



Bernd Herrmann · Reinhard Dettmeyer
Sibylle Banaschak · Ute Thyen

Kindes- misshandlung

Medizinische Diagnostik, Intervention
und rechtliche Grundlagen

3. Auflage

 Springer

Kindesmisshandlung

Bernd Herrmann
Reinhard Dettmeyer
Sibylle Banaschak
Ute Thyen

Kindesmisshandlung

Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche
Grundlagen

3., überarbeitete und aktualisierte Auflage

Mit 180 Abbildungen und 63 Tabellen

Bernd Herrmann

Klinikum Kassel GmbH, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Kassel

Reinhard B. Dettmeyer

Universitätsklinikum Gießen Inst. Rechtsmedizin, Gießen

Sibylle Banaschak

Universität Köln Medizinische Fakultät, Köln

Ute Thyen

Universität zu Lübeck Kinder- und Jugendmedizin, Lübeck

Ergänzendes Material finden Sie unter <http://www.springer.com/978-3-662-48843-0>

ISBN 978-3-662-48843-0 978-3-662-48844-7 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-662-48844-7

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2008, 2010, 2016

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

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

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Fotonachweis Umschlag: © thinkstock.com/agsandrew

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer ist Teil von Springer Nature

Die eingetragene Gesellschaft ist Springer-Verlag GmbH Berlin Heidelberg

Geleitwort

des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)

Einzelne Fälle tragischer Kindesmisshandlungen mit Todesfolge haben die Öffentlichkeit im letzten Jahrzehnt stark beschäftigt. Gesellschaft und Politik haben darauf reagiert: Ergebnis dessen ist das neue 2012 in Kraft getretene Bundeskinderschutzgesetz, aber auch die Etablierung und der Ausbau der sog. Frühen Hilfen. Die öffentliche Wahrnehmung für die Vernachlässigung von Kindern ist deutlich gestiegen. In den letzten Jahren hat sich der Fokus in der Öffentlichkeit vor allem auf den sexuellen Missbrauch gerichtet. Seine Aufarbeitung in der Gesellschaft bleibt auch weiterhin aktuell.

Das vorliegende Buch ist als Erstauflage 2008 erschienen und hat eine gravierende Lücke im deutschsprachigen Bereich in der Fachwelt geschlossen. Die vorliegende bereits 3. Auflage dieses Fachbuches bietet eine systematische Aufarbeitung und eine von hoher Professionalität gekennzeichnete Darstellung der komplexen Thematik für den praktizierenden Kinder- und Jugendarzt. Sein Erfolg basiert nicht zuletzt auf dem interdisziplinären Zugang von Rechtsmedizin und Pädiatrie.

Seit der Erstauflage dieses Buches sind in der Kinder- und Jugendmedizin vielfältige Aktivitäten zum Kindesmissbrauch unternommen worden. Zunächst möchte ich hier beispielhaft die ehemalige AG Kinderschutz in der Medizin (AG KiM) nennen, die auch in unserem Konvent für fachliche Zusammenarbeit vertreten ist und mittlerweile als Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) den Status einer Fachgesellschaft erlangt hat. Sie zählt inzwischen über 260 Mitglieder und hält regelmäßig Symposien auf unseren Jahrestagungen ab. Mit der Entwicklung des Leitfadens »Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken« 2010 in Zusammenarbeit mit der Kommission der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) hat sie wesentlichen Anteil daran, dass sich Kinderschutzgruppen in Kliniken etabliert haben. Es gibt inzwischen an über 110 Klinik-Standorten solche Kinderschutzgruppen. Dies ist angesichts der Kürze der Zeit ein großer Erfolg. Dennoch sollten wir als Fachgesellschaft erst zufrieden sein, wenn nach Möglichkeit an jeder Klinik für Kinder- und Jugendmedizin eine solche interdisziplinär zusammengesetzte Kinderschutzgruppe arbeiten kann. Die Kinderschutzgruppen stehen für eine standardisierte und multiprofessionelle (somatische, psychologische und psychosoziale) Diagnostik bei Verdacht auf Kindesmisshandlung/-vernachlässigung.

Ich bin sicher, dass die derzeitige Entwicklung einer S3-Leitlinie »Kinderschutz«, die ebenso interdisziplinär angelegt ist und vom Bundesministerium für Gesundheit finanziert wird, ebenso förderlich wirken wird, die Wahrnehmung und das ärztliche Wissen zum Kinderschutz zu schärfen (www.kinderschutzleitlinie.de).

Als wissenschaftliche Fachgesellschaft ist uns der fachgerechte und möglichst evidenzbasierte Umgang mit der Thematik wichtig. Alle Ärztinnen und Ärzte, die Kinder und Jugendliche versorgen, sollten über Basiskenntnisse der Diagnostik und des Umgangs mit Kindesmisshandlung und -vernachlässigung verfügen. Dazu trägt dieses Fachbuch bei. Insofern danke ich den Autoren ausdrücklich für ihre wichtige Arbeit und wünsche diesem Buch eine möglichst große Verbreitung. Möge es einen wertvollen Beitrag zum Kinderschutz leisten.

Prof. Dr. med. E. Mayatepek

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)
Berlin/Düsseldorf, im Juni 2016

Geleitwort

des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM)

Lange bevor das Problem der Kindesmisshandlung in der Politik und der Öffentlichkeit unseres Landes intensiver thematisiert wurde, beschäftigten sich Kinderärzte therapeutisch und Rechtsmediziner gutachterlich mit misshandelten Kindern und mit solchen, bei denen sich wegen vermeintlich nicht-akzidenteller Verletzungen ein entsprechender Verdacht ergab. Dabei wurden die wesentlichen Grundlagen der rechtsmedizinischen Diagnostik bereits in den 60er und 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts gelegt und später im Zusammenhang mit neueren Formen wie z. B. dem Münchhausen-Syndrom-by-proxy oder dem Schütteltrauma erweitert. Dieses Wissen ist erforderlich, um im Einzelfall neben einer sorgfältigen Anamnese- und Befunderhebung eine »gerichts-feste« Beweissicherung und Beurteilung vornehmen zu können. Dazu gehört es auch, mögliche Differentialdiagnosen abzuklären und eine Rekonstruktion des Handlungsablaufes vorzunehmen. Das Ergebnis solcher Untersuchungen besteht in einem nicht ganz geringen Anteil der Fälle auch darin, dass ein ursprünglich geäußelter Misshandlungsverdacht nicht bestätigt werden kann, weil das vorliegende Verletzungsmuster durch andere Mechanismen, z. B. unfallbedingt erklärt werden kann oder muss. In den übrigen Fällen kann das Ergebnis der rechtsmedizinischen Untersuchungen die Basis für zielgerichtete Interventionen und für Maßnahmen zur Prophylaxe weiterer Kindeswohlgefährdungen sein. Die Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM) hat der Bedeutung des Themas schon vor längerer Zeit u.a. dadurch Rechnung getragen, dass Mitglieder sich in zwei Arbeitsgemeinschaften engagieren, die sich speziell mit der Diagnostik bei lebenden Patienten sowie speziell bei Kindern und Jugendlichen beschäftigen. In diesem Kontext ist der Beitrag der Rechtsmedizin im Hinblick auf die Klärung von Fällen mit Verdacht auf Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch als Wahrnehmung sozialer Verantwortung und Beitrag zur Rechtssicherheit in unserem Land zu werten.

Mit dem vorliegenden Buch, welches im Jahr 2008 in erster Auflage erschienen ist, haben die Autoren einen systematischen und wichtigen Beitrag zum Thema geleistet und – wichtiger noch – eine Lücke in der Literatur geschlossen. Bei den Lesern stieß das Werk auf ein großes Interesse, so dass bereits nach weniger als acht Jahren die dritte, nunmehr komplett überarbeitete und aktualisierte Auflage erscheinen kann.

