Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen fanden sich bei den Verhaltenssitemen „wenig positive Äußerungen über das Kind“ (Odds-Ratio 11,9 bei der Misshandlungsgruppe, 2,1 bei der Gruppe mit niedriger Bildung) und „schlechtes Erkennen kindlicher Bedürfnisse“ (12,6 vs. 1,6 [9]). Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass niedriger Bildungsstatus der Mutter nicht zwangsläufig mit vernachlässigendem Verhalten einhergeht.

***In den betroffenen Familien findet man gehäuft hohe Belastungen, geringe Schulbildung der Eltern, niedriges Einkommen und allein erziehende Mütter. Diese Familien verfügen über geringe Stabilität, zumal meist mehrere Mitglieder der Familie emotional bedürftig sind [8, 18, 19]. Junge, allein erziehende Mütter sind häufig überfordert und verfügen über wenig soziale Unterstützung.***

Die verschiedenen Formen von Misshandlung kommen regelhaft in Kombinationen vor. Die langfristigen Folgen aller Formen von Misshandlung sind hohe Raten von Psychopathologie, niedriges Selbstwertgefühl und Beziehungsprobleme der betroffenen Kinder und Jugendlichen [14, 15].

### Symptomatik

#### Entwicklungsprobleme der Kinder

Nach den Ergebnissen prospektiver Studien ist die kognitive Entwicklung

vernachlässigter Kinder beeinträchtigt [12, 14]. Es bestehen Rückstände in den sprachlichen Fähigkeiten, in der expressiven und in der rezeptiven Sprache [8]. Die Kinder zeigen motorische Ungeschicklichkeiten. Sie sind in ihren sozialen Fähigkeiten beeinträchtigt, haben wenige Freunde, tun sich schwer, selbst Beziehungen anzuknüpfen.

Eine schwerwiegende Ausprägung der Beziehungsstörung ist die „reaktive Bindungsstörung des Kindesalters“. Sie tritt bei Kleinkindern und jungen Kindern auf und ist durch anhaltende Auffälligkeiten im Muster der sozialen Beziehungen des Kindes charakterisiert [17]. Häufig treten Furchtsamkeit und Übervorsichtigkeit auf, die auf Zuvendigung und Zuspruch nicht ansprechen, und gegen sich selbst gerichtete Aggressionen und Unglücklichsein. In einigen Fällen tritt eine Wachstumsverzögerung auf. Das Hauptmerkmal ist ein abnormes Beziehungsmuster zu Betreuungspersonen, das sich vor dem Alter von 5 Jahren entwickelt. Es dauert an, ändert sich jedoch bei ausreichend deutlichem Wechsel im Betreuungssystem. Jüngere Kinder zeigen stark widersprüchliche oder ambivalente soziale Reaktionen, die bei Verabschiedungen oder Wiederbegegnungen am besten sichtbar werden. Kinder reagieren mit einer Mischung aus Annäherung, Vermeidung und Widerspruch auf Zuspruch von Betreuungspersonen. Die emotionale Störung kann sich in Unglücklichsein, einem Mangel an emotionaler Ansprechbarkeit, Rückzugsreaktionen oder aggressiven Reaktionen äußern. Die reaktive Bindungsstörung ist eine schwerwiegende Störung. Sie bedarf in der Regel einer langfristigen Behandlung.

#### Beziehungsmuster

Von Seiten der Eltern bestehen hohe, unrealistische Erwartungen an das Kind. Äußerungen über das Kind sind wenig freundlich und verständnisvoll [20]. Ein beobachtbares Beziehungsmuster ist die Rollenumkehr [7]: Kinder übernehmen eine ihren Entwicklungsstand erheblich übersteigende Verantwortung, während die Eltern sich an ihrem Kind festhalten und orientieren. Ein solches Beziehungsmuster ist bei Misshandlung, in Scheidungsfamilien und bei Suchtproblemen eines Elternteiles anzutreffen.

