

Hamburger Leitfaden
für Arztpraxen

Gewalt gegen Kinder und Jugendliche

Fallmanagement

**Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Umwelt und
Gesundheit
Amt für Gesundheit**

**Techniker Krankenkasse
Landesvertretung Hamburg**

2. Auflage
Hamburg, März 2000

Herausgeber:

Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde Umwelt und Gesundheit
Amt für Gesundheit
Fachabteilung Gesundheitsberichterstattung und
Gesundheitsförderung
Tesdaufstr. 8
D-20148 Hamburg

Ansprechpartner in der Fachabteilung
Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung:
Dr. Joachim Lewerenz, Tel.: (0 40) 428 48-26 13

Kooperationspartner:

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Landesverband
Hamburg
Behörde für Soziales und Familie, Amt für Familie, Jugend und
Sozialordnung
Allerleirauh e.V.
Kinderschutzzentrum Hamburg
Institut für Rechtsmedizin im UKE
Landesverband Hamburg der Ärzte des Öffentlichen
Gesundheitsdienstes
Techniker Krankenkasse - Landesvertretung Hamburg

in Zusammenarbeit mit:

Maria Gerhard Amt für Familie, Jugend und Sozialordnung der BSF
Hadda Habrih cand. Dipl. der Gesundheitswissenschaften
John Hufert Techniker Krankenkasse – Landesvertretung
Hamburg
Joachim Lewerenz Amt für Gesundheit der BUG
Klaus Püschel Institut für Rechtsmedizin, Universitätskrankenhaus
Eppendorf
Christa-Maria Ruf Ltd. Medizinaldirektorin, Gesundheits- und
Umweltamt Mitte
Jürgen Schmetz Kinder- und Jugendarzt
Sabine A. Ströbele Diplom-Psychologin bei Allerleirauh e.V.
Michael Zinke Kinderarzt, Berufsverband der Kinder- und
Jugendärzte, Landesverband Hamburg

An der 1. Auflage haben mitgewirkt:

Projektentwicklung:

InForMed GmbH, Hamburg

In Zusammenarbeit mit:

Anke Ahlers, Amt für Soziale Dienste St. Pauli

Susanne Börner, Diplom-Psychologin, Altonaer Kinderkrankenhaus

Maria Gerhardt, Amt für Familie, Jugend und Sozialordnung in der BSF

Eckart Günther, Amt für Soziale Dienste Altona

Hannelore Heuchert, Kinderärztin

Eberhard Heuer, Kinderarzt

Marco Kellerhoff, Behörde Soziales und Familie

Joachim Lewerenz, Diplom-Pädagoge im Amt für Gesundheit der BUG

Erich Miltner, Arzt im Institut für Rechtsmedizin,
Universitätskrankenhaus Eppendorf

Claudia Naeve, Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Hans-Ulrich Neumann, Kinder- und Jugendarzt, Berufsverband der
Ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Landesverband
Hamburg

Kai Uwe Nöhring, Kinderkrankenhaus Wilhelmstift

Klaus Püschel, Direktor des Instituts für Rechtsmedizin am UKE

Mareike Rosenboom, Kinder- und Jugendärztin

Michael Zinke, Kinder- und Jugendarzt, Berufsverband der Ärzte für
Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Landesverband Hamburg

Christa-Maria Ruf, Ltd. Medizinaldirektorin, Gesundheits- und
Umweltamt Mitte

Jürgen Schmetz, Kinder- und Jugendarzt

Sigmar Seimer, Kinder- und Jugendarzt

Sabine A. Ströbele, Diplom-Psychologin bei Allerleirauh e.V.

Rainer Tharun, Jugendpsychiatrischer Dienst, Gesundheits- und
Umweltamt Mitte

Jens Wiebel, Kinderarzt

Hein Wieneke, Diplom-Psychologe, Kinderschutzzentrum Hamburg

Regina Woermann, Ärztin, Schulärztlicher Dienst, Gesundheits- und
Umweltamt Mitte,

Ein herzlicher Dank für die Unterstützung gilt:

Alfons Goritzka, Richter am Amtsgericht, Vormundschaftsgericht Hamburg

Detlef Kreutzer, Landeskriminalamt - LKA 130

Horst-Heiner Rotax, Richter am Amtsgericht, Familiengericht Hamburg

"Gewalt gegen Kinder und Jugendliche"

Hamburger Leitfaden für Arztpraxen

Grundlagen für das Fallmanagement in der Arztpraxis

Definition

Epidemiologie

**Rahmenbedingungen
für die ärztliche Praxis**

Diagnostik und Befunderhebung

Fallmanagement

Literatur

Serviceteil

Überbezirkliche Hilfeinrichtungen

Bezirkliche Hilfeinrichtungen

Falldokumentation

Grundlagen für das Fallmanagement in der Arztpraxis

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	6
1. Was ist Gewalt gegen Kinder und Jugendliche?	7
1.1. Körperliche Gewalt	8
1.2. Seelische Gewalt	8
1.3. Vernachlässigung	9
1.4. Sexuelle Gewalt	10
2. Epidemiologie	12
2.1. Häufigkeit	12
2.2. Belastungsfaktoren	14
Körperliche Gewalt	15
Vernachlässigung	16
Sexuelle Gewalt	16
Seelische Gewalt	17
3. Rahmenbedingungen für die ärztliche Praxis	18
3.1. Rechtliche Rahmenbedingungen	18
3.2. Empfehlungen zum Umgang mit Kindesmisshandlung	20
3.3. Konsequenzen für die ärztliche Praxis	21
4. Diagnostik und Befunderhebung	23
4.1. Diagnostik als Prozess	23
4.2. Körperlicher Befund.	23
Untersuchung bei Verdacht auf sexuelle Gewalt	28
4.3. Psychischer Befund und Verhalten des Kindes	30
Seelische Gewalt	33
4.4. Sexueller Missbrauch	34
4.5. Beurteilung der familiären Situation	35
Beobachtungen bei Eltern und Begleitpersonen	35
Familiäre Interaktion	36
4.6. Bewertung und Gewichtung der Befund	37
4.7. Verifizieren der Verdachtsdiagnose	38
5. Fallmanagement in der Arztpraxis	40
5.1. Ziele, Aufgaben und Voraussetzungen	40
5.2. Erst- und Wiederholungsuntersuchungen	41
5.3. Eröffnung der Diagnose gegenüber Eltern oder Begleitpersonen	42
5.4. Verhalten während des Praxisbesuchs	43
5.5. Zwischen den Praxisbesuchen	44
5.6. Notmassnahmen bei unmittelbar drohender Gefahr für das Kind	46
5.7. Feedback	47
6. Anhang	49
7. Literaturverzeichnis	51

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." (BAST, 1978)

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. Ärzte¹, 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 und
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 Zusammenlebenssystemen 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 Gewaltförmigkeit 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. Die Häufung von Einschränkungen und Belastungen, von sozialen Benachteiligungen, von materieller Armut und psychischem Elend ist eine häufig

**Definition Kindes-
misshandlung**

**Gewalt wird meist
in der Familie
ausgeübt**

¹ Die Bezeichnung „Arzt“ gilt hier, wie im Folgenden, als weibliche und männliche Form. Dieses gilt auch für die weiteren Berufsbezeichnungen.

übersehene Ursache für Gewalt gegen Kinder. (ABELMANN-VOLLMER, 1997)

Den verantwortlichen Erwachsenen sollen frühzeitig Hilfen zur Selbsthilfe 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 Erstickten, 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 körperlichen Gewalt sind vielfältig

Viele Erwachsene halten Schläge nach wie vor für ein legitimes Erziehungsmittel. Die meisten geben dabei an, dass ihnen "ein Klaps zur rechten Zeit auch nicht geschadet habe" und dass sie dieses Prinzip genauso für ihre Kinder angemessen finden. Es besteht ein kausaler Zusammenhang zwischen der allgemeinen Billigung der körperlichen Züchtigung Minderjähriger und der Kindesmißhandlung. Erziehungswissenschaft und Psychologie können den Nutzen von Gewalt in der Erziehung nicht belegen, ja sie warnen vor den schädlichen Folgen. (SALGO, 1995) Der Schutz von Kindern vor jeder Form von Gewalt innerhalb und außerhalb ihrer Familien muss im Erziehungsalltag oberstes Gebot sein.

Grenze zwischen "körperlicher Strafe" und Gewalt ist fließend

Die Stärkung elterlicher Kompetenz ist Aufgabe aller, die beruflich mit Kindern, Jugendlichen und Familien befasst sind, denn Gewalt in der Familie ist oft lediglich die Folge erzieherischer Hilflosigkeit.

Elterliche Kompetenz statt „Züchtigungsrecht“

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*

Eltern-Kind-Beziehung ist beeinträchtigt

Entwicklung zu einer autonomen und lebensbejahenden Persönlichkeit behindern." (EGGERS, 1994). Die Schäden für die Kinder sind oft folgenschwer und daher mit denen der körperlichen Misshandlung vergleichbar.

Seelische Gewalt liegt z.B. dann vor, wenn dem Kind ein Gefühl der Ablehnung vermittelt wird. Für das Kind wird es besonders schwierig, ein stabiles Selbstbewusstsein aufzubauen. 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, Alleinlassen, 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.

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.“ (SCHONE, 1997)

**Das Kind erlebt
Ablehnung**

**Überzogene
Bestrafungen sind
Gewaltakte**

**Kinder werden in
partnerschaftlichen
Konflikten
missbraucht**

**Mangel an
Fürsorge und
Förderung**

1.4. Sexuelle Gewalt

Im Unterschied zu körperlicher oder seelischer Gewalt gegen Kinder, die häufig aus Hilflosigkeit und Überforderung ausgeübt werden, ist die sexuelle Gewalt an Kindern in der Regel ein planvolles, oft über Jahre andauerndes Verhalten, das sich in seiner Intensität allmählich steigert. Während Kindesmisshandlung von Männern und Frauen verübt wird, geht die sexuelle Gewalt überwiegend von Männern bzw. männlichen Jugendlichen aus.

