

Impressum

Herausgeber:

Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Schleswig-Holstein
Projektleitung: Volker Clasen
Hamburger Chaussee 8, 24114 Kiel
Telefon: 0431 / 98 158 - 0
E-Mail: lv-schleswig-holstein@tk-online.de
www.tk-online.de/lv-schleswig-holstein

Schirmherrschaft:

Dr. Gitta Trauernicht, Ministerin für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren
des Landes Schleswig-Holstein

In Zusammenarbeit mit:

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren
des Landes Schleswig-Holstein
Angelika Sydow

Deutscher Kinderschutzbund
Landesverband Schleswig-Holstein e.V.
Irene Johns

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.
Landesverband Schleswig-Holstein
Ulrich Gidion, Manfred Lübke

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck
Prof. Dr. med. Ute Thyen

Stadt Neumünster, Fachdienst Gesundheit
Dr. med. Susanne Trenner

Landeshauptstadt Kiel, Amt für Schule, Kinder- und Jugendeinrichtungen
Hans-Joachim Ogurreck

Institut für Rechtsmedizin
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel
Prof. Dr. med. Dr. jur. Hans-Jürgen Kaatsch

Gestaltung und Druck:

Lithographische Werkstätten Kiel, J & A Ratjen GbR

Nachdruck mit Genehmigung der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) in Hamburg, Fachabteilung Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung, Billstr. 80, 20539 Hamburg. Der Leitfaden wurde durch die Projektgruppe „Gewalt gegen Kinder“ für Schleswig-Holstein weiterentwickelt.

Stand August 2007

Grußwort Dr. Gitta Trauernicht

**Ministerin für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren
des Landes Schleswig-Holstein**



Kinder brauchen Aufmerksamkeit, Verständnis, Zuwendung und Liebe für ihr gesundes Aufwachsen. Das wird ihnen zu allererst von ihren Eltern gegeben und ist auch deren natürliches Anliegen. Diese wichtige Aufgabe der Mütter und Väter ist sogar grundgesetzlich festgeschrieben: Im Artikel 6 heißt es: „Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht.“

Auch in Schleswig-Holstein lebt eine große Mehrheit fürsorglicher und liebender Eltern. Sie kümmern sich um ihre Kinder und erziehen sie zu verantwortungsbewussten und lebensstarken Menschen.

Es gibt aber auch eine gewisse Zahl von Eltern, die sich überfordert fühlen, die mit ihrer Erziehungsaufgabe nicht klar kommen und die nicht in der Lage sind, für ihre Kinder zu sorgen.

Es ist unsere Aufgabe, die Aufgabe der ganzen Gesellschaft und ihrer staatlichen Institutionen, diese Eltern zu unterstützen und zu begleiten, um sie wieder zu befähigen, für ihre Kinder da zu sein.

Zugleich müssen wir äußerst sensibel, klug und klar reagieren, wenn Kinder innerhalb und außerhalb ihrer Familien Gefährdungen ausgesetzt sind. Diese Gefährdungen müssen wir rechtzeitig erkennen und sofort entsprechende Hilfe leisten. Das gilt insbesondere dann, wenn Gefahr im Verzug ist und das Kind sofort vor Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch geschützt werden muss.

Die aktuellen Berichte über dramatische Vernachlässigungen und Misshandlungen von Kindern zeigen mit schonungsloser Deutlichkeit, wie dringend wir die bestehenden Systeme verbessern, ausbauen und vernetzen müssen. Misshandlung, Gewalt und Vernachlässigung müssen so früh wie möglich entdeckt werden. Den betroffenen Kindern muss konsequent und rechtzeitig geholfen werden.

Für dieses Ziel lohnen alle Mühen! Denn jeder Fall ist ein Fall zu viel.

In einem Handlungskonzept der Landesregierung habe ich die frühen Hilfen für Familien und die Initiativen zum Schutz von Kindern dargestellt. Es sieht Maßnahmen in allen hierfür erforderlichen Bereichen vor. Der Bogen der Aktivitäten des Landes spannt sich von der Förderung der Familienbildung über die Stärkung eines Frühwarnsystems hin zur Fortbildung von Fachkräften und zur Unterstützung der Lokalen Bündnisse für Familien. Eine Vielzahl unterschiedlicher Professionen wird für den Kinderschutz sensibilisiert und in ein Netzwerk eingebunden.

Ein gutes Beispiel für den verbesserten Schutz von Kindern ist das landesweite Programm „Schutzengel für Schleswig-Holstein – Netzwerk sozialer und gesundheitlicher Hilfen für junge Familien.“ Mit einem entwickelten Frühwarnsystem bieten wir passgenaue Hilfen für Familien. Geschulte Familienhebammen werden eingesetzt, um den Müttern beim Umgang mit ihren Kindern zu helfen. Sie arbeiten mit der Jugend- und Gesundheitshilfe eng zusammen und verknüpfen so bürgerschaftliches Engagement mit professioneller Hilfe im Sozialraum.

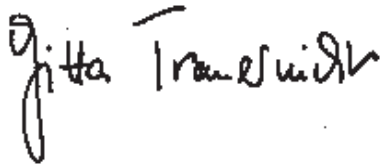
Hier, in der Vernetzung, liegt das Potential, Kindern bei drohender Gefahr wirksam zu helfen. Sofort und effektiv.

Ich begrüße daher die Initiative der Techniker Krankenkasse, den viel nachgefragten Leitfaden „Gewalt gegen Kinder“ zu aktualisieren.

Er soll über das Vermitteln der Kenntnisse über Kindesmisshandlungen aller Art auch Wege aufzeigen, wie der Arzt oder die Ärztin mit diesem Verdacht umgehen können. Er thematisiert den Konflikt zwischen Schweigepflicht und Fürsorge für das Kind, zwischen Bagatellisierung oder ungerechtfertigter Verdächtigung. Viele Einrichtungen können hier weiterhelfen, wenn alle um ihre Arbeit und Aufgaben wissen, wie zum Wohl des Kindes reagiert werden muss.

Der Leitfaden ist ein weiterer Beitrag zur Vermeidung von Gewalt und für einen besseren Kinderschutz in Schleswig-Holstein.

Der Techniker Krankenkasse und den vielen beteiligten Institutionen und Verbänden gilt an dieser Stelle mein besonderer Dank für ihre verantwortungsvolle Arbeit.

A handwritten signature in black ink, reading "Gitta Trauzenicht". The signature is written in a cursive, flowing style. The first name "Gitta" is written in a larger, more prominent script, while the last name "Trauzenicht" follows in a similar but slightly smaller script. The ink is dark and the background is plain white.

Grußwort Dehtleff Banthien

**Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.
Landesverband Schleswig-Holstein, Vorsitzender**



Vor einigen Jahren bereits wurde auf Initiative und mit der dankenswerten Unterstützung der TK der Leitfaden „Gewalt gegen Kinder“ für Schleswig-Holstein in einer ersten Auflage zusammengestellt und heraus gebracht. Seitdem ist er seinen Nutzern Ratgeber und Wegweiser bei der Diagnostik von und Bereitstellung von Hilfen für Kinder und Jugendliche die Opfer von Gewalt wurden. Die Grundlagen der Prävention und des Erkennens von Gewalt werden in ihm vermittelt. Wichtiger noch: Die Knotenpunkte des Netzes, das in diesen Situationen Hilfe bietet, werden benannt. Seine Herausgabe hat sicher zu einem Abbau der Scheu im Umgang mit diesem belastenden Thema und zu höherer Bereitschaft, sich mit diesem viel zu häufigen Phänomen in unserer Gesellschaft zu befassen, geführt.

Der Umgang mit Gewalt gegen Kinder ist in den vergangenen Jahren immer professioneller geworden. Und doch bleibt noch viel zu tun. Angefangen bei durchaus unterschiedlichen Sichtweisen, was alles als Gewalt gegen Kinder bezeichnet werden kann oder muss. Hier müssen die psychologischen Grundlagen der seelischen Entwicklung von Kindern noch sehr viel breitere Akzeptanz und Anwendung finden, als bisher. Dies gilt für alle Berufsgruppen, die mit der Pflege, seelischen, medizinischen oder spielerischen Betreuung und Wissensvermittlung bei Kindern beschäftigt sind.

Der Gedanke der Interdisziplinarität, wie er durch dieses Werk vermittelt wird, ist der Schlüssel zu einem gelungenen und für alle Beteiligten erträglichen Umgang mit der Problematik. Aber dieser interdisziplinäre Ansatz kann nur durch persönliche Kontakte mit Leben gefüllt werden. Denn die Präventions- und Hilfelandschaft ist weiterhin sehr heterogen und unterscheidet sich von Ort zu Ort. Neben den institutionellen müssen auch ehrenamtliche und informelle Angebote einbezogen werden. Grundlage dieser notwendigen Kooperation ist gleichzeitig der grundlegende Ansatz in der Prävention von Gewalt: Respekt und Achtung des Anderen und der Wille und die Fähigkeit zum Dialog.

Ich wünsche diesem überarbeiteten und aktualisierten Leitfaden eine wohlwollende Aufnahme und eine rege Nutzung. Er ist Grundlage für einen systematischen Umgang mit dem Problem Gewalt. Er ist ein Mittel gegen die Hilflosigkeit, die bei der Konfrontation mit dem Thema Gewalt gefühlt wird. Er ist der Lotse um hilfreiche und schützende Kontakte zu knüpfen. Er ist ein Mittel gegen die Einsamkeit des Helfers. Dies alles sind wichtige Voraussetzungen, damit Helfer sich dem Thema mit der gebührenden und erforderlichen Intensität widmen können.



Grußwort Dr. Johann Brunkhorst

Leiter der TK-Landesvertretung Schleswig-Holstein



Medienberichte über verschiedene Formen von Gewalt gegen Kinder sorgen unverändert für hohe Betroffenheit und Anteilnahme in der Bevölkerung. Wie hoch darüber hinaus die Dunkelziffer im Bereich der Kindesmisshandlung ist, können selbst Experten nur schwer schätzen. Körperliche und seelische Misshandlung von Kindern, sexueller Missbrauch und Vernachlässigung haben vielfältige Ursachen. Diese zu beseitigen oder wenigstens einzudämmen zählt zu unseren wichtigsten Aufgaben.

Das Projekt „Gewalt gegen Kinder“ will mithelfen, die selbst bei Fachleuten bestehenden Informationsdefizite abzubauen, wenn es darum geht, gegen Kinder verübte Gewalt zu erkennen und sachgerecht darauf zu reagieren. Die positive Resonanz auf unseren Leitfaden aus dem Jahr 1999 hat uns bestärkt, den Leitfaden „Gewalt gegen Kinder“ in einer aktualisierten Version neu aufzulegen. Wir sehen den neuen Leitfaden als einen Baustein im Bemühen, die körperliche und seelische Integrität von Kindern umfassend zu schützen.

Die Kooperation mit dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein macht es möglich, Experten zusammenzuführen. Ziel ist ein kompetentes Fallmanagement für die ärztliche Praxis ebenso wie die Zusammenarbeit und Vernetzung vor Ort zu fördern. Erst durch den gemeinsamen Einsatz von medizinischem, psychologischem, sozialpädagogischem und jugendpflegerischem Fachwissen und der Überwindung sektoraler Grenzen, können wir vielfältigen Dimensionen von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche entgegenwirken.

Für die vielfältige Unterstützung und Zusammenarbeit bei der Erstellung dieses Leitfadens möchten wir uns bei allen Partnern ausdrücklich bedanken. Wir wünschen allen Lesern viel Erfolg zum Wohle der Kinder.



1. Was ist Gewalt gegen Kinder und Jugendliche?	2
1.1 Körperliche Gewalt	2
1.2 Seelische Gewalt	3
1.3 Vernachlässigung	3
1.4 Sexuelle Gewalt	3
1.5 Gewalt und Behinderung - Ein spezifischer Aspekt der Gewalt gegen Kinder	4
2. Rahmenbedingungen für die ärztliche Praxis	5
2.1. Rechtliche Bedingungen	5
2.2. Konsequenzen für die ärztliche Praxis	7
3. Diagnostik und Befunderhebung	8
3.1. Diagnostik als Prozess	8
3.2. Körperlicher Befund	8
Untersuchung bei Verdacht auf sexuelle Gewalt	11
3.3. Psychischer Befund und das Verhalten des Kindes	12
Seelische Gewalt	13
3.4. Beurteilung der familiären Situation	13
Beobachtungen bei Eltern und Begleitpersonen	13
3.5. Bewertung der Befunde	15
Verifizieren der Verdachtsdiagnose	15
4. Fallmanagement in der Arztpraxis	16
4.1. Erst- und Wiederholungsuntersuchungen	16
4.2. Zwischen den Praxisbesuchen	17
4.3. Eröffnung der Diagnose gegenüber Eltern oder Begleitpersonen	18
4.4. Notmaßnahmen bei unmittelbar drohender Gefahr für das Kind	19
4.5. Feedback	19
5. Literaturverzeichnis	20
6. Zusammenfassung des Leitfadens	22
7. Schaubilder und Dokumentationshilfen	23

Im Internet unter www.tk-online.de/lv-schleswigholstein finden Sie Adressen mit Einrichtungen, die Beratung und Hilfe bieten, sortiert nach kreisfreien Städten und Landkreisen. Dort können Sie auch den Leitfaden, die Schaubilder und die Dokumentationshilfen downloaden.

1. Was ist Gewalt gegen Kinder und Jugendliche?

„Kindesmisshandlung ist eine nicht zufällige (bewusste oder unbewusste) gewaltsame körperliche und/oder seelische Schädigung, die in Familien oder Institutionen (z. B. Kindergärten, Schulen, Heimen) geschieht, und die zu Verletzungen, Entwicklungsverzögerungen oder sogar zum Tode führt, und die somit das Wohl und die Rechte eines Kindes beeinträchtigt oder bedroht.“

**Definition Kindes-
misshandlung**

Diese Definition stimmt nicht mit den entsprechenden strafrechtlichen Definitionen überein. Sie ist jedoch Ausgangspunkt für die Frage, wann aus der Sicht der helfenden Berufsgruppen (z.B. Ärzte, Sozialarbeiter) von Gewalt gegen Kinder gesprochen werden kann. Auch der Deutsche Bundestag verwendet die o.g. Definition unter diesem Aspekt. In ihr wird deutlich, dass Gewalt gegen Kinder folgende Formen annehmen kann:

1. Körperliche Gewalt

2. Seelische Gewalt

3. Vernachlässigung

4. Sexuelle Gewalt

Zu unterscheiden ist jeweils die Misshandlung als aktive und die Vernachlässigung als passive Form. Mehrere Formen können bei einem Kind auch gleichzeitig vorkommen.