Tabelle 1

**Feindliche Ablehnung oder Sündenbockzuweisung gegenüber dem Kind. (Assoziierte aktuelle abnorme Umstände. Kategorie 1.2, Achse V, ICD 10 [17])**

**Einschlusskriterien**

Das negative Verhalten der Eltern dem Kind gegenüber weicht deutlich in Form und Schweregrad von der Norm ab

Es ist persönlich auf das Kind gerichtet

Es dauert länger an und ist nicht nur auf wenige Verhaltensweisen des Kindes beschränkt

**Die Feindseligkeit oder Sündenbockzuweisung kann sich äußern als**

Eine unbegründete Neigung, das Kind automatisch für Probleme, Schwierigkeiten oder Pannen zu Hause verantwortlich zu machen

Oder eine allgemeine Tendenz, dem Kind negative Merkmale zuzuschreiben

Oder Kritik am Kind, die so weit geht, dass das Kind auf allgemeine Art und Weise beschuldigt wird, seine früheren Missetaten verallgemeinert und mit Erwartungen künftiger Missetaten verbunden werden

Oder eine eindeutige Neigung, besonders auf dem Kind „herumzuhacken“ oder es in Streitereien zu verwickeln, wenn der betreffende Erwachsene sich unwohl, gereizt oder schlecht gelaunt fühlt

Oder unfaire Behandlung des Kindes – im Vergleich zu anderen Haushaltsmitgliedern – durch übermäßige Belastung mit Arbeit, Verantwortung, mangelnde Beteiligung an positiven Familienaktivitäten; oder durch einen ausgeprägten Mangel an Aufmerksamkeit gegenüber den Bedürfnissen und Schwierigkeiten des Kindes

Oder schwerwiegende (psychische) Bestrafungsmaßnahmen wie z. B. Einsperren des Kindes in einem engen oder dunklen Ort wie Schrank oder Keller

Bei den Kindern sieht man situationsabhängig ein hohes Maß an Reife, besonders sichtbar in Anwesenheit eines Elternteiles, und andererseits ein niedriges Selbstwertgefühl und Zeichen der Depression.

Beispielhaft wird die Kategorie „feindliche Ablehnung oder Sündenbockzuweisung gegenüber dem Kind“ ausführlich dargestellt (s. Tabelle 1) Sie

ist eine von mehreren Kategorien von „assozierten aktuellen abnormen Umständen“ des multiaxialen Klassifikationssystems für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters [17]. Weitere Merkmale der Eltern-Kind-Beziehung beschreiben die Kategorien „Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung“ (z. B. Mangel an Interesse am Kind, gereizte Reaktion auf Ängste des Kindes), „unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung“ (z. B. Eltern wissen in der Regel vom Kind nicht, wo es sich außer Haus aufhält) und „unwirksame elterliche Steuerung“ (z. B. durch Mangel an erkennbaren Alltagsregeln).

**Persönlichkeit der Eltern**

Die emotionale Bedürftigkeit der Eltern kann sich auf verschiedene Weise äußern: in einer hohen Inanspruchnahme des Gesundheitssystems mit häufigen Anforderungen von Notfallkontakten, mit unregelmäßigem Arztbesuch und häufigem Arztwechsel.

**„Häufiges Muster: feindliche Ablehnung und Sündenbockzuweisung“**

Bei Müttern trifft man auf das Beziehungsmuster der „abhängigen Persönlichkeit“: Der jeweilige Gesprächspartner erhält Zustimmung, ohne dass daraus Handlungskonsequenzen erfolgten. Bei Vätern findet man aggressives Verhalten und die Missachtung der Interessen und Rechte anderer – das Muster einer dissozialen Persönlichkeit. Suchtprobleme, v. a. Alkoholabhängigkeit, sind in den Familien vernachlässigter Kinder häufig anzutreffen. Die Eltern können insgesamt als misstrauisch und ungeduldig, feindselig und hoffnungslos beschrieben werden.

**Diagnostik**

**Kind**

**Körperliche Untersuchung**

Es finden sich:

- ▶ Gedeihstörung wegen inadäquater Ernährung,
- ▶ Schlechter Pflegezustand (wie rezidivierende Windeldermatitis [20]).

**Verhaltensbeschreibung**

Die Schilderungen der Eltern werden erweitert durch die eigene Beobachtung in der Untersuchungssituation und die Beobachtung von Dritten wie Pflegepersonal, Psychologen, Pädagogen.

Beispiel für auffälliges Verhalten eines dreimonatigen Kindes bei der Früherkennungsuntersuchung U4 [20]:

- ▶ reaktives Lächeln fehlt,
- ▶ wenig Blickkontakt des Kindes,
- ▶ Kind auffallend ruhig/apathisch.

**Entwicklung**

Die Schilderung des Entwicklungsverlaufes des Kindes durch die Mutter gibt Aufschluss über Stärken und Kompetenzen. Bei Verdacht auf Vernachlässigung müssen die kognitive Entwicklung und die Sprache differenziert untersucht werden.