Ein Grund für den Erfolg des Buches besteht sicher auch darin, dass es interdisziplinär angelegt ist und dadurch eine breite Leserschaft mit seiner umfassenden und evidenzbasierten Darstellung des komplexen Themas anspricht. Neben den Ärzten finden auch nichtärztliche Fachleute, die im multiprofessionellen Kinderschutzsystem tätig sind, wertvolle Hinweise und Anregungen für ihre praktische Arbeit. Ausführliche Darstellungen rechtlicher Grundlagen des Kinderschutzes, von Strafrechtsnormen und der Möglichkeiten des Opferschutzes werden zusammenfassend abgehandelt und liegen ebenso wie die ärztlichen Leitlinien in der neuen Auflage des Buches in aktualisierter Form vor.

Für die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin darf ich auch die dritte Auflage dieses Buches ausdrücklich begrüßen und der Neuauflage im Interesse der gefährdeten Kinder eine weite Verbreitung wünschen.

Prof. Dr. med. Thomas Bajanowski

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM)

Essen, im Juli 2016

Vorwort zur 3. Auflage

Der medizinische Kinderschutz hat sich seit dem Erscheinen der ersten und zweiten Auflage dieses Buches enorm weiterentwickelt. Die 2010 erstmals erschienenen und laufend aktualisierten »Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken« der AG KiM (AG Kinderschutz in der Medizin, mittlerweile Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin, DGKiM) und der DAKJ (Dt. Akademie für Kinder- und Jugendmedizin) sind fester Bestandteil der Arbeit von über 110 Kinderschutzgruppen in deutschen Kliniken geworden. Zur Zeit der ersten Auflage dieses Buches 2008 gab es erst eine Handvoll davon. Die DAKJ-Kommission Kinderschutz hat 2013 einen entsprechenden Leitfaden für Niedergelassene veröffentlicht. Die 2008 als AG KiM gegründete DGKiM zählt derzeit über 250 Mitglieder, hat mittlerweile 8 bundesweite wissenschaftliche Jahrestagungen ausgerichtet, ist anerkanntes Mitglied im Konvent der Fachgesellschaften der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) geworden und ist auf deren Jahrestagung fester Bestandteil mit einem jährlichen interdisziplinären Kinderschutz-Symposium. An der internationalen Kasseler Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (DGfPI) und der AG KiM haben bis 2015 über 1250 Kolleginnen und Kollegen teilgenommen. Unter Leitung der AG KiM/DGKiM ist seit 2015 eine umfassende Revision der AWMF-Leitlinie Kinderschutz auf S3+ Niveau in Arbeit, an der über 75 Fachgesellschaften und die Jugendhilfe beteiligt sind. Auch wenn das Problem der Finanzierung der Fallarbeit in den Kliniken weiterhin ungelöst ist und das Bundeskinderschutzgesetz von 2012 dahingehend ebenfalls keine Klärung erbracht hat, ist mit der Einführung eines OPS Kinderschutz in den Kodierleitfaden 2013 auf Initiative der AG KiM und der GKinD (Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V.) ein erster Hoffnungsschimmer sichtbar.

Ein Thema, das in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung auch im medizinischen Kinderschutz gewonnen hat, sind die Frühen Hilfen, die wir erstmals in dieser Auflage berücksichtigt haben.

Wie schon in der 2. Auflage haben wir uns auch diesmal bemüht, die aktuelle Literatur, Publikationen, Leitlinien und Fachbücher der letzten 5 Jahre kritisch zu sichten und das Fachbuch dahingehend ausgiebig zu aktualisieren. Ebenso wurden alle neuen rechtlichen Bestimmungen berücksichtigt und aussagekräftige neue Abbildungen eingefügt. Neu sind auch Entscheidungshilfen zur Indikationsstellung eines Röntgenskelettscreenings, genauere cCT und MRT-Datierung intrakranieller Blutungen, spinale Verletzungen, die Besonderheiten von Hämatomen bei behinderten Kindern, Adipositas, Passivrauchexposition und pränatale Risiken als Kindeswohlgefährdung, das neue Bundeskinderschutzgesetz, die jüngsten Strafrechts- und Opferrechtsreformgesetze, Familien mit Migrationshintergrund und praktische Hilfen wie eine Vorlage für die Arztbriefschreibung in Kinderschutzfällen und eine Übersicht über Fachgesellschaften und Fachzeitschriften. Noch stärker als in den ersten beiden Auflagen haben wir uns bemüht, die Evidenz im medizinischen Kinderschutz kritisch zu berücksichtigen. Bis Oktober 2015 war hierfür die Arbeitsgruppe der Waliser Cardiff Universität »Core Info« (Cardiff Child Protection Systematic Reviews) um Sabine Maguire und Alison Kemp eine exzellente und unentbehrlich gewordene Quelle. In zahlreichen fortlaufend aktualisierten systematischen Reviews, etlichen Metaanalysen und sich daraus ergebenden Publikationen ist in den letzten 10 Jahren eine gründliche Sichtung und Bewertung unseres Wissens und der

Evidenz um medizinische Befunde bei körperlicher Misshandlung und Vernachlässigung entstanden, die nicht hoch genug eingeschätzt werden kann. In allen Kapiteln in diesem Buch zu körperlicher Misshandlung und Vernachlässigung sind die aktuellen systematischen Reviews der Waliser Arbeitsgruppe bis 2015 berücksichtigt. Durch den Wegfall der finanziellen Förderung durch die NSPCC (National Society for the Prevention of Cruelty to Children) drohte 2015 die Einstellung dieser unverzichtbar gewordenen Quelle. Zum Zeitpunkt der Drucklegung zeichnet sich ab, dass das RCPCH (Royal College of Paediatrics and Child Health, der Berufsverband der Kinderärzte Großbritanniens) das Projekt in anderer Form übernehmen wird. Den Waliser Kollegen gilt bis dahin unser großer Dank für die wertvolle geleistete Arbeit!

Der Wegfall dieser Arbeitsgruppe muss uns umso mehr ein Ansporn sein, uns auch in Deutschland weiter und verstärkt darum zu bemühen, unsere Entscheidungen im Kinderschutz auf der Grundlage einer möglichst guten Evidenz zu fällen, haben sie doch enorme Bedeutung für das weitere Leben betroffener Kinder und Jugendlicher und ihrer Familien. Hierzu soll die vorliegende 3. Auflage des mittlerweile als Standardwerk geltenden Buches Grundlage und Hilfe sein. Nicht vergessen werden darf auch der Aspekt der Selbstfürsorge für uns Fachleute, um diese komplexe und fordernde Arbeit auf lange Sicht bewältigen zu können. Viel Erfolg dabei wünschen

Die Autoren

im Frühjahr 2016

Vorwort zur 2. Auflage

Nach weniger als einem Jahr war die 1. Auflage dieses Buches ausverkauft. Diese Tatsache und die vielen positiven Reaktionen der Leser bestärken uns als Autoren in unserem Konzept, ein umfassendes und dennoch praxisnahes, übersichtliches Fachbuch zum Umgang mit Kindesmisshandlung und -vernachlässigung im medizinischen Umfeld vorzulegen. Ziel bleibt es, fachliche Sicherheit durch ein Höchstmaß an Evidenz abzusichern. Angesichts der hohen Komplexität jeden einzelnen Falles und der Notwendigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit ist das auf diesem Gebiet oft nicht einfach. Dass erst 40 Jahre nach dem ersten US-amerikanischen medizinischen Fachbuch zur Kindesmisshandlung von Helfer und Kempe 2008 dieses deutsche Fachbuch erschienen ist, zeigt zum einen den Nachholbedarf in der fachlich-medizinischen Auseinandersetzung, zum anderen aber auch das Interesse an der Thematik. Diese Entwicklungen der letzten 2 Jahre, das Erscheinen differenzierter AWMF-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. (DGSPJ), die von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) und der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCh) als gemeinsame fachübergreifende Leitlinie übernommen wurden, die Gründung der wissenschaftlichen Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (AG KiM) und der Kommission Kinderschutz der Deutschen Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DAKJ), die nach 3 Jahren abgeschlossene ESPED-Erhebung (Erhebungseinheit für Seltene Pädiatrische Erkrankungen in Deutschland) zum Schütteltrauma, vermehrte Fachbeiträge und Kongressvorträge und die zunehmende Gründung von Kinderschutzgruppen in Kinder- und Jugendkliniken zeigen, dass das Thema in der Medizin »angekommen« ist.

