

Kindesmisshandlung und Vernachlässigung

Teil 1: Psychosoziale Faktoren, Prävention und Intervention

Teil 2: Somatische Diagnostik

Teil 1: Psychosoziale Faktoren, Prävention und Intervention

Begriffsbestimmungen

Sowohl bei der emotionalen als auch bei der körperlichen Kindesmisshandlung, bei der emotionalen und der körperlichen Vernachlässigung sowie der sexuellen Misshandlung werden intra- und extrafamiliäre Formen unterschieden. *Extrafamiliäre Gewalt* gegen Kinder und Jugendliche ist weltweit verbreitet und kommt in verschiedenen Formen vor:

- Kinder und Jugendliche als Kriegsteilnehmer
- Kinderhandel einschließlich illegaler Adoption
- Prostitution von Kindern und Jugendlichen
- Pornographie unter Beteiligung von Kindern und Jugendlichen
- Ausnützung durch Pädophile
- Sexuelle Belästigung durch Nicht-Familienmitglieder, Exhibitionismus
- Vergewaltigung und Tötung von Kindern
- Kindesentführung
- Gewalt gegen Kinder in Institutionen
- Vorenthalten von Erziehung und Bildung
- Vorenthaltung von gesundheitlicher Fürsorge

Der Schwerpunkt dieser Leitlinie liegt im Bereich der *intrafamiliären Gewalt* gegen Kinder. Diese beschreiben eine Störung der Eltern-Kind-Beziehung, die erkennbare gesundheitliche, d.h. seelische oder körperliche Folgen beim Kind haben. Misshandlung gilt als überwiegend aktive Form und Vernachlässigung als passive Form schädigenden elterlichen Verhaltens, sie kommen häufig gleichzeitig vor.

Formen intrafamiliärer Gewalt gegen Kinder und Jugendliche

Misshandlung wird unterschieden in körperliche und seelische Formen der Gewalt.

Körperliche Misshandlung meint eine äußere Gewalteinwirkung wie Schläge, Stöße, Stiche, Schütteln, Verbrennungen, Verbrühungen, nicht-akzidentelle Vergiftungen und andere. Bestimmte Formen sind als spezifische Syndrome in die Literatur eingegangen, z.B. das "Battered Child-Syndrom" als Kombination von Verletzungen der langen Röhrenknochen und subduralen Hämatomen, das "Shaken Baby Syndrome" d.h. Schütteltrauma des Säuglings mit subduralen Blutungen, axonalen Scherverletzungen und retinalen Blutungen, das "Munchhausen Syndrome by proxy", d.h. Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom als artifiziell beigebrachte Krankheitssymptome.

Seelische Misshandlung: Hierunter versteht man alle Handlungen oder aktive Unterlassungen von Eltern oder Betreuungspersonen, die Kinder ängstigen, überfordern, ihnen das Gefühl der eigenen Wertlosigkeit vermitteln und sie in ihrer

seelischen Entwicklung beeinträchtigen können. *Sexuelle Misshandlung*: Hierunter versteht man die aktive und/oder passive Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an sexuellen Aktivitäten, denen sie aufgrund ihres Entwicklungsstandes oder anderen Gründen nicht frei oder verantwortlich zustimmen können. Dabei wird die Unterlegenheit und Abhängigkeit der Kinder und Jugendlichen zur Befriedigung der Bedürfnisse von Erwachsenen ausgenutzt

Vernachlässigung kommt ebenso als überwiegend körperliche oder überwiegend seelische Vernachlässigung vor, wobei insbesondere bei jungen Kindern beide Formen oft gemeinsam auftreten: Kinder werden vernachlässigt, wenn ihre grundlegenden Bedürfnisse nicht befriedigt werden, d.h. sie von Eltern oder Betreuungspersonen unzureichend ernährt, gepflegt, gefördert, gesundheitlich versorgt, beaufsichtigt und/oder vor Gefahren geschützt werden oder zu wenig emotionale Zuwendung erhalten. Es kann sich um vermeidbare Gesundheitsschäden durch mangelnde Fürsorge, z.B. fehlende Impfungen, Vitamin-D-Mangel-Rachitis, unzureichende Unterkunft und Kleidung oder vermeidbare Unfälle durch mangelnde Aufsicht handeln. Bedeutsamste Form der körperlichen Vernachlässigung ist die alimentär bedingte Dystrophie ("Non organic failure to thrive"), der seelischen Vernachlässigung das frühkindliche Deprivationssyndrom. Beide kommen häufig gemeinsam mit einer Eltern-Kind-Interaktionsstörung vor. Deprivierende soziale Faktoren und psychische Belastungen oder Erkrankungen der Eltern können zur intrafamiliären Verwahrlosung oder psychosozialer Minderwuchs ("Psychosocial Dwarfism") führen.

Epidemiologie

Deutschland verfügt über keine verwertbaren Datenquellen, um die Häufigkeit von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung abzuschätzen. Man geht von einer Lebenszeitprävalenz von Gewalterfahrung in der Kindheit in Deutschland für körperliche Gewalt bei 11,8 % der Männer und bei 9,9 % der Frauen aus. Sexuelle Misshandlungen mit Körperkontakt in der Kindheit werden von 2,8 % der befragten Männer und 8,6 % der Frauen zwischen 16 und 69 Jahren berichtet.

Stationär in allen Krankenhäusern betreute Kinder zeigen in etwa 2 % der Fälle körperliche Symptome auf, die an Misshandlung und Vernachlässigung denken lassen. Die Häufigkeit der Erkennung in Kinderarztpraxen variiert stark und liegt bei 4 von 100.000 Patientenkontakten bei Verdacht auf körperliche Misshandlung, 17 bei Verdacht auf seelische Misshandlung und 3 bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch. Bleibende körperliche Schädigungen und Behinderungen nach körperlicher Misshandlung kommen vor allem bei Säuglingen und Kleinkindern vor.

Diagnostik bei Verdacht auf Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung

Anamnese

Bei Verdacht auf Misshandlung oder Vernachlässigung müssen Informationen zu folgenden Bereichen eingeholt werden:

- aktueller Grund der Vorstellung / der Einweisung
- körperliche Symptomatik (bei körperlicher Misshandlung oder schwerster Vernachlässigung erfragen: Umstände bei Auffinden des Kindes bzw. Entdecken der Symptome; Hinweise für vorausgehendes Ereignis? Gibt es weitere Anwesende, Zeugen, Beobachter? Wer hatte die Aufsichtspflicht? Reaktion der Eltern auf Verletzung? Gab es Reanimationsversuche? Wie rasch erfolgte der Arztbesuch?)
- Verhaltensauffälligkeiten des Kindes und orientierender psychischer Befund; ggf. insbesondere bei älteren Kindern kinder- und jugendpsychiatrischer oder klinisch-psychologische Diagnostik veranlassen

- Rückblick auf die bisherige Entwicklung des Kindes und Inanspruchnahme von Fördermaßnahmen
- Aktueller Entwicklungsstand des Kindes (möglichst differenziert nach den Meilensteinen der Entwicklung in der sozialen und emotionalen Entwicklung, Sprache, Grob- und Feinmotorik, und Perzeption), ggf. Entwicklungsdiagnostik veranlassen
- Psychosoziale Vorgeschichte der Eltern (insbesondere im Hinblick auf psychische Erkrankungen, Suchtmittelabusus, bisherige Inanspruchnahme von Hilfen, positive oder negative Erfahrungen mit Hilfesystemen, biographische Hinweise auf eigene Gewalterfahrungen, Einstellungen im Hinblick auf gewaltfreie Erziehung)
- Aktuelle Familiensituation - Stärken und Belastungen
- Qualität der Eltern-Kind-Beziehung (zum Beispiel in Bezug auf en-face Kommunikation, Füttersituation, Wach-Schlafregulation, Grenzen setzen, Motivierung, Einstellungen und Fähigkeit zur gewaltfreien Erziehung)
- Bisherige Arztkontakte (häufige, dringliche Vorstellung bei geringfügig erscheinenden Problemen, die als Hilferufe gedeutet werden können)
- häufige Arztbesuche auch bei wechselnden Ärzten/Kliniken (fehlende Kontinuität)

Familiensituation

Vernachlässigende oder misshandelnde Eltern haben oft Schwierigkeiten in folgenden Bereichen:

- Die Fähigkeit, das Kind in seiner Entwicklung realistisch wahrnehmen, hierzu gehören insbesondere überhöhte Anforderungen an die Selbständigkeit des Kindes.
- Unrealistische Erwartungen bezüglich der Bedürfnisse, die ein Kind erfüllen kann, z.B. bei Alkoholabhängigkeit oder Entscheidungssituationen, wobei eine Rollenkehr der Beziehungs- und Verhaltensmuster zu beobachten ist.
- Die Fähigkeit zur Empathie und Kommunikation mit dem Kind.
- Der Fähigkeit, aggressives Verhalten dem Kind gegenüber zurückzuhalten (Impulskontrolle).

Misshandlung und Vernachlässigung treten öfter bei benachteiligtem sozialem Umfeld auf. Solche Belastungen sind Arbeitslosigkeit, beengte Wohnverhältnisse, niedriges Einkommen, Armut und mangelnde soziale Unterstützung. Von Seiten des Kindes können ein schwieriges Temperament, Entwicklungsverzögerungen und möglicherweise Behinderungen zu einer Belastung der Eltern-Kind-Beziehung beitragen. Risikogruppen sind weiterhin Kinder von sehr jungen Müttern und von alleinerziehenden Müttern, insbesondere solchen mit häufig wechselnden Partnern und Familien mit mehr als drei Kindern sowie Kinder aus ausländischen Familien. Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen tragen ein hohes Risiko für Vernachlässigung und Defizite in der sozial-emotionalen Entwicklung durch eine belastete Eltern-Kind-Interaktion, gelegentlich auch seelische oder körperliche Misshandlung. Gravierende Folgen für die kindliche Entwicklung ergeben sich auch, wenn die Kinder Zeugen elterlicher Partnergewalt werden.

Ethisch-juristische Aspekte

Bei akuter gesundheitlicher Gefährdung des Kindes oder Handlungsunfähigkeit der Sorgeberechtigten muss eine rationale Güterabwägung zwischen verschiedenen Rechtsgütern und ethischen Normen erfolgen, z.B. Fürsorgepflicht versus unterlassene Hilfeleistung oder Schweigepflicht versus Behandlung ohne Einverständnis der Schutzberechtigten.