Unter sexueller Gewalt versteht man sexuelle Handlungen eines Erwachsenen bzw. eines älteren Jugendlichen mit einem Kind, wobei Kinder diese Handlungen nicht wollen und nicht imstande sind, die Situation zu kontrollieren. Die Erwachsenen bzw. 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, oraler, vaginaler und analer Geschlechtsverkehr, Penetration mit Fingern oder Gegenständen. Auch Handlungen ohne Körperkontakt wie Exhibitionismus, Darbieten von Pornographie, sexualisierte Sprache und Herstellung von Kinderpornographie sind sexuelle Gewaltakte.

Diese Formen der sexuellen Gewalt werden zunehmend auch im Internet dargestellt

Weitgehend übereinstimmend kommen Untersuchungen zu der Frage des Bekanntschaftsgrades zwischen Täter und Opfer zu folgenden Ergebnissen:

Bei Mädchen wird der Anteil von völlig fremden Tätern auf 25% geschätzt, der Anteil von bekannten außerfamiliären Tätern auf 45%

Definition von sexueller Gewalt

Sexuelle Gewalt ist nicht nur körperlicher Missbrauch

Bekanntschaftsgrad zwischen Täter und Opfer

und der Anteil von missbrauchenden Familienangehörigen auf 30%. Im Vergleich dazu werden Jungen häufiger durch völlig Fremde (35%) und seltener durch Familienangehörige (15%) missbraucht. (BROCKHAUS UND KOLSHORN, 1993)²

Ein wesentlicher Unterschied zwischen sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung ist, dass der Täter häufiger in überlegter Absicht handelt. Sexuelle Übergriffe sind eher geplant als körperliche Gewalttaten.

Einige spezifische Merkmale sind charakteristisch für den sexuellen Missbrauch, wenn er in der Familie stattfindet. Der Täter nutzt in besonderem Maße das Macht- und Abhängigkeitsverhältnis aus, das zwischen ihm und dem betroffenen Kind besteht. Dieses Machtgefälle und das Vertrauen des Kindes ermöglichen ihm, das Kind zu sexuellen Handlungen zu zwingen. Dabei wendet er meist keine körperliche Gewalt an. Das Kind wird mit Drohungen zur Geheimhaltung verpflichtet. Übergriffe können auch mit Zuwendungen verbunden sein. Auf diese Weise wird das Kind zunächst scheinbar aufgewertet. Die Widersprüche im Verhalten des Täters sind für das Kind nicht zu durchschauen. Das Kind sucht daher die Schuld für die sexuellen Übergriffe bei sich und schämt sich dafür.

Die Scham, von einer meist geliebten und geachteten Person sexuell missbraucht zu werden, macht es dem Kind nahezu unmöglich, sich einer dritten Person anzuvertrauen. Vor allem Jungen können häufig noch mehr Schwierigkeiten haben, sich mitzuteilen. Bei einigen Jungen kann der Missbrauch zusätzlich mit einer Angst einhergehen, für homosexuell gehalten zu werden oder zu sein. Ein weiterer Grund für Kinder, die Erlebnisse für sich zu behalten, ist häufig die Androhung durch den Täter, das Kind werde im Fall der Offenbarung in ein Heim müssen, oder sich Strafen und Ärger einhandeln. Nicht selten sind Drohungen des Täters, sich selbst zu verletzen oder Suizid zu begehen, oder Vertrauenspersonen oder Haustiere des Kindes zu verletzen.

Sexuelle Gewalt ist meist nicht spontan

Das Kind steht zwischen Gewalt und Zuwendung

Scham- und Angstgefühle verhindern ein Sich-Anvertrauen

²; Bange/Deegener kommen in ihrer Untersuchung (1996) zu ähnlichen Ergebnissen).

2. Epidemiologie

2.1. Häufigkeit

Es ist außerordentlich schwierig, zuverlässige Angaben über die Verbreitung sowohl von körperlicher als auch von sexueller Gewalt zu erhalten. Für sexuelle Gewalttaten liegt zwar eine Polizeistatistik vor, die aber mit einer hohen Dunkelziffer belegt ist. Polizeilich bekannt werden in der Bundesrepublik jährlich etwa 10.000 bis 15.000 Fälle von sexuellem Missbrauch an Kindern (gemäß § 176 StGB); hierbei sind aber fremde Täter weit überrepräsentiert, da sexuelle Gewalt durch Familienangehörige und Verwandte viel seltener angezeigt wird.

Es gibt fast keine repräsentativen, Prävalenzuntersuchungen zum Thema sexuelle Gewalt gegen Kinder in der Bundesrepublik. Die vorhandenen Studien sind wenig vergleichbar und die Ergebnisse unterscheiden sich zum Teil erheblich. Die Hauptgründe hierfür sind, neben der Wahl der Stichprobe und der Erhebungsmethoden, die uneinheitliche Definition von sexuellen Übergriffen und von Täter-Opfer-Konstellationen. Die meisten Studien in Deutschland wurden an Studenten und Studentinnen durchgeführt, so dass sie nur in beschränktem Maße Aussagen über die Allgemeinbevölkerung erlauben. In diesen Studien sind außerdem die Schutzaltersstufen jeweils unterschiedlich festgelegt (12, 14 und 16 Jahre) sowie sexuelle Übergriffe mit und ohne Körperkontakt in unterschiedlichem Maße einbezogen. Aufgrund dieser verschiedenen Faktoren schwanken die Prävalenzraten für Mädchen zwischen 3% und 25% und die Prävalenzraten für Jungen zwischen 2% und 8%. Die weitaus meisten Fälle von sexueller Gewalt werden vor dem 14. Lebensjahr ausgeübt, wobei Kinder auch schon im Kleinkindalter Opfer von sexueller Gewalt werden können.

Eine neuere bundesweite repräsentative Prävalenzstudie des Kriminologischen Forschungsinstitutes Niedersachsen (WETZELS, 1997) ermittelte Prävalenzraten, die auf einer äußerst eng gefassten Definition von sexueller Gewalt beruhen und die dadurch ausdrücklich Mindestschätzungen des tatsächlichen Ausmaßes darstellen. Diese Studie differenziert mehrere Altersstufen und Formen sexueller Übergriffe und kommt auf diese Weise zu Prävalenzraten zwischen 6% und 18% für Mädchen und zwischen 2% und 7% für Jungen. Mädchen sind von sexueller Gewalt etwa dreimal so häufig betroffen wie Jungen. Etwa die Hälfte der Betroffenen haben mehrmals sexuelle Gewalt erlebt. Es besteht kein Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status. Männer sind in dieser Studie zu über 94% der Fälle die Täter. Etwa ein

Ausmaß der Kindesmisshandlung und des sexuellen Missbrauchs

Wenig repräsentative Prävalenzuntersuchungen

Mädchen dreimal so häufig betroffen wie Jungen

Viertel der Täter sind den Kindern nicht bekannt, ca. 42% sind Bekannte, und ca. 27% sind Familienangehörige.

Für den Bereich körperliche Gewalt gegen Kinder gibt es mehrere Studien, die das Ausmaß elterlicher Züchtigung erfassen. Daraus wird ersichtlich, dass in der Bundesrepublik ca. 75-80% aller Kinder schon mindestens einmal Ohrfeigen oder kleine Klapse bekommen haben. 20-30% erlebten Prügel oder andere Gewaltformen, die eindeutig als Misshandlung klassifiziert werden können. In der Studie von Wetzels (1997) gaben insgesamt 75% der Befragten erlebte physische Gewalthandlungen seitens ihrer Eltern und 10,6% der Befragten schwere Misshandlungen durch ihre Eltern an. Die Rate der Kinder, die körperliche Gewalt durch die Eltern erlebten, ist höher, je niedriger der sozioökonomische Status der Familie ist.

In dieser Studie wird außerdem festgestellt, dass ein großer Teil der Opfer von sexueller Gewalt mit Körperkontakt (64%) gleichzeitig auch Opfer von elterlicher physischer Gewalt wurde. Bemerkenswert ist, dass dieser Zusammenhang auch dann besteht, wenn die sexuelle Gewalt nicht von den Vätern oder Vaterfiguren ausgeübt wurde.

Für den sexuellen Missbrauch ist es noch schwieriger, den Anteil der betroffenen Kinder zu bestimmen. Sexuelle Gewalt ist schwer zu diagnostizieren, und die Kinder haben kaum Möglichkeiten, sich jemandem anzuvertrauen. In Hamburg wurden 1997 rund 457 Fälle und 1998 etwa 629 Fälle sexuellen Missbrauchs nach § 176 StGB polizeilich bekannt. Die Schätzungen zur Dunkelziffer weisen eine breite Streuung auf und reichen von 1:5 (5 unbekannte Misshandlungsfälle auf einen bekannten Fall) bis 1:50 (BÜRGERSCHAFT DER FREIEN UND HANSESTADT HAMBURG, 1994)

**Elterliche
Züchtigung ist
nicht selten**

**Körperliche und
sexuelle Gewalt
können oft
gemeinsam
auftreten**

**Häufigkeit von
sexuellem
Missbrauch**

	Sexueller Missbrauch von Kindern nach Geschlecht ³				
	insgesamt	männlich	Anteil in %	weiblich	Anteil in %
1996	532	145	27,3	387	72,7
1997	457	131	28,7	326	71,3
1998	629	153	24,3	476	75,7

Zwischen 70% und 90% der missbrauchten Kinder sind Mädchen. Der genaue Anteil des sexuellen Missbrauchs an Jungen ist schwer zu bestimmen. Sexuelle Gewalt erfahren Kinder in jedem Alter. Auch bei

**Opfer sind Mäd-
chen und Jungen
jeder Altersgruppe**

³ (BEHÖRDE FÜR INNERES, 1999)

Neugeborenen und Kleinkindern wird sexuelle Gewalt angewendet. Von den 629 Opfern, die 1998 in Hamburg sexuellem Missbrauch ausgesetzt waren, war über ein Zehntel jünger als 6 Jahre (BEHÖRDE FÜR INNERES, 1999). Die Zahlen der Opfer und der Fälle weichen voneinander ab, weil bei einem Fall häufig mehrere Opfer betroffen sind und einzeln gezählt werden.

