

# Vorgehen bei Kindesmisshandlung und – vernachlässigung

## **Konzept & Reader**

der ärztlichen Kinderschutzambulanz und  
interdisziplinären Kinderschutzgruppe des

KLINIKUM  
Kassel  
Ein Unternehmen der  
Gesundheit Nordhessen Holding AG



*2. Auflage 2008*

**Stand:** April 2008

### LEITFADEN I: Allgemeiner Teil-Aufgaben der KSG und Intervention

Einleitung	3
Allgemeines Vorgehen	4
Konzept der Interdisziplinäre Kinderschutzgruppe	5
Strategieplan für Kinderschutzgruppen	6
Kinderschutzarbeit an schweizerischen Kinderkliniken	7
Rechtslage	9
Rechtliche Überlegungen sexueller Missbrauch	11
Intervention und Management – Übersicht (B.Herrmann)	13
Umgang mit Misshandlung (U.Thyen)	15
Umgang mit sexuellem Kindesmissbrauch (B.Herrmann)	17
Psychologische Aspekte (R.Flint)	19
Pflegerische Aspekte (G.Frese)	20
Sozialberatung – Konzept (C.Miehle, A.Neumann)	21
Sozialberatung – Diagramm	22

### LEITFADEN II: Medizinischer Teil

Anamnese bei körperlicher Misshandlung	23
Untersuchung bei körperlicher Misshandlung	25
Anamnese bei sexuellem Missbrauch	27
Untersuchung bei sexuellem Missbrauch	29
Sexuell übertragbare Erkrankungen - STD Screening	30
Adams Klassifikation 2005: Befunde beisexuellem Missbrauch	32
AWMF Leitlinienentwurf somatische Befunde bei Kindesmisshandlung dazu Anhang: Scoring Systeme, Übersichtstabellen	34 42

### LEITFADEN III: Spezieller Teil – Dokumentation, Vordrucke

Strukturierter Anamnesebogen	48
Verhaltensfragebogen sexueller Missbrauch	53
Dokumentation körperlicher Befunde	54
Dokumentation Befunde Skizzen (Körperschema, Genitalbefunde)	56
Dokumentation weitergehende Diagnostik	57
Befundbogen körperliche Misshandlung (1 Blatt)	58
Kindergynäkologischer Befundbogen sexueller Missbrauch	59
Forensik-Befundbogen sexueller Missbrauch	60
Forensikübergabebogen	61
Prophylaxen nach akuter Vergewaltigung	62
Vorgehen bei Condylomata acuminata	63
Pflegerische Dokumentation	64
Besucherverzeichnis	65
Adressensammlung	66

### LEITFADEN III: Übersichtsartikel

(Diese sind in der Internet pdf version und in der Datei „KSG-Leitfaden-Gesamt“ im Laufwerk I: nicht enthalten; verfügbar unter Laufwerk I/Kinderschutzgruppe/Gesamtleitfaden und Kindesmisshandlung.de -> medizinische Downloads)

Körperliche Misshandlung  
Nichtakzidentelle Kopfverletzungen und Schütteltrauma Syndrom  
Sexueller Missbrauch  
Vernachlässigung  
Münchhausen by Proxy

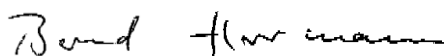
## EINLEITUNG

Gewalt gegen Kinder und Jugendliche ist seit der 1. Auflage des Konzeptes der Kasseler Kinderschutzgruppe vor über 4 Jahren immer mehr ins öffentliche Interesse getreten. Zuletzt fanden tragische Todesfälle von Kindern eine starke mediale Aufmerksamkeit. Sie bestimmen erheblich die öffentliche Debatte über Kinderschutz, obgleich sie nicht repräsentativ für das breite Spektrum der Kindesmisshandlungen und Vernachlässigungen sind. Daher sind die aktuellen Bemühungen, diesen Todesfällen zu begegnen zwar lobenswert und notwendig, in ihrer Effizienz bezüglich des allgemeinen Kinderschutzes jedoch wenig vielversprechend. Was aber hilft? Wie umgehen mit dem offensichtlich weit verbreiteten Phänomen der Gewalt an Kindern? Wie können Mitarbeiter von Kinderkliniken fachgerecht mit dem Thema umgehen? Mit dem vorliegenden Reader hoffen wir eine mögliche Herangehensweise dazu darzulegen.

Dass Gewalt Kindern schadet bestreitet niemand. Auch die WHO erkennt und benennt explizit den Zusammenhang zwischen einer Vielzahl chronischer Leiden bei Erwachsenen und Misshandlungen in der Kindheit und rückt Kindesmisshandlung als herausragendes Thema auf ihre gesundheitspolitische Agenda (WHO 2002). Neuere neurobiologische Forschungen zeigen in beeindruckender Weise, dass chronische Misshandlungen zu bleibenden EEG Veränderungen und messbaren Verringerungen des Hirnvolumens führen (Glaser 2000). Kindesmisshandlung und Vernachlässigung ist neben hohen ökonomischen Folgekosten mit einem kaum zu ermessenden Ausmaß an individuellem Leid, Kränkung, schwerster seelischer Schädigung und erheblich belasteten individuellen Lebensläufen behaftet. Sie haben somit eine hohe gesellschaftliche und soziale Bedeutung und erhebliche Auswirkungen auf die physische, psychische und emotionale Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Daher ist die fachliche Auseinandersetzung damit eine zwingende Notwendigkeit für alle Ärzte und medizinische Einrichtungen, die Kinder versorgen. Nicht nur für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Gesundheitswesen ist die Konfrontation damit jedoch 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 diagnostizieren und ihren Schutz und Therapie durch multiprofessionelle Kooperation zu sichern (WHO 2002).

**Dieser Leitfaden** ist als Orientierungshilfe gedacht, wenn im Rahmen der Betreuung von Kindern und Jugendlichen in der Kinderklinik der Verdacht auf körperliche Misshandlung, sexuellen Missbrauch oder Vernachlässigung entsteht. Er ist aus den Erfahrungen der letzten 10 Jahre der ärztlichen Kinderschutzambulanz und der interdisziplinären Kinderschutzgruppe des Klinikum entstanden, deren Mitglieder schon langjährig und vor informell unter diesen Fragestellungen zusammengearbeitet haben. Ziel ist es neben einer Hilfe zum Umgang mit allen Formen von Kindesmisshandlung auch einen **Qualitätsstandard** zu entwickeln und festzuschreiben. Der Umgang mit diesen oft heiklen Fragestellungen erfordert hohe Professionalität, fundierte Aus- und Weiterbildung, Rechtssicherheit, emotionale Stabilität und die unbedingte Bereitschaft zu multiprofessioneller Kooperation. Der Leitfaden ist in diesem Sinne auch gedacht als Instrument der fachlichen Qualifizierung und Weiterbildung, letzteres durch den ausführlichen ersten allgemeinen und medizinischen Teil und die Fachartikel (diese finden sich neben weiteren Artikeln unter Gesamt-Klinikumslaufwerk **I:/Kinderschutzgruppe/Artikel** als pdf Dateien, dort auch die laufenden Aktualisierungen und Weiterentwicklungen. Weitere Infos, Leitlinien und viele Fachartikel unter **kindesmisshandlung.de** im Internet. Wir verdanken den Schweizer und Österreicher Kinderschutzgruppen viele Anregungen in diesem Konzept –herzlichen Dank dafür.

***Viel Erfolg im Bemühen den Kindern zu helfen!***



OA der Kinderklinik, Ärztliche Kinderschutzambulanz  
für die Kinderschutzgruppe des Klinikum Kassel

### Literatur:

Glaser, D. (2000) Child abuse and the brain – a review. J Child Psychol Psychiatr 41:97-116.  
WHO (2002). World report on violence and health. Genf. [www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/)  
Schweizer und Österreicher Konzepte unter [www.kindesmisshandlung.de/pageID\\_2814217.html](http://www.kindesmisshandlung.de/pageID_2814217.html)

**Allgemeines Vorgehen bei  
 V.a. Kindesmisshandlung, Vernachlässigung, sexueller Kindesmissbrauch**

☞ Soweit möglich immer sofortige Info der Kinderschutzgruppe (siehe Adressen unten)!

- Im Dienst immer Info Oberarzt/-ärztin**, gemeinsam prüfen/festlegen:
  - Indikation zu sofortiger forensischer kinder-/jugend gynäkologischer Notfall-Untersuchung?
  - Sofortige Info/Konsultation eines Mitgliedes der Kinderschutzgruppe erforderlich?
  - Gefahr im Verzug ? Sofortige Inobhutnahme zur Sicherung des Kindeschutzes erforderlich ?
  - Weiteres diagnostische u.a. Vorgehen ?
- Immer Info der Kinderschutzgruppe** spätestens am nächstfolgenden Werktag (s.u.)
- Immer strukturierte Dokumentationsbögen** entsprechend Teil II des Leitfadens benutzen, bzw. vom Gesamtkliniks-Laufwerk I:/Kinderschutzgruppe/Dokumentationsbögen ausdrucken:
  - Schnell-Dokumentation: „*KKM-Befundform, SKM-Befundform*“ mit Forensikbogen, Prophylaxen
  - Ausführlich: „*Doku Anamnese bzw. körperliche Befunde ausführlich*“, und weitere
- In der Regel ist es **weder erforderlich noch sinnvoll die Eltern primär auf den Misshandlungsverdacht hinzuweisen**. Es ist festzustellen, dass aufgrund der Besonderheit/Schwere/Ausmaß/etc. der Verletzungen dringender weiterer medizinischer Klärungsbedarf besteht, man sich aus ärztlicher Sicht Sorgen um das Kind macht und die Klärung im Sinne des Kindes und natürlich auch der Eltern ist (an Elternverantwortung appellieren!). Das heißt:
- In den allermeisten Fällen ist eine **stationäre Aufnahme zwingend erforderlich!**  
*Ausnahmen:* leichte Verletzungen ohne Verdacht auf okkulte innere Verletzungen, wenn der Kinderschutz eindeutig gesichert ist; z.B. Kind kommt mit Jugendamt, Polizei etc. lediglich zur Befunddokumentation. Wenn möglich auch dann zuvorige Rücksprache Kinderschutzgruppe.
- Bei **Entlassung** immer ein Durchschlag des stationären Briefes an Kinderschutzambulanz/ Kinderschutzgruppe z.Hd. OA Herrmann !

**Kinderschutzgruppe im Klinikum Kassel**

Name	Abteilung/Station	Funktion/Fach	Kliniktelefon/ 980-	Pieper	E-Mail Klinik (von außerhalb) (Klinikintern über Name in Outlook)
Backes, Heiko	OA Neuropädiatrie/ Park Schönfeld	OA-Neuropädiatrie	980-3579	87631	backes2@klinikum-kassel.de
Blume, Frank	Kinderklinik/wechselnd	OA-Pädiatrie	980-3358	87456	Frank.Blume@klinikum-kassel.de
Flint, Renée	Neuropädiatrie/SPZ	Dipl.Psychologin-SPZ	980-3595		flint@klinikum-kassel.de
Hellwig, Juliane	Kinderklinik/wechselnd	Ärztin-Pädiatrie	2325 (K3) -2328		(bis 1.6.08; dann Niederlassung)
Herrmann, Bernd	Kinderklinik, OA K2	OA-Pädiatrie	980-3389	87457	herrmann@klinikum-kassel.de
Miehle, Christel	Sozialdienst Klinikum	Sozialarbeiterin	980-2803/2800 Sekr.		miehle@klinikum-kassel.de
Neumann, Andreas	Sozialdienst Klinikum	Sozialarbeiter	980 2804 /2800 Sekr.		neumann@klinikum-kassel.de
Reh, Erika	Ambulanz Kinderklinik	Arzthelferin	980-3381/ - 3067		kindamb@klinikum-kassel.de
Frese, Gudrun	Kinderklinik/ Stat. K3	Kinderkrankenschwester	2325		statk3@klinikum-kassel.de , gfreseks@aol.com

**Kinderschutzgruppe im Kinderkrankenhaus Park Schönfeld**

Name	Abteilung/Station	Funktion/Fach	Kliniktelefon/ 980-	Pieper	E-Mail Klinik (von außerhalb) (Klinikintern über Name in Outlook)
Kunert, Dieter	Ltg. Psychosomatik	Dipl.Psychologe			
Fr. Fredrich	Sozialdienst KKPS	Sozialarbeiterin			
Dr.Suss??					
Dr.Strack??					

## Konzept der interdisziplinären Kinderschutzgruppe

### Wichtigste Aufgaben einer Kinderschutzgruppe

**Erkennung** von Gewalt/Misshandlung am Kind/Jugendlichen; **Planung**: eines überlegten und koordinierten Vorgehens bezüglich diagnostischer Sicherung, der Elterngespräche und des Kinderschutzes nach Entlassung sowie die familienzentrierte interdisziplinäre **Beratung**.

### Weitere Aufgaben

Die **Aus- und Fortbildung** für alle Berufsgruppen, die mit Kindern arbeiten, Hauptzielgruppe ist der Gesundheitsbereich. Diese Personen sollen für Warnsignale sensibilisiert werden und erhalten die wichtigsten Verhaltensmaßregeln übermittelt. Auch für Rat suchende Kinderbetreuer, nichtmedizinische und medizinische Fachleute kann die Kinderschutzgruppe eine wichtige Anlaufstelle sein. Für ein Krankenhaus ist anzustreben, dass es nicht nur einige Spezialisten gibt, sondern dass das Thema Kinderschutz von der ganzen Abteilung getragen wird.

### Vorteile einer Kinderschutzgruppe

#### Sicherstellung einer multiprofessionellen Herangehensweise

Somit innerklinisch breitere, **multiprofessionelle und fundiertere, professionellere Basis für Entscheidungen**, weniger Anfälligkeit für emotionale Reaktionen und Fallstricke eines Einzelnen. Mehr Ansprechpartner gewährleisten Versorgung auch bei Abwesenheit Einzelner. Erarbeitung von **strukturierten Vorgehensweisen** und Handlungsrichtlinien, Abläufen vermeidet individuelle Fehleinschätzung und Versäumnisse und ist Beitrag für **Qualitätssicherung** im Kinderschutz.

#### Entlastung des einzelnen Arztes

Die komplexe, emotional stark belastende Situation kann allein stark überfordernd sein– dient somit auch der Burnoutprophylaxe!

#### Rasche Abklärung durch verbesserte Kommunikation

Eine raschere Abklärung von Verdachtsfällen ist möglich, da die Betreuer/innen des Kindes, obwohl sie verschiedenen Berufsgruppen angehören, sich persönlich kennen, oft treffen und in Krisenfällen rasch eine gute Kommunikation und Handlungsfähigkeit resultiert. Es entstehen keine Zeit- oder Informationsverluste durch ausschließlich schriftliche Zuweisungen (per Mail) und Empfehlungen. Missverständnisse sind schneller auszuräumen.

#### Erweiterung des persönlichen und beruflichen Horizonts

In den Diskussionen bringt jedes Teammitglied seine persönliche und berufliche Erfahrung ein; dadurch kann eine Situation aus mehreren Gesichtspunkten betrachtet werden. Durch die regelmäßigen Teambesprechungen erfolgt ein Kennenlernen der Sichtweise anderer Berufsgruppen zur gleichen Fragestellung, man lernt gewissermaßen eine gemeinsame Sprache und lernt auch andere Sichtweisen für dieselbe Problematik kennen und verstehen.

#### Erfahrungsgewinn

Alle Verdachtsfälle von Misshandlung/Missbrauch der einzelnen Abteilungen werden im Team vorgestellt und besprochen. Der Erfahrungszuwachs ist für die Teammitglieder sehr groß, da eine größere Zahl von Fällen besprochen wird als einzelne Ärzte selbst auf der Station behandeln würden.

#### Mögliche verstärkte Sensibilisierung für Verdachtsfälle in der Abteilung:

Die Existenz einer Kinderschutzgruppe führt generell zu einem Anstieg der Meldefrequenz von Verdachtsfällen durch Ambulanzärzte. Bei Unsicherheit und bloßem Verdacht ist der/die Einzelne üblicherweise überfordert und neigt dazu, den Verdacht zu verdrängen. Eigene Betroffenheit und die Befürchtung, durch falsche Handlungen das Leid der Patienten noch zu vergrößern, führen zu Angst vor der Diagnose und zur Unsicherheit in der Betreuung und Begleitung der Kinder und Jugendlichen. Durch die Existenz einer Kinderschutzgruppe ist jedem Arzt klar, dass er sich im Verdachtsfall an ein spezialisiertes Team wenden kann und es wird daher ein Verdacht auch häufiger ausgesprochen.

## Strategieplan für Kinderschutzgruppen

### Abklärungs-Phase

Wenn der erstuntersuchende Arzt bei der Anamnese oder bei der klinischen Untersuchung den Verdacht auf Kindesmisshandlung/-missbrauch hat, wird ein erfahrener Kollege kontaktiert. Die relevanten Daten bezüglich Anamnese und Verletzungen werden nach Formblatt erhoben und das Kind wird stationär aufgenommen. Damit wird das Kind vorerst in Sicherheit gebracht und man hat Zeit, in Ruhe die Situation abzuklären, den medizinischen Verdacht zu erhärten (**Diagnostik**) oder auch zu entkräften (**Differenzialdiagnosen**).

Die **Angaben** des Kindes und der Eltern, das **Verhalten** des Kindes und der **Umgang** der Eltern mit dem Kind werden beobachtet und dokumentiert. Bei schweren Verletzungen ohne Angaben eines Traumas kann es auch notwendig sein, die **Polizei** frühzeitig einzuschalten, um eine kriminalistische Erhebung nicht zu verzögern. Die Entscheidung muss in jedem Fall individuell getroffen werden. Eine polizeiliche Anzeige ist in extrem unklaren Fällen mit schwerer Körperverletzung unumgänglich.

**Wird eine stationäre Aufnahme von den Eltern abgelehnt**, so wird bei Vorliegen von schweren Verletzungen und Gefährdung des Kindes ein Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts vom zuständigen Gericht eingeholt. Sind die Verletzungen leicht oder handelt es sich um Zeichen der Vernachlässigung so kann die weitere Abklärung ambulant erfolgen. Es wird das **Jugendamt** informiert; die Mitarbeiter dieses Amtes übernehmen die weitere Betreuung der Familie. Sobald ein Kind wegen Verdachts auf Misshandlung stationär aufgenommen wird, wird die Kinderschutzgruppe informiert. Es wird vorher festgelegt, wie in jedem konkreten Fall vorzugehen ist. In der Kinderschutzgruppe erfolgt die Reflexion der bisher vorliegenden Fakten und das weitere Vorgehen wird festgelegt.

### Hilfsphase

Das erste **Konfrontationsgespräch** mit den Eltern oder einem Elternteil wird von einer kleinen Gruppe – am besten Arzt/Sozialdienst/Psychologe - geführt. Die Planung des Konfrontationsgesprächs erfolgt meist in der Teamsitzung. Es ist entscheidend, seine eigene Betroffenheit, Wut, Angst, Verzweiflung und Hilflosigkeit zu unterdrücken und das Problem Gewalt sachlich nüchtern ohne Schuldzuweisungen und Aggressionen anzusprechen. Die Eltern werden mit dem Verdacht konfrontiert und gleichzeitig wird die Möglichkeit einer Hilfestellung in Aussicht gestellt. Häufig ist in dieser Phase noch kein konstruktives Gespräch möglich. Man gibt den Eltern einige Tage Bedenkzeit und lädt sie danach zu einem weiteren Gespräch ein. Bestehen eine Tateinsicht und der Wille nach Veränderung, so wird versucht, die Ursachen der Gewalt zu ergründen und gemeinsam eine Lösung des Problems zu finden.