In der vorliegenden aktualisierten 2. Auflage wurde die Literatur kritisch geprüft, wichtige neue Arbeiten mit aufgenommen und ein Abgleich mit den neuesten Leitlinien vorgenommen sowie neu erschienene Standardwerke aus 2008 und 2009 berücksichtigt. Neben Korrekturen wurden auch inhaltliche Ergänzungen und Präzisierungen vorgenommen. Eine Reihe von Gesetzestexten wurden ergänzt, neue Fassungen berücksichtigt und neue Texte aufgenommen.

Das Buch hilft praktisch tätigen Fachleuten, kompetent und rasch zu handeln, schwierige Fälle zu reflektieren und angemessen mit den Familien und dem Kind oder Jugendlichen zu kommunizieren. Wir hoffen auch, dass es im persönlichen Umgang mit gewaltbelasteten Kindern Unterstützung anbietet, Sicherheit gibt und Belastungen reduziert und dennoch die Hemmschwelle senkt, externen fachkundigen Rat einzubeziehen.

Die Autoren

Im Frühjahr 2010

Vorwort zur 1. Auflage

Mit dem vorliegenden Werk zur medizinischen Diagnostik und Intervention bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung möchten wir ärztlichen Kollegen **die Grundlagen für professionelles Handeln in einem multiprofessionellen Kinderschutzsystem** vermitteln. Gleichzeitig trägt die so gewonnene fachliche Sicherheit dazu bei, nicht nur sicherer und professioneller, sondern auch emotional gelassener mit dem auch für Fachleute belastenden und schwierigen Thema umzugehen. Es gilt, den Opfern von Gewalt und Vernachlässigung effektiv zu helfen; aber auch den Helfern muss geholfen werden.

Auch für **nichtärztliche Fachleute** im Kinderschutz (Richter, Staatsanwälte, Kriminalpolizei, Jugendamt u.a.) kann es von Belang sein, den Hintergrund eines medizinischen Befundes nachzuvollziehen. Noch bedeutsamer ist es, gerade in Fällen sexuellen Kindesmissbrauchs zu verstehen, warum es bei vielen Kindern und Jugendlichen keine auffälligen körperlichen Befunde gibt und sie dennoch Opfer eines sexuellen Übergriffs geworden sind.

In den Kapiteln zur **somatischen Diagnostik** und zu den jeweiligen Befunden haben wir uns um ein Höchstmaß an Evidenz und Aktualität bemüht. Berücksichtigt wurden, neben den gängigen englischsprachigen medizinischen Standardwerken und Handbüchern sowie der eigenen umfangreichen Literaturanalyse, etwa 1800 Reviews aus den letzten 10 Jahren des Child Abuse Quarterly Update (www.quarterlyupdate.org) – einer vierteljährlich erscheinenden kommentierten Analyse der internationalen medizinischen Literatur zu Kindesmisshandlung und -vernachlässigung – um die 700 von der Welsh Child Protection Systematic Review Group systematisch ausgewertete Studien (www.core-info.cardiff.ac.uk/index.html) sowie über 20 aktuell gültige medizinische Leitlinien verschiedener internationaler Fachgesellschaften.

Damit liegt erstmals für den deutschen Sprachraum eine fundierte und umfassende Zusammenfassung des aktuellen Standes der »Misshandlungsmedizin« vor.

Neben Vernachlässigung und psychischen Folgen von Misshandlungen liegt ein weiterer Schwerpunkt auf der **Darstellung der forensischen Beweismittelsicherung**. Hierzu ist die Kooperation mit einem Rechtsmediziner immer anzustreben. Da Rechtsmediziner leider in vielen Regionen nicht vertreten sind, muss auch der pädiatrische Kliniker über die Grundsätze der forensisch orientierten Befunderhebung und -sicherung Bescheid wissen.

Für viele Fachleute im Kinderschutz sind die **rechtlichen Rahmenbedingungen**, in denen sie sich im Kinderschutz in Deutschland bewegen, wenig transparent. Ausführliche Kapitel zu den juristischen Aspekten, Strafrechtsnormen und Möglichkeiten des gesetzlichen Opferschutzes erleichtern hier die Orientierung und ermöglichen es, Rechtsnormen gezielt nachzuschlagen.

Das Kapitel zu **Intervention und Prophylaxe** soll den durch die bisherigen Kapitel fachlich gerüsteten Arzt in die Lage versetzen, seine Kenntnisse in aktiven Kinderschutz umzusetzen und seine Position in einem multiprofessionellen Kinderschutzkonzept zu finden. Verbunden ist dies mit praktischen Hilfen, Tipps, Hinweisen auf Fallstricke und vermeidbare Fehler sowie praktischem Arbeitsmaterial im Anhang: Dokumentationsbögen, Befundvordrucke, Checklisten, Literatur und Internet-Links.

Zu guter Letzt sei noch eine persönliche, vielleicht idealistische Schlussbemerkung gestattet. Die aus Kindesmisshandlungen und Vernachlässigungen resultierenden »verbogenen«, gekränkten, gestörten und persönlichkeitsveränderten erwachsenen Menschen haben unseres Erachtens einen erheblichen Anteil am globalen Ausmaß verschiedenster Formen von zwischenmenschlicher Gewalt. Diese Menschen erleiden und bewirken gleichzeitig einen wesentlichen Teil des menschlichen emotionalen Elends und Leides. Je mehr Bemühungen wir in einen adäquaten Kinderschutz investieren, umso eher können wir zur Verringerung dieses Leides beitragen und unsere Welt etwas freundlicher gestalten.

B. Herrmann, R. Dettmeyer

Kassel, Gießen

S. Banaschak, U. Thyen

Köln und Lübeck,
im Juni 2008

Danksagungen

Mein Dank gilt:

Den Menschen, die mich an das Thema herangeführt, begleitet, geprägt und bestärkt haben, meinen derzeitigen und ehemaligen Mitarbeitern im Kinderschutz vor Ort, allen jetzigen und früheren Vorstandskollegen der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM, ehemals AG KiM) für gemeinsame Weiterentwicklung des medizinischen Kinderschutzes.

Den untersuchten Kindern für ihren Mut, ihre Stärke und Fröhlichkeit.

Und last but not least: meiner Frau und meiner Tochter, die ich für die Arbeit über Miss-handlung und Vernachlässigung oft genug vernachlässigt habe, für anhaltende Geduld, Zuspruch, Liebe, Freude und Glück.

Bernd Herrmann, Kassel

Vielen Kolleginnen und Kollegen – nicht nur aus der Rechtsmedizin und der Pädiatrie – möchte ich für die zahlreichen anregenden Diskussionen und Hinweise zu den Themen dieses Buches danken.

Mein ganz besonderer Dank aber gilt weiterhin meiner Familie, die mit Geduld, großem Verständnis und Rücksichtnahme die Arbeit an den Manuskripten toleriert und den notwendigen Rückhalt gegeben hat.

Reinhard Dettmeyer, Gießen

Das Thema Kindesmisshandlung begleitet mich, seit ich das Fach Rechtsmedizin ergriffen habe. Ich danke allen Kolleginnen und Kollegen, die mit mir an dem Thema innerhalb und außerhalb der Rechtsmedizin seit Jahren arbeiten und ohne deren Kooperation meine Arbeit nicht möglich wäre.

Ich danke meiner Familie und insbesondere Peter, Georg & Ruth für die geduldig ertragene Abwesenheit.

Sibylle Banaschak, Köln

Ich danke Reinhard Wolff, Pieter Hutz und Irene Johns stellvertretend für viele aus dem Kreis der Kinderschutz-Zentren in Deutschland, die mein Interesse am Thema Gewalt gegen Kinder aus interdisziplinärer Sicht unterstützt und vertieft haben.

