
**ZUM PROBLEM DER MIßHANDLUNG
MINDERJÄHRIGER AUS ÄRZTLICHER SICHT
(DIAGNOSTIK UND INTERVENTIONS-
MÖGLICHKEITEN)**

Konzept der Bundesärztekammer

Herausgeber:

Bundesärztekammer



**Texte und Materialien der Bundesärztekammer
zur Fortbildung und Weiterbildung**

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

Herausgeber:

Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern
Herbert-Lewin-Straße 1
50931 Köln

IV

Redaktion

Dr. med. J. Engelbrecht¹, Prof. Dr. med. T. Fürniss², Dr. med. R. Kielhorn-Haas³,
Dr. A. Koers⁴, Dr. med. F. Lehmann⁵, Prof. Dr. H. Olbing⁶, Prof. Dr. Dr. G. Ollenschläger⁷,
Dr. U. Otten⁸, Prof. Dr. K. Püschel⁹, Doz. Dr. sc. med. habil. D. Roesner¹⁰

- ¹ Bundesärztekammer, Leiterin des Dezernats Fortbildung und Gesundheitsförderung
- ² Direktor der Klinik u. Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Münster
- ³ Stellvertretende Vorsitzende der KV Berlin, Vorsitzende des Berufsverbandes der praktizierenden Ärzte, Berlin
- ⁴ Flevoziekenhuis 1, NL-RA Almere
- ⁵ Bundesärztekammer, Referent im Dezernat Fortbildung und Gesundheitsförderung
- ⁶ Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Essen
- ⁷ Leiter der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung, Köln
- ⁸ Vizepräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, Essen
- ⁹ Direktor des Instituts für Rechtsmedizin an der Universität Hamburg
- ¹⁰ Facharzt für Chirurgie und Kinderchirurgie, Dresden

Zum Problem der Mißhandlung Minderjähriger aus ärztlicher Sicht (Diagnostik und Interventionsmöglichkeiten) - Konzept der Bundesärztekammer

ISSN 0945-1951

NE: Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung, Bd. 17, 1. Auflage, 1998

Wichtiger Hinweis:

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, daß solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Warenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Bundesärztekammer unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

Bundesärztekammer ### Köln ### 1998

Vorwort

Kindesmißhandlung, Vernachlässigung oder sexueller Mißbrauch von Minderjährigen kommen so häufig in allen gesellschaftlichen Schichten vor, daß jeder Arzt, der regelmäßig Kinder behandelt, davon ausgehen muß, hiermit konfrontiert zu werden. Das erfordert präventive, diagnostische, therapeutische und sozialmedizinische Kenntnisse und Fähigkeiten.

Der 95. Deutsche Ärztetag 1992 in Köln hat daher eine Stellungnahme zum Problem „Mißhandlung Minderjähriger (Diagnostik und Interventionsmöglichkeiten)“ beschlossen und die Verantwortlichen in Ärzteschaft, Bund und Ländern aufgefordert, die im Kapitel XI erwähnten wünschenswerten Verbesserungen bei Problemen mit der Mißhandlung von Kindern zu berücksichtigen.

Obwohl inzwischen 6 Jahre vergangen sind, ist das Thema „Mißhandlung von Kindern“ heute gleichermaßen aktuell. Zwischenzeitlich wurde die Gesetzgebung zu den Tatbeständen des sexuellen Mißbrauchs Minderjähriger und der Kinderpornographie erheblich verschärft. Über Gewalt an Kindern, insbesondere über Tötungsdelikte, wird zwar in den letzten Jahren verstärkt in den Medien berichtet, hierfür scheinen jedoch problemferne Gründe wie Sensationslust und Steigerung von Auflagenziffern mehr die Ursache zu sein als statistisch erkennbare Häufigkeitszunahmen der Gewaltdelikte gegenüber Kindern. Wiederholt ist Ärzten vorgeworfen worden, sie hätten nicht hinreichend multiprofessionell mit Polizei und Staatsanwaltschaft kooperiert. Es ist daher zu fordern, daß Ärzte in derartigen Fällen mehr als bisher mit Jugendämtern und Strafverfolgungsbehörden zusammenarbeiten und daß diese Zusammenarbeit - falls erforderlich - auch vor Gesprächen und Eröffnungen mit den Patienten und den Eltern aufgenommen wird, um das prinzipielle Vorgehen abzustimmen. Erleichtert wird dieses Vorgehen, wenn die Ärzte bereits vorher Kontakt aufgenommen haben zu Beratungsstellen, dem Jugendamt sowie den Strafverfolgungsbehörden, um im Sinn eines guten Fallmanagements für eine adäquate Problemlösung für Kind und Erziehungsberechtigte vorbereitet zu sein.

Die Rechtslage des anzeigenden bzw. staatliche oder private Stellen informierenden Arztes kann hinsichtlich einer evt. Verletzung der Schweigepflicht als geklärt betrachtet werden: Entscheidet sich der Arzt nach grundsätzlichem Abwägen, daß das zu schützende Rechtsgut des Kindes (Leben und Gesundheit) höher zu bewerten ist, als der Anspruch der Eltern auf Diskretion, so ist er auch gegen deren ausdrücklichen Willen nicht an die Schweigepflicht gebunden. Auf der anderen Seite steht dem Arzt gegenüber Polizei und Gericht das Zeugnisverweigerungsrecht zu.

Die vorliegende Broschüre „Zum Problem der Mißhandlung Minderjähriger aus ärztlicher Sicht (Diagnostik und Interventionsmöglichkeiten)“ wird herausgegeben anlässlich der Ärztlichen Präventionstage 1998 „Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen“, um auch an dieser Stelle den Gedanken der Prävention zu unterstreichen. Die Prävention der Mißhandlung, der Vernachlässigung oder des sexuellen Mißbrauchs von Kindern beginnt lange vor der Geburt. Oft sind Mißhandler selbst mißhandelt worden. Im Rahmen der psychosozialen Grundversorgung ist daher sowohl die Situation der gesamten Familie (Konflikte, Kontakte nach außen, finanzielle Situation) als auch das Verhalten der Kinder auf Risiken für Mißhandlung zu prüfen. Im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern ist daher die Ansprache von Störungen der emotionalen und sozialen Entwicklung ebenso vorgesehen wie das Aufdecken von Interaktionsstörungen zwischen Eltern und Kind sowie von Kindesmißhandlung und Vernachlässigung.

Die vorliegende Broschüre stellt eine Grundlage dar, um Ärzte kompetent zu machen, Mißhandlung Minderjähriger zu erkennen und zu behandeln. Dank gebührt den Autoren für die Entwicklung und auch die neuerliche Durchsicht.

Köln, im April 1998

Dr. med. Dr. h.c. Karsten Vilmar
Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages

Die in diesem Werk verwandten Personen-
und Berufsbezeichnungen sind, auch wenn sie nur
in einer Form auftreten, gleichwertig auf beide
Geschlechter bezogen.

Inhalt	Seite
I. Einleitung	3
II. Ursachen und Erklärungsansätze für die Mißhandlung von Kindern und Minderjährigen.....	5
III. Formen der Kindesmißhandlung	7
1. Körperliche Mißhandlung.....	8
2. Vernachlässigung	9
3. Emotionale Mißhandlung	9
4. Sexuelle Mißhandlung	9
IV. Epidemiologische Aspekte.....	11
1. Zur Situation in Deutschland.....	12
2. Internationaler Vergleich.....	13
3. Schichtspezifische Häufigkeit	14
V. Diagnostische Kriterien	15
1. Körperliche Mißhandlungszeichen bei „aktiver Kindesmißhandlung“	16
2. Mißhandlungszeichen bei „passiver Kindesmißhandlung“	19
3. Sozial-emotionale Störungen als kennzeichnendes Verhalten nach Mißhandlungen.....	20
4. Diagnostische Hinweise auf sexuelle Mißhandlung	21
5. Kennzeichnendes Verhalten mißhandelnder Eltern	22
VI. Risikofaktoren der Kindesmißhandlung	23
1. Anamnestische Merkmale des betroffenen Kindes	24
2. Anamnestische Merkmale der Eltern bzw. des Mißhandlers	24
3. Anamnestische Merkmale der Familie als Ganzes	25
VII. Ärztliches Vorgehen bei Mißhandlungs-Verdacht bzw. -Nachweis.....	26
VIII. Probleme der multiprofessionellen Kooperation	31
1. Das Problem der ärztlichen Schweigepflicht	32
2. Probleme zwischen Kinderschutz und Therapie	32
3. Konflikte und Stellvertreterkonflikte zwischen Professionellen.....	33

IX.	Persönliche Probleme von Ärzten im Umgang mit Kindesmißhandlung	35
	1. Das Umgehen mit Aggressionen	36
	2. Das Problem der Identifikation mit dem Opfer	36
	3. Das Umgehen mit der Hilflosigkeit.....	36
	4. Schwierigkeiten in der Diagnose	36
	5. Mangel an Rechtskenntnissen.....	38
	6. Die Notwendigkeit, mit nicht-ärztlichen Stellen zusammenarbeiten zu müssen.....	38
	7. Der Wunsch nach Verleugnung.....	38
X.	Defizite und Forderungen	39
XI.	Katalog wünschenswerter Verbesserungen beim Umgang mit dem Problem der Kindesmißhandlung	41
XII.	Literatur	43
XIII.	Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	49

I. Einleitung

Kindesmißhandlung (die gewaltsame und nicht unfallbedingte körperliche oder seelische Schädigung durch aktives Handeln oder Unterlassung von einer erwachsenen Beziehungs- oder Betreuungsperson) wird zunehmend als ein bedeutendes ungelöstes Problem unserer Gesellschaft erkannt. Die Größenordnung dieses Problems ist in Deutschland unbekannt: Aufgrund der erheblichen Dunkelziffer sind genaue Einschätzungen nicht möglich.

