



Schauen Sie genau hin!

Vorgehen bei Verdacht auf Kindesmisshandlung

Matthias Thöns, Sönke Müller, Bernd Herrmann



Kindesmisshandlungen und Vernachlässigungen haben eine hohe gesellschaftliche und soziale Bedeutung und erhebliche Auswirkungen auf die physische, psychische und emotionale Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Aktuelle neurobiologische Daten zeigen deutliche negative Auswirkungen von chronischer, auch nicht körperlicher Gewalt auf die neuronale Entwicklung.

Daher ist die fachliche Auseinandersetzung mit diesem Thema eine zwingende Notwendigkeit für alle Ärzte und medizinischen Einrichtungen, die Kinder versorgen. Bislang läuft dies in Deutschland unbefriedigend und ist im internationalen Vergleich deutlich unterentwickelt. Mediziner haben nach Aussage der WHO potenziell eine Schlüsselrolle in der Erkennung, Behandlung und Weitervermittlung von Misshandlungsfällen an die zuständigen Ämter.

Auch wenn die gefühlte Wahrnehmung einen Anstieg der Misshandlungen suggeriert, gibt es darüber keine verlässlichen Daten. Eine vermehrte fachliche und öffentliche Aufmerksamkeit, führt dagegen zu einem Anstieg diagnostizierter Fälle. Nach konservativen Schätzungen erfahren 1–2% aller Kinder- und Jugendlichen körperliche Gewalt, 5–10% Vernachlässigung, 5–8% der Jungen und 10–15% der Mädchen sexuelle Gewalt in ihrer Kindheit. Ob-

» DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere einwirkende Maßnahmen sind unzulässig [BGB § 1631]. So sieht es das Gesetz vor, doch die Realität sieht oft anders aus. Im Kampf gegen die Kindesmisshandlung kommt dem Hausarzt eine Schlüsselrolle zu.

wohl man aus der zunehmenden öffentlichen Aufmerksamkeit vermuten kann, dass es sich um ein neues, wachsendes Problem handelt, so werden Kinder leider schon seit jeher misshandelt. Bereits 1962 wurde von C. Henry Kempe der heute nicht mehr gebräuchliche Begriff „battered child“ publiziert (WHO 2002, Glaser 2000, Herrmann 2008).

Kindesmisshandlung ist ein Wiederholungsdelikt

Unter Kindesmisshandlung wird eine nicht zufällige körperliche oder seelische Schädigung eines Kindes verstanden, die zu Verletzungen, Entwicklungshemmungen oder zum Tod führen kann. So wird heute zunehmend der Begriff

Kasuistik:

Ein Säugling wurde von seinem Vater in 60 Grad heißem Wasser in der Badewanne verbrüht. Erst am Folgemorgen – als es zu spät war – rief er den Notarzt. Obwohl der Gerichtssachverständige von unvorstellbareren Schmerzen sprach, will niemand der Nachbarn etwas wahrgenommen haben. Der Säugling hatte auch noch mehrere alte Frakturen. Nach Festnahme der Eltern wurde die Polizei erneut von den Nachbarn in die Wohnung beordert „weil da eine Katze so jammern würde“...



Verdächtige Hämatome: Armhämatom, Bissmarke und Ohrhämatom (von links nach rechts)

„nichtakzidentelles Trauma“ verwendet. Unterschieden werden körperliche oder seelische Misshandlung, sexueller Missbrauch und die Vernachlässigung. Täter sind meist nahe Familienangehörige.

Kindesmisshandlung ist ein typisches Wiederholungsdelikt über meist längere Zeiträume. Kinder werden in der Regel chronisch misshandelt oder missbraucht. Diese Tatsache unterstreicht die Wichtigkeit einer Grundaufmerksamkeit für dieses Problem um die Wiederholungsgefahr zu senken: Jeder Bürger ist gefordert, bei entsprechendem Verdacht nicht wegzusehen, sondern sollte versuchen, Hilfe zu organisieren. In besonderem Maße gilt dies natürlich für den Hausarzt. Er hat die einmalige Chance, das Kind aus dem Teufelskreis der Gewalt herauszunehmen.