In Lübeck danke ich besonders Josef Althaus und Jürgen Brenner, die mit mir gemeinsam die Arbeit des Kinderschutz-Zentrums begründet haben und seit 20 Jahren begleiten. Dem hiesigen Institut für Rechtsmedizin, insbesondere Ivana Gerling, besonderer Dank für die fachlich so wertvolle, aber unaufgeregte Kooperation über lange Jahre, ebenso den Kolleginnen und Kollegen der Klinik für Kinderchirurgie und der Kinder- und Jugendmedizin für das anhaltende Interesse und die Bereitschaft zum gemeinsamen Lernen.

Ute Thyen, Lübeck

Kassel, Gießen, Köln, Lübeck, Februar 2016

Die Autoren



Dr. med. Bernd Herrmann, Kassel

Arzt für Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie, Kinder- und Jugendgynäkologie. Oberarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Klinikum Kassel. Seit 1992 Schwerpunktthema medizinische Diagnostik bei Kindesmisshandlung. Seit 1998 ärztliche Kinderschutz- und Kindergynäkologieambulanz, 2003 interdisziplinäre Kinderschutzgruppe. Seit 1998 Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (ab 2009 der Nachfolgeorganisation DGfPI), Mitherausgeber der interdisziplinären Fachzeitschrift Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Mitglied der Expertenfakultät der International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Seit 2003 Ausrichter der »Kasseler Fortbildung«, 2005 Preis Prävention im Kindesalter des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands. 2008 Mitverfasser der revidierten AWMF-Leitlinien Kindesmisshandlung, Mitglied der Steuerungsgruppe der S3+ Leitlinie 2015–2017. Seit 2008 Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (ehemals AG KiM) und der Kommission Kinderschutz der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ).



Prof. Dr. med. Dr. jur. Reinhard Dettmeyer, Gießen

Studium an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und an der Ruhr-Universität Bochum. Arzt für Rechtsmedizin und Pathologie. Seit Oktober 2007 Direktor des Instituts für Rechtsmedizin der Justus-Liebig-Universität Gießen. Als Rechtsmediziner seit 1996 befasst mit der gutachterlichen Beurteilung von Kindesmisshandlung und Fällen von Kindestötung, sowohl für die Justizbehörden bzw. vor Gericht als auch konsiliarisch. Publikationen u. a. zu Fragen des Medizinrechts, insbesondere zur Rolle des medizinischen Sachverständigen und zur strafprozessualen Beweissicherung. Vorträge zum Thema »Gewalt gegen Kinder« und insbesondere zur ärztlichen Schweigepflicht sowie weiteren Rechtsfragen bei Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch bzw. häuslicher Gewalt.



PD Dr. med. Sibylle Banaschak, Köln

Ärztin für Rechtsmedizin, seit Ende 2006 leitende Oberärztin am Institut für Rechtsmedizin der Uniklinik Köln. Seit fast 20 Jahren Beschäftigung mit dem Thema Kindesmisshandlung, Schwerpunkte sexueller Missbrauch und körperliche Kindesmisshandlung. Autorin von Fachartikeln und Buchbeiträgen zu diesem Thema. Zahlreiche (Fortbildungs-)Vorträge zum Thema Kindesmisshandlung/häusliche Gewalt und anderen rechtsmedizinischen Themen. Mitglied im Vorstand der AG Kinderschutz in der Medizin (AG KiM).



Prof. Dr. med. Ute Thyen, Lübeck

Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Neuropädiatrie, Public Health und Epidemiologie. Leiterin des Sozialpädiatrischen Zentrums, Stellvertretende Klinikdirektorin der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universität zu Lübeck. Studium in Aachen, Edinburgh und Lübeck. 1987 Promotion zum Thema Kindesmisshandlung und -vernachlässigung – Prävention und therapeutische Intervention. Aufbau des Kinderschutz-Zentrums Lübeck 1990 und seitdem Vorsitzende des Kuratoriums. Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin und Preisträgerin des Stefan-Engel-Wissenschaftspreises. Vorsitzende der Wissenschaftlichen Beiräte des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) 2001–2008 und des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen seit 2008. 2008 Mitverfasserin der revidierten AWMF-Leitlinien Kindesmisshandlung, Autorin zahlreicher Publikationen zum Thema Gewalt gegen Kinder, familienorientierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen, Frühprävention und -förderung, Lebensqualität bei chronischer Erkrankung und Behinderung und Ethik in der Medizin.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
	<i>Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen</i>	
1.1	Die Rolle der Ärzte im Kinderschutz	2
1.2	Epidemiologie und Gesellschaft	4
1.3	Gewalt gegen Kinder in der Geschichte und die Rolle der Medizin im Kinderschutz	6
1.4	Entwicklung des allgemeinen Kinderschutzes	7
1.5	Entwicklung des medizinischen Kinderschutzes	13
	Literatur	18
A	Körperliche Kindesmisshandlung	
2	Diagnostik bei körperlicher Kindesmisshandlung und Vernachlässigung	23
	<i>Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen</i>	
2.1	Einführung – Diagnostische Hinweise	24
2.2	Anamnese bei Verdacht auf Kindesmisshandlung	25
2.2.1	Vorgeschichte und Umstände der Verletzungen	27
2.2.2	Medizinische Anamnese	27
2.2.3	Inspektion des Geschehens- bzw. Tatortes	28
2.3	Klinische Untersuchung und Diagnostik	29
2.3.1	Klinische körperliche Untersuchung des Kindes	29
2.3.2	Apparative und Laboruntersuchungen	31
2.4	Aussagekraft (»Spezifität«) von Verletzungen	37
	Literatur	37
3	Misshandlungsbedingte Kopfverletzungen und Schütteltrauma-Syndrom	39
	<i>Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen</i>	
3.1	Nicht durch ausschließliches Schütteln verursachte ZNS-Verletzungen	40
3.2	Schütteltrauma-Syndrom	41
3.2.1	Epidemiologie	41
3.2.2	Historische Entwicklung	42
3.2.3	Diagnose, Definition, neurologische Präsentationen	43
3.2.4	Charakterisierung und Intensität des Schüttelns	45
3.2.5	Prädisposition	46
3.2.6	Ursachen, Anamnese, Täter	46
3.2.7	Klinische Symptomatik und Befunde	47
3.3	Pathogenese, Pathophysiologie, zeitliche Abläufe (»Timing«) beim Schütteltrauma	48
3.3.1	Pathogenese	48
3.3.2	Pathophysiologie	49
3.3.3	Retinale Blutungen und weitere Augenverletzungen	50
3.3.4	Spinale Verletzungen	51
3.4	Klinische und radiologische Diagnostik	51