**Familie und Umfeld**

**Eltern-Kind-Interaktion**

Bereits bei sehr jungen Säuglingen lassen sich auffällige Beziehungsmuster diagnostizieren. Tabelle 2 beschreibt offene und versteckte Ablehnung eines Kin-

Tabelle 2

**Offene oder versteckte Ablehnung eines Kindes (Beispiel der Früherkennungsuntersuchung U4 eines 3-monatigen Kindes [20])**

**Wenig freundlicher Umgang mit dem Kind**

Mutter lächelt selten

Wirkt überwiegend ärgerlich

Angespannt

**Geringe Zärtlichkeit**

Kaum zärtliche Berührungen

Kind wird mit spitzen Fingern angefasst

Kind wird meist weit weg vom eigenen Körper gehalten

**Häufige verbale Restriktionen**

Negative Feststellungen über das Kind

Vorwürfe in sehr ärgerlichem Ton, so als könnte der Säugling entsprechend reagieren, wenn er nur wollte

des am Beispiel der Früherkennungsuntersuchung U 4 [20]:

- ▶ Mutter vermeidet Körperkontakt mit dem Kind,
- ▶ Mutter übergeht deutliche Signale des Kindes.

Die Väter müssen in der Regel ausdrücklich einbestellt werden, damit man einen Eindruck von der Interaktion zwischen ihnen und ihren Kindern bekommt.

### Familiäre Belastungen

Im Gespräch mit den Eltern lässt sich deren Lebenssituation erfragen: Wohnung, soziale Kontakte, Interessen und finanzielle Belastungen, belastende Lebensereignisse wie Trennung oder Scheidung und behandlungsbedürftige psychiatrische Erkrankungen der Eltern wie Depressionen oder Suchtprobleme. Die „assozierten aktuellen abnormen psychosozialen Umstände“ [17] operationalisieren akute und chronische Stressoren, die im Rahmen einer eingehenden Anamneseerhebung abgefragt werden können.

### Beurteilungen und Qualitätskriterien

Die Arbeit mit sozial benachteiligten Familien erfordert einen aktiven Zugang [18]. Diagnostik und Beratungsgespräche sind im Zusammenhang mit Vernachlässigung zeitaufwändig und häufig mühsam. Es ist schwer, bei Entwertungen gelassen zu bleiben und Angriffe der Eltern nicht persönlich zu nehmen. Entwertungen und Feindseligkeiten können Ärzte und andere Helfer nur dann begegnen, wenn sie über ausreichend Unterstützung, über Kompetenz in Gesprächsführung und über ein Netz von Kooperationspartnern sowie klare Konzepte verfügen. Konstruktiv ist es, den Eltern gegenüber Wertschätzung auszudrücken und Zukunftsoptionen zu entwickeln.

Verhaltensfragebögen und die Anwendung von altersentsprechenden Testverfahren zur Beurteilung der Entwicklungsproblematik tragen zur Strukturierung der Daten bei. Verhaltensbeobachtungen sind situationsabhängig. Die Beobachtungen von Eltern und Arzt und die Darstellung der Kinder müssen dennoch ein Mindestmaß an Übereinstimmung haben, um überhaupt mögli-

che Behandlungsziele definieren zu können. Solange dies nicht der Fall ist, muss man sich erst einmal über die Beschreibung von Verhaltensweisen eines Kindes verständigen.

Aus Verhaltensbeurteilung, Entwicklungsdiagnostik, dem Verlauf und den bisherigen Interventionen lässt sich in einer zusammenfassenden Bewertung eine Problemdefinition erarbeiten, die in Behandlungskonzepte umgesetzt werden kann. Die Bewertung und Gewichtung sollte reflektiert, möglichst in Zusammenarbeit mit den beteiligten Fachleuten erfolgen. Beispielhafte Zusammenhangsanalysen geben Poustka u. Goor-Lambo [16] anhand von Fallbeispielen. Leitlinien und Manuale geben Entscheidungshilfen [3, 5, 6, 13].

Die Einschätzung der Gefährdung eines Kindes muss dokumentiert werden.

### Behandlungsziele

Im Vordergrund stehen Entlastung und Bewältigung des Alltages durch praktische Hilfen. Im Mittelpunkt stehen die Entwicklungsförderung des Kindes und die Anregung und Stärkung von Kompetenzen bei Kind und Eltern.