Oft sind die Opfer über viele Jahre sexuellen Übergriffen ausgesetzt, vor allem bei Tätern aus dem sozialen Nahbereich wie Väter oder Vaterfiguren. In Hamburg konnte 1998 ca. 21% der Tatverdächtigen den Angehörigen oder dem näheren Umfeld des Opfers zugeordnet werden.

Im Rahmen des zweijährigen Projekts "Beobachtungspraxen", in dem 26 pädiatrische Praxen in Hamburg Atemwegs- und Hautkrankheiten sowie Gewaltfälle gegen Kinder erkundeten, wurden folgende Ergebnisse veröffentlicht: Kinder als Gewaltopfer werden in der kinderärztlichen Praxis eher selten erkannt. Auf jeweils 1 000 Patientenkontakte entfielen 1,7 Verdachtsfälle auf seelische Beeinträchtigung der Kinder, 0,4 Verdachtsfälle auf körperliche Misshandlungen und 0,3 Verdachtsfälle auf sexuellen Missbrauch.

Dies bedeutet, dass innerhalb von drei Wochen ein Verdacht auf seelische Beeinträchtigung, innerhalb von 12 Wochen ein Verdacht auf körperliche Misshandlung und innerhalb von 16 Wochen ein Verdacht auf sexuellen Missbrauch in der kinderärztlichen Praxis beobachtet wurden (BEHÖRDE FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES, 1995)

Missbrauch erfolgt oft über Jahre

Fallzahlen in Hamburger Kinderarztpraxen

Gewaltfälle werden eher selten erkannt

2.2. Belastungsfaktoren

Im Folgenden sprechen wir von Belastungsfaktoren, da der Begriff der Risikofaktoren in diesem Zusammenhang sehr leicht missverstanden werden kann. Es soll hier nicht ausgedrückt werden, dass es zu Gewalt gegen Kinder kommen muss, wenn bestimmte Faktoren vorhanden sind. Der Begriff Belastungsfaktor verdeutlicht, dass die *Wahrscheinlichkeit* der Kindesmisshandlung größer ist, wenn mehrere Faktoren zusammen vorliegen. Dies birgt jedoch auch die Gefahr, dass Vorurteile geschürt werden und damit der Blick der helfenden Person eingeengt wird.

Wenn sich jedoch der Arzt dieser Gefahr bewusst ist, kann das Wissen über Belastungsfaktoren als wertvolles Werkzeug sowohl in der Prävention als auch in der Früherkennung von Kindesmisshandlung eingesetzt werden. Es darf allerdings nie vergessen werden, dass *alle* Kinder von Gewalt betroffen sein können.

Keine Vorurteile schüren

Sensibilisierung für mögliche Gewaltsituationen

Körperliche Gewalt

Heutige Erklärungsansätze gehen davon aus, dass weder genetische Vorgaben noch sozioökonomische Bedingungen allein das Zustandekommen von Misshandlung erklären können. Gewalt ist somit eher ein Ausdruck von Benachteiligung, Hilflosigkeit und Unfähigkeit, mit den Bedürfnissen des Kindes angemessen umzugehen. Wenn der Druck und die Belastungen von außen zu stark werden, entlädt sich die familiäre Aggression am schwächsten Glied der Familie, dem Kind. (REMSCHMIDT, 1986)

Gewalt durch Kombination von Risikofaktoren

Mögliche Belastungsfaktoren		
Kind	Familie	Soziale Rahmenbedingung/ Umfeld
<ul style="list-style-type: none"> • Unerwünschtheit • Abweichendes und unerwartetes Verhalten • Entwicklungsstörungen • Fehlbildungen • Niedriges Geburtsgewicht und daraus resultierende körperliche und geistige Schwächen • Stiefkinder • Schreibabies. 	<ul style="list-style-type: none"> • Misshandlungen in der eigenen Vorgeschichte • Akzeptanz körperlicher Züchtigung • Hohe, unrealistische Erwartungen an das Kind • Kinderreichtum • Mangel an erzieherischer Kompetenz • Unkenntnis über Pflege, Erziehung und Entwicklung von Kindern • Aggressives Verhalten • Niedriger Bildungsstand • Suchtkrankheiten • Bestimmte Persönlichkeitszüge, wie mangelnde Impulssteuerung, Sensitivität, Isolationstendenz oder ein hoher Angstpegel • Psych. Erkrankung der Eltern • Alleinerziehende oder minderjährige Eltern • Eheliche Auseinandersetzungen • Gewalt in der Partnerschaft • Besonders kritische Lebensereignisse (z.B. Tod in der Familie, Erkrankung, Trennung, Scheidung) 	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitslosigkeit • Fehlen sozialer Unterstützungsnetze in Familie und Freundeskreis • Kinderfeindlichkeit • Schlechte Wohnverhältnisse • Isolation • Unzureichende familienbezogene Hilfeangebote vor Ort • Konflikte mit Institutionen, Behörden, Schule, Kindergarten • Wirtschaftliche Notlage • Existenzunsicherheit • Ausgrenzung als ethnische Minderheit

Vernachlässigung

Kindesvernachlässigung liegt vor, wenn Kindern die Befriedigung ihrer für eine gesunde Entwicklung notwendigen emotionalen, physischen, sozialen und materiellen Grundbedürfnisse versagt oder vorenthalten wird und dies auf ihre Entwicklung schädigende Auswirkungen hat.

Die Vernachlässigung von Kindern, insbesondere die emotionale Vernachlässigung, ist grundsätzlich in allen Schichten zu beobachten.

Sie wird begünstigt durch schwierige familiäre und soziale Beziehungen und chronisch belastende Lebensbedingungen, die zu einer dauerhaften Überforderung der Erziehungspersonen führen. Dabei gelten als häufige Belastungsfaktoren:

- Dauerhafte wirtschaftliche Notlagen und Krisensituationen die mit einer starken Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls der Eltern (z.B. Arbeitslosigkeit) einhergehen.
- Psychische Krisen in der Familie mit lang anhaltenden Spannungen zwischen den Eltern, bzw. instabile Paarbeziehungen, Trennungen, Scheidungen oder häufig wechselnde Partnerbeziehungen.
- Frühe Bindungsstörungen
- Lebensgeschichtliche Erfahrungen der Eltern von Ausgrenzung, unzuverlässigen Beziehungen und destruktiver Konfliktbewältigung.
- Soziale Isolation und Ausgrenzung der Familie in Verwandtschaft und sozialem Umfeld sowie mangelnde Unterstützung bei der Alltagsbewältigung.

Vor allem Mütter sind durch unerwünschte und sehr frühe Schwangerschaften oder zu rasche Geburtenfolge belastet. Insbesondere alleinerziehende Mütter ohne ein stützendes Umfeld werden in solchen Situationen häufig überfordert.

- Ungünstige und beengte Wohnsituation.

Sexuelle Gewalt

Während bei der körperlichen Misshandlung und bei der Vernachlässigung persönlichkeitsbedingte und strukturbedingte Merkmale zusammenwirken, werden beim sexuellen Missbrauch in viel stärkerem Maße persönliche und familiäre Risikofaktoren angenommen (FINKELHOR, 1986). Die Familie, in der sexuelle Gewalt ausgeübt wird, ist meist sehr isoliert und wenig sozial eingebunden. Alle emotionalen Bedürfnisse werden innerhalb der Familie befriedigt.

**Begünstigende
Faktoren für
Vernachlässigung**

**Mütter sind
besonders belastet**

**Sexueller
Missbrauch häufig
in isolierten
Familien**

Für sexuellen Missbrauch außerhalb der Familie können insbesondere solche Kinder gefährdet sein, die in ihren Familien nicht ausreichend emotionale Zuwendung, Anerkennung, Geborgenheit und Sicherheit erfahren und deren Lebenserfahrungen durch Vernachlässigung, Ausgrenzung und instabile Beziehungen geprägt sind.

**Missbrauch
außerhalb der
Familie durch
Vernachlässigung
in der Familie**

Es wird vermutet, dass ein hoher Anteil von Tätern in der Kindheit selbst sexueller Gewalt ausgesetzt war. In einer Art Wiederholungszwang gibt der Täter seine eigene Demütigung weiter.

**Eigene
Missbrauchserlebn
isse des Täters**

Seelische Gewalt

Für die seelische Gewalt sind praktisch keine Risikofaktoren bekannt, die sich von denen für Kindesmisshandlung allgemein unterscheiden. Vermutlich ist sie die in Oberschichtfamilien häufigste Form der Gewalt. In solchen Familien ist materielle Benachteiligung und daraus resultierende Überforderung weniger ein Problem, so dass körperliche Gewalt seltener vorkommt oder zumindest besser verborgen werden kann. Die Gewalttätigkeit wird also eher in psychischer Misshandlung und emotionaler Vernachlässigung ausgedrückt.

**Bei seelischer
Gewalt keine
spezifischen
Risikofaktoren**

3. Rahmenbedingungen für die ärztliche Praxis

3.1. 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 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. In diesem Fall dürfen Sie Informationen an andere Institutionen weitergeben. 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 Aufgabe des Jugendamtes und der Allgemeinen Sozialen Dienste, einem Verdacht nachzugehen und die Misshandlung zu stoppen. 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 zu langfristigen und stationären Maßnahmen.