Bei der Kindesmisshandlung geschieht die Schädigung des Kindes nicht zufällig. Meist wird eine verantwortliche erwachsene Person wiederholt gegen ein Kind gewalttätig. Gewalt wird fast immer in der Familie oder in anderen Formen des Zusammenlebens ausgeübt. Häufig ist die Gewaltanwendung der Erwachsenen ein Ausdruck eigener Hilflosigkeit und Überforderung. Die zunehmende Auseinandersetzung mit der Gewalt gegen Kinder in unserer Gesellschaft darf nicht dazu führen, dass wir unsere Aufmerksamkeit ausschließlich auf misshandelnde Personen (und ihre Opfer) richten und dabei die Gewaltformen der gesellschaftlichen Lebensverhältnisse vergessen. Diesen Verhältnissen sind alle Menschen - je nach ihrer sozialen Lage - ausgesetzt. Gewalt hat vielschichtige Ursachen und ist in gesellschaftliche Verhältnisse eingebunden. Einschränkungen und Belastungen, von sozialen Benachteiligungen, von materieller Armut und psychischem Elend begleiten häufig Gewalt gegen Kinder.

**Gewalt wird meist
in der Familie aus-
geübt**

Den verantwortlichen Erwachsenen sollen frühzeitig Hilfen angeboten werden. Dabei müssen verschiedene Institutionen unterstützend zusammenarbeiten, um dem komplexen Problem gerecht zu werden. In diesem Leitfaden sollen dabei Ihre Rolle als niedergelassene Ärztin und niedergelassener Arzt sowie die Hilfen für das Kind im Vordergrund stehen. Möglichkeiten für ein gemeinsames Fallmanagement mit anderen Einrichtungen und Berufsgruppen werden aufgezeigt.

**Vernetzte Hilfe
verschiedener
Institutionen und
Kliniken ist
erforderlich**

1.1. Körperliche Gewalt

Erwachsene üben körperliche Gewalt an Kindern in vielen verschiedenen Formen aus. Verbreitet sind Prügel, Schläge mit Gegenständen, Kneifen, Treten und Schütteln des Kindes. Daneben werden Stichverletzungen, Vergiftungen, Würgen und Erstickern, sowie thermische Schäden (Verbrennen, Verbrühen, Unterkühlen) beobachtet. Das Kind kann durch diese Verletzungen bleibende körperliche, geistige und seelische Schäden davontragen oder in Extremfällen daran sterben.

**Formen der körper-
lichen Gewalt sind
vielfältig**

1.2. Seelische Gewalt

Seelische oder psychische Gewalt sind „*Haltungen, Gefühle und Aktionen, die zu einer schweren Beeinträchtigung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Bezugsperson und Kind führen und dessen geistig-seelische Entwicklung zu einer autonomen und lebensbejahenden Persönlichkeit behindern.*“ (Eggers, 1994)

Seelische Gewalt liegt z.B. dann vor, wenn dem Kind ein Gefühl der Ablehnung vermittelt wird. Diese Ablehnung wird ausgedrückt, indem das Kind gedemütigt und herabgesetzt, durch unangemessene Schulleistungen oder sportliche und künstlerische Anforderungen überfordert, oder durch Liebesentzug, Zurücksetzung, Gleichgültigkeit und Ignorieren bestraft wird.

Schwerwiegend sind ebenfalls Akte, die dem Kind Angst machen: Einsperren in einen dunklen Raum, Allein lassen, Isolation des Kindes, Drohungen, Anbinden. Vielfach beschimpfen Eltern ihre Kinder in einem extrem überzogenen Maß oder brechen in Wutanfälle aus, die für das Kind nicht nachvollziehbar sind.

Mädchen und Jungen werden auch für die Bedürfnisse der Eltern missbraucht, indem sie gezwungen werden, sich elterliche Streitereien anzuhören, oder indem sie in Beziehungskonflikten instrumentalisiert werden. Auch überbehütendes und überfürsorgliches Verhalten kann zu seelischer Gewalt werden, wenn es Ohnmacht, Wertlosigkeit und Abhängigkeit vermittelt.

1.3. Vernachlässigung

Die Vernachlässigung stellt eine Besonderheit sowohl der körperlichen als auch der seelischen Kindesmisshandlung dar. Eltern können Kinder vernachlässigen, indem sie ihnen Zuwendung, Liebe und Akzeptanz, Betreuung, Schutz und Förderung verweigern, oder indem die Kinder physischen Mangel erleiden müssen. Dazu gehören mangelnde Ernährung, unzureichende Pflege und gesundheitliche Fürsorge bis hin zur völligen Verwahrlosung. Körperliche Zeichen einer Vernachlässigung insbesondere bei jungen Kindern sind die nichtorganische Gedeihstörung, Folgen gravierender Fehl- und Mangelernährung und das Auftreten vermeidbarer Erkrankungen wie Rachitis oder Infektionskrankheiten bei versäumten Impfungen. Seelische Zeichen sind mangelnde Anteilnahme und Interesse des Kindes, Entwicklungsrückstand insbesondere in der sozial-emotionalen und sprachlichen Entwicklung, zurückgezogenes oder distanzloses Verhalten.

Diese andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns kann aktiv oder passiv (unbewusst), aufgrund unzureichender Einsicht oder unzureichenden Wissens erfolgen und sind Ausdruck einer stark beeinträchtigten Beziehung zwischen Eltern und Kind. Um gerade die langfristige Auswirkung von Vernachlässigung zu verdeutlichen, ist folgende Definition hilfreich :

„Die durch Vernachlässigung bewirkte chronische Unterversorgung des Kindes durch die nachhaltige Nichtberücksichtigung, Missachtung oder Versagung seiner Lebensbedürfnisse hemmt, beeinträchtigt oder schädigt seine körperliche, geistige und seelische Entwicklung und kann zu gravierenden bleibenden Schäden oder gar zum Tode des Kindes führen.“

1.4. Sexuelle Gewalt

Unter sexueller Gewalt versteht man sexuelle Handlungen eines Erwachsenen oder eines älteren Jugendlichen an und mit einem Kind, wobei der Erwachsene das Kind als Objekt zur sexuellen Stimulation und zu seiner Bedürfnisbefriedigung benutzt und es nicht im Stande ist, die Situation zu kontrollieren. Auch wenn Kinder sexuelle Handlungen mit einem Erwachsenen situativ als angenehm empfinden, liegt trotzdem ein

Eltern-Kind-Beziehung ist beeinträchtigt

Das Kind erlebt Ablehnung

Überzogene Bestrafungen sind Gewaltakte

Kinder werden in partnerschaftlichen Konflikten missbraucht

Mangel an Fürsorge und Förderung

Definition von sexueller Gewalt

Missbrauch vor. Während Kindesmisshandlung von Männern und Frauen verübt wird, geht die sexuelle Gewalt überwiegend von Männern und männlichen Jugendlichen aus.

Die Erwachsenen oder Jugendlichen nutzen ihre Macht als Ältere oder ihre Autorität innerhalb eines spezifischen Abhängigkeitsverhältnisses (als Vater, Lehrer, Fußballtrainer o.ä.) aus, um ihre Interessen durchzusetzen. Sie erreichen dies, indem sie emotionalen Druck ausüben, die Loyalität eines Kindes ausnutzen, durch Bestechung mit Geschenken, Versprechungen oder Erpressungen - aber auch mit dem Einsatz körperlicher Gewalt. Viele missbrauchende Erwachsene verpflichten oder erpressen die Kinder zum Schweigen über den Missbrauch.

Formen sexueller Gewalt sind das Berühren des Kindes an den Geschlechtsteilen, die Aufforderung, den Täter anzufassen, Zungenküsse, Penetration mit Fingern oder Gegenständen, oraler, vaginaler und analer Geschlechtsverkehr sowie die aktive Beteiligung an der Herstellung von Kinderpornographie. Auch Handlungen ohne Körperkontakt wie Exhibitionismus, Darbieten von Pornographie und sexualisierte Sprache sind sexuelle Gewaltakte. Formen der sexuellen Gewalt werden zunehmend auch im Internet dargestellt.

**Sexuelle Gewalt
ist nicht nur
körperlicher
Missbrauch**

1.5. Gewalt und Behinderung - ein spezifischer Aspekt der Gewalt gegen Kinder

Kinder mit Behinderung haben ein höheres Risiko, Opfer von Misshandlung und Vernachlässigung zu werden als Kinder ohne Behinderung. Schätzungen auf der Grundlage derzeit vorliegender wissenschaftlicher Studien gehen von einem 2-3fach höheren Risiko für Kinder mit Behinderung, Opfer von Gewalt zu werden, aus (Sullivan und Knutson 2000).

Bestimmte Fehleinschätzungen in Bezug auf sexuelle Gewalt und geistige Behinderung können auch Fachleute daran hindern, Hinweise auf Gewalterfahrungen bei diesen Kindern zu erkennen. So hält sich bis heute hartnäckig die Vorstellung, Kinder mit einer geistigen Behinderung seien zu wenig attraktiv, um Opfer sexueller Misshandlung zu werden. Signale und Symptome, die sie zeigen, werden ihrer Behinderung zugeschrieben, auch wenn das Verhalten vom üblichen Verhalten des Kindes abweicht.

Stärkere Aufmerksamkeit muss auch Misshandlung als mögliche Ursache von Behinderung erfahren. Bei körperlicher Misshandlung hängt es von der Härte und Intensität der Gewalt und von der Entwicklung des kindlichen Organismus ab, wie weit reichend die Schädigung des Kindes ist. So können z.B. die Auswirkungen eines Schütteltraumas für einen Säugling lebensbedrohliche Folgen haben oder zu Langzeitfolgen mit körperlicher oder geistiger Behinderung führen (Thyen/Johns 2004/Hermann 2005). Auch z.B. bei Schlägen auf den Kopf, die zu Hirnverletzungen führen, können die Auswirkungen erst sehr viele Jahre später sichtbar werden (durch Retardierung und Epilepsie).

Bei einem großen Teil der Kinder mit geistiger Behinderung bleiben die Ursachen ungeklärt. Der Prozentsatz von Kindern mit Behinderung infolge einer Kombination verschiedener Faktoren, wie z.B. Alkohol, Vernachlässigung, schwierige Familienverhältnisse, ist steigend.

2. Rahmenbedingungen für die ärztliche Praxis

2.1. Rechtliche Rahmenbedingungen

Als Arzt sind Sie an Schweigepflicht und Datenschutz gebunden. Die Rechte des Kindes und anderer Familienmitglieder werden damit geschützt. Bei einem Verdacht auf körperliche Misshandlung, sexuellen Missbrauch oder Vernachlässigung können Sie jedoch von der Schweigepflicht entbunden werden. Dies kann durch das Kind selbst geschehen, sofern von einer Einwilligungsfähigkeit ausgegangen werden kann. Bei schwerwiegenden Schäden für das Kind können auch die Voraussetzungen für eine mutmaßliche Einwilligung gegeben sein.

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Noch wichtiger für Ihre Praxis ist, dass auch ohne Einwilligung Informationen weitergegeben werden können, wenn ein „rechtfertigender Notstand“ nach § 34 Strafgesetzbuch (StGB) vorliegt. Danach handeln Sie nicht rechtswidrig, wenn die Gefahr für Gesundheit und Leben des Kindes so groß ist, dass eine Abwendung dieser Gefahr schwerer wiegt als die Einhaltung der Schweigepflicht. Zum Schutz von Kindern vor Misshandlung, Missbrauch und schwerwiegender Vernachlässigung ist der Arzt zur Informationsweitergabe an andere Institutionen befugt. Dabei müssen Sie selbst abwägen, ob ein solcher rechtfertigender Notstand vorliegt („Rechtsgüterabwägung“). Im Zweifelsfall kann die Anonymisierung des Falles eine Möglichkeit darstellen, eine Verletzung der Schweigepflicht zu vermeiden und sich kompetenten Rat einzuholen. Es ist daher wichtig, sämtliche Schritte und deren Gründe umfangreich und genau zu dokumentieren, um die Entscheidung belegen zu können.

Rechtfertigender Notstand bei Abwendung einer Gefahr

Institutionen wie Allgemeine Soziale Dienste und Kinderschutzorganisationen können meist dem Kind und der Familie direkter helfen. Es ist nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz und insbesondere dem neu zugefügten § 8a des Sozialgesetzbuches VIII Aufgabe des Jugendamtes und der Allgemeinen Sozialen Dienste, einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung nachzugehen und den Schutz des Kindes zu sichern. Die Interventionsmöglichkeiten dieser Einrichtungen sind stets hilfeorientiert und sehr unterschiedlich. Hilfen sollen, soweit möglich, unter Beteiligung der Eltern und Kinder entwickelt werden, um damit den Schutz von Kindern in ihren Familien sicherzustellen. Die Palette reicht von präventiven Hilfen über ambulante (anonyme) Beratung und Therapie bis hin zu Fremdunterbringung des Kindes.

Mit anderen Institutionen kooperieren

Die gesetzliche Neuregelung zum Kinderschutz, § 8a des Sozialgesetzbuch VIII - Kinder- und Jugendhilfe - (SGB VIII) betont den Schutzauftrag als gemeinsame Aufgabe für öffentliche und freie Träger der Jugendhilfe. Die in der Jugendhilfe tätigen Personen sind zur Gefährdungseinschätzung verpflichtet. Sie machen den Eltern Hilfe- und Unterstützungsangebote. Sind Kinder in Einrichtungen z.B. in Kindertagesstätten, wird angestrebt, zunächst eine Risikoklärung in der Einrichtung, ggf. unter Hinzuziehung von Experten aus der Kinderschutzarbeit durchzuführen. Eine Information des Jugendamtes erfolgt dann, wenn die Eltern nicht bereit sind, Hilfe anzunehmen oder mit den vorhandenen Mitteln der Schutz des Kindes nicht zu sichern ist. Das Jugendamt kann zur Abwendung einer Gefährdung auch andere Stellen einbeziehen. Für das Jugendamt gelten dabei eigene Datenschutzvorschriften. (Die aktuelle Fassung des § 8a SGB VIII finden Sie unter http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/index.html).