## Sozialplanphase

Mit kooperativen Eltern wird zusammen mit dem **Jugendamt** ein Plan erstellt, wie nicht nur den Kindern, sondern der gesamten Familie geholfen werden kann. Dabei werden die verschiedenen Angebote der sozialen Hilfsdienste in Anspruch genommen. Wenn die kontinuierliche Behandlung und Kontrolle gesichert sind, kann auch von einer Anzeige Abstand genommen werden, da ein Vertrauensverhältnis zu schützen ist.

In der **ersten Helferkonferenz** mit Mitgliedern der Kinderschutzgruppe, einem Sozialarbeiter des zuständigen Amtes für Jugend und Familie, zukünftig integrierten sozialen Institutionen, die therapeutisch eingeschaltet werden und bei Bedarf dem/r Kinder- und Jugendanwalt erfolgt die weitere Therapieplanung für Kind und Familie. Es wird erörtert, welche weiteren psychosozialen Institutionen kontaktiert und einbezogen werden müssen. Vernetzungstreffen mit den involvierten Helfern/innen sind notwendig. Eine rasche Übernahme durch außerklinische psychosoziale Einrichtungen kann durch frühzeitige Einbindung dieser Organisationen ermöglicht werden.

In einer **zweiten Helferkonferenz** wird den Eltern und im Familienverbund lebenden Erwachsenen das geplante Familientherapiekonzept vorgestellt und die Akzeptanz evaluiert. In dieser Phase ist es entscheidend, ob für das Kind bei einer Rückkehr in die eigene Familie eine Gefahr besteht. Daraus ergibt sich im günstigen Fall die soziale und therapeutische Rehabilitation oder im ungünstigen Fall bei mangelnder Kooperation die Entscheidung zur Trennung des Kindes von seiner Familie und die Fremdunterbringung.

**Fremdunterbringung:** Diese Entscheidung wird vom Familiengericht auf Antrag des Jugendamtes getroffen. Die Kinderschutzgruppe hat eine beratende Funktion, es können nur Empfehlungen ausgesprochen werden.

**Strafanzeige:** Wird in Absprache mit dem Jugendamt entschieden. Sie ist in manchen Fällen von schwerster Körperverletzung und fehlender Einsicht unerlässlich. Die Verantwortung der Kinderschutzgruppe ist groß, da im Falle einer falsch positiven Entscheidung Unschuldige einer Tat bezichtigt werden und im Falle einer falsch negativen Entscheidung Kinder möglicherweise weiteren Misshandlungen ausgesetzt sein können. Ein kinder- und familienzentrierter Weg, der medizinisches und psychosoziales Handeln kombiniert, ist eine wirkungsvolle Strategie zur Bekämpfung der Gewalt am Kind. Die akute, forensisch korrekte Befunderhebung und Sicherung ermöglicht auch die spätere Anzeige, da alle „Beweisstücke“ am Kind gesichert sind. In Fällen wo die Beweissicherung im Haushalt erforderlich ist muss sofort die Kripo informiert werden.

(Leicht modifiziert nach österreichischem Leitfadens für Kinderschutzgruppen:

[www.bmsg.gv.at/cms/site/attachments/0/4/4/CH0098/CMS1069841159535/kinderschutzgruppen-021.pdf](http://www.bmsg.gv.at/cms/site/attachments/0/4/4/CH0098/CMS1069841159535/kinderschutzgruppen-021.pdf).)

## Exemplarisch: Kinderschutzarbeit an schweizerischen Kinderkliniken

### Grundsatzklärung der Schweizerischen Gesellschaften für Pädiatrie und Kinderchirurgie (Jahr 2000)

1. Kindsmisshandlung in all ihren Formen ist ein häufiges Krankheitsbild, das oft nicht einfach zu diagnostizieren ist. Frühzeitige Aufdeckung und korrektes interdisziplinäres Management sind bei Kindsmisshandlung für die Prognose von großer Bedeutung.
2. Kinderschutz gehört grundsätzlich in den Verantwortungsbereich aller Institutionen und Fachpersonen, die beruflich mit Kindern zu tun haben. In den Kinderspitälern im Speziellen ist er integrierter Teil des Leistungsauftrages aller dort tätigen Disziplinen.
3. An jeder schweizerischen Kinderklinik soll es eine den lokalen Strukturen angepasste Kinderschutzgruppe geben, die von der Spitalleitung mit den nötigen Kapazitäten und Kompetenzen versehen wird. Wenn möglich sollen die Disziplinen Pädiatrie, Kinderchirurgie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kindergynäkologie, Sozialarbeit und Pflege darin vertreten sein.

4. Die Kinderschutzarbeit soll von einem interdisziplinären Team geplant und begleitet werden. Dieses steht den verantwortlichen Betreuungspersonen beratend zur Seite.
5. Kinderschutz ist nicht eine Spezialdisziplin von Einzelnen, sondern soll im medizinischen Alltag integrierte Denkweise im Hinblick auf Sensibilisierung, Wahrnehmung und bewusste Beobachtung sein und gehört von daher ins Pflichtenheft jeder/jedes Oberärztin/Oberarztes. In komplizierten Fällen soll jeweils ein Mitglied der Kinderschutzgruppe innert nützlicher Frist erreichbar sein.
6. Erkennen und Behandlung der Misshandlung und des Missbrauchs von Kinder und Jugendlichen gehören zur Weiterbildung in Pädiatrie und Kinderchirurgie und deshalb auch zum Weiterbildungsangebot jeder Kinderklinik und soll im Rahmen des Facharztexamens geprüft werden.
7. Das diagnostische Vorgehen beim Verdacht auf eine der verschiedenen Misshandlungsformen ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Als Richtlinien können die Guidelines\* der Fachgruppe Kinderschutz der schweizerischen Kinderkliniken dienen. Klinikeigene Merkblätter erleichtern das gezielte Vorgehen.
8. Jede Kinderklinik hat ein Interventionskonzept, das die lokalen Gegebenheiten berücksichtigt, wie z.B. die rechtlichen Voraussetzungen im Kanton (Amts- und Berufsgeheimnis, Anzeigepflicht, vormundschaftliche Regelungen etc.), die Opferhilfe und andere Hilfsangebote. Als Grundlage können die Guidelines\* der Fachgruppe Kinderschutz der schweizerischen Kinderkliniken dienen.
9. Die Interventionsstrategien sollen als klinikinterne Richtlinien festgehalten werden, um in Drucksituationen überstürztes Handeln und Einzelaktionen zu vermeiden; auch Erstinterventionen, die primär dem Schutz des Kindes gelten, sollen nicht von einer Person alleine geplant werden.
10. Die Interventionen umfassen medizinische, psychosoziale, vormundschaftliche und andere juristische Maßnahmen. Sie müssen interdisziplinär sein (Kinderschutzgruppe) und werden erst abgeschlossen, wenn die Folgeverantwortung und die weiteren Zuständigkeiten verbindlich geklärt sind.

\* [www.swiss-paediatrics.org/guidelines/mt-ge.pdf](http://www.swiss-paediatrics.org/guidelines/mt-ge.pdf)

## **Prinzipien der schweizerischen Kinderschutzgruppen**

1. Der Kinderschutz gehört zum Leistungsauftrag jeder Kinderklinik. Dafür muss an jeder Kinderklinik eine Kinderschutzgruppe vorhanden sein. Ihre Leistungen werden im Jahresbericht ausgewiesen.
2. Die Klinikleitung definiert zusammen mit der Kinderschutzgruppe sowohl Abläufe bei Kinderschutzfragen als auch die klinikinterne Weiterbildung und ermöglicht die gesamtschweizerische Zusammenarbeit.
3. Die Klinikleitung ermöglicht der Kinderschutzgruppe die eigene Weiter- und Fortbildung sowie Supervision.
4. Kinderschutzfälle sollen interdisziplinär und interinstitutionell behandelt werden.
5. Entscheidungen in Kinderschutzfällen sollen nicht alleine, sondern wenn immer möglich durch mindestens zwei Personen gefällt werden.
6. Die Kinderschutzgruppe trifft sich regelmäßig zu interdisziplinären Sitzungen.
7. Eine notfallmäßige Einberufung der Kinderschutzgruppe sollte innerhalb von 24 Stunden möglich sein.

## Rechtslage - Allgemein

Karsten Scholz, Ärztekammer Niedersachsen

### Die Schweigepflicht für Ärztinnen und Ärzte in Fällen häuslicher Gewalt

Über die Grundsätze ihrer ärztlichen Schweigepflicht sind Ärztinnen und Ärzte gut informiert. Dennoch gibt es Konfliktsituationen, in denen eine schwierige Abwägung zwischen dem Schweigegebot und dem Wunsch oder sogar der Pflicht zur Offenbarung zu treffen ist. Deshalb ist es sinnvoll, wenn es um Fälle häuslicher Gewalt geht, sich vorher über die Rechtslage noch einmal genau zu vergewissern.

Mit diesem Merkblatt wollen wir einige allgemeine Grundsätze wiedergeben, die Ihnen einen Einstieg in die Thematik ermöglichen. Dennoch sollten Sie sich bei Zweifeln auf jeden Fall noch individuell juristisch beraten lassen – z.B. durch die Juristinnen und Juristen der Ärztekammer Niedersachsen. Wenn Sie diese Beratung auch noch dokumentieren, ist jedenfalls das strafrechtliche Risiko für Sie gering, weil Sie sich notfalls – wie die Juristinnen und Juristen sagen – auf einen unvermeidbaren Verbotsirrtum berufen können.

### Entbindung von der Schweigepflicht

Im Grundsatz einfach ist die Rechtslage, wenn die Patientin Sie von der Schweigepflicht entbindet. Der vertrauensvollen Arzt-Patientenbeziehung widerspricht es gerade in Fällen häuslicher Gewalt häufig, von der Patientin am Ende des Gesprächs noch eine schriftliche Abgabe der Erklärung zu erbitten. Aber insbesondere dann, wenn die Patientin in ihrer Entscheidung unsicher ist und es auch nicht möglich ist, der Patientin noch weitere Bedenkzeit einzuräumen, sollten Sie diese Bedenken zurückstellen und sich nicht nur mit einer eigenen Dokumentation in der Krankenakte begnügen.

### Rechtfertigender Notstand

Eine Offenbarungsbefugnis besteht aber auch, wenn Interessen zu schützen sind, die weit höher wiegen als die Schweigepflicht. Hier erlaubt § 34 Strafgesetzbuch (rechtfertigender Notstand)<sup>1</sup> den Bruch der Schweigepflicht. Diese Rechtsnorm ist jedoch gerade bei Fällen häuslicher Gewalt zwiespältig, denn sie erlaubt es, andere zu unterrichten, verpflichtet aber nicht dazu. Deshalb hat die Ärztin oder der Arzt eine häufig nicht leichte Gewissensentscheidung zu treffen, die sich an der rechtlichen Bewertungsmessen lassen sollte – aber nicht muss.

<sup>1</sup> § 34 StGB: „Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.“

Durch den Angemessenheitsvorbehalt wird die Offenbarungsbefugnis allerdings eingeschränkt. Ist die behandelte Person in der Lage, die notwendigen Maßnahmen selbst zu veranlassen, muss die Ärztin/ der Arzt vorher auf sie einwirken, dieses von sich aus zu tun. Davon kann nur abgesehen werden, wenn das Einwirken nicht von vornherein aussichtslos ist.

### Handlungspflichten

In seltenen Fällen, vor allem aber wenn das Leben eines Kindes stark bedroht ist, können Anzeigepflichten nach § 138 Strafgesetzbuch (Nichtanzeige geplanter Straftaten)<sup>2</sup> bestehen. Das Gleiche kann gelten, wenn sich die Gewalt gegen eine Person richtet, die ebenfalls von Ihnen behandelt wird. Hier folgt die Offenbarungspflicht dann als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag.

## Schweigepflicht und Aussage in Gerichtsverfahren

Ärztinnen und Ärzte können in Strafverfahren als Zeuginnen/ Zeugen zu Fragen, die ihnen im Rahmen des Behandlungsverhältnisses anvertraut wurden, gehört werden. Das kommt allerdings selten vor. In aller Regel sind Erklärungen zur Schweigepflicht bei Gericht bereits zu den Akten genommen worden, sodass hier Probleme praktisch nie auftreten. Wenn Sie Zweifel über Ihre Rechte und Pflichten haben, wird Sie die Richterin oder der Richter auf Nachfrage belehren. Sie können sich aber natürlich auch an die Juristinnen und Juristen der Ärztekammer Niedersachsen wenden.

## Schweigepflicht und Informationen an die Polizei

Mehr Sorgfalt ist bei Anfragen der Kriminalpolizei geboten. In diesem Ermittlungsstadium wird manchmal nicht beachtet, dass die ärztliche Schweigepflicht auch die Identität der Patientin oder des Patienten und die Tatsache ihrer bzw. seiner Behandlung umfasst. Ferner gilt, dass das Strafverfolgungsinteresse des Staates grundsätzlich nicht den Bruch der ärztlichen Schweigepflicht rechtfertigt und Ausnahmen sich an den bereits erwähnten §§ 34 und 138 StGB messen lassen müssen.

*<sup>2</sup> § 138 StGB, Absatz 1: Wer von dem Vorhaben oder der Ausführung (...) 6. eines Mordes (§ 211) oder Totschlags (§ 212) oder eines Völkermordes (...) zu einer Zeit, zu der die **Ausführung oder der Erfolg noch abgewendet werden kann**, glaubhaft erfährt und es unterlässt, der Behörde oder dem Bedrohten rechtzeitig **Anzeige** zu machen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. (...) Absatz 3: Wer die Anzeige **leichtfertig unterlässt**, obwohl er von dem Vorhaben oder der Ausführung der rechtswidrigen Tat glaubhaft erfahren hat, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.*

## Herausgabe der Befunddokumentationen

In Zivilverfahren nach dem Gewaltschutzgesetz müssen Frauen den Nachweis erbringen, Opfer einer Körperverletzung oder Gesundheitsbeschädigung geworden zu sein. Hierbei kann ihnen eine ärztliche Dokumentation helfen. Diese dürfen Sie der Patientin aber nach § 10 Abs. 3 der Berufsordnung der Ärztekammer Niedersachsen nie im Original übergeben. Wenn Sie ihr gegen Kostenerstattung Fotokopien aushändigen, kann sie selbst entscheiden, wann und ob sie diese im Verfahren einsetzen wird. Bittet die Patientin um Übersendung der Dokumentation an das Gericht, ist hierin eine stillschweigende Entbindung von der Schweigepflicht zu sehen. Verlangt die Patientin einen ärztlichen Bericht, müssen Sie diesen in Erfüllung einer vertraglichen Nebenpflicht erstellen. Die Patientin kann im Grundsatz auch selbst entscheiden, welche Umstände dem Gericht mitgeteilt werden. Dadurch darf die Darstellung aber nicht entstellend werden.

## Schweigepflicht und Kooperationen mit Kooperationsarbeitskreisen, runden Tischen und kommunalen Netzwerken

Runde Tische und Kommunale Netzwerke arbeiten nicht an Einzelfällen (keine sog. Fallkonferenzen), sondern wollen grundlegende Kooperationsvereinbarungen erarbeiten.

Beispiel:

Idealer Interventionsverlauf bei häuslicher Gewalt – Welche Einrichtung, Institution kann was an welcher Stelle machen? Wo sind die Grenzen? Alle Teilnehmenden in Netzwerken haben ein Interesse daran, Informationen, die sie über einzelne misshandelte Frauen im Rahmen ihrer Tätigkeit erlangt haben, zu schützen. Nur mit einer ausdrücklichen Zustimmung der Betroffenen werden im Netzwerk Gespräche über Einzelfalllösungen durchgeführt.

(Info der Ärztekammer Niedersachsen, Dr. jur. **Karsten Scholz**, karsten.scholz@aeKn.de)

## § Rechtslage §

Das **Rechtsgebot der ärztlichen Schweigepflicht** nach §203 StGB ist im Sinne einer **Güterabwägung** gegenüber dem **gefährdeten Kindeswohl** abzuwägen.  
(„Kinderschutz vor Elternrecht“)

Der § 34 StGB erlaubt diese Abwägung im Sinne eines **rechtfertigenden Notstandes**, wenn Sie gründlich und gewissenhaft erfolgt.

Eine Verpflichtung zur Anzeige entsprechend dem § 138 StGB besteht jedoch nicht, der Arzt hat ein Zeugnisverweigerungsrecht

## Rechtliche Überlegungen – Sexueller Missbrauch

Bernd Herrmann

Es ist selten sinnvoll primär die Strafverfolgungsbehörden einzuschalten, da dieser Schritt nicht mehr rückgängig zu machen ist (Ermittlungszwang!). Es muss vorher gut überlegt werden, welche Schritte beim jeweiligen Kind bzw. Jugendlichen sinnvoll ist. Zu frühe Einschaltung der Polizei kann u.U. die weitere Diagnostik beeinträchtigen, so dass am Ende ein Freispruch aus Mangel an Beweisen steht, was für ein tatsächlich missbrauchtes Kind ein psychisches Desaster bedeutet. Für manche, insbesondere kleinere Kinder kann zudem der gerichtliche Prozess, die Aussage erst nach oft langer Zeit, in einer oft wenig kindgerechten Weise und Atmosphäre eine erhebliche emotionale Belastung darstellen. Auch womöglich „Schuld“ an der Verurteilung des Vaters (oder anderer nahe stehender Person) zu sein, ist für jüngere Kinder meist schwer zu verstehen und zu verkraften. Für manche ältere Kinder/Jugendliche hingegen kann die Verurteilung des Täters eine wichtige und heilsame Erfahrung sein um den Missbrauch zu verarbeiten. Es muss in jeden Fall eine gründlich überlegte Einzelfallentscheidung getroffen werden.

### Die Regelungen des 6. Strafrechtsreformgesetzes

(“Strafraahmenharmonisierung”), gültig seit dem 1.4.1998- Sexueller Missbrauch von Kindern

Das bislang geltende Recht sieht für den sexuellen Missbrauch von Kindern im Regelfall einen Strafraumen von sechs Monaten bis zu zehn Jahren (§ 176 StGB) vor. Für besonders schwere Missbrauchsfälle beträgt die Strafdrohung Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren. Der Strafraumen für besonders schwere Fälle wird allgemein als unbefriedigend empfunden; zum Vergleich wird etwa angeführt, dass ein Handtaschenräuber mit einer Strafe bis zu 15 Jahren rechnen muss, während für besonders schwere Missbrauchsfälle bislang maximal zehn Jahre Freiheitsstrafe verhängt werden konnten.