Behandlungen sind innerhalb des Gesundheitswesens möglich. Häufig sind Hilfen nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz erforderlich. Zur Leistungsbegründung muss dem Jugendamt gegenüber dargelegt werden, dass eine

seelische Behinderung nach §35 a des Kinder- und Jugendhilfegesetzes vorliegt oder droht.

Ambulante Hilfen sind beispielsweise Logopädie und Beschäftigungstherapie, Einzelpsychotherapie, Familientherapie und Erziehungsberatung (Tabelle 3). Eine teilstationäre Behandlung kann in einer Tagesklinik oder in einer heilpädagogischen Tagesstätte stattfinden oder in Form einer sozialpädagogischen Einzelfallhilfe. Die Empfehlung zu einer stationären Behandlung in einer Klinik oder in einem heilpädagogisch-therapeutischen Heim muss bei schweren Störungen anhand der Entwicklungserfordernisse des Kindes mit den Eltern erarbeitet und gut begründet werden. Die Entwicklungsförderung (z. B. mit dem Ziel einer guten Schullaufbahn) lässt Eltern ihre Bedenken zurückstellen.

Rechtliche Schritte können erforderlich werden wie eine Inobhutnahme oder eine Anhörung beim Familiengericht für eine Entscheidung über die Zuführung zu medizinischer Behandlung und über das Aufenthaltbestimmungsrecht der Eltern.

**Das im Kinder- und Jugendhilfegesetz beschriebene Hilfeplanverfahren liefert eine geeignete Struktur, wie Behandlungskonzepte im Zusammenwirken mit den Betroffenen erarbeitet und verbindliche Zielvereinbarungen festgelegt werden.**

Tabelle 3  
Behandlungsmodalitäten

	Gesundheitswesen	Jugendhilfe
Ambulant	Ergotherapie Logopädie Psychotherapie	Erziehungsberatung Familientherapie
Teilstationär	Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	Heilpädagogische Tagesstätte Sozialpädagogische Einzelfallhilfe
Stationär	Kinderklinik Sozialpädiatrisches Zentrum Kinder- und Jugendpsychiatrie	Pflegestelle Heilpädagogisch-therapeutisches Heim Wohngruppe
Rechtliche Schritte Familiengericht	Inobhutnahme (Kinder- und Jugendhilfegesetz §42) Zuführung zu medizinischer Behandlung Einschränkung des Aufenthaltbestimmungsrechts	

Hilfepläne können mit Zustimmung der Betroffenen zur Festlegung von Zuständigkeiten und zur Rückmeldung an die beteiligten Fachleute weitergegeben werden.

Die Vereinbarung von Folgeterminen ermöglicht eine Erfolgskontrolle und das Definieren neuer Ziele. Die Ergebnisqualität lässt sich am Entwicklungsverlauf der Kinder, an der globalen Anpassung eines Kindes und an der Entwicklung der Problemlösefähigkeiten, des Organisationsgrades und des emotionalen Klimas der betroffenen Familien festmachen.

### **Einzelfall und gemeindeorientierter Ansatz: Früherkennungsuntersuchungen**

Die Einzelfallorientierung erfordert die Verknüpfung und Abstimmung von Hilfen aus unterschiedlichen Bereichen. Sie muss ergänzt werden durch einen übergreifenden Ansatz. Gemeindeorientierte Behandlungsprogramme durch Hausbesuche von Krankenschwestern tragen zu einer Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung und zur messbaren Verminderung von Gewalt bei, zumindest in Familien, in denen es keine schwerwiegenden Formen von Gewalt zwischen den Erwachsenen gibt [1]. Gemeindeorientierte Ansätze können zu einer Verbesserung der Versorgung von sozial benachteiligten Familien und zu einer Verbesserung der Entwicklung von Kindern beitragen.

Die Früherkennungsuntersuchungen bieten vom Prinzip her sowohl den einfallorientierten als auch einen gemeinschaftsorientierten Ansatz. Gerade Risikogruppen wie allein Erziehende, junge Mütter und Mütter mit mehreren Kindern werden aber durch die Früherkennungsuntersuchungen nur unzureichend erfasst. Ihre Teilnahme ließe sich durch Einladungsmodelle und durch regionale Rückmeldesysteme gewinnen.