„Effektiver Kinderschutz kann aber nicht immer mit den rechtlichen Befugnissen und fachlichen Kompetenzen des Jugendamtes erreicht werden. Deshalb wird das Jugendamt in solchen Fällen verpflichtet, die Eltern auf die Inanspruchnahme anderer Einrichtungen und Dienste hinzuweisen oder bei Gefahr im Verzuge diese Einrichtungen und Dienste selbst einzuschalten.“ (Wiesner 2006)

In Fällen einer akuten Gefährdung kann das Jugendamt bzw. der Allgemeine Soziale Dienst (ASD) Kinder und Jugendliche gemäß § 42 SGB VIII vorübergehend in seine Obhut nehmen. Abends, an Wochenenden und Feiertagen wird ein Bereitschaftsdienst vorgehalten.

Vorübergehende Inobhutnahme als sofortige Hilfe

Bei fehlender Mitwirkungsbereitschaft oder -fähigkeit der Eltern kann das Jugendamt das Familiengericht einschalten. Dort kann eine Sorgerechtsbeschränkung oder ein Sorgerechtsentzug erwirkt werden, wenn anderweitig der Schutz des Kindes nicht sichergestellt werden kann. Das Familiengericht kann auch ein Umgangs- und Kontaktverbot für den mutmaßlichen Täter aussprechen. Der Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechtes kann auch notfallmäßig zu jeder Tageszeit durch das Familiengericht befristet angeordnet werden, wenn beispielsweise die Eltern bei akuter Gefährdung des Kindes einer stationären Aufnahme in einer Klinik oder anderweitigen Unterbringung zum Schutz des Kindes nicht zustimmen. In der Regel erfolgt die Kontaktaufnahme durch den Kinder- und Jugendnotdienst oder die Gewahrsamsstelle der Polizei, die den zuständigen Familienrichter erreichen können.

Einschalten des Familiengerichts

Diese Behörden, mit Ausnahme der Polizei, sind nicht verpflichtet, Strafanzeige zu stellen. Es erweist sich allerdings als schwierig, ein Umgangsverbot ohne geklärte Schuldfrage durchzusetzen.

Der Gesetzgeber stellt die Misshandlung von Kindern, und zwar die Vernachlässigung, den sexuellen Missbrauch und die körperliche Gewalt unter Strafe. Die „Misshandlung von Schutzbefohlenen“, die in einer Kindesmisshandlung oder Schädigung durch Vernachlässigung bestehen kann, wird nach § 225 Strafgesetzbuch (StGB) mit einer Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren bestraft. Für den sexuellen Missbrauch bestehen mehrere Paragraphen, die meisten Anklagen aber kommen aufgrund von § 174 StGB (sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen) und § 176 StGB (sexueller Missbrauch von Kindern) zustande. Jugendliche unter 16 Jahren sind durch den § 182 StGB (sexueller Missbrauch von Jugendlichen) geschützt. Wird eine Person (Kind, Mann oder Frau) durch Gewalt oder Drohung zu sexuellen Handlungen gezwungen, so kann diese Handlung unter den § 177 StGB (sexuelle Nötigung, Vergewaltigung) zur Anzeige gebracht werden. § 182 des Strafgesetzbuches verbietet sexuelle Handlungen von Erwachsenen ab 21 Jahren mit Jugendlichen unter 16 Jahren, wenn der Erwachsene dabei eine „fehlende Fähigkeit des Opfers zur sexuellen Selbstbestimmung ausnutzt“. Darüber hinaus sind Jugendliche unter 16 Jahre im Rahmen des § 182 StGB dadurch geschützt, dass sexuelle Handlungen eines Erwachsenen (ab 18 Jahren) mit Jugendlichen unter 16 Jahren verboten sind, wenn der Jugendliche durch Ausnutzung einer Zwangslage oder gegen Geld zu diesen Handlungen gebracht wird.

Sexueller Missbrauch an Kindern und Schutzbefohlenen im StGB

Für die ärztliche Praxis ist relevant, dass begangene Kindesmisshandlung nicht zu den Pflichtstrafanzeigen nach §138 StGB („Nichtanzeige geplanter Straftaten“) gehört. Es gibt keine Meldepflicht bei Verdacht auf Kindesmisshandlung. Eine Strafanzeige führt immer zu Ermittlungen durch die Polizei und die Staatsanwaltschaft. Wenn eine Anzeige erstattet wird, gibt es für die Beteiligten keine Möglichkeit mehr, das Verfahren einzustellen. Dies kann dann nur noch durch die Staatsanwaltschaft bzw. das Gericht erfolgen. Eine Strafanzeige kann unter Umständen sofort erforderlich sein, beispielsweise zur Spurensicherung im häuslichen Umfeld, zur Abwehr von Gefahr für das betroffene oder andere Kinder, zur Sicherstellung von Material (Medikamente, Drogen, Gegenstände, Video-, Film- oder Fotomaterial oder Computerdaten). In vielen anderen Fällen kann die Absprache, ob eine Strafanzeige gestellt wird, zurückgestellt werden, da sie für die Abwehr der Kindeswohlgefährdung und mögliche Unterbringung des Kindes nicht von Bedeutung ist. Sie sollte daher nur als eine Möglichkeit gesehen werden, deren Konsequenzen für das Fallmanagement und die Entwicklung des Kindes sorgfältig bedacht werden müssen, und in Absprache mit anderen Institutionen gestellt werden. Für das Kind ist es meist besser, wenn andere Wege eingeschlagen werden, um die Misshandlung oder den Missbrauch zu stoppen (vgl. Kapitel „Fallmanagement“).

Keine Anzeigepflicht bei Kindesmisshandlung

In der ärztlichen Versorgung steht das Kind im Vordergrund, nicht die Klärung des Gewaltproblems. Daher ist das ärztliche Handeln primär durch den Wunsch motiviert, die Gesundheit und Entwicklung des Kindes zu schützen und geeignete medizinischen aber auch psychosoziale Hilfen anzubieten oder zu vermitteln. Der Gedanke, ein allgemeines Gewaltproblem aufzudecken und zu bekämpfen, sollte nicht die Arbeit in der ärztlichen Praxis bestimmen.

**Wohl des Kindes
im Vordergrund**

Sie werden immer parteilich für das Kind eintreten. Deshalb ist das Wohlergehen des Kindes besonders zu berücksichtigen. Dieses Wohl ist aber nicht unbedingt durch die sofortige Herausnahme des Kindes aus seiner Familie herzustellen. Auch wenn Gewalt in der Familie oder in der näheren Umgebung ausgeübt wird, kann dennoch ein Verbleib des Kindes in seinem Umfeld von Vorteil sein. Manchmal ist es für das Kind von Vorteil, mit Ruhe und Geduld abzuwarten und ein Vertrauensverhältnis zu dem Kind selbst oder einer Bezugsperson aufzubauen. In jedem Fall sollte jedoch bereits hier eine (ggf. anonymisierte) Beratung durch Kinderschutz-Zentren, Jugendhilfeeinrichtungen oder Beratungsstellen erfolgen, um Entscheidungsprozesse möglichst transparent zu machen und sich selbst eine Unterstützung für vielleicht zukünftige schwierige Gesprächssituationen zu holen. Bleiben Sie in einem Fall von Kindesmisshandlung oder sexuellem Missbrauch dem Kind gegenüber unbefangen. Geben Sie dem Kind ein Gefühl der Sicherheit. Auch das Verhalten gegenüber der Begleitperson sollte freundlich sein. Vorwürfe, Vermutungen und Vorurteile gegenüber Erziehungsberechtigten oder ein Dramatisieren des Falles helfen nicht weiter.

**Eigene Bewertung
und Einstellung
klären**

**Nicht in
Aktionismus
verfallen**

Wenn in einer Familie Gewalt ausgeübt wurde, können an die Arztpraxis hohe Erwartungen gerichtet werden. Insbesondere dann, wenn von Ihnen das Problem direkt angesprochen wurde. Die Bitte um Hilfe kann sowohl vom Kind als auch von der begleitenden Person ausgehen. Hier müssen Sie Ihre eigenen Möglichkeiten und Grenzen genau kennen. Das Vertrauen, das Ihnen entgegengebracht wird, darf nicht durch Versprechen, die Sie später nicht einhalten können, zerstört werden.

**Eigene
Möglichkeiten und
Grenzen kennen**

Es wird in der Regel nicht möglich sein, den Fall allein zu behandeln und somit das Problem des Kindes und der Familie zu lösen, insbesondere nicht bei Fällen innerfamiliären sexuellen Missbrauchs. Die Zusammenarbeit mit anderen Hilfeeinrichtungen ist erforderlich. Ärzte sollten initiativ tätig werden. Auch wenn der Fall von anderen Professionen versorgt und gegebenenfalls koordiniert wird, sollten Sie weiterhin Ihre Kompetenz und Ihr Verständnis für das Kind und die Familie einbringen.

**Zusammenarbeit
mit anderen
Hilfeeinrichtungen
suchen**

2.2. Konsequenzen für die ärztliche Praxis

Die Hilfen, die ein misshandeltes oder missbrauchtes Kind und dessen Familie benötigen, sind unter Umständen sehr differenziert und zeitintensiv. Sie können meist nicht von einer Person oder Einrichtung erbracht werden. Deshalb ist die ärztliche Praxis Teil eines Systems von Einrichtungen, die Hilfen anbieten.

**Die ärztliche Praxis
ist nur Teil des
Hilfesystems**

Damit die vorhandenen Hilfsangebote auch zu wirklichen Hilfen führen, müssen Sie über andere Einrichtungen informiert sein. Wirksame Maßnahmen für das Kind und die Familie müssen abgestimmt sein. Dies kann nur gelingen, wenn sich die Beteiligten kennen, wenn bestehende Kontakte gepflegt und gemeinsame Ziele vereinbart werden. Besonders Kinder- und Jugendärzte sollten deshalb an Maßnahmen mitwirken, die ein gemeinsames Fallmanagement ermöglichen.

**Kommunikation
und Kooperation
mit anderen
Einrichtungen**

Sofern keine entsprechenden Arbeitskreise oder Kooperationstreffen in Ihrer näheren Umgebung eingerichtet sind, sollten Sie den Kontakt zu anderen Hilfe-Einrichtungen selbst aufbauen. Mit Einladungen anderer Professionen in Ihre Praxis kann auch Ihr Praxispersonal in die Thematik eingeführt und sensibilisiert werden. Eine weitergehende Beschäftigung mit dem Thema ist zu empfehlen. Hier sind insbesondere ärztliche Fortbildungsmaßnahmen und Literatur zu nennen. Im Literaturverzeichnis dieser Broschüre finden Sie eine Auswahl von Büchern, die Sie oder auch Betroffene detaillierter in das Thema führen.

**Eigenen Kontakte
auf- und ausbauen**

3. Diagnostik und Befunderhebung

3.1. Diagnostik als Prozess

Der Verdacht auf Misshandlung, Vernachlässigung oder Missbrauch kann auf verschiedene Weise entstehen:

- Aufgrund von körperlichen Symptomen, z.B. eine ungeklärte Fraktur beim Säugling oder Zeichen mangelnder Hygiene oder eine Gedeihstörung
- Aufgrund von auffälligem Verhalten des Kindes, z.B. plötzlich eintretender Schulleistungsknick mit sozialem Rückzug
- Aufgrund von anamnestischen Angaben, z.B. unvollständige Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen oder gehäufte Unfälle
- Aufgrund einer gestörten familiären Interaktion, z.B. mangelnde Zuwendung der Eltern oder feindseliges Verhalten gegen das Kind

Wichtig ist ein dem Patientenalter gerechtes Untersuchungsverhalten. Die Symptomsuche sollte in unauffälliger Form im Rahmen einer Untersuchung des gesamten Körpers des Kindes erfolgen. Erklären Sie alle Untersuchungsschritte und heben Sie immer auch das Positive der Untersuchung hervor. Bestätigen Sie dem Kind, dass es grundsätzlich gesund ist. Ziel ist es, dem Kind die Sicherheit zu vermitteln, dass es über seine Gewalterfahrungen frei sprechen kann, wenn es dies möchte. Spontane Aussagen des Kindes sollten möglichst wörtlich dokumentiert, aber auf keinen Fall interpretiert werden. Ermuntern Sie das Kind möglicherweise zum Weitersprechen, aber geben sie keine geschlossenen Antworten oder Interpretationen vor.

Das Verhalten des Kindes in der Untersuchungssituation sollte wahrgenommen und dokumentiert werden. Überängstliches Verhalten oder stark agitiertes oder übermäßig abwehrendes Verhalten in der Untersuchungssituation sollten Sie an die Möglichkeit von Stress und Anspannung beim Kind und eine belastende Lebenssituation denken lassen.

Eine Orientierung und Hilfestellung für den Ablauf der Untersuchung sowie die Dokumentation geben Ihnen die Schaubilder und Befundbögen im Kapitel 7.

3.2. Körperlicher Befund

Symptome, die auf körperliche Misshandlung deuten können, sind häufig nicht einfach zu bestimmen. Sie müssen in jedem Fall das unbedeckte Kind untersuchen, besondere Beachtung verdienen die Regionen hinter den Ohren, die Schleimhäute der Wangen, die Innenseite der Lippen, das Lippenbändchen, die Oberarme, Thorax, und die Anogenitalregion. Das knöcherne Skelett und insbesondere die langen Röhrenknochen sollten abgetastet werden. Es gibt mehrere Symptome, die den Verdacht auf Misshandlung sofort wecken sollten.

Notieren Sie auch das Verhalten des Kindes und ob Befunde möglicherweise nur eingeschränkt verwertbar sind.

Hämatome und Hautwunden sind die Befunde, die in der täglichen Praxis am häufigsten im Zusammenhang mit Misshandlung vorkommen. Auf folgende Kriterien sollten Sie achten: Lokalisation, Gruppierung, Formung und Mehrzeitigkeit. Bei 90 Prozent der Misshandlungsoffer werden Symptome der Haut (Hämatome, Striemen, Narben) an nicht exponierten Stellen (untypisch für Sturzverletzungen) und in verschiedenen Altersstadien (Verfärbungen und Verschorfungen) beobachtet.

Diagnostik

Auf ein patientengerechtes Untersuchungsverhalten achten

Schaubilder und Befundbögen

Bei Verdacht auf Misshandlung das unbedeckte Kind untersuchen

Kriterien für Hämatome und Wunden auf der Haut

Dabei deuten Lokalisationen im Gesicht, am Gesäß, am Rücken, an den Oberarminnenseiten, im Brustbereich und auf dem Bauch eher auf Misshandlung hin. Typisch für Sturzverletzungen sind hingegen Lokalisationen an Handballen, Ellenbogen, Knie und Schienbein sowie am Kopf im Stirnbereich oder im Bereich des behaarten Kopfes.