3.5	Differenzialdiagnose retinaler Blutungen und subduraler Hämatome	53
3.5.1	Retinale Blutungen	53
3.5.2	Subdurale Hämatome	54
3.6	Prognose der Hirnschädigung beim Schütteltrauma	55
3.7	Kontroversen, Pseudokontroversen, offene Fragen	56
3.7.1	Wie gesichert ist das Konzept des Schütteltrauma-Syndroms?	56
3.7.2	Widerlegt die »Unified Hypothesis« von Geddes das Schütteltrauma-Syndrom?	56
3.7.3	Kann die Diagnose eines Schütteltraumas überhaupt gestellt werden?	57
3.7.4	Gibt es ein symptomfreies Intervall nach einem signifikanten Schütteltrauma?	57
3.7.5	Führen Stürze aus geringer Höhe zu tödlichen Kopfverletzungen?	57
3.7.6	Wissen Erwachsene, was sie tun, wenn sie ein Baby schütteln?	57
3.7.7	Können Re-Blutungen eine nichtakzidentelle Kopfverletzung imitieren?	58
3.7.8	Ist ein Aufprall/Anprall (»Impact«) des Schädels immer erforderlich, um die Konstellation eines Schütteltrauma-Syndroms zu erzeugen?	58
3.7.9	Beweisen retinale Blutungen ein Schütteltrauma-Syndrom?	58
3.7.10	Ausblick	58
3.8	Therapie, Intervention, Prävention	58
	Literatur	60
4	Hautbefunde	63
	<i>Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen</i>	
4.1	Hämatome	64
4.1.1	Epidemiologie und Altersverteilung	66
4.1.2	Heilungsverlauf, Mehrzeitigkeit, Farbe	66
4.1.3	Lokalisation, Verteilung, Größe und Häufung	67
4.1.4	Art: Muster, Form, Größe	69
4.1.5	Assoziierte innere Verletzungen	72
4.1.6	Begleitverletzungen	73
4.1.7	Differenzialdiagnosen bei Hämatomen	73
4.2	Thermische Verletzungen: Verbrühungen, Verbrennungen	76
4.2.1	Verbrühungen	78
4.2.2	Trockene Verbrennungen	81
4.2.3	Differenzialdiagnosen	83
	Literatur	86
5	Knochenverletzungen	89
	<i>Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen</i>	
5.1	Überblick, Epidemiologie und Evidenz	90
5.2	Allgemeine Kennzeichen, klinische Konstellationen	90
5.3	Typische Anamnesen und Schutzbehauptungen	92
5.4	Skelettuntersuchungen in Verdachtsfällen	93
5.5	Frakturdatierung	94
5.6	Frakturarten	96
5.6.1	Metaphysäre und epiphysäre Frakturen	96
5.6.2	Periostale Reaktionen	97
5.6.3	Diaphysäre Frakturen	99
5.6.4	Frakturtyp: Spiralfrakturen nicht verdächtiger	99
5.7	Frakturlokalisierung	100

5.7.1	Schädelfrakturen	100
5.7.2	Rippenfrakturen	101
5.7.3	Weitere Frakturen	102
5.8	Differenzialdiagnose	104
	Literatur	105

6 Viszerale und HNO-Verletzungen, seltene und schlecht klassifizierbare Formen der Kindesmisshandlung 107

Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen

6.1	Verletzungen der Hals-, Nasen- und Ohrenregion sowie der Zähne und der Mundhöhle	108
6.2	Viszerale Verletzungen	111
6.2.1	Thorakale Verletzungen	112
6.2.2	Intraabdominelle Verletzungen	112
6.3	Ungewöhnliche, seltene und schlecht klassifizierbare Formen der Kindesmisshandlung	114
6.3.1	Ungewöhnliche, seltene und schlecht klassifizierbare Manifestationen (Übersicht)	114
6.3.2	Ungewöhnliche Manifestationen körperlicher Misshandlung	115
6.3.3	Ungewöhnliche Manifestationen sexueller Misshandlung	116
6.4	Münchhausen-Syndrom-by-Proxy (MSbP)	116
6.4.1	Epidemiologie und Prognose	116
6.4.2	Kennzeichen	117
6.4.3	Symptome und Warnhinweise	118
6.4.4	Intervention beim MSbP	120
6.4.5	Verdeckte Videobeobachtung – Covert Video Surveillance (CVS) – beim Münchhausen-Syndrom-by-Proxy	120
6.5	Absichtlich beigebrachte Intoxikationen	121
6.5.1	Überblick und Kennzeichen	121
6.5.2	Weitere häufiger verwendete Noxen	122
6.5.3	Sog. K.-o.-Tropfen bei sexuellem Missbrauch von Jugendlichen	124
6.6	Genitalverstümmelung, Female Genital Mutilation (FGM)	125
6.6.1	Begründungen bzw. Erklärungen und Arten	125
6.6.2	Komplikationen der Genitalverstümmelung	126
6.6.3	Rechtslage	128
6.6.4	Geforderte Präventionsmaßnahmen	129
6.7	Kinder als Opfer von Folter und ritueller Gewalt	130
	Literatur	130

B Sexueller Kindesmissbrauch

7 Grundlagen 135

Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen

7.1	Einleitung	136
7.2	Definition, Umstände, Folgen	137
7.3	Medizinische Aspekte	138
7.4	Möglichkeiten und Grenzen des medizinischen Ansatzes	140
	Literatur	142

8	Anamnese und Untersuchung bei sexuellem Missbrauch eines Kindes . . .	145
	<i>Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen</i>	
8.1	Anamneseerhebung	146
8.2	Medizinische Untersuchung	148
8.2.1	Ablauf der anogenitalen Untersuchung, Positionen und Techniken	152
8.2.2	Labor- und weitere Diagnostik	155
	Literatur	155
9	Befunde und Klassifikation	157
	<i>Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen</i>	
9.1	Anogenitale Befunde	158
9.1.1	Grundlagen, Anatomie und Terminologie	158
9.1.2	Hymen – Anatomie und Variationen	159
9.1.3	Klassifizierung von Befunden	164
9.2	Normale und medizinisch anderweitig erklärbare Befunde	
	(Befunde der Klasse Adams I)	165
9.2.1	Genitale Normalbefunde (Befunde der Klasse Adams I; Punkte 1–5, 9)	165
9.2.2	Anale Normalbefunde (Befunde der Klasse Adams I; Punkte 6–8, 16–18)	168
9.2.3	Weitere medizinisch anders als durch sexuellen Missbrauch erklärbare Befunde (Klasse Adams I; Punkte 10–15)	169
9.2.4	Differenzialdiagnosen (Klasse Adams I; Punkte 19–27)	170
9.3	Befunde bei sexuellem Kindesmissbrauch	171
9.3.1	Grundlagen, Entstehung und Heilung von Befunden	171
9.3.2	Genitalbefunde bei Mädchen	171
9.3.3	Genitalbefunde bei Jungen	173
9.3.4	Anale Befunde	173
9.3.5	Studienlage und Evidenz anogenitaler Befunde nach sexuellem Missbrauch	177
9.3.6	Extragenitale Zeichen von sexuellem Missbrauch	179
9.3.7	Befunde unklarer Signifikanz, verdächtig auf sexuellen Kindesmissbrauch (Klasse Adams II)	179
9.3.8	Diagnostische Befunde bei sexuellem Missbrauch (Klasse Adams III; Punkte 32–50)	180
	Literatur	182
10	Sexuell übertragbare Infektionen und prophylaktische Maßnahmen	185
	<i>Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen</i>	
10.1	Diagnostik sexuell übertragbarer Infektionen	187
10.1.1	Abstrichentnahme bzw. Probengewinnung beim STI-Screening	188
10.1.2	Nachweismethoden	188
10.2	Infektionen im Einzelnen	189
10.3	Postexpositionsprophylaxe (PEP) nach sexuellen Übergriffen	195
10.4	Nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) meldepflichtige sexuell übertragbare Krankheiten	196
	Literatur	197

11	Differenzialdiagnosen zu Befunden nach sexuellem Missbrauch eines Kindes	199
	<i>Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen</i>	
11.1	Akzidentelle genitale Verletzungen	200
11.2	Infektiöse Erkrankungen	201
11.2.1	Infektionen mit β -hämolisierenden Streptokokken	203
11.2.2	Weitere Infektionen oder Infestationen	203
11.3	Hauterkrankungen	203
11.4	Systemische Erkrankungen	205
11.5	Blutungen im Anogenitalbereich	205
11.6	Kongenitale und erworbene strukturelle Veränderungen	206
11.7	Differenzialdiagnose analer Befunde	206
11.8	Differenzialdiagnose von männlichen Genitalbefunden	207
	Literatur	208