Der 94. Deutsche Ärztetag 1991 forderte die Öffentlichkeit auf, sich dem Problem der Vernachlässigung und Mißhandlung von Minderjährigen intensiver als bisher in Erziehung und öffentlicher Diskussion zu widmen. Darüber hinaus beauftragte er zur verstärkten Integration dieser Problematik in die ärztliche Tätigkeit den Vorstand der Bundesärztekammer, eine „Arbeitsgruppe zu den ärztlichen Problemen der Mißhandlung Minderjähriger“ einzurichten, welche ein Konzept zur Umsetzung des aktuellen Wissensstandes über Probleme der Kindesmißhandlung in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung erarbeiten sollte. Als Mitglieder dieser Arbeitsgruppe wurden folgende Ärztinnen und Ärzte berufen: Dr. I. Retzlaff, Ärztin für Frauenheilkunde und Psychotherapie und Präsidentin der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Bad Segeberg, als Vorsitzende; Prof. Dr. T. Fürniß, Kinder- und Jugendpsychiater, Münster; Dr. R. Kielhorn-Haas, Ärztin für Allgemeinmedizin und Psychotherapie, Berlin; Prof. Dr. H. Olbing, Pädiater, Essen; Prof. Dr. Dr. G. Ollenschläger, Köln (Redaktion); Dr. U. Otten, Ärztin im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst, Unna; Prof. Dr. K. Püschel, Rechtsmediziner, Hamburg; PD Dr. D. Roesner, Kinderchirurg, Dresden. Beratend beteiligte sich Herr Dr. A. J. Koers, NL-Muiderberg, Arzt für Kinderheilkunde, Vertrauensarzt in Sachen Kindesmißhandlung.

Die Arbeitsgruppe legt dem 95. Deutschen Ärztetag 1992 das Konzept der Bundesärztekammer „Zum Problem der Mißhandlung Minderjähriger aus ärztlicher Sicht (Diagnostik und Interventionsmöglichkeiten)“ mit dem Ziel vor, die Aufmerksamkeit der gesamten Ärzteschaft auf die Bedeutung der ärztlichen Tätigkeit bei der Erkennung und Betreuung der Mißhandlungen Minderjähriger zu lenken, sowie auf die Notwendigkeit der Kooperation mit anderen Berufsgruppen bei der Betreuung der Betroffenen.

**II.
Ursachen und Erklärungsansätze
für die Mißhandlung
von Kindern und Minderjährigen**

Körperliche Gewalt, Vernachlässigung, emotionale Mißhandlung und sexueller Mißbrauch von Minderjährigen sind in unserer Gesellschaft Probleme ersten Ranges. Nach Einschätzung der „Unabhängigen Regierungskommission zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt“ (Gewaltkommission) ist Gewalt in der Familie die bei weitem verbreitetste Form von Gewalt überhaupt (Schwind).

Gewalterlebnisse, die Minderjährige innerhalb des Familienlebens erleiden mußten, bestimmen dabei wesentlich die späteren Möglichkeiten der Betroffenen, als Erwachsene mit Konflikten umgehen zu können („Kreislauf der Gewalt“).

Gewaltsame Interaktionen im Elternhaus stehen in enger Beziehung zu psychosozialen Störungen, zum Auftreten von sozialabweichendem Verhalten und Kriminalität im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Mißhandlungserlebnisse wirken sich negativ auf die somatische und psychische Entwicklung und Wertvorstellung beim Kind sowie letztlich entsozialisierend aus.

Gewalt in der Familie wird somit als „der Schlüssel zur Gewalt in der Gesellschaft“ angesehen. Sie ist deshalb nicht nur wegen ihrer erheblichen individuellen Bedeutung für die Betroffenen, sondern auch wegen ihrer gewichtigen sozialen Folgen als bedeutsames gesundheits-, sozial- und rechtspolitisches Problem anzusehen. Dabei ist jede Form von Gewalt in der Familie Produkt und Bestandteil von Interaktionsprozessen innerhalb der Familie, ihren Lebensbedingungen und Verflechtungen mit dem sozialen Umfeld, ebenso wie von Normen und Einstellungen der Gesellschaft.





III.
Formen der Kindesmißhandlung

Eine verbindliche Definition für Kindesmißhandlung gibt es nicht.

Allgemein gehaltene Definitionen lauten etwa:

- „Kindesmißhandlung ist jede Behinderung der normalen Entwicklung des Kindes, die vermeidbar ist“ (gemäß Gil) oder
- „Mißhandlung ist jede gewaltsame Interaktion in einem Zusammenlebenssystem, durch die ein Mensch unterdrückt oder verletzt wird“ (gemäß Koers).

Unter pragmatischen Gesichtspunkten erscheinen die nachfolgenden spezifischen Definitionen sinnvoll:

-  Körperliche Mißhandlung
-  Vernachlässigung
-  Emotionale Mißhandlung
-  Sexuelle Mißhandlung.

1. Körperliche Mißhandlung

Eine körperliche Verletzung muß als Mißhandlung angesehen werden, wenn

- sie nicht unfallbedingt ist,
- die Art der Verletzung mit der Beschreibung der angegebenen Verletzungsursache und des Verletzungsvorganges nicht übereinstimmt,
- das Wissen, der begründete Verdacht oder das Eingeständnis vorliegt, daß die Verletzung durch eine Person zugefügt wurde, die die elterliche Verantwortung über das Kind hat, die Verantwortung für die Sorge des Kindes trägt oder eine Bezugsperson des Kindes ist,
- eine Bezugsperson des Kindes die Verletzung absichtlich nicht verhindert hat.

Zu körperlichen Mißhandlungen gehören auch Verletzungsformen wie versuchtes Ertränken, Ersticken oder Verabreichung von giftigen Substanzen. Des weiteren kann es sich auch bei Unfällen, welche in Situationen auftreten, in denen das Kind unzureichend beaufsichtigt wurde, um eine Mißhandlung handeln.

2. Vernachlässigung

Unter Vernachlässigung von Kindern versteht man den Tatbestand, daß Kinder die für ihr Überleben und Wohlergehen erforderlichen Maßnahmen (Pflege, Ernährung, Bekleidung, Gesundheitsförderung, soziale Kontakte, Schutz und Aufsicht durch Eltern oder Bezugspersonen) nicht oder nicht ausreichend erfahren und dadurch chronisch beeinträchtigt und geschädigt werden.

Als Unterform der Vernachlässigung gilt die sogenannte „nicht-organische Gedeihstörung“, d. h. ein psychosozialer Entwicklungsrückstand infolge mangelnder Fürsorge bzw. wegen psychischer Belastungen – ohne Nachweis einer organischen Ursache für eine Gedeihstörung.

3. Emotionale Mißhandlung

Emotionale Mißhandlung ist die ständige Gefühlskälte, Feindseligkeit oder Ablehnung von Eltern oder Elternfiguren gegenüber dem Kind, die das Persönlichkeits- und Selbstwerterleben des Kindes in schwerwiegender Weise angreifen und schädigen.

Dies führt zu schweren Auswirkungen auf die verhaltensmäßige und emotionale Entwicklung des Kindes. Typische Verhaltensweisen der Betreuer sind dabei: Zurückweisen, Feindseligkeit, Ignorieren, Terrorisieren, Abwerten des Kindes, Korumpieren (unnormales Verhalten als normal darstellen und durch unangemessene Belohnung zu erhalten suchen).

Auch eine krankhaft intensive und überbeschützende Haltung von Eltern oder Elternfiguren kann als emotionale Mißhandlung interpretiert werden, ebenso die emotionale Ausbeutung (z. B.: ein Kind für das emotionale Wohlergehen der Eltern verantwortlich machen). Zur emotionalen Mißhandlung kann weiterhin die Konfrontation Minderjähriger mit Situationen oder Darstellungen von Gewalt und Sexualität gezählt werden, sofern dies willentlich oder aufgrund mangelnder Fürsorge und ohne Berücksichtigung der emotionalen Entwicklung des Kindes geschieht.

4. Sexuelle Mißhandlung

Sexuelle Mißhandlung ist die Einbeziehung von Kindern und Jugendlichen in jegliche Form von sexueller Aktivität und/oder von sexueller Ausbeutung, zu der Kinder und Jugendliche keine Zustimmung geben können, und zwar aufgrund von Unwissenheit, Abhängigkeit, entwicklungsmäßiger Unreife oder Angst.

Kinderpornographie ist ebenso eine Form der sexuellen Mißhandlung wie die nicht entwicklungsgemäße Konfrontation Minderjähriger mit Darstellungen von Sexualität.

**IV.
Epidemiologische Aspekte**

1. Zur Situation in Deutschland

Es ist unmöglich, einen zuverlässigen Überblick über die Häufigkeit von Gewaltanwendung gegenüber Minderjährigen in Deutschland zu gewinnen. Die „Epidemiologie“ ist in beeindruckender Weise unbekannt.

Kindesmißhandlung ist seit 1922 im Deutschen Strafrecht verankert (§ 223b StGB). Aus der polizeilichen Kriminalstatistik der alten Bundesländern ergeben sich jährlich etwa 1.000 bis 1.500 gemeldete Fälle.

Sexueller Mißbrauch Minderjähriger (gem. § 176 StGB) wird von der Kriminalstatistik jährlich mit ca. 10.000 – 15.000 Fällen erfaßt; dabei ist zu berücksichtigen, daß 80 % der Geschehnisse ohne Einwirkung körperlicher Gewalt einhergehen.

Alle Experten sind sich darüber einig, daß von einer erheblichen Dunkelziffer - insbesondere beim sexuellen Mißbrauch – auszugehen ist. Die vorhandenen, spekulativen Schätzungen der Dunkelziffer liegen zwischen 1 zu 5 bis 1 zu 50. Ebenso wenig belegbar sind Äußerungen über Fallzahlen zwischen 20.000 und 2 Millionen Fällen mißhandelter Minderjähriger in der Bundesrepublik Deutschland. Es kommt entscheidend darauf an, welche Definition der Mißhandlung diesen Zahlen zugrunde gelegt wurde.

Die aus den neuen Bundesländern verfügbaren statistischen Angaben sind noch weniger geeignet, Art und Ausmaß der Problematik der Kindesmißhandlung einzuschätzen. Trotz der damaligen Meldepflicht für Kindesmißhandlungen in der DDR gibt es keine verlässlichen Zahlenangaben; das Thema Kindesmißhandlung und -vernachlässigung war bis November 1989 absolut tabuisiert (Hauptmann). Die neuerdings mitgeteilten Informationen aus dem klinischen Bereich sowie aus dem öffentlichen Gesundheitswesen (Kessel, Külz) gestatten die vorsichtige Einschätzung, daß es in den alten und neuen Bundesländern in bezug auf Kindesmißhandlung keine relevante Panoramaverschiebung gibt. Die besondere Gefährdung in der jetzigen Phase der Umstrukturierung und die Dringlichkeit von Hilfsmaßnahmen ist zu betonen (Hauptmann).

Völlig ungeklärt ist die Häufigkeit seelischer Mißhandlungen. In der Literatur werden eklatante Fälle (Freiheitsbeschränkung, Diffamierung, Demütigung der Kinder von z. T. sadistischem Ausmaß) beschrieben (z. B. Strunk, Stutte, Garbarino). Insbesondere kinderpsychiatrische Erfahrungen sprechen dafür, daß die Problematik der seelischen Mißhandlung von erheblicher Relevanz ist.