Gelegentlich sind diese Hämatome geformt und lassen auf einen Schlaggegenstand schließen. Einwirkungen von stockähnlichen Werkzeugen oder Gürteln können Doppelstriemen hinterlassen. Auch Kratz- und Bisswunden sind oft Hinweise auf Misshandlung. Bissverletzungen mit einem Abstand von mehr als 3 cm zwischen den abgezeichneten Eckzähnen deuten auf einen erwachsenen Täter hin.

Besonders schwerwiegende Folgen hat das „Schütteltrauma“ der Säuglinge. Hierbei wird das Kind am Rumpf oder an den Armen festgehalten und geschüttelt. Dadurch schwingt der Kopf hin und her und es reißen feine Blutgefäße unter der harten Hirnhaut. Blutungen vor der Netzhaut oder Blutungen bei der Liquorpunktion (subarachnoidale Blutungen) müssen den Verdacht auf ein Schütteltrauma erwecken. In der Akutphase kommt es nicht selten zu einer dramatischen Steigerung des intracraniellen Drucks, wobei das Kind bewusstlos wird und zu krampfen beginnt, dabei spielen sowohl die subduralen Blutungen als auch die axonalen Abrissverletzungen des Nervengewebes selber eine Rolle. Oftmals fehlen dabei äußerlich erkennbare Verletzungen. Die Symptome des subduralen Hämatoms sind vielfältig. Akut kommt es zu Benommenheit, Schläfrigkeit bis hin zur Bewusstlosigkeit sowie zu Erbrechen und zu Krampfanfällen. Zusätzlich können, müssen aber nicht zwingend, beim Schütteltrauma Griffmarken an Brustwand und Armen oder an den Knöcheln zu beobachten sein. Durch den Peitschenschlagmechanismus können sogar Wirbelkörperkompressionsfrakturen entstehen. Langfristig resultieren neurologische Abweichungen, Bewegungs- und Entwicklungsstörungen oder Anfallsleiden. Daneben kann es durch die Drucksteigerung zu Blutungen im Glaskörper und in der Retina kommen, die zunächst keine akute Symptomatik zeigen müssen und deswegen übersehen werden können.

Nicht selten kommt zu dem Schütteln als pathologischem Mechanismus auch noch das Aufschlagen des Kopfes an einem Gegenstand hinzu, d.h. das Kind erleidet noch zusätzliche, oft mehrfache Hirnprellungen (Herrmann, 2005).

Bei einem raumfordernden subduralen Hämatom kommt es innerhalb weniger Stunden zu Erbrechen, zunehmenden Bewusstseinsstörungen, neurologischen Ausfallserscheinungen und schließlich zu Bewusstlosigkeit. Eine Operation ist dann meist unumgänglich, um das Leben des Kindes zu retten.

Plötzliche unerklärte Sehstörungen können auf Misshandlung hinweisen, allerdings sind wenige Augenverletzungen bis auf die beschriebenen retinalen Blutungen beim Schütteltrauma pathognomonisch für Kindesmisshandlung. Konjunktivale und periorbitale Einblutungen oder solche in die Vorderkammer des Auges, Glaskörperblutungen oder Netzhautablösungen ohne Schilderung eines erklärenden Unfallmechanismus sind verdächtig für eine Misshandlung.

Feine flohstichartige Blutungen in den Augenbindehäuten und an den äußeren Lidhäuten können als Stauungsblutungen entstehen, wenn die Halsvenen beim Würgen oder Drosseln zugeedrückt wurden, der arterielle Zufluss aber noch erfolgte. Flächenhafte Blutungen sind Folgen eines direkten Schlages auf das Auge.

Bei Verbrennungen und Verbrühungen lässt ein dem Entwicklungsstand des Kindes nicht entsprechendes Muster der Läsionen an Misshandlung denken. Unfallmäßige Verbrühungen entstehen, wenn ein Kleinkind heiße Flüssigkeit vom Tisch herunterzieht. In diesem Fall sind Hals, Brust, Schultern und Gesicht betroffen. Wenn ein Kind absichtlich in ein heißes Bad gesetzt wird, sind Gesäß und Hände gleichzeitig oder Hände und Füße gleichzeitig betroffen. Dieses Verletzungsmuster kann nicht entstehen, wenn das Kind selbständig in die Badewanne steigt. Dann ist nur eine Hand oder ein Fuß betroffen. Sie sollten sich bei jeder Verbrühungsverletzung den genauen Hergang schildern lassen und den Entwicklungsstand des Kindes berücksichtigen.

Zwischen Verletzungen und Misshandlungen differenzieren

Hinweise auf Schlaggegenstände

Subdurales Hämatom durch Schütteltrauma

Augenverletzungen

Verbrennungen und Verbrühungen

Kreisförmige Verbrennungen am Handteller, unter den Fußsohlen und am Bauch können durch Zigaretten verursacht sein. Nicht akzidentelle Verbrühungen und Verbrennungen sind oft symmetrisch, scharf begrenzt und bilden z.T. die Form eines heißen Gegenstandes ab.

Bei Skelettverletzungen ist zu beachten, dass äußere Schwellungen und Hautblutungen als Markersymptome häufig, aber nicht immer vorhanden sind. Wenn ein völlig ruhiges Kind immer wieder schreit, wenn es hochgenommen oder gefüttert wird, kann u. U. ein Rippenbruch vorliegen, der von außen nicht erkennbar ist.

Polytope Brüche verschiedenen Alters, sowie periostale Reaktionen in unterschiedlichen Heilungsstadien deuten fast immer auf Misshandlungen hin. Besonders betroffen sind meistens Rippen und lange Röhrenknochen. Sehr typisch sind Absprengungen von Metaphysenkanten am Ende der langen Röhrenknochen und Epiphysenablösungen bei normaler Knochenstruktur, wenn ein adäquates Trauma in der Anamnese fehlt (sogenanntes „Battered-Child-Syndrom“). Hier können die Sonographie und die Skelettszintigraphie unter Umständen wertvolle diagnostische Hilfe leisten.

Schädelfrakturen, die über mehrere Nähte verlaufen, Impressions- oder Trümmerfrakturen ohne entsprechende Vorgeschichte und wachsende Frakturen müssen immer den Verdacht auf eine Misshandlung aussprechen lassen. Wenn zu solchen Schädelfrakturen noch verschiedene alte und verschieden lokalisierte Hämatome am übrigen Körper und / oder ältere Frakturen anderer Skelettanteile hinzukommen, muss die Diagnose der Kindesmisshandlung vermutet werden, auch wenn dies von den Eltern verneint wird.

Das Auftreten von Knochenbrüchen bei Kindern von einem Lebensalter unter drei Jahren muss als hochverdächtig hinsichtlich einer möglichen Kindesmisshandlung angesehen werden.

Die Verkalkung an der Bruchstelle setzt innerhalb der ersten Woche nach der Verletzung ein und ist danach auf dem Röntgenbild nachweisbar. Daher ist es wichtig, bei dringendem Verdacht auf Misshandlung die Röntgenaufnahme nach ein bis zwei Wochen zu wiederholen. Computertomographien und Röntgenuntersuchungen (evtl. auch eine Skelettszintigraphie) sind vor allem bei Kindern unter drei Jahren wichtig, um überhaupt Misshandlungen erkennen zu können. Sie müssen jedoch selbst im Einzelfall entscheiden, wann die Verdachtsmomente sich so verdichten, dass eine Röntgenaufnahme angezeigt ist.

Bei Misshandlung können innere Verletzungen entstehen, die durch stumpfe Schläge auf den Leib verursacht werden. Innere Verletzungen sind selten und schwer zu erkennen, weil meist keinerlei Hautbefunde auftreten. Andererseits können sie sehr gefährlich werden. Sie sind die zweithäufigste Todesursache bei körperlicher Misshandlung. Im einzelnen kommen vor:

- Magen- oder Dünndarmperforationen
- Einrisse der Gekrösewurzel
- Leber-, Nieren-, Milz- und Bauchspeicheldrüseneinrisse
- Lungenverletzungen, Hämatothorax und Hämato-perikard

Anhaltendes Erbrechen, Schmerzen, ein aufgetriebener Bauch, Ausbleiben der Darmgeräusche, Störungen des Stuhlgangs, Entzündungen des Bauchfells und Schock können durch Darmverletzungen hervorgerufen sein.

An Vergiftungen ist bei folgenden Symptomen zu denken: Müdigkeit, Apathie, Abwesenheit, Gangunsicherheit und Bewusstlosigkeit. Vergiftungen kommen bei Säuglingen und Kleinkindern aus folgenden Gründen vor:

Verletzungen des Skeletts auch ohne Markersymptome

Frakturen

Wiederholen Sie Röntgenaufnahmen!

Innere Verletzungen

Darmverletzungen

Vergiftungen

- Überdosierung eines verordneten Schlaf- oder Beruhigungsmittels (das Kind schläft nicht, das Kind ist unruhig). Eventuell wurden Beruhigungsmittel auch verabreicht, um das Kind ruhig zu stellen, damit die Betreuungsperson ungestört ist bzw. anderen Aktivitäten nachgehen kann.
- Einnahme eines ungesicherten Medikaments durch Kleinkinder (Aufbewahrung von Medikamenten und Sicherungsmaßnahmen diskutieren).
- Medikamentengabe als Tötungsversuch bei erweitertem Selbstmordversuch oder im Rahmen eines Münchhausen-by-proxy-Syndroms.
- Beim Verdacht auf Vergiftung sollte unbedingt Klinikeinweisung erfolgen (Drogen screening und Blutalkoholuntersuchung).

Untersuchung bei Verdacht auf sexuelle Gewalt

Bei der Untersuchung sollten Sie beachten, dass das betroffene Kind eine körperliche Untersuchung als einen weiteren Übergriff erleben kann. Daher sollte die Untersuchung äußerst behutsam durchgeführt werden. Erklären Sie dem Kind die Untersuchungsschritte. Sie sollten offen über das Thema sprechen können und sich nicht überängstlich verhalten. Weigert sich ein Kind, so sollte es Zeit bekommen, mit der Situation vertrauter zu werden.

Die somatische Untersuchung bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch setzt sich zusammen aus der Erhebung eines Allgemeinzustands und eines Genitalstatus. Bei der Allgemeinuntersuchung ist ein pädiatrischer Status enthalten, bei dem insbesondere die Körperteile, die in sexuelle Aktivitäten oft einbezogen sind, genau untersucht werden, wie z.B. Brustbereich, Mund, Gesäß, Oberschenkelinnenseite. Wenn der Arzt mit den Besonderheiten der genitalen Befunderhebung vertraut ist, kann er einen Genitalstatus erheben, der vorwiegend aus einer genauen Inspektion der Genital- und Analregion besteht. Sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen wird die Analregion genau inspiziert und auf Verletzungen, Einrisse und ggf. Spermaspuren untersucht.

Bei der Inspektion bei einem Mädchen werden neben dem Gesamtaspekt des Genitalbereiches, die Klitoris, große und kleine Labien, Vulvaränder, Urethralbereich, Hymen in allen Anteilen sowie die Inguinalregion. Mit Hilfe der Separations- oder Traktionsmethode kann die Weite und Konfiguration des Introitus vaginae, die distale Vagina, die Fossa navicularis und die hintere Kommissur untersucht werden. Je nach Befund und Anamnese werden zusätzliche Untersuchungen erforderlich, z.B. mikrobiologische oder virologische Kulturen, serologische Untersuchungen oder der Nachweis von Sperma. Auffälligkeiten im Analbereich wie Afterdilatation, Fissuren, Superinfektionen sind ebenfalls zu beachten.

Eine gynäkologische Untersuchung, d.h. eine instrumentelle Untersuchung mit Vaginoskop oder Spekulum soll nicht routinemäßig durchgeführt werden, sondern in Abhängigkeit von der Anamnese, dem Befund bei der Inspektion und dem Alter der Patientin. Bei äußeren Verletzungen, Blutungen oder auch rezidivierenden Genitalinfektionen ist eine Untersuchung immer erforderlich.

Wenn Sie sich als Arzt durch eine exakte kindergynäkologische Untersuchung überfordert fühlen, sollten Sie eine kindergynäkologische Konsiliaruntersuchung in einer spezialisierten Klinik oder durch einen Rechtsmediziner mit Erfahrung in Befunderhebung und forensischer Bewertung anstreben.

Bei Jungen, die gleichermaßen zu Opfern sexueller Übergriffe werden können, wird neben der Analregion der Penis, das Skrotum und die Hoden sorgfältig auf Hämatome und andere Verletzungen untersucht. Liegt der vermutete sexuelle Übergriff mehr als 48 - 72 Stunden zurück und ist bei der Genitalinspektion keine Verletzung nachweis-

Erläuterung der Untersuchungsschritte

Somatische Untersuchung

Kindergynäkologische Untersuchung

bar, können forensische Überlegungen vorerst in den Hintergrund treten und weitere Untersuchungen sorgfältig geplant werden. Hat ein Übergriff aber in den letzten 48 - 72 Stunden stattgefunden, so muss die Untersuchung unverzüglich erfolgen, um beweiserhebliche Hinweise festhalten zu können (siehe Dokumentationsbögen im Kapitel 7).

Beim sexuellen Missbrauch gibt es kaum eindeutige Befunde. Als spezifische Symptome gelten alle Verletzungen im Anogenitalbereich ohne plausible Anamnese. Dazu gehören Hämatome, Quetschungen, Striemen, Einrisse und Bisswunden. Häufig entstehen auch ein weiter Eingang der Vagina bzw. Rötung, Einrisse oder venöse Stauung im Analbereich.

Im Zusammenhang mit dem Verdacht bzw. der Anschuldigung des sexuellen Kindesmissbrauchs bleiben allerdings auch immer wieder Beweisfragen ungeklärt. Beispielsweise ist aus diversen Literaturangaben bekannt, dass keineswegs jedes Einführen eines männlichen Gliedes bzw. intravaginale Manipulationen zwangsläufig mit dem Zerreißen des Jungfernhäutchen oder mit sichtbaren Verletzungen im Scheidenbereich einhergehen. Die Intaktheit des Hymens schließt die Möglichkeit des sexuellen Missbrauchs (auch mit Einführen des Penis bei einem jungen Mädchen) nicht aus. Sehr schwierig ist auch die Beurteilung von alten Vernarbungen des Hymens, bei denen regelmäßig die Differentialdiagnose einer früheren unfallmäßigen Pfählungsverletzung in die Diskussion gebracht wird.