C Vernachlässigung, emotionale Misshandlung und mangelnde Fürsorge

12	Vernachlässigung und mangelnde Fürsorge	211
	<i>Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen</i>	
12.1	Hintergrund und Begriffsbestimmung	212
12.2	Grundversorgung, mangelnde Gesundheitsfürsorge und Aufsicht	216
12.2.1	Grundversorgung und Aufsicht	216
12.2.2	Vernachlässigung der gesundheitlichen Fürsorge	217
12.2.3	Adipositas und Kindeswohlgefährdung	217
12.2.4	Kindeswohlgefährdung durch Passivrauchexposition	218
12.2.5	Pränatale Risiken und Schädigungen	219
12.3	Mangelnde Ernährung und nichtorganische Gedeihstörung	219
12.4	Vernachlässigung in Erziehung und Ausbildung	223
12.5	Emotionale Vernachlässigung	224
12.6	Prävention und Intervention bei früher Vernachlässigung	226
	Literatur	227
13	Risikofaktoren, emotionale Misshandlung und psychische Folgen von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung	229
	<i>Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen</i>	
13.1	Hintergrund	230
13.2	Entwicklungsbedürfnisse von Kindern	231
13.3	Eltern-Kind-Interaktion und -Bindung	232
13.3.1	Erforderliche Fähigkeiten der Eltern	232
13.3.2	Bindungstheorie	233
13.4	Risikofaktoren	234
13.4.1	Problemlagen von Familien	235
13.4.2	»Schwierige Kinder« mit Regulations- und Interaktionsstörungen, Behinderungen, Frühgeburtlichkeit	236
13.4.3	Elterliche Risikofaktoren	238
13.4.4	Partnergewalt/häusliche Gewalt	240

13.5	Emotionale Misshandlung und Verwahrlosung	241
13.6	Psychische Folgen von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung	244
13.6.1	Sozial-emotionale Entwicklungsstörungen in verschiedenen Altersgruppen	244
13.6.2	Seelische Folgen körperlicher Vernachlässigung	247
13.6.3	Seelische Folgen sexueller Misshandlung	248
13.6.4	Traumafolgenstudie	248
13.7	Sexueller Missbrauch und psychische Traumatisierung durch die neuen Medien . .	249
	Literatur	250

D Kindstötung

14	Grundlagen	255
	<i>Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen</i>	
14.1	Körperliche Vernachlässigung mit Todesfolge	256
	Literatur	259
15	Tötung von Neugeborenen und Säuglingen	261
	<i>Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen</i>	
15.1	Tötung unter und unmittelbar nach der Geburt (Neugeborenentötung)	262
15.1.1	Untersuchung der Kindesmutter	263
15.1.2	Untersuchung des toten Neugeborenen	263
15.1.3	Rechtslage bei Neugeborenentötung	266
15.1.4	Vertrauliche Geburt, anonyme Geburt und Babyklappen	267
15.2	Tötung von Säuglingen	269
15.2.1	Heimtücke als Mordmerkmal bei der Tötung von Säuglingen	269
	Literatur	270
16	Tötung von Kindern	273
	<i>Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen</i>	
16.1	Tötungsdelikte im Kindesalter	274
16.2	Suizide im Kindesalter	275
	Literatur	275

E Beweissicherung und gerichtliche Verfahren

17	Beweissicherung ohne polizeiliche Hilfe	279
	<i>Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen</i>	
17.1	Befunderhebung (Beschreibung, Entnahme von Abstrichen etc.)	282
17.2	Dokumentation und Asservierung	283
17.3	Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht	284
17.3.1	Innovative Ansätze	290
17.3.2	Mitteilungspflichten gem. § 294a SGB V	291
	Literatur	291

18	Beweissicherung mit polizeilicher Hilfe	295
	<i>Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen</i>	
18.1	Rechtsgrundlagen	296
18.1.1	Ärztliche Untersuchung des Opfers bzw. Kindes	296
18.1.2	Ärztliche Untersuchung eines Beschuldigten	297
18.2	Mitteilung von Befunden mittels Attesten/Gutachten	297
18.3	Übergabe der ärztlichen Dokumentation	297
	Literatur	300
19	Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch im Strafgesetzbuch	303
	<i>Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen</i>	
19.1	Körperverletzungsdelikte	304
19.2	Sexualstrafrecht zum Schutz von Minderjährigen	305
19.3	Beihilfe zum sexuellen Missbrauch durch Verschreibung der »Pille«?	313
19.3.1	Minderjährige Patientinnen unter 14 Jahre	313
19.3.2	Minderjährige Patientinnen ab dem 14. Lebensjahr	314
19.4	Tötungsdelikte	316
	Literatur	317
20	Gesetzlicher Opferschutz	319
	<i>Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen</i>	
20.1	Zivilrechtliche Schutzmaßnahmen durch die Familiengerichte (Entzug des Sorgerechts, Unterbringung, Auflagen etc.)	323
20.2	Regelungen im Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) – SGB VIII	326
20.3	Bestimmungen in der Strafprozessordnung und zum Opferschutz in Strafverfahren	329
20.3.1	Anhörung des Arztes als sachverständiger Zeuge	337
20.3.2	Benennung und Anhörung eines medizinischen Sachverständigen	337
20.3.3	Prozessrechtliche Optionen: Vertretung des Opfers als Nebenkläger, Verlesen von Aussagen, Videoübertragung etc.	338
20.4	Verfahren in Kindschaftssachen gem. FamFG	338
20.5	Schutzmaßnahmen nach dem Gewaltschutzgesetz (GewSchG)	340
20.6	Hilfe nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG)	341
20.7	Regelungen zum Täter-Opfer-Ausgleich (TOA)	342
20.8	Hilfe für Opfer durch den Weißen Ring	342
20.9	Perspektiven bei der gesetzlichen Regelung des Opferschutzes	343
	Literatur	343
F	Intervention und Prävention	
21	Intervention bei Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung	349
	<i>Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen</i>	
21.1	Einleitung	350
21.2	Therapie, sekundäre und tertiäre Rehabilitation	350
21.3	Rechtsgüterabwägung	354
21.4	Berufsethische Aspekte	356
	Literatur	357

22	Ärztlicher Umgang mit dem Verdacht auf Misshandlung und Vernachlässigung	361
	<i>Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen</i>	
22.1	Erster Kontakt	363
22.2	Anamneseerhebung	363
22.3	Untersuchung des Kindes	365
22.4	Eröffnung der Verdachtsdiagnose und erste Vorschläge zur Intervention	366
22.5	Intervention im stationären Bereich einer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	369
22.6	Rechtsmedizinische Untersuchungen	371
22.7	Kooperation	372
22.8	Psychosoziale Diagnostik und Intervention	374
	Literatur	375
23	Spezielle Einrichtungen des Kinderschutzes	377
	<i>Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen</i>	
23.1	Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen	378
23.2	Kinderschutz-Zentren, Kinderschutzgruppen und Beratungsstellen	379
23.3	Kinderschutzgruppen	381
23.4	Rechtsmedizinische Ambulanzen	382
23.5	Fachgesellschaften und Fachzeitschriften	382
23.5.1	Fachgesellschaften	382
23.5.2	Fachzeitschriften	384
	Literatur	384
24	Prävention	387
	<i>Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen</i>	
24.1	Primäre Prävention und Gesundheitsförderung	388
24.1.1	Gewaltfreie Erziehung	388
24.1.2	Gesundheitsförderung und Chancengleichheit	388
24.1.3	Präventionsprogramme für Kinder und Eltern	390
24.1.4	Frühe Hilfen	391
24.2	Sekundäre Prävention und vorbeugende Beratung	392
24.2.1	Besonders vulnerable Gruppen	394
24.2.2	Familien mit Migrationshintergrund	395
24.3	Präventionsangebote für potenzielle Täter und Dunkelfeldtäter	395
	Literatur	397
	Serviceteil	399
A	Anhang	400
A.1	Terminologie und Übersetzungen	400
A.2	Tabellen und Übersichten	402
A.3	Literatur und Leitlinien	409
A.4	Wichtige Links	412
A.5	Dokumentationsbögen	416
	Stichwortverzeichnis	429

Hinweis zum Downloadmaterial

Folgendes Material finden Sie zum Download unter
<http://www.springer.com/978-3-662-48843-0>