2. Internationaler Vergleich

Im westlichen Ausland (z. B. USA, Großbritannien, Niederlande) ist das Thema der Mißhandlung Minderjähriger in Wissenschaft, Öffentlichkeit und Politik schon viel früher aus dem Schattendasein eines gesellschaftlichen Tabuthemas herausgetreten.

In den USA wird Kindesmißhandlung heute als sozialpolitisches Problem erster Ordnung („National Emergency“) eingeschätzt (Krugmann). Hier wurden auch umfangreiche Untersuchungen über die Inzidenz und Prävalenz von sexuellem Mißbrauch durchgeführt (De Jong, Eckernrode, Finkelhor, Friedman, Russel). Zusammenfassend ist festzustellen, daß der sexuelle Mißbrauch von Kindern offensichtlich weit verbreitet ist (Vizard). Prävalenzstudien bei erwachsenen Frauen ergeben Raten von 7 bis 62 %, bei Männern von 3 bis 19 % (die Prävalenzunterschiede sind zumindest teilweise durch erhebliche methodische Differenzen im Studiendesign erklärlich).

Berücksichtigt man nur Arbeiten, in denen sexueller Mißbrauch durch körperliche Einwirkung auf Kinder unter 16 Jahren untersucht wurde, dann beträgt die mittlere Prävalenzrate für Frauen 21 % und für Männer 6 %. Hierbei belegen die neueren Untersuchungen, daß sexuell mißbrauchte Kinder jünger sind (in 50 % der Fälle 6 Jahre und jünger bei Beginn der Mißbrauchshandlungen) und daß der Anteil an Jungen größer ist (ca. 40 %), als dies früher vermutet wurde.

Studien aus anderen angelsächsischen Ländern (z. B. Großbritannien, Australien) zeigen ähnliche Prävalenzraten bezüglich des sexuellen Mißbrauchs wie in den USA (Baker, Leventhal).

Dabei ist man sich heute einig, daß ein realer Anstieg der Prävalenz in den letzten beiden Jahrzehnten und vermutlich auch im Vergleich zur Situation in den 50er Jahren (Kinsey-Report 1953) nicht feststellbar ist (Feldman, Vizard). Gewisse Verschiebungen ergeben sich unter Umständen dadurch, daß bei gleichbleibender Prävalenz von einer höheren Aufdeckungsrate auszugehen ist.

Niederlande: Anders als in den USA (Meldepflicht) gibt es in den Niederlanden seit 1972 ein freiwilliges Meldesystem (Koers, Pieterse). Seitdem hat die Zahl der gemeldeten Fälle von Kindesmißhandlungen und sexuellem Mißbrauch ständig zugenommen. Die Erfahrungen aus den Niederlanden (sowie inzwischen auch aus den Kinderschutzeinrichtungen in der Bundesrepublik) zeigen, daß die Meldefrequenz stark durch die öffentliche Diskussion sowie Zusichern von Vertraulichkeit im Einzelfall beeinflußt wird.

Nach wie vor beträgt die Frequenz der bekannt gewordenen Mißhandlungen in den Niederlanden nur etwa 10 % im Vergleich zu den USA (Koers 1985).

3. Schichtspezifische Häufigkeit

In zahlreichen Studien aus dem In- und Ausland wurde festgestellt, daß insbesondere bezüglich der Häufigkeit der schweren körperlichen Kindesmißhandlung Familien aus den unteren sozioökonomischen Schichten in den jeweils betrachteten Untersuchungskollektiven überrepräsentiert waren (Gil, Mätzsch, Schwind). Zu bedenken ist, daß Studien, die sich auf die Daten von Behörden oder sonstige Institutionen stützen, systematisch verzerrt sind. Familien in sozialen Mangelsituationen werden eher auffällig als gutsituierte Familien aus den Mittel- und Oberschichten.

In der Dunkelfeldforschung (Straus 1980) werden ähnliche Beziehungen zwischen Berufsstatus, Arbeitslosigkeit, Wohnverhältnissen, Kriminalität und Gewalt in der Familie deutlich.

Gleichwohl muß dem Vorurteil entgegengetreten werden, Mißhandlungen seien ein typisches „Unterschichtproblem“. Insbesondere seelische Mißhandlungen und sexueller Mißbrauch kommen in allen Schichten in erheblichem Umfang vor.

V.
Diagnostische Kriterien

1. Körperliche Mißhandlungszeichen bei „aktiver Kindesmißhandlung“

Entscheidend für die Diagnosestellung ist, daß der Arzt bei kindlichen Verletzungen stets auch die Möglichkeit einer Mißhandlung differentialdiagnostisch abwägt.

Das Verletzungsmuster, einschließlich sogenannter „Bagatellverletzungen“, ist unter funktionellen Gesichtspunkten sowie unter Berücksichtigung der motorischen Entwicklung des Kindes zu analysieren. Angaben der Eltern zu Verletzungsmechanismen (z. B. Sturz vom Wickeltisch, Auseinandersetzung mit anderen Kindern) sollten nicht kritiklos übernommen werden. Diskrepanzen lenken den Verdacht auf Mißhandlung. Zu bedenken ist, daß selbst ältere Kinder nicht selten eine unkorrekte Schilderung über die Verletzungsursachen geben, weil sie eingeschüchtert sind oder Angst vor weiteren Mißhandlungen oder Folgen der Aufdeckung haben.

Bei Verdacht auf körperliche Mißhandlung sollte stets eine Ganzkörperuntersuchung des entkleideten Kindes erfolgen, eventuell ergänzt durch radiologische und nuklearmedizinische Untersuchungen und Fotodokumentation.

1.1 Äußeres Verletzungsmuster

Die häufigste Verletzungsart bei Kindesmißhandlungen ist die Einwirkung stumpfer äußerer Gewalt (Schlagen mit der Hand, Faust oder einem Werkzeug, Zerren und Verdrehen von Körperteilen, Quetschmechanismen wie Kneifen und Beißen, Treten). Es entstehen Abschürfungen, intrakutane und subkutane Hämatome sowie Riß-, Quetsch- und Platzwunden. Pauschale Beschreibungen, wie z. B. „multiple Prellungen und Schürfungen“ sind keine Beweisgrundlage für eine Diagnose. Wünschenswert ist die ausführliche schriftliche und gleichzeitige fotografische Dokumentation der Verletzungen. Zu beachten sind insbesondere folgende Kriterien bei Hautverletzungen: Lokalisation, Gruppierung, Formung, Mehrzeitigkeit (Brinkmann).

Lokalisation

Hämatome und Abschürfungen sind häufig an folgenden Körperteilen mißhandlungsbedingt: Rücken, Hinterseite der Beine, Gesäß, Anal- und Genitalregion, Bauch, Hals, Mund.

Prädilektionsstellen für Mißhandlungen durch stumpfe Gewalteinwirkung sind der Kopf und das Gesäß. Zur differentialdiagnostischen Bewertung der Gesichts- und Kopfverletzungen sind zwei Lokalisationstypen zu unterscheiden:

- Sturztypische Lokalisation an prominenten Gesichtsteilen, sowie bei älteren Kindern Verletzungen unterhalb der sogenannten Hutkrempeinie. Jüngere Kinder können als Sturzverletzungen durchaus auch höher liegende Wunden und Hämatome in der Scheitelgegend aufweisen, wobei allerdings doppelseitige und mehrfache Verletzungen gegen die Entstehung durch Sturz sprechen.
- Mißhandlungstypische Lokalisation an geschützt liegenden und seitlichen Gesichtspartien wie Augen und Wangen. Insbesondere ist die Entstehung durch Sturz unwahrscheinlich bzw. widerlegt, wenn beide Seiten der „Halbkugel“ des Gesichts verletzt sind.

Besonders zu beachten sind Abwehrverletzungen an der Streckseite der Unterarme, Griffmarken am Arm oder am Brustkorb - vor allem symmetrische - sowie in der Umgebung des Mundes (insbesondere bei Kleinkindern). Sturz- bzw. Anstoßverletzungen liegen demgegenüber bevorzugt über Ellenbogen, Knie und Schienbeinen.

Formung

Je nach Beschaffenheit des verwendeten Schlaginstrumentes kann die Formung von Verletzungen mannigfaltig sein: Diagnostisch von herausragender Bedeutung sind doppelstriemenförmige Hautunterblutungen bei stockähnlichen schmalen Werkzeugen, Gürteln, gelegentlich auch bei Einwirkung der Finger. Je kantiger, kleinflächiger, geformter das Werkzeug, je stärker und schneller die Einwirkung, desto eher entstehen geformte Hämatome, die die Geometrie des Schlagwerkzeuges wiedergeben (Kochlöffel, Gürtelschnallen, Schuhsohlen und ähnliches). Menschliche Bisse können deutliche – ovale oder halbmondförmige – Zahnabdrücke hinterlassen.

Ungewöhnlich geformte Narben (z. B. Rundnarben bei Zigarettenverbrennungen) oder große Narben, die offensichtlich nicht medizinisch versorgt wurden, sind grundsätzlich verdächtig.

Gruppierung

Bei einer Einzelverletzung bereitet der objektive Nachweis einer Mißhandlung Schwierigkeiten. Gruppierte Verletzungen sind typische Mißhandlungszeichen, sie sind gekennzeichnet durch die Zusammenordnung von mindestens 3, häufig bis zu 20 – unter Umständen nach Form und Größe unterschiedlichen – Einzelverletzungen.

Mehrzeitigkeit

Die Kindesmißhandlung ist ein typisches Wiederholungsdelikt (Stichwort: „chronische Krankheit“). Deshalb ist das Nebeneinanderbestehen frischer, älterer und ganz alter Verletzungen (Narben) ein wichtiges diagnostisches Kriterium. Häufig ist der Hinweis auf die mehrzeitige Mißhandlung lediglich durch sorgfältige Erhebung der Anamnese bzw. durch wiederholte Untersuchung eines einmal mißhandelten Kindes zu erlangen.

1.2 Verborgene Läsionen

Hierzu gehören z. B. multiple Narben nach Kopfplatzwunden im Behaarungsbereich, zirkumskripte Alopezien, Trommelfellblutungen, Retinablutungen, retroaurikuläre Hämatome und Hautrisse (z. B. nach Zerren an den Ohren), Verletzungen in der Mundschleimhaut sowie (besonders wichtig!) punktförmige Blutungen außen auf den Augenlidern und insbesondere in den Augenbindehäuten (bei Strangulationsmechanismen); in derartigen Fällen fehlen Strangulationsmarken bzw. Würgemale gerade bei Kindern relativ häufig (große Hand am kleinen Kinderhals, Wehrlosigkeit des Opfers).