In der rechtspolitischen Diskussion wurde vorgeschlagen, generell für sexuellen Kindesmissbrauch eine Mindeststrafe von einem Jahr und eine Höchststrafe von 15 Jahren vorzusehen. Auch die Befürworter einer derartigen Gesetzesänderung mussten jedoch einräumen, dass damit bei den weniger schwerwiegenden Fällen keine befriedigende Lösung möglich ist. Das Gesetz soll nämlich alle denkbaren Missbrauchsfälle erfassen, also auch solche, die nicht unbedingt härteste Sanktionen erfordern. So macht sich z. B. ein Achtzehnjähriger grundsätzlich durch einen Zungenkuss mit seiner knapp 14jährigen Freundin strafbar, selbst wenn das Mädchen einverstanden ist. Zum Schutz der sexuellen Entwicklung von Kindern soll es nach allgemeiner

Überzeugung bei dieser Strafbarkeit bleiben, aber eine Freiheitsstrafe von mindestens einem Jahr scheint für derartige Fälle zu hoch gegriffen.

Deshalb enthält das Reformgesetz eine differenzierte Lösung mit verschiedenen Vorschriften, die nach der Schwere der Tat abgestuft sind und auf diese Weise auch die Belange des Opfers besser berücksichtigen:

- Wird durch den sexuellen Missbrauch der Tod des Kindes leichtfertig verursacht, liegt der Strafrahmen bei lebenslanger Freiheitsstrafe oder Freiheitsstrafe nicht unter zehn Jahren (bis zu 15 Jahren, § 176 b). Diese Vorschrift wird neu eingeführt
- Wird das Kind bei der Tat körperlich schwer misshandelt oder in Lebensgefahr gebracht, beträgt die Freiheitsstrafe zwischen fünf und 15 Jahren (§ 176 a Abs. 4). Auch diese Vorschrift ist neu.
- Erfolgt die Tat zur Herstellung insbesondere kommerzieller Kinderpornographie, beträgt die Freiheitsstrafe zwischen zwei und fünfzehn Jahren (§ 176 a Abs. 2 neu).
- Für schweren sexuellen Missbrauch liegt der Strafrahmen zwischen einem Jahr und 15 Jahren. Dazu zählen die Fälle, in denen der Täter den Beischlaf mit einem Kind ausführt oder die Gefahr schwerer körperlicher oder seelischer Schäden des Kindes hervorruft (§ 176 a Abs. 1). Insofern werden die bisher in § 176 enthaltenen Regelbeispiele in einer eigenen Vorschrift als selbständige Tatbestände erfasst. Neu ist, dass auch die von mehreren gemeinschaftlich begangene Tat und die Tatwiederholung innerhalb von fünf Jahren nach einer entsprechenden rechtskräftigen Verurteilung unter diesen Strafrahmen fallen.

Nach dem Reformgesetz ist der schwere sexuelle Kindesmissbrauch ein Verbrechen (bisher: Vergehen), und diese Einordnung hat weitere Konsequenzen:

Strafbar ist schon die bloße Verabredung zum schweren sexuellen Missbrauch. Künftig können also Eltern bereits dafür bestraft werden, daß sie ihre Kinder jemandem für einen schweren Missbrauch – etwa einen Beischlaf – “anbieten”, selbst wenn der andere nicht auf dieses “Angebot” eingeht.

- Ein Strafverfahren wegen schweren sexuellen Missbrauchs kann nicht – etwa gegen eine Geldbuße – eingestellt werden.

In den übrigen Fällen bleibt es bei der bisherigen Regelung (i. d. R. Freiheitsstrafe von 6 Monaten bis 10 Jahre).

**Das Rechtsgebot der ärztlichen Schweigepflicht nach §203 StGB ist im Sinne einer Güterabwägung gegenüber dem gefährdeten Kindeswohl abzuwägen. Der § 34 StGB erlaubt diese Abwägung im Sinne eines rechtfertigenden Notstandes, wenn Sie gründlich und gewissenhaft erfolgt. Eine Verpflichtung zur Anzeige entsprechend dem § 138 StGB besteht jedoch nicht, der Arzt hat ein Zeugnisverweigerungsrecht.**

## Intervention und Umgang mit körperlicher Misshandlung

Bernd Herrmann

***Kindesmisshandlung ist das Ergebnis eines komplexen psychosozialen Prozesses in einer pathologischen Familiendynamik. Dem muss auch die Intervention gerecht werden. Andererseits erfordern "einfache" Tatbestände wie akute Verletzungen auch "einfache" primäre Schritte, nämlich angemessene medizinische Versorgung und Behandlung und (zumindest vorübergehend) die Trennung des Kindes von einer gefährdenden misshandelnden Umgebung.***

Bei Verdacht auf Kindesmisshandlung jeglicher Art, gilt es zunächst **überhaupt daran zu denken**. Das bedeutet, dass bei einer Vielzahl unterschiedlichster Symptome und Konstellationen Misshandlung überhaupt als möglicher Verursacher in Erwägung zu ziehen ist. Das klingt banal, ist aber in der überwiegenden Zahl der Fälle der Grund für fehlendes Eingreifen. Die Angst Fehler zu machen, Patienten zu verlieren, einen schlechten Ruf zu bekommen, fehlende Ausbildung (besonders in Deutschland!) bezüglich der spezifisch medizinischen Hinweise aber auch mangelnde Kenntnis anderer sozialer Institutionen und Berufsgruppen und der Interventions- und Hilfsmaßnahmen mögen dafür Gründe sein. Ein wesentliches Moment ist die Angst den Eltern Unrecht zu tun. Leider führt das auf der anderen Seite dazu, dass man den misshandelten Kindern "Unrecht tut", sie in ihrer Not alleine lässt und schwere Verletzungen, Behinderungen oder sogar Todesfälle in Kauf nimmt. Das Erkennen der zuvor geschilderten Symptome und Hinweise ist leider nur gelegentlich einfach, oft aber uneindeutig und die Diagnose einer Misshandlung erfordert dann gezieltes und überlegtes medizinisch-diagnostisches Vorgehen. Voraussetzungen dafür sind spezialisierte Kenntnisse in somatischer und forensischer aber auch sozialpsychologischer Hinsicht.

Der **erste und wichtigste Schritt der ärztlichen Intervention** im Falle des Verdachts auf eine Misshandlung ist die **Sicherung des Kindesschutzes**. Da körperliche Misshandlungen fast nie Einzelereignisse sind, dafür fast immer die **Tendenz zur Eskalation** haben, sollte das Kind **stationär in eine Kinderklinik** aufgenommen werden. Dies dient neben dem unmittelbaren Schutz vor weiteren Misshandlungen auch der Entspannung der dramatischen Situation, die zur Misshandlung führte und ermöglicht auch den Eltern wieder "zu sich" zu kommen. Somit sind sie für die notwendigen folgenden Gespräche überhaupt erst "erreichbar", eine wesentliche Voraussetzung für die gründliche Erhebung der Vorgeschichte (Anamnese) und die Planung des weiteren Vorgehens. Das Ausbleiben von weiteren Verletzungen unter stationären Bedingungen ist ein zusätzliches Indiz für Misshandlung. Zudem ist die bei Misshandlung erforderliche gründliche Erhebung des körperlichen, emotionalen, psychosexuellen und kognitiven Entwicklungsstandes, die Verhaltensbeobachtung, die ausführliche körperliche Diagnostik, eventuelle akute Behandlung und vor allem die Planung des weiteren Vorgehens nur ausnahmsweise ambulant möglich. Auch misshandelnde Eltern sind Eltern, die sich (anscheinend paradoxerweise) um das Wohlergehen ihres Kindes Sorgen machen. Da körperliche Misshandlung häufig aus Überforderungssituationen entsteht, sind diese Eltern oft von erheblichen **Schuldgefühlen** bezüglich ihres eigenen Verhaltens geplagt. Daher ist die stationäre Behandlung in der Regel auch in ihrem Sinne. Um eine sofortige Konfrontation und Abwehrhaltung zu vermeiden, ist es nicht immer sinnvoll primär den Misshandlungsverdacht auszusprechen, sondern zu betonen, dass die vorgefundenen Verletzungen und der geschilderte Unfallhergang nicht zusammenpassen und das Kind gründlicher untersucht werden muss, auch um zusätzliche Verletzungen nicht zu übersehen.

Der erste Schritt der Diagnose, die **gründliche Anamnese**, umfasst das aktuelle Geschehen, das zur Aufnahme führte (wie plausibel ist der Unfallhergang? Wie haben sich die Eltern verhalten? Bleibt die Geschichte konstant?), die medizinische Vorgeschichte (frühere Verletzungen, Gedeihstörung u.a.), die Sozial- und Verhaltens- und Entwicklungsanamnese (handelt es sich ein "schwieriges Kind"? Ist es ein Risikokind für Misshandlung?) und die Klärung der sozialen Situation

und der Familienanamnese (ökonomische Probleme ? Eigene Vorgeschichte von Misshandlung oder andere Risikofaktoren bei den Eltern ?).

Die weitere Diagnostik misshandelter Kinder erfordert eine schonende aber gründliche und **vollständige körperliche Untersuchung mit sorgfältiger Dokumentation** (Foto, Körperschema, ausmessen!). Sie umfasst zunächst die Wachstumsparameter: Gewicht, Länge und Kopfumfang, da Gedeihstörungen ein wichtiger Hinweis auf Misshandlung und Vernachlässigung sind und eine gute spätere Kontrolle über den Erfolg ergriffener Maßnahmen bieten. Dabei muss auch der Anogenitalbereich untersucht werden, um Spuren sexuellen Missbrauchs nicht zu übersehen. Gegebenenfalls sollten auch Geschwisterkinder untersucht werden, da diese ebenfalls ein Misshandlungsrisiko tragen.

Erforderliche **Labor- und apparative Untersuchungen** hängen von den Umständen der Verletzungen ab. Bei allen kleineren Kindern ist ein so genanntes Skelettscreening internationaler Standard (immer unter 2-3 Jahren Alter, später nur gezielt), bei dem alle wesentlichen Knochen auf der Suche nach frischen oder alten Frakturen untersucht werden. Die in Deutschland übliche Skelettszintigrafie (Injektion radioaktiver Stoffe, die sich im Knochen anreichern) ist als Primärdiagnostik nicht sinnvoll. Kopfverletzungen erfordern eine Computertomografie und im späteren Verlauf eine Kernspintomografie. Wichtig ist die Untersuchung des Augenhintergrundes, da retinale Blutungen ein starker Hinweis auf intrazerebrale Blutungen sind. Ultraschalluntersuchungen können Verletzungen der Bauchorgane entdecken. Blutuntersuchungen können ebenfalls auf Verletzungen innerer Organe hinweisen oder aber helfen, seltene Gerinnungsstörungen oder Stoffwechseldefekte, die Misshandlung vortäuschen können, auszuschließen (☞ vgl. "Diagnostik").

**Ziel** ist es, zu einer möglichst präzisen, medizinisch fundierten Aussage zu kommen und dabei die oben erwähnten psychosozialen Faktoren ebenso gründlich zu berücksichtigen. Dann, aber auch schon im Vorfeld, ist es immer sinnvoll **weitere Berufsgruppen Miteinzuschalten**. Obwohl die **"ärztliche Autorität"** zur medizinischen Untermauerung der Diagnose und auch zur Motivation der Eltern hilfreich einsetzbar ist, kann die weitere Betreuung **nur** interdisziplinär und mit dem **Jugendamt** realisiert werden. Es können auch Kliniksozialarbeiter oder Psychologen eingeschaltet werden. An manchen Orten gibt es ärztliche Beratungsstellen, die fast immer multidisziplinär orientiert sind. In weiteren sind **Fallkonferenzen** mit *[im folgenden immer auch: "-Innen"]* Sozialarbeitern und -pädagogen des Jugendamtes, Familienrichtern, Lehrern, Erziehern, Kindergartenbetreuern aber auch Therapeuten (Kinderpsychologen und Kinder- und Jugendpsychiatern) ein hilfreiches Instrument, um das weitere Vorgehen zu besprechen, aufeinander abzustimmen und verschiedene Aufgaben zu verteilen. **Vor** einer **Entlassung** des Kindes muss sowohl der Kinderschutz, mögliche Therapie als auch die **Weiterbetreuung und Kontrolle** der betroffenen Familie gewährleistet sein. Die Einschaltung der **Polizei** kann bei schwerster Misshandlung zum Schutz des Kindes oder bei fehlender Kooperation der Eltern notwendig werden und sollte dann auch nicht gescheut werden. Als primäre Maßnahme ist sie jedoch meistens nicht sinnvoll. Aus der derzeitigen Rechtssprechung ergibt sich klar, dass der Arzt **keine Verpflichtung zur Anzeige** hat. Andererseits **steht das gefährdete Kindeswohl als höheres Rechtsgut über der ärztlichen Schweigepflicht, so dass der Arzt berechtigt ist, Misshandlungen anderen Stellen zu offenbaren**, um den Kinderschutz zu sichern.

Im unmittelbaren **Umgang mit den Eltern** ist eine konfrontative Haltung nicht sinnvoll. Im Gegensatz zu sexueller Misshandlung, bei der immer eine Trennung von Täter und Opfer notwendig ist, besteht bei körperlicher Misshandlung die Aussicht einer Änderung der Misshandlungsauslösenden Lebenssituation und Konstellation. Dazu ist aber wichtig, die Eltern zur Zusammenarbeit und Mitarbeit zu motivieren. Auch hierzu ist die erwähnte **"ärztliche Autorität"** hilfreich. Eine Beziehung, Vertrauen und eine Brücke zur Familie zu bauen ist langfristig tragbarer und somit vielmehr im Sinne der Kinder, als das Ausleben von Rache- oder Bestrafungsphantasien. Das **Eröffnen der Diagnose** einer Misshandlung erfordert die o.g. vorherige Klärung der weiteren Betreuungsstrukturen. Den Eltern sollen die **vorliegenden**

**Befunde erklärt werden und dass diese nicht mit dem angegebenen Unfallhergang vereinbar sind.** Dabei muss zweifelsfrei klar und deutlich gemacht werden, dass sie dem Kind zugefügt wurden, um Ausflüchte zu verhindern. Es ist wichtig dennoch zu verdeutlichen, dass gemeinsam überlegt werden soll, wie künftige Misshandlungen verhindert werden können. Es hat sich bewährt, dabei die Misshandlung inhaltlich klar zu beschreiben, die Eltern aber nicht als "Misshandler" zu bezeichnen, da dies erhebliche und unnötige Abwehr hervorruft. Erst wenn das weitere Vorgehen geklärt ist, und dazu gehört beispielsweise auch die ganz konkrete Bearbeitung familiärer und sozialer Probleme die Misshandlungsfördernd sind (Wohnung, Geldsorgen..), kann die Entlassung des Kindes erfolgen.

Die **weitere Betreuung** liegt meist nicht mehr in erster Linie in ärztlicher Hand sondern wird in der Regel durch das **Jugendamt** koordiniert. Dennoch haben gerade **niedergelassene Kinder- und Hausärzte** eine wichtige Rolle bei der Kontrolle des Therapie- bzw. Maßnahmen Erfolgs. Erneute Verletzungen oder Gedeihstörungen sind Hinweise auf ein Scheitern des bestehenden Konzeptes und weisen auf die Notwendigkeit einer Änderung oder erneuten Intervention hin. Daher sind **engmaschige ärztliche Kontrollen** ein wichtiges Instrument der Verlaufskontrolle. **Ärztliche Intervention** hat somit ihren Schwerpunkt bei der primären Erkennung von Misshandlung, steht dann aber am Anfang eines **multidisziplinären langfristigen Betreuungsprozesses einer Familie**. Diesen qualifiziert einzuleiten und zu begleiten ist die besondere ärztliche Verantwortung bei Kindesmisshandlung.

Bernd Herrmann, OA Kinderklinik, 9803389, 87457

## Umgang mit Misshandlung

Ute Thyen, Lübeck

Körperliche Verletzungen können sowohl durch aktive Handlungen als auch durch Unterlassungen, z.B. Verletzung der Aufsichtspflicht oder mangelnde gesundheitliche Fürsorge entstehen. Die Einschätzung, ob eine körperliche Verletzung mit einer Misshandlung assoziiert ist, oder als solche zu einstufen ist, hängt von den gesellschaftlich gültigen Standards und kulturellen Normen ab, beispielsweise hat sich die Toleranz gegenüber körperlichen Strafen in den letzten zehn Jahren deutlich verändert.

Die körperlichen Schmerzen und Beschädigungen werden immer von Angst, Hilflosigkeit und Verzweiflung des Kindes begleitet. Das Kind musste erleben, dass der Erwachsene, der es schützen sollte, die Kontrolle verliert und ihm Schaden zufügt. Die Beachtung dieses Traumas ist ebenso wichtig wie die Versorgung der äußerlichen Wunden.

Kindesmisshandlung entspringt in aller Regel einer gestörten Eltern-Kind-Interaktion. Sie ist meist nicht allein aus einer aktuellen Belastungssituation zu erklären und in der Regel nicht ein einmaliges Ereignis, sondern das schädigende Symptom einer zugespitzten Beziehungskrise. Im Mittelpunkt des Management nach Diagnosestellung steht das Verständnis dieser spezifischen Dynamik, in die genauer Analyse von möglichen Risikofaktoren hineinreicht: ungelöste biographische Erfahrungen der Eltern, fehlende personale wie auch soziale Ressourcen, Partnerkonflikte, fehlende Elternkompetenz und Regulationsprobleme sind besonders wichtig. Im Weiteren erfolgt eine Klärung der Schutzfaktoren, die eine Rehabilitation und Unterstützung der Familie möglich machen. Aufgrund der weitreichenden psychosozialen, gesundheitlichen und legalen Konsequenzen für das Kind ist bereits bei der Primärdiagnostik eine Zusammenarbeit mit der Rechtsmedizin und der Jugendhilfe erforderlich. Das gemeinsam in einer Helferkonferenz abgesprochene Management sichert einerseits den Schutz des Kindes, beschreibt andererseits die Möglichkeiten der Bewältigung des Traumas bei den misshandelnden Eltern und die Übernahme von elterlicher Verantwortung, die Chancen für eine zukünftig gebesserte Eltern-Kind-Beziehung und Ressourcen für die Rehabilitation der Familie. Solche Lösungen können bedeuten, dass die Strafverfolgung gegenüber dem gewählten Managementplan zurücksteht. Eine psychotherapeutische Behandlung der Eltern kann eine erfolgreiche Präventionsstrategie sein zur

Verhütung einer erneuten Misshandlung desselben Kindes (besonders wichtig bei richtig erkannten minimalen Schütteltraumen), aber auch dem Schutz nachfolgende Geschwister dienen. Präventionsstrategien schließen öffentliche Aufklärungskampagnen ebenso ein wie das Erkennen von Frühwarnzeichen für drohende Misshandlung und Einleitung sofortiger Maßnahmen zur Familienunterstützung und interdisziplinäre Kooperation.

Der englische Kinderarzt Arnon Bentovim hat dazu Kriterien entwickelt, die diese Einschätzung erleichtern können. Es geht dabei um:

- (1) das Ausmaß der Verantwortung, die die Eltern für den Zustand des Kindes übernehmen sowie der Einsicht der Eltern, dass eine Veränderung notwendig ist - im Gegensatz zu mangelnder Verantwortung;
- (2) das Ausmaß der Wärme, Empathie und Fähigkeit, die Bedürfnisse des Kindes auch unter Belastung voranzustellen- im Gegensatz zu Abwehr und Schuldzuweisungen an das Kind;
- (3) Einsicht und Annahme von Hilfe in Bezug auf elterliche und erzieherische Probleme- im Gegensatz zu Verleugnung und Bagatellisierung der Probleme;
- (4) Flexibilität in Beziehungen und das Potential, Lebensmuster zu ändern- im Gegensatz zu Verleugnung und erstarrter Haltung.
- (5) kooperative Einstellung professionellen Helfern gegenüber- im Gegensatz zu übermäßiger Verbitterung.
- (6) die Verfügbarkeit von Ressourcen im Umfeld der Familie, im Gegensatz zu einer psychosozial und strukturell verarmten Lebensumwelt.