Sexuell übertragbare Krankheiten jenseits der Neugeborenenperiode (wo diese Erkrankungen während der Geburt übertragen werden können) wie z.B. Gonorrhoe, Syphilis, Hepatitis B, HIV sind sichere Hinweise für sexuelle Gewalt, Infektionen mit Chlamydien, Trichomonaden oder Condylomata accuminata vor der Geschlechtsreife des Kindes sind möglicherweise Folge von Missbrauch. Bei einer Schwangerschaft in der Frühpupertät muss man immer an die Folge eines Missbrauchs denken. Daneben gibt es noch unspezifische Symptome, die ebenfalls beim Missbrauch entstehen können. Dazu zählen rezidivierende Harnwegsinfekte, vaginale Infektionen, sekundäre Enuresis und Enkopresis.

Trotzdem lässt sich sagen, dass sexueller Missbrauch sehr häufig durch eine körperliche Untersuchung nicht eindeutig diagnostizierbar ist. Bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch sollten Sie sich - falls erforderlich - von erfahrenen Kollegen oder multidisziplinären Einrichtungen beraten lassen, damit die Abklärung im Sinne des Kindes optimal verläuft und Schutz vor weiteren Übergriffen gewährt. Damit wird das Kind vor einer Retraumatisierung durch Vermeidung von überstürztem, wiederholtem, falschem oder unüberlegtem Handeln geschützt.

3.3. Psychischer Befund und das Verhalten des Kindes

Die Erhebung des psychischen Befundes gehört weder in der Praxis noch in der Klinik zum diagnostischen Alltag.

In der Literatur zum Thema Kindesmisshandlung wird ein Merkmal als typisch für misshandelte Kinder beschrieben: Die Kinder, insbesondere Säuglinge, zeigen eine „gefrorene Aufmerksamkeit“ (frozen watch-fulness). Es verharrt still auf seinem Platz und beobachtet seine Umgebung quasi aus dem Augenwinkel her aus, ohne sich zu bewegen. Es bewegt sich erst dann, wenn es sich unbeobachtet fühlt. Als weitere typische Symptome für misshandelte Kinder werden emotionale Störungen (anhaltende Traurigkeit, Ängstlichkeit, Stimmungsinstabilität und mangelndes Selbstvertrauen) und Schwierigkeiten im Sozialverhalten beschrieben. Die Kinder sind entweder auffallend ruhig und zurückgezogen oder aber besonders aktiv, unruhig und schwierig (Aggressivität, Distanzlosigkeit). Bei der Entwicklungsbeurteilung findet man häufig Rückstände in der Motorik und Sprache

Manchmal senden Kinder verschlüsselte Botschaften wie „Hier gefällt es mir“ oder „Ich gehe gern ins Krankenhaus“, die aussagen können, dass die Situation zu Hause schwer erträglich ist, ohne sie als solche zu benennen.

Körperlicher Befund bei sexuellem Missbrauch

Sexuell übertragbare Krankheiten als Hinweis auf sexuellen Missbrauch

Merkmale von misshandelten und vernachlässigten Kindern

Der Verdacht auf sexuellen Missbrauch entsteht manchmal durch auffälliges Verhalten des Kindes. Es zeigt inadäquates, sexualisiertes Verhalten oder nicht altersentsprechendes Wissen über Sexualität, das im Spiel oder in Zeichnungen dargestellt wird. Als Folge einer Missbrauchssituation kann eine plötzliche Verhaltensveränderung ohne ersichtlichen Grund entstehen. Kinder meiden das Alleinsein mit einer bestimmten Person oder haben einen Schulleistungsknick, häufig verbunden mit sozialem Rückzug (internalisierendes Verhalten) oder unangemessener Aggressivität (externalisierendes Verhalten).

Auffälliges Verhalten des Kindes

Seelische Gewalt

Seelische Gewalt und psychische Vernachlässigung können nur durch Verhaltensauffälligkeiten diagnostiziert werden. Diese Verhaltensauffälligkeiten sind allerdings nicht spezifisch für Misshandlung, sondern können viele andere Ursachen haben. Es gibt kein eindeutiges Merkmal und kein gesichertes diagnostisches Instrument, um seelische Gewalt zu erkennen. Es ist jedoch möglich, zumindest einen Verdacht zu erhärten. In der Literatur werden eine Vielzahl von diagnostischen Hinweisen auf seelische Misshandlung gegeben, wenn organische Ursachen ausgeschlossen sind (Eggers, 1994).

Diagnose nur durch Verhaltensauffälligkeiten

Bei sexuellem Missbrauch gibt es kaum eindeutige Symptome. Deshalb sollten Sie immer Differentialdiagnosen aufstellen. Zu den oben beschriebenen Verhaltensweisen werden weitere Verhaltensauffälligkeiten beobachtet. Diese Symptome sind ebenfalls unspezifisch und müssen weiter abgeklärt werden:

Zusätzliche Symptome

Gestörtes Essverhalten, Schlafstörungen, Rückfall in ein Kleinkindverhalten (Regression), Weglaufen von zu Hause, Distanzlosigkeit, sexualisiertes Verhalten, Ablehnung des eigenen Körpers, Sexualstörungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Affektlabilität, Depressivität, erhöhtes Sicherheitsbedürfnis, Alpträume, unklare Angstzustände, Schmerzen (z. B. Bauchschmerzen), Sprachstörungen, Stehlen und anderes delinquentes Verhalten, Beziehungsschwierigkeiten, Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Konversionssyndrome.

Symptome bei seelischer Gewalt

- im Säuglingsalter
Gedeihstörung, motorische Unruhe, Apathie, „Schreikind“, Nahrungsverweigerung, Erbrechen, Verdauungsprobleme, Psychomotorische Retardation
- im Kleinkindalter
(Sekundäre) Enuresis, (Sekundäre) Enkopresis, Daumenlutschen, Trichotillomanie, Nägelbeißen, Spielstörung, Freudlosigkeit, Furchtsamkeit, Passivität, Zurückgezogenheit, Aggressivität, Autoaggressionen, Distanzschwäche, Sprachstörung, Motorische Störungen und Jactationen
- im Schulalter
Kontaktstörungen, Schulverweigerung, Abnahme der Schulleistungen, Konzentrationsstörungen, Mangel an Ausdauer, Initiativverlust, Hyperaktivität, „Störenfried“-Verhalten, Ängstlichkeit, Schüchternheit, Misstrauen, Suizidgedanken, Versagensängste, Narzisstische Größenphantasien, Tagträumereien

3.4. Beurteilung der familiären Situation

Beobachtungen bei Eltern und Begleitpersonen

Um einen Verdacht auf Kindesmisshandlung zu erhärten, können Sie durch Beobachten der Eltern oder Begleitpersonen weitere Hinweise erhalten. Eltern, die ihr Kind misshandelt haben, verhalten sich in vielerlei Hinsicht anders als Eltern, deren Kinder durch

Unkooperatives Verhalten der Eltern

einen Unfall verletzt wurden. So lehnen manche Eltern eine adäquate Behandlung oder weitergehende Untersuchungen ab, obwohl dieses dringend angezeigt ist. Viele Eltern berichten widersprüchlich von dem „Unfall“, der sich zugetragen haben soll.

Die Reaktion der Eltern kann der Verletzung nicht angemessen sein. Sie ist entweder übertrieben oder untertrieben. Manchmal klagen Eltern im Detail über Belanglosigkeiten, die in keinem Zusammenhang zur Verletzung stehen.

Ein Kind kann deutliche Anzeichen von Pflegemangel und Unterernährung aufweisen, die Eltern stellen sich jedoch als perfekte Eltern dar. Der Entwicklungsstand des Kindes kann nicht altersgerecht sein, die Eltern berücksichtigen dies aber nicht. Der Umgang mancher Eltern mit dem Kind ist ständig lieblos oder überfordernd; die Erwartungen an das Kind sind völlig unrealistisch. Gegebenenfalls beobachten Sie Erregungszustände oder Kontrollverlust bei den Eltern.

Im Rahmen der Anamneseerhebung sollten Sie unbedingt sich auch ein Bild bezüglich des Vorkommens von Belastungsfaktoren im sozialen Umfeld des Kindes bzw. Jugendlichen machen. Hierbei können Fragen zur Familiensituation helfen:

- Wer gehört zur Familie?
- Ist jemand weggegangen (Todesfall, Partnerverlust, Trennung) oder dazugekommen (Geschwisterkind, neuer Partner)?
- Wen gibt es sonst noch an Angehörigen?
- Wie geht es den Eltern, der Mutter?
- Gibt es Hinweise für Gewalt in der Partnerschaft?
- Wie kommt die Mutter mit dem Kind (den Kindern) zurecht?
- Gibt es Konfliktstoffe (mit dem Kind, Alkohol, Schulden)?
- Hat das Kind schulische Probleme?
- Wie ist die Wohnsituation?
- Gibt es Spielsachen für das Kind, hat es ein eigenes Bett?
- Wie ist der Kontakt zu Angehörigen?
- Gibt es Nachbarn, Freunde, Bekannte, an die man sich auch im Notfall wenden kann?
- Wer hat die bisherigen Vorsorgeuntersuchungen gemacht?
- Haben die Eltern oder das Kind Kontakt zum Jugendamt oder Beratungsstellen?

Bei einem Hausbesuch können Sie den Lebensraum des Kindes beurteilen. Der niedergelassene Arzt hat gegenüber dem Klinikarzt den Vorteil, die soziale Situation und die Lebenssituation des Kindes zu sehen und in seine differentialdiagnostischen Überlegungen mit einfließen zu lassen.

Unangemessene Reaktionen der Eltern

Umgang mit dem Kind

Anamneseerhebung im sozialen Nahbereich

Leitfaden zur Familiensituation

Hausbesuch

3.5. Bewertung der Befunde

Verifizieren der Verdachtsdiagnose

Alle erhobenen Befunde müssen zusammenfassend bewertet werden. Die Diagnose soll den körperlichen und psychischen Befund des Kindes, die familiäre Interaktion und die Familiensituation beschreiben. Es wird festgestellt, ob ein Kind normal entwickelt ist, ob Auffälligkeiten in seiner Entwicklung bestehen und ob diese Auffälligkeiten das Ausmaß von Behandlungsbedürftigkeit erreichen.

In einigen Fällen kann die Einholung eines zweiten Urteils erforderlich sein. Insbesondere bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch können Sie an die Grenzen Ihrer diagnostischen Möglichkeiten gelangen. Sie sollten dann auf die Konsiliaruntersuchung von Kindergynäkologinnen zurückkommen. Sie müssen allerdings abwägen, ob dem Kind eine gynäkologische Untersuchung zuzumuten ist. Grundsätzlich sollten möglichst wenige Untersuchungen stattfinden.

Wenn Sie psychologischen und sozialpädagogischen Sachverstand einbeziehen, können Verhaltensauffälligkeiten eher in Zusammenhang mit der Diagnose gebracht werden. Kooperationen zwischen den Ärzten und entsprechenden Professionen sind anzustreben.

Auch wenn Sie die Bezugspersonen des Kindes nicht direkt mit Ihrem Verdacht auf eine relevante körperliche oder sexuelle Misshandlung, seelische oder körperliche Vernachlässigung angesprochen haben, können Sie den Eltern Ihre Sorgen um den Gesundheitszustand des Kindes mitteilen und so die Notwendigkeit zusätzlicher Untersuchungen erläutern. Untersuchungsergebnisse sollen den Bezugspersonen allerdings mitgeteilt und im Rahmen der möglichen Differentialdiagnosen erläutert werden. (vgl. Kapitel Fallmanagement und Diagnoseübermittlung).

Neben einer ausführlichen Dokumentation der Anamnese wird eine Dokumentation der Aussagen von Eltern/Begleitpersonen einschließlich ergänzender Eindrücke empfohlen. Die Dokumentation kann durch Digitalaufnahmen der äußeren Verletzungen des Kindes ergänzt werden, wobei immer ein Maßstab (Lineal, Meterband) angelegt werden sollte. Entsprechende Dokumente sind möglicherweise Grundlage für eine gerichtliche Beweissicherung. Eine ausführliche Dokumentation ist der Nachweis, dass eine mögliche Veranlassung behördlicher Maßnahmen durch den Arzt auf sorgfältiger Abwägung der Situation des Kindes beruht. Im Anhang dieses Leitfadens finden Sie eine Vorlage, mit der Sie die Dokumentation strukturieren können. Die „niedrigschwellige“ Einbeziehung der Rechtsmedizin im Wege eines Konsils erleichtert eine „gerichts-feste“ Dokumentation.

**Unterstützung
durch ein zweites
Urteil bei Verdacht
auf sexuellen
Missbrauch**

**Zusammenarbeit
mit anderen
Professionen**

**Falldokumentation
für eventuelle
gerichtliche
Beweissicherung**

4. Fallmanagement in der Arztpraxis

Die folgenden Empfehlungen für ein gemeinsames Fallmanagement wurden im Rahmen von Kooperationstreffen zwischen niedergelassenen Ärzten sowie weiteren Hilfeeinrichtungen und Behörden entwickelt. Diese Empfehlungen gehen über Diagnostik und Befundssicherung hinaus.

Gemeinsames Fallmanagement beruht bei guten Rahmenbedingungen auf persönlichen Kontakten zwischen Arztpraxen, Allgemeinen Sozialen Diensten, Gesundheits- und Umweltämtern, Beratungsstellen öffentlicher und freier Träger, spezialisierten Krankenhausabteilungen und weiteren Einrichtungen, die sich mit dem Problem Gewalt gegen Kinder befassen. Einen Rahmen zum Aufbau entsprechender Kontakte bieten regionale Kooperationsgruppen.

Grundlage für ein gemeinsames Fallmanagement sind Kenntnisse in der Arztpraxis über entsprechende Beratungs- und Hilfeangebote. Die Angebote müssen für die Eltern oder Begleitpersonen des Kindes erreichbar sein. Hierzu bietet der Leitfaden eine Hilfe.

Sie sollten darüber hinaus Ihre persönliche Haltung zum Problem Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch kritisch prüfen. Der Kontakt zu Opfern und möglichen Tätern erfordert einen vorurteilslosen Umgang mit dem Problem. Ihre Aufgabe ist es, die nach einem Erstkontakt mit der Diagnose „Verdacht auf Gewalt gegen Kinder“ möglicherweise gefährdete Arzt-Patienten-Beziehung zu stabilisieren. Nur so ist ein gemeinsames Fallmanagement in Kooperation zwischen den Betroffenen, Ihnen, den Allgemeinen Sozialen Diensten und spezialisierten Beratungseinrichtungen möglich.