Der Schutz des Kindes und die Wahrung seiner Rechte auf eine gesunde Entwicklung sowie auf körperliche und seelische Unversehrtheit sind in der **UN**

Kinderrechtskonvention nieder gelegt und sind ein höheres Rechtsgut als die **ärztliche Verschwiegenheitspflicht** und die Zustimmung der Sorgeberechtigten zur Informationsweitergabe. In Hinblick auf eine bereits erkennbare Kindeswohlgefährdung besteht hier für Ärztinnen und Ärzte ausreichend individueller Handlungsspielraum, allerdings wird die Abschätzung in weniger gravierenden Fällen oder bei Vorliegen von Risiken ohne akute Gefährdung in Einzelfällen schwierig sein. Hier bietet sich eine fallunabhängige Fachberatung durch eine spezialisierte Beratungsstelle, ein rechtsmedizinisches Institut oder die zuständige Ärztekammer an. In jedem Fall sind die Sorgeberechtigten im Vorwege oder zeitnah über die Weitergabe der Informationen zu unterrichten.

Eine Inobhutnahme durch das Jugendamt nach § 42 des **Kinder- und Jugendhilfegesetzes** (Sozialgesetzbuch XIII) gibt den rechtlichen Rahmen für eine stationäre Aufnahme bei akuter Gefährdung auch gegen den Willen der Eltern. Eine Anhörung beim Familiengericht zur Klärung der Gefährdung findet vor einem neutralen Dritten statt und schafft in strittigen Situationen für Familien und Fachleute Verbindlichkeit. Eine vorläufige Einschränkung des Aufenthaltsbestimmungsrechts für das Kind ohne Zustimmung der Eltern, z.B. für einen Klinikaufenthalt, muss beim **Familiengericht** beantragt und begründet werden.

Alle Formen von Kindesmisshandlung und schwerer Vernachlässigung sind nach dem **Strafgesetzbuch** Straftatbestände, eine Anzeigepflicht besteht aber nicht.

Die **Einschaltung der Polizei** ist in folgenden Situationen erforderlich, die ein akutes Eingreifen der Polizei zum Schutz des Kindes erforderlich machen:

- Wenn eine unmittelbare Gefährdung Dritter (z.B. anderer Kinder) wahrscheinlich ist
- Bei Hinweisen auf akute Suizidalität eines Elternteils im Kontext des Misshandlungsgeschehens
- Wenn die häuslichen Umstände untersucht und dokumentiert werden müssen, um die Plausibilität der Angaben der Sorgeberechtigten zu überprüfen
- Wenn Spuren gesichert werden müssen, die auf nicht-akzidentelle Vergiftungen hinweisen z.B. Suchtmittel, Medikamente, toxische Substanzen
- Wenn Spuren gesichert werden müssen, die auf pornographische Ausbeutung, Menschenhandel oder Prostitution schließen lassen, z.B. Bildmaterial, elektronische Daten, Filmmaterial

Da es sich bei Kindesmisshandlung um ein Officialdelikt handelt, erfolgt immer eine Information der **Staatsanwaltschaft**, die prüft, ob ein Strafverfahren eingeleitet wird und weitere Ermittlungen veranlasst. Eine Rücknahme durch die meldenden und anzeigenden Personen oder Einrichtungen ist nicht möglich. Falls akut die Strafverfolgungsbehörden nicht eingeschaltet wurden, ist dies jederzeit zu einem späteren Zeitpunkt möglich. Es hat sich als günstig erwiesen, bereits im Vorfeld das zuständige rechtsmedizinische Institut konsiliarisch hinzu zu ziehen. Strafermittlungsverfahren sind in der Regel notwendig bei Verfahren zum Opferschutzausgleich.

Ein **Strafverfahren** mit einem minderjährigen Opferzeugen sollte durch ein entsprechendes unterstützendes Programm (Zeugen-/Opfer-Schutzprogramm) begleitet werden, um eine sekundäre Traumatisierung durch das Verfahren zu vermeiden. Wenngleich aus forensischen Gründen vielleicht wünschenswert, um Zeugenaussagen nicht zu beeinflussen, solange das Strafverfahren anhängig ist, kann dem Kind und der Familie eine baldmögliche psychotherapeutische Behandlung nicht verweigert werden. Bekanntermaßen ist die Prognose bei Gewalterfahrung umso besser, je früher eine Bearbeitung des Traumas einsetzen kann.

Praktisches Vorgehen und Risikoabschätzung

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

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

Für die Früherkennung von Risiken für Misshandlung oder Vernachlässigung stehen in der Jugendhilfe Checklisten oder andere Screeningmaßnahmen zur Verfügung. Insbesondere seit der §8a des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) in Kraft getreten ist, haben zahlreiche Jugendämter Screening- und Dokumentationsbögen entwickelt. Das bekannteste Beispiel ist der Stuttgarter Kinderschutzbogen. Darin werden Fragen zur Grundversorgung und zum Schutz des Kindes, zur körperlichen und psychischen Erscheinung des Kindes und zur Kooperationsbereitschaft der Eltern formuliert. Inwieweit solche Screeningverfahren Eingang in die Kinder- und Jugendärztliche Praxis bilden und sich dort eignen, bleibt abzuwarten.

Die Gefährdung des Kindes und die **Abschätzung der Prognose** hängen von verschiedenen Aspekten ab:

- dem Alter des Kindes - eine Gefährdung von Säuglingen und Kleinkindern muss selbst bei geringfügig erscheinenden Verletzungen angenommen werden
- dem Schweregrad, der Dauer und der Wiederholung von Verletzungen
- dem Entwicklungsstand des Kindes
- dem Ausmaß der Verantwortung, die Eltern für den Zustand des Kindes übernehmen sowie die Einsicht der Eltern, dass Veränderungen notwendig sind
- dem Ausmaß von Empathie und der Fähigkeit, die Bedürfnisse des Kindes wahrzunehmen und auch unter Belastung voranzustellen (im Gegensatz zu Abwehr und Schuldzuweisung an das Kind)
- der Einsicht und Annahme von Hilfe in Bezug auf Erziehungsprobleme (im Gegensatz zu Verleugnung und Bagatellisierung)
- der Flexibilität in den Beziehungen und dem Potential, Lebensmuster zu ändern (im Gegensatz zu Verleugnung und erstarrter Haltung)
- der kooperativen Einstellung und tragfähigen Beziehung zu professionellen Helfern (im Gegensatz zu übermäßiger Verbitterung)
- die Verfügbarkeit von Ressourcen im Umfeld der Familie (im Gegensatz zu einer psychosozial und strukturell verarmten Lebensumwelt)

Wenn diese Liste von Kriterien abgefragt wird und überwiegend positiv beantwortet werden kann, ist die Prognose hinsichtlich einer Rückführung des Kindes in die Familie eher günstig. In jedem Fall muss eine Risikoeinschätzung schriftlich dokumentiert werden.

Befragung des Kindes. Wenn möglich und dem Alter des Kindes angemessen, ist eine separate Befragung des Kindes anzustreben. Eine freundliche, interessierte, offene und nicht bewertende Einstellung des Untersuchers und eine ruhige und akzeptierende Atmosphäre sind wesentliche Voraussetzungen für das Gelingen des Gesprächs. Es kann gefragt werden, was passiert ist und wie es zu den Verletzungen gekommen ist, bzw. wer sie verursacht hat. Dabei müssen einfache, offene Fragen verwendet werden;

vorformulierte Antwortmöglichkeiten, Spekulationen zum Ablauf des Geschehens oder beteiligter Personen oder Verstärkung von bestimmten Antworten müssen unbedingt vermieden werden. Auch andere Formen von Kindesmisshandlung sind anzusprechen. Die Äußerungen werden in den Worten des Kindes dokumentiert, ebenso sind die Gefühlsäußerungen und der Affekt dabei zu notieren. Das Ausmaß der Anamnese wird von den Umständen der Vorstellung und den Vorerfahrungen des Untersuchers bestimmt. Wie die Untersuchung, sollte auch die Anamneseerhebung jegliche zusätzliche Traumatisierung des Kindes vermeiden. Je nach den Umständen einer möglichen vorherigen Befragung ist es daher nicht immer erforderlich oder ratsam, diese in allen Details zu wiederholen, da dies oft schwierig und peinlich für das Kind ist. Unter Umständen können diese Informationen aus anderen Quellen (Eltern, Jugendamt, Polizei) eruiert werden. Ein forensisches Interview sollte auf jeden Fall psychologisch geschulten Fachkräften überlassen werden, um nicht mit dem späteren Vorwurf suggestiver Befragung oder Beeinflussung die Glaubwürdigkeit der Aussage des Kindes zu erschüttern. In einigen Fällen jedoch tragen ergänzende Informationen zum Ablauf des Missbrauchs dazu bei, unspezifische physische Symptome im Zusammenhang mit der Anamnese interpretieren und bewerten zu können.

Prinzipien der Intervention

Gesprächsführung

Die **Sorge um das Kind** steht im Mittelpunkt. Eine offene und teilnehmende Gesprächsführung ohne Verurteilung ermöglicht, mit den betroffenen Personen oder Angehörigen ins Gespräch zu kommen oder im Gespräch zu bleiben. Ein Aufklärungs- und Konfliktgespräch verlangt Einfühlungsvermögen und klare Standpunkte, unterscheidet sich jedoch nicht prinzipiell von anderen Arzt-Patienten-Gesprächen, die die Übermittlung einer belastenden Diagnose beinhalten.

Es sollten ärztlicherseits kurz- und mittelfristige, kindbezogene **Interventionsziele** angestrebt werden.

Im System der **Jugendhilfe** gibt es ein flächendeckendes Netz von Jugendämtern bzw. Sozial- und Jugenddiensten. Deren Aufgaben sind im Kinder- und Jugendhilfegesetz beschrieben, das den Schutz von Kindern zu einer staatlichen Pflichtaufgabe macht. Die Jugendhilfe arbeitet sowohl präventiv als auch beratend oder therapeutisch und orientiert sich im wesentlichen am Grundsatz "Hilfe statt Strafe". Aufgrund des Subsidiaritätsprinzips arbeitet die staatliche Jugendhilfe eng mit **Kooperationspartnern** der nichtstaatlichen freien Wohlfahrtsverbänden oder Organisationen zusammen, die Leistungen des Kinderschutzes anbieten. Hierzu gehören u.a. die Kinderschutzzentren in Deutschland (www.kinderschutz-zentren.org). Dabei handelt es sich um niederschwellige, hilfe-orientierte spezialisierte Angebote sowohl an betroffene Familien als auch für professionelle Helfer. Je nach Bedarf kommen Krisenintervention einschließlich Hausbesuchen, Telefonberatung, Beratung für Mütter, Väter, Kinder und Jugendliche, Familientherapie, Kinderpsychotherapie, Begleitung im Rahmen des Zeugenschutzprogrammes, Überweisung an Beratungsstellen, Fremdunterbringung, Fremdmeldeberatung usw. in Frage.

