

www.KinderSchutzGruppe.de

**Suggestionfreie Anamnese und Gesprächsführung**

- Prof. Dr. Meinolf Noeker, Dipl. Psych. -  
 1984-2011: Zentrum für Kinderheilkunde  
 Universitätsklinikum Bonn

seit 2012: Landesrat für Krankenhäuser und Gesundheitswesen  
 LWL-Psychiatrieverbund  
 Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
 Münster

**Gespräche mit Eltern**

- Phase 1: Abklärung eines Verdachtes und Einschätzung des Gefährdungsrisikos  
 = *Abklärungs- oder Konfliktgespräch*
- Phase 2: Motivierung zur Inanspruchnahme von Hilfen  
 = *Beratungsgespräch*

Wir sprechen mit mindestens **zwei** Persönlichkeitsanteilen eines elterlichen Täters:  
 Ambivalenz; approach-avoidance;  
 Ego States rasch fluktuierend

Fachkraft

**Splitting zwischen beiden Elternteilen**

Fachkraft

Wir sprechen mit mindestens **zwei** Persönlichkeitsanteilen eines elterlichen Täters:  
 Ambivalenz; approach-avoidance;  
 Ego States, oft rasch fluktuierend

Fachkraft

**Anteil im Widerstand: Einzelmotive**

1. Konkrete Bedrohung vor Inobhutnahme, Sorgerechtsentzug, Auflösung der Familie
2. Damit einhergehend abgrundtiefe Beschämung vor Familie, Nachbarschaft, Kollegen
3. Tiefe Kränkung: Selbstbild als gute Eltern beschädigt ("ich liebe doch meine Kinder!")
4. Schuldgefühl: Konfrontation mit fundamentalem Fehlverhalten, das ich selbst bereue
5. Bei hoch strittigen Partnerschaften ("Wer ist der Böse von uns beiden?"): Befürchteter Zugewinn an (moralischer) Macht für den Partner, nun mit amtlichem Siegel.
6. Rhetorik einer "falschen Beschuldigung durch Klinik / JA" hilft zumindest vorübergehend bei der Gesichtswahrung



### Widerstand auf der Verhaltensebene

#### Strategie: „Mauern“

- „Jetzt nur nichts rauslassen, zu Hause bringen wir das intern in Ordnung!“
- „Wir lösen das ohne diese Sozialtypen“.
- „Alle werden eingeschworen, dicht zu halten“
- „Verräter in der Familie müssen mit Strafe und Ausschluss rechnen! Wer nicht für uns ist, ist gegen uns!“

#### Strategie: „Selbst in die Opferrolle gehen“

- Vertrautes Interaktionsschema in der Familie: Täter <-> Opfer
- „Die Profis beschuldigen uns zu Unrecht. Wir müssen uns wehren. Dazu haben wir das Recht!“

### Kooperativer Anteil: Einzelmotive - stärker beim Partner als beim Täter -

#### Insbesondere bei chronischer Kindeswohlgefährdung:

1. Sehnsucht nach einem Ausweg, Verzweiflung
2. Wissen, dass man aus eigener Kraft keine Wendung schafft, z.B. bei Eltern mit Suchtproblemen, starken Problemen der Impulskontrolle, vielfach gebrochenen Vorsatz und Versprechen innerhalb der Partnerschaft, dass alles besser werden wird
3. Inneres Wissen um Überforderung und Wunsch nach Hilfe (“So geht es nicht weiter, wir brauchen eine Zäsur von außen”)
4. Schuldgefühle gegenüber Kind und Partner

### Sprechen mit dem Anteil “Widerstand”

#### 1. Keine Drohungen!

- „Wenn Sie sich nicht mit uns zusammenarbeiten, muss ich das Jugendamt informieren!“ „Ich könnte Sie auch anzeigen!“
- Drohungen brechen in der Regel nicht den Widerstand, sondern legitimieren ihn erst und verfestigen ihn so.