- Dokumentationsschema bei V.a. nichtakzidentelles Trauma – Anamnese
- Dokumentationsschema bei V.a. nichtakzidentelles Trauma – Untersuchung
- Dokumentationsschema bei V.a. nichtakzidentelles Trauma – Diagnostik und weiteres Procedere
- Dokumentationsschema für Verletzungen, Hämatome, Verbrennungen bei V.a. nichtakzidentellen Unfallmechanismus
- Kinder-/Jugendgynäkologischer Untersuchungsbefund
- Forensik-Bogen bei V.a. akuten sexuellen Missbrauch

Einleitung

Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen

- 1.1 Die Rolle der Ärzte im Kinderschutz – 2
- 1.2 Epidemiologie und Gesellschaft – 4
- 1.3 Gewalt gegen Kinder in der Geschichte und die Rolle der Medizin im Kinderschutz – 6
- 1.4 Entwicklung des allgemeinen Kinderschutzes – 7
- 1.5 Entwicklung des medizinischen Kinderschutzes – 13
- Literatur – 18

Gewalt gegen Kinder und Jugendliche – ein medizinisches Thema? Ist Misshandlung eine Krankheit, eine Diagnose, etwas Behandelbares? Oder eine Interaktionsstörung mit oft schwerwiegender Wirkung auf Seele und Körper der betroffenen Kinder? Nur ein soziales oder psychologisches Problem? Verursacht durch einen Gendefekt bei Tätern? Welche Rolle spielen Ärzte in diesem Zusammenhang: Diagnostiker, Benenner, Behandler, Helfer, Kinderschützer, Zuschauer? Warum leider so oft nur Letzteres? Wo haben Kinder- und Jugendärzte und andere medizinische Fachdisziplinen ihren Platz in der notwendigerweise multiprofessionellen Auseinandersetzung mit Misshandlungen?

Gewalt gegen Kinder und Jugendliche – dass sie schadet, bestreitet (fast) niemand. Die WHO erkennt und benennt den Zusammenhang zwischen einer Vielzahl chronischer Leiden bei Erwachsenen und Misshandlungen in der Kindheit und rückt Kindesmisshandlung als wichtiges Thema auf ihre gesundheitspolitische Agenda (WHO 2002). Neurobiologische Forschungen zeigen, dass chronische Misshandlungen zu bleibenden Beeinträchtigungen der kognitiven und emotionsregulierenden Funktionen, zu EEG-Veränderungen und zu messbaren Verringerungen des Hirnvolumens führen können.

Zahlreiche, wenngleich oft wenig sachliche Berichte der Medien reflektieren (oder provozieren?) ein hohes Maß an öffentlichem Interesse. Sie reichen vom Hervorzerren eines Tabuthemas ans Licht der Öffentlichkeit bis zu Debatten über den »Missbrauch mit dem Missbrauch«, einem hysterischen Übermaß an professioneller Hexenjagd auf zu Unrecht verdächtigte Eltern, insbesondere auf Väter. In der zweiten Hälfte des letzten Jahrzehnts fanden tragische Todesfälle von Kindern eine starke mediale Aufmerksamkeit. Sie bestimmten die öffentliche Debatte über Kinderschutz eine Zeitlang erheblich, obgleich sie nicht repräsentativ für das breite Spektrum der Kindesmisshandlungen und -vernachlässigungen sind. Daher waren die Bemühungen, diesen Todesfällen zu begegnen, zwar lobenswert und notwendig, in ihrer Effektivität bezüglich des allgemeinen Kinderschutzes jedoch wenig zielführend. Seit etwa 2010 bestimmt der »Skandalkomplex Missbrauch in kirchlichen und reformpädagogischen Institutionen« wesentlich die öffentliche Debatte.

➤ **Kindesmisshandlung ist keine eigene Erkrankung im engeren Sinne. Neben den rein körperlichen, behandelbaren und in der Regel abheilenden Verletzungsfolgen und Folgen einer Mangelversorgung für die körperliche und geistige Entwicklung kommen jedoch regelmäßig psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei betroffenen Kindern und Jugendlichen dazu. Sie sind mit erheblichen seelischen Leiden, Kränkungen und belasteten individuellen Lebensläufen verbunden. Hinsichtlich der psychischen Gesundheit sind sie mit einer ungünstigen Prognose verknüpft. Kindesmisshandlung und -vernachlässigung ist daher ein epidemiologisch bedeutsames und gesellschaftlich äußerst relevantes Thema und zudem mit hohen gesellschaftlichen und ökonomischen Folgekosten behaftet.**

1.1 Die Rolle der Ärzte im Kinderschutz

Epidemiologische Daten zeigen, dass es sich bei Misshandlungen und Vernachlässigung von Kindern um ein bedeutendes Problem handelt: Zahlreiche internationale und wenige nationale Prävalenzstudien für Kindesmisshandlungen und -vernachlässigungen zeigen, dass die Prävalenz zumindest im einstelligen, wahrscheinlich sogar eher im zweistelligen Prozentbereich liegt.

Auch für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Gesundheitswesen ist die Konfrontation mit Gewalt ein belastendes und oft mit Unsicherheiten behaftetes Thema. Die WHO sieht jedoch gerade Fachleute des Gesundheitswesens besonders in der Pflicht, von Misshandlung betroffene Kinder und Jugendliche zu erkennen und ihren Schutz sowie eine geeignete Therapie durch multiprofessionelle Kooperation zu sichern (WHO 2002).

Im Gegensatz dazu stand bis vor wenigen Jahren – bis auf wenige Ausnahmen – das im medizinischen und gerade im kinder- und jugendärztlichen Bereich geringe Ausmaß an Forschung, Publikationen, Vorträgen auf Kinderärztekongressen und bis 2008 das Fehlen eines adäquaten deutschsprachigen medizinischen Fach- und Handbuchs zum Um-

gang mit Kindesmisshandlung und Vernachlässigung.

Seit Erscheinen der ersten Auflage dieses Buches hat sich der medizinische Kinderschutz erfreulich intensiv weiterentwickelt und professionalisiert (vgl. ► Kap. 1.5 Entwicklung des medizinischen Kinderschutzes). Die vielfältigen Bemühungen und Initiativen der letzten Jahre tragen Früchte, den medizinischen Kinderschutz sowohl zu einer differenzierten und fundierten Subdisziplin zu entwickeln, als auch Bestandteil kinder- und jugendmedizinischer Basisversorgung werden zu lassen.

Die im Gegensatz zum angloamerikanischen Sprachraum in Deutschland von der klinischen Pädiatrie bislang weitgehend ausgeklammerte wissenschaftliche Forschung und Lehre zu den Erscheinungsformen insbesondere körperlicher Misshandlung und Vernachlässigung wurde bis vor Kurzem vorwiegend von engagierten Rechtsmedizinerinnen betrieben. Zu wenig geläufig war lange Zeit auch die Möglichkeit, sich von Rechtsmedizinerinnen konsiliarisch beraten zu lassen, denen gerade auch prä mortal eine wichtige Rolle bei der fachlichen Beurteilung von Gewaltopfern zukommt. Sie können aber erst – soweit regional verfügbar – involviert werden, wenn zumindest ein Verdacht entstanden ist und diesem nachgegangen wird. Eine enge flächendeckende Versorgung mit rechtsmedizinischen Instituten ist jedoch nicht gegeben. Zudem sind Kinder- und Jugendärzte, Allgemeinmediziner und (Kinder-)Chirurgen ungleich häufiger mit verletzten Kindern konfrontiert. Deshalb ist es sehr zu begrüßen, dass sich auch diese Fachgruppen zunehmend mit den Grundlagen einer klinischen Diagnostik von Misshandlungen und Vernachlässigung beschäftigen. Für den (kinder-)ärztlichen Bereich wäre der klinisch-diagnostische Anteil am Umgang mit Kindesmisshandlung und -vernachlässigung mit dem Begriff **forensische Pädiatrie** bzw. **Kinderschutzmedizin** am besten umschrieben. Für den umfassenden und fachlich fundierten Umgang aller Akteure im Gesundheitswesen mit Kindeswohlgefährdungen hat sich mittlerweile der Begriff **medizinischer Kinderschutz** oder **Kinderschutz in der Medizin** etabliert.