In vielen Fällen kann die Einschaltung eines Rechtsmedizinischen Konsils im Sinne einer „niedrigschwelligen“ Beratung sinnvoll sein, insbesondere bei der Verletzungsinterpretation. Fast alle rechtsmedizinischen Institute halten eine Gewaltopferuntersuchungsstelle vor, mit der auch ohne Einschaltung der Polizei Kontakt aufgenommen werden kann, um eine Beratung oder Mithilfe zu einer professionellen Befunddokumentation zu erhalten.

4.1. Erst- und Wiederholungsuntersuchungen

Bei der Erstuntersuchung steht die Befunderhebung und -sicherung einschließlich einer Befragung der Eltern oder Begleitpersonen im Vordergrund. In diesem Zusammenhang sollte auch nach dem vorbehandelnden Arzt gefragt werden. Jedes Kind mit einer Verdachtsdiagnose „Misshandlung“ oder „Missbrauch“ sollte in kurzen Abständen wieder einbestellt werden. In schweren Fällen ist die Einweisung in eine Klinik angezeigt.

Manchmal reicht die Diagnostik in der Arztpraxis insbesondere bei Verdacht auf eine Vernachlässigung des Kindes nicht aus. In diesem Fall sollten Sie sich durch einen Hausbesuch über die Wohnsituation und das familiäre Umfeld des Kindes informieren. Ist der Verdacht noch nicht ganz abgesichert, die Situation ausreichend stabil und es besteht keine unmittelbare Gefahr für das Kind, sollten Sie zunächst die Bezugspersonen nicht direkt mit Ihrem Verdacht zu konfrontieren. Wichtiger ist zuerst, das Vertrauen der Familie zu gewinnen. Das Kind sollte häufiger wieder einbestellt werden, damit Sie sowohl zum Kind als auch zu den Eltern eine positive Beziehung aufbauen können. So stehen Sie weiterhin dem Kind und der Familie beratend zur Seite und können den Gesundheitszustand des Kindes beobachten. Es gibt keine allgemein gültige Grenze, bei der unbedingt eingeschritten werden muss. Diese Entscheidung können Sie nur im Einzelfall nach Abwägung der Risiken treffen. Insbesondere Säuglinge sind bei drohender Misshandlung sehr gefährdet, hier muss eine Intervention ggf. rascher erfolgen als bei einem älteren Kind.

**Gewaltprävention
als Ziel des
gemeinsamen
Fallmanagements**

**Bindung im Ver-
dachtsfall an die
Arztpraxis beson-
ders wichtig**

**Nach dem vorbe-
handelnden Arzt
fragen und nach
anderen helfenden
Personen**

**Möglichkeit eines
Hausbesuchs ein-
beziehen**

**Bei einem Verdacht
zuerst Vertrauen
schaffen**

Die Zeit bis zur Wiederholungsuntersuchung können Sie nutzen, um durch Rückfragen beim vorbehandelnden Arzt und Durchsicht anderer medizinischer Unterlagen wie Krankenhausberichte die Vorgeschichte zu vervollständigen. Anonymisierte Beratungen bei Ärztinnen und Ärzten, die sich auf die Thematik spezialisiert haben, oder bei Einrichtungen des Kinderschutzes können Ihnen helfen, zusätzliche Sicherheit in der Diagnosestellung zu gewinnen.

Sofern eine Kontaktaufnahme zu den Allgemeinen Sozialen Diensten oder Beratungseinrichtungen notwendig wird, sollten Sie Eltern oder Begleitpersonen über diesen Schritt informieren. Ziel der Gespräche ist es, bei Verdacht auf Misshandlung oder Missbrauch des Kindes Vorbehalte oder Bedenken seitens der Eltern bzw. Begleitpersonen gegenüber der Inanspruchnahme einer speziellen Beratungseinrichtung oder der Allgemeinen Sozialen Dienste abzubauen.

Die Kontaktaufnahme zu den Beratungsstellen freier Träger ist zu empfehlen, wenn die persönliche Problembewältigung der Familie im Vordergrund steht und die Eltern Hilfe akzeptieren. Allgemeine Soziale Dienste sind zu empfehlen, wenn es um die Bewilligung sozialer Hilfen geht oder eine akute Gefährdung für das Wohl des Kindes besteht und Eltern Hilfen nicht annehmen wollen. In Fällen sexuellen Missbrauchs sollte in jedem Fall Beratung durch Fachleute vermittelt werden.

Persönliche Kenntnis der empfohlenen Einrichtungen schafft Glaubwürdigkeit

4.2. Zwischen den Praxisbesuchen

In dem aufklärenden Gespräch mit der Familie haben Sie deutlich gemacht, ob Sie nur Frühwarnzeichen wahrgenommen haben und der Familie selbst niedrigschwellige, engmaschige Begleitung anbieten möchten. Bei Einsichtsfähigkeit der Bezugspersonen und ausreichender Motivation kann der Kontakt zu einer Beratungsstelle oder einem Kinderschutz-Zentrum hergestellt werden, ohne dass die Jugendhilfe informiert werden muss. In der Regel werden Sie jedoch eine Unterstützung und Begleitung durch andere professionelle Helfer angeregt oder vorgeschlagen haben. Falls die Eltern in das Vorgehen einwilligen, können sie selbst oder über Ihre Praxis Kontakt aufnehmen. Durch Kontaktaufnahme mit den Allgemeinen Sozialen Diensten, den Kinderschutz-Zentren oder Beratungsstellen und den kinder- und jugendpsychiatrischen Diensten können weitere Einschätzungen zur Beurteilung einer Verdachtsdiagnose eingeholt werden. Die Mitarbeiterinnen erhalten u. a. durch Hausbesuche Informationen über das soziale Umfeld der Kinder. Die bezirklich organisierten Stellen besitzen im Rahmen ihrer Tätigkeiten möglicherweise Fallkenntnis.

Einholung zusätzlicher Informationen von Allgemeinen Sozialen Diensten

Bei Anzeichen für ein Gewaltdelikt muss der Arzt sorgfältig abwägen, welche Maßnahmen erforderlich sind, die Sicherheit des Kindes zu garantieren. Die ärztliche Entscheidung sollte davon abhängig gemacht werden, wie die Gefahr weiterer Schädigungen dieses Kindes oder anderer Kinder einzuschätzen ist. Wenn keine Gefahr im Verzug ist oder keine Notwendigkeit zur Spurensicherung besteht, kann eine Strafanzeige zunächst zurückgestellt werden. In diesem Fall ist der Allgemeine soziale Dienst oder das Jugendamt unverzüglich zu informieren, die ggf. nach Kontaktaufnahme mit der Familie und fehlender Kooperationsbereitschaft das Familiengericht einschalten.

Anzeige eines Gewaltdeliktes sorgfältig abwägen

Familiengerichte stehen auch für allgemeine juristische Auskünfte bereit. Insbesondere bei Ehen mit ausländischen Partnern kann eine Information zu Sorgerechtsfragen hilfreich sein. Eine Rückfrage beim zuständigen Familiengericht ist ebenfalls angezeigt, wenn die Vormundschaft geklärt werden soll und die Begleitperson des Kindes eine entsprechende Urkunde nicht vorweisen kann.

Informationen über Vormundschaftsverhältnisse abholen

Nach einer Kontaktaufnahme mit ASD, Kinderschutz-Zentren oder Beratungsstellen oder Familiengericht sollte möglichst bald eine erste gemeinsame Helferkonferenz zusammenkommen. Mit Kenntnis der Eltern treffen sich alle professionellen Helfer, die möglicherweise bereits früher, zum jetzigen Zeitpunkt oder mit hoher Wahrscheinlichkeit in der Zukunft mit der Familie zusammen gearbeitet haben oder werden. Die Organisation eines solchen Gespräches ist aufwändig und Sie sollten die Mitarbeiter der Jugend-

hilfe bitten, dies so zu organisieren, dass Sie daran teilnehmen können. Machen Sie Terminvorschläge oder laden Sie in Ihre Praxis ein.

Inhalt, Umfang und Anlass der Weitergabe von fallbezogenen Informationen zwischen der Arztpraxis und den Allgemeinen Sozialen Diensten oder Beratungsstellen freier Träger werden mit Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der entsprechenden Einrichtungen auf einer solchen Helferkonferenz vereinbart. Seitens der kooperierenden Einrichtungen werden zunächst Informationen über die Entwicklung des Gesundheitszustandes des Kindes von Ihnen erwartet. Die Informationsvereinbarung kann z. B. die Mitteilung über einen Abbruch des Kontaktes zwischen Ihnen und dem betreuten Kind umfassen.

Hierbei ist es unumgänglich, dass praxisintern ein verlässliches Warnsystem installiert wird, das auf nicht eingehaltene Kontrolltermine unmittelbar aufmerksam macht. Die gängigen Praxis-EDV-Systeme bieten dazu entsprechende Recall-Programme an.

Die Information von Behörden oder Beratungseinrichtungen freier Träger sollte grundsätzlich mit dem Einverständnis der Eltern des Kindes erfolgen. Behördliche Stellen können auch ohne dieses Einverständnis einbezogen werden, wenn das Wohl des Kindes aufs Höchste gefährdet ist.

- Das aktuelle Ausmaß der gesundheitlichen Schäden erfordert die sofortige Herausnahme des Kindes aus seiner häuslichen Umgebung.
- Beim Verbleib in der häuslichen Umgebung droht eine akute Gefahr für die Gesundheit, das Leben (z. B. durch Suizid) und die geistige Entwicklung des Kindes.

4.3. Eröffnung der Diagnose gegenüber Eltern oder Begleitpersonen

Wird der Verdacht auf Kindesmisshandlung oder Missbrauch bestätigt, sollte die Diagnose im Gespräch mit den Eltern oder ggf. Begleitpersonen eröffnet werden (Hutz 1994/95; Kopecky-Wenzel & Frank, 1995).

Für eine erfolgreiche Prävention weiterer Gewalt ist es wichtig, dass die Arztpraxis eine vertrauensvolle Situation gegenüber Eltern oder Begleitpersonen schafft. Nur so können die behandelnden Ärzte ihre Vertrauensstellung im Sinne des Fallmanagements einsetzen. Wird eine Misshandlung oder Vernachlässigung in der Gesamtschau immer mehr möglich oder sogar wahrscheinlich, muss dies in einem umfassenden, ruhigen Gespräch außerhalb der üblichen Sprechzeit erklärt werden. Der behandelnde Arzt muss im Vorfeld eines solchen Gespräches bedacht haben, welche Reaktionen möglich sind und welche Konsequenzen das Gespräch für die Sicherheit des Kindes und für die weitere Betreuung hat. Möglicherweise wird er das Vorgehen entsprechend modifizieren und andere Helfer dazu bitten bzw. eine Klinikeinweisung veranlassen. Folgende Regeln sollten bei der Planung eines Gesprächs zur Diagnosemitteilung berücksichtigt werden:

- Machen Sie deutlich, dass Sie sich um die Gesundheit des Kindes sorgen.
- Vermeiden Sie wertende Haltungen gegenüber Eltern oder potentiellen Tätern.
- Bieten Sie keine Beratungen und Therapien an, die Sie selbst nicht leisten können.
- Führen Sie nach Möglichkeit eine gemeinsame Entscheidung zur Inanspruchnahme oder Information von Beratungsstellen und Allgemeinen Sozialen Diensten herbei.

Beginnen Sie das Gespräch mit den Befunden, die Sie bei dem Kind beobachtet haben. Die Symptomatik des Kindes bietet Ihnen eine Möglichkeit, mit den Eltern ins Gespräch zu kommen („Ihr Sohn macht schon seit längerer Zeit einen sehr ängstlichen Eindruck auf mich. Haben Sie eine Vorstellung, woran es liegen kann?“). Manchmal stellen Sie in der Sprechstunde fest, dass ein Kind, das wegen Husten vorgestellt wird, mehrere Hämatome aufweist. Sie sollten den Eltern diese Befunde unbedingt mitteilen und mit ihnen über mögliche Ursachen reden.

Art und Umfang der Informationsweitergabe persönlich vereinbaren

Information behördlicher Stellen auch ohne Einverständnis der Eltern möglich

Eröffnungsgespräch vorbereiten

Gegenüber Eltern und Begleitpersonen Vertrauen aufbauen

4.4. Notmaßnahmen bei unmittelbar drohender Gefahr für das Kind

Zum Zeitpunkt des Praxisbesuchs ist eine unmittelbar abzuwendende Gefahr für das Kind, von Ausnahmen abgesehen, meist nicht gegeben. Um besonders in Krisensituation angemessen zu reagieren, sollten Sie Ihr Verhalten an folgenden Überlegungen ausrichten:

- Bei den meisten in der Arztpraxis vorgestellten Fällen von Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung ist ein sofortiges Handeln nicht erforderlich.
- Im Notfall - Gefahr für Leben, Suizidgefahr, Gefahr der unkontrollierbaren Gewaltbereitschaft, Eskalation von Familienkonflikten vor oder an Wochenenden besteht immer die Möglichkeit des Einschaltens der Polizei.
- Selbst in den Fällen, die ein sofortiges Eingreifen erfordern, ist entsprechend der Gefahrenbewertung eine abgestufte Reaktion möglich.
- Kontaktaufnahme mit dem Kinder- und Jugendnotdienst des Amtes für Jugend bzw. dem Jugendamt. Außerhalb der Sprechzeiten Kontaktaufnahme über die Einsatzleitstelle der Polizei.
- Krankenhauseinweisung
- Ansprechen der Allgemeinen Sozialen Dienste
- Einschaltung der Polizei
- Die entsprechenden Maßnahmen sind gegenüber den Eltern bzw. den Begleitpersonen des Kindes eindeutig zu begründen („Ich muss jetzt die Allgemeinen Sozialen Dienste anrufen, weil ...“).
- In der Praxis auftretende Krisenfälle können Sie durch einfache Maßnahmen entschärfen (z. B. ein kurzes Erstgespräch, die Bitte um Aufenthalt im Wartezimmer, die Ablenkung durch Zeitschriften oder andere Medien, eine zwischenzeitliche Informationseinholung bei einer Kollegin oder einem Kollegen oder Kooperationspartner, ein ausführliches Wiederholungsgespräch).