1.3 Frakturen

Bei Verdacht auf Mißhandlung sollte stets ein Röntgenstatus – sofern möglich eine nuklearmedizinische Untersuchung – des gesamten Skelettsystems erwogen werden. Kennzeichnend sind: multiple, verschieden alte Frakturen an sonst unauffälligen Knochen, differente Stadien der Periostreaktion mit Manschettenbildung an den langen Röhrenknochen, metaphysäre Infraktionen und Kantenabbrüche, Epiphysenlösungen und deren Folgen, eventuell mehrere Bruchzentren bei Schädelfrakturen. Schläge, Stöße, Verdrehungen kindlicher Gliedmaßen müssen nicht immer zu Knochenbrüchen führen. Statt dessen kommt es zu Blutungen unter der Knochenhaut und späterer subperiostaler Verkalkung. Typisch ist dabei das komplikationslose Ausheilen von Knochenläsionen in der geschützten Krankenhaussituation. Frakturen bei Kindern unter einem Jahr sind ausnahmslos als hoch verdächtig anzusehen.

1.4 Innere Verletzungen

Ohne äußerlich erkennbare Verletzungen bleibt das sogenannte Schütteltrauma der Säuglinge; infolge von Hirnbrückenvenen-Abrissen kann es hier zu subduralen Hämatomen mit nachfolgender Hirnschädigung bzw. sogar mit letalem Ausgang kommen. Bei Verdacht auf ein Schütteltrauma sollten bildgebende Schädeluntersuchungen (Sonographie, CT) sowie eine Fundoskopie durchgeführt werden. Ebenfalls ohne äußerlich erkennbare Verletzungen kann das stumpfe Bauchtrauma ablaufen, wobei daraus massive Rupturen innerer Organe resultieren bis hin zu Todesfällen. Wegen der hohen Elastizität der kindlichen Thoraxwand gilt dieses auch für die Brustorgane.

Bedingt durch Unzulänglichkeiten im System der Leichenschau und der Todesursachenfeststellung ist hier mit einer gewissen Dunkelziffer tödlicher Mißhandlungen zu rechnen. Notwendige diagnostische Verfahren sind hier Sonographie, Röntgenaufnahmen von Thorax bzw. Abdomen, CT.

1.5 Andere Verletzungsmechanismen

Auch bei Verbrennungs- und Verbrühungszeichen muß der Verdacht einer Mißhandlung in der Differentialdiagnose berücksichtigt werden; die Häufigkeitsangaben schwanken zwischen 3 % und 25 % bei körperlicher Mißhandlung. Bei der körperlichen Untersuchung sollte daran gedacht werden, daß sich ein Kind kaum unfallmäßig das Gesäß verbrühen kann, ohne daß die Füße beteiligt sind. Rundliche, linsengroße Verletzungen können Abdrücke brennender Zigaretten sein. Symmetrische Verbrennungen sind grundsätzlich verdächtig.

Allgemein seltene Verletzungsarten sind lokale Erfrierungen oder generelle Unterkühlung mit Frostflecken, Stromverletzungen mit Strommarken, Vergiftungen mit eventuellen Veränderungen der Haut und Schleimhäute, Schnitt-, Stich- und Schußverletzungen sowie Säure- und Laugenverätzungen. Grundsätzlich muß jede Verbrennung oder Verätzung mit klaren Begrenzungen und mit gleichmäßiger Tiefe über ein großes Körpergebiet als verdächtig angesehen werden.

Unter „Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom“ versteht man kindliche Krankheitssymptome, welche von den Eltern vorgetäuscht (z. B. Blutbeimischung zu einer Urinprobe) oder induziert werden (z. B. durch Diuretika induzierte Enuresis). Die betroffenen Kinder werden oftmals langwierigen Krankenhausaufenthalten mit zum Teil schwerwiegenden Untersuchungen und Behandlungen unterzogen.

2. Mißhandlungszeichen bei „passiver Kindesmißhandlung“

Symptome der Vernachlässigung sind weniger eindeutig.

Die Diagnose „Vernachlässigung“ bzw. „nicht organische Gedeihstörung“ kann nur nach Ausschluß somatischer Ursachen gestellt werden.

Der Verdacht auf Mißhandlung infolge von Vernachlässigung muß bei Vorliegen folgender Symptome aufkommen:

- Verwahrlostes Äußeres,
- Hautaffektionen: Eiterungen, „Wundsein“, Dermatitis im Ano-Genitalbereich – gelegentlich mit Soor superinfiziert,
- Nicht-organische Wachstumsstörung ist eine typische Folge psychosozialer Vernachlässigung,
- Zeichen der Unterernährung oder Fehlernährung: Abmagerung, Anämie, Vitamin-Mangelercheinungen, Minderwuchs und allgemeine körperliche und geistige Entwicklungsverzögerung, unersättlicher Appetit,
- Charakteristische Verhaltensweisen wie allgemeine Apathie, Katatonie, sprachliche Entwicklungsstörung, soziale Inkompetenz (verzögerte Sozialisation), emotionale Verwahrlosung (Distanzlosigkeit, Unruhe, Konzentrationsstörungen, Angst vor Beziehungsangeboten, „everyone's friend“).

3. Sozial-emotionale Störungen als kennzeichnendes Verhalten nach Mißhandlungen

Mißhandelte Kleinkinder sind Fremden gegenüber weit über das normale Maß hinaus und vor allem auch den Mißhandlern (meist einem Elternteil) gegenüber ängstlich und ablehnend. Sie lassen sich nicht „drücken“ (schmiegen sich z. B. auf dem Arm nicht an, sondern machen sich absichtlich steif). Ältere Kinder sind überhöflich bemüht, die Erwartungen von Ärzten und Eltern zu erfüllen, reagieren jedoch emotionslos, wenn sie von den Eltern getrennt werden.

Typische Verhaltensauffälligkeiten Betroffener sind: Passivität, Schüchternheit, Freudlosigkeit, Mißtrauen, Aggressivität gegenüber Gleichaltrigen und Fremden, Kontaktarmut, fast berechnend wirkende Zuvorkommenheit und Anpassungsbereitschaft (durch Angst diktiert), Unruhe, Erregbarkeit, Hyperaktivität, Enuresis, Ticks, Neigung zu Wutanfällen, Eigensinn, Ungehorsam, Überempfindlichkeit, Gehemmtheit, Apathie, Neigung zur Selbstbeschuldigung (Engfer), Pseudoreife (unkindliches Verhalten).

In Einzelfällen sind mißhandelte Kinder bei der Hospitalisierung extrem ängstlich, gehemmt und passiv. Sie lassen medizinische Maßnahmen widerstandslos über sich ergehen, weinen kaum, verharren z. T. bewegungslos (katatonisch), mustern ihre Umgebung mit erhöhter Wachsamkeit (Kempe). Bei dem Verdacht auf eine Mißhandlung sollte man daher das Verhalten des mißhandelten Kindes vor allem gegenüber den als Mißhandlern in Frage kommenden Personen sehr genau beobachten.

4. Diagnostische Hinweise auf sexuelle Mißhandlung

Sexuelle Mißhandlung ist häufiger als früher angenommen wurde. Jeder Hinweis oder Verdacht, daß ein Kind sexuell mißhandelt worden sein könnte, muß unbedingt ernstgenommen werden.

Im Unterschied zu anderer körperlicher Gewaltanwendung führt die sexuelle Mißhandlung häufig nicht zu offensichtlichen körperlichen Hinweisen.

Folgende *körperliche Symptome* sind neben den oben erwähnten generellen Zeichen körperlicher Mißhandlung (speziell im Genital-, Anal-, Oralbereich, z. B. Bißverletzungen) als verdächtig anzusehen, sofern sie unerklärt und wiederholt auftreten: nicht lokalisierbare Schmerzen im Unterleib; Schmerzen beim Sitzen, Gehen, Wasserlassen; Schwellungen, Rötungen, Juckreiz, Wundsein, Verletzungen, ungeklärte Blutungen bzw. Entzündungen oder Ausfluß im Genital- und/oder Analbereich; unerklärte wiederholte Harnwegsinfektionen; Fremdkörper in Urethra, Vagina, Rektum; klaffende Vulva; klaffende Afteröffnung.

Weitere Anhaltspunkte können sein: Wiederauftreten von Bettnässen und Einkoten, Kopf- und Bauchschmerzen sowie andere psychosomatische Symptome.

Bei folgenden *Verhaltensstörungen* ist eine sexuelle Mißhandlung in die Differentialdiagnose einzubeziehen:

Schlafstörungen; Eßstörungen; Angst, sich auszuziehen und an sportlichen Schulaktivitäten teilzunehmen; unangemessene genital-sexuelle Aktivität in der frühen Kindheit; sexual-provozierendes Verhalten; altersunangemessenes Sexualwissen; sozialer Rückzug und unerklärte Schulschwierigkeiten in der Vorpubertät; Promiskuität; Prostitution; Drogenkonsum; Depression; Selbstmutilation; Suizidversuch; Konversionssymptome und pseudoepileptische (sogenannte „hysterische“) Anfälle im Adoleszentenalter (Olbing).

5. Kennzeichnendes Verhalten mißhandelnder Eltern

Normalerweise werden Kinder nach einer Verletzung sofort einem Arzt vorgestellt. Bei körperlich mißhandelten Kinder erfolgt die Vorstellung häufig erst verzögert, nach Stunden oder sogar Tagen – oft erst spät am Abend, wenn sich die medizinische Situation verschlechtert. Säuglinge und Kleinkinder kommen dann häufig als Notfälle und werden primär nur vom diensthabenden Arzt und nicht immer vom Pädiater gesehen. Typischerweise werden dabei Erklärungen für das Zustandekommen der Verletzungen angegeben, die mit den Verletzungsspuren nicht übereinstimmen. Derartige stereotype Angaben sind z. B.: Sturz von der Treppe, vom Arm oder Wickeltisch, Verletzungen durch andere Kinder, Selbstverletzungen von Säuglingen durch lebhaftes Bewegung im Bettchen. Bei wiederholten Verletzungen wird häufig ein anderer Arzt aufgesucht, der die vorherige Krankengeschichte nicht nachvollziehen kann.

Bei der stationären Einlieferung körperlich mißhandelter Kinder verlassen die einliefernden Eltern charakteristischerweise auffällig rasch das Krankenhaus, z. B. noch bevor eine vom aufnehmenden Arzt verordnete Röntgenuntersuchung durchgeführt wurde. Unter Umständen verhindern die Eltern aber auch, daß das Kind alleine mit den Betreuern bleibt. Besuche während eines stationären Aufenthaltes sind in der Regel relativ selten und dann kurz andauernd. Bei den Besuchen weichen die Eltern im typischen Fall Gesprächen mit den Ärzten bzw. dem Pflegepersonal aus.