#### 2. Respektvoll bleiben

- Unschuldsvermutung
- Wir strahlen nonverbal den Beziehungskontext “Hilfe” und nicht den Kontext “Strafe” aus.
- Grundregel: Respekt gegenüber der Person, Kritik gegenüber schädigendem Verhalten
- Entwerten Sprechen und Handeln ung triggert Beschämung und Beschämung triggert Widerstand

#### 3. Cave: Keinen Anlass bieten zum empörten Beziehungsabbruch (Inszenierung)

- “Das lasse ich mir nicht bieten. Wir verlassen sofort die Klinik. Komm, Petra, wir gehen!”

### Sprechen mit dem kooperativen Anteil

#### Grundhaltungen

- empathisch einfühlend in die elterliche Perspektive, ohne sich damit zu identifizieren und zu verschmelzen
- Beharrlich auf klares weiteres Vorgehen und Absprachen insistieren, aber ohne Anklage
- Vorsichtige Angebote der Eltern zum weiteren Verfahren ernst nehmen und aufgreifen
- Suchend, einladend zur gemeinsamen Klärung

### Sprechen mit dem kooperativen Anteil

#### Formulierungsvorschläge

„Wir müssen sicher gehen, dass Ihrem Kind und Ihnen geholfen wird, um zukünftige Verletzungen/Gefährdungen zu verhindern.“

#### Bei stetig ausweichenden Eltern: Technik der zersprungene Schallplatte

“Wir können die Ursache der Schädigung bis jetzt nicht klar erklären. Wir haben Sorge um Ihr Kind! Wir müssen die Ursache verstehen, um das Kind zu schützen. Sie haben in unserem Gespräch mehrfach zum Ausdruck gebracht, dass Sie Ihr Kind lieben und nur das Beste für es wollen. Auch für uns als Professionelle steht der Schutz Ihres Kindes im Mittelpunkt. Der Schutz Ihres Kindes soll unsere gemeinsame Arbeitsgrundlage sein. Lassen Sie uns dabei zusammen arbeiten. Unser Vorschlag zum weiteren Vorgehen ist wie folgt: ...”

„Wenn wir hier zu keiner Lösung kommen, halte ich es für sinnvoll, das Jugendamt mit einzubeziehen, da das Jugendamt über weiterreichende Möglichkeiten zur Klärung und Unterstützung verfügt. Ich mache mir große Sorgen um die Sicherheit und Wohlergehen ihres Kindes. Ich schätze die Belastungen so hoch ein, dass schnell etwas passieren muss.“

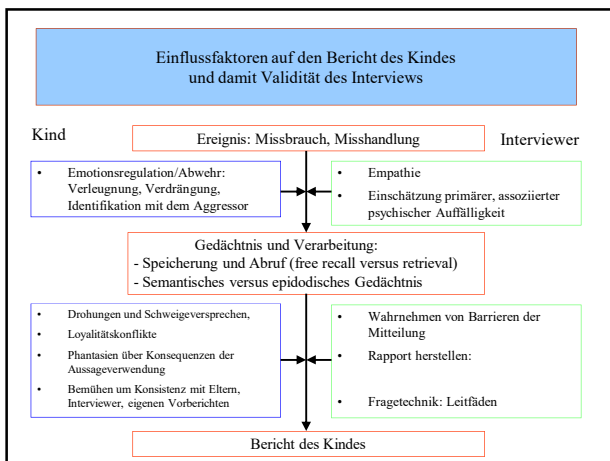
### Teil B: Suggestionsfreie Anamnese und Gesprächsführung mit Kindern zur Verdachtsklärung

im Analogieschluss auch auf Gespräche mit Eltern und Zeugen anwendbar!