Mit anderen Institutionen kooperieren

In Fällen einer akuten Gefährdung kann das Jugendamt bzw. der Allgemeine Soziale Dienst (ASD) Kinder und Jugendliche gemäß §42 des Kinder- und Jugendhilfegesetzes vorübergehend in seine Obhut nehmen. Zur Inobhutnahme ist auch der Kinder- und Jugendnotdienst (KJND) berechtigt, der auch abends, an Wochenenden und Feiertagen zur Verfügung steht.

Sie können u. a. das Familiengericht einschalten. Dort kann eine Sorgerechtsbeschränkung oder ein Sorgerechtsentzug erwirkt werden, wenn anderweitig der Schutz nicht sichergestellt werden kann. Das Familiengericht kann auch ein Umgangs- und Kontaktverbot für den mutmaßlichen Täter aussprechen.

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, Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung wird nach § 223 b StGB mit Freiheitsstrafen von drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft. Für den sexuellen Missbrauch bestehen mehrere Paragraphen, die meisten Anklagen aber kommen aufgrund von § 174 StGB (sexueller Missbrauch an Schutzbefohlenen) und § 176 (sexueller Missbrauch an Kindern) zustande. Diese beiden Paragraphen betreffen Mädchen und Jungen unter 14 Jahren. Jugendliche Mädchen ab 14 Jahren können Vergewaltigung oder sexuelle Nötigung zur Anzeige bringen. Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahren sind durch den § 182 (Sexueller Missbrauch Jugendlicher) geschützt.

Für die ärztliche Praxis ist relevant, dass Kindesmisshandlung nicht zu den Pflichtstrafanzeigen nach §138 StGB gehört. Es gibt keine Meldepflicht bei Verdacht auf Kindesmisshandlung. Eine Strafanzeige sollte nur als letzte Möglichkeit 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"). Wenn eine Anzeige erstattet wird, gibt es für die Beteiligten keine Möglichkeit mehr, das Verfahren

**Vorübergehende
Inobhutnahme als
sofortige Hilfe**

**Einschalten des
Familiengerichts**

**Sexueller
Missbrauch an
Kindern und
Schutzbefohlenen
im StGB**

Keine Anzeigepflicht bei Kindesmisshandlung

einzustellen. Dies kann dann nur noch durch die Staatsanwaltschaft bzw. das Gericht erfolgen.⁴

3.2. Empfehlungen zum Umgang mit Kindesmisshandlung

In der ärztlichen Versorgung steht das Kind im Vordergrund, nicht das Gewaltproblem. Daher ist das ärztliche Handeln primär durch die medizinischen Hilfen motiviert, die dem Kind gegeben werden. 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. Die Arztpraxis ist nicht ausführendes Organ anderer Stellen.

**Nicht in
Aktionismus
verfallen**

Bleiben Sie in einem Fall von Kindesmisshandlung oder sexuellem Missbrauch dem Kind gegenüber unbefangen. Entsetzte oder empörte Äußerungen wie "Das ist ja schrecklich, was Dir angetan wurde!" helfen nicht weiter. 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**

Sexualität wird in unserer Gesellschaft öffentlich thematisiert. Diese Öffentlichkeit führt aber nicht unbedingt zu Offenheit. Sexualität ist auch weiterhin eine intime und individuelle Angelegenheit. Die persönliche Konfrontation mit Fällen von sexuellem Missbrauch wird damit auch durch die eigene Einstellung zum Thema Sexualität und durch die Fähigkeit bestimmt, über sexuelle Sachverhalte reden zu können.

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

**Eigene
Möglichkeiten und
Grenzen kennen**

⁴ Weitere Gesetze im Anhang

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.

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 Hilfeinrichtungen ist erforderlich. Den Ärzten kommt dabei die Rolle von Initiatoren zu. 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
Hilfeinrichtungen
suchen**

3.3. 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 diese Angebote auch zu wirklichen Hilfen führen, müssen Sie über andere Einrichtungen informiert sein. Sie finden eine Übersicht von speziellen Hilfeinrichtungen und Behörden im Serviceteil dieses Leitfadens. 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. Zu diesem Zweck wurde im Rahmen des Vorhabens "Gewalt gegen Kinder und kinderärztliche Praxis" Kooperationstreffen zwischen Kinderarztpraxen, Behörden und Hilfeinrichtungen freier Träger initiiert.

**Kommunikation
und Kooperation
mit anderen
Einrichtungen**

Sofern keine entsprechenden Arbeitskreise oder Kooperationstreffen in Ihrer näheren Umgebung eingerichtet sind, sollten Sie den Kontakt zu anderen 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 Anhang

**Eigene Kontakte
auf- und ausbauen**

dieser Broschüre finden Sie eine Auswahl von Büchern, die Sie oder auch Betroffene detaillierter in das Thema führen.

4. Diagnostik und Befunderhebung

4.1. Diagnostik als Prozess

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

Diagnostik

- Aufgrund von körperlichen Symptomen, z.B. eine ungeklärte Fraktur beim Säugling oder Zeichen mangelnder Hygiene
- 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 Mutter oder feindseliges Verhalten gegen das Kind

4.2. Körperlicher Befund

Wichtig ist ein dem Patientenalter gerechtes Untersuchungsverhalten. Die Symptomsuche sollte in unauffälliger Form erfolgen. 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.

Auf ein Patientengerechtes Untersuchungsverhalten achten

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

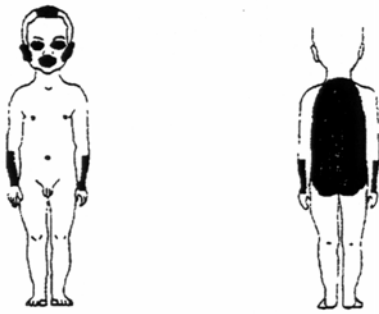
Symptome, die auf körperliche Misshandlung deuten können, sind häufig nicht einfach zu bestimmen. Sie müssen in jedem Fall das *unbekleidete* Kind untersuchen. Es gibt mehrere Symptome, die den Verdacht auf Misshandlung sofort wecken sollten.

Bei Verdacht auf Misshandlung das unbekleidete Kind untersuchen

Überängstliches Verhalten oder eine stark angespannte Bauchdecke in der Untersuchungssituation sollten Sie an die Möglichkeit von Stress und Anspannung beim Kind und eine belastende Lebenssituation denken lassen.

Stresssymptome

Abbildung 1 **Mißhandlungsverletzungen**

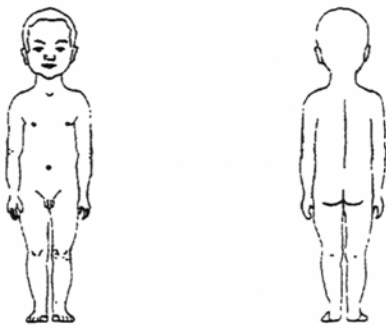


Oberkopf, Auge
Wangen,
Mundschleimhaut

Streckseiten der
Unterarme und
Hände

Rücken, Gesäß

Abbildung 2 **Sturzverletzungen**



Stirn, Nase,
Kinn,
Hinterkopf

Ellenbogen

Handballen,
Knöchel

Knie,
Schienbein

Abbildung 3 „Hutkrepfen“-Regel



■ Schlag- und
Hiebverletzungen

Sturzverletzungen

Abbildung 4 und 5
**Entstehung von
Doppelstriemen**

Stauungsblutungen



Institut für Rechtsmedizin,
Prof. Dr. K. Püschel)

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% der Misshandlungsoffer werden Symptome der Haut (Hämatome, Striemen, Narben) an nicht exponierten Stellen (untypisch für Sturzverletzungen) und in verschiedenen Altersstadien (Verfärbungen und Verschorfungen) beobachtet.

Dabei deuten Lokalisationen im Gesicht, am Gesäß, am Rücken, an den Oberarminnenseiten, im Brustbereich und auf dem Bauch eher auf Misshandlung hin (Abb. 1). Typisch für Sturzverletzungen sind hingegen Lokalisationen an Handballen, Ellenbogen, Knie und Schienbein (Abb. 2) sowie am Kopf im Bereich der "Hutkrempeleinie" oder darunter (Abb. 3 auf der vorherigen Seite).

Gelegentlich sind diese Hämatome *geformt* und lassen auf einen Schlaggegenstand schließen. Einwirkungen von stockähnlichen Werkzeugen oder Gürteln können Doppelstriemen hinterlassen. (Abb. 4) 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 und sollten an einen sexuellen Missbrauch denken lassen

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 (JACOBI, 1995). 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.

Nicht selten kommt zu dem Schütteln als pathologischem Mechanismus auch noch das Aufschlagen des Kopfes an einem Gegenstand hinzu,

**Kriterien für
Hämatome und
Wunden auf der
Haut**

**Zwischen
Verletzung und
Misshandlung
differenzieren**

**Hinweise auf
Schlaggegenstände**

**Subdurales
Hämatom durch
Schütteltrauma**

d.h., das Kind erleidet noch zusätzliche, oft mehrfache Hirnprellungen (JACOBI, 1995).

Beim epiduralem Hämatom kommt es nach einigen Stunden oder wenigen Tagen zu Erbrechen, zunehmenden Bewusstseinsstörungen, neurologischen Ausfallserscheinungen und schließlich zu Bewusstlosigkeit. Eine Operation ist dann meist unumgänglich, um das Leben des Kindes zu retten.