Jedes dieser Kriterien bietet ein Kontinuum zwischen positiv einzuschätzenden Fähigkeiten und dem völligen Fehlen dieser Fähigkeiten. Eine sicher positive Prognose kann erwartet werden, wenn alle sechs Kriterien zumindest mit »gut« oder »ausreichend« bewertet werden. Die Abschätzung der Entwicklungsprognose eines Kindes und der möglichen Rehabilitation eines Kindes ist eine Aufgabe, die Möglichkeiten einer einzelnen Person übersteigt, und die nur in einem interdisziplinären Team, d.h. im Rahmen einer Helferkonferenz erfolgen kann.

Die Diagnostik und Intervention erfolgt in der Regel interdisziplinär, unabhängig davon, ob das Kind primär in einer Einrichtung der sozialen Dienste, des Gesundheitswesens, Kinderbetreuungseinrichtungen, Schulen oder einer speziellen Kinderschutzeinrichtung gesehen wird. Dabei ist auf eine besondere Expertise im Erstgespräch mit Eltern und in der Durchführung von Fallkonferenzen zu achten

Stationäre Unterbringung ist in manchen Fällen von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung notwendig, insbesondere, wenn eine akute Gefährdung des Kindes besteht. In der Regel stehen am Ort keine spezialisierten Einrichtungen mit Kindernotaufnahmen zur Verfügung, insbesondere, wenn es sich um kleine Kinder handelt. Oft erfolgt die stationäre Aufnahme daher in einem Kinderkrankenhaus. Bei einer drohenden gesundheitlichen Gefährdung ist eine solche Aufnahme gerechtfertigt und dient der sicheren Unterbringung des Kindes und ausführlicher Diagnostik (medizinisch, psychologisch, sozial). Der stationäre Aufenthalt kann auch der vorübergehenden Entlastung in einer Krisensituation dienen- letzteres allein rechtfertigt jedoch keinen stationären Krankenhausaufenthalt. In einem solchen Fall müssen durch die sozialen Dienste Unterbringungsmöglichkeiten gefunden werden.

Prof. Ute **Thyen**, Universitätskinderklinik Lübeck

## Umgang mit sexuellem Kindesmissbrauch

Bernd Herrmann

- ① Die **Intervention** bei Verdacht auf SKM kann sowohl *therapeutische Aspekte* haben ("Primär *therapeutische Intervention*", Fürniss 1986, 1989), als auch hochgradig *schädigend* wirken (*sekundäre Traumatisierung* durch unsachgemäße Intervention oder *Verhindern der Aufdeckung* durch falsche, unbedachte, vorschnelle Intervention).
- ② Die **allererste Krise**, ist die der beteiligten Professionellen.
  - ☞ **Niemals**: panisch, überstürzt, vorschnell handeln - **Ruhe bewahren!**
  - ☞ **Niemals** die Eltern primär über den Verdacht auf SKM informieren oder befragen!  
Begründung: Sollte der Täter aus dem engen Familienkreis kommen, wird in der Regel daraufhin das Kind psychisch so massiv unter Druck gesetzt, dass jede weitere Äußerung oder Aufdeckung unterbleibt. Das Kind kann nicht mehr geschützt werden, man hat das Fortbestehen des Missbrauchs mitverschuldet!
  - ☞ **Niemals primär** die Polizei oder Staatsanwaltschaft einschalten - diese haben Ermittlungszwang, d.h. es lässt sich nichts mehr rückgängig machen. Zu einem späteren Zeitpunkt kann das Einschalten der Strafverfolgungsbehörden sehr wohl sinnvoll sein. Daneben gibt es auch das familiengerichtliche Verfahren. Es will aber gut überlegt sein, was für das jeweilige Kind am besten ist.
- ③ *Der Alleingang eines Einzelnen ist niemals sinnvoll.* Die **gründliche Vorbereitung und Planung** ist Voraussetzung eines erfolgreichen Kinderschutzes und braucht Zeit. Da das Kind an den Missbrauch 'adaptiert' ist, besteht sehr selten sofortiger Handlungsbedarf, auch wenn das für die Helfer schwer zu ertragen ist. Nach der Aufdeckung, ist keine Zeit mehr - es muss dann schnell gehandelt werden!⇒ Punkt 9)
- ④ Der erste Schritt ist, SKM überhaupt in die **Differentialdiagnose** einzubeziehen. Das erfordert entsprechende Grundkenntnisse und die Bereitschaft, dahingehende Hinweise wahrzunehmen. Auch muss man bereit sein, dem Kind zu glauben und seine Gefühle zu respektieren. Besonders schwer fällt das bei positiven Gefühlen des Opfers gegenüber dem Täter!
- ⑤ Der **Verdacht** auf SKM ist oft zunächst vage. Es ist dann sinnvoll, die entsprechende Beobachtung mit einem Kollegen oder Kollegin zu besprechen. Gibt es bereits ähnliche Beobachtungen, was bedeutet das Wahrgenommene? Sehr hilfreich ist es auch, jemand mit Erfahrung bei SKM zu konsultieren - Kinderschutzbund, Beratungsstellen, Jugendamt o.a. Meist ist das auch zunächst ohne Nennung des Namens des Kindes möglich. Für sich selbst ist dann zu klären, ob man bereit und fähig ist, mit dem Verdacht umzugehen, und sich weiter um das Kind zu kümmern. Andernfalls ist es wichtig, jemand anderen damit zu betrauen. Keinesfalls darf man das Kind sich selbst überlassen.
- ⑥ Der nächste Schritt ist das Erhärten des Verdachtes durch Sammeln weiterer Fakten, Beobachtungen und Hintergrundinformationen, um **vom vagen Verdacht zum begründeten Verdacht** zu kommen. Dabei sollten immer **alle Fakten genauestens dokumentiert** werden (Beobachtungen, Verhalten, Verletzungen, Äußerungen des Kindes *wörtlich*, jedoch *keine Bewertungen*). Hierzu kann auch die medizinische Untersuchung mit entsprechender Diagnostik zählen. Bei jedem Schritt kann eine erneute *Beratung durch Erfahrene* sinnvoll sein.
- ⑦ Liegen hinreichend Fakten vor um eine **Intervention** zu erwägen, muss diese genauestens geplant werden. Das bedeutet *immer multiprofessionelle Kooperation* und Koordination. Keine Berufsgruppe oder Professionelle/r kann SKM allein handhaben! Die Koordination der Schritte und Helfer sollte besprochen werden, möglichst in **Fallkonferenzen**. Es ist zu klären, wer welche Funktion und Aufgabenzuordnung im professionellen Netz hat. Eine durchdachte **Vernetzung** der Bereiche Kinderschutz, Rechtsintervention und therapeutischer Intervention ist essentiell. Am Ende der Planungsphase erfolgt ein **Interventionsplanungstreffen** auf dem geklärt werden muss:

wer spricht mit dem Kind, mit den Eltern, wer konfrontiert den Täter? Wie ist die mögliche Rolle der Rechtsinstanzen? Wie erfolgt die Weiterbetreuung, gegebenenfalls Unterbringung und Therapie des Kindes? Welche weiteren Schritte ergeben sich? Gibt es die Möglichkeit einer Tätertherapie?  
☛ Bei SKM ist *immer die räumliche Trennung von Täter und Opfer* indiziert!

⑧ Der o.g. Idealfall der Kooperation tritt fast nie ein - häufig sind Konflikte, Reibereien, Kompetenzgerangel, Abwertung anderer Institutionen und Berufsgruppen. Dies kann oft als **Stellvertreterkonflikte** gedeutet werden, d.h. sie spiegeln die Familiendynamik und -konflikte auf einer anderen Ebene wieder und können zu deren Verständnis genutzt werden.

*Beispiel:* Sozialarbeiter: „Das Kind leidet und muss raus aus der Familie!“ Therapeut: „Das Kind liebt seinen Vater (-Täter) und will in der Familie bleiben!“ - beides sind (für sich `richtige`) Ansichten derselben Sache.

⑨ Das **Aufdeckungsgespräch** durch einen Erfahrenen mit dem Kind und dessen Vertrauensperson, induziert die Familienkrise. Eine gute Dokumentation des Gesprächs (Video, schriftlich, Zeugen hinter Spiegelglas) kann dem Kind evtl. spätere quälende Mehrfachbefragungen ersparen. Danach erfolgen die Eröffnung mit den Eltern und die Konfrontation des Täters. Dabei sollten die Fakten in den Worten des Kindes benannt werden.

⑩ Möglichst unmittelbar danach sollte als letzter Schritt der Krisenintervention und als Überleitung zur Therapie das **Familiengespräch** erfolgen. Ziel ist die Übernahme der alleinigen Verantwortung für den Missbrauch durch den Täter.

Das hat erhebliche therapeutische Bedeutung für das Kind im Sinne einer Entlastung und Freisprechen von Schuldgefühlen). Wichtig ist das Etablieren der Fakten vor der gesamten Familie, um das Familiengeheimnis zu durchbrechen. Andernfalls besteht die Gefahr massiver sekundärer Verleugnung oder sogar Rücknahme von Geständnissen. Weiterhin muss über den zukünftigen Umgang der Familie miteinander und gegebenenfalls bevorstehende Trennungen geredet werden. Es muss klargemacht werden, dass diese Konsequenzen des unverantwortlichen Handelns des Täters sind und nicht Schuld des Kindes!

- Eine Tätertherapie ist immer anzustreben, da sie aufgrund der enormen Wiederholungsgefahr und des Suchtcharakters von SKM vermutlich die effektivste Präventionsmaßnahme darstellt (auch Gefängnisstrafen schützen nicht vor einem Rückfall!)

Da alle Ärzte, die Kinder behandeln, unweigerlich auch misshandelte Kinder behandeln, ist es sinnvoll bereits im Vorfeld die regionale Kinderschutzinfrastruktur kennen zu lernen. Das Kennen lernen der beteiligten Fachleute erleichtert sehr die zwingend erforderliche multiprofessionelle Kooperation in Verdachtsfällen. In vielen Städten (so auch Kassel!) haben sich u.a. hierzu multiprofessionelle Arbeitskreise gebildet.

## Psychologisches Vorgehen bei Verdacht auf Kindesmisshandlung / sexuellen Missbrauch

Renée Flint

**Grundlage:** Um das Kind nicht in Loyalitätskonflikte zu bringen und den Aufbau einer vertrauensvollen Gesprächsgrundlage zu ermöglichen, ist die Teilnahme an Elterngesprächen vor Abschluss der Exploration des Kindes nicht vorgesehen. Es kann jedoch sinnvoll sein, nach Klärung des Sachverhaltes, in Rücksprache mit dem behandelnden Arzt und dem Sozialdienst, am Gespräch mit schützenden Bezugspersonen teilzunehmen, um den Einbezug der besonderen kindlichen Bedürfnisse in die Planung der weiteren Betreuung zu gewährleisten.

### Psychologische Exploration des Kindes:

(nach Rücksprache mit betreuendem Arzt, bzw. zuständigen Schwestern/Pflegern)

1. Mit dem Kind abklären, was es über den Grund seines Krankenhausaufenthaltes denkt (was wurde ihm gesagt, was denkt/befürchtet es selbst?), evtl. über Grund aufklären/von möglichen Schuldgefühlen entlasten
2. Fragen zur Symptomatik (Aufnahmeanlass): Art der Beschwerden, Dauer, Häufigkeit, Situationsabhängigkeit, Folgen/Umgang damit, eigene Erklärungen des Kindes dazu, Erklärungen der Bezugspersonen dazu
3. Hat das Kind Sorgen/Befürchtungen seine Bezugspersonen betreffend? Halten die Befürchtungen davon ab, sich offen mitzuteilen? Gesprächsbereitschaft abklären bzw. fördern/herstellen
4. Fragen zum Lebensalltag und –umfeld, um das Kind und seine Lebenswelt kennenzulernen und Vertrauen aufzubauen
5. Im Gespräch über Symptomatik und Alltag den fraglichen Sachverhalt einkreisen bzw. sich inhaltlich annähern, „Brücken bauen“, um dem Kind die Schilderung des Erlebten zu erleichtern bzw. zu ermöglichen

Wichtig: Sich selbst vorstellen, eigene Rolle transparent machen, zu Fragen ermutigen, keine falschen Versprechungen machen, möglichst offen mit der Problematik umgehen, aber nicht konfrontativ

### Während des Gesprächs mit erheben:

#### 1. Psychopathologischen Befund

Orientierung, Interaktion, Affekte, Konzentration/Aufmerksamkeit, Bewusstseinsveränderungen, akute/latente Suizidalität

#### 2. Gibt es Hinweise auf klinische Symptomatik?

Essstörungen, Ängste, Depressionen, suizidale Tendenzen, frühere Suizidversuche, Selbstverletzungen, dissoziative Zustände.

Gab es bereits Behandlungsversuche? Unternahm das Kind Versuche, sich Hilfe zu holen?

Hat das Kind sich schon einmal anvertraut? Wem? Erfahrungen damit?

Besteht aktuell kinder- und jugendpsychotherapeutischer bzw. –psychiatrischer Behandlungsbedarf?

Gegebenenfalls nach Absprache Kontakte zur Weiterbehandlung anbahnen

(Dipl.-Psychologin R. Flint, Sozialpädiatrisches Zentrum mit Neuropädiatrie, Klinikum, 980-3595)

## Pflegerische Aspekte

Gudrun Frese

### Wichtig

- Trägt das Kind\* noch die gleiche Kleidung wie bei dem Übergriff?  
Wenn ja, diese in separatem Beutel aufbewahren (kein Plastikbeutel –zerstört DNA !)
- Kind erst nach Rücksprache mit zuständigem Arzt\*\* waschen (Alle Spuren gesichert !?)

### Genauere Dokumentation in separatem (!) Ordner:

1. Mit zuständigem Arzt abklären, mit wem das Kind die Station verlassen darf
2. Pflegezustand des Kindes (Schmutzige Kleidung, dreckige Fingernägel u.s.w.)
3. Sind Hämatome vorhanden? (Größe, Lokalisation, Farbe)
4. Wer kam wann, für wie lange zu Besuch? (Bitte auf dafür vorgesehene Blatt notieren)
5. Wie war der Umgang zwischen Besucher und Kind?
6. Freut sich das Kind auf angekündigten Besuch, oder wirkt es eher verschreckt?
7. Wie ist das Verhalten des Kindes dem Pflegepersonal gegenüber?  
(Ängstlich, zurückhaltend, distanzlos)
8. Wie verhält sich das Kind gegenüber anderen Patienten?
9. Wie formuliert das Kind diverse Tätigkeiten und Begriffe  
(z.B. Stuhlgang, Urin lassen, Scheide, Penis)
10. Wie beschreibt das Kind seine familiäre Situation/Schule/Freunde/Lebenslage?
11. Wie äußert sich das Kind zu seinen Verletzungen oder anderem Grund des stationären Aufenthaltes?  
(Bitte wörtlich notieren mit Datum, Uhrzeit, gezeigten Gefühlsregungen!)
12. Wie verhält sich das Kind in Bezug auf das schlafen gehen?
13. Wie schläft das Kind? (Weint, schläft unruhig )
14. Genießt sich das Kind? (Altersentsprechend?)
15. Nicht altersentsprechend wirkendes sexualisiertes Verhalten ?  
(Wirkt es aufreizend, kokett?)
16. Sind alle erforderlichen „U“s“ im gelben Heft wahrgenommen worden und wenn ja, wie oft wurde dafür der Arzt gewechselt?
17. Absprachen mit dem Jugendamt beachten.

### PS:

- \*Mit „Kind“ sind im Folgenden auch immer Jugendliche einbezogen.
- \*\*Mit „zuständigem Arzt“ ist bevorzugt ein ärztlicher Ansprechpartner aus der Kinderschutzgruppe gemeint !

## SOZIALDIENST KONZEPT

Interventionen und „Handlungsschema“ der Sozialberatung bei Verdacht auf  
Kindesmisshandlung/-vernachlässigung, Missbrauch

Christel Miehle, Andreas Neumann

Meldung an unseren Dienst durch die Ärzte der Kinderklinik

### Erstgespräch

#### **Erhebung einer Familienanamnese/Sozialanamnese im Hinblick auf:**

- Einbindung des Kindes in Familie, Familienzusammensetzung/  
Familienstruktur  
Herausarbeiten der einzelnen Positionen
- soziale Kontakte
- berufliche Einbindung der Eltern
- finanzielle Situation
- Belastungen bei Familienmitgliedern, evtl. Spannungen
- Erziehungsprobleme oder ähnliches in der Vergangenheit
- Was war in letzter Zeit Besonderes

#### **Annäherung an und Erhebung der Dynamik beim Misshandlungsablauf/ Situationsdynamik:**

- bisherige Problemlösungsmuster bei Problemen  
(z.B. Ohrfeigen)
- Häufigkeit
- Tatbeschreibung

#### **Abgleichen der erhobenen Informationen**

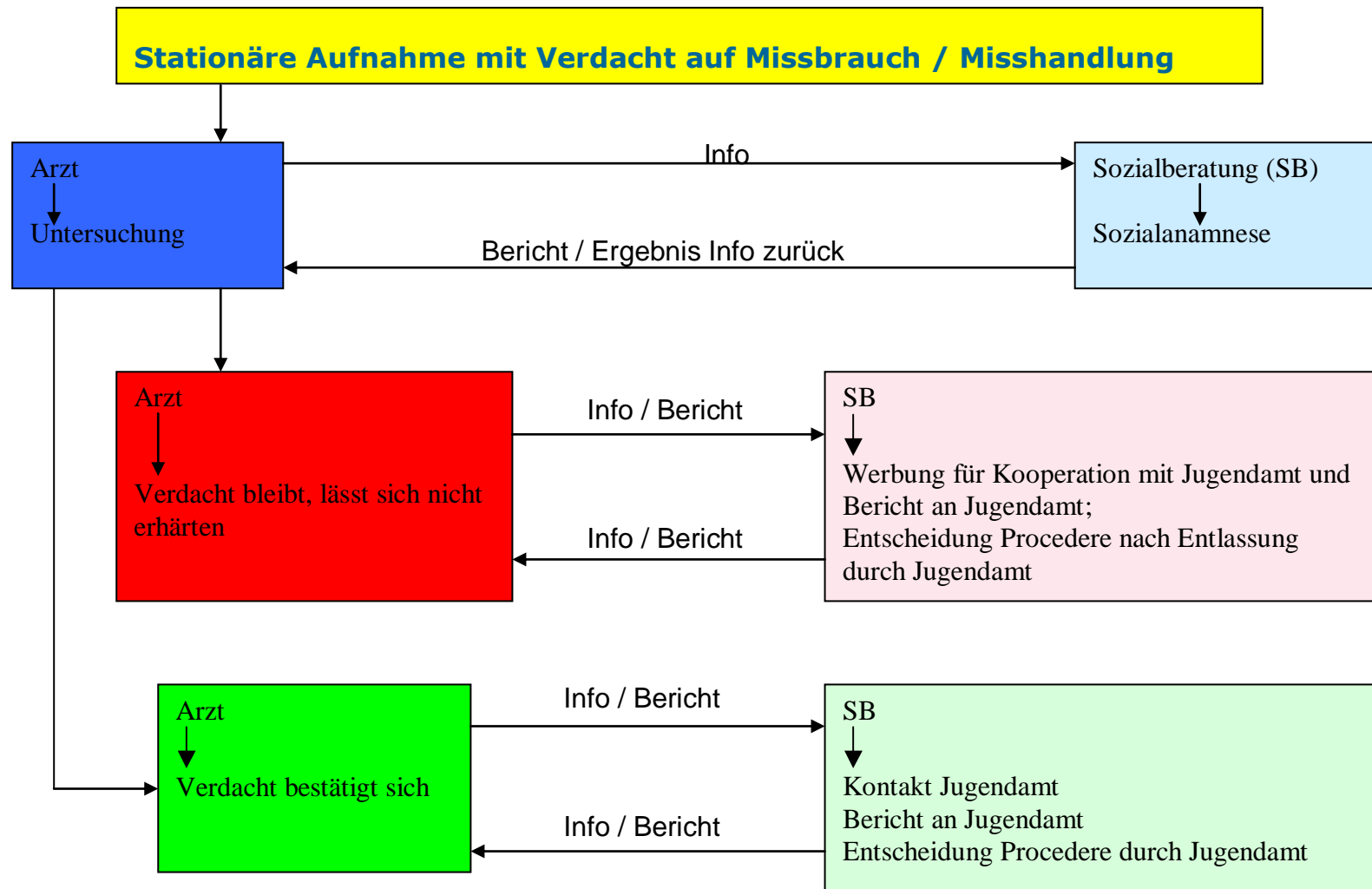
aus der Sozialanamnese mit der medizinischen Situation, anschließende gemeinsame  
Entscheidungsfindung mit Arzt über Entscheidung Jugendamt ja/nein und Abwägung  
Anzeige ja/nein.