Vernachlässigung von Kindern ist als Thema nicht so spektakulär wie körperliche Misshandlung und sexueller Missbrauch. Es handelt sich um einen

lang andauernden Prozess mit nachhaltigen Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung. Ein isoliertes Vorkommen von Vernachlässigung wäre ungewöhnlich. Vielmehr kommen unterschiedliche Misshandlungsformen und psychosoziale Belastungen gleichzeitig vor. Mit dieser Tatsache hängt es zusammen, dass der Forschungsstand und die Versorgungssituation bei Kindesvernachlässigung noch in den Kinderschuhen stecken.

## **Literatur**

1. Eckenrode J, Ganzel B, Henderson ChR et al. (2000) Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation. The limiting effects of domestic violence. *JAMA* 284: 1385–1391
2. Esser G, Weinel W (1990) Vernachlässigende und ablehnende Mütter in Interaktion mit ihren Kindern. In: Martinus J, Frank R (Hrsg) Vernachlässigung, Mißbrauch und Mißhandlung von Kindern. Erkennen, Bewußtmachen, Helfen. Huber, Bern Stuttgart Toronto, S 22–30
3. Fegert JM, Tiedke K, Frank R (2000) Vernachlässigung, Mißhandlung, sexueller Mißbrauch. In: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg) Leitlinien zu Diagnostik und Therapie psychischer Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzteverlag, Köln, S 381–392, auch unter <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF>
4. Frank R (1995) Kinderärztlich-kinderpsychiatrische Untersuchungen an mißhandelten und vernachlässigten Kindern und deren Familien. Med. Habilitation, Universität München
5. Frank R (1999) Vernachlässigung/Kindesmißhandlung (ICD 10: Z 61, Z62). In: Reinhardt D, Creutzig U, Kiess W, Luthardt T, Michalk D, Schmidt E, Ulmer H (Hrsg) Leitlinien Kinderheilkunde und Jugendmedizin. Urban & Fischer, München Jena, S 17–20
6. Frank R, Räder K (1994) Früherkennung und Intervention bei Kindesmißhandlung, Forschungsbericht. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (Hrsg), München
7. Graf J, Frank R (2001) Parentifizierung. Die Last, als Kind die eigenen Eltern zu bemuttern. In: Walper S, Pekrun R (Hrsg) Familie und Entwicklung: Perspektiven der Familienpsychologie. Hogrefe, Göttingen, S 314–344
8. Kaplan SJ, Pelcovitz D, Labruna V (1999) Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38: 1214–1222
9. Klein W (1996) Kindesmisshandlung: Verhalten und Interaktion von misshandelten Kindern und ihren Eltern. Med. Dissertation, Universität Freiburg
10. Kopecny-Wenzel M, Frick U, Frank R (2002) Evaluation des „Leitfadens für Kinderarztpraxen in Bayern Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“. Teil 1: Häufigkeiten von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. *Kinderärztl Prax* 388–393
11. Laucht M, Esser G, Schmidt MH (1992) Verhaltensauffälligkeiten bei Säuglingen und Kleinkindern: Ein Beitrag zu einer Psychopathologie der frühen Kindheit. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 20: 22–33
12. Laucht M, Esser G, Schmidt MH et al. (1996) Viereinhalb Jahre danach: Mannheimer Risikokinder im Vorschulalter. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 24: 67–81
13. Lösel F, Holzberger D, Bender D (1999) Risk assessment of dangerous carers: a pilot study on Bridge Alert in Germany. University of Erlangen-Nuremberg, Erlangen
14. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans ASE, Herbison GP (1996) The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: a community study. *Child Abuse Neglect* 20: 7–21
15. Pfeiffer E, Frank R, Lehmkühl U (2001) Psychische Langzeitfolgen von Kindesmißhandlung. *Familie Partnerschaft Recht* 7: 282–287
16. Poustka F, Goor-Lambo G von (2000) Fallbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie. Erfassung und Bewertung belastender Lebensumstände von Kindern nach Kapitel V (F) der ICD-10. Ein Lese- und Lernbuch. Huber, Bern Stuttgart Toronto
17. Remschmidt H, Schmidt M, Poustka F (Hrsg) (2001) Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV, 4. Aufl. Huber, Bern Stuttgart Toronto
18. Seus-Seberich E (2001) Erziehungsberatung bei sozial benachteiligten Familien. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 50: 265–278
19. Strathearn L, Gray PH, O'Callaghan MJ, Wood DO (2001) Childhood neglect and cognitive development in extremely low birth weight infants: a prospective study. *Pediatrics* 108: 142–151
20. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (1991) Hinweise zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter. Reihe Diagnose-Therapie, Bd 10. Deutscher Ärzteverlag, Köln