#### Übersicht

1. Leitlinien und Anamnesebogen
2. Einflussfaktoren auf die Selbstauskunft des Kindes beim Interview
3. Fragetechniken und Fragetypen
4. NICHD Investigative Protocol: Interview-Procedere im Detail
5. Zusammenfassung: Step-Wise-Interview





### Funktion und Kontext von Interviews: forensisch versus psychotherapeutisch

Dimension	Forensisch	Therapeutisch
<b>Wahrheit</b>	Objektiver Geschehensablauf, Fakten	Subjektive Repräsentanz und Bedeutungsgebung, Verarbeitung
<b>Grundhaltung</b>	Neutral, unparteilich	Supportiv, verständnisvoll, ggfs. parteilich
<b>Strukturierungsgrad</b>	Strukturiert, standardisiert	prozessorientiert
<b>Umfang</b>	Fokal auf Episoden der Misshandlung gerichtet	Breiter angelegt auf biographischen Kontext

- ### Dokumentation von Interviews
- Weitgehend in Worten des Kindes
  - beschreibend, nicht interpretierend; „Wir schreiben einen Bericht, keinen Aufsatz“
  - Affekt des Kindes auf der Ebene beobachtbaren Verhaltens dokumentieren (Weinen, Verstummen, Schweigen, Blick wegdrehen)
  - Therapeutische Interventionen nur sehr restriktiv einsetzen wegen Gefährdung der Glaubwürdigkeit vor Gericht

### Frageformen und Beispiele bei sexuellem Missbrauch

Offene Fragen	„Was hast Du gesehen?“ „Was passierte dann?“ „Wie ging es dann weiter?“
Bestimmungsfragen	„Um welche Uhrzeit warst Du dort?“ „In welchem Zimmer seid Ihr gewesen?“
Auswahlfragen	„War das im Bett oder auf der Couch?“
Ja-Nein-Fragen	„Hat der Papa etwas gesagt?“

### Frageformen und Beispiele bei sexuellem Missbrauch

Fragen mit Vorannahmen	„Hat er dann den Penis herausgeholt?“
Fragewiederholungen	„Sagst Du wirklich die Wahrheit? Also, hat er den Penis herausgeholt? Das stimmt doch, oder?“
Vorwürfe	„Das kann ich gar nicht glauben, dass du das vergessen hast“ „Und dann hast Du das auch noch mitgemacht, das kann ich gar nicht verstehen!“
Bewertungen, Beschreibungen	„Als er das machte, hat er dann auch gekeucht und gestöhnt?“

### Frageformen und Beispiele bei sexuellem Missbrauch

Vorgabeneinengung	„Hat er die Hose bis zu den Knien oder bis den Knöcheln heruntergezogen gehabt?“
Drohungen/ Versprechungen	„Wenn Du mir jetzt nicht alles sagst, kannst Du nicht nach Hause!“ „Wenn Du endlich genau sagst was los gewesen ist, wird es Dir besser gehen und Du musst auch nicht mehr zu ihm hin!“
Vorausgesetzte Fakten	„Du sagst also, sein Glied war steif. Dann hat er also daran gerieben, oder !?“
Druck zur Anpassung	„Dein Freund sagte, der Mann hat dann onaniert. Das musst Du doch auch genau gesehen haben, oder nicht?!“



### Gesprächsführung: Allgemeine Richtlinien I

1. Differenzierung von
  - a. objektiver Wahrheit (Fakten / Befund),
  - b. innerer Wahrheit (Gefühl, Erleben des Kindes),
  - c. eigene Gefühlsreaktion (Gegenübertragung)
2. Kein Ausdruck von (*eigenem!!*) Ekel, Empörung gegenüber dem Kind (Gegenübertragung): Suggestive, verfälschende Wirkung!  
 Dagegen: Validierung der Gefühlsreaktion *des Kindes* und deren Angemessenheit kann o.k. sein (VEE, Paraphrasieren)

### Gesprächsführung: Allgemeine Richtlinien II

1. Ausstrahlen von Sicherheit: Kind verstummt, wenn es fürchtet, Interviewer zu überfordern.
2. Sicherung des Kindeswohles bei hochakuter Gefährdung versus Zeit nehmen für profunde, kollegial abgestimmte Klärung
3. Ambiguitätstoleranz entwickeln: Koexistenz wahrnehmen von Gewalt / Bindung zwischen Täter und Kind, Täter und Partner (keine borderlinetypische Dämonisierung, sondern ggfs. Telearbeit mit Subpersönlichkeiten des Kindes: ein Teil mag den Papa, ein Teil verabscheut ihn)