Die Einschätzung einer unmittelbaren Gefahrensituation für das Kind muss von Ihnen grundsätzlich in eigener Verantwortung vorgenommen werden. Sofern der Fall erstmalig in der Praxis vorstellig wird, ist das Einbeziehen weiterer Stellen aus Zeitgründen meist nicht möglich. Diese Situation ist jedoch selten.

4.5. Feedback

Gemeinsames Fallmanagement beruht in hohem Maße auf einem verantwortungsvollen Austausch von Informationen zwischen der behandelnden Arztpraxis, Kollegen/innen, Allgemeinen Sozialen Diensten, Psychologen/innen, Kinder- und Jugendpsychiatern/innen, Gesundheitsämtern und Beratungseinrichtungen. Die entsprechenden Informationsbeziehungen sind um so belastbarer, je schneller gegenseitige Rückmeldungen über Ergebnisse der weiteren Behandlung des Falls durch die jeweilige Einrichtung erfolgen.

Die hohen Anforderungen des Praxisalltags führen mitunter dazu, dass Informationsabreden trotz bester Absichten nicht eingehalten werden können. In diesem Fall können regelmäßige Kooperationstreffen eine leicht organisierbare Möglichkeit zum Austausch von Informationen und Erfahrungen sein. Sowohl die Fallarbeit als auch der präventive Ansatz erfordern ein hohes Maß an Einsatz und Energie. Als niedergelassener Arzt haben Sie jedoch die Möglichkeit, durch längerfristige Verläufe den Erfolg Ihrer Bemühungen zu sehen. Dann kann die Betreuung von Familien, in denen Gewalt gegen Kinder geschieht, eine lohnende Arbeit sein.

Zum Zeitpunkt des Praxisbesuchs meist keine unmittelbare Gefahr für das Kind

Abgestufte Reaktion auch im Gefahrenfall möglich

Rückmeldungen sind wichtig für gemeinsames Fallmanagement

5. Literaturverzeichnis

Bange, Dirk; Körner, Wilhelm (Hrsg.): Handwörterbuch Sexueller Missbrauch. Göttingen, 2002

Deegener, G., . Körner, W.: Kindesmisshandlung und Vernachlässigung - Ein Handbuch. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, 2005

Deegener, G., . Körner, W.: Risikoerfassung bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Theorie, Praxis, Materialien, 2006

Eggers, C.: Seelische Misshandlung von Kindern. Der Kinderarzt, 25, 748 - 755, 1994.

Herrmann, B.: Jugend und Gewalt: Gewalt und Misshandlung. In: Stier, B., Weissenrieder, N. (Hrsg.) Jugendmedizin. Gesundheit und Gesellschaft. (Handbuch) Springer Verlag, Heidelberg, S. 281-284, 2005

Herrmann, B.: Hautbefunde bei Kindesmisshandlung – Machen blaue Flecken krank? Monatsschrift Kinderheilkunde 153: 1077-1081, 2005

Herrmann, B.: Medizinische Diagnostik bei körperlicher Kindesmisshandlung. Kinder- und Jugendarzt 36: 96-107, 2005

Herrmann, B.: ZNS-Verletzungen bei Kindesmisshandlungen – das Shaken Baby Syndrom. Kinder- und Jugendarzt 36: 256-265, 2005

Herrmann, B.: Vernachlässigung und emotionale Misshandlung von Kindern. Kinder- und Jugendarzt 36: 393-402, 2005

Hutz, P.: Beratung und Prävention von Kindesmisshandlung. In: Fortschritt und Fortbildung in der Medizin Bd 18. Herausgegeben von der Bundesärztekammer. Köln, 1994/1995

Junghohann, E.E. (Hrsg.): Thiemann Praxis-Leitfaden: Hilfen für misshandelte Kinder. Ratingen, 1993

Kopecky-Wenzel, M. & Frank, R.: Gewalt an Kindern. Teil 1: Prävention von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, In: Allhoff, P.G. (Hrsg.): Präventivmedizin. Praxis-Methoden-Arbeitshilfen. Springer Verlag, 1995

Minns, R.A., Brown, J.K. (Hrsg.): Shaking and other non-accidental head injuries in children. Clinics in Developmental Medicine No. 162. Cambridge University Press, 2005

Püschel, K.: Das Problem der Kindesmisshandlung aus ärztlicher Sicht - Diagnostik und Interventionsmöglichkeiten (Diskussion). In: Bundesärztekammer (Hrsg.): Fortschritt und Fortbildung in der Medizin, Band 18. Deutscher Ärzte-Verlag, 1994

Reece RM, Ludwig S (Hrsg.): Child abuse: Medical diagnosis and management. 2.Aufl. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, Baltimore, New York, London, neue Auflage, Okt. 2007

Sullivan, Patricia M. und Knutson, John F.: Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study. In: Child Abuse & Neglect, Vol. 24, No. 10, 2000

Sorantin, E., Lindbichler, F.: Die nicht unfallbedingte Verletzung (battered child). Monatsschr. Kinderheilkunde 150: 1068-1075, 2002

Thyen, Ute und Johns, Irene: Prävention Schütteltrauma des Säuglings. Vortrag im Rahmen der Präventionskampagne „Vorsicht zerbrechlich!“ (Sozialministerium Schleswig-Holstein 2004, www.kinderschutzbund-sh.de)

Thyen, U., Johns, I.: Recognition and prevention of child sexual abuse in Germany. In: May-Chahal C & Herczog M: Child sexual abuse in Europe, Council of Europe Publishing, Strasbourg, France, S. 79-100, 2003

Wetzels, P.: Zur Epidemiologie physischer und sexueller Gewalterfahrung in der Kindheit. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen, Hannover, 1997.

Ziegenhain, U., Fegert, J. (Hrsg): Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, München, Reinhard, 200

Deutsche Leitlinien www.uni-duesseldorf.de/AWMF/awmflleit.htm

AWMF online = Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch (Stand 1999, überarbeitet 2003)

www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/028-034.htm

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin zu Vernachlässigung und Kindesmisshandlung (Stand 2002, Überarbtg. geplant 2007)

www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/071-003.htm

Leitlinien für Bildgebende Diagnostik der Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie zu Kindesmisshandlung (Stand 2001, überarbeitet 2004, Überarbtg. geplant 12/2007)

www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/064-014.htm

6. Zusammenfassung des Leitfadens

Die Inhalte dieses Leitfadens stellen wir Ihnen zusätzlich in einer stichwortartigen Zusammenfassung im handlichen Flyer-Format zur Verfügung. Sie können diesen Flyer aus dem Ordner heraustrennen. Der Flyer soll Sie in Ihrer täglichen Arbeit in der Praxis oder bei Hausbesuchen unterstützen.

Im Internet unter **www.tk-online.de/lv-schleswig-holstein** können Sie die Zusammenfassung des Leitfadens auch downloaden.

7. Schaubilder und Dokumentationsbögen

Hier finden Sie verschiedene Schaubilder und Hilfen zur Dokumentation, die Ihnen im Internet unter www.tk-online.de/lv-schleswig-holstein auch als Download zur Verfügung stehen.

Abbildung 1 **Mißhandlungsverletzungen**



Oberkopf, Auge
Wangen,
Mundschleimhaut

Streckseiten der
Unterarme und
Hände

Rücken, Gesäß

Abbildung 2 **Sturzverletzungen**



Stirn, Nase,
Kinn,
Hinterkopf

Ellenbogen

Handballen,
Knöchel

Knie,
Schienbein

Abbildung 3 **„Hutkrempe“-Regel**

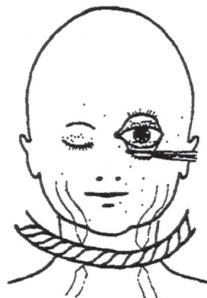
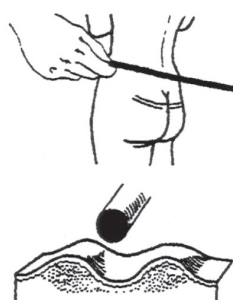


■ Schlag- und
Hiebverletzungen

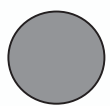
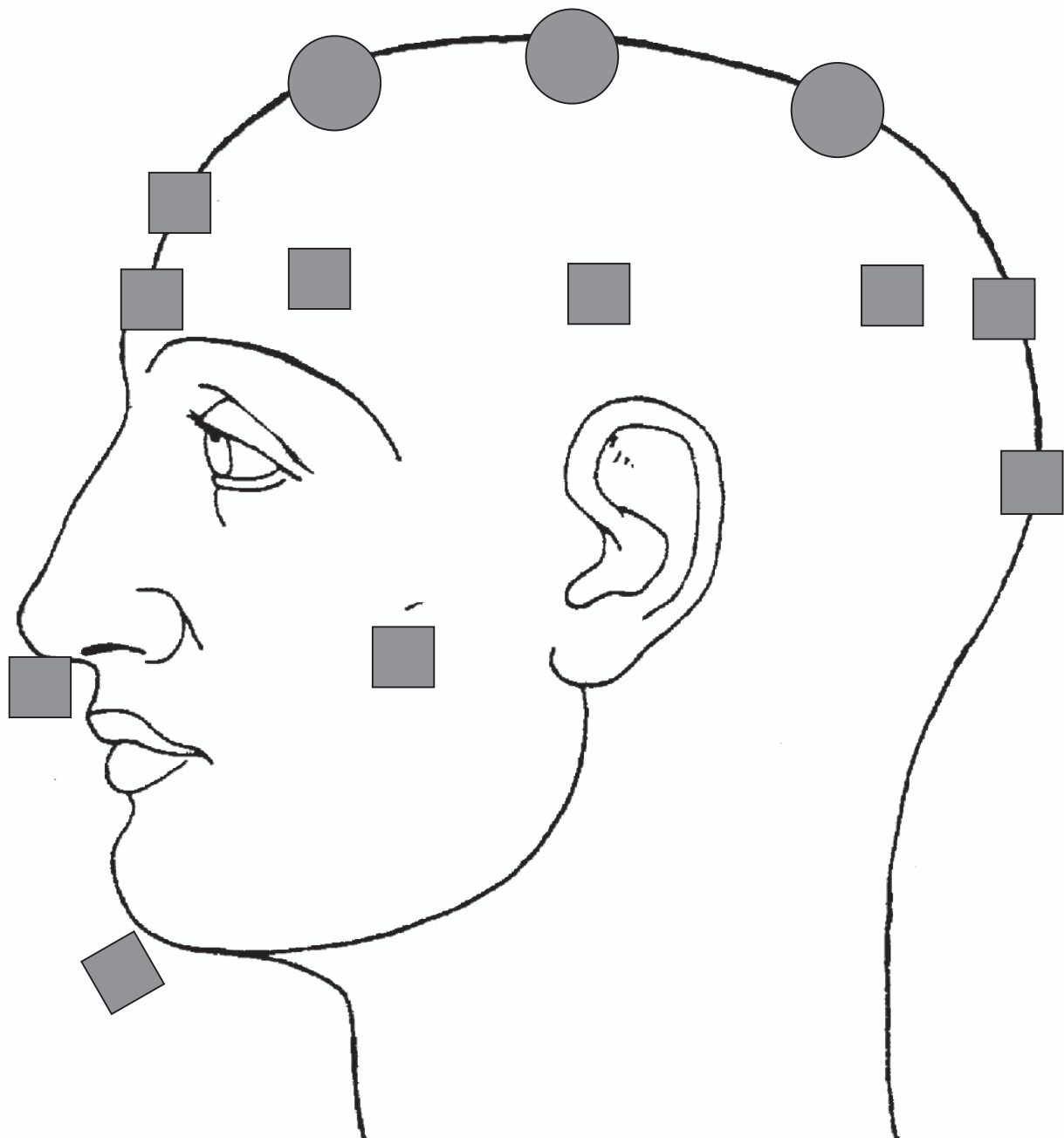
Sturzverletzungen

Abbildung 4 und 5
**Entstehung von
Doppelstriemen**

Stauungsblutungen



Hutkrempen-Regel



Verletzungsregionen bei Schlag- und Hiebeinwirkung



Verletzungsregionen beim Sturz

Dokumentation: (Verdacht auf) Kindesmisshandlung / Vernachlässigung / sexueller Missbrauch

Der Dokumentationsbogen entstand in Zusammenarbeit mit dem Institut für Rechtsmedizin,
Prof. Dr. K. Püschel und Prof. Dr. E. Miltner.

Personalien des Kindes (ggf. Adressen-Abdruck)	(Praxisstempel)
Familienname: _____	
Vorname: _____	
Geburtsdatum: _____	
Adresse: _____	

1. Kurze Sachverhaltsschilderung

Anlass des Arztbesuchs, Vorfallszeit, Hergang, Art der Gewalt

2. Untersuchungsbefunde

Allgemeinzustand

Größe, Gewicht; Auffälligkeiten bzgl. Ernährungszustand, Pflegezustand, Entwicklung, Bekleidung

Haut

- Detaillierte Dokumentation, Vermessung, genaue Angabe der Lokalisation, erkennbare Formung und Alterseinschätzung aller Verletzungen – Rötungen, Schwellungen, Hämatome, Abschürfungen, Wunden, Schleimhautläsionen z. B. im Mund – insbesondere z. B. Doppelstriemen, Griffspuren, Bissmarken, petechiale Lid- und Bindehautblutungen.
- Skizze verwenden.
- Wenn möglich Fotos mit Maßstab.
- Verborgene Läsionen beachten, z. B. am behaarten Kopf.