Mut zum Verdacht!

Entscheidend ist der Mut zum Verdacht, ein Mindestmaß an fachlichen Grundlagen, um diesen Verdacht zu schöpfen und den ersten protektiven Schritt zu unternehmen. Die Kardinalfrage ist immer die Plausibilität, mit der bestimmte Verletzungen tatsächlich auf dem angegebenen

Mechanismus entstanden sein können. Dabei müssen typische Muster akzidenteller Verletzungen und andere Differenzialdiagnosen abgegrenzt werden, um keine Fehldiagnosen zu stellen.

Nicht nur das Verletzungsmuster kann typische Hinweise auf nichtakzidentelle Verletzungen liefern, der Hausarzt hat die einmalige Chance, das häusliche Umfeld betrachten zu können: Gibt es Zeichen der Verwahrlosung oder Vernachlässigung, wie verhalten sich Geschwisterkinder, passt ein behaupteter Unfallmechanismus zu den Gegebenheiten vor Ort?

Die häufigsten Symptome

Die meisten Misshandlungsfolgen zeigen sich an der Haut, daher gehört die komplette körperliche Untersuchung zur *conditio sine qua non*. Aufgrund unterschiedlicher Farben auf das Alter von Hämatomen zu schließen, verbietet sich, wegweisender als die Farbe ist vielmehr die Lokalisation und deren Anzahl: Verdächtig sind Hämatome bei Kindern, die noch nicht laufen können und solche an Ohren, Rumpf und Gesäß oder den Innenseiten der Extremitäten. Differenzialdiagnostisch ist eine Gerinnungsstörung auszuschließen. Hochverdächtig sind geformte Hämatome, die Handabdrücke, Griffmarken, Bissmarken oder Schlaggegenstände widerspiegeln.

Je jünger die Kinder sind, desto verdächtiger sind Frakturen. Aufgrund der hohen Elastizität werden selbst bei Verkehrsunfällen oder Reanimationen seltenst die Rippen gebrochen. Klassisch finden sich bei Misshandlungen multi-

ple Frakturen unterschiedlichen Alters ohne plausiblen Unfallmechanismus. Metaphysäre oder epiphysäre Frakturen im Säuglings- und frühen Kleinkindalter finden sich nahezu ausschließlich nichtakzidentell.

Verbrennungen oder Verbrühungen außerhalb von Handinnenflächen oder typischen Unfallverletzungen (herunterstürzender Wasserkocher mit Überschüttung), und geformte Verbrennungen können ein Zeichen nichtakzidenteller Verletzung sein, insbesondere Immersionsverbrühungen („Handschuh oder Strumpfmuster“) sind pathognomonisch.

Häufigste Ursache für Todesfälle ist das Schädel-Hirn-Trauma. Trotz allmählich zunehmender öffentlicher Aufmerksamkeit und Aufklärung (Abb. 1), kommt es immer wieder zu schwersten Verletzungen durch Schütteln. Dabei ist „Schütteln“ ein Euphemismus für das Ereignis: Die Kinder werden auf das heftigste gerüttelt und geschleudert, bis sie –bedingt durch das beginnende Koma bei Hirnzerstörung– aufhören zu schreien. Dem hinzugerufenen Arzt bieten sich die verschiedensten neurologischen Zeichen: Krampfanfälle, Vigilanzstörungen, Atemstörungen, Erbrechen. Hinweisend sind schwere flächenhafte retinale Einblutungen. Der hierbei vielziertierte Sturz vom Wickeltisch verursacht praktisch nie ein so schweres Schädel-Hirn-Trauma. Als Faustregel gilt, dass Stürze bis zur doppelten Kindshöhe in der Regel keine schweren Verletzungen auslösen. Das Schütteltrauma stellt mittlerweile die häufigste Todesursache im zweiten Lebenshalbjahr dar.