Epidurales Hämatom

Unerklärliches plötzliches Schielen ist ein Symptom, das auf Misshandlung hinweisen kann. Ursache sind in diesem Fall Augenhintergrundverletzungen oder ein Hirnschaden. Selten auftretende mögliche Augenveränderungen sind Glaskörperblutungen im Anschluss an ein Schädelhirntrauma mit intrakranieller Blutung.

Augenverletzungen

Feine flohstichartige Blutungen in den Augenbindehäuten und an den äußeren Lidhäuten können als Stauungsblutungen entstehen, wenn die Halsvenen beim Würgen oder Drosseln zuge drückt wurden, der arterielle Zufluss aber noch erfolgte (Abb. 5). 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.

Verbrennungen und Verbrühungen

Kreisförmige Verbrennungen am Handteller, unter den Fußsohlen und am Bauch können durch Zigaretten verursacht sein. Große runde Verbrennungen am Gesäß entstehen auch dadurch, dass Kinder auf die heiße Herdplatte gesetzt werden.

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.

Verletzungen des Skeletts auch ohne Markersymptome

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.

Frakturen

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 ausgesprochen werden, auch wenn dies von den Eltern zehnmal in verschiedenen Versionen verneint wird (JACOBI, 1995).

Das Auftreten von Knochenbrüchen bei Kindern von einem Lebensalter unter drei Jahren muss als hochverdächtig hinsichtlich einer möglichen Kindesmisshandlung angesehen werden (DALTON, 1990).

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 1 bis 2 Wochen zu wiederholen. Computertomographien und Röntgenuntersuchungen (evtl. auch eine Skelettszintigraphie) sind vor allem bei Kindern unter 3 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.

Wiederholen Sie Röntgenaufnahmen!

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:

Innere Verletzungen

- Magen- oder Dünndarmperforationen

- Einrisse der Gekrösewurzel
- Leber-, Nieren-, Milz- und Bauchspeicheldrüseneinrisse
- Lungenverletzungen, Hämatothorax und Hämatooperikard.

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

Darmverletzungen

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

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 (Drogenscreening 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.

Erläuterung der Untersuchungsschritte

Die somatische Untersuchung bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch setzt sich zusammen aus der Erhebung eines Allgemeinstatus und eines Genitalstatus. Bei der Allgemeinuntersuchung ist ein pädiatrischer Status enthalten, bei dem insbesondere die Körperteile, die in sexuelle Aktivitäten oft einbezogen

Somatische Untersuchung

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.

Bei der Inspektion werden neben dem Gesamtaspekt des Genitalbereiches, die Klitoris, große und kleine Labien, Vulvaränder, Urethralbereich, Hymen in allen Anteilen sowie die Inguinalregion und der Anus beurteilt. 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.

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 (siehe Serviceteil) oder durch einen Rechtsmediziner mit Erfahrung in Befunderhebung und forensischer Bewertung anstreben.

Liegt der vermutete sexuelle Übergriff mehr als 48 - 72 Stunden zurück und ist bei der Genitalinspektion keine Verletzung nachweisbar, können forensische Überlegungen vorerst in den Hintergrund treten und eine kindergynäkologische Konsiliaruntersuchung sorgfältig geplant werden. Hat ein Übergriff aber in den letzten 48 - 72 Stunden stattgefunden, so muss die Untersuchung unverzüglich erfolgen, um beweiserebliche Hinweise festhalten zu können (siehe Untersuchungsbogen 2 im Serviceteil)

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 weiterer Eingang der Vagina bzw. Rötung, Einrisse oder venöse Stauung im Analbereich.

Im Zusammenhang mit dem Verdacht bzw. der Anschuldigung des sexuellen Kindermisbrauchs bleiben allerdings auch immer wieder

Kindergynäkologische Untersuchung

Körperlicher Befund bei sexuellem Missbrauch

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. (LOCKEMANN/PÜSCHEL 1999). 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 Differenzialdiagnose einer früheren unfallmäßigen Pfählungsverletzung in die Diskussion gebracht wird.

Sexuell übertragbare Krankheiten wie z.B. Gonorrhoe oder Condylomata accuminata vor der Geschlechtsreife des Kindes sind mit größter Wahrscheinlichkeit Folge von Missbrauch. Bei einer Schwangerschaft in der Frühpubertät 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.

**Sexuell
übertragbare
Krankheiten als
Hinweis auf
sexuellen
Missbrauch**

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 -wenn 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 dem Kind vor einer Retraumatisierung durch Vermeidung von überstürztem, wiederholtem, falschem oder unüberlegtem Handeln geschützt.

4.3. Psychischer Befund und das Verhalten des Kindes

Die Erhebung des psychischen Befundes gehört weder in der Praxis noch in der Klinik zum diagnostischen Alltag. Es ist deshalb sinnvoll, strukturiert vorzugehen, wie es zum Beispiel das Untersuchungsschema von Steinhausen (1993) vorschlägt:

Psychopathologische Befunderhebung bei Kindern und Jugendlichen:	
• Äußeres Erscheinungsbild	Attraktivität, Reife, Fehlbildungen, Kleidung, Sauberkeit
• Kontakt- und Beziehungsfähigkeit	Abhängigkeit von der Begleitperson, Aufnahme der Beziehung zum Untersucher, Selbstsicherheit, Kooperation
• Emotionen	Stimmung, Affekte, Angst, psychomotorischer Ausdruck
• Denkinhalte	Ängste, Befürchtungen, Phantasien, Denkstörungen, Selbstkonzept, Identität
• Kognitive Funktionen	Aufmerksamkeit, Orientierung, Auffassung, Wahrnehmung, Gedächtnis, allg. Intelligenz
• Sprache	Umfang, Intonation, Artikulation, Vokabular, Sprachverständnis
• Motorik	Aktivität, qualitative Auffälligkeiten wie Tics, Stereotypien, Jaktationen
• Soziale Integration	Position, Beziehungen innerhalb der Familie, Schulklasse, Freundeskreis

Psychopathologische Befunderhebung

(STEINHAUSEN, 1993)

Die Erhebung des psychischen Befundes ist die Voraussetzung dafür, seelische Störungen von Kindern angemessen einordnen zu können. Sie sollten Auffälligkeiten erkennen und benennen können und auch dokumentieren. In den Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter werden "*Auffälligkeiten der emotionalen und sozialen Entwicklung des Kindes*" kodiert.

In der Misshandlungsliteratur wird ein Merkmal als typisch für misshandelte Kinder beschrieben: Das Kind zeigt eine "gefrorene Aufmerksamkeit" (frozen watch-fulness). Es sitzt 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, Stimmungs labilität 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

Merkmale von misshandelten und vernachlässigten Kindern

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.

Manche Kinder, die in einer deprivierenden Umgebung leben, entwickeln sich in einer neuen Situation (während des Klinikaufenthaltes) rasch zum Positiven.

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**

Die beschriebenen Verhaltensauffälligkeiten sind keineswegs Beweise für eine Misshandlungs- oder Vernachlässigungssituation. Sie dienen allenfalls als Hinweise und können selbstverständlich auch andere Ursachen haben. Sie als Arzt sollten allerdings bei diesen Befunden "körperliche, psychische oder sexuelle Gewalt gegen das Kind" bzw. "belastende Lebensumstände" in Ihre differenzialdiagnostischen Überlegungen einbeziehen.

**Einzelbefund ist
noch kein Beweis**

Sollte es zu einem Gespräch mit dem Kind oder einer Betreuungsperson über den Verdacht auf Misshandlung bzw. Missbrauch kommen, ist für ein eventuell folgendes Strafverfahren vor allem folgendes wichtig: Jede Befragung des Kindes, insbesondere eine suggestive Befragung, kann bezüglich einer späteren Beurteilung der Glaubwürdigkeit des Kindes äußerst problematisch sein. Sie sollten deshalb in Ihrem Gespräch alles unterlassen, was als Suggestivfrage gewertet werden könnte. Wenn sich das Kind von sich aus mitteilt, so sollten dessen eigene Angaben schriftlich, wenn möglich wörtlich niedergelegt werden.

**Vermeiden Sie
Suggestivfragen**

Bitte beachten Sie, dass das Ergebnis der Untersuchung -auch zur Sicherung von Beweisen für ein etwaiges Strafverfahren- sorgfältig dokumentiert wird. Zu diesem Zweck wird insbesondere auf die im Serviceteil beiliegenden Untersuchungsbögen hingewiesen

**Sorgfältige
Dokumentation**

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. Die meisten dieser Symptome sind auch bei sexuellem Missbrauch zu beobachten oder gehen mit körperlicher Gewalt einher (EGGERS, 1994):

**Diagnose nur
durch Verhaltens-
auffälligkeiten**

Symptome bei seelischer Gewalt		
Säuglingsalter	Kleinkindalter	Schulalter
<ul style="list-style-type: none"> • Gedeihstörung • Motorische Unruhe • Apathie • "Schreikind" • Nahrungsverweigerung Erbrechen, Verdauungsprobleme • Psychomotorische Retardation 	<ul style="list-style-type: none"> • (Sekundäre) Enuresis • (Sekundäre) Enkopresis • Daumenlutschen • Trichotillomanie • Nägelbeißen • Spielstörung • Freudlosigkeit • Furchtsamkeit • Passivität, Zurückgezogenheit • Aggressivität, Autoaggressionen • Distanzschwäche • Sprachstörung • Motorische Störungen und Jactationen 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontaktstörungen • Schulverweigerung, Abnahme der Schulleistungen, Konzentrationsstörungen • Mangel an Ausdauer, Initiativverlust • Hyperaktivität, "Störenfried"-Verhalten • Ängstlichkeit, Schüchternheit, Misstrauen • Suizidgedanken, Versagensängste • Narzisstische Größenphantasien, Tagträumereien

4.4. Sexueller Missbrauch

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:

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.