### NICHD Investigative Protocol

1. Einleitung
  - (Vorstellung) Hallo, Mein Name ist ... und ich bin ... (Berufsbezeichnung).
  - (Rolle) Eine Aufgabe in meinem Beruf ist es immer wieder, mit Kindern (Jugendlichen) über Sachen zu sprechen, die ihnen passiert sind. Ich spreche mit vielen Kindern, damit sie die Wahrheit sagen können.
  - (Wahrheit) Bevor wir beginnen, möchte ich besprechen, was Wahrheit ist und warum sie wichtig ist.
  - (Ermunterung, Nichtwissen mitzuteilen) (Bei kleinen Kindern) Wenn ich sage meine Schuhe sind rot, ist dies wahr oder nicht wahr (Antwort) .. Nein, das ist nicht wahr. Wahr ist, dass sie schwarz sind... Wenn ich dich frage „Wie heißt mein Hund?“, was würdest Du sagen? (Antwort) .. Du kennst die Wahrheit nicht, denn Du kennst meinen Hund nicht. Dann sagst Du am besten: „Ich weiss es nicht“.
  - (Ermunterung zu korrigieren) Was sagst Du, wenn ich einen Fehler mache und sage, „Du bist zwei Jahre alt“. Du sagst, „das stimmt nicht“. Jetzt weißt Du, dass Du es mir sagst, wenn ich etwas sage, was nicht wahr ist.“

### NICHD Investigative Protocol

2. Aufbau von Rapport
  - „Jetzt möchte ich Dich gerne etwas besser kennen lernen. Erzähl mir, was Du gerne machst (Vermeiden von Erzählungen zu TV, Video, Phantasy)“
3. Training im Episodischen Gedächtnis
  - (Möglichst ein Ereignis eruieren, das in der Zeit des Vorfalls liegt) „Vor einigen Tagen hast Du Geburtstag gehabt, ist Ostern gewesen... Erzähle mir bitte, was geschah an Deinem Geburtstag ... Erinnerung Dich noch einmal genau an den Tag und erzähle mir was an dem Tag geschehen ist. Beginne mit dem Aufstehen morgens ... und was geschah dann ... Erzähl mir alles was dann noch geschah bis zu dem Moment als du in's Bett gegangen bist. Eben hast Du davon erzählt, dass .. erzähl mir alles darüber.“
  - (Gestern) Erzähl mir alles was gerne passiert ist. Von der Zeit, als du aufgestanden bist bis zu dem Moment als du schlafen gegangen bist. Erzähle bitte alles ganz genau, lass nichts aus.

### NICHD Investigative Protocol

4. Übergang zu den Kernthemen des Interviews
  - „Jetzt, wo ich Dich etwas besser kenne, möchte ich gerne mit Dir darüber sprechen warum Du hier bist. (Wenn das Kind spricht, zuhören; wenn das Kind einen konkreten Vorfall berichtet, weitermachen mit Frage x; Falls das Kind nicht spricht): Ich habe Dir ja erzählt, dass ich mit Kindern über Dinge spreche, die ihnen passiert sind. Was meinst Du, warum Deine Mutter dich heute zu mir gebracht hat. (falls keine Antwort) Ich habe gehört, dass Du / Ihr schon mit ... darüber gesprochen habt. Erzähl mir was Ihr gesprochen habt ... Ich sehe (habe gehört), dass Du blaue Flecken ... auf Deinem Gesicht (Po) hast. Erzähl mir alles darüber...“
  - Hat Dir irgendjemand weh getan? (keinesfalls den Namen eines Verdächtigen anbieten). Hat jemand etwas getan was du nicht richtig findest? Hat Dich jemand geschlagen/Deinen Pipimann berührt. Dein Lehrer/Mutter/Doktor hat mir erzählt, dass ... und ich möchte verstehen, was passiert ist.