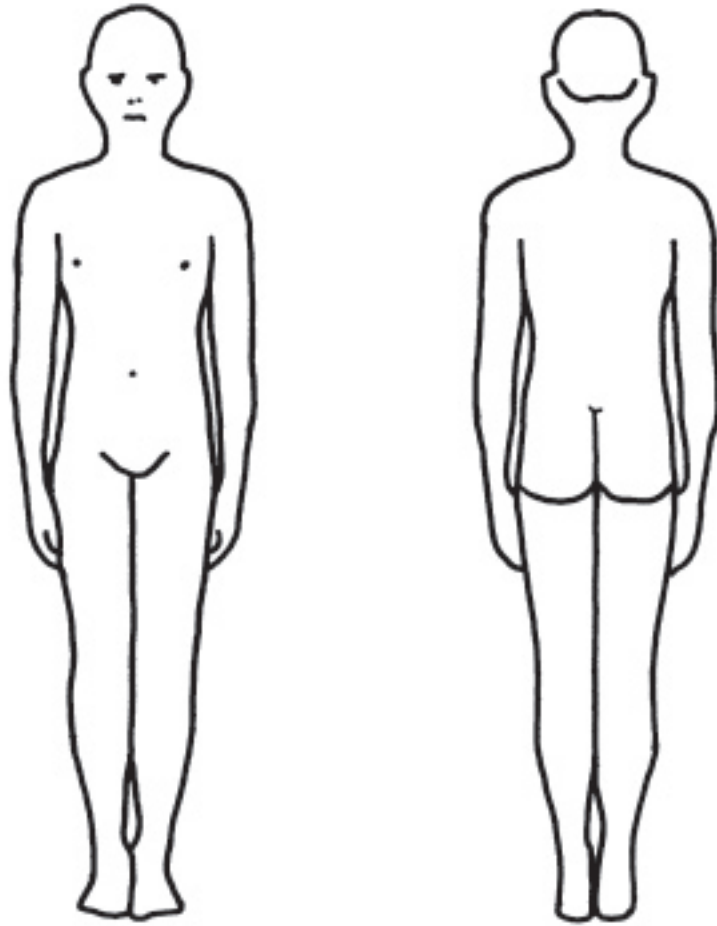
Innere Verletzungen

- Innere Blutungen, Organverletzungen, Frakturen.
- Röntgenologische Befunde, evtl. Ultraschall, CT, Knochenszintigraphie.
- Altersschätzung, insbes. von Frakturen.
- Hinweise auf Schütteltrauma? Augenhintergrundsveränderungen?
- Neurologische Auffälligkeiten.

Genitale / anale Befunde

- Frische Verletzungen, Narben, Entzündungszeichen.
- Hymenalfund (Öffnung normal bis 0,5 cm im 5. Lebensjahr).
- Evtl. kindergynäkologische Untersuchung!

3. Skizzen zur Befunddokumentation:
Ganzkörperschema



Genital-/Analregion



4. Verhaltensauffälligkeiten beim Kind, psychischer Befund; soziale Situation

Psyche, Verhalten

z. B. situationsgerechtes Verhalten

- überängstlich, überangepasst, verschlossen
- eigenartig unbeweglich, beobachtend (sog. „frozen watchfulness“)
- „sexualisiertes“ Verhalten, ungewöhnlicher Wortschatz
- Hinweise auf Essstörungen
- evtl. Alkohol-/Drogen-/Medikamenteneinfluss?

Soziale / familiäre Verhältnisse

z. B. Anzahl Geschwister, bekannte Misshandlungsproblematik

- Erziehungsberechtigte(r), Elternhaus
- Berufstätigkeit (evtl. Arbeitslosigkeit), Wohnverhältnisse

5. Auffälligkeiten bei den Eltern / der Begleitperson

z. B. Wer kommt mit dem Kind zum Arzt, Motivation

- Zeitverzögerung bzw. ungewöhnliche Tageszeit des Arztbesuchs
- ungewöhnliches Besorgnis-Verhalten
- Diskrepanz zwischen Erklärung der Verletzungsursachen und Befund
- Verschweigen früherer Verletzungen
- häufiger Arztwechsel
- Alkohol / Drogenproblem von Bezugspersonen

6. Diagnose / Differentialdiagnose

	Anfangsverdacht	Diagnose
körperliche Misshandlung	☐	☐
sexueller Missbrauch	☐	☐
Vernachlässigung	☐	☐
seelische Misshandlung	☐	☐

Sonstige Differentialdiagnose

z. B. Gerinnungsstörung, Stoffwechselstörung, Malabsorption, Unfall (evtl. wiederholt)

7. Spurensicherung (bei akuten, schwerwiegenden Fällen)

Die Spurensicherungsmaßnahmen sollten generell so früh wie möglich (vor Reinigungsmaßnahmen) durchgeführt werden, am Körper spätestens innerhalb 24 bis 48 Stunden. Trockene Sekretspuren an Kleidungsstücken oder anderen Spurenträgern sind auch länger verwertbar.

- Rückfrage ggf. – je nach Sachlage – beim Institut für Rechtsmedizin (Tel. 47 17-21 27) oder im Landeskriminalamt.
- Einsendung z. B. an das Institut für Rechtsmedizin

Durchgeführte Sicherungsart bitte ankreuzen: *f*

am Körper z. B. Blut-/Sekretspuren vom Täter (Fingernägel ggf. durch Kriminaltechnik) ☐
Sicherungsart: – Mulltupfer mit Wasser anfeuchten und Spur aufnehmen
– Neutralprobe von nicht verschmutztem Hautbereich nehmen, beide Mulltupfer
– getrennt verpacken (Plastikdose)

Schamhaare sichern ☐
Sicherungsart: – mit Kamm auskämmen
– ca. 10–20 Vergleichsschamhaare des Opfers kurz über der Haut abschneiden
und getrennt verpacken

Abstriche – Vagina min. 2 Abstriche (Introitus-Bereich, Vaginalkanal und -gewölbe, evtl. Zervikalkanal) ☐
– ggf. Mund und Anus, je nach Sachverhalt
Sicherungsart: – Mulltupfer (bitte getrennt verpacken und mit Entnahmeregion kennzeichnen),
Lufttrocknung
– möglichst zusätzlich Objektträger (nicht zudeckeln)

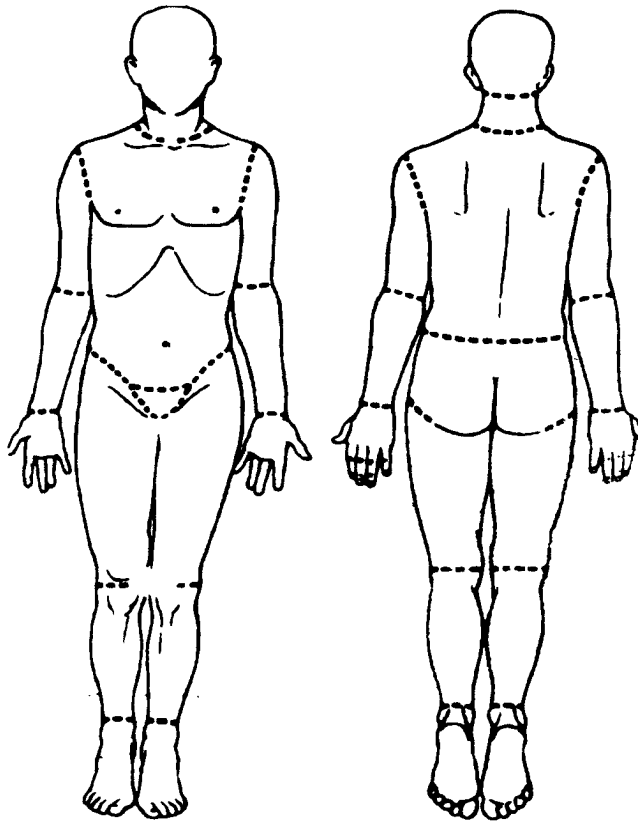
sonstige Spurenträger ☐
z. B. Slip, ggf. Tampon oder Binde

8. Procedere

- z. B. Wiedereinbestellung
weitere Consiliaruntersuchungen
Krankenhauseinweisung
Meldung → Soziale Dienste, Kinderschutzbund, sonstige Institution

Dokumentationsschema für Verletzungen, Hämatome, Verbrennungen

bei V.a. Nicht-akzidentellem Unfallmechanismus



Name: _____ geb. _____

Aufnahme/Untersuchung am: _____ um _____ h
anwesend: _____

Untersucher/in: _____

● **Unfall-/Verbrennungshergang** (Stichworte):

● **V.a. Nicht-akzidentellen Mechanismus?**

- ☐ Anamnese inadäquat/fehlend/wechselnd
(evtl. hinten gesondert erläutern)
- ☐ Multiple Hämatome
 - ☐ + verschiedene Farben (CAVE Lokalisation)
 - ☐ + ungewöhnliche Lokalisation
- ☐ Abdrücke (Hände, Gegenstände, Bißmarke)
- ☐ Immersionsverbrennung („Handschuh-/Strumpfmuster“, fehlende Spritzer, Lokalisation)
- ☐ Kontaktverbrennung:
(spezifisches Abdruckmuster, Zigarettenverbrennung)
- ☐ Sonstiges:
 - ☞ Hämatomfarbe und Maße angeben !
 - ☞ Verbrennungsgrad angeben !
 - ☞ Verbrannte Oberfläche abschätzen:
_____ % (____-gradig)

● **Allgemeiner Zustand/Vigilanz**/ggfalls Glasgow Coma Scale:

● ☐ V.a. Gedeih-/ ☐ Entwicklungsstörung ? ☐ V.a. Vernachlässigung ? Ungepflegt ?

● V.a. **Fraktur(en)** ☐ Nein ☐ Ja, welche:

● **Kindergynäkologischer Status** (Extra Schema verwenden) ☐ Später vorgesehen ☐ Erfolgt, Wertung:

● **Vorgesehene Diagnostik:**

Röntgen

- ☐ **Skelettscreening**
- ☐ Skelettszinti (nur komplementär)
- ☐ Sonstige:

☐ **Augenhintergrund**

Sono

- ☐ Abdomen
- ☐ Schädel

Zerebrale Bildgebung

- ☐ CCT
- ☐ MRT

Labor

- ☐ BB+Diff, BSG, (BGA)
- ☐ GOT, GPT, Amylase
- ☐ Quick, PTT, (AT III, Fibrinogen)
- ☐ Sonstiges gezielt: TPHA, Cu/Coeruloplasmin, HSV, Mykoplasmen
- ☐ Sonstiges:

● **Procedere**

- ☐ Stationäre Aufnahme, Station:
- ☐ Info diensthabender Oberarzt/ärztin (immer!)
- ☐ Kindergynäkologischer Status
- ☐ Fotodokumentation
- ☐ Ambulant möglich (*Ausnahme !*) weil:
- ☐ Info Sozialdienst im Hause
- ☐ Info Jugendamt
- ☐ Info/Nachfrage Kinderarzt, Hausarzt, andere Kliniken

Datum, verantwortlicher Arzt/Ärztin

☐ Kinder-/Jugendgynäkologischer Untersuchungsbefund		☐ V.a. Missbrauch bei Jungen	
PERSONALIEN		UNTERSUCHUNG am: _____, Uhr, Ort: _____	
Name: _____	geboren: _____	Assistenz: _____	Anwesend: _____
Anforderung am: _____	durch: _____	Bild-Dokumentation: _____	

ANAMNESE (ggfalls. auf Rückseite ausführen, ☐ Ja):

Menarche: ☐ Nein ☐ Ja:

Blutungen: ☐ Nein ☐ Ja:

Fluor: ☐ Nein ☐ Ja:

Sonstiges:

Strukturierter Verhaltensfragebogen: ☐ Unauffällig ☐ __ Auffälligkeiten (von __ Items)

Verhalten bei Untersuchung: ☐ kooperativ ☐ schüchtern ☐ ängstlich ☐ widerstrebend ☐ lehnt ab

KÖRPERLICHER BEFUND ☐ Unauffällig ☐ Nebenbefund:

Pubertätsstadium (nach Tanner) P B

GENITALER BEFUND

Äußeres Genitale

Labia majora/minora/Klitoris

Vestibulum vaginae

Fossa navicularis

Perineum, Commissura post.

Hymenkonfiguration

Hymen-Entfaltung: ☐ Ja, bei

Posteriorer Randsaum

☐ Inspektion ☐ Separation ☐ Traktion ☐ Knie-Brust-Lage ☐ **Kolposkop**

☐ Unauffällig ☐ Auffällig:

☐ Unauffällig ☐ Auffällig:

☐ Unauffällig ☐ Auffällig:

☐ Unauffällig ☐ Auffällig:

☐ Unauffällig ☐ Auffällig:

☐ Semilunär ☐ Anulär ☐ Wulstig, östrogenisiert ☐ Variante:

☐ Inspektion ☐ Separation ☐ Traktion ☐ Knie-Brust-Lage ☐ Q-Tip ☐ **Nein**

☐ Glattrandig ☐ Nicht beurteilbar ☐ Sonstiges

☐ Pathologisch (spezifizieren):

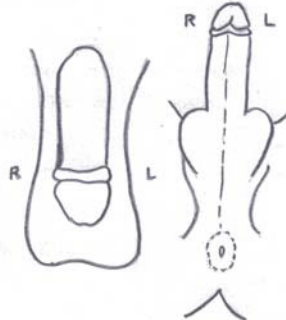
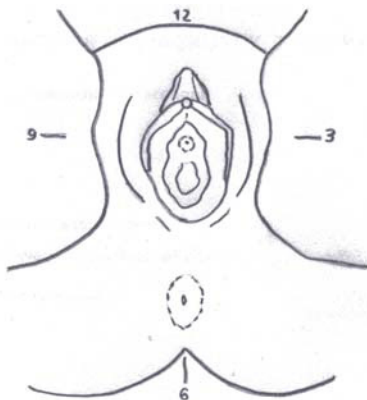
Fluor: ☐ Nein ☐ Ja:

ANALER BEFUND

Dilatation ☐ Normal ☐

Fissuren ☐ Keine ☐

Fältelung ☐ Normal ☐



DIAGNOSTIK ☐ Durchgeführt ☐ Nicht indiziert

Abstriche

vaginal

☐ Gonokokken ☐ Chlamydien ☐ Forensik/DNA*

☐ Entnahme Vestibulum ☐ Entnahme intravaginal

anal

☐ Gonokokken ☐ Chlamydien ☐ Forensik/DNA*

pharyngeal

☐ Gonokokken ☐ Forensik/DNA*

Sonografie:

Nativer Ausstrich:

Serologie:

☐ TPHA ☐ Hepatitis B ☐ HIV

Bakteriologie ☐ vaginal ☐ anal ☐ pharyngeal

☐ **Hautabstriche/Forensik** ☐ Wood-Lampe

☐ **Extra-Forensikbogen** ausgefüllt

BEWERTUNG

BEMERKUNG/FAZIT Unspezifische oder Normalbefunde schließen einen sexuellen Missbrauch nicht aus!

Befundklasse:

EMPFEHLUNGEN **Prophylaxen** ☐ nicht erforderlich ☐ **Indiziert:**

☐ Jugendamt ☐ Beratungsstelle:

☐ Psychotherapie

☐ Sex. übertragene Infektionen ☐ Notfallkontrazeption

☐ Wiedervorstellung/Kontrolle am: _____

☐ Sonstiges:

Datum

Verantwortlicher/Leitender Arzt/Ärztin

Assistenz-/untersuchender Arzt/Ärztin