Unterleibsverletzungen und Geschlechtskrankheiten bei Kindern, wie z. B. Gonorrhoe, sollten immer als Hinweise auf sexuelle Gewalt betrachtet werden. Entzündungen im Genitalbereich sind kein primäres Anzeichen für Missbrauch; unspezifische Infektionen durch Darmbak-

Zusätzliche Symptome

Körperliche Symptome

terien sind relativ häufig. Spezifische Infektionen z. B. durch Trichomonaden oder Candida kommen dagegen bei Mädchen vor der Pubertät sehr selten vor, wenn kein sexueller Missbrauch vorliegt. Condylomata accuminata sind mit großer Wahrscheinlichkeit eine Folge von Missbrauch.

Außerdem sind Hämatome und Bisswunden im Genital- und Analbereich ein Zeichen von sexueller Gewalt. Allergien und Hautkrankheiten mit atypischem Verlauf (Pyodermien, Ekzeme) können ebenfalls auf sexuellen Missbrauch hindeuten. Sehr oft jedoch ist sexueller Missbrauch bei der körperlichen Untersuchung nicht diagnostizierbar.

4.5. 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 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. Der Befund passt nicht zur Schilderung des Unfallhergangs.

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:

Unkooperatives Verhalten der Eltern

Unangemessene Reaktionen der Eltern

Umgang der Eltern mit dem Kind

Anamneseerhebung im sozialen Nahbereich

- 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?
- 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?

Leitfragen zur Familiensituation

Familiäre Interaktion

Als weiteres diagnostisches Kriterium soll die Beobachtung der Interaktion zwischen Kind und Eltern beschrieben werden. Misshandlung kann als gewalttätiger Lösungsversuch und als Scheitern der Eltern-Kind-Beziehung verstanden werden. Ablehnung des Kindes durch die Eltern und problematische Eltern-Kind-Beziehungen können bereits in den ersten Lebensmonaten festgestellt werden (ENGFER, 1990; ESSER UND WEINEL, 1990).

Beziehungen in der Familie beachten

Das Konstrukt elterlicher Ablehnung beschreibt eine rigide, von hohen unrealistischen Erwartungen an das Kind geprägte Erziehungshaltung. Die Art der elterlichen Zuwendung wird dem Kind nicht gerecht.

Elterliche Ablehnung

In der Untersuchungssituation können Sie den Umgang der Eltern (meist Mutter) mit dem Kind beobachten. Der Umgang mancher Eltern ist ständig lieblos, vorwurfsvoll oder herabsetzend. Manchmal überfordern Eltern ihr Kind und stellen völlig unrealistische Erwartungen und Forderungen. Ggf. können Erregungszustände oder Kontrollverlust bei den Eltern beobachtet werden.

In den Richtlinien für die Früherkennungsuntersuchung (1991) werden für das Säuglingsalter u.a. die folgenden Hinweise auf Ablehnung und Vernachlässigung durch die Mutter angegeben:

Hinweise auf Ablehnung und Vernachlässigung

- Wenig freundlicher Umgang mit dem Kind, z.B. Mutter lächelt wenig.

- Geringe Zärtlichkeit, z.B. kaum zärtliche Berührungen; Mutter vermeidet Körperkontakt mit dem Kind.
- Häufig verbale Restriktionen, z.B. sehr negative Feststellungen über das Kind, Vorwürfe in sehr ärgerlichem Ton.
- Mutter übergeht deutlich die Signale des Kindes (lächeln, quengeln, schreien).
- Reaktives (soziales) Lächeln des Kindes fehlt (mangelnder Blickkontakt).
- Die Beziehung zwischen Mutter und Kind ist von Unsicherheit, geringer Vorhersagbarkeit und mangelnder Verlässlichkeit gekennzeichnet.
- Die Mutter wirkt überfordert und nimmt das Kind nicht in seinen kindlichen Bedürfnissen, sondern als „ebenbürtig“ wahr.

Dabei wird von der Beziehung zwischen Mutter und Kind gesprochen, da in über 90% der Fälle die Mutter die Begleitperson des Kindes in der Praxis oder Klinik ist. Gleichzeitig ist nur wenig über die Beziehungen von Vätern zu ihren Kindern bekannt, da sich die Forschung der Interaktionsbeobachtung bis auf wenige Ausnahmen (FRANK et al. 1997) ausschließlich mit den Müttern befasst. Lediglich in Fällen von Inzest kann man manchmal eine übertrieben wirkende Fürsorge durch die männlichen Begleitpersonen beobachten.

Mutter-Kind- Beziehung

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.

Hausbesuch

4.6. Bewertung und Gewichtung der Befunde

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

Die Ergebnisse der Interaktionsbeobachtung und die Erhebung der Belastungsfaktoren führen zu einer Einschätzung von Belastungen und Stärken der Familie und von fördernden und hemmenden Einflüssen auf die Entwicklung des Kindes. Misshandlung, Vernachlässigung und

sexueller Missbrauch werden unter den Belastungen erfasst. Aus der Verteilung von Belastungen und Stärken sollte sich ergeben, welche Hilfen erforderlich sind.

Eine ausführliche Anamnese kann weitere Verdachtsmomente zutage fördern oder wichtige Hinweise auf mögliche andere Ursachen geben. Ein Hinweis auf Misshandlung ist gegeben, wenn das Kind verspätet in die Praxis gebracht wird. Oft behaupten die Eltern, die Verletzungen seien frisch, auch wenn das offensichtlich nicht stimmt. Auffällig kann es sein, wenn das Kind für den Arztbesuch "hergerichtet" ist, also nach einem "Unfall" frisch angezogen oder gebadet wurde. Mehrfachverletzungen verschiedener Art und verschiedenen Alters sind fast immer ein wichtiges Zeichen für Misshandlung

Hinweise aus der Anamnese

Viele Eltern geben unglaubliche Erklärungen für die Verletzungen an. Meist ist die Verletzung für den angegebenen Unfallhergang viel zu schwer. Oftmals soll sich nach Auskunft der Eltern das Kind selbst eine Verletzung zugefügt haben. Für das Alter des Kindes ist die Art und Weise, wie diese Verletzung zustande gekommen ist, jedoch untypisch oder nahezu unmöglich. Solche Erklärungen kommen häufig spontan und früh, ohne dass Sie danach gefragt haben.

Unglaubliche Erklärungen für die Verletzungen

Bei der Befragung der Eltern kann sich herausstellen, dass eine medizinische Versorgung wie Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen nicht in Anspruch genommen wird. Wenn das Kind schon gehäuft stationär aufgenommen wurde, auch wenn es sich um Bagatellfälle handelte, kann eine mangelnde Versorgung des Kindes vorliegen. Möglicherweise fehlt ein Kind häufig in der Schule. Manche Eltern haben bereits öfter die Arztpraxis oder das Krankenhaus gewechselt.

Hinweise auf mangelnde Versorgung des Kindes

4.7. Verifizieren der Verdachtsdiagnose

Wenn der Verdacht noch nicht ganz abgesichert ist, sollten Sie zunächst vermeiden, mit der Familie bzw. den Eltern darüber zu sprechen. Wichtiger ist zuerst, das Vertrauen der Familie zu gewinnen. Das Kind sollte häufiger wiedereinbestellt 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 allgemeingültige Grenze, bei der unbedingt eingeschritten werden muss. Diese Entscheidung können Sie nur im Einzelfall nach Abwägung der Risiken treffen.

Bei einem Verdacht zuerst Vertrauen schaffen

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. Zur Beurteilung der Genitale und der Analregion ist besondere Erfahrung und Kompetenz erforderlich. Sie sollten dann auf die Konsiliaruntersuchung von Kindergynäkologinnen oder Kindergynäkologen zurückgreifen. Adressen finden Sie im Serviceteil dieses Leitfadens. Sie müssen allerdings abwägen, ob dem Kind eine gynäkologische Untersuchung zuzumuten ist. Grundsätzlich sollten möglichst wenige Untersuchungen stattfinden.

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

Die Bewertung und Gewichtung kann in der Arztpraxis vorgenommen werden. Sie kann jedoch auch in einer Fallkonferenz mit anderen Fachleuten wiederholt werden (FEGERT, 1993). Wenn Sie psychologischen und sozialpädagogischen Sachverstand einbeziehen, können Verhaltensauffälligkeiten eher in Zusammenhang mit der Diagnose gebracht werden. Bestehende Kooperationen zwischen den Ärzten und entsprechenden Professionen sind anzustreben.

**Zusammenarbeit
mit anderen
Professionen**

5. Fallmanagement in der Arztpraxis

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

5.1. Ziele, Aufgaben und Voraussetzungen

Grundüberlegung des Fallmanagements beim Verdacht auf Gewalt gegen Kinder ist die gemeinsame Betreuung des Kindes durch die Arztpraxis, Allgemeine Soziale Dienste, Gesundheitsämter und spezialisierte Beratungsstellen. Durch eine frühzeitige fallbezogene Kooperation der genannten Stellen soll die Grundlage für eine effiziente Gewaltprävention verbessert werden. Eine gemeinsame Fallkenntnis der genannten Stellen ist darüber hinaus eine wichtige Bedingung, um bei einer unmittelbar drohenden gesundheitlichen Gefährdung des Kindes Hilfen schnell verfügbar zu machen.

Gemeinsames Fallmanagement beruht 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.

Im Rahmen des *gemeinsamen Fallmanagements* hat die Arztpraxis folgende Aufgaben:

- Frühzeitiges Erkennen einer Gefährdung des Kindes
- Gesundheitliche Versorgung des Kindes und Beobachtung des Gesundheitszustandes
- Information der Eltern bzw. Begleitpersonen über die Möglichkeiten der Allgemeinen Sozialen Dienste oder spezielle Beratungsangebote.
- Unterstützung der Kontaktaufnahme zu Hilfeeinrichtungen durch aktive Vermittlung.