Bei der Vorstellung eines frisch verletzten Kindes durch offenbar betrunkene oder unter Drogeneinfluß stehende Eltern muß besonders an die Möglichkeit der Mißhandlung gedacht werden.

**VI.
Risikofaktoren
der Kindesmißhandlung**

1. Anamnestiche Merkmale des betroffenen Kindes

Der Gefährdung eines Kindes, mißhandelt zu werden, können sowohl objektive Faktoren zugrunde liegen, als auch die subjektive Einstellung der Eltern oder Betreuer. Die im Folgenden aufgelisteten Faktoren sind nicht individuelle Ursachen, die obligatorisch zu Vernachlässigung und Kindesmißhandlung führen. Sie sind aber häufig charakteristische Merkmale, die in den betroffenen Familien zu beobachten sind und gezielt erfragt werden sollen:

- Unerwünschte Schwangerschaft ohne postnatale Veränderung der negativen Einstellung zum Kind,
- geplanter Schwangerschaftsabbruch, der verworfen oder verweigert wurde,
- kurz aufeinanderfolgende Schwangerschaften,
- Risikoschwangerschaften,
- Tod eines nahestehenden Menschen in der Schwangerschaft,
- Krisen während der Schwangerschaft, die im Erleben der Eltern (der Mutter) mit der Geburt des Kindes verbunden werden,
- ungeklärte Vaterschaft bzw. Zweifel über die Vaterschaft,
- Früh- oder Mangelgeburtlichkeit des Kindes,
- neonatale Erkrankungen von Mutter und Kind,
- tiefgreifende Enttäuschung über das Geschlecht oder angeborene Mißbildungen bzw. Behinderungen des Kindes,
- ungewöhnliches Verhalten des Neugeborenen wie Unruhezustände, außergewöhnliches Schreien, extrem unregelmäßiger Tages- und Nachtrhythmus, Apathie und Kontaktverweigerung,
- Trennung von Mutter und Kind in den ersten drei Monaten nach der Geburt.

2. Anamnestiche Merkmale der Eltern bzw. des Mißhandlers

Bei Gewaltphänomenen innerhalb der Familie werden sehr häufig Faktoren sichtbar, die eine adäquate Eltern-Kind-Beziehung nicht entstehen lassen:

- Intrafamiliäre Gewalterfahrung in der Kindheit der Eltern,
- die Erfahrung unangemessener oder unbeständiger elterlicher Sorge in der Kindheit der Eltern,
- längere Perioden von Klinikaufenthalten und Heimunterbringung,
- belastete Schulkarrieren ohne erreichten Schul- bzw. Ausbildungsabschluß,
- Fehlen fester sozialer Beziehungen in der Adoleszenz,
- zu frühes Verlassen des Elternhauses,
- Häufung von Schwierigkeiten am Arbeitsplatz oder häufiger Wechsel der Arbeitsverhältnisse,
- fehlende Freundschaftsbeziehungen bis hin zur sozialen Isolation,
- ständig wechselnde Partnerschaftsbeziehungen,
- streß- und/oder krankheitsbedingte Dekompensation mit krisenhaften Zuständen, die zu Angst, Verzweiflung und aggressiven Handlungen führen,

- physische und psychische Leistungsbeschränkung, noch ohne Krankheitswert,
- Persönlichkeitsstörungen oder geistige Behinderung eines oder beider Elternteile,
- Alkohol- oder Drogenmißbrauch,
- Bejahung des elterlichen Züchtigungsrechtes.

3. Anamnestische Merkmale der Familie als Ganzes

Familiensituationen sind u. a. abhängig von den Lebensbedingungen, dem sozialen Umfeld und gesellschaftlichen Bedingungen. Familien, in denen Kinder vernachlässigt oder mißhandelt werden, weisen oft eine Reihe von folgenden Merkmalen auf:

- Instabile partnerschaftliche oder eheliche Verhältnisse mit häufigen Streitigkeiten und/oder gewalttätigen Auseinandersetzungen,
- soziale Benachteiligung (z. B. niedriges Einkommen, beengte, schlecht ausgestattete Wohnverhältnisse mit ungünstigem Wohnumfeld, häufige Arbeitslosigkeit),
- drei und mehr Kinder,
- soziale Isolation,
- intrafamiliäre Ghettoisierung.

Trotz dieser Aufzählung muß vor der Annahme gewarnt werden, körperliche und seelische Kindesmißhandlung sei ein typisches Phänomen der sozialen Unterschicht (s. 4.3). Gewalttätige Auseinandersetzungen innerhalb der Familie bis hin zu Vernachlässigung und körperlicher Kindesmißhandlung kommen in allen sozialen Schichten vor.

Viele schwer einzuordnende Verhaltensauffälligkeiten und Krankheitsbilder – auch ohne äußere Verletzungszeichen – können Folgen von Gewaltanwendung im körperlichen und seelischen Bereich von Kindern sein. Da aber Gewalt gegen Kinder nach wie vor zu den bestgehüteten Geheimnissen gehört, gelingt es den Eltern aus Mittel- und höheren Schichten aufgrund ihrer günstigeren Bildungs- und Lebenssituation, die Folgen der innerfamiliären Gewaltanwendung zu vertuschen.

**VII.
Ärztliches Vorgehen
bei Mißhandlungs-Verdacht
bzw. -Nachweis**

a) Untersuchungsablauf bei Verdacht auf Mißhandlung:

Weniger die einzelne Verletzung ist für eine Mißhandlung typisch, als vielmehr bestimmte Verletzungssyndrome.

Bei Verdacht auf Mißhandlung sollen folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

- Inspektion des völlig entkleideten Kindes, besonders Haut, Schädel, Anogenital-Bereich, Ernährungs- und Pflegezustand, Verhalten des Kindes,
- neurologische Untersuchung,
- Überprüfung des Gewichts-, Längen- und Schädelwachstums,
- genaue Untersuchung der Augen, besonders des Augenhintergrundes, Fotodokumentation der Verletzungen,
- Sonographie,
- Röntgenuntersuchung des gesamten Skeletts, eventuell Szintigramm, Computertomogramm,
- Blutgerinnungsuntersuchungen,
- gegebenenfalls weiterführende Untersuchungen.

Die Verlaufsbeobachtung ist ein wesentlicher Bestandteil des diagnostischen Vorgehens: Häufig kommt es schnell zur spontanen Rückbildung des pathologischen Erscheinungsbildes in geschützter Umgebung (z. B. Krankenhaus).

Hinweise auf das Vorliegen von Mißhandlungen ergeben sich zudem aus anamnestischen Informationen und den Verhaltensweisen der Eltern und des Kindes. Auf die Notwendigkeit einer besonders sorgfältigen Dokumentation wurde wiederholt hingewiesen.

- b) Bei kindlichen Verletzungen, Gedeihstörungen und jeglicher unklarer und wiederholter Symptomatik sollte in die differential-diagnostischen Überlegungen immer die Möglichkeit einer Mißhandlung mit einbezogen werden.
- c) Symptome und Verdachtsmomente für Kindesmißhandlung müssen detailliert beschrieben und dokumentiert werden. Dieses ist notwendig zur Überprüfung der Verdachtsdiagnose. Die Sicherung der Diagnosestellung ist die Basis für weitere Untersuchungen und Interventionen. Eine ausführliche schriftliche und gleichzeitige Fotodokumentation – möglichst mit Maßstab – ist erforderlich, um durch eindeutiges Beweismaterial für das Kind belastende Befragungen durch das Gericht einzuschränken oder zu vermeiden.
- d) Ein vager Verdacht muß erhärtet werden, hierzu kommen folgende Maßnahmen in Betracht:
-

- Suchen nach weiteren Symptomen bzw. Indikatoren, die den ersten Verdacht bestätigen,
 - Kontaktaufnahme mit Kollegen bzw. Betreuern des betroffenen Kindes (d. h. Lehrer, Erzieher u. a.) mit der Frage, ob ähnliche Symptome oder Verhaltensweisen wahrgenommen wurden,
 - vertiefende Untersuchung zum Ausschluß von nicht mißhandlungsbedingten Faktoren,
 - gegebenenfalls konsiliarische Einschaltung anderer Disziplinen (z. B. Pädiater, Radiologe, Dermatologe, Rechtsmediziner),
 - Verlaufsbeobachtung des betroffenen Kindes, um Verhaltensänderungen und Reaktionen, die auf eine Mißhandlung hindeuten könnten, erkennen zu können (z. B. panische Berührungsangst vor Untersuchungen bei sonst aufgeschlossenen und fröhlichen Kindern).
- e) Dokumentation von richtungsweisenden psychischen Symptomen.
Hierzu zählen:
- Reaktionsmuster des Kindes,
 - Verhalten der Eltern, die auf ein Mißhandlungsmuster deuten können.

Bei allen Formen der Kindesmißhandlung finden wir häufig keinen einzelnen beweisenden Faktor, sondern eine Gruppe von Symptomen und Verhaltensweisen, die zur Diagnose führen.

- f) Eine stationäre Aufnahme des Kindes ist im Einzelfall abzuwägen.
- g) Bei begründetem Verdacht auf eine Mißhandlung ist es unumgänglich, andere Institutionen einzuschalten, z. B. Beratungsstellen oder Jugendämter, mit folgenden Zielen:
- Verifizierung und Diskussion der Diagnose,
 - Besprechung der Konsequenzen einer möglicher Diagnose,
 - Festlegung der ärztlichen Behandlung des Kindes,
 - Strategien eventuell notwendiger Schutzmaßnahmen für das Kind,
 - Rollen- und Aufgabenverteilung der verschiedenen an der Betreuung des Kindes beteiligten Personen und Institutionen.

Zahlreiche auf das Problem der Kindesmißhandlung spezialisierte Institutionen und Beratungsstellen können dabei Hilfe leisten, z. B. Ortsverbände des Deutschen Kinderschutzbundes, Ärztliche Beratungsstellen zur Bekämpfung von Vernachlässigung und Mißhandlung von Kindern, Gruppen der Arbeiterwohlfahrt, Frauenberatungsstellen, Gruppen wie „Anonyme Eltern“, „Notruf“, „Wildwasser“, „Zartbitter“ (Braecker, Olbing, Retzlaff, Weber).