Fällt die Entscheidung zur Einschaltung des Jugendamtes, nehmen wir den Kontakt zum  
zuständigen Jugendamtsmitarbeiter auf und setzen einen gemeinsamen Gesprächstermin  
fest.

### Zweitgespräch

mit der Familie (und Arzt):

- Schaffen von Problembewusstsein
- Erarbeiten von Lösungs- und Bearbeitungsmöglichkeiten
- Herstellen von Kontakten zu weiterführenden Beratungs-  
stellen, etc.



## LEITFADEN II: Medizinische Diagnostik

### A: Allgemeine und unfallspezifische Anamnese

1. Was ging der Verletzung voraus ? Die Eltern (bzw. das Kind betreuenden Personen) sollen detailliert schildern was sich in den Stunden vor der Verletzung ereignet hat. Wann wurde die Verletzung zuerst bemerkt ? Wie haben sich die Symptome entwickelt ? In welcher Reihenfolge und zeitlichen Abfolge ? Wann hatte das Kind die letzte normale Mahlzeit ? Was aß das Kind und wie viel?
2. Wer hatte Zugang zum Kind vor der Verletzung ? Wer war im Haus/der Wohnung ? Wer hat das Kind beaufsichtigt ? Wer könnte das Ereignis beobachtet haben?
3. Gab es ein vorausgehendes Geschehnis, Ereignis vor der Verletzung ? Oft ereignet sich KM während frustrierender Episoden während des Fütterns, Windelns oder Wickelns. Elterliche Streitigkeiten/Kämpfe können ebenfalls einer KM vorausgehen.
4. Was für ein Kind ist das Kind ? Gibt es viel Koliken, Schreien, Schwierigkeiten in der Versorgung in einer problematischen Entwicklungsphase ? Wie ist die Beziehung zwischen Eltern und Kind ?
5. Wie haben die Eltern auf die Verletzung reagiert ? Gab es Erste-Hilfe-Maßnahmen oder Reanimationsversuche ? Erfolgte ein prompter Arztbesuch oder mit Verzögerung ?
6. Wie ist die Eigenanamnese des Kindes ? Gab es frühere ernsthafte Verletzungen, Apnoen (ALTE), Krampfanfälle, Erbrechen ? Schwierige Geburtsanamnese, neonatale Komplikationen, frühe Trennungen von Mutter und Kind ? Ist das Kind geimpft und erhält regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen ?
7. Ist das Kind altersentsprechend entwickelt ? Ist es physisch, kognitiv und vom Entwicklungsstand fähig zu Handlungen die die Eltern beschreiben ? (z.B. kann es sich drehen, in eine Badewanne steigen und Wasser anmachen, auf einen hohen Gegenstand klettern ?)
8. Bei entsprechender Sprachentwicklung ist die Befragung des Kindes selbst sehr hilfreich. Es kann gefragt werden, was passiert ist und wer die Verletzung verursacht hat. Auch andere Formen von KM sind anzusprechen. Angstfreier ist die Schilderung eines Beispiels ("ich kenne ein Kind das hatte genau wie Du..."). Die Äußerungen müssen unbedingt in den Worten des Kindes dokumentiert werden, ebenso sind die Gefühlsäußerungen/Affekt dabei zu notieren.
9. Wenn andere Kinder Zeuge waren, ist ihre Schilderung ein wichtiges Zeugnis, wörtlich oder durch Beobachtung ihres Spielverhaltens, in dem das Erlebte ausagiert wird.

### Familien und Sozialanamnese

1. Wie ist die Familienkonstellation ? Wer lebt in der Wohnung/Haus, wie sind die Verwandtschaftsverhältnisse? Wie ist das familiäre Umfeld, gibt es Unterstützungs-Hilfsangebote (family support system) ? Wer "gehört noch zur Familie", Hausfreunde, etc. ?
2. Gibt es soziale Stressoren für die Familie ? (Armut, [drohende]Arbeitslosigkeit, Familienkonflikte, Trennungen oder Scheidung, häusliche Gewalt, Gesetzesbruch, vorausgehender Kontakt mit Jugendämtern/Beratungsstellen, Alkohol, Drogenkonsum).
3. Wie sind die Eltern selbst als Kind aufgewachsen ? Gibt es eine Vorgeschichte körperlicher Misshandlung oder familiärer Gewalt?

4. Wie disziplinieren die Eltern das Kind ?

5. Zeigen die Eltern angemessene Sorge in Bezug zur Schwere der Verletzung ?

### Spezielle medizinische und differenzialdiagnostisch orientierte Anamnese

IMMER: gründliche Vorgeschichte erheben: problematische SS, Geburt, perinatale Probleme, Trennung, Erkrankungen, Behinderungen, chronische Erkrankungen, deren Stressfaktor etc.

#### Speziell bei

##### **Frakturen:**

Familienanamnese von Knochenkrankungen oder -deformitäten, Osteogenesis imperfecta, vermehrten Frakturen, blauen Skleren, Dentinogenesis imperfecta, Schwerhörigkeit,

Medikamente: Vit. A, Phenobarbital, DPH, MTX, Prostaglandin E

##### **Hautveränderungen:**

Mongolenfleck: ethnische Zugehörigkeit ? Mischehe ? Vorfahren? atypische Lokalisation ?

Phyto-dermatitis: Limone, Zitrone, Sellerie, Feige, Pastinak ?

Allergie, Kontaktekzeme ? Chemische Irritantien, Haushaltsmittel, neue Pflegemittel ?

Wäschefarbe: neue Kleidungsstücke (schwarz, blau) ?

Volksmedizinische Praktiken: Münzenrollen (Asiaten), Schröpfen,

##### **Hämatome/Blutungen:**

Familienanamnese von Blutungserkrankungen (Hämophilie u.a.) ? Bekommt das Kind oder ein Verwandter leicht blaue Flecke ? ...blutet ungewöhnlich lang ? (CAVE: Schutzbehauptung)

Bei Säugl.: Vitamin K Gabe erfolgt ? Hinweise auf Malabsorption/Gedeihstörung als Ursache für Vit. K-Mangel ? Hinweise für akzidentelle Antikoagulantienaufnahme (Marcumar der Oma ?

Ratten- und Mäusegifte enthalten Cumarine !)

##### **Verbrennungen:**

Volksmedizinische Praktiken: Moxibustion ?

Impetigo bei anderen Kindern ? (als DD zu Zigarettenverbrennung)

### Untersuchung/Einschätzung der kindlichen Lebensverhältnisse

Obwohl die Tatortuntersuchung üblicherweise kein Bestandteil des medizinisch-diagnostischen Vorgehens ist, ist sie ein wichtiger Teil des Informationszusammentragens. Die entsprechenden Fragen sind von der Art der Verletzungen abhängig. So sollte bei einer Verbrühung durch Leitungswasser, die Wassertemperatur gemessen werden. Wie viel Kraft/Geschick erfordert das Aufdrehen des Wasserhahnes? Wie hoch ist er vom Boden entfernt ? Wie ist der Badewannenabfluss verschlossen, wie anspruchsvoll ist es ihn zu verschließen?

Bei Stürzen sollte die Fallhöhe gemessen und die Art der Unterlage (Steinfußboden, Teppich) dokumentiert werden. Welche Gegenstände sind im dem Raum, wie sind die Möbel arrangiert ? Bei Treppenstürzen: wie hoch sind die Stufen, wie sind sie bedeckt ? Falls ein "Gehfrei" involviert ist, hat er Kratzer oder Dellen ? Nach Blut, Erbrochenem oder vergossenen Nahrungsresten ist zu forschen. Der Eindruck der allgemeinen Organisation und Sicherheit eines Haushalts kann Auskunft über Risiken und Stressgrad andeuten.

## B: Untersuchung bei körperlicher Misshandlung

Misshandelte Kinder sind in vielfacher Beziehung traumatisierte Kinder und erfordern eine schonende aber gründliche und kompetente Untersuchung mit sorgfältiger Dokumentation (Foto!). Manche körperlich misshandelte Kinder sind auch sexuell missbraucht, viele vernachlässigt.

Die körperliche Untersuchung sollte folgendes umfassen:

- 1. Wachstumsparameter:** Gewicht, Länge und Kopfumfang sollen auf Perzentilen eingetragen werden und mit dem bisherigen Perzentilenverlauf verglichen werden. Beispielsweise kann eine abrupte Kopfumfangszunahme das Zurückdatieren von Kopfverletzungen ermöglichen. Gedeihstörung ist ein wichtiger Hinweis auf Vernachlässigung.
- 2. Eine schonender aber vollständiger körperlicher Status:** Hämatome, Verbrennungen, Abschürfungen sollten sorgfältig gemessen, **dokumentiert und fotografiert** werden (möglichst mit Zentimetermaß oder Lineal im Bild - wichtig bei Bissmarken zum späteren Vergleich mit Tätergebiss!). Bissmarken mit NaCl befeuchtetem sterilen Wattetupfern abwischen, lufttrocknen und für forensische Zwecke bereithalten. Auch die Kopfhaut nach Ödemen, Prellmarken u.ä. absuchen, bei Säuglingen die Fontanelle beurteilen und die Schleimhäute der Wangen, die Innenseite der Lippen und das Frenulum untersuchen. Abtasten der Knochen (Rippen !) nach Frakturen, Kallus, Gelenkverletzungen. Immer auch **neurologische Untersuchung** mit Beurteilung der Vigilanz, gegebenenfalls Glasgow Coma Scale.
- 3.** Auch wenn körperliche Befunde bei sexuellem Kindesmissbrauchs selten sind ist eine Untersuchung des **Anogenitalbereichs** erforderlich um etwaige Spuren nicht zu übersehen
- 4. Geschwisterkinder** sollten von den Eltern vorgestellt und ebenfalls körperlich untersucht werden (ebenfalls bestehendes Misshandlungsrisiko!).

## B: Labor und apparative Untersuchungen bei körperlicher Misshandlung

1. Bei jedem Kind mit V.a. körperliche Misshandlung unter 2 (-3) Jahren Alter und bei jedem V.a. Vernachlässigung (unter 1 Jahr) sollte ein **Skelettscreening** ("Knochenscreening, skeletal survey") als Method der ersten Wahl durchgeführt werden. Es gibt in der angloamerikanischen Literatur keine Literaturstelle, die das Skelettszintigramm als primäre geschweige denn einzige Bildgebung stützt; im Gegenteil wird davor gewarnt (s.u.). Der Trend geht neuerdings hin zur Kombination beider Verfahren und zur Ergänzung um Thoraxschrägaufnahmen („oblique views“), da im konventionellen Thorax 50% der Frakturen übersehen werden. Vorherige Information des Radiologen, keinesfalls Babygramm (Verzerrung, Unschärfe der Metaphysen). Über 3 Jahren ist die Ausbeute deutlich geringer, über 5 Jahren selten sinnvoll. Das **Skelettscreening umfasst:** Schädel und Wirbelsäule und alle entdeckten Frakturen in 2 Ebenen, alle Extremitäten sowie Thorax frontal. MERKE: die Strahlenbelastung wiegt sicher geringer als ein möglicherweise in der Folge schwer verletztes oder gar getötetes Kind, dessen Misshandlungsspuren durch Verzicht auf Röntgenaufnahmen übersehen wurden.

*Das Skelettscreening ist internationaler Standard und seit 2001 auch in den Leitlinien der deutschen Kinderradiologen als primäre Bildgebung empfohlen (vgl. [www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/064-014.htm](http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/064-014.htm) und Anmerkungen unter Trend“, s.u.)*

2. Die **Skelettszintigrafie** kann als *komplementäre Methode* verwendet werden. *Nachteile* sind die fehlende Erkennung epi-/metaphysärer Frakturen (pathognomonisch für KKM!), da hier natürliche "hot-spots" in Szinti sind; symmetrische Frakturen in diesem Bereich werden übersehen; Alter und Art der Frakturen sind nicht bestimmbar; die insgesamt schlechtere Sensitivität und Spezifität gilt v.a. für Schädel und Wirbelkörperfrakturen; keine Differenzierung der Art der Anreicherung; teurere Methode; mehr

Strahlenbelastung (abhängig von Material und Erfahrung des Radiologen beim Skelettscreening (!)). *Vorteile* ergeben sich lediglich für nichtdislozierte, subtile bzw. okkulte Rippenfrakturen ( Szinti positiv nach 24-48 h).Vgl. Tabelle aus Sorantin unten)

**Trend 2007:** neuere Arbeiten empfehlen entweder ein Zweitscreening nach 12-14 Tagen wegen primär übersehener Frakturen oder die primäre Kombination mit der Szintigrafie !

**3. Zerebrale Bildgebung:** immer bei neurologischen Auffälligkeiten, Kopfverletzungen, Nachweis retinaler Blutungen. Akut immer **CCT** (unter 3 Monaten 4 mm Schichten in 4 mm Abstand, danach 8 mm), Ausnahme: MRT sofort verfügbar, Zustand des Kindes erlaubt Untersuchung. CCT kann initial bezüglich SDH negativ sein.

Trend: auch bei neurologisch unauffälligen Verdachtsfällen auf Misshandlung unter 2-3 Jahren routinemäßige zerebrale Bildgebung.

**4. MRT** sobald Kind stabil und Untersuchung verfügbar; genauere Festlegung des Ausmaßes zerebraler Schädigung (sensitiver, entdeckt mehr Parenchymläsionen und ca. 50% mehr subdurale Hämatome, insbesondere bei retinaler Blutung und unauffälligem CT), immer bei auffälligen CT-Befunden; sinnvoll etwa 2-3 Tage und 2-3 Monate nach Trauma.

**5. Schädelsonografie** (Standardebenen + transkranial durch Parietalschuppe): Ausbeute stark untersucherabhängig, insgesamt unsicherer, nicht zulässig als alleinige, bzw. Ausschlussdiagnostik bei Verdacht. Zerebrale **Dopplersonografie** bei V.a. Hirndruck sinnvoll.

**6. Abdomen Sonografie** als Screening für abdominelle Traumata, ggf. **Abdomen CT/MRT**

**7.** Bis 2 (-3) Jahre immer **AHG** (Augenhintergrund)-untersuchung soweit möglich immer durch Ophthalmologen (Ausbeute und Validität deutlich besser).

**8. Basislabor:** BB+Diff, GOT, GPT,  $\gamma$ -GT, Amylase, Quick, PTT; AP, Calcium, Phosphor; bei multiplen Hämatomen auch Blutungszeit in vitro (PFA 100), alternativ (aber unsicherer) in vivo Blutungszeit subaqual oder nach Ivy; Urinstatus (traumatische Mikrohämaturie).

Experimentell: S100B/NSE in Serum/Liquor bei ZNS Verletzungen.

**9. Gezielt:** TPHA (sek.Syphilis, STD-Screening), Coeruloplasmin/Kupfer (DD Menke, Kupfermangel); Vit A-Spiegel (Hyperostosen); Mycoplasmen/HSV-Serologie bei Erythema multiformeähnlichen Hautveränderungen; organische Säuren (Ausschluß Glutarazidurie bei SDH/RTB);

**10.** Bei Gedeihstörung übliches Screeninglabor, zusätzlich Skelettscreening, AHG.

Tabelle 3 aus Sorantin 2002

**Gegenüberstellung der Vor- und Nachteile von konventionellem Röntgen und Szintigrafie**

	<b>Röntgen</b>	<b>Szintigrafie</b>
Sensitivität	Hoch	Hoch
Spezifität	Hoch	Niedrig
Sedierung	Selten bis nie	Häufig
<b>Dosis</b>		
Gonaden	Sehr niedrig	Niedrig
Metaphysen	Sehr niedrig	Mittel
Verfügbarkeit	Hoch	Niedrig
Zusatzaufnahmen	Selten notwendig	Immer notwendig
Kosten	Niedrig	70-300% höher
Einfluss techn.Faktoren auf Ergebnisqualität	Mittel	Hoch
Untersucherabhängigkeit	Mittel	Hoch

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

## Medizinische Diagnostik bei sexuellem Missbrauch

### A: Anamnese bei sexuellem Missbrauch

- ① Es ist wichtig die allgemeine (immer durchzuführende) *medizinische Anamnese* und die (missbrauchs-) *spezifische Anamnese* zu unterscheiden. Auch die jeweiligen *Umstände der Vorstellung* sind von Bedeutung:
  - nicht Missbrauchsassoziierte Beschwerden (psychosomatisch u.a.), die erstmals zum Verdacht führen,
  - Routine-/Vorsorgeuntersuchungen, die erstmals zum Verdacht führen,
  - bereits bestehender Verdacht (Verhaltensauffälligkeiten, körperliche Symptome),
  - bereits erfolgte Aufdeckung: akute Vorstellung aus forensischen Gründen oder Besorgnis, dass eine Verletzung vorliegen könnte; spätere Vorstellung aus therapeutischen Gründen (‘Recovery’, Rückversicherung, „dass alles gesund ist“).
- ② Das Ausmaß und die ‘Spezifität’ der Anamnese bezüglich eines möglichen Missbrauchs hängen von diesen Umständen ab, aber auch von den Kenntnissen und Vorerfahrungen des Untersuchers.
- ③ Die *getrennte Anamnese* von Kind und Begleitperson/Mutter ist meistens sinnvoll (insbesondere bei Teenagern).
- ④ Es ist essentiell eine *vertrauensvolle, ruhige, geschützte Atmosphäre ohne Störungen* zu schaffen und dem Kind Unterstützung und Akzeptanz zu signalisieren. Verniedlichungen oder Wertungen von Aussagen des Kindes sind nicht angebracht. Eigene unangenehme Emotionen bezüglich der Untersuchung oder bezüglich Details des Missbrauchs (Überraschung, Widerwillen, Ekel, Zorn) sollten für das Kind nicht spürbar werden. Je spezifischer und konkreter die Fragen oder Antworten werden, umso wichtiger ist es, eine „Atmosphäre maximaler Langeweile“ (Fürniss) zu schaffen.
- ⑤ Um einen *Einstieg ins Gespräch* zu finden, ist es oft hilfreich mit allgemeinen Fragen über die Lebensumstände (Geschwister, Freunde, Schule, Kindergarten) zu beginnen, ein Bild malen zu lassen und darüber zu reden. Dies erlaubt zusätzlich, den Sprach- und sonstigen Entwicklungsstand des Kindes einzuschätzen.
- ⑥ *Keinesfalls* sollten *Suggestivfragen* gestellt werden! Alle wichtigen Fragen, Antworten und Äußerungen sind *wörtlich zu dokumentieren* (keine Abstraktionen oder Interpretationen). Es ist wichtig, auch die dabei beobachteten Verhaltensweisen und Emotionen zu notieren.
- ⑦ Das Kind muss ernst genommen und bestärkt werden, dass es richtig und gut war, etwas zu sagen oder gar zu ‘verraten’ („Es gibt gute und schlechte Geheimnisse...“). Dabei muss berücksichtigt werden, dass Opfer unter einem enormen Geheimhaltungsdruck stehen. Gleichzeitig müssen Suggestivfragen und Beeinflussungen vermieden werden.