Aufgabe der Allgemeinen Sozialen Dienste ist die Vermittlung sozialer Hilfen, wie Beratung bei Erziehungsfragen, Hilfe bei der Wohnungsbeschaffung, Beratung in wirtschaftlichen Notlagen. Bei einer unmittelbaren Gefahr für das Kind sind die Allgemeinen Sozialen Dienste für die Intervention zuständig. Spezialisierte

Gewaltprävention als Ziel des gemeinsamen Fallmanagements

Gemeinsames Fallmanagement setzt persönliche Kontakte voraus

Aufgaben der Arztpraxis

Unterstützung der Familie durch Allgemeine Soziale Dienste

Beratungseinrichtungen unterstützen die Familie bei der Problembewältigung durch Einzel- und Familientherapie.

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. Die Voraussetzungen für ein gemeinsames Fallmanagement sind unabhängig vom konkreten Fall durch persönliche Kontaktaufnahme zu den kooperierenden Stellen zu schaffen, z. B. durch:

- Kontakt mit den Allgemeinen Sozialen Diensten oder einer von Ihnen bevorzugten Beratungsstelle
- Einladung des zuständigen Sozialarbeiters oder Sozialarbeiterin der Allgemeinen Sozialen Dienste in Ihre Praxis.

Ziel der Kontaktaufnahme ist die Vorstellung von Angebot und Handlungsmöglichkeiten der Beratungsstellen bzw. der Allgemeinen Sozialen Dienste. Darüber hinaus bietet ein persönliches Gespräch die Möglichkeit, gegenseitige Erwartungen über die jeweiligen Aufgaben zu verdeutlichen und zu einer gemeinsamen Problemsicht zu gelangen.

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 Ihnen, Allgemeinen Sozialen Diensten und spezialisierten Beratungseinrichtungen möglich.

Bei Trennungs- und Ehescheidungskonflikten können Sie mit der Forderung konfrontiert werden, einem Partner die Misshandlung, den Missbrauch oder die Vernachlässigung des Kindes zu attestieren. Hier ist es äußerst wichtig, eine neutrale Haltung einzunehmen. Die Gefahr einer Instrumentalisierung durch eine der Konfliktparteien ist groß.

5.2. 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.

Auf andere Einrichtungen zugehen

Gemeinsame Ziele definieren

Bindung im Verdachtsfall an die Arztpraxis besonders wichtig

Bei Partnerschaftskonflikten neutral bleiben

Nach dem vorbehandelnden Arzt fragen und nach anderen helfenden Personen

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.

Möglichkeit eines Hausbesuchs einbeziehen

Die Zeit bis zur Wiederholungsuntersuchung können Sie nutzen, um durch Rückfragen beim vorbehandelnden Arzt, bei Kollegen oder speziellen Beratungseinrichtungen zusätzliche Sicherheit in der Diagnosestellung zu gewinnen. Beim Verdacht auf sexuellen Missbrauch von Mädchen durch penetrierende Sexualpraktiken wird eine Überweisung an eine gynäkologische Praxis zur kindergynäkologischen Untersuchung empfohlen. Anschriften einiger Praxen finden Sie im Serviceteil.

Kindergynäkologische Untersuchung

5.3. Eröffnung der Diagnose gegenüber Eltern oder Begleitpersonen

Wenn der Verdacht auf Kindesmisshandlung oder Missbrauch bestätigt wird, sollte die Diagnose im Gespräch mit den Eltern oder ggf. Begleitpersonen eröffnet werden. (HUTZ 1994/95 und KOPECKY-WENZEL & FRANK 1995). In Fällen sexueller Misshandlung, akuter Gefährdung des Kindes bei körperlicher Gewalt oder extremer, lebensbedrohender Vernachlässigung muss vor einem solchen Gespräch der Schutz des Kindes vor weiteren Übergriffen oder einer Eskalation unbedingt sichergestellt sein. Die vernetzte Kooperation mit der öffentlichen Jugendhilfe oder spezialisierten Beratungsstellen kann hierbei eine wichtige Hilfestellung sein..

Eröffnungsgespräch vorbereiten

Das Gespräch sollte unter geeigneten Bedingungen stattfinden.

Hierzu gehören:

- Ausreichende Gesprächszeit
- Ruhige Gesprächsumgebung ohne Unterbrechungen durch Anrufe oder durch das Praxispersonal
- Bereithalten von Informationsmaterial über spezielle Beratungsangebote für die Eltern/Begleitpersonen

• 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

Gesprächsführung

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.

5.4. Verhalten während des Praxisbesuchs

Nach Möglichkeit sollte nur eine ausführliche Untersuchung des Kindes durchgeführt werden. Beim Verdacht auf sexuellen Missbrauch an Mädchen erfolgt diese Untersuchung Idealerweise durch eine Kinder-gynäkologin oder einen Kindergynäkologen. Die Untersuchung ist in jedem Fall als Ganzkörperuntersuchung durchzuführen.

**Grundsätzlich
Ganzkörperunter-
suchung
durchführen**

Wichtig ist hierbei ein kindgerechtes Untersuchungsverhalten. Die Symptomsuche sollte in unauffälliger Form erfolgen. 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.

**Dem Kind
Sicherheit geben**

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.

**Gegenüber Eltern
und Begleit-
personen Ver-
trauen aufbauen**

- ◆ 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.

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 Arztpraxis ist in der Wahl Ihrer Kooperationspartner frei. Die Empfehlung an die Eltern, eine bestimmte Institution aufzusuchen, muss jedoch überzeugend sein. Für die Familie oder das Kind muss deutlich sein, dass dort eine konkrete Hilfe erwartet werden kann. Daher ist es das Beste, wenn Sie Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit der empfohlenen Einrichtung besitzen.

Die Kontaktaufnahme zu den Beratungsstellen freier Träger ist zu empfehlen, wenn die persönliche Problembewältigung der Familie im Vordergrund steht, wenn seitens der Eltern Vorbehalte gegenüber Behörden bestehen oder wenn eine absolute Vertraulichkeit gewahrt werden muss. Allgemeine Soziale Dienste sind zu empfehlen, wenn es um die Bewilligung sozialer Hilfen geht. In Fällen sexuellen Missbrauchs sollte in jedem Fall Beratung durch Fachleute vermittelt werden.

5.5. Zwischen den Praxisbesuchen

Die Zeit zwischen den Praxisbesuchen des Kindes sollten Sie für folgende Tätigkeiten nutzen:

- Holen Sie zusätzliche Informationen von den Allgemeinen Sozialen Diensten oder anderen Einrichtungen, mit denen Sie zusammenarbeiten, ein.
- Knüpfen sie ein Netz für das gemeinsame Fallmanagement zwischen Ihrer Praxis, Allgemeinen Sozialen Diensten oder anderen Hilfeinrichtungen
- Dokumentieren Sie den Fall gesondert
- Lassen Sie sich einbeziehen in die Teilnahme an Erziehungskonferenzen oder ähnlichen Maßnahmen der Allgemeinen Sozialen Dienste.

Durch Kontaktaufnahme mit den Allgemeinen Sozialen Diensten und den Mütterberatungsstellen der Gesundheits- und Umweltämter und den Schulärzten 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.

Auch bei einem gesicherten Gewaltverdacht ist eine direkte Anzeige des Falles gegenüber Gerichtsbehörden durch die Arztpraxis nicht sinnvoll. Bei Anruf muss das Gericht tätig werden und wendet sich zunächst an die Allgemeinen Soziale Dienste. Häufig unterbleibt eine Rückmeldung des Gerichts an die Arztpraxis. Sie können somit keinen Einfluss auf die weitere Entwicklung des Falles nehmen. Ein

**Persönliche
Kenntnis der
empfohlenen
Einrichtungen
schafft
Glaubwürdigkeit**

**Einholung zusätzlicher
Informationen von
Allgemeinen
Sozialen Diensten**

**Direkte Anzeige
eines Falles bei
Gericht *nicht*
sinnvoll**

hinreichender Verdacht sollte daher zuerst gegenüber den Allgemeinen Sozialen Diensten geäußert werden.

Familiengerichte stehen Ihnen jedoch 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 Bestallungsurkunde nicht vorweisen kann.

Inhalt, Umfang und Anlas der Weitergabe von fallbezogenen Informationen zwischen der Arztpraxis und den Allgemeinen Sozialen Diensten oder Beratungsstellen freier Träger sind mit Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der entsprechenden Einrichtungen möglichst persönlich zu vereinbaren. 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.

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.

Neben einer ausführlichen Dokumentation der Anamnese wird eine Dokumentation der Aussagen von Eltern/Begleitpersonen einschließlich ergänzender Eindrücke empfohlen. Die Dokumentation kann durch Polaroidaufnahmen der äußeren Verletzungen des Kindes ergänzt werden. 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 Serviceteil dieses Leitfadens finden Sie eine Vorlage, mit der Sie die Dokumentation strukturieren können.

Maßnahmen der Allgemeinen Sozialen Dienste für Kinder bzw. deren Familien, die durch Gewalt und Missbrauch gefährdet sind, werden im wesentlichen durch fallbezogene Erziehungskonferenzen

Information über Vormundschaftsverhältnisse einholen

Art und Umfang der Informationsweitergabe persönlich vereinbaren

Information behördlicher Stellen auch ohne Einverständnis der Eltern möglich

Falldokumentation für eventuelle gerichtliche Beweissicherung

Teilnahme an Erziehungskonferenzen

nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz koordiniert. Die Teilnahme an diesen Erziehungskonferenzen ermöglicht Ihnen, einen umfassenden Eindruck von der sozialen und familiären Situation des von Ihnen betreuten Kindes zu erhalten. Zusätzlich wird der Kontakt zu den Kooperationspartnern im Rahmen des gemeinsamen Fallmanagements vertieft.