- h) Bevor der Verdacht einer Kindesmißhandlung den Eltern des betroffenen gegenüber geäußert werden darf,
- muß dieser fundiert abgesichert sein (Zusammenfassung der körperlichen, emotionalen, entwicklungsbedingten Diagnosekriterien, ein-

- schließlich der den Mißbrauch beeinflussenden Faktoren der Familienanamnese),
- müssen alle Interventionsmaßnahmen festgelegt worden sein, die von den an der Betreuung des Betroffenen Beteiligten (dem „multiprofessionellen Netz“) für die unmittelbare Zeit nach Information der Eltern geplant sind.
- i) Vor der Information der Eltern muß in multiprofessioneller Zusammenarbeit festgelegt worden sein,
- wer das Gespräch mit den Eltern über den Mißbrauchsverdacht eröffnet und welcher Betreuer aus dem multiprofessionellen Netz zusätzlich bei der Gesprächseröffnung zugegen ist,
 - welche möglichen Schutzmaßnahmen für das Kind vorgeplant werden müssen, wenn das Kind grundlegend gefährdet ist,
 - welche Unterbringungsmöglichkeiten vorhanden sind, wenn das Kind in der akuten Krise nicht nach Hause zurückkehren kann,
 - welche therapeutischen Angebote dem Kind und den Eltern – getrennt oder gemeinsam – gemacht werden können,
 - welche Rolle der behandelnde Arzt in Zukunft einnehmen kann.
- j) Eröffnung des Mißhandlungsverdachtes oder -befundes gegenüber den Eltern:
- Der behandelnde Arzt, der den Verdacht der Kindesmißhandlung geäußert hat, sollte unbedingt bei dem Eröffnungsgespräch anwesend sein, und zwar gemeinsam mit Mitarbeitern einer Beratungsstelle oder Repräsentanten des Jugendamtes.
 - Das Eröffnungsgespräch sollte in der Praxis oder in der Klinik stattfinden. Die zusätzlich für das Gespräch notwendigen Betreuer des multiprofessionellen Netzes sollten dazu eingeladen werden. Auf jeden Fall muß ein Erziehungsberechtigter des Kindes zugegen sein.
- k) Im Eröffnungsgespräch gilt es, ausführlich folgende Probleme anzusprechen bzw. zu klären:
- Welche Befunde und Überlegungen zum Verdacht bzw. zur Diagnose Kindesmißhandlung geführt haben,
 - wer die Verantwortung für die Mißhandlung trägt,
 - die Unterscheidung zwischen dem Schuldigsein des Täters und dem Schuldgefühl des Opfers,
 - die Konsequenzen, die das Mißhandlungsgeschehen für die körperliche und seelische Gesundheit bzw. Entwicklung des Opfers hat,
 - wer innerhalb der betroffenen Familie bzw. von seiten der notwendigen Betreuer über die Tat informiert ist oder noch in Kenntnis zu setzen ist,

- ob aus der Reaktion der Eltern auf die Eröffnung eine akute oder mittelbare Gefährdung (auch infolge von Tatwiederholung) des Kindes abzuleiten ist,
 - genaue Absprachen über Kontakte und Besuchsmöglichkeiten von Eltern und Familienmitgliedern bei dem betroffenen Kind,
 - die Diskussion möglicher therapeutischer Maßnahmen.
- l) Bezüglich der Betreuung des Kindes muß gesichert sein:
- Die therapeutische Grundversorgung,
 - die Beratung der Eltern,
 - die Absprache über weitere Interventionen des professionellen Netzes bei möglichen weiteren Krisen,
 - die weitergehende Therapie von Kind und Familie.
- m) Stufenplan zur Sicherstellung des Schutzes des betroffenen Kindes
- Bei geringgradiger Mißhandlung und geringer Wiederholungsgefahr:
 - Einsatz der ärztlichen Autorität, um Eltern zur Kooperation zu bewegen,
 - Einschalten spezialisierter Beratungsstellen mit höherer fachlicher, jedoch ohne juristische / polizeiliche Autorität in Hinblick auf den Kinderschutz.
 - Bei allen Formen sexueller oder schwerer körperlicher Mißhandlung:
 - Einschalten des Jugendamtes zur Übernahme des formalen Schutzes des Kindes (Einleitung vormundschaftlicher Beschlüsse, Frage des Aufenthaltes des Kindes). Formale Kinderschutzmaßnahmen und die therapeutische Intervention müssen sich grundsätzlich ergänzen.
 - Einschalten der Strafverfolgungsorgane durch das Jugendamt:
Zur Absicherung therapeutischer Maßnahmen und des Kinderschutzes durch rechtlichen Druck auf den Mißhandler – oder – in extremen Fällen zur Verhinderung lebensgefährlicher Rezidivmißhandlung.
- n) Den Eltern muß dargelegt werden,
- welcher Betreuer des professionellen Netzes in welcher Funktion in die weiteren therapeutischen Maßnahmen einbezogen wird,
 - welche ärztlichen Kontrolluntersuchungen durchzuführen sind,
 - welche Beziehungen innerhalb der Familie und welche Lebenssituation des betroffenen Kindes so zu verändern sind, daß das Wohlergehen des Kindes in Zukunft gewährleistet ist.

**VIII.
Probleme der
multiprofessionellen Kooperation**

1. Das Problem der ärztlichen Schweigepflicht

Die Rechtslage des anzeigenden bzw. staatliche oder private Stellen informierenden Arztes kann hinsichtlich einer eventuellen Verletzung der Schweigepflicht (gem. § 203 StGB) als geklärt betrachtet werden (Püschel): Entscheidet sich der Arzt nach gründlichem Abwägen, daß das zu schützende Rechtsgut des Kindes (Leben und Gesundheit) höher zu bewerten ist, als der Anspruch der Eltern auf Diskretion, so kann er auch gegen deren ausdrücklichen Willen die Schweigepflicht brechen. Auf der anderen Seite steht dem Arzt gegenüber Polizei und Gericht das Zeugnisverweigerungsrecht zu, sofern es sich um die Offenbarung eines Wissens handelt, das ihm bei der Ausübung des ärztlichen Berufes anvertraut oder bekannt wurde. Der Arzt hat somit vor dem Recht die Freiheit, unter ärztlichen Gesichtspunkten („salus aegroti suprema lex“) sein Wissen um die Umstände einer Kindesmißhandlung zugunsten des Betroffenen einzusetzen.

Dabei ist stets zu bedenken, daß die diagnostischen Feststellungen u. U. erst Monate nach der ärztlichen Untersuchung das einzige objektive Beweismittel eines unmündigen und zur eigenen Aussage noch nicht fähigen Kindes gegen seine Peiniger sein können.

Eine gesetzliche Verpflichtung des Arztes zur Anzeige von Kindesmißhandlungen – wie in den USA üblich – wurde wiederholt erwogen, läßt sich jedoch aus den derzeitigen deutschen Strafgesetzen nicht ableiten. Im übrigen erscheint ein solcher Eingriff in die ärztliche Entscheidungsfreiheit unangebracht, da in vielen Fällen die polizeiliche Intervention (gem. Legalitätsprinzip Strafverfolgungszwang der Kindesmißhandlung) der langfristigen therapeutischen Problemlösung nicht förderlich ist.

Sinnvoll und notwendig ist es hingegen, wenn der Arzt mit freien Trägern und Behörden kooperiert, welche nicht dem Strafverfolgungszwang unterliegen (z. B. Kinderschutzbund, Kinderschutzzentren, soziale Dienste).

2. Probleme zwischen Kinderschutz und Therapie

Unter dem Schlagwort „Helfen statt Strafen“ wurde seit den siebziger Jahren die Intervention bei Kindesmißhandlung verlagert vom straforientierten Vorgehen hin zur Entwicklung angemessener therapeutischer Angebote, bei denen Kindesmißhandlung als Krisen- und Beziehungsproblem innerhalb der Familie angesehen wird. Trotz dieser für die Betroffenen sinnvollen Entwicklung wäre es gefährlich, einen Gegensatz zwischen Kinderschutz und Therapie zu konstruieren: Kinderschutz ist als vorrangige Interventionsform notwendig bei

- schwerer körperlicher Mißhandlung,
- körperlicher Mißhandlung mit hoher Wiederholungsgefahr,
- schwerer Vernachlässigung,
- sexueller Mißhandlung in der Familie.

Bei diesen Mißhandlungsformen ist Kinderschutz nicht durch Therapie zu ersetzen, sondern Garantie für eine erfolgreiche therapeutische Hilfe. Dieses verlangt in den genannten Fällen einerseits eine intensive Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Jugendämtern, andererseits ein mehr problemorientiertes Vorgehen von Seiten der Jugendämter.

3. Konflikte und Stellvertreterkonflikte zwischen Professionellen

Der mögliche Konflikt zwischen ärztlicher Schweigepflicht und der Notwendigkeit der Kooperation mit Jugendämtern und anderen Organisationen darf nicht zur Schädigung bzw. zur Gefährdung des Kindes führen. Aus diesem Grund muß die Kooperation zwischen Ärzten und anderen Berufen bei der Betreuung mißhandelter Kinder weiter entwickelt werden.

Die Intervention bei Kindesmißhandlung beinhaltet häufig, daß der Arzt aus der Rolle des „Helfers“ heraustreten muß, um die unangenehmen Notwendigkeiten kindlicher Gesundheits- und Schutzbedürftigkeit gegenüber Eltern und Erziehungsberechtigten anzusprechen. Gerade der Konflikt des Hausarztes, einen Patienten nicht verlieren zu wollen, kann dazu führen, daß eine falsche Konfrontation zwischen dem „Helfer Arzt“ und dem „Jugendamt“ aufgebaut wird. Im Interesse geschädigter und gefährdeter Kinder ist es unbedingt notwendig, solche Zerrbilder zugunsten einer konstruktiven Kooperation zu vermeiden.

Kooperation mit anderen Institutionen ist für den Arzt immer mit einem erheblichen Zeitaufwand verbunden, der aber gerade bei Kindesmißhandlung zugunsten einer optimalen Betreuung notwendig ist.

Viele zunächst als genuine interprofessionelle Konflikte angesehene Probleme zwischen Ärzten und nicht-ärztlichen Institutionen sind häufig Stellvertreterkonflikte:

Die beruflich mit dem Problem der Kindesmißhandlung Befassten identifizieren sich häufig mit den Betroffenen. So kann es z. B. zur Identifizierung mit der Mutter in einer Mißhandlungsfamilie kommen, welche aus Angst vor Ehekonflikten eine Kindesmißhandlung deckt; ebenso zur Identifizierung mit der Angst des betroffenen Kindes; oder auch zur Übernahme der Meinung eines Familienangehörigen, daß Vorgänge innerhalb einer Familie niemanden außerhalb dieser Gemeinschaft etwas angehen. Werden solche verschiedenen Sichtweisen von den am multiprofessionellen Team Beteiligten unterschiedlich reflektiert, können sich interprofessionelle Konflikte entwickeln.