### NICHD Investigative Protocol

5. Explorieren des Vorkommnisses
  - (Offene Fragen) „Was geschah genau? Erzähl mir mehr darüber.(Bei spezifischem, räumlich-zeitlich umschriebenen Ereignis:). Denk zurück an diesen Tag und erzähl mir alles, was passierte von dem Moment an .. bis zu dem Moment. Du hast davon erzählt, dass .. Erzähl mir mehr davon.“
  - (Fokusfragen: Offene Fragen werden gestellt zu bestimmten Situationen, die das Kind ansatzweise berichtet hat) Du hast erwähnt, dass einer Deiner Klassenkameraden das gesehen hat. Wie heisst er? Was machte er gerade? .. Ist das einmal geschehen oder öfter als einmal? (ggfs. auch ein anderes Vorkommnis zeitlich-räumlich explorieren). Erzähle mir, was beim letzten Mal geschah. .. Du hattest gesagt, dass Dein Onkel „an dir herumgefingert habe/Sex mit dir gemacht hätte“. Erzähle mir genau was er gemacht hat.
6. Pause (Klärung noch offener Fragen)



**NICHD Investigative Protocol**

7. Explorieren noch unvollständiger Informationen  
 (Fokusfragen: Offene Fragen werden gestellt zu bestimmten Situationen, die das Kind ansatzweise berichtet hat) „Als du die Situation im Keller erzählt hast, hast du erwähnt, dass er seine Hose ausgezogen hat. Was geschah mit deiner Kleidung? .. Hat er Dich über deiner Kleidung berührt? Erzähl mir mehr ... Hat er dich unter deiner Kleidung berührt? Erzähl mir mehr.“

8. Vertiefung, falls das Kind erwartete, relevante Informationen nicht liefert.  
 „Ich hörte dass du mit .. darüber gesprochen hast. Erzähl mir worüber ihr gesprochen habt. Erzähl mir mehr darüber. Ich habe gehört, dass du gesagt hast (knappe Zusammenfassung ohne Angabe von Details). Erzähl mir alles darüber. ... Ich habe gehört, dass jemand gesehen hat, wie ... erzähl mir alles darüber.“

**NICHD Investigative Protocol**

9. Exploration der Mitteilung des Vorkommnisses. „Ich möchte gerne erfahren, wie andere Menschen davon erfahren haben, was vorgefallen ist. Wer hat als erster, nach dir und (dem Täter) davon erfahren was vorgefallen ist? Weißt sonst noch jemand davon?“

10. Abschluss. „Danke. Gibt es noch etwas, was ich wissen sollte? Gibt es etwas, was du mir noch sagen möchtest? Wenn du später noch einmal mit mir sprechen möchtest, kannst du mich so erreichen. ... Was wirst du heute noch tun?“

**NICHD Investigative Protocol: Evaluation**

Studien zur Evaluation

- Cyr et al. (2006): Quebec
- Lamb et al. (2006): UK
- Sternberg et al. (2001): USA

Ergebnisse

- Dreifach erhöhte Verwendung offener Fragen
- Halbierung suggestiver Fragen
- 50% Erfassung relevanter Detailinformationen zu Vorkommnissen

**Offene Fragen der Interviewtechnik**

Gesprächsführung bei starken Barrieren, fehlender Bereitschaft sich mitzuteilen

- Widerstandsanalyse (TP): „Was befürchtest Du, was passieren könnte, wenn Du erzählst was passiert ist?“
- Zirkuläres Fragen (Systemtherapie): „Wie werden der Täter / Deine Eltern wohl reagieren, wenn Du mir erzählst was passiert ist?“

**Step-Wise Interview (Yullie et. Al, 1993)**

1. Rapport herstellen
2. Zwei spezifische Vorkommnisse explorieren (z.B. Geburtstagsfest)
3. Herausstellen der Notwendigkeit , die Wahrheit zu sagen
4. Thema des Gesprächs einführen
5. Freie narrative Schilderung
6. Weiterführende, allgemeine, nicht suggestive Fragen
7. Spezifische Anschlussfragen
8. Hilfsmittel der Interviewdurchführung (anatomische Puppen)
9. Abschluss