Weitere Hilfsangebote sind die kostenlosen bundesweiten Telefon-Notrufe für Kinder und Eltern, die ärztlichen Beratungsstellen für Kindesmisshandlung und Vernachlässigung im Bundesland Nordrhein Westfalen sowie verschiedene Hilfsangebote für sexuell misshandelte Mädchen und Frauen (www.zartbitter.de). Die Zusammenarbeit zwischen Medizin und Jugendhilfe ist störanfällig, sie muss bewusst erarbeitet und gepflegt werden.

Nach einer Kontaktaufnahme mit Einrichtungen der Jugendhilfe, Kinderschutz-Zentren, Beratungsstellen oder Familiengericht sollte möglichst bald eine erste gemeinsame **Helferkonferenz** zusammenkommen. Mit Kenntnis der Eltern treffen sich alle professionellen Helfer, die möglicherweise bereits früher, zum jetzigen Zeitpunkt oder

mit hoher Wahrscheinlichkeit in der Zukunft mit der Familie zusammen gearbeitet haben oder werden. Die Organisation eines solchen Gespräches ist aufwendig und sollte in der Regel durch die Mitarbeiter der Jugendhilfe oder im Falle stationärer Behandlung durch Sozialdienste in den Krankenhäusern organisiert werden, dies möglichst so, dass behandelnde Ärzte daran teilnehmen können. 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.

Es ist sicherzustellen, dass ein **langfristiges Monitoring** hinsichtlich der Annahme von Angeboten, der Entwicklung des Kindes und der Familie insgesamt, insbesondere der Entwicklung von Risiken und Ressourcen, erfolgen. Beziehungsabbrüche, Umzüge, Wechsel von Zuständigkeiten dürfen nicht dazu führen, dass das Hilfesystem versagt.

Ambulante und/oder stationäre Behandlung

In der **kinderärztlichen Praxis** haben das anamnestische Gespräch, die teilnehmende Beobachtung und die antizipatorische Aufklärung ihren Platz. Notfallkontakte bei "banalen Symptomen" sind häufig Ausdruck psychosozialer Krisen. Im Verlauf der Betreuung können fest vereinbarte, regelmäßige Vorstellungen des Kindes beim Kinderarzt Sicherheit geben. Ambulante Behandlungsversuche durch die Kinderarztpraxis werden nicht selten durch Kontaktabbruch beendet, dieser muss wahrgenommen werden, um nachsorgende Hilfen, ggf. über das Jugendamt zu organisieren. Für eine langfristige gesundheitliche Versorgung und Begleitung von körperlich und seelisch traumatisierten Kindern kommt am ehesten eine enge Kooperation mit einem Kinderschutz-Zentrum oder ähnlichen Beratungsstelle mit Therapieangebot, eine/r Jugendpsychiater/in oder entsprechenden Ambulanz oder einem Sozialpädiatrischen Zentrum in Betracht. Hier kann ein interdisziplinärer Hilfe- und Therapieplan erarbeitet, umgesetzt und evaluiert werden. Indikationen zur **stationären Behandlung** bestehen dann, wenn eine akute Gefährdung des Kindes vorliegt. Ist von einer langfristigen Gefährdung auszugehen oder liegen schwerwiegende Entwicklungsprobleme vor, können auch eine teilstationäre, ggf. heilpädagogische Tagesstätte oder stationäre Jugendhilfemaßnahmen (Heimunterbringung, Familienpflege) sinnvoll sein. Das Hilfeplan-Verfahren hat zum Ziel, in Zusammenarbeit mit den betroffenen und beteiligten Fachleuten die geeignete Maßnahme auszuwählen und auch deren Wirksamkeit zu überprüfen.

Prävention

Primäre Prävention bezeichnet politische und gesellschaftliche Aktivitäten, die das Ausmaß von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung senken, indem Umgebungen und gesellschaftliche Einstellungen gefördert werden, die die Entwicklung von Risikofaktoren für Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch vermeiden. Erfahrungsgemäß sind Familien zum Zeitpunkt der Geburt eines Kindes besonders zugänglich für Unterstützung und offen für Veränderungen. Ein Schwerpunkt primär präventiver Bemühungen sollte daher im Bereich der frühen Elternschaft liegen. Dies kann eine Kontaktaufnahme bereits im Rahmen der Schwangerschaft, zum Zeitpunkt der Entbindung oder der ärztlichen Früherkennungsmaßnahmen durch den Kinderarzt oder zu Hause aufsuchende Hilfen durch Hebammen oder Kinderkrankenschwestern bedeuten. In einem primär präventiven Ansatz haben solche Angebote keinen stigmatisierenden Charakter, da sie sich an alle Bevölkerungsgruppen wenden und primär als Unterstützung und weniger als Kontrollmaßnahmen verstanden werden können. Werden besondere Risikokonstellationen erkannt, können adaptiert an die Bedürfnisse der Familie Maßnahmen der sekundären Prävention ergriffen werden. Betreuende Fachleute können gezielt an Einrichtungen der sozialen Dienste und Beratungsstellen vermitteln, die besonders für junge Familien zur Verfügung stehen.

Sekundäre Prävention zielt auf Maßnahmen, die die Auftretenswahrscheinlichkeit von Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung durch die frühe Identifizierung von Risikofaktoren oder durch Interventionen in frühen Stadien von Misshandlung oder Vernachlässigung reduziert. In diesen Bereich fallen die kinder- und jugendärztlichen Tätigkeiten in der niedergelassenen Praxis.

In den Früherkennungsuntersuchungen sollen Störungen der Interaktion zwischen Eltern und Kind erkannt und angesprochen werden. Das bedeutet bei jungen Kindern vor allem die Wahrnehmung von elterlicher Ablehnung. Bei den **Früherkennungsuntersuchungen** ab dem 2. Lebensjahr sollte ein weiterer Schwerpunkt auf der Erkennung von Störungen der emotionalen Entwicklung, des Sozialverhaltens und der Sprachentwicklung sowie der Einleitung einer geeigneten Behandlung liegen. Bei Kindern aller Altersstufen sollen misshandlungs-typische Verletzungen erkannt werden.

Vorrangige Ziele sind die Stärkung elterlicher Kompetenz durch den Arzt und die Vermittlung geeigneter Hilfen. Bei einer hohen Belastung mit familiären, psychosozialen Risiken ist die Präventionsarbeit besonders schwierig und Bedarf zum Teil eines hohen Einsatzes von personellen und sächlichen Ressourcen und vor allem einer gestärkten interdisziplinären Kooperation, um gemeinsame Interventionsziele zu erreichen und ausreichende Empathie aber auch Kontrollfunktionen im Hilfesystem zu verwirklichen.

Tertiäre Prävention. Tertiäre Prävention bezeichnet die Behandlung und Rehabilitation nach bereits stattgefundenener Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung bzw. das Verhindern weiterer Gewalterfahrungen und der Entwicklung von sekundären Folgeschäden, insbesondere psychischer Störungen. Die angebotene familientherapeutisch orientierte Beratung oder Behandlung ermöglicht die Bearbeitung des Geschehenen und hat das Ziel, misshandelnde und vernachlässigende Eltern in der Übernahme der Verantwortung für das Gewaltproblem zu stärken. Da die Gewalt gegen das Kind häufig mit biographischen eigenen Erfahrungen der Eltern zusammenhängt, aber von diesen Prozessen abgespalten wird, bedarf es häufig eines längeren Behandlungszeitraumes, um die Zusammenhänge deutlich werden zu lassen. Eine Mindestvoraussetzung ist dabei die Bereitschaft der beteiligten Eltern, sich auf einen solchen Prozess einzulassen, mit dem Ziel, sich zukünftig besser für den Schutz und die Interessen dieses und anderer Kinder einzusetzen und die Motivation, das eigene Verhalten zu verändern. Es ist besonders anfangs manchmal nicht möglich, auf eine völlige Freiwilligkeit der Familien zu setzen, aber auch nicht unmöglich, mit Eltern zu arbeiten, die Widerstand gegen die Angebote zeigen. Die beteiligten Helfer müssen jedoch die Aufgabenverteilung im Kontext von Empathie und Kontrolle klar im Blick behalten und sich gegenseitig in der Erfüllung der Aufträge unterstützen und gleichzeitig aufrichtig und respektvoll mit den Familien kommunizieren.

Eine eigenständige **psychotherapeutische Behandlung des Kindes /Jugendlichen** ist abhängig von dem Ausmaß der psychischen Belastungen in der Krisensituation und von der Entwicklung dauerhafter Störungen. Die Maßnahmen beziehen sich auf eine Krisenintervention mit dem Ziel einer Entlastung des Kindes, Angebot von verlässlichem Schutz, Stärkung von vertrauensvollen Beziehungen und der Selbstwirksamkeit des Kindes. Eine kurzfristige psychotherapeutische Behandlung ist angezeigt, wenn Symptome eines post-traumatischen Stress-Syndromes festgestellt werden. Auch langfristig kann sich der Bedarf für eine psychotherapeutische Behandlung ergeben, wenn psychische Störungen manifest werden. Häufig sind es dann nicht die akuten Gewalterfahrungen allein, die die Störung verursachen sondern auch vorbestehende Beziehungs- und Interaktionsstörungen, allgemeine Entwicklungsdefizite oder negative außerfamiliäre Erfahrungen. Auch wenn kein aktueller Behandlungsbedarf gesehen wird, muss in der Nachsorge für Kontinuität in der Betreuung gesorgt werden, um die Entstehung von psychischen Symptomen zu erkennen und Abbrüche in helfenden Beziehungen zu vermeiden.