Es ist deshalb für den Erfolg einer multiprofessionellen Betreuung entscheidend, solche Stellvertreterkonflikte aufzudecken und mit fachlich kompetenter Hilfe aufzuarbeiten.

IX.
**Persönliche Probleme von Ärzten
im Umgang mit Kindesmißhandlung**

1. Das Umgehen mit Aggressionen

Aggressionen von Patienten und Eltern lösen bei Ärzten oft Gegenaggressionen aus. Es gilt dabei zu verstehen, daß elterliche Aggressionen in Mißhandlungsfamilien nicht persönlich auf den Betreuer gerichtet sind, sondern vielmehr defensives Verhalten darstellen. Dahinter verbergen sich Schuldgefühle, Versagensgefühle u. ä. Versteht der Arzt aggressives Verhalten mißhandelnder Eltern als Not, ist er eher in der Lage, mit Empathie und problemorientiertem Interesse anstelle mit Gegenaggressionen zu reagieren.

2. Das Problem der Identifikation mit dem Opfer

Ärzte, die mißhandelte Kinder betreuen, identifizieren sich unter Umständen so stark mit dem Kind als Opfer, daß sie Eltern und Erziehungsberechtigten mit Ablehnung und Unverständnis gegenüber treten. Statt dessen ist es erforderlich, daß auch den Eltern gegenüber Verständnis entwickelt werden muß, wenn man mißhandelten Kindern helfen will. Auch extrem mißhandelte Kinder lieben ihre Eltern und wollen von ihnen anerkannt werden. Hilfe muß somit der gesamten Familie, dem mißhandelten Kind und den mißhandelnden Eltern, entgegengebracht werden.

3. Das Umgehen mit der Hilflosigkeit

Ärzte sind bislang dazu ausgebildet, therapeutisch aktiv zu intervenieren. Sie finden es deshalb oft außerordentlich schwierig, die Hilflosigkeit zu ertragen, mit der man in Mißhandlungssituationen konfrontiert wird. Therapeutische Veränderungen sind in Mißhandlungsfamilien oft nur langsam, mühsam und in kleinen Schritten zu erzielen.

4. Schwierigkeiten in der Diagnose

Die Diagnose körperlicher Mißhandlung und Vernachlässigung und – in noch größerem Maße – sexueller Mißhandlung beruht auf einem Muster von Indikatoren, die Ärzte diagnostizieren und in Zusammenhang bringen müssen. Es ist oft nicht das einzelne Symptom, sondern das Symptom im Kontext, das zur Diagnose von Kindesmißhandlung führt. Die Diagnose von Kindesmißhandlung ist durch die folgenden Faktoren kompliziert:

- Die Diagnose umfaßt nie nur medizinische, sondern auch Aspekte der Familie und der persönlichen bzw. sozialen Situation, die zur Diagnose notwendig sind.
- Die Diagnose ist oft nicht eindeutig und kann oft nicht allein vom niedergelassenen Arzt oder von den Krankenhausärzten aus gestellt werden. Informationen von Kindergärten, Schulen und anderen Institutionen ergeben häufig erst ein vollständiges Bild.
- Die Diagnose von Kindesmißhandlung, besonders von sexueller Mißhandlung, formt sich oft erst über einen längeren Zeitraum. Dieses erfordert von Ärzten, daß ein erster Verdacht ernstgenommen werden muß, eventuell über Wochen, Monate und über mehrere Kontakte hin aufrechterhalten und weiter geprüft werden muß, bevor die Diagnose gestellt werden kann.

Die Unsicherheit, ob spezifische Symptome bei kindlichen Patienten auf Kindesmißhandlung hindeuten, ist von Ärzten, besonders von den allein niedergelassenen Ärzten oft schwer zu ertragen. In dieser Situation brauchen Ärzte Ansprechpartner, mit denen sie sich über mögliche Verdachtsmomente bei Mißhandlung austauschen können, um sich über den Realitätsgehalt der vorliegenden Verdachtsmomente klarwerden zu können. Die Unsicherheit der Diagnose führt zugleich zu Streß und zu der Tendenz, entweder zu früh und panikartig zu intervenieren oder zu zögerlich zu handeln bzw. eine vorliegende Mißhandlung zu verleugnen. Um diesen Gefahren nicht zu erliegen, ist es wichtig, folgende Aspekte zu beachten:

- Jeder Verdacht von Mißhandlung muß schriftlich dokumentiert werden. Die schriftliche Dokumentation ist nicht nur im Hinblick auf eventuell notwendige Kinderschutzmaßnahmen wichtig. Die genaue Dokumentation ist erforderlich, um den ersten Verdacht festzuhalten und später den Realitätsverdacht der Kindesmißhandlung zu überprüfen.
- Ärzte müssen über ihren Verdacht mit Ärzten oder anderen Professionellen reden können, bevor es zur Eröffnung und Intervention kommt. Eine Konsultation kann Ärzten helfen, sich selber über die Wahrscheinlichkeit eines möglichen Mißhandlungsverdachts Klarheit zu verschaffen. In Gemeinschaftspraxen und Kliniken ist es möglich, daß eine Konsultation innerhalb des ärztlichen Teams stattfindet; gegebenenfalls ist aber auch hier die Konsultation anderer Institutionen erforderlich.
- Das Mittel der anonymen Konsultation, in der bei vagem Mißhandlungsverdacht nur über das Symptombild geredet wird, hat Ärzten oft geholfen, sich an andere Institutionen und Einrichtungen zu wenden, ohne die Befürchtung, daß von anderer Seite voreilig und unangemessen interveniert wird.

5. Mängel an Rechtskenntnissen

Ärzte wollen therapeutisch handeln und nicht mit rechtlichen Problemen belastet werden. Andererseits gilt es bei Kindesmißhandlung, rechtliche Situationen mit zu berücksichtigen. Dieses trifft besonders dann zu, wenn es aufgrund wiederholter Mißhandlungsgefahr unverantwortlich wäre, die ärztliche Schweigepflicht aufgrund des höheren Gutes des Kinderschutzes aufrechtzuerhalten. Kontakte mit der Polizei sollten primär vom Jugendamt ausgehen. Bei schweren Mißhandlungen ist es die ärztliche Aufgabe, mit dem Jugendamt in Verbindung zu treten.

6. Die Notwendigkeit, mit nicht-ärztlichen Stellen zusammenarbeiten zu müssen

Die ärztliche Ausbildung ist sehr stark auf individuelle Verantwortlichkeit und autonomes therapeutisches Handeln ausgerichtet. Die Kooperation mit anderen Stellen, besonders mit nicht-ärztlichen Einrichtungen, fällt Ärzten deshalb besonders schwer. Es gilt jedoch, sich vor Augen zu halten, daß die Zusammenarbeit mit nicht-ärztlichen Stellen aus therapeutischer und präventiver Sicht im Interesse mißhandelter Kinder absolut notwendig ist.

7. Der Wunsch nach Verleugnung

Aufgrund der oben genannten persönlichen Probleme von Ärzten und der Schwierigkeit in der multiprofessionellen Zusammenarbeit ist es verständlich, daß gerade Ärzte die Möglichkeit einer Kindesmißhandlung oft verleugnen. Das Ausmaß der Verleugnung nimmt zu

- je weniger ein Arzt persönlich mit dem Problem der Mißhandlung umgehen kann,
- je weniger ein Arzt fachlich über Diagnostik und Intervention bei Mißhandlung informiert ist,
- je geringer das multiprofessionelle Hilfsangebot für den Arzt ist.

Im Zusammenhang mit der Professionalisierung der Kinderschutzarbeit nicht-ärztlicher Berufsgruppen und den zunehmend zahlreicheren Einrichtungen, die speziell auf die Hilfe für mißhandelte Kinder und deren Familien ausgerichtet sind, ist zu hoffen, daß es auch Ärzten in Zukunft leichter fallen wird,

- ihre soziale Verantwortung zu übernehmen,
- alle Formen von Kindesmißhandlung zu diagnostizieren,
- und in multiprofessioneller und problemorientierter Kooperation dazu beizutragen, daß mißhandelte Kinder angemessen therapiert und vor weiterem Schaden bewahrt werden können.

X. Defizite und Forderungen

Das vorliegende Konzept konnte die Probleme der Mißhandlung Minderjähriger aus ärztlicher Sicht nur cursorisch darstellen. Zentrales Anliegen der Verfasser war es, die Aufmerksamkeit der Ärzteschaft auf ihre Verantwortung zur Verbesserung der Vorbeugung von Kindesmißhandlung, sowie deren Früherkennung und Betreuung der Betroffenen zu lenken.

Neben dem in Abschnitt XI. vorgeschlagenen Katalog wünschenswerter Verbesserungen beim Umgang mit dem Problem der Kindesmißhandlung sollten einige Aspekte herausgegriffen werden, deren Lösung nach Meinung der Verfasser dringlich erscheint:

- Ursachen, Prävention und Kontrolle von Gewalt sind zwar umfassend bekannt (Schwind et al.: Analysen und Vorschläge der unabhängigen Regierungskommission zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt – „Gewaltkommission“, 1990), die gesetzgeberischen Konsequenzen jedoch nur unzureichend gezogen. Die Arbeitsgruppe weist deshalb ausdrücklich auf den Vorschlag der Gewaltkommission hin, in das Familienrecht ein Verbot der Anwendung physischer Gewalt aufzunehmen und damit ein Signal zur Verbannung körperlicher Strafen aus der Erziehung zu setzen, und drängt auf dessen Umsetzung. Gerade das elterliche Züchtigungsrecht bietet die Gefahr der Kindesmißhandlung, da deren Grenzen zur erlaubten Züchtigung fließend und nicht klar definiert sind.
- Die Epidemiologie der Kindesmißhandlung ist in Deutschland unzureichend. Die Arbeitsgruppe ist der Meinung, daß obligatorische Sektionen und obligatorische interdisziplinäre Fallkonferenzen bei Kindestod dazu beitragen können, diese Defizite zu mindern.
- Die epidemiologische Forschung der Kindesmißhandlung muß organisatorisch und finanziell massiv unterstützt werden.
- Die Folgen von Kindesmißhandlung für die körperliche und seelische Gesundheit des(r) Betroffenen sind zweifelsfrei als Krankheit, z. T. chronische Krankheit, anzusehen. Die Arbeitsgruppe spricht sich dafür aus, dieses bei der Finanzierung der Folgekosten zu berücksichtigen.