Je nach Art der Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung und je nach Rolle, Funktion und Spezialisierung der verschiedenen medizinischen

Berufsgruppen ergeben sich unterschiedliche Aufgaben und Schwerpunkte des medizinischen Beitrags zum multiprofessionellen Kinderschutz. Ärzten spielen insbesondere bei der Diagnose einer körperlichen Kindesmisshandlung eine herausragende Rolle. Besonders im Säuglings- und Kleinkindalter, dem Hauptrisikoaalter für Misshandlungen, sind Kinder- und Jugendärzte oft die einzigen Fachleute, die regelmäßig Kinder dieser Altersgruppe sehen. Im ambulanten niedergelassenen Bereich liegt der Schwerpunkt oft noch vor der manifesten Misshandlung im Erkennen von und Intervenieren bei gestörten Eltern-Kind-Beziehungen und den daraus resultierenden Risiken wie Vernachlässigung und emotionaler Misshandlung für die Kinder. Dazu kommen die genaue Verlaufsbeobachtung unklarer oder verdächtiger Konstellationen und schließlich die Überleitung in den stationären Bereich bei konkreten Verdachtsfällen. In der Klinik müssen Befunde, die auf eine Misshandlung oder Vernachlässigung hinweisen, durch eine gezielte und rationale Diagnostik und Beobachtung geklärt und gegen eine Reihe von Differenzialdiagnosen abgegrenzt werden. Dies erfordert die Zusammenarbeit von forensisch erfahrenen Kinder- und Jugendärzten, Kinder- oder Unfallchirurgen, Neuro- und Sozialpädiatern, Rechtsmedizinerinnen, Radiologen, Augenärzten, Gynäkologen, Kinder- und Jugendpsychiatern, aber auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus der Pflege, Psychologie und dem Sozialdienst. Die Diagnostik bei sexuellem Kindesmissbrauch erfordert ein sensibles und kindergynäkologisch hochspezialisiertes Vorgehen, kann jedoch aufgrund der Seltenheit auffälliger Befunde nur in Einzelfällen zur Diagnosefindung beitragen. Der ärztliche Beitrag zu den Frühen Hilfen zielt dagegen eher auf Aspekte der Prävention bzw. frühen Erkennung und Intervention gestörter Eltern-Kind-Interaktionen. Dies spielt auch in der langfristigen Betreuung von Familien durch niedergelassene Kinder- und Jugendärzte eine wichtige Rolle.

Abgesehen von fachlicher Unsicherheit über die Wertigkeit klinischer Befunde und von mangelnder Erfahrung in der Kooperation mit dem psychosozialen Interventionssystem verhindert bei Ärzten die Furcht vor einer falsch-positiven Diagnose die fachliche Auseinandersetzung. Dem sind jedoch die vermutlich weitaus häufigeren Fehler im Sinne

übersehener Diagnosen (falsch-negativ) bei Misshandlung gegenüberzustellen. Da körperliche und sexuelle Misshandlungen und Vernachlässigungen häufig chronisch-rezidivierend und eskalierend verlaufen, können sie bei tatsächlich misshandelten Kindern zu schwereren Verletzungen, Behinderungen oder gar Todesfällen bzw. zu tiefgreifenden seelischen Traumatisierungen führen.

➤ **Noch stärker als bisher sollte die Thematik im Lernzielkatalog der Studierenden, den Weiterbildungskatalogen der Kinder- und Jugendmedizin und den übrigen beteiligten Fachgebieten und Schwerpunktweiterbildungen sowie in den Fortbildungsveranstaltungen für Ärztinnen und Ärzte verankert werden.**

Erst fachliches Grundwissen ermöglicht Ärzten, die **Kardinalfrage bei Misshandlung und Vernachlässigung**, nämlich die der Plausibilität zu beantworten: Ist eine vorgefundene Verletzung mit dem angegebenen (oder nicht angegebenen) Entstehungsmechanismus vereinbar? Weitere Fragen wirft die Genese einer Gedeihstörung durch Vernachlässigung oder einer auffälligen sozial-emotionalen Entwicklung durch emotionale Misshandlung auf. Kindern und Jugendlichen kann nur dann geholfen werden, wenn Kindesmisshandlung und -vernachlässigung und damit eine Kindeswohlgefährdung erkannt und fachkundig abgeklärt werden.

Auch die Kenntnis der **Rechtslage** gehört dazu: Eine gesetzliche Meldepflicht besteht derzeit nicht; Ärzte gehören durch ihren Beruf zu den Geheimnisträgern; sie sind zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben ein Zeugnisverweigerungsrecht. Dem Rechtsgebot der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB ist im Sinne einer sorgfältigen Güterabwägung jedoch das gefährdete Kindeswohl gegenüberzustellen. Kann das Kindeswohl nicht anders geschützt werden, darf die Schweigepflicht gebrochen werden (§ 34 StGB – rechtfertigender Notstand). Das gefährdete Kindeswohl ist in dieser Abwägung das höhere Rechtsgut. Zudem steht der Arzt zu seinem Patienten, dem gefährdeten Kind, in einer Garanten-(»Beschützer«-)Stellung. Das bedeutet, er hat durch seine berufliche Qualifikation und das Arzt-Patient-Verhältnis eine höhere Verpflichtung, aktiv einer Rechtsgutverletzung entgegen-

zutreten, als ein Laie. Welches Mittel am besten geeignet ist, das Kind zu schützen, sollte bei allen Überlegungen den Ausschlag geben.

Das am 01.01.2012 in Kraft getretene Bundeskinderschutzgesetz (BKischG; »Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen«) hat in dieser Hinsicht weder die Schweigepflicht eingeschränkt, noch eine grundsätzlich neue Rechtslage geschaffen. Im Sinne einer Befugnisnorm für Berufsgeheimnisträger hat es jedoch die Informationsweitergabe an das Jugendamt in Form eines stufenweisen Vorgehens mit dem Ziel der Inanspruchnahme von Hilfen beschrieben. Erst wenn die Gespräche mit den Sorgeberechtigten scheitern und keine Hilfen für das Kind angenommen werden, oder durch dieses Vorgehen das Kindeswohl gefährdet wird, ist eine Weitergabe der Daten an das zuständige Jugendamt ohne vorherige Information der Sorgeberechtigten erlaubt. Der Verzicht auf eine gesetzliche Meldepflicht von Verdachtsfällen ermöglicht, das in Deutschland weitgehend akzeptierte Konzept »Hilfe statt Strafe« zu praktizieren, wenn dies nach einer gründlichen Bewertung der Situation des Kindes als sinnvoll und Erfolg versprechend erachtet wird. Hilfe, einschließlich Prävention, wird erst möglich durch eine Mitteilung von Misshandlungs-, Missbrauchs- und Vernachlässigungsfällen an Jugendämter und Familiengerichte, die das Wächteramt über die Rechte der Kinder auf Schutz und gesundes Aufwachsen übernehmen. Eine Verpflichtung zur Strafanzeige einer Kindesmisshandlung besteht jedoch nicht. Aber auch eine Beteiligung der Polizei und Staatsanwaltschaft gehört zu einem umfassenden Konzept des Umgangs mit »Gewalt gegen Kinder«; daher ist die Kenntnis einschlägiger gesetzlicher Normen und ihrer Konsequenzen für die Opfer von großer Bedeutung.

1.2 Epidemiologie und Gesellschaft

Das amerikanische Pflichtmeldesystem, mit 2,5–3,9 Millionen Meldungen im Jahr und 0,6–1 Million bestätigten Fällen jährlich, beschreibt einen Anteil von 62–79,5% Vernachlässigungen, 17–19% körperlichen, 8–9% sexuellen und 7–8% seelischen Misshandlungen (2013: 3,9 Millionen Meldungen, 678.932 (= 17,5%) bestätigte Fälle, entsprechend