Teil 2: Somatische Diagnostik

1. Anamnese und Diagnostik

Anamnestische und Konstellations-Hinweise

- **Kardinalhinweis: Vorliegende Befunde nicht durch Anamnese erklärbar, nicht plausibel**
- Zusätzliche unklare oder verdächtige Verletzungen erhöhen die Misshandlungswahrscheinlichkeit!
- Anamnese fehlt (in ca. 40%), wechselnd, vage oder unpassend für Alter, Entwicklungsstand und Art der Verletzung, Verletzungen seien selbst oder durch Geschwister zugefügt
- Arztbesuch mit deutlicher Verzögerung, Aufsuchen vieler verschiedener Ärzte/Kliniken
- Feststellen bedeutsamer zusätzlicher Verletzungen; Kette von "Unfällen"
- Hinweise von Kindern selbst ernst nehmen
- Auffällige Sozial-, Familienanamnese, häusliche Gewalt, Misshandlungen in der Vorgeschichte

Anamnese

- Verletzungsumstände ? Vorausgehendes Ereignis ? Anwesende ? Aufsicht ? Beobachter ?
- Reaktion der Eltern auf Verletzung? Reanimationsversuche? Prompter Arztbesuch?
- Eigenanamnese: "Risikofaktoren" (- Koliken, Schreien, Probleme?) Entwicklung des Kindes ? Medizinische Vorgeschichte: chronische (familiär belastende?) Erkrankungen
- Befragung des Kindes falls möglich - nicht suggestiv! Andere Zeugen ?
- Sozial- und Familienanamnese ? Umfeld ? Soziale Stressoren ?
- Wie disziplinieren die Eltern das Kind? Angemessene Sorge in Bezug zur Schwere der Verletzung ?

Klinische Untersuchung (körperliche Misshandlung)

- **Wachstumsparameter**: KL, KG, KU, Perzentilenverlauf
- Vollständiger **körperlicher, neurologischer** und **anogenitaler Status** am komplett entkleideten Kind; **Prädilektionsstellen** berücksichtigen
- **Haut**: Woodlampe: begrenzter Stellenwert für subtile Hämatome und Sperma. Frische Bissmarken: steriler, angefeuchteter Abstrich, lufttrocknen für forensischen DNA-Nachweis.
- **Befundbeschreibung und Dokumentation**: Lokalisation, Art, Farbe, Größe, Form bzw. Formung, Gruppierung, Zeichen der Wundheilung. Ausmessen aller Verletzungen, immer Skizze **mit Maßen dokumentieren**, *zusätzlich* mit Maßstab fotografieren. Details und Übersichtsaufnahmen. Digitale Fotografie explizit zulässig und zu bevorzugen; Polaroidaufnahmen ungeeignet.
- **Verhalten/Aussagen** in Untersuchungssituation wörtlich dokumentieren, keine Suggestivfragen.
- Falls Misshandlungsdiagnose, **Geschwisterkinder** mit untersuchen (ebenfalls Misshandlungsrisiko!).

Apparative und Labordiagnostik (körperliche Misshandlung)

- < 2-3 Jahre: Röntgen-**Skelettscreening*** (Methode der ersten Wahl; obligatorisch bei begründetem Verdacht). *Schädel, Wirbelsäule in 2 Ebenen, alle Extremitäten und Becken a.p., Hände, Füße p.a., Thorax frontal, alle Frakturen in 2 Ebenen. Wiederholung nach 14 Tagen erhöht Ausbeute. Ggf. Ergänzung um Thoraxschrägaufnahmen
- **Skelettszintigrafie** nur komplementär. Vorteilhaft bei nichtdislozierten/subtilen/okkulten Rippenfrakturen.
- **Zerebrale Bildgebung:** immer bei neurologischen Auffälligkeiten, Kopfverletzungen, Nachweis retinaler Blutungen. Akut **CCT** meist praktikabler. Ausnahme: **MRT** sofort verfügbar, Zustand des Kindes stabil.
- **MRT** sobald verfügbar und Kind stabil; nach etwa 2-3 Tagen und 2-3 Monaten
- **Schädelsonografie** (Standardebenen + transkranial durch Parietalschuppe): stark untersucherabhängig, insgesamt unsicherer, nicht zulässig als alleinige Diagnostik bzw. Ausschlussdiagnostik.
- Zerebrale **Dopplersonografie** bei V.a. Hirndruck als sinnvolle Primär- und Verlaufsdiagnostik.
- **Abdomensonografie:** Screening für abdominelle Traumata, ggf. ergänzt durch **Abdomen CT/MRT**.
- < 2-3 Jahre: Augenhintergrund in Mydriasis, akut ggf. zunächst undilatiert; möglichst Ophthalmologe!
- **Basislabor:** BB+Diff, GOT, GPT, γ -GT, Amylase, Lipase, AP, Calcium, Phosphor, CK-MB, Troponin, CK-BB, Quick, PTT; vWF Ag+CoFaktor, Blutungszeit in vitro (PFA 100); Urinstatus (Hämaturie).
- **Drogen-** und Medikamentenscreening (vorzugsweise Urin)
- **Gezielt:** Coeruloplasmin/Kupfer (DD Menke, Kupfermangel); Vit A-Spiegel (Hyperostosen); Mycoplasmen/HSV-Serologie (Erythema multiforme); organische Säuren (Glutarazidurie), Kollagen-Mutationsanalyse (Osteogenesis imperfecta); erweitertes, polytoxikologisches Drogenscreening (Forensik)
- Bei **Gedeihstörung** übliches Screeninglabor: vgl. AWMF 068/002, zusätzlich Skelettscreening, AHG.

Diagnostik bei Vernachlässigung

- Dokumentation und Verlauf der somatischen Entwicklung, Körpermaße, Pflegezustand, Zahnstatus.
- Ausschluss organischer Ursachen einer Gedeihstörung.
- Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, Zahnvorsorge, Karies-Rachitis-Prophylaxe wahrgenommen?
- Beurteilung der psychischen, emotionalen, kognitiven Entwicklung.
- Dokumentation der Interaktion in der Praxis, bzw. bei Kenntnis aus anderen Bereichen.
- Beschreibung von Verhaltensauffälligkeiten der Kinder oder Jugendlichen.
- Dokumentation der Familien- und der Sozialanamnese, belastende Lebensumstände, Vorgeschichte, Eigenanamnese der Eltern (Gewalterfahrung, Trennung, Scheidung, Depressionen, Suchtprobleme u.a.).
- Drogen- und Medikamentenscreening (vorzugsweise Urin)

Diagnostik bei sexuellem Missbrauch

Forensische Abstriche je nach Befund und Vorgeschichte invasiven sexuellen Übergriffs; präpubertär < 24 h, pubertär < 72 h; möglichst durch forensisch erfahrenen Pädiater, (Kinder-)Gynäkologen o. Rechtsmediziner.

- Hautabstriche am und um den äußeren Anogenitalbereich, Innenseite Oberschenkel, vaginal (Vestibulum, retrohymenal), anal, perioral, im Wood Licht fluoreszierende Bereiche (nicht spezifisch)
- Sterile Watte-Tupfer und NaCl-Lösung, vollständig lufttrocknen, in Papierumschläge, kein Plastik.
- Abstriche einzeln mit Patientendaten, Abstrichort eindeutig zuordnen, Unterschrift des Entnehmenden.
- Mundhöhlenabstrich zum Vergleich. Zusätzlich auf Objektträger Ausstriche ausrollen, nicht abstreichen.
- Fremde (Scham-)Haare sichern, Pubes auskämmen, **Fingernagelränder** abschaben.
- **Größte Bedeutung hat die Sicherung der Bekleidung.**
- **Infektiologie:** Ausgangsstatus, Kontrolle nach 3-4 Wochen (HIV 6 Monate):Vaginal/anal Gonokokken, Chlamydien, Nativausstrich; pharyngeal Gonokokken; TPHA-, Hepatitis B-, HIV-Serologie
- **Drogen-** und Medikamentenscreening (vorzugsweise Urin; speziell für Gamma-OH-Buttersäure (Partydroge, KO-Tropfen) Urin sofort einfrieren! → forensisches Speziallabor)

2. Nichtakzidentelle Kopfverletzungen (NAKV) & Schütteltrauma Syndrom (STS)

Traumatische Hirnschädigung (subdurales Hämatom, diffuses axonales Trauma, Scherverletzungen, Parenchymblutungen, Kontusionen, Kopfhämatome) **und** das Vorliegen mindestens eines der folgenden:

- Zumeist ausgeprägte, oft mehrschichtige **retinale Blutungen**, +/- Glaskörperblutungen, Retinoschisis
- **Kein oder minimales äußeres Trauma** (fakultativ diskrete Skalphämatome, Griffmarken der O-Arme)
- **Keine adäquate oder fehlende Anamnese**, bzw. bezeugtes oder zugegebenes Schütteln
- Misshandlungs-**Begleitverletzungen**
- Elterliche Risikofaktoren (Substanzabusus, frühere Sozialdienstinterventionen, frühere Misshandlungen).

Kennzeichen & Prognose

20-25 % Mortalität, in 60-70 % neurologische Beeinträchtigung, Langzeitfolgen auch bei primärer neurologischer Unauffälligkeit; Gesamtmorbidität um 90%. Für eine signifikante NAKV (intensivpflichtig, beatmet, zerebrale Krampfanfälle, Folgeschäden) ist massivstes, heftiges, gewaltsames Hin- und Her schütteln eines Kindes erforderlich, welches auch für Laien erkennbar potenziell lebensgefährlich ist.

Pathophysiologie

Diffuse Hirnschädigung durch Rotationskräfte, konsekutiv axonale Traumatisierung + apnoebedingte hypoxische Schädigung, Ischämie, sekundäre zytokinvermittelte neuronale Schädigung resultieren in Hirnödem. Aufgrund der diffusen Hirnschädigung **kein freies, symptomloses Intervall !**

Klinik

Variabel: Trinkschwierigkeiten, Somnolenz, Lethargie, Apathie, Koma, Muskelhypotonie, schrilles Schreien, Opisthotonus, zerebrale Krampfanfälle, Tachypnoe, Bradykardie, Erbrechen, Apnoen, Tod. Meist keine äußeren Verletzungen, gelegentlich

Skalphämatome, Griffmarken (Oberarme, Thorax) oder weitere Hautverletzungen ohne adäquate Anamnese.