### B: Vorbereitung des Kindes auf die Untersuchung bei sexuellem Missbrauch

- ① Die Untersuchung bei Verdacht auf Missbrauch ist *fast niemals ein Notfall* (Ausnahme: massive anogenitale Verletzungen, Notwendigkeit forensischer Spurensicherung bei weniger als 72 Stunden zurückliegendem Ereignis) und sollte in den Tagesablauf des Kindes integriert werden. Narkoseuntersuchungen sind in der Regel nicht indiziert.

② Dem Kind sollte die Wahl einer *Begleitperson* (Vertrauensperson) ermöglicht werden (diese kann, *muss* aber nicht die Mutter sein). Hilfreich ist es auch, diese Begleitperson im Vorfeld über die Art und den Ablauf der Untersuchung zu informieren.

Deren eigene negative Erwartungen und Einstellungen über `die` gynäkologische Untersuchung (z.B. bezüglich Spekulum- und bimanueller Untersuchung) könnten sich ansonsten auf das Kind übertragen und den Ablauf erschweren.

③ Ideal wäre es, dem Kind die Wahl zwischen *weiblichem und männlichem Untersucher/-in* zu überlassen. Wegen fehlender Alternativen ist dies oft nicht möglich. Nach den berichteten Erfahrungen, scheint aber die Art und Einfühlsamkeit der Durchführung der Untersuchung zumindest präpubertär entscheidender als das Geschlecht des Untersuchers zu sein.

④ Die *gründliche Vorbereitung ist essentiell* und benötigt oft mehr Zeit als die Untersuchung selbst: in angezogenem Zustand Untersuchungsgang und Hilfsmittel erklären, anfassen lassen und die Untersuchung an Puppen oder Lieblings-Kuscheltier durchspielen, spielerische Atmosphäre schaffen. In unserer Kasseler Kinderschutzambulanz haben wir gute Erfahrungen gemacht, indem wir durch unsere (nicht-anatomische!) Puppe („Kumquats“, Fa. Degro und Bodrik, Ölbronn-Dürren) die Ängste äußern, die Kinder erfahrungsgemäß und laut Literatur haben. Die Kinder werden gebeten als Assistent des Doktors die Puppe zu beruhigen und zur Kooperation zu ermuntern. Dabei nehmen sie nicht nur ihren eigenen nachfolgenden Untersuchungsablauf vorweg, wissen also was sie erwartet, sondern beruhigen indirekt ihre eigenen Ängste und erleben sich gegenüber der Puppe in der Rolle des Stärkeren, haben also ein gewisses Maß an Kontrolle.

### Allgemeine Grundsätze

⇒ Ängste berücksichtigen! Kinder haben v.a. Angst vor dem Unbekannten.

⇒ Das Gefühl von Privatsphäre (geschlossene Türen, keine Störungen) und maximaler Kontrolle geben; dazu u.a. Wahlmöglichkeiten bei einzelnen, austauschbaren Schritten der Untersuchung anbieten; vom Kind gesetzte Grenzen („aufhören“) auch wirklich akzeptieren, Teilschritte erwägen, Wiedervorstellung vereinbaren.

⇒ Dem Kind versichern, dass es darum geht nachzusehen, ob alles in Ordnung ist, `Normalitätsaspekt` betonen; nicht „pathologisch“ denken, keine medizinische Terminologie verwenden, immer altersgemäße Sprache! Die Art der Befundmitteilung kann das Körper selbstbild des Kindes stark beeinflussen - z.B. ist es besser von „Kratzer“ statt von „Riss“ zu sprechen und die Heilungsaussichten zu betonen.

### JEGLICHER ZWANG IST ABSOLUT KONTRAINDIZIERT!!!

### C: Apparative und organisatorische Voraussetzungen

① Ein *Kolposkop* mit 35mm oder Digitalkamera oder Video verbindet idealerweise die Anforderungen an eine ausreichende Lichtquelle, Vergrößerung und Dokumentation. Nachteile sind die hohen Anschaffungskosten und für Nichtgynäkologen fehlende Übung. Ansonsten kann auch eine frei gehaltene 35 mm *Kamera mit Makroobjektiv* ausreichende Dienste leisten. *Vorteil der fotografischen Dokumentation* ist die spätere Nachbegutachtung der Befunde, das Einholen einer zweiten Meinung ist möglich, das Ermöglichen von Lehre und Forschung und das Erhöhen der `Trefferquote` (laut Literatur um 4-12%). Hauptsächlich kann es jedoch dem Kind Mehrfachuntersuchungen ersparen und somit möglicherweise traumaverhütend wirken. Die Dokumentation setzt wie der gesamte Untersuchungsablauf die Aufklärung und das Einverständnis des Kindes voraus.

② Eine gute Dokumentation der Befunde kann spätere Wiederholungsuntersuchungen vermeiden helfen oder forensische bzw. argumentative Bedeutung bekommen. Die Befundfotos sollten möglichst mit Datum und Identifikationsnummer auf dem Bild versehen werden. Von einem Sorgeberechtigten sollte ein (mündliches) Einverständnis zu Untersuchung und Fotodokumentation eingeholt werden.

③ Wichtig ist es weiterhin, aus forensischen Gründen die Untersuchung niemals alleine durchzuführen. Neben organisatorischen Gründen (Hilfestellung bei Abstrichuntersuchung, Handreichungen etc.) sprechen auch juristische Erwägungen für die Anwesenheit einer weiteren Person (Schwester, Helferin). Alle benötigten Materialien (Kulturen, Abstriche) sollten vorher bereitgestellt werden, um Verzögerungen zu vermeiden. Störungen während der Untersuchung sind unbedingt zu vermeiden!

### D: Untersuchungsablauf bei V.a. sexuellem Missbrauch

⇒ Ein **vollständiger körperlicher Status** ist obligatorisch. Er nimmt den Focus von der genitalen Untersuchung und signalisiert, dass nicht nur das Genitale `interessant` ist. Neben dem körperlichen *Entwicklungsstand und dem Pubertätsstadium nach Tanner*, sollte auch ein Somatogramm erhoben werden. Weiterhin ist nach *Zeichen körperlicher Gewalt* sowie *extragenitalen Hinweisen auf SKM* zu suchen.

#### Grundsätzlich

- ⇒ *Handschuhe tragen* (Geschlechtskrankheiten!)
- ⇒ *Die Spekulum- und bimanuelle Untersuchung sind präpubertär kontraindiziert, bei Adoleszenten möglich aber meist nicht erforderlich. Der gynäkologische Stuhl kann Angst und Fremdheit erhöhen.*
- ⇒ *Jeden Schritt erklären, nichts erzwingen!*
- ⇒ Berücksichtigen, dass die *Untersuchungsposition und der Entspannungsgrad* des Kindes den Befund, v.a. die Entfaltung des Hymens, enorm beeinflussen (günstig ist es das Kind ein Erlebnis o.ä. erzählen zu lassen).

### Anogenitale Untersuchung

- ① Beginn in Rückenlage mit der **Froschhaltung** (`Frog-leg`, vergleiche Skizze) oder bei sehr ängstlichen Kindern alternativ auf dem Schoß der Begleitperson. Die Bedeckung des übrigen Körpers (Decke) mindert Scham und Kälte!
- ② Die **Separation** der großen Labien, mit leichtem Zug nach lateral und unten, ermöglicht den Überblick über die äußeren genitalen Strukturen: Labien, Klitoris, Vestibulum (→Verletzungen, Fluor, herpesverdächtige Läsionen, Kondylome etc.).
- ③ Die **Traktion** der großen Labien zwischen Daumen und Zeigefinger mit leichtem Zug nach vorne und unten, ermöglicht die beste (horizontale) Entfaltung des Hymens und oft erst überhaupt die Beurteilung des Hymens und des Introitus.
- ④ Die **Knie-Brust-Lage** (`Knee-chest`, vergleiche Skizze), mit `Rollen` der Glutealmuskulatur nach oben. Sie ermöglicht bei suspekten oder uneindeutigen Befunden in Rückenlage meist einen erheblichen Informationszugewinn. Durch die Schwerkraft ergibt sich die beste vertikale Hymenentfaltung. Die Persistenz von zuvor in Rückenlage erhobenen suspekten Befunden, bestätigt deren Aussagekraft. Sie ermöglicht die beste Beurteilung der inneren Vagina ohne Spekula, gelegentlich können so schon Fremdkörper visualisiert werden. Laut McCann (1990a), ist in etwa 60% der Fälle die Cervix sichtbar. Die Knie-Brust-Lage muss umsichtig angewendet werden und ist wie alle Schritte an die Einwilligung des Kindes gebunden, da es sehr exponiert ist und weniger Kontrolle

ermöglicht. In den meisten amerikanischen Zentren ist sie routinemäßiger Bestandteil der Untersuchung. Bei Jungen evtl. kontraindiziert wegen häufigem analen Missbrauchs in dieser Stellung (?).

⑤ In **Rückenlage**, in Separation oder Traktion, erfolgt (nur!) bei entsprechender Indikation die **Probenentnahme** mit einem sehr dünnen (z.B. Calciumalginat-) Tupfer von der vaginalen Wand jenseits der Hymenalöffnung für Chlamydien und GO-Kulturen. Beide sind beim präpubertären Kind Vaginitiden, Cervixabstriche sind daher nicht indiziert. **Cave:** das präpubertäre Hymen ist ausgesprochen schmerzempfindlich!! Die Bakteriologie wird in der Fossa navicularis entnommen. **Screening auf sexuell übertragbare Erkrankungen:** ➔ vergleiche gesonderte Übersicht

⑥ Bei nicht entfaltbarem Hymen: vorsichtige Wasserumspülung (lauwarm!) mit Spritze möglich. Das Umfahren des Hymens mit angefeuchtetem Wattetupfer (Q-Tip) sollte nur bei nur bei adolescenten Mädchen durchgeführt werden!

⑦ Die **anale Untersuchung** ist obligatorisch: in Knie-Brust- oder Linksseitenlage die Nates spreizen und 20-30 Sekunden abwarten; Beurteilung der Fältelung, Fissuren, Einrisse, Reflexdilatation. Bei Jungen keine Knie-Brust Lage (siehe oben) !

Wichtig ist auch die **Verhaltensbeobachtung** und das Registrieren von **Emotionen** während des Entkleidens und der Untersuchung: Kokettieren? Sexualisiertes Verhalten? Extreme Schamhaftigkeit? Altersinadäquate Unterwäsche? Verhaltensextrême (Panik versus überkooperatives Kind) können ebenfalls Hinweise sein!

## STD Screening

STD = Sexually Transmitted Diseases, Geschlechtskrankheiten

### 1. INDIKATIONEN

- Vaginaler oder analer Ausfluss/Fluor/Absonderungen in der Anamnese
- Desgleichen während der Untersuchung (ggfalls. Fremdkörper ausschließen!)
- Bekannte STD des Täters
- Täter mit (sexuellem) Hochrisikoverhalten: Promiskuität, i.v. Drogenabusus, Homosexualität
- Täter unbekannt, Vergewaltigung durch Fremden
- Anamnestisch gesicherter Missbrauch mit vaginaler, analer oder oraler Penetration
- Entsprechende Ängste oder Besorgnis des Kindes oder Eltern (HIV!) - auch wenn Klinik fehlt
- Spezifische Läsionen: Herpes, Syphilis, Condylomata acuminata

☞ **Eine der obigen Indikationen plus (und nur bei !) kooperativem Kind**

**Screeningprogramm siehe folgende Seite**

## 2. SINNVOLLES SCREENINGPROGRAMM

### Immer wenn Screening indiziert:

<b>Gonorrhoe:</b>	vaginale + anale + pharyngeale Kultur (positive Kulturen müssen durch Referenzverfahren bestätigt werden)
<b>Chlamydien:</b>	vaginale + anale Kultur (ist Goldstandard, wird evtl. durch Urin-PCR ersetzt werden) (ELISA und IFT alleine unzuverlässig zur Diagnostik von SKM !)
<b>Gram-Färbung:</b>	vaginale/anale Absonderungen (zum Spermiennachweis und Screening auf intrazelluläre Diplokokken - unspezifisch!)
<b>Trichomonaden:</b>	vaginales Schmierpräparat/ Nativausstrich
<b>Syphilis</b>	Serologie (Kontrolltiter nach 3 Monaten)
<b>Reserveserum einfrieren!</b>	

### Gezielt:

**Herpes:** Virusanzucht verdächtiger Läsionen

**Condylomata acuminata:** Stanzbiopsie zur Typisierung in Narkose; Unterscheidung genitaler (6, 11, 16, 18)

Subtypen von digitalen Typen differenziert nicht ob Missbrauch zugrunde liegt; bei letzteren Autoinokulation vom Kind oder Händen des Täters möglich!

**HIV :** Serologie (Kontrolltiter nach 3, 6, 12 Monaten)

Inkubationszeiten berücksichtigen und gegebenenfalls Kontrolluntersuchungen anberaumen!

Positive Ergebnisse durch entsprechende Referenzverfahren bestätigen lassen!

Eindeutiges Kennzeichnen und Handling der entnommenen Proben wegen möglicher rechtlicher Implikationen !

## 3. IMPLIKATIONEN NACHGEWIESENER UND GESICHERTER STDs

<b>Erkrankung</b>	<b>Missbrauch</b>	<b>Konsequenzen</b>
Gonorrhoe *	Bewiesen*	Kinderschutz sichern
Syphilis *	Bewiesen*	Kinderschutz sichern
Chlamydien *	Wahrscheinlich	Diagnostik: STDs, Verhalten, Anamnese
HSV Typ 2 Genitaler Herpes	Wahrscheinlich	Diagnostik: STDs, Verhalten, Anamnese
Trichomoniasis	Wahrscheinlich	Diagnostik: STDs, Verhalten, Anamnese
Condylomata acuminata *	Möglich	Diagnostik: STDs, Verhalten, Anamnese
HSV Typ 1 (genitale Lokalisation)**	Möglich	Diagnostik: STDs, Verhalten, Anamnese
Bakterielle Vaginosis	Ungewiss	Medizinische Kontrolle, Beobachtung
Vaginale Candidainfektion	Unwahrscheinlich	Medizinische Kontrolle

\* wenn nicht perinatal erworben \*\* falls Autoinokulation unwahrscheinlich

LIT: Kohl 1996, AAP 1998, 1999, Hammerschlag 1998, 2001, Glaser 1989, Gutman 1993, Beck-Sagué 1999, Ingram 2001, Myhre 2003, Havens 2003

"ROUTINE CULTURES AND SCREENING OF ALL SEXUALLY ABUSED CHILDREN FOR GONORRHEA, SYPHILIS, HIV, OR OTHER SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES ARE NOT RECOMMENDED. THE YIELD OF POSITIVE CULTURES IS VERY LOW IN ASYMPTOMATIC PREPUBERTAL CHILDREN, ESPECIALLY THOSE WHOSE HISTORY INDICATES FONDLING ONLY."

American Academy of Pediatrics 2005  
 Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children

**Kurzgefasste Interpretationshilfe medizinischer Befunde bei Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch** (Übersetztes modifiziertes „Adam's Schema 2005“); Publiziert als: Adams JA (2005) Approach to interpreting physical and laboratory findings in suspected child sexual abuse: A 2005 Revision. APSAC Advisor 17:7-13

Die Nummerierung der Befunde bedeutet keine Reihenfolge der Signifikanz

## I. Befunde bei Neugeborenen und nichtmissbrauchten 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**  
(„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** (Östrogenwirkung, Faltung des Hymenalsaums; DD Infektion, Trauma=>Kontrolle!)

### Andere medizinische Ursachen

15. **Erytheme/Rötung** anogenitaler Gewebe (DD Irritanzen, Infektionen, Trauma =>Kontrolle!)
16. **Vermehrte Vaskularisierung** Vestibulums/Hymen (DD Irritanzen, 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“\*** oder hinteren Kommissur (DD Irritanzen, Infektionen, iatrogen)  
(„Friability“)
20. **Exkoriationen, Blutungen, vaskuläre Läsionen** (DD Ekzeme, Seborrhoe, Lichen sclerosus et atrophicus, anogenitale Streptokokken A Infektionen, Urethralprolaps, Hämangiome)
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. Partielle oder vollständige **anale Dilatation unter 2 cm** (DD normaler Reflex, Obstipation, Enkopresis, Siederung, Narkose, neuromuskuläre Erkrankungen)

\* „Posterior Fourchette“ = „Hinteres Band“, Bereich vom Frenulum labiorum pudendi minorum zur Commissura posterior

## II. Unklare Befunde : nicht ausreichende oder widersprüchliche Daten aus Studien

Untermauern vorliegende klare Aussage eines Kindes; in Abwesenheit einer solchen Aussage vorsichtig zu bewerten („Verdächtige Befunde“)

### Körperliche Untersuchungsbefunde

26. **Tiefe Kerben oder Spalten am posterioren Randsaum** des Hymens präpubertär  
(„Deep notches or clefts“ versus: „Transections“)  
(Im Gegensatz zu vollständigen Einschnitten/Durchtrennungen; Differenzierung oberflächlich (< 50% des posterioren Hymenalsaums) und tiefen Kerben (> 50%) kann extrem schwierig sein)
27. **Tiefe Kerben oder komplette Spalten** des Hymens bei 3 oder 9 Uhr bei adoleszenten Mädchen  
(„Deep notches or complete clefts“)  
Vereinzelt auch bei sexuell nicht aktiven Mädchen beobachtet

28. **Hymenalsaum mit weniger als 1 mm Weite** zwischen 4-8 h (Knie-Brust-Lage oder 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. (\*) Anogenitale **Condylomata acuminata** (keine weiteren Hinweise auf Missbrauch)
33. (\*) Anogenitaler **Herpes Simplex Typ 1 oder 2** (keine weiteren Hinweise auf Missbrauch)

(\*) Meldepflichtig als missbrauchverdächtig in den Guidelines der American Academy of Pediatrics 2005

### III. Diagnostische Befunde hinsichtlich eines Traumas und/oder sexuellen Kontaktes

Auch ohne Aussage des Kindes. Ausnahme: klarer akzidenteller Mechanismus. Empfehlung qualitativ gute Fotodokumentation anzufertigen und erfahrene zweite Meinung einzuholen. Verlaufskontrolluntersuchungen angeraten.