**Suggestionfreie Anamnese und Gesprächsführung**

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

- Prof. Dr. Meinolf Noeker, Dipl. Psych. -

LWL-Psychiatrieverbund  
 Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
 Münster

Bis 2011: KinderSchutzGruppe  
 Zentrum für Kinderheilkunde der Universität Bonn



universität**bonn** www.KinderSchutzGruppe.de universitätsklinikum**bonn**

## Münchhausen-by-proxy-Syndrom

- Prof. Dr. Meinolf Noeker, Dipl. Psych. -  
1984-2011: Zentrum für Kinderheilkunde  
Universitätsklinikum Bonn

seit 2012: Landesrat für Krankenhäuser und Gesundheitswesen  
LWL-Psychiatrieverbund  
Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
Münster

universität**bonn** www.KinderSchutzGruppe.de universitätsklinikum**bonn**

## Definition

(Rosenberg, 1987; Noeker & Keller, 2002; Noeker, 2004, 2005)

- 1) Vorliegen eines Beschwerdebildes bei einem Kind, das durch ein Elternteil oder einen Erziehungsberechtigten vorgetäuscht und/oder aktiv herbeigeführt wurde;
- 2) Vorstellung des Kindes zur medizinischen Untersuchung und länger andauernden Versorgung, häufig einhergehend mit multiplen medizinischen Prozeduren;
- 3) Die Täterin verleugnet ihr Wissen um die wirklichen Ursachen des Beschwerdebildes;
- 4) Akute Symptome und Beschwerden bilden sich meistens zurück, wenn das Kind von der Täterin getrennt wird.

universität**bonn** www.KinderSchutzGruppe.de universitätsklinikum**bonn**

## Klinische Leitsymptome

(Rosenberg 1987)

- zerebrale Krampfanfälle (42%)
- Apathie- /Komazustände (19%)
- Apnoen (15 %)
- rezidivierende Durchfälle (11 %) bzw.
- Erbrechen (10%)
- Blutungen (44%)
- Fieber unklarer Genese (10%)
- Hautausschläge (9%)

universität**bonn** www.KinderSchutzGruppe.de universitätsklinikum**bonn**

## Warnhinweise I: Klinische Merkmale

1. Persistierende, rekurrende, atypische Symptomatik, die trotz gründlicher Durchuntersuchung zu keiner Erklärung führt.
2. Die "Diagnose" bleibt deskriptiv
3. Kein Ansprechen auf etablierte Therapie
4. Gehäufte Komplikationen in der Therapiedurchführung (Infektionen intravenöser Zugänge, Erbrechen von Medikation).

universität**bonn** www.KinderSchutzGruppe.de universitätsklinikum**bonn**

## Warnhinweise II: Klinische Merkmale

5. Physiologisch unplausible Laborbefunde (unübliche Substanzen in Blut, Urin, Stuhl oder Magen; unübliche Mikroorganismen).
6. Lückenhafte oder verfälschte Behandlungsanamnese.  
Geringe Kooperativität bei der Mutter, Vorbefunde und Arztbriefe beizubringen mit dem Ziel:
  - Maximierung von Wiederholungsuntersuchungen
  - Verschleierung der Behandlungsanamnese

universität**bonn** www.KinderSchutzGruppe.de universitätsklinikum**bonn**

## Warnhinweise III: Merkmale der Mutter

7. Ständige Anwesenheit der Mutter bei ihrem Kind während des Klinikaufenthaltes
8. Entwicklung enger, vertraulicher Beziehungen zum Klinikpersonal.
9. Ausbildung und/oder Berufserfahrung im medizinischen Bereich. Die Mutter:
  - kommuniziert vorzugsweise in medizinischer Fachterminologie,
  - macht eigenständige Vorschläge zum weiteren diagnostischen Prozedere,
  - insistiert auf bestimmte, bevorzugt invasive Prozeduren.