XI.
**Katalog wünschenswerter
Verbesserungen beim Umgang mit
dem Problem der Kindesmißhandlung**

Aus den diskutierten Defiziten beim Umgang mit der Kindesmißhandlung ergibt sich nach Meinung der Arbeitsgruppe folgender Katalog wünschenswerter Verbesserungen:

1. Die Ärzte werden aufgefordert, die vorhandenen Instrumente der kassenärztlichen Versorgung für pädiatrische Früherkennungsuntersuchungen besser zur Früherkennung und Betreuung mißhandelter Kinder zu nutzen.
2. Die klinisch tätigen Ärzte werden aufgefordert, sich dem Problem der Früherkennung mißhandelter Kinder verstärkt zu widmen.
3. Die Landesärztekammern werden aufgefordert, die Probleme der Kindesmißhandlung verstärkt in die Weiter- und Fortbildung der Ärzte einzubeziehen, und zwar unter Berücksichtigung des vorliegenden Konzeptes.
4. Die Bundesregierung wird aufgefordert, die studentische Ausbildung durch qualifizierte Lehrangebote und die Einbeziehung der Thematik in die Prüfungskataloge zu verbessern.

XII. Literatur

- Baker AW, Duncan SP. Child sexual abuse: a study of prevalence in Great Britain. *Child Abuse and Neglect* 9, 457–467, 1985
- Baurmann MC. Sexualität, Gewalt und die Folgen für das Opfer. Bundeskriminalamt, Berichte des kriminalistischen Instituts, Wiesbaden 1984
- Braecker S, Wirtz-Weinrich W. Sexueller Mißbrauch von Mädchen und Jungen. Handbuch für Interventions- und Präventionsmöglichkeiten. Beltz Verlag, Weinheim, Basel 1991
- Brinkmann B, Püschel K, Mätzsch T. Forensisch-dermatologische Aspekte des „Battered-child“-Syndrom. *Akt Dermatol* 5, 217–231, 1979
- Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit. Kindesmißhandlung und -vernachlässigung in der Bundesrepublik Deutschland. BT-Drs, 10/5460 vom Mai 1986
- Creighton SJ. An epidemiological study of abused children and their families in the United Kingdom between 1977 and 1982. *Child Abuse and Neglect* 9, 441–448, 1985
- Daro D, Mitchel L. Current trends in child abuse reporting and fatalities. The results of the 1989 annual fifty state survey. Working Paper No. 808, The National Center on Child Abuse Prevention Research, March 1990
- De Jong AR, Hervada AR, Emmet GA. Epidemiologic variations in childhood sexual abuse. *Child Abuse and Neglect* 7, 155–162, 1983
- Eckernrode J, Munsch J, Powers J, Dorn J. The nature and substantiation of official sexual abuse reports. *Child Abuse and Neglect* 12, 311–320, 1988
- Engfer A. Kindesmißhandlung. Ursachen, Auswirkungen, Hilfen. Klinische Psychologie und Psychopathologie Band 39. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1986
- Feldman W, Feldman E, Goodman JT et al. Is childhood sexual abuse really increasing in prevalence? An analysis of the evidence. *Pediatrics* 88, 29–33, 1991
- Finkelhor D. A sourcebook on child sexual abuse. Beverly Hills 1986
- Friedman SB, Morse CB. Child abuse: a five-year follow-up of early case finding in the emergency department. *Pediatrics* 54, 404–410, 1974
- Fürniss T. Multiprofessionelles Handbuch der sexuellen Kindesmißhandlung – Organisation, Therapie und Rechtsintervention. Hogrefe, Göttingen 1992
- Garbarino J et al. The psychologically battered child. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, London 1989
- Gil DG. Violence against children. Cambridge 1970
- Hauptmann C, Laske G, Lignitz E. Kindesmißhandlung und -vernachlässigung in Ost-Berlin. Ein Vergleich der Jahre 1984, 1988 und 1989. *Sozialpäd Klin Prax* 14, 36–42, 1992

- Independent Second Opinion Panel (ed.). Child sexual abuse: principles of good practice. *Br J Hosp Med*, Jan 1988, 54–61
- Kempe RS, Kempe CH. Kindesmißhandlung. Klett-Kotta, Stuttgart 1980
- Kessel M, Goedecke B, Laufer M, Wolff F. Kindesmißhandlungen im Bezirk Magdeburg. Ergebnisse einer dreijährigen Studie. *Kinderarzt* 22, 1180–1184, 1991
- Knudsen DD. Duplicate reports of child maltreatment – a research note. *Child Abuse and Neglect* 13, 41–43, 1989
- Koers AJ. Kindesmißhandlung. Hintergründe und Praxis der Bekämpfung. *Kinderarzt* 16, 1361–1366, 1985
- Krugman RD. Child Abuse and Neglect: critical first steps in response to a national emergency. *AJDC* 145, 513–514, 1991
- Külz J, Müller T, Jortzik A, Kraus K. Zur Problematik der Kindesmißhandlung und -vernachlässigung. *Kinderärztliche Praxis*. 58, 635–643, 1990
- Kullmer TH. Eine methodenkritische Untersuchung zur medizinisch-statistischen Erforschung der Kindesmißhandlung in der Bundesrepublik Deutschland. *Z BevölkWiss* 8, 243–282, 1982
- Leventhal JM. Epidemiology of child abuse. In: Saunders WB, Baillierer Tridall (Hrsg) *Understanding and managing of child sexual abuse*. Harcourt Brace Jovanovich Group, Marrickville, NSW, Australia, 1990, S.18–41
- Mätzsch T, Brinkmann B, Püschel K. Zur Epidemiologie und Kriminologie der Kindesmißhandlung in Hamburg 1968–1978. *Med Welt* 31, 1342–1347, 1980
- Matin P. Bone scintigraphy in the diagnosis and management of traumatic injury. *Sem Nucl Med* 23, 104–122, 1983
- Olbing K, Bachmann KD, Gross R (Hrsg). Kindesmißhandlung. Eine Orientierung für Ärzte, Juristen, Sozial- und Erzieherberufe, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1989
- Olbing H, Koers A. Kindesmißhandlung. Was müssen Ärzte und vor allem Kinderärzte über die Diagnostik und die erforderliche Hilfe wissen? *Sozialpädiatrie* 13, Nr. 12, 1991
- Ollenschläger G. Zum Problem der Mißhandlung Minderjähriger aus ärztlicher Sicht - Aus der Stellungnahme der Bundesärztekammer 1992, I: Formen und Häufigkeit, II: Diagnostik, III: Praktische Maßnahmen. In: *der Kinderarzt - Zeitschrift für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Mitteilungen des Berufsverbandes der Kinderärzte Deutschlands e. V., Sonderdrucke aus den Heften 6, 7 und 8/93*
- Paul DM. The pitfalls which may be encountered during an examination for signs of sexual abuse. *Med Sci Law* 30, 3–11, 1990
- Pieterse JJ, Van Urk H. Maltreatment of children in the Netherlands. An update after ten years. *Child Abuse and Neglect* 13, 263–269, 1989

- Püschel K. Formen der Kindesmißhandlung unter forensischen Aspekten. Monatsschr Kinderheilkd 134, 302–306, 1986
- Püschel K, Lieske K. Kindesvernachlässigung – eine „chronische Krankheit“. Kassenarzt 25, 44–55, 1985
- Remschmidt H. Etwa 300.000 Kinder jährlich werden sexuell mißbraucht. Dtsch Ärzteblatt 84, 1473–1477, 1987
- Retzlaff J (Hrsg). Gewalt gegen Kinder. Mißhandlung und sexueller Mißbrauch Minderjähriger. Jungjohann Verlagsgesellschaft, Neckarsulm, München 1989
- Russel DEH. The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. Child Abuse and Neglect 7, 133–146, 1983
- Schwind HD, Baumann J, Lösel F et al (Hrsg). Ursachen, Prävention und Kontrolle von Gewalt. Analysen und Vorschläge der Unabhängigen Regierungskommission zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt (Gewaltkommission). Band I–IV, Duncker & Humblot, Berlin 1990
- Straus MA, Gelles RJ, Steinmetz SK. Behind closed doors. Violence in the American family. Garden City / New York 1980
- Strunk P. Körperliche und seelische Mißhandlung von Kindern aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht. In: Wolf R, Albrecht HJ, Strunk P, (Hrsg), Gewalt gegen Kinder. AGJ Verlag, Freiburg 1986
- Stutte H. Körperliche Selbstwertkonflikte als Verbrechensursache bei Jugendlichen. Monatsschrift Kriminol. Strafrechtsreform 40, 71–86, 1957
- Trube–Becker E. Gewalt gegen das Kind. Kriminalistik Verlag, Wissenschaft & Praxis, Heidelberg 1982
- Vizard E. Incidence and prevalence of child sexual abuse. In: Ouston J, (Hrsg), The consequences of child sexual abuse. London 1989
- Weber M, Kibben S. Was stimmt da nicht ? Sexueller Mißbrauch: Wahrnehmen und Handeln. Informationen und Anregungen für Kindergarten, Schule, Jugendarbeit. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, Düsseldorf 1991
- bei der Wieden J, Windaus E, Wolff R. Jenseits der Gewalt – Hilfen für mißhandelte Kinder. Stroemfeld, Basel 1986

**XIII.
Verzeichnis der Autorinnen und
Autoren**

Prof. Dr. Tilmann **Fürniss**

Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Schmeddingstraße 50
48161 Münster

Dr. med. Rita **Kielhorn**

Stellvertretende Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin
Vorsitzende des Berufsverbandes der praktizierenden Ärzte
Mariannenplatz 6
10997 Berlin

Dr. A. **Koers**

Flevoziekenhuis 1
Hospitaalweg 1
NL-1315 RA Almere

Prof. Dr. med. Hermann **Olbing**

Abteilung Kindernephrologie; Klinik und Poliklinik
für Kinder- und Jugendmedizin
Hufelandstraße 55
45147 Essen

Prof. Dr. Dr. med. Günter **Ollenschläger**

Zentralstelle der deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin
Aachener Straße 233-237
50931 Köln

Dr. Ute **Otten**

Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes
Böhlerhof 1
42119 Essen

Prof. Dr. med. Klaus **Püschel**

Direktor des Instituts für Rechtsmedizin an der Universität Hamburg
Butenfeld 34
22529 Hamburg

Prof. Dr. sc. med. hab. Dietmar **Roesner**

Facharzt für Chirurgie und Kinderchirurgie
Ricarda-Huch-Straße 31
01219 Dresden

ISSN 0945-1951