TIPP

Ein hoher Stellenwert kommt der Prävention zu: Geben Sie den Eltern nützliche Informationen und Hilfestellungen, wenn sie ein Schreikind haben oder sich Zeichen der Überforderung zeigen (z. B. Schreibaby-Ambulanzen oder -sprechstunden sowie Beratungsstellen).

Fotos: privat

Fachinformationen, Leitlinien, Artikel zum Download, Dokumentationsbögen, Fortbildungen und andere Infos unter **www.kindesmisshandlung.de**

Im ersten Quartal 2009 erscheint das Kitteltaschenbuch „Memorix Kindernotfall“ von Dr. Müller und Dr. Thöns.

Nach amerikanischen Zahlen beruhen 2–5% der Fälle von plötzlichem Kindstod auf Misshandlungen in Form von Schütteltrauma oder Erstickung, sodass in dieser traurigen Situation nie eine „natürliche Todesursache“ attestiert werden darf. Eine Obduktion ist obligatorisch, auch um tatsächlich unschuldige Eltern zu entlasten.

Sexueller Missbrauch hinterlässt nur selten (ca. in 5–10% der Fälle) nachweisbare körperliche Spuren, deren Dokumentation spezielle kinder- und jugendgynäkologische und forensische Kenntnisse voraussetzt. Bauchschmerzen, Dysurie, Migräne aber insbesondere auch Verhaltensauffälligkeiten können die einzigen, wenn auch unspezifischen Hinweise sein.

Vernachlässigung oder psychische Misshandlung (ablehnen, ignorieren, demütigen, isolieren) zählen zu den häufigsten Misshandlungsformen (ca. 60%). Sie können sich durch die verschiedensten Verhaltensauffälligkeiten manifestieren und nur durch sorgfältige Beobachtung und Kenntnisse der Familienzusammenhänge erfasst werden. Die Folgen können jedoch deutlich gravierender sein als bei anderen Misshandlungsformen.

Wie soll der Hausarzt vorgehen?

Der Hausarzt kann das Problem nicht allein lösen, daher sollte er in der Regel die Eltern nicht mit dem Verdacht konfrontieren, sondern eine weitergehende Diagnostik in der Klinik anstreben, wenn somatische Beschwerdebilder im Vordergrund stehen. Dies kann bei unklarem organischen Befund auch einmal durch einen Vorwand erreicht werden (z. B. Hämatome: Gerinnungsstörung). Das Ziel ist nicht Strafe des Täters, sondern Schutz des Kindes vor weiteren Misshandlungen. Niemandem ist mit einer überzogenen emotionalen Reaktion geholfen, so könnten Beweise vernichtet oder Aussagen nicht gemacht werden.

Auch kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen, spezialisierte Beratungsstellen oder die Konsultation des Jugendamtes, unter Umständen zunächst ohne Namensnennung, können im Sinne einer fachlichen Konsultation helfen, um mit einem „unguten oder mulmigen Gefühl“ bezüglich einer möglichen Misshandlung umzugehen.

Sorgfältig sollte man alle Informationen zusammentragen, die Umstände

und Aussagen zeitnah und genau dokumentieren. Besonderheiten kann man mit der Handkamera photodokumentieren (z. B. Wickeltisch, von dem angeblich der Sturz erfolgte). Dies alles sollte dem Klinikarzt übergeben werden, dort sollte eine interdisziplinäre Diagnostik stattfinden. Persistiert der Verdacht in der Klinik, so reichen die notwendigen Maßnahmen verstärkter Kontrolle bis hin zur Herausnahme des Kindes und Strafanzeige des Täters.