#### Akutes Trauma des externen Anogenitalbereiches

34. **Akute Lazerationen** oder **ausgeprägte Hämatome anogenital**  
(„Acute lacerations“, „extensive bruising“)
35. **Akute Lazerationen der "Posterior fourchette"** (ohne Hymenbeteiligung; DD durchtrennte labiale Adhäsionen, fehlende Fusion der Mittellinie; auch akzidentelles Trauma, einvernehmlicher Geschlechtsverkehr bei Adoleszenten)

#### Residuen geheilten/heilenden Traumas

- Schwierig zu bewertende Befunde ohne zuvor dokumentiertes akutes Traumas 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, labialen Adhäsionen)

#### Verletzungen, charakteristisch für stumpfe Gewalt, penetrierendes Trauma oder Kompressionsverletzungen des Abdomens oder Beckens sind (letzteres sofern anamnestisch angegeben)

38. **Akute Lazerationen des Hymens** (partielle oder vollständige Einrisse)
39. **Ekchymosen, Hämatome auf dem Hymen** (DD bekannte infektiöse Prozessen, Gerinnungsstörungen)
40. **Tiefe perianale Einrisse** bis zum externen Analsphincter 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. (\*\*) Infektion mit **Neisseria gonorrhoe** (Ausschluß perinatale Übertragung)
44. (\*\*) **Syphilis (Lues)** (Ausschluß perinatale Übertragung)
45. **Trichomonas vaginalis** Infektion (jenseits 1. Lebensjahr)
46. (\*\*) Infektion mit **Chlamydia trachomatis** (jenseits 3. Lebensjahr)
47. (\*\*) Positive Serologie auf **HIV** (Ausschluß Übertragung: perinatal, Blutprodukte, kontaminierte Nadeln)

(\*\*) In den Guidelines der American Academy of Pediatrics 2005 als diagnostisch für sexuelle Übertragung angesehen

#### Diagnostisch für sexuellen Kontakt

48. **Schwangerschaft**
49. **Nachweis von Spermien oder Sperma** vom Körper eines Kindes

Ausführliche kommentierte Version mit Literaturangaben unter [kindermisshandlung.de](http://kindermisshandlung.de)

## 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**, komplett entkleidetes Kind; **Prädilektionsstellen** berücksichtigen
- ⇒ **Haut**: Woodlampe-begrenzter Stellenwert für subtile Hämatome und Sperma; frische Bissmarken für Forensik abstreichen
- ⇒ **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 photographieren**. Details *und* Übersichtsaufnahmen. Digitale Fotografie explizit zulässig.
- ⇒ **Verhalten/Aussagen** in Untersuchungssituation wörtlich dokumentieren, keine Suggestivfragen.
- ⇒ Gegebenenfalls auch **Geschwisterkinder** mit untersuchen (ebenfalls Misshandlungsrisiko!).

### **Apparative und Labordiagnostik (körperliche Misshandlung)**

- ⇒ < 2-3 Jahre: Röntgen-**Skelettscreening\*** Methode der ersten Wahl –  
\*Schädel, Wirbelsäule, alle entdeckten Frakturen in 2 Ebenen, alle Extremitäten, Thorax frontal. Wiederholung nach 14 Tag erhöht Ausbeute. Ggf. Ergänzung um Thoraxschrägaufnahmen.
- ⇒ **Skelettszintigrafie** nur komplementär. Vorteile für nichtdislozierte, subtile/okkulte Rippenfrakturen.
- ⇒ **Zerebrale Bildgebung**: immer bei neurologischen Auffälligkeiten, Kopfverletzungen, Nachweis retinaler Blutungen. Akut **CCT**, Ausnahme: **MRT** sofort verfügbar, Zustand des Kindes stabil.
- ⇒ **MRT Kopf**(+HWS bei V.a.SBS) 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, 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,  $\gamma$ -GT, Amylase, Lipase, AP, Calcium, Phosphor, CK-MB, Troponin, CK-BB, Quick, PTT; Blutungszeit in vitro (PFA 100) oder in vivo; Urin (Mikrohämaturie, Toxikologie).
- ⇒ **Gezielt:** Coeruloplasmin/Kupfer (DD Menke, Kupfermangel); Vit A-Spiegel (Hyperostosen); Mycoplasmen/HSV-Serologie (Erythema multiforme); organische Säuren (Glutarazidurie), Kollagen-/Mutations-analyse (Osteogenesis imperfecta)
- ⇒ Bei **Gedeihstörung** übliches Screeninglabor: vgl. AWMF 068/002, + 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.).

### Diagnostik bei sexuellem Missbrauch

**Forensische Abstriche** je nach Befund und Vorgeschichte invasiven sexuellen Übergriffs; präpubertär <24h, pubertär < 72 h; möglichst durch forensisch erfahrenen Pädiater, Kindergynäkologen oder 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; pharygeal Gonokokken; TPHA-, Hepatitis B-, HIV-Serologie

## 2. Nichtakzidentelle Kopfverletzungen (NAKV) und Schütteltrauma Syndrom (STS)

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

- ⇒ ausgeprägte, **retinale Blutungen**, Glaskörperblutungen, Retinoschisis
- ⇒ **Kein oder minimales äußeres Trauma**
- ⇒ **Keine adäquate oder fehlende Anamnese**, bezeugtes oder zugegebenes **Schütteln**
- ⇒ **Misshandlungs-Begleitverletzungen**
- ⇒ Elterliche Risikofaktoren (Substanzabusus, frühere Sozialdienstinterventionen, frühere Misshandlungen).

### **Kennzeichen& Prognose**

20-25% Mortalität, 60-70% neurologische Beeinträchtigung, Langzeitfolgen wenn primär neurologisch unauffälligkeit; Gesamtmorbidität um 90%. Für eine signifikante NAKV ist massivstes, heftiges, sehr gewaltsames Hin- und Her schütteln erforderlich (auch für Laien erkennbar potenziell lebensgefährlich)

### **Klinik**

Variabel: Trinkschwierigkeiten, Somnolenz, Lethargie, Apathie, Koma, Muskelhypotonie, schrilles Schreien, Opistotonus, zerebrale Krampfanfälle, Tachypnoe, Bradykardie, Erbrechen, Apnoen, Tod. Meist keine äußeren Verletzungen, gelegentlich Skalphämatome, Griffmarken (Oberarme, Thorax) oder weitere Hautverletzungen ohne adäquate Anamnese. Kein freies Intervall zwischen Schütteln und auch für Laien erkennbarer Auffälligkeit.

**Diagnostik:** Bei Verdacht immer Augenhintergrund, primär CCT (oder MRT wenn verfügbar), nach einigen Tagen und 2-3 Monaten MRT

## **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 < 18Mon.
- ⇒ 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, in > 50% multiple Frakturen
- ⇒ 40-50 % der Frakturen bei Misshandlungen sind klinisch unerwartet

Am häufigsten betroffen: Schädel, lange Röhrenknochen, Rippen

Starken hinweisend zufällig entdeckte Frakturen, Einzelfrakturen mit **weiteren Hinweisen** (z.B. multiple Hämatome an unfallsuntypischen Orten, Begleitverletzungen (z.B. retinale Blutungen, subdurale Hämatome), **multiple Frakturen in verschiedenen Heilungsstadien, meta- und epiphysäre Frakturen** (Eck-, Korbhakenfrakturen), **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).

### **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; **Unterarmparierfraktur**
- ⇒ **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%. Verdächtig 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, 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),

**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 **Immersion-Verbrühungen**.

**Lokalisation:** Füße, Hände, Anogenitalbereich (symbolisch bei misslungener „Sauberkeitserziehung“); Körperfaltenausparung bei gebeugten Extremitäten (z.B. Knie) sowie Ausparung 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** Zweithäufigstes viszerales 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 häufigstes 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, frustrierender 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 entsprechendem Nebenwirkungen bzw. Nebenwirkungsrisiko
- ⇒ Verleugern 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**

### **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/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

### **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 nichtanschuldigender 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:** Interpretationshilfe medizinischer Befunde bei Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch (siehe Anhang und unter [kindermisshandlung.de](http://kindermisshandlung.de) -> Med.Downloads)

**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 Lacerationen (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 bei akutem Missbrauch** (betrifft fast nur Adoleszente, sonst Dosierung adaptieren)

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

## 12. Anhang: Scoring Systeme und Indikatoren, Übersichtstabellen

### Herrmann 2002: Spezifität nicht akzidenteller Verletzungen

(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 Hämatomabdrücke<sup>1</sup>, geformte Verbrennungen<sup>2</sup>, Immersionsverbrennungen<sup>3</sup> *Abdomen:* Intramurale Duodenalhämatoome

#### Mittel

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

*ZNS:* Subdurale Hämatoome<sup>4</sup>

*Haut:* Multiple Hämatoome (ungewöhnliche Lokalisation), Hämatoome im Säuglingsalter, retroaurikuläre Hämatoome, 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 Hämatoome

*Abdomen:* Milzverletzungen

*Haut:* Multiple Hämatoome im Lauffernalter an „führenden“ Körperpartien, verschiedenfarbige Hämatoome, Verbrennungen mit inhomogenem „Spritz und Tropf Muster“

<sup>1</sup> Hände, Griffmarken, Fingerabdrücke, Striemen, Gürtel, Riemen, Schlaufen, Schlingen, Stöcke

<sup>2</sup> Zigarette, Herdplatte, Bügeleisen, Heizrost u.ä.

<sup>3</sup> „Handschuh- oder Strumpfmuster“

<sup>4</sup> Vor allem über der Konvexität, interhemisphärisch, fehlende Schädelfraktur, subarachnoidal

Herrmann B (2002) Körperliche Misshandlung von Kindern. Somatische Befunde und klinische Diagnostik. Monatsschrift Kinderheilkunde 150: 1324-1338

### Sorantin 2002: Spezifität von Frakturen

#### Tabelle2

#### **Radiologische Spezifität von Frakturen für nicht akzidentelle Verletzungen**

<b>Hoch</b>	Klassische metaphysäre Fraktur Rippenfrakturen, v.a. im dorsalen Abschnitt Frakturen der Skapula, Proc. spinosi und Sternum
<b>Mittel</b>	Multiple, v.a. beidseitige Frakturen Frakturen verschiedenen Alters Epiphysiolysen Wirbelkörperfrakturen oder Subluxationen Fingerfrakturen
<b>Niedrig</b>	Komplexe Schädelfrakturen Periostale Reaktion Klavikulafrakturen Schafffrakturen langer Röhrenknochen Einfache Schädelfraktur

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

**Thomas 1991: Radiologische, klinische und anamnestisch-kontextuelle Kriterien**

**Tabelle 1**

**Radiologische Kriterien: Differenzierung Misshandlung von akzidentellen Frakturen**

**Definitive Misshandlung**

Verletzung erfordert massive Gewalt, durch Anamnese nicht erklärbar  
Verletzung erfordert massive Gewalt, verzögertes Aufsuchen medizinischer Behandlung  
Multiple Frakturen, nicht durch Anamnese erklärbar  
Heilende Frakturen, nicht durch Anamnese erklärbar

**Wahrscheinliche Misshandlung**

Schwere Verletzung, Anamnese reflektiert dies unzureichend

**Mögliche Misshandlung**

Verdächtige Fraktur, adäquate Erklärung anamnestisch ausstehend  
verzögertes Aufsuchen medizinischer Behandlung

**Unbekannte Ursache**

Fraktur nicht verdächtig, Anamnese unvollständig

**Möglicher Unfall**

Fraktur nicht verdächtig, Anamnese konsistent, nicht genug Details

**Wahrscheinlicher Unfall**

Fraktur nicht verdächtig, Anamnese konsistent mit Fraktur

**Definitiver Unfall**

Fraktur nicht verdächtig, Anamnese konsistent und gründlich, unabhängige Zeugen

**Tabelle 2**

**Pädiatrisch klinische Kriterien zur Unterscheidung akzidentell/Misshandlung**

**Definitive Misshandlung**

Positives Skelettscreening mit multiplen frischen Frakturen  
Positives Skelettscreening mit multiplen unterschiedlich alten Frakturen  
Augenzeugen  
Multiple innere Verletzungen  
Physical findings  
Hämatome (Hand, elektrisches Kabel, Zähne)  
Verdächtige oder unerklärte Verbrennungen oder Narben  
Geschwisterkind zeitnah misshandelt  
Klare absichtliche, das Kind schädigende Handlung  
Häusliche Gewalt, nicht direkt auf Kind gezielt  
Verdächtige Verletzung mit später folgender definitiver Misshandlung

### **Wahrscheinliche Misshandlung**

Primäre Behandler bezeichnen Verletzung als Misshandlung UND Anamnese inadäquat  
Anamnese inadäquat für Verletzung und/oder  
Anamnese des Unfalls wechselt und/oder  
Familienmitglieder präsentieren verschiedene Versionen des Geschehens und/oder  
Unangemessen verzögertes Aufsuchen medizinischer Behandlung

### **Mögliche Misshandlung**

Anamnese inadäquat  
Anamnese nicht ausreichend für Verletzung und/oder  
Anamnese der Verletzung wechselt und/oder  
Familienmitglieder präsentieren verschiedene Versionen des Geschehens und/oder  
Unangemessen verzögertes Aufsuchen medizinischer Behandlung

### **Unbekannte Ursache**

Unvollständige Informationen

### **Möglicher Unfall**

Isoliertes Ereignis, Sozialarbeiter/Arzt ohne Misshandlungsverdacht,  
Anamnese etwas inkonsistent mit Ausmass der Verletzung, aber konsistent mit Art der Verletzung  
Anamnese etwas inkonsistent mit Ausmass der Verletzung, Sozialarbeiter/Arzt ohne  
Misshandlungsverdacht, Vernachlässigung festgestellt  
Isoliertes Ereignis, kein Misshandlungsverdacht, Anamnese unbekannt

### **Wahrscheinlicher Unfall**

Konsistente Anamnese, Sozialarbeiter/Arzt ohne Misshandlungsverdacht, isolierte Verletzung,  
Konsistente Anamnese, kein Misshandlungsverdacht, Vernachlässigung festgestellt  
Konsistente Anamnese, aggressives or unverantwortliches Verhalten der Eltern, jedoch  
Verletzung nicht direkt zugefügt

### **Definitiver Unfall**

Verkehrsunfall  
Multiple Augenzeugen (Polizeibericht, Rettungswagen vor Ort)  
Als Fußgänger bei Verkehrsunfallbetroffen

**Thomas** SA, Rosenfield NS, Leventhal JM, Markowitz RI (1991) Long-bone fractures in young children: distinguishing accidental injuries from child abuse. Pediatrics 88: 471- 476

**Pierce 2005: Verletzungsplausibilitäts (VP-) Modell (Injury plausibility model)**  
 (für Femurfrakturen bei Treppenstürzen)

**VP Modell - Scoring Kriterien für Femurfrakturen/Treppenstürze**

Kategorie	0 Punkte	1 Punkte	2 Punkte	3 Punkte	VP Score
<b>I: AQS*</b> , 3 Sturz Komponenten: initiale Position, Sturz Dynamik und Endposition beschrieben	Komplette Beschreibung aller 3 Sturz Komponenten	Beschreibt 2 von 3 Sturz Komponenten	Beschreibt nur 1 Sturz Komponente	Nicht möglich Details jeglicher 1 Sturz Komponente oder der Verlet- zungsanamnese zu beschreiben oder wechselnde Anamnese	
<b>II: Frakturart,</b> Vgl. Tabelle2 für passende biomechanisch passenden Kriterien	Anamnese adäquat für Fraktur Mechanismus und beobachtete "Bein Biodynamik"	Anamnese adäquat für Fraktur Mechanismus aber "Bein Biodynamik" nicht beobachtet	Anamnese nicht adäquat für Fraktur Mechanismus	Anamnese nicht adäquat für Fraktur Mechanismus und Frakturtyp ist Trümmer-, offen, oder Metaphysär	
<b>III: Zeitliche Abfolge</b>	Sofortiges Aufsuchen medizinischer Betreuung	Verzögertes Aufsuchen medizinischer Betreuung aber Fraktur ist klinisch und radiologisch subtil und gut adaptiert	Verzögertes Aufsuchen medizinischer Betreuung und Fraktur ist klinisch und radiologisch offensichtlich	Verzögertes Aufsuchen medizinischer Betreuung und zusätzlich respiratorische, kardiovaskuläre und/oder neurologische Beeinträchtigung	
<b>IV: Zusätzliche Befunde oder Verletzungen bei initialer Untersuchung</b>	Keine weiteren Verletzungen oder Frakturen (initiale Röntgenbilder)	1 weitere Verletzung	2 weitere Verletzungen	≥3 weitere Verletzungen	
				<b>Totaler VP-Score:</b>	

\*AQS – Anamnese Qualitäts Score

**Kriterien zur Bestimmung biomechanischer and Fraktur-Typ Kompatibilität**  
 (Biomechanische Konsistenz)

Biomechanischer Mechanismus	Fraktur Typ	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 Beines, z.B. Bein zwischen Stufe und Erwachsenem Gefangen
Kompressionskräfte	Delle, Beule(?)/Stauchung ("buckle")	Knie staucht entlang longitudinal Achse des Femurs beim Fallen des Kindes
Dehnungs-, Zug- und/oder Scherkräfte	Klassische metaphysäre Fraktur ("CML")	Ziehen oder reißen des Beines
High-energy event Hochenergetisches Ereignis (jegliche Krafteinwirkung)	Offen 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.

**Dunstan 2002: Hämatome Scoring System**

(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)!