3. Skeletttrauma, Frakturen

Allgemeine Hinweise

Misshandlungsfrakturen reflektieren erhebliche Gewalteinwirkungen und betreffen ca. 8-12 % aller Frakturen bei Kindern, etwa jede 2. - 4. Fraktur unter 1 Jahr (25 - 55 %), insbesondere unter 4 Monaten;

- 80 % der Misshandlungsfrakturen (versus 2% der akzidentellen Frakturen) finden sich unter 18 Monaten
- 85 % der akzidentellen Frakturen finden sich > 5 Jahre.
- Akzidentell findet sich in 80 % 1 Fraktur, in 19 % 2 Frakturen,
- bei Misshandlungen in 20 % 2 Frakturen, in 60 % 3 oder mehr Frakturen, in > 50 % multiple Frakturen
- 40-50 % der Frakturen bei Misshandlungen sind klinisch unerwartet

Am häufigsten betroffen: Schädel, lange Röhrenknochen, Rippen

Stark hinweisend: **zufällig entdeckte** Frakturen, Einzelfrakturen mit **weiteren Hinweisen** (z.B. multiple Hämatome an unfallsuntypischen Körperregionen, Begleitverletzungen (z.B. retinale Blutungen, subdurale Hämatome), **multiple Frakturen in verschiedenen Heilungsstadien, meta- und epiphysäre Frakturen** (Eck-, Korbhelfrakturen), **Rippenfrakturen** (v.a posterior), Skapulae, Sternum, Wirbelkörper, mediale und laterale Klavikula, **komplexe Schädelfrakturen** (Frakturspaltdehiszenz > 3 cm, Nähte kreuzend, Nahtsprengung, lange Frakturen > 5 cm, Berstungs-, sternförmige bzw. Eierschalenfrakturen) bei geringer Sturzhöhe, v.a. bei Hirnbeteiligung (subdurale Hämatome, retinale Blutungen).

Verdächtige Frakturtypen

- **Meta-/epiphysäre Frakturen** nahezu pathognomonisch.
- **Diaphysäre Frakturen** Nicht pathognomonisch, aber etwa 4 x häufiger; verdächtiger sind transverse, schräge, spiralige Frakturen (Torsionskräfte)
- **Periostale Reaktion** ("Bone bruising") durch subperiostale Blutung mit Abhebung des Periostes; stark Verdächtig, da pathogenetisch meist durch Schüttel- bzw. Schleuderkräfte;
DD *physiologische, symmetrische Doppelkontur* < 6 Monate
- **Rippenfrakturen** In 80 % posterior am Kostovertebralgelenk, höchstverdächtig, außer bei (schweren Verkehrs-)unfällen nahezu pathognomonisch, sehr selten bei Reanimation, dann nicht posterior
- **Schädel** Siehe oben; okzipitale und Impressions-Frakturen verdächtiger
- **Humerus** Hebel zum Schütteln, Zerren, Reißen. Verdächtig eher transverse, schräge, spiralige und non-suprakondyläre Humerusfrakturen unter 3 Jahren;
- **Unterarm** Parietfrakturen verdächtig
- **Femur** häufig < 1 Jahr; Tibia 3.häufigste Fraktur bei Misshandlungen, eher metaphysär
- **Sternum/Skapula** insgesamt selten, aber starker Hinweis, da hohe Kräfte erforderlich
- **Klavikula** in 3 - 10 %. Verdächtiger am medialen oder lateralen Ende: häufig durch Schütteln !
- **Wirbelkörper** selten bei Misshandlungen, aber starker Hinweis, da hohe Kräfte erforderlich
- **Becken** selten; ohne schweres akzidentelles Trauma sehr verdächtig; erfordert erhebliche Kräfte

4. Hautbefunde

Hämatome

Hämatome bei nahezu 90 % misshandelter Kinder. Misshandlungswahrscheinlichkeit nach Kriterien "**Art, Ort, Formung** und **Mehrzeitigkeit**" bewerten. Dabei Vorsicht mit Alterszuordnung aufgrund Hämatomfarbe, dafür besteht **keine Evidenz** (gesichert lediglich: gelbe Hämatome nie früher als 18-24 h).

Lokalisation

Verdächtig und ungewöhnlich bei Unfällen: Thorax, Abdomen (außer typische Fahrradlenkerverletzungen), Rücken, Po, Genitale, Ober- und Unterschenkel dorsal, Schulter, Oberarme symmetrisch, Handrücken, Fußrücken, Ohren (äußerlich und retroaurikulär: Ohrfeige, -ziehen, -reißen), Kieferwinkel, Mastoid, Wangen, Oberlippe, Frenulum (Zwangsfüttern), Hals, Nacken (Würgemale), Unterarme ventral (Abwehr, Schutz vor Schlägen; vgl. Parietfraktur).

Nichtverdächtig = typisch akzidentell: "Leading edges", knöcherne Prominenzen, insgesamt eher frontal): Stirn, Schläfe, Nase, Kinn, Hüfte, Becken, Knie, Schienbeine, Ellenbogen, Unterarme dorsal, Hände (palmar)

Verdächtige Hämatommuster/Formungen

Multiple Hämatome verschiedenen Alters an verschiedenen und ungewöhnlichen Lokalisationen

Statistisch signifikant "**größere**" Hämatome als bei Unfällen, signifikant häufiger mit Petechien, häufiger Vielzahl von Hämatomen, **Hämatom-Cluster**; auch Einzelhämatome möglich

Ungewöhnlich junges **Alter** des Kindes (gesichert akzidentelle Hämatome bei nicht mobilen Babies in < 1%)

Formung/Abdrücke von Gegenständen, Ligaturen: Gürtel, Riemen, Schlingen, Stöcke, Lineal, etc.

Handabdrücke: Kneif-, Griffmarken, geschwollene Ohrläppchen (Ohrfeige, "Ohren lang ziehen")

Bissmarken: hufeisenförmig, Quetschverletzung; bei Erwachsenen über 3 cm interkaniner Durchmesser, Traumatische **Alopezie**

Verbrennungen

Ca. 10 % (2-20 %) der Misshandlungen, 10-20 % pädiatrischer Verbrennungen, Kinder im Schnitt etwas älter als sonst, misshandlungstypisch: ca. 2-3 Jahre; am häufigsten **Verbrühungen** (80% heißes Wasser)

Misshandlungsverbrühungen

Meist heißes Wasser, oft Immersions-Verbrühungen. Lokalisation: Füße, Hände, Anogenitalbereich (symbolisch bei misslungener "Sauberkeitserziehung"); Körperfaltenaussparung bei gebeugten Extremitäten (z.B. Knie) sowie Aussparung am Po durch Kontakt zum kühleren Wannenboden ("Donut-Muster"); Kombination untere Extremität mit Anogenitalbereich

Charakteristik: glatte, scharf demarkierte obere Begrenzung, uniforme und meist symmetrische Verteilung, und Tiefe, gelegentlich nur eine Extremität betroffen; symmetrisches "Handschuh-oder Strumpfmuster"

Kontaktverbrennungen

Scharf begrenzte, geometrische Muster, bilden verursachenden Gegenstand ab (z.B. Bügeleisen, Heizrost, Zigarette mit durchschnittlich 8 mm Durchmesser); multiple Verbrennungen an verschiedenen Körperstellen

5. Thorakoabdominale Befunde

Meist stumpfes Bauchtrauma, direktes Organtrauma durch Stoß, Quetschung gegen Wirbelsäule, Einriss, Organeinblutung, zumeist Hohlorganruptur durch plötzliche Druckschwankungen, Mesenterialwurzelabriss Zweithöchste Misshandlungsletalität (ca. 50 %) durch verzögerte Symptomatik und verschleppte Diagnose.

Thorax

Rippenfrakturen, (meist asymptomatische) Herz-/ Lungenkontusionen; gelegentlich Pneumothorax, Hämatothorax, noch seltener Bronchial-/Gefäßabrisse, Pharynx-, Ösophagealperforationen

Abdomen

Hohlorgane

- **Intramurales Duodenalhämatom** (*pathognomonisch* falls überzeugende akzidentelle Anamnese fehlt !)
- **Dünndarmperforation** (60 % Ileum, 30 % Duodenum, 10 % Jejunum); oft verzögerte, subtile Symptomatik

Viszerale Traumata

- **Leber** Häufigst betroffenes Organ; meist linker Leberlappen,
- **Nieren** Zweithäufigst betroffenes viszerale Organ (außer Hohlorgane); variable Ausprägung, Ausmaß der Hämaturie korreliert nicht mit Schweregrad !
- **Pankreas** Selten durch geschützte Lage, (traumatische) Pankreatitis und unerklärte Pseudozysten sind hochverdächtig. Pankreatitis ist selten im Kindesalter, medizinische DD ausschließen
- **Milz** eher selten betroffen (im Gegensatz zu akzidentellen Traumata, dort häufigst betroffenes Organ !)

6. Verletzungen des Gesichtes, Mundes, der Zähne und des HNO-Bereiches

- Kopfbereich in >50 % der Misshandlungen betroffen, zumeist Gesicht bzw. Wangen und Mundhöhle: Bedeutung für Kommunikation und Nahrungsaufnahme und entsprechende Eltern-Kind Konfliktfelder
- Häufigste Einzelverletzung Lippenkontusionen oder Platzwunden, ferner Mund-/Wangenschleimhautblutungen, Verletzungen von Zunge, Gaumen, Gingiva durch direkte Gewalt, Schläge, forcierte Füttermanöver oder Verbrennungen. Verletzungen der Lippen- oder Zungenbändchen (Frenulum) hinweisend, aber nicht diagnostisch
- **Zahnverletzungen:** Zahnfrakturen, Impressionen, Ausrisse, Absplitterungen, Diskolorationen, forcierte Extraktion;
- "Dental Neglect" - Vernachlässigung des Gebisses als Variante der Kindesvernachlässigung
- Bei **sexuellem Missbrauch** selten Verletzungen der Mundhöhle, Petechien oder Gaumenhämatome durch orale Vergewaltigung oder sexuell übertragene Infektionen (Gonorrhoe meist asymptomatisch) nachweisbar, trotz häufiger Involvierung der Mundhöhle

7. Münchhausen Syndrom by Proxy (MSbP), Intoxikationen

MSbP

Terminologisch wird "Pediatric Condition Falsification" für die Opferseite und "Factitious Disorder by Proxy" ("Artifizielle Störung by Proxy") für die Täterseite bevorzugt

Definition: Kombination körperlicher und emotionaler Misshandlung und medizinischer Vernachlässigung, bei der ein Elternteil (statistisch fast nur Mütter) Kinder schädigt, indem er sie unnötigen, gefährlichen und/oder schädigenden medizinischen Prozeduren (Diagnostik und/oder Therapien) aussetzt.