Die Strafanzeige muss gut durchdacht sein: Kindesmisshandlung ist ein Officialdelikt. Wird sie zur Anzeige gebracht, muss umfangreich ermittelt werden. Eine „Rücknahme“ der Anzeige ist nicht möglich und andere Interventionsformen, die dem Kind unter Umständen besser helfen, werden zunichte gemacht.

So sieht es rechtlich aus

Da es sich bei Kindesmisshandlung um eine schwerwiegende Gefährdung des Kindeswohls handelt, ist der Arzt berechtigt (nicht verpflichtet!) seine Schweigepflicht zu brechen. Er trifft hier eine rechtlich zulässige Abwägung der Rechtsgüter Kindeswohlgefährdung und Schweigepflicht (§ 34 STG, rechtfertigender Notstand). Der Hausarzt übernimmt eine Garantenposition. Er hat die moralische Pflicht die nächsten Schritte einzuleiten, um das Kind vor weiteren Schäden zu bewahren. Das Jugendamt/ im Notfall die Polizei, können die Inobhutnahme (§ 42 SGB VII) oder Herausnahme (§ 43) des Kindes aus der Familie anordnen (Beispiel **Abb. 2**).

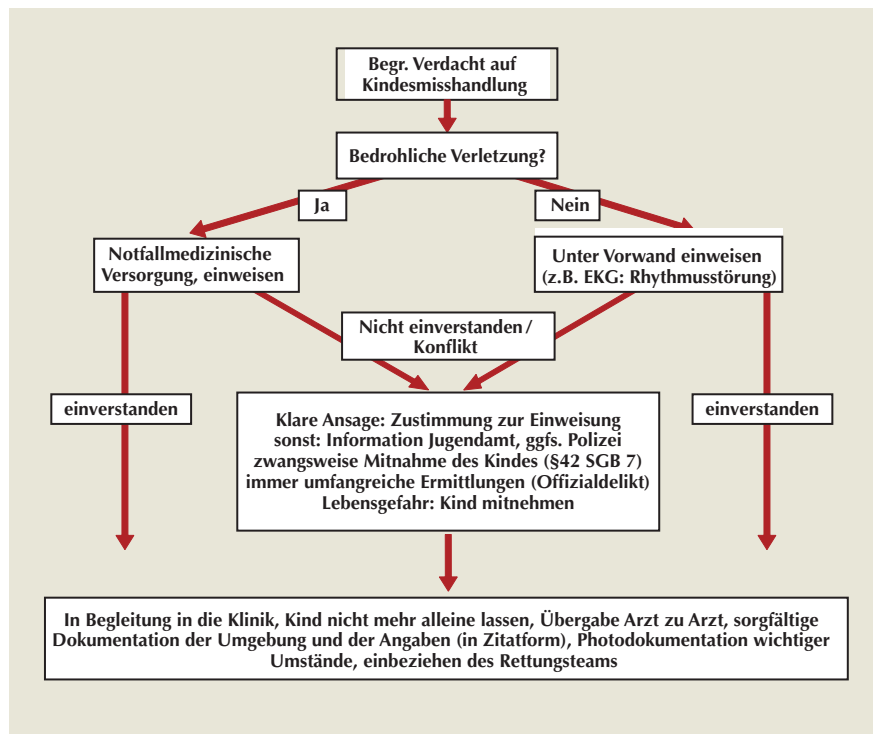


Abb. 2: Mögliches Vorgehen bei Inobhutnahme (§ 42 SGB VII) oder Herausnahme (§ 43) des Kindes aus der Familie

Dr. med. Matthias Thöns
Anästhesist/Notfall & Palliativmedizin
email@der-schlafdoktor.de
Dr. Sönke Müller, Schwalmtal
www.memorix-notfall.de
Dr. med. Bernd Herrmann, Kassel
E-Mail: herrmann@klinikum-kassel.de
www.kindesmisshandlung.de

Literatur bei den Verfassern.