universität bonn  
www.KinderSchutzGruppe.de  
universitäts  
klinikum bonn

### Warnhinweise IV: Merkmale der Mutter

10. Ungewöhnliche Gelassenheit bei akuten Krisenzuständen.
11. Vorliegen ähnlicher medizinischer Probleme wie beim Kind, ohne dass eine familiäre Häufung medizinisch plausibilisierbar wäre (Genetik, gleiche Expositions faktoren).
12. Emotional distanzierte Paarbeziehung

universität bonn  
www.KinderSchutzGruppe.de  
universitäts  
klinikum bonn

### Warnhinweise V: Familienanamnese

13. Unerklärliche Erkrankung oder Tod eines Geschwisterkindes
14. Emotionale Vernachlässigung, körperliche Misshandlung oder sexuellen Missbrauch.
15. Störungen des Krankheits- und Inanspruchnahmeverhaltens.

universität bonn  
www.KinderSchutzGruppe.de  
universitäts  
klinikum bonn

### Beste pathognomische Spezifität

Motivation der Mutter,

mit Hilfe der fabrizierten Symptomatik einen Bedarf nach eingehenderer medizinischer Diagnostik und Behandlung zu suggerieren,

um so stellvertretend über das Kind die Krankenrolle einnehmen zu können

universität bonn  
www.KinderSchutzGruppe.de  
universitäts  
klinikum bonn

### Differentialdiagnose des MbpS

1. Genuin pädiatrische Grunderkrankungen  
Cave: Komorbidität von genuiner Erkrankung und MbpS, z.B.:
  - Diabetes mellitus-Typ I und artifizielle Hypoglykämien
  - Genuine Epilepsie und artifizielle Anfälle
2. Störungen des Inanspruchnahmeverhaltens  
Simulation (hier: externer Gewinn);  
Elterliche Überbesorgtheit/Somatoforme Störung und Hypochondrie

universität bonn  
www.KinderSchutzGruppe.de  
universitäts  
klinikum bonn

### Klinisches Procedere I - Klinische Untersuchung -

- Zweigleisiger Untersuchungsgang: pädiatrisch und forensisch;
- Verifizieren der Herkunft von Untersuchungsmaterial (z.B. Blutgruppe)
- Toxikologisches Screening
- Photographische bzw. videographische Dokumentation
- Falls vertretbar, Medikation absetzen zur Beobachtung und Dokumentation der Baseline der Symptomatik

universität bonn  
www.KinderSchutzGruppe.de  
universitäts  
klinikum bonn

### Klinisches Procedere II - Dokumentation -

- Bezugspflege mit Zuordnung von Patient zu Krankenschwester mit paralleler Dokumentation: Konsistenz der Angaben?
- Dokumentation mütterlicher An- und Abwesenheit: Assoziation mit dem Symptomverlauf?



universität**bonn** www.KinderSchutzGruppe.de universitäts-  
klinikum**bonn**

## Klinisches Procedere III -Diagnostische Trennung -

- Hypothese entwickeln zur Methode der Symptomfabrikation.
- Diagnostische Trennung von Kind und Mutter erwägen. Welche klinischen Effekte sind erwartbar?
- Ankündigung einer diagnostischen Trennung bedeutet implizit Verdachtsmitteilung. Es droht Vereitelung der Diagnosestellung durch Selbstentlassung. Daher:
- **Erst interdisziplinäre Fallkonferenz, dann familienrechtliche Absicherung, dann klinische Umsetzung.**

universität**bonn** www.KinderSchutzGruppe.de universitäts-  
klinikum**bonn**

## Zusammenfassung

**Diagnostik**

- Puzzle aus Warnhinweisen
- Ausschluss genuine Erkrankung
- Ausschluss hypochondrische Krankheitsangst bei der Mutter
- Motivation der Mutter: Wunsch nach Einnahme der Krankenrolle?

**Klinisches Procedere**

- Pädiatrische wie forensische Dokumentation,
- Enge Indikationsstellung für invasive Prozeduren,
- Hypothesen durchspielen zur Symptomfabrikation,
- Kollegiale Abstimmung, Fallkonferenz
- Diagnostische Trennung?
- Bei fortbestehender Unklarheit:
  - Umfassende Schweigepflichtsentscheidung
  - offensive Verdachtsmitteilung im Familienverbund