- Vorgetäushtes Beschwerdebild, das simuliert und/oder produziert wird; auch Aggravation bestehender Erkrankungen möglich; angenommene verursachende Krankheit spricht auf übliche Therapien nicht an
- Vorstellung des Kindes zur medizinischen Untersuchung und gewöhnlich länger andauernder, frustranter Diagnostik, häufig einhergehend mit multiplen medizinischen Prozeduren; dadurch unwillentliche, nicht beabsichtigte iatrogene, psychische und physische Schädigung des Kindes durch eine Vielzahl unnötiger invasiver Diagnostik, schmerzhafter Maßnahmen, operativer Eingriffe, Narkoserisiko, unnötiger stationärer Aufenthalte oder Therapien mit entsprechenden Nebenwirkungen bzw. Nebenwirkungsrisiko
- Verleugnen des Wissens um die Ursachen des Beschwerdebildes durch Täter
- Akute Symptome und Beschwerden bilden sich zurück, wenn das Kind von Täter getrennt wird
- Das Motiv des Täters ist für Diagnosefindung irrelevant - MSbP ist keine psychiatrische sondern pädiatrische (Konstellations-) Diagnose!

Motiv: wiederholte ärztliche Untersuchungen und stationäre Aufenthalte Kind um Aufmerksamkeit und Zuwendung zugunsten des Erwachsenen zu erlangen. Ursache ist ausgeprägte, schwerwiegende Persönlichkeitsstörung. Komplexe und schwierige emotionale Interaktion durch massive Täuschungen - terminologisch

Absichtliche Vergiftungen

Unterdiagnostizierte und vom MSbP abzugrenzende Variante der Kindesmisshandlung, da andere zugrunde liegenden Psychopathologie (Sanktionen) mit deutlich höherer Letalität als bei akzidentellen Intoxikationen

- Ungewöhnliches Alter (unter 1 Jahr bzw. zwischen 5 und 10 Jahren)
- Fehlende oder unpassende Anamnese, verzögertes Aufsuchen medizinischer Hilfe
- Multiple oder ungewöhnliche Toxine
- Substanzen: Ipecac, Laxantien, Pfeffer (letaler Ausgang durch Aspiration), Kochsalz, Trinkwasser (orale oder rektale Applikation), Kohlenmonoxid, Medikamente, Alkohol, Drogen, Haushaltschemikalien, u.a.

8. Vernachlässigung, Gedeihstörung, Emotionale Misshandlung

(siehe dazu auch psychosozialen [Teil 1](#) der Leitlinien)

Definition

Basale Bedürfnisse von Kindern werden nicht erfüllt; Unterlassung von Fürsorge durch die für das Kind verantwortlichen Personen mit Gesundheit und Entwicklung schädigenden Folgen. Häufigste Form der Kindesmisshandlung, am häufigsten übersehen und unterdiagnostiziert:

Körperliche und medizinische Vernachlässigung

Mangel an physischer bzw. gesundheitlicher Fürsorge und Schutz vor Gefahren

- Keine adäquate qualitative und quantitative Ernährung
- Keine adäquate Unterkunft, Bekleidung, Hygiene, Körperpflege, Zahnpflege
- Keine Sicherheit vor alltäglichen Gefahren, mangelnde Supervision und Aufsicht
- Verweigerung oder Verzögerung medizinischer Hilfe, Noncompliance ärztlicher Empfehlungen
- Keine medizinische bzw. gesundheitliche Vorsorge (-untersuchungen) und/oder Impfungen

16

Emotionale Vernachlässigung

Inadäquate oder fehlende emotionale Fürsorge und Zuwendung, nicht hinreichendes oder ständig wechselndes und dadurch insuffizientes emotionales Beziehungsangebot

- Keine Zuwendung, Liebe, Respekt, Geborgenheit, Bestätigung
- Mangelnde Anregung und Förderung ("stimulative Vernachlässigung")
- Mangelndes Wahrnehmen, Unterstützung, Förderung der Schul- bzw. Berufsausbildung
- Keine Erwerb sozialer Kompetenz, "Lebenstüchtigkeit", Selbstständigkeit, kein angemessenes Grenzen setzen, keine Belehrung über Gefahren
- Zeuge chronischer Partnergewalt der Eltern
- Permissive Eltern bei Substanzabusus, Delinquenz
- Verweigerung oder Verzögerung psychologischer oder psychiatrischer Hilfe

Emotionale Misshandlung

Anhaltend, längerdauernd, allgemeines Kennzeichen der Eltern-Kind-Beziehung)

- Aktives Ausdrücken von Geringschätzung, Abneigung, Minderwertigkeit: Schmähungen, verbale Gewalt
- Mangel an Wärme, emotionaler Reaktionen und Verfügbarkeit, fehlende Wertschätzung, Gleichgültigkeit
- Verstoßen, vermeiden, Isolieren, einsperren, unangemessene Beschränkungen
- Unzuverlässiges, unberechenbares widersprüchliches, ambivalente Erziehungsverhalten
- Fördern negativer Verhaltensweisen - antisoziales, kriminelles, selbstbeschädigendes Verhalten
- Aussetzen und Zeuge werden körperlicher oder seelischer häuslicher Gewalt zwischen den Eltern

9. Tödliche Misshandlungen

- Überwiegend nichtakzidentelle Kopfverletzungen (75 %), abdominelle Verletzungen, Vernachlässigungen
- Unklar hoher Anteil der SIDS Fälle (USA 1-5 %) beruht vermutlich auf Kindstötungen.
- **Besondere Aufmerksamkeit erforderlich** bei: Entwicklungsverzögerung, Unterernährung, mangelnde Pflege, verzögerte Einschaltung von Rettungskräften, in der Vorgeschichte Nichtwahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, rezidivierende Apnoen oder Zyanoseattacken ("ALTE" **kein** typischer SIDS Vorläufer!) ohne fassbare Ursache trotz gründlicher Abklärung, insbesondere bei Vorkommen in Betreuung immer derselben Person, Alter über 6 Monate, ungeklärte Todesfälle in der Vorgeschichte, insbesondere bei Vorkommen unter Aufsicht derselben Betreuungsperson, simultane Todesfälle von Zwillingen, Vorgeschichte, die nicht zum SIDS passt (z.B.: Kind stirbt angeblich aus Wachzustand heraus), Misshandlungen in

- der Vorgeschichte, Verletzungen am Leichnam (frisch und alt), Hinweis auf frühere pulmonale Blutungen durch Nachweis von Siderophagen bei der Obduktion.
- **Vorgehen:** Immer "nichtnatürlicher oder ungeklärter Todesfall" im Leichenschauschein ankreuzen. Gründliche sofortige Anamnese; prompte Untersuchung der Auffindesituation (Polizei); vorurteilsloser und nichtansuldigender Umgang mit den Eltern; gründliche Analyse der medizinischen und sozialen Vorgeschichte: Haus-/Kinderarzt, etwaige stationäre Aufenthalte; rechtsmedizinische gründliche Obduktion (s.o.) innerhalb von 24 Stunden; Involvierung entsprechender Subspezialisten: (forensischer) Pädiater, Kinderradiologe, (pädiatrischer) Neuropathologe, idealerweise in Form eines "Pediatric Death Review Teams", dem auch die zusammenfassende Beurteilung obliegen sollte.

10. Sexueller Missbrauch

Vorbemerkungen

- Aufgrund der Seltenheit forensischer Befunde dient die medizinische Untersuchung nicht (oder nur in Ausnahmefällen) primär dem Beweis eines sexuellen Missbrauchs. **Das Fehlen körperlicher Befunde (< 90 % präpubertär) schließt einen sexuellen Missbrauch keinesfalls aus**
- Niemals ausschließliches diagnostisches Verfahren, zwingend Integration in multiprofessionellen und multidisziplinären Ansatz
- Nutzen und potentieller Schaden der medizinischen Untersuchung in jeden einzelnen Fall sorgfältig abwägen, **Untersuchung nie gegen den Willen des Kindes**, Narkoseuntersuchungen nur in Ausnahmefällen (blutende Verletzungen, hohe Wahrscheinlichkeit forensischer Befunde)
- Untersuchung möglichst durch kinder-/jugendgynäkologisch/forensisch Erfahrenen
- Akute = forensische Untersuchung präpubertär nur erforderlich bei weniger als 24 Stunden zurückliegendem Ereignis (Adoleszente < 72 Stunden) oder bei Vorliegen akuter, frischer Verletzungen

Befunde

Grundlagen

- Normale Hymen haben verschiedene Konfigurationen; kongenital fehlendes Hymen nichtexistent
- Verschiedene Faktoren beeinflussen anogenitales Erscheinungsbild (variabel je nach Alter, Konstitution, hormonellem Status, Untersuchungstechnik, Anspannung)
- Introitusweite kein Kriterium zur Diagnose
- Masturbation, Tampons, Sport (z.B. Spagat) führen nicht zu Hymenalverletzungen
- Schmerzen oder Blutung in der Anamnese korrelieren signifikant mit positiven Befunden

***Revidiertes Adams Schema 2005/2008:** Interpretationshilfe medizinischer Befunde bei Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch (*siehe Anhang*) - ist aktueller Standard der Befundzuordnung

Diagnostische Befunde (Kategorie 3 nach Adams)*

(nach Ausschluß akzidenteller Genese, bzw. bei inadäquater oder fehlender Anamnese)

- Akute Risswunden bzw. ausgeprägte Hämatome der Labien, Penis, Skrotum, perianal, Perineum

- Akute Risswunden des posterioren Frenulums der kleinen Labien ("Posterior fourchette") ohne Beteiligung des Hymens
- Narbe perianal (DD beachten), "Posterior fourchette", Fossa navicularis (DD Linea vestibularis)
- Akute Lazerationen (partielle oder vollständige Einrisse) des Hymens
- Ekchymosen, Hämatome des Hymens (DD Infektionen, Gerinnungsstörungen)
- Tiefe perianale Einrisse bis zum externen Analsphincter oder darüber hinaus
- Geheilte Hymenaldurchtrennung zwischen 3 und 9 Uhr des Hymenalsaums bis zur oder nahe der Basis oder fehlendes Segment des Hymens
- Positive, bestätigte Kulturen für Neisseria gonorrhoe (vaginal, urethral, anal oder pharyngeal) ohne Hinweis auf perinatale Übertragung
- Bestätigte Diagnose einer Syphilis (Lues) nach Ausschluß einer perinatalen Übertragung
- Trichomonas vaginalis Infektion bei einem Kind jenseits des ersten Lebensjahres mit Identifikation des Organismus durch Kultur oder Nativausstrich
- Positive anogenitale Kulturen auf Chlamydia trachomatis jenseits der ersten drei Lebensjahre; Befund mittels Zellkultur oder anderer vom Center for Disease Control empfohlenen Methode
- Serologie auf HIV, wenn die Möglichkeit einer perinatalen Übertragung oder einer Übertragung durch Blutprodukte oder kontaminierte Nadeln ausgeschlossen wurde
- Schwangerschaft
- Nachweis von Spermien oder Sperma (Abstriche, direkt vom Körper eines Kindes entnommen)

Prophylaxen akuter Missbrauch (betrifft fast nur Adoleszente, ggf. Dosierung adaptieren)

- **Prophylaxe sexuell übertragener Infektionen**
Ceftriaxon 125 (250) mg ED i.m. *plus*
Metronidazol 2g p.o. ED *plus* **Azithromycin** 1g p.o. ED
- (Aktive) **Hepatitis B Immunisierung**
- **Notfallkontrazeption** (12 bis max. 72. Std. postkoital)
Levonorgestrel (Unofem[®]) 1,5 mg ED
- **Falls HIV Postexpositionsprophylaxe indiziert**
Kombinationstherapie über 4 Wochen (immer *Pädiatrisches HIV Zentrum kontaktieren !)
Zidovudin (Retrovir[®]) 2 x 180 mg/m²/d *plus*
Lamivudin (Epivir[®]) 2 x 4 mg/kg/d *plus*
Nelfinavir (Viracept[®]) 3 x 30 mg/kg/d

Verfahren zur Konsensbildung:

Teil 1: Psychosoziale Faktoren, Prävention und Intervention

Leitlinie erstellt und überarbeitet von U. Thyen/Lübeck, B. Herrmann/Kassel, R. Frank/München
 Delphi-Konsensverfahren mit Vorstand und Fachausschussvorsitzenden der DGSPJ
 Vom Vorstand der DGSPJ im September 2008 verabschiedet.