5.6. Notmaßnahmen bei unmittelbar drohender Gefahr für das Kind

Bei Kindesmissbrauch und Kindesmisshandlung handelt es sich um langfristige Prozesse, an deren Ende möglicherweise eine hohe physische und psychische Gefährdung des Kindes steht. 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 Fälle 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
- 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).

Zum Zeitpunkt des Praxisbesuchs meist keine unmittelbare Gefahr für das Kind

Abgestufte Reaktion auch im Gefahrenfall möglich

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.

Häufiger ist eine Situation, bei der innerhalb einer längeren Betreuung der Fall plötzlich eskaliert. In diesem Fall kann eine Zweitmeinung dann zeitnah eingeholt werden, wenn der Fall bei einer Kollegin, einem Kollegen oder bei Kooperationspartnern bereits anonym oder namentlich bekannt ist. Die Voraussetzungen hierfür werden durch ein gemeinsames Fallmanagement geschaffen. Das gemeinsame Fallmanagement ist in diesem Sinne somit auch eine Vorbeugung für den Krisenfall in der Praxis. Die Anonymisierung des Falls stellt eine Möglichkeit dar, sich ohne Verletzung der Schweigepflicht kompetenten Rat einzuholen. Zu beachten ist hierbei, dass eine Anonymisierung nicht immer dadurch erreicht wird, dass man den Namen der Betroffenen nicht nennt, da in manchen Fällen für die Identifizierung bereits die Schilderung der Umstände ausreichend sein kann.

Gemeinsames Fallmanagement sichert Verfügbarkeit von Zweitmeinungen im Krisenfall

5.7. 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.

Rückmeldungen sind wichtig für gemeinsames Fallmanagement

Häufig sind solche Informationsvereinbarungen Gegenstand des gemeinsamen Fallmanagements von Arztpraxen, Behörden und Beratungseinrichtungen. In Fällen, bei denen Sie seitens einer anderen Praxis beauftragt wurden, einen Gewaltverdacht zu bestätigen, sollten Sie der überweisenden Praxis Ihren Befund möglichst in einem persönlichen Telefongespräch mitteilen.

Rückmeldung durch persönliche Kommunikation

Die hohen Anforderungen des Praxisalltags führen mitunter dazu, dass Informationsabsprachen trotz bester Absichten nicht eingehalten werden können. In diesem Fall bietet die Teilnahme an regelmäßig Kooperationstreffen eine leicht organisierbare Möglichkeit zum regelmäßigen Austausch von Informationen und Erfahrungen. 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.

6. Anhang

Grundgesetz Artikel 1, Abs. 1:

Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen, ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.

Artikel 2, Abs. 1:

Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.

Artikel 6, Abs. 1:

Ehe und Familie stehen unter dem besonderen Schutze der staatlichen Ordnung.

Abs. 2:

Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

§ 1666 Abs. 1

Gefährdung des Kindeswohls

Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes durch missbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge, durch Vernachlässigung des Kindes, durch unverschuldetes Versagen der Eltern oder durch das Verhalten eines Dritten gefährdet, so hat das Familiengericht, wenn die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage sind, die Gefahr abzuwenden, die zur Abwendung der Gefahr erforderlichen Maßnahmen zu treffen. Das Gericht kann auch Maßnahmen mit Wirkung gegen einen Dritten treffen.

Strafgesetzbuch (StGB)

§ 171 Verletzung der Fürsorge- oder Erziehungspflicht

Wer seine Fürsorge- oder Erziehungspflicht gegenüber einer Person unter sechzehn Jahren gröblich verletzt und dadurch den Schutzbefohlenen in die Gefahr bringt, in seiner körperlichen oder psychischen Entwicklung erheblich geschädigt zu werden, einen kriminellen Lebenswandel zu führen oder der Prostitution nachzugehen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

UN-Kinderrechtskonvention Artikel 19:

(1) Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Gesetzgebungs-, Verwaltungs-, Sozial- und Bildungsmaßnahmen, um das Kind vor jeder Form körperlicher oder geistiger Gewaltanwendung, Schadenszufügung oder Misshandlung, vor Verwahrlosung oder Vernachlässigung, vor schlechter Behandlung oder Ausbeutung einschließlich des sexuellen Missbrauchs zu schützen, solange es sich in der Obhut der Eltern oder eines Elternteils, eines Vormunds oder anderen gesetzlichen Vertreters oder einer anderen Person befindet, die das Kind betreut.

(2) Diese Schutzmaßnahmen sollen je nach den Gegebenheiten wirksame Verfahren zur Aufstellung von Sozialprogrammen enthalten, die dem Kind und denen, die es betreuen, die erforderliche Unterstützung gewähren und andere Formen der Vorbeugung vorsehen sowie Maßnahmen zur Aufdeckung, Meldung, Weiterverweisung, Untersuchung, Behandlung und Nachbetreuung in den in Absatz 1 beschriebenen Fällen schlechter Behandlung von Kindern und gegebenenfalls für das Einschreiten der Gerichte.

7. Literaturverzeichnis

- Arbeitsgruppe Kinderschutz: Gewalt gegen Kinder. Kindesmisshandlung und ihre Ursachen.
Reinbek, 1985
- Backe, L., Leick, N., Merrick, J. und Michelsen, N.: Sexueller Missbrauch von Kindern in Familien. Deutscher Ärzte-Verlag,
Köln, 1986
- Baurmann, M.: Sexualität, Gewalt und die Folgen für das Opfer.
Wiesbaden, 1985
- Behörde für Arbeit, Gesundheit u. Soziales: Beobachtungen in Hamburgs Kinderarztpraxen.
Hamburg, 1995
- Behörde für Inneres, Landeskriminalamt LKA 130, 1996,
nicht veröffentlicht
- Brockhaus U., Kolshorn M.: Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen.
Frankfurt/Main 1993
- Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Drucksache 15/1861,
Hamburg 1994
- Dalton, H.J., Slovis T., Helfer R.E., Comstok J., Scheurer S., Riolo S.: Undiagnosed abuse in children younger than 3 years with femoral fracture.
Am J Dis Child 144: 875-878, 1990
- Deutscher Bundestag, Drucksache 10/4560,
o. O. 1986
- Deutscher Kinderschutzbund (Hrsg.): Kinder sind gewaltlos zu erziehen. Materialien zum Kinderschutz, Band 4.
Hannover, 1992
- Eggers, C: Seelische Misshandlung von Kindern. Der Kinderarzt, 25, 748 - 755,
1994
- Enders, U. (Hrsg.): Zart war ich, bitter war's. Sexueller Missbrauch an Jungen und Mädchen.
Köln, 1990
- Engfer, A: Entwicklung von Gewalt in den sogenannten Normalfamilien, In: Martinius, J. & Frank, R. (Hrsg.): Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch von Kindern. Erkennen, Bewusst machen, Helfen.
Bern, 1990
- Esser, G. & Weinel, W.: Vernachlässigende und ablehnende Mütter in Interaktion mit ihren Kindern. In: Martinius, J. & Frank, R. (Hrsg.): Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch von Kindern. Erkennen, Bewusst machen, Helfen.
Bern, 1990
- Falardeau, W.: Das Schweigen der Kinder,
Quell Verlag, Stuttgart 1998
- Fegert, J.M.: Sexuell missbrauchte Kinder und das Recht. Band 1.
Rotblatt Verlag Köln, 1993 (wird derzeit neu aufgelegt)
- Finkelhor, D.: A Sourcebook on Child Sexual Abuse.
Beverly Hills, CA, 1986
- Forster, B. (Hrsg.): Praxis der Rechtsmedizin für Mediziner und Juristen.
Stuttgart, New York, 1986
- Frank R., Frick, U., Kopecky-Wenzel, M.: Spielen Väter anders mit Kindern als Mütter? Einsichten 1997/I, Forschung an der Ludwig-Maximilians-Universität

München, 1997

Gutjahr, K. und Schrader, A.: Sexueller Mädchenmissbrauch.
Köln, 1990

Hutz, P.: Beratung und Prävention von Kindesmisshandlung. In: Fortschritt und Fortbildung in der Medizin Bd 18. Herausgegeben von der Bundesärztekammer.
Köln 1994/95

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

Jungjohann, 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

Lockemann U., Püschel K. Gyn(4),Heft 2, Seite 129/130
1999

Olbing, H., Bachmann, K.D. und Gross, R.: Kindesmisshandlung. Deutscher Ärzte-Verlag,
Köln, 1989

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

Remschmidt, H.: Elterliche Kindesmisshandlung. Münchner Medizinische Wochenschrift,
128,
1986

Rutschky, K. / Wolff, R.: Handbuch sexueller Missbrauch.
Reinbek bei Hamburg 1999

Schöne u.a. Kinder in Not.
Münster 1997 .

Suer, P.: Sexuelle Gewalt gegen Kinder
Rasch und Röhring Verlag Hamburg 1998

Trube-Becker, E.: Gewalt gegen das Kind.
Heidelberg, 1982

Walter, J. (Hrsg.): Sexueller Missbrauch im Kindesalter.
Heidelberg, 1992

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

Kinder- und Jugendbücher

Cole, B.: Prinzessin Pfiffigunde. Carlsen Verlag, 1988

Cole, B.: Prinz Pfifferling. Carlsen Verlag, 1988

Aliki: Gefühle sind wie Farben. Weinheim und Basel, 1987

Hadley, L. und Irwin, A.: Liebste Abby. Weinheim und Basel, 1986

Howard, E.: Lilians Geheimnis. Wien, 1988

Steenfatt, M.: Nele - Ein Mädchen ist nicht zu gebrauchen. Reinbek, 1986

Talbert, M.: Das Messer aus Papier. Anrich Verlag, 1989