Autoren: U. Thyen, B. Herrmann, R. Frank

Teil 2: Somatische Diagnostik

Leitlinie erstellt und überarbeitet von B. Herrmann/Kassel; U. Thyen/Lübeck; S. von Bismarck/ Berlin
 Delphi- Konsensverfahren mit Vorstand und Fachausschussvorsitzenden der DGSPJ
 Vom Vorstand der DGSPJ im September 2008 verabschiedet.

Autoren: B. Herrmann, U. Thyen, S. von Bismarck

Erstellungsdatum: 10/2002	Letzte Überarbeitung: 09/2008	Nächste Überprüfung geplant: 12/2012
-------------------------------------	---	--

ANHANG: Tabellen & Scoring

Tab. 5. »Adams-Schema« zur Interpretation medizinischer Befunde bei sexuellem Kindesmissbrauch. (Adams 2005; leicht modifizierte Übersetzung von 2005)
Die Nummerierung der Befunde bedeutet keine Reihenfolge der Signifikanz!

I Befunde bei Neugeborenen und nicht-missbrauchten Kindern

Normvarianten

1.	Periurethrale oder vestibuläre Bänder (»Periurethral or vestibular bands«)
2.	Intravaginale Längsgrate/Schleimhautfalten und Kolumnen (»Intravaginal ridges or columns«)
3.	Hymenale Aufwerfungen, Vorsprünge (»Bumps and mounds«)
4.	Hymenalanhängsel oder verbliebene Septumreste (»Hymenal tags or septal remnants; auch »projections«)
5.	Linea vestibularis (mediane avaskuläre Zone in der Fossa navicularis)
6.	Anteriore superiore Kerben/Spalten des Hymens (»Anterior notches/clefts«)
7.	Oberflächliche Einkerbungen oder Spalten im unteren Bereich des Hymens (»Shallow/superficial notch/cleft«)
8.	Externe hymenale Grate (Schleimhautfalten) (»External hymenal ridges«)
9.	Kongenitale Hymenalvarianten: semilunär, anulär, wulstig, septiert, cribriform, mikroperforiert, atretisch (»Crescentic, annular, redundant, septat, cribriform, imperforate«)
10.	Diastasis ani – medianer, glatt-atroph wirkender perianaler Bezirk
11.	Perianale Hautanhängsel (»Perianal skin tag«)
12.	Vermehrte Pigmentierung der kleinen Labien oder perianal
13.	Urethrale Dilatation bei labialer Traktion
14.	Verdicktes Hymen (DD: Östrogenwirkung, Faltung des Hymenalsaums; Infektion, Trauma > Kontrolle erforderlich!)

Andere medizinische Ursachen

15.	Erytheme/Rötung anogenitaler Gewebe (DD: Irritantien, Infektionen, Trauma > Kontrolle!)
16.	Vermehrte Vaskularisierung des Vestibulums/Hymen (DD: Irritantien, normales Muster hormoneller Ruhephase)
17.	Labiale Adhäsionen/Synechien (DD: lokale Reizungen, Entzündungen, Reiben)
18.	Vaginaler Ausfluss (Breite DD! Abstriche erforderlich)
19.	Brüchigkeit der »Posterior Fourchette« (DD: Irritantien, Infektionen, iatrogen) (»Friability of posterior fourchette«)
20.	Exkoriationen, Blutungen, vaskuläre Läsionen (DD: Ekzeme, Seborrhö, Lichen sclerosus et atrophicus, anogenitale Streptokokken-A-Infektionen, Urethralprolaps, Hämangiom)

© Herrmann/Dettmeyer/Banaschak/Thyen: Kindesmisshandlung. 2. Auflage, Springer-Verlag 2008, 2010

AWMF S2 Leitlinie Kinderschutz der DGSPJ, übernommen von der DGKJ und DGKCh; 2008/2009

■ Tab. 5. Fortsetzung

21.	Perianale Furche oder fehlende Fusion in der Mittellinie (»Groove«, »Failure of midline fusion«)
22.	Anale Fissuren (DD: Obstipation, perianale Infektion, Reizung)
23.	Perianale venöse Stauung oder Erweiterung (DD: lagerungsbedingt, Obstipation) (»Venous congestion«, »venous pooling«)
24.	Abgeflachte anale Fältelung (DD: Relaxation des externen Sphinkters, entzündliche Schwellung)
25.	Anale Dilatation unter 2 cm, partiell oder vollständig (DD: normaler Reflex, Obstipation, Enkopresis, Sedierung, Narkose, neuromuskuläre Erkrankungen)
II Unklare Befunde: nicht ausreichende oder widersprüchliche Daten aus Studien Untermauern vorliegende klare Aussage eines Kindes; bei Fehlen einer solchen Aussage vorsichtig zu bewerten (»Verdächtige Befunde«)	
26.	Tiefe Kerben oder Spalten am posterioren Randsaum des Hymens präpubertär (»Deep notches or clefts« versus: »Transections«) [Im Gegensatz zu vollständigen Einschnitten/Durchtrennungen; Differenzierung zwischen oberflächlichen (< 50% des posterioren Hymenssaums) und tiefen Kerben (> 50%) kann extrem schwierig sein!]
27.	Tiefe Kerben oder komplette Spalten des Hymens bei 3 oder 9 h bei adolescenten Mädchen; vereinzelt auch bei sexuell nicht aktiven Mädchen beobachtet (»Deep notches or complete clefts«)
28.	Hymensaum mit weniger als 1 mm Weite zwischen 4–8 h (In Knie-Brust-Lage oder bei Spülung mit Wasser/NaCl)
29.	Warzenartige Läsionen anogenital (DD: Hautanhängsel, nichtgenitale Warzen, Condylomata acuminata)
30.	Vesikuläre Läsionen oder Ulzera anogenital (DD: HSV, Syphilis, Varizellen, andere Viren, M. Behcet, M. Crohn, idiopathisch; gezielte Diagnostik erforderlich!)
31.	Ausgeprägte, sofortige Dilatation des Anus auf 2 cm oder mehr (DD: chronische Obstipation, Sedierung/Narkose, neuromuskuläre Erkrankungen; derzeit kein Konsens über Wertigkeit)
Läsionen mit bestätigter Ätiologie: unklare Spezifität für sexuelle Transmission	
32. ¹	Anogenitale Condylomata acuminata (Keine weiteren Hinweise auf Missbrauch)
33. ¹	Anogenitaler Herpes simplex Typ 1 oder 2 (Keine weiteren Hinweise auf Missbrauch)
¹ Meldepflichtig als missbrauchverdächtig in den Guidelines der American Academy of Pediatrics 2005	
III Diagnostische Befunde hinsichtlich eines Traumas und/oder sexuellen Kontakts Auch ohne Aussage des Kindes. Ausnahme: klarer akzidenteller Mechanismus. Empfehlung: qualitativ gute Fotodokumentation anfertigen und 2. Meinung eines Erfahrenen einholen. Verlaufskontrolluntersuchungen sind anzuraten.	
Akutes Trauma des externen Anogenitalbereichs	
34.	Akute Lacerationen/ausgeprägte Hämatome anogenital (»Acute lacerations«, »extensive bruising«)
35.	Akute Lacerationen der »Posterior fourchette« (ohne Hymenbeteiligung; DD: durchtrennte labiale Adhäsionen, fehlende Fusion der Mittellinie; auch akzidentelles Trauma, einvernehmlicher Geschlechtsverkehr bei Adolescenten)

■ Tab. 5. Fortsetzung

Residuen geheilten/heilenden Traumas Schwierig zu bewertende Befunde ohne zuvor dokumentiertes akutes Trauma an entsprechender Lokalisation	
36.	Perianale Narbe (selten; DD: andere medizinische Ursachen: M.Crohn, akzidentell, medizinische Eingriffe)
37.	Narben der »Posterior fourchette« oder Fossa navicularis (DD: Linea vestibularis, labiale Adhäsionen)
Verletzungen, charakteristisch für stumpfe Gewalt, penetrierendes Trauma oder Kompressionsverletzungen des Abdomens oder Beckens (letzteres, sofern angegeben)	
38.	Akute Lazerationen des Hymens (partielle oder vollständige Einrisse)
39.	Ekchymosen, Hämatome auf dem Hymen (DD: bekannte infektiöse Prozesse, Gerinnungsstörungen)
40.	Tiefe perianale Einrisse bis zum externen Analsphinkter oder darüber hinaus (DD: fehlende Fusion der Mittellinie)
41.	Geheilte Durchtrennung des Hymens (»vollständige Spalte«) (»Hymenal transection«, »complete cleft«) Zwischen 3–9 h bis oder nahe der Basis durchgerissener Bezirk, Eindruck dort fehlenden Hymens. Bestätigung durch zusätzliche Untersuchungstechniken erforderlich: Knie-Brust-Lage, Wasserspülung, Umfahren mit angefeuchtetem Stieltupfer, Blasenkather-Ballonmethode (nur Adoleszente!)
42.	Fehlendes Segment des Hymens Bezirk des posterioren Hymenalsaums mit fehlendem Gewebe bis zur Basis, breiter als vollständige Spalte, Bestätigung durch zusätzliche Untersuchungstechniken erforderlich
Infektionen beweisend für Schleimhautkontakt mit infizierten und infektiösen Körpersekreten – Kontakt größter Wahrscheinlichkeit nach sexueller Natur	
43. ²	Infektion durch Neisseria gonorrhoeae (Ausschluss: perinatale Übertragung)
44. ²	Syphilis (Lues) (Ausschluss: perinatale Übertragung)
45.	Infektion durch Trichomonas vaginalis (jenseits 1. Lebensjahr)
46. ²	Infektion durch Chlamydia trachomatis (jenseits 3. Lebensjahr)
47. ²	Positive Serologie auf HIV (Ausschluss: Übertragung: perinatal, Blutprodukte, kontaminierte Nadeln)
² In den Guidelines der American Academy of Pediatrics als diagnostisch angesehen für sexuelle Übertragung	
Diagnostisch für sexuellen Kontakt	
48.	Schwangerschaft
49.	Nachweis von Spermien oder Sperma vom Körper eines Kindes

Adams JA (2005) Approach to interpreting physical and laboratory findings in suspected child sexual abuse: A 2005 Revision. APSAC Advisor 17: 7–13

Adams JA, Kaplan RA, Starling SP, Mehta NH, Finkel MA, Botash AS, Kellogg ND, Shapiro RA (2007) Guidelines for Medical Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. J Pediatr Adolesc Gynecol 20(3):163–172

Adams JA (2008) Guidelines for medical care of children evaluated for suspected sexual abuse: an update for 2008. Curr Opin Obstet Gynecol 20(5): 435–441

Spezifität nicht akzidenteller Verletzungen (nach Herrmann 2002)

(Immer in Abwesenheit plausibler akzidenteller Erklärungen und nach Ausschluss der Differenzialdiagnosen; Spezifität steigt mit Diagnose begleitender unklarer bzw. nicht akzidenteller Verletzungen)

Hoch

Frakturen: Meta- oder epiphysär, Rippen, Skapula, Sternum, Wirbelkörper, Processus Spinosus

ZNS: Shaken Baby Syndrom, retinale Blutung, Retinoschisis, Glaskörperblutung

Haut: Bissmarken, geformte Hämatomabdrucke¹, geformte Verbrennungen², Immersionsverbrennungen³ Abdomen: Intramurale Duodenalhämatoeme

Mittel

Frakturen: Multiple Frakturen unterschiedlichen Alters, Epiphysiolysen, komplexe Schädelfrakturen, Finger, Hände, Füße, Frakturen im Säuglingsalter, Mandibula, periostale Reaktion

ZNS: Subdurale Hämatoeme⁴

Haut: Multiple Hämatoeme (ungewöhnliche Lokalisation), Hämatoeme im Säuglingsalter, retroaurikuläre Hämatoeme, Einrisse des labialen oder lingualen Frenulums, Verbrennungen an Händen, Füßen, Anogenitalbereich

HNO: Hypopharynxperforationen

Abdomen: Hohlorganperforationen, linker Leberlappen, Nieren, Pancreas, Pancreaspseudozysten

Sonstige: Rezidivierende ALTE

Niedrig

Frakturen: Clavicula, diaphysäre Frakturen, lineare, einfache Schädelfrakturen

ZNS: Epidurale Hämatoeme

Abdomen: Milzverletzungen

Haut: Multiple Hämatoeme im Lauflernalter an "führenden" Körperpartien, verschiedenfarbige Hämatoeme, Verbrennungen mit inhomogenem "Spritz und Tropf Muster"

¹ Hände, Griffmarken, Fingerabdrücke, Striemen, Gürtel, Riemen, Schlaufen, Schlingen, Stöcke

² Zigarette, Herdplatte, Bügeleisen, Heizrost u.ä.

³ "Handschuh- oder Strumpfmuster"

⁴ Vor allem über der Konvexität, interhemisphärisch, fehlende Schädelfraktur, subarachnoidal

Tab. 4.9. Checkliste zur Differenzierung der Misshandlungswahrscheinlichkeit von thermischen Verletzungen. (Welsh Child Protection Systematic Review Group, 2005. Thermal injuries review. www.core-info.cardiff.ac.uk/thermal/index.htm)

	Hochverdächtig auf Misshandlung	Misshandlung möglich	Misshandlung unwahrscheinlich
Mechanismus	Immersion		Übergießen, von oben herunterfließendes Wasser
Agens	Heißes Leitungswasser		Kochtopfwasser, Kochtopfflüssigkeiten, Getränke
Muster	Scharfe obere Begrenzung Symmetrie (Extremitäten) Zentrale Aussparung am Gesäß	Uniforme Verbrühungstiefe Hautfaltaussparung Kein Handschuh- bzw. Strumpfmuster	Unregelmäßige Wundränder Unregelmäßige Wundtiefe
Verteilung	Isolierte Verbrühung Gesäß, Perineum +/- untere Extremität Isolierte Verbrühung der unteren Extremität Handschuh- bzw. Strumpfmuster	Handschuh- bzw. Strumpfmuster an einer Extremität	Asymmetrische Beteiligung der unteren Extremität Kopf, Hals, Schulter, oberer Stamm, Oberkörper
Klinische Kennzeichen	Zusätzliche Verletzung ohne Bezug zur Verbrühung Anamnese inkompatibel Alte Frakturen	Frühere Verbrennungen Gedeihstörung, Vernachlässigung Anamnese mit Entwicklungsstand nicht vereinbar	
Anamnestische/soziale Kennzeichen	Passives, introvertiertes, eingeschüchtertes Kind Vorherige Misshandlungen Häusliche Gewalt bekannt Vielzahl früherer Unfälle Verbrühung Geschwisterkind angelastet	Trigger wie Enuresis, Enkopresis, Ungehorsam Wechselnde Erklärungsmuster Gehäuft frühere Unfälle Vorstellung nicht durch Eltern Kind dem Jugendamt bekannt	

Keine Einzelfaktordiagnose! Spalte 1 und 3 beruhen auf qualitativ hochwertigen vergleichenden Studien, Spalte 2 auf Berichten und nichtvergleichenden Studien.

Tab. 3. Hämatom-Scoring-System. (Dunstan 2002)
(n=133 misshandelte Kinder mit 763 Hämatomen; Kontrolle: 189 nicht-misshandelte mit 282 Hämatomen)
Score akzidentell im Schnitt bei 6 (SD 9), nichtakzidentell bei 88 (SD 60)!

New Score			
2xLänge auf Armen + 2xLänge auf Beinen + 3xLänge auf Thorax, Abdomen, Rücken + 3xLänge auf Po + 9xLänge auf Kopf und Hals + 18 falls Hämatom mit spezifischer Formung/Muster nachweisbar ist			
Schwelle	Sensitivität	Spezifität	Wahrscheinlichkeit
15	96%	88%	0,45
20	94%	93%	0,93
25	89%	95%	1,74
30	97%	97%	3,03
40	77%	99%	8,00
50	69%	99%	18,9

Dunstan FD, Guildea ZE, Kontos K, Kemp AM, Sibert JR (2002). A scoring system for bruise patterns: A tool for identifying abuse. Arch Dis Child 86:330-333.

©Herrmann/Dettmeyer/Banaschak/Thyen: Kindesmisshandlung. 2. Auflage, Springer-Verlag 2008, 2010

Tab. 1. Verletzungsplausibilitäts-Modell (»Injury plausibility model«): Scoring Kriterien für Femurfrakturen/Treppenstürze. (Pierce 2005)

Kategorie	0 Punkte	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	VP Score ²
I: AQS¹ 3 Sturzkomponenten: initiale Position, Sturzdynamik und Endposition beschrieben	Komplette Beschreibung aller 3 Sturzkomponenten	Beschreibt 2 von 3 Sturzkomponenten	Beschreibt nur 1 Sturzkomponente	Nicht möglich, Details jeglicher 1-Sturzkomponente oder der Verletzungsanamnese zu beschreiben; oder wechselnde Anamnese	
II Frakturart vgl. Tab. 2 für passende biomechanische Kriterien	Anamnese adäquat für Frakturmechanismus & beobachtete »Bein-Biodynamik«	Anamnese adäquat für Frakturmechanismus, aber »Bein-Biodynamik« nicht beobachtet	Anamnese nicht adäquat für Frakturmechanismus	Anamnese nicht adäquat für Frakturmechanismus, u. Frakturtyp ist Trümmer-, offen oder metaphysär	
III Zeitliche Abfolge	Sofortiges Aufsuchen medizinischer Betreuung	Verzögertes Aufsuchen medizinischer Betreuung, aber Fraktur ist klinisch & radiologisch subtil & gut adaptiert	Verzögertes Aufsuchen medizinischer Betreuung, und Fraktur ist klinisch & radiologisch offensichtlich	Verzögertes Aufsuchen medizinischer Betreuung; zusätzlich respiratorische, kardiovaskuläre und/oder neurologische Beeinträchtigung	

¹ Anamnese Qualitäts Score. ² Verletzungsplausibilitäts-Score
 Totaler VP-Score:

Tab. 2. Kriterien zur Bestimmung biomechanischer und Frakturtyp-Kompatibilität (biomechanische Konsistenz). (Pierce 2005)

Biomechanischer Mechanismus	Frakturtyp	Biodynamische Anamnesebeispiele
Torsionskräfte	Spiral/lang schräg	Verdrehen oder Rotation des Beines beim Ausrutschen des Kindes; Bein wird unter Körper gefaltet
Verbiegekräfte	Transvers/kurz schräg	Senkrechte Stauchung des Beins, z.B. Bein zwischen Stufe u. Erwachsenen gefangen
Kompressionskräfte	Delle, Beule/Stauchung (»buckle«)	Knie staucht entlang Longitudinalachse des Femurs beim Fallen des Kindes
Dehnungs-, Zug- und/oder Scherkräfte	Klassische metaphysäre Fraktur (»CML«)	Ziehen oder Reißen des Beins
»High-energy event« Hochenergetisches Ereignis (jegliche Krafteinwirkung)	Offener und/oder Trümmer-, Splitterbruch	Bein eines Fußgängers durch schnell fahrendes Fahrzeug verletzt

Pierce MC, Bertocci GE, Janosky JE et al. (2005) Femur fractures resulting from stair falls among children: An injury plausibility model. Pediatrics 115: 1712–1722.

©Herrmann/Dettmeyer/Banaschak/Thyen: Kindesmisshandlung. 2. Auflage, Springer-Verlag 2008, 2010