**Primärer Score =**

2 · Länge auf Armen + 3 · Länge auf Beinen + 4 · Länge auf Thorax, Abdomen, Rücken +  
 5 · Länge auf Po + 9 · Länge auf Kopf und Hals

**New Score =**

2 · Länge auf Armen + 2 · Länge auf Beinen + 3 · Länge auf Thorax, Abdomen, Rücken +  
 3 · Länge auf Po + 9 · Länge auf Kopf und Hals +  
 18 · falls Hämatom mit spezifischer Formung/Muster nachweisbar ist

Tabelle 3

**Sensitivität und Spezifität des Scoring Systems  
 für verschiedenen Score Schwellenwerte**

Schwelle	Sensitivität	Spezifität	Wahrscheinlichkeit
15	96%	88%	0.45
20	94%	93%	0.93
25	89%	95%	1.74
30	87%	97%	3.03
40	77%	99%	8.00
50	69%	99%	18.9

Tabelle 4

**Prädiktive Werte für eine reihe von Scores**

Vorherige klinische Wahrscheinlichkeit  
 einer Misshandlung

Score	Vorherige klinische Wahrscheinlichkeit einer Misshandlung			
	0.4	0.25	0.05	0.01
10	0.10	0.06	0.01	0.00
20	0.38	0.24	0.05	0.01
30	0.67	0.50	0.14	0.03
40	0.84	0.73	0.30	0.07
50	0.93	0.86	0.50	0.16
60	0.97	0.96	0.69	0.30
70	0.98	0.97	0.82	0.47
80	0.99	0.98	0.90	0.64
90	1.00	0.99	0.95	0.78
100	1.00	1.00	0.97	0.87

**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.

**Welsh Study Group 2005: Misshandlungs Verbrühungs-Indikatoren**

<b>Misshandlungs Verbrennungs-Indikatoren</b>		
Keine Einzelfaktordiagnose ! Spalte 1 und 3 beruhen auf qualitativ hochwertigen vergleichenden Studien, Spalte 2 auf Berichten und nicht-vergleichenden Studien (Welsh Study Group 2005*)		
<b>Hochverdächtig auf Misshandlungsverbrennung</b>	<b>Misshandlungsverbrennung möglich</b>	<b>Misshandlungsverbrennung unwahrscheinlich</b>
<b>Mechanismus</b>		
Immersion		Übergießen, von oben herunterfließendes Wasser
<b>Agens</b>		
Heißes Leitungswasser		Kochtopfwasser, -flüssigkeiten, Getränke
<b>Muster</b>		
Scharfe obere Begrenzung	Uniforme Verbrühungstiefe	Unregelmäßige Wundränder
Symmetrie (Extremitäten)	Hautfaltenausparung	Unregelmäßige Wundtiefe
	Zentrale Aussparung am Po	Kein Handschuh//Strumpfmuster
<b>Verteilung</b>		
Isolierte Verbrühung Po, Perineum +/- untere Extremität	Handschuh-/Strumpfmuster in einer Extremität	Asymmetrische Beteiligung unterer Extremität
Isolierte Verbrühung der unteren Extremität		Kopf, Hals, Schulter, oberer Stamm, Oberkörper betroffen
Handschuh-/Strumpfmuster		
<b>Klinische Kennzeichen</b>		
Zusätzliche Verletzung ohne Bezug zur Verbrühung	Frühere Verbrennungsverletzung	
Anamnese inkompatibel	Gedeihstörung, Vernachlässigung	
Alte Frakturen	Anamnese mit beobachtetem Entwicklungsstand unvereinbar	
<b>Anamnestische, soziale Kennzeichen</b>		
Passives, introvertiertes, eingeschüchternes Kind	Trigger wie Enuresis, Enkopresis, Ungehorsam	
Vorherige Misshandlungen	Wechselnde Erklärungsmuster	
Häusliche Gewalt bekannt	Gehäuft frühere Unfälle	
Vielzahl früherer Unfälle	Vorstellung nicht durch Eltern	
Verbrühung wird Geschwister- kind angelastet	Kind dem Jugendamt bekannt	
	Fehlende elterliche Besorgnis	

Welsh Child Protection Systematic Review Group (2005) Thermal injuries review.  
[www.core-info.cardiff.ac.uk/thermal/index.htm](http://www.core-info.cardiff.ac.uk/thermal/index.htm)

LEITFADEN III: Spezieller Teil - Dokumentation

Strukturierter Anamnesebogen	48
Verhaltensfragebogen sexueller Missbrauch	53
Dokumentation körperlicher Befunde	54
Dokumentation Befunde Skizzen (Körperschema, Genitalbefunde)	56
Dokumentation weitergehende Diagnostik	57
Befundbogen körperliche Misshandlung (1 Blatt)	58
Kindergynäkologischer Befundbogen sexueller Missbrauch	59
Forensik-Befundbogen sexueller Missbrauch	60
Forensikübergabebogen	61
Prophylaxen nach akuter Vergewaltigung	62
Vorgehen bei Condylomata acuminata	63
Pflegerische Dokumentation	64
Besucherverzeichnis	65
Adressensammlung	66

Alle folgenden Bögen unterliegen dem „copyleft“, d.h. sind frei zur Weiterverwendung mit Quellenangabe und einer kurzen Mail-Nachricht an [herrmann@klinikum-kassel.de](mailto:herrmann@klinikum-kassel.de)

© B.Herrmann, Kassel 2008

## Dokumentationsschema bei V.a. nichtakzidentelles Trauma Teil A: Anamnese

\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ m/w  Station: \_\_\_\_  
Name, Vorname  Ambulant

**1. Vorstellung** am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr, Ort: \_\_\_\_\_

**Anwesend** ( außer dem Kind ):  Vater  Mutter  Andere: \_\_\_\_\_

**Anlass** (Stichworte; ausführlich .3): \_\_\_\_\_

**Kinder-/Hausarzt:** \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

**Wer ist bislang involviert/zuständig:**  Niemand

Jugendamt: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Beratungsstelle: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Kripo: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Sonst (Familienhilfe o.ä.): \_\_\_\_\_

**2. Orientierende Sozialanamnese** (ausführliche Anamnese später durch Sozialdienst/Psychologe)

Eltern leben zusammen  Eltern leben getrennt

Eltern sind geschieden (seit: \_\_\_\_\_ )  Neuer Lebenspartner

Alter der Eltern: Mutter: \_\_\_\_\_ Jahre, Vater: \_\_\_\_\_ Jahre

**Beruf** Mutter: \_\_\_\_\_ Aktuell berufstätig:  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

**Beruf** Vater/Partner: \_\_\_\_\_ Aktuell berufstätig:  Nein  Ja \_\_\_\_\_

**Geschwister:** (leben in der Familie  Ja  Nein); Erkrankungen

1. m/w \_\_\_ J. \_\_\_\_\_ 4. m/w \_\_\_ J. \_\_\_\_\_

2. m/w \_\_\_ J. \_\_\_\_\_ 5. m/w \_\_\_ J. \_\_\_\_\_

3. m/w \_\_\_ J. \_\_\_\_\_ 6. m/w \_\_\_ J. \_\_\_\_\_

Bekannte **familiäre Konflikte, Belastungssituationen:**  Nein  Ja:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Familienanamnese**

Bekannte Erkrankungen:

Mutter: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_

Sonstige Familie: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bekannte Blutgerinnungsstörungen: Hämophilie oder andere?

Blutungsneigung: starke Menstruation bei Mutter/ anderen weiblichen Verwandten?

Unklare (operative) Todesfälle/Verbluten ?

Bekannte Knochenerkrankungen oder –deformitäten?

Vermehrten Frakturen, blauen Skleren, Dentinogenesis imperfecta, Schwerhörigkeit? .

Ethnische Zugehörigkeit: Hautbefunde (Mongolenfleck), volksheilkundliche Praktiken?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anamnese S.2

, geb. am \_\_\_\_\_

#### 4. Eigenanamnese des Kindes/Jugendlichen:

Schwangerschaft:  unauffällig  auffällig: \_\_\_\_\_  
Neugeborenenperiode:  unauffällig  auffällig: \_\_\_\_\_  
Nahrungsunverträglichkeiten:  Nein  Ja: \_\_\_\_\_  
Allergien:  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

#### Chronische Erkrankungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Entwicklungsstörungen/Behinderungen

\_\_\_\_\_

Gedeihstörungen  Erbrechen  Harnwegsinfektionen  
 Apnoen (ALTE)  Krampfanfälle  Verstopfung  
 Verletzung der anogenitalen Region  Vaginale Blutung  
 Vaginaler Ausfluss oder anogenitale Entzündungen  
 Hygiene: Duschbad/Kosmetika/Seifen  Mädchen: Abputztechnik/Wischrichtung

Neigung ungewöhnlich leicht blaue Flecke zu bekommen?  
 Ungewöhnlich lange Blutungen bei banalen Verletzungen? Ausgeprägte Hämatome?  
 Vor-Operationen mit Blutungskomplikationen?  Vitamin K-Gabe erfolgt?  
 Hinweise auf Malabsorption oder Gedeihstörungen  
 Phyto dermatitis: Limone, Zitrone, Sellerie, Feige, Pastinak ?  
 Wäschefarbe: neue Kleidungsstücke (schwarz, blau) ?  
 Chemische Irritantien, Haushaltsmittel, neue Pflegemittel ?

**Medikamenteneinnahme:** Vitamin A, Phenobarbital, DPH, MTX, Prostaglandin E, Antikoagulantien?  
 (Dauer-) **Medikamente/Dosis:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Andere **Therapien** (KG, Ergotherapie, Logopädie etc.)

\_\_\_\_\_

Geht in  **Kindergarten:** \_\_\_\_\_  **Schule** \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Gelbes **Vorsorgeheft** liegt vor:  Unauffällig  Auffällig:

\_\_\_\_\_

Nicht wahrgenommene Vorsorgetermine: \_\_\_\_\_  Häufiger Arztwechsel \_\_\_-mal  
Neugeborenen-**Stoffwechselscreening** erfolgt:  Ja  Nein  Nicht ersichtlich-klären!

**Gedeihen/Perzentilenverlauf**  Unauffällig  Auffällig:

\_\_\_\_\_

**Impfausweis** liegt vor:  Impfstatus vollständig  unvollständig

Anamnese S.3 \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

**5. Anamnese des aktuellen Geschehens:**

**Geschildert von:** \_\_\_\_\_  
(möglichst genauen Wortlaut notieren+ in Klammern mögliche Gefühlsregungen; Umstände)

Dabei anwesend:  Kind  Vater  Mutter  Andere: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Dabei beachten:**

10. Verletzungsumstände ? Anwesende ? Aufsicht ? Beobachter ?

---

---

11. Vorausgehendes Ereignis ? Fütterfrust ? Sauberkeitsprobleme? Elterliche Streitigkeiten

---

---

12. Reaktion der Eltern auf Verletzung ? Reanimationsversuche ? Prompter Arztbesuch ?

---

---

**Evtl. Skizze  
vom Geschehensort:**

**Schilderung vom Kind selbst:**

( möglichst genauen Wortlaut notieren+ in Klammern mögliche Gefühlsregung ):

Dabei anwesend:  nur Kind selbst  Vater  Mutter  Arzt/Ärztin\*  Pflege\*  Andere\*

---

---

---

---

Namen notieren \_\_\_\_\_

**In der Vergangenheit bereits derartige Vorkommnisse/Verletzungen:**

Nein  Ja:

---

---

Anamnese S.4

, geb. am \_\_\_\_\_

## 6. Kinder- und Jugendgynäkologische Anamnese

### Allgemeine Anamnese

- Allgemeine anogenitale Infektionen
- Anogenitale Dermatitis
- Vaginaler Juckreiz
- Vaginaler Ausfluss (Farbe? Konsistenz? Menge? Geruch?)
- Vaginale Blutungen
- Pubertätszeichen, Wachstum
- Fremdkörper der Scheide oder des Anus
- Enuresis primär/sekundär, Enkopresis
- Bauchschmerzen, schmerzhafte Defäkationen
- Zurückliegende anogenitale Verletzungen

### Bei Jugendlichen zusätzlich

- Menarche: \_\_\_\_\_
- Menstruation: \_\_\_\_\_
- Tampon-, Bindengebrauch
- Vorherige gyn. Untersuchungen
- Antikonzepktion? Methode?  
\_\_\_\_\_
- Sexuell übertragene Infektionen  
\_\_\_\_\_
- Einvernehmliche Sexualkontakte
- Unfreiwillige Sexualkontakte
- Geburten, Aborte

## 7. Verhaltensanamnese

### Plötzliche emotionale oder Verhaltensänderungen:

- Alpträume, Schlafstörungen       häufig Kopfschmerzen       häufig Bauchschmerzen
- Angst alleingelassen zu werden
- Angst vor bestimmten Personen: \_\_\_\_\_  /Männern
- Phobien, Regression und Depressionen
- Rückzugsverhalten,  Geringes Selbstwertgefühl
  
- Soziale Adaptations-oder Interaktionsstörungen (Kindergarten/Schule)
- Schulschwierigkeiten
  
- Aggressionen gegen andere oder sich selbst (selbstverletzendes Verhalten)
- Essstörungen, starke Gewichts-Zu-/abnahme
- Einnässen: nächtlich/tagsüber; vor allem erneut aufgetreten       Einkoten
  
- Altersunangemessenes sexualisiertes Verhalten,  ungewöhnliches Interesse an Sexualität
- Berühren der Geschlechtsteile Erwachsener       ..anderer Kinder       ... von Tieren
- Masturbiert oder spielt ungewöhnlich häufig mit den Geschlechtsteilen
- Verführerisches, kokettes Verhalten gegenüber Erwachsenen
- Vorfälle mit sexueller Nötigung anderer, vor allem jüngerer Kinder       „spielt“ Geschlechtsverkehr
  
- Suizidversuche       Delinquentes Verhalten       Drogenmissbrauch
- Weglaufen von Zuhause       Prostitution

Sonstiges:

---

Anamnese S.5

, geb. am \_\_\_\_\_

### Extra-Verhaltensfragebogen V.a. sexuellen Missbrauch

#### Strukturierter Anamnesefragebogen\*

Patient/in: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Jahre Station: \_\_\_\_\_

Untersucher/-in: \_\_\_\_\_ noch anwesend: \_\_\_\_\_

Gespräch mit: \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

#### Haben Sie jemals eine der folgenden Auffälligkeiten bei Ihrem Kind bemerkt?:

- 1.  Häufige Kopfschmerzen
- 2.  Häufige Bauchschmerzen
- 3.  Plötzliche emotionale oder Verhaltensänderungen ?
- 4.  Weint leicht
- 5.  Konzentrationsstörungen
- 6.  Einschlafstörungen
- 7.  Vermehrte (und ungewöhnliche) Müdigkeit
- 8.  Alpträume
- 9.  Angst alleingelassen zu werden
- 10.  Angst mit einer bestimmten Person allein gelassen zu werden
- 11.  Angst vor Männern
- 12.  Plötzlicher Wandel zu „Super-/Modell-Kind“
- 13.  Verhält sich ungewöhnlich reif oder erwachsen
- 14.  Plötzlicher Rückzug
- 15.  Ungewöhnlich besorgt/fixiert auf den eigenen Körper
- 16.  Weigert sich im Sportunterricht sich auszuziehen
- 17.  Angst vorm Duschen oder Badezimmer
- 18.  Rückzug von Sportunterricht oder anderen Schulaktivitäten
- 19.  Plötzlicher Abfall der Schulleistung
- 20.  Weiß mehr über Sexualität und sexuelle Verhaltensweisen als altersangemessen
- 21.  Ungewöhnlich neugierig o. interessiert an sexuellen Dingen/Geschlechtsorganen
- 22.  Ungewöhnlich aggressiv gegenüber Spielkameraden oder Geschlechtsbereich von Puppen
- 23.  Masturbiert oder spielt ungewöhnlich häufig mit den Geschlechtsteilen
- 24.  Verführerisches, kokettes Verhalten gegenüber Klassenkameraden, Lehrer oder anderen Erwachsenen
- 25.  Nächtliches Einnässen(momentan) vor allem erneut aufgetreten?
- 26.  Einnässen tagsüber (momentan), vor allem erneut aufgetreten?
- 27.  Häufige Verstopfung
- 28.  Verletzung der anogenitalen Region in der Vorgeschichte
- 29.  Vaginaler Ausfluss oder anogenitale Entzündungen in der Vorgeschichte
- 30.  Vaginale Blutung in der Vorgeschichte
- 31.  Hygiene ? Wäsche ? Seifen, Kosmetika ?
- 32.  (Häufige) Harnwegsinfektionen

⇒ \*CAVE: Nichtevaluierter orientierender Fragebogen! Aus der Anzahl positiver Items kann nicht die Diagnose eines sexuellen Missbrauchs gestellt werden! Bei Häufung ca. > 5 ist weitere kinderpsychologische Klärung erforderlich.

## Dokumentationsschema bei V.a. nichtakzidentelles Trauma Teil B: Untersuchung

\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ m/w  Station: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname  Ambulant

1. **Allgemeinzustand:**  gut  eingeschränkt: \_\_\_\_\_ **Glasgow Coma Scale:** \_\_\_\_\_

2. **Ernährungszustand:**  gut  dystroph  adipös  
**KG:** \_\_\_\_\_ kg ( \_\_\_\_\_ Perzentile = \_\_\_\_\_ SD) **KL:** \_\_\_\_\_ cm ( \_\_\_\_\_ Perzentile = \_\_\_\_\_ SD)  
**KU:** \_\_\_\_\_ cm ( \_\_\_\_\_ Perzentile = \_\_\_\_\_ SD) **BMI:** \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup> ( \_\_\_\_\_ Perzentile = \_\_\_\_\_ SD)

3. **Pflegezustand:**  gepflegt  ungepflegt: \_\_\_\_\_

### 4. Allgemein-internistische Untersuchung:

- a) **Kardiopulmonal**  unauffällig  auffällig: \_\_\_\_\_
- b) **Abdomen**  weich  Resistenz  Darmgeräusche:  regelrecht  ↑  ↓  
 keine Druckdolenz  Druckdolenz im \_\_\_\_\_
- c) **HNO-Bereich**  o.B.  auffällig: \_\_\_\_\_  
 Gaumen / Mundhöhle reizlos  
 Lippen-/Zungenbändchen (Einriss? Vernarbung?) \_\_\_\_\_  
 Petechien / Verletzungen enoral/Gaumen: \_\_\_\_\_  
 Zahnstatus: unauffällig  Karies ? Trauma ? \_\_\_\_\_

### 5. Hämatome/Narben:

Nein  
(Prädilektionsstellen: Hinter den Ohren / Hals / Oberschenkel / Arme / Gesäß; Formung, Ligaturen?)

- Ja: ⇒ Ort / Art / Formung / Größe / Farbe beschreiben!  
⇒ Abdrücke ( von Schuhen / Händen / Gegenständen, etc. )

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_

**Skizze in Körperschema** (*immer!!*)  **Fotodokumentation** mit Messhilfe/Winkellineal

### 6. Verbrennungen/Verbrühungen:

- Nein  
 Ja: Ort/Art/Formung/Abdrücke  
⇒  Akute / frische Verbrennung  Narben  
⇒  Abdrücke (von Zigaretten / Gegenständen) erkennbar:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ja: Immersion (Handschuh und/oder Strumpfmuster?)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 7. Äußerliche Hinweise auf Frakturen:

- Nein  Ja:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort/Schwellung/Bewegungseinschränkung/Schmerz?

Untersuchung S.2

, geb. am

### 8. Anogenitale Untersuchung:

Genitale  weiblich  unauffällig  auffällig (siehe Kinder-Gyn-Bogen, bzw. unten)

männlich  Hoden deszendiert  Hoden nicht deszendiert: \_\_\_\_\_

Pubertätsstadium ( nach Tanner ): P\_\_ B\_\_ G\_\_

Äußerlich Auffälligkeiten / Verletzungshinweise:  Nein

Ja (dann weiter unten)

#### Weitere Untersuchung:

Entfällt, da keinerlei Hinweise auf anogenitale Verletzung / Misshandlung

Auf später verschoben, da derzeit wegen eingeschränkter Kooperation nicht durchführbar

Extra Kindergynäkologischer bzw. Forensikbogen akuter sexueller Übergriff ausgefüllt

### Mädchen

Ausfluß  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

Farbe / Geruch/Konsistenz

Hämatom der großen Schamlippen  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

Hämatom der kleinen Schamlippen  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

Hymen  anulär  semilunär  fimbrienförmig / wulstig  kragenförmig  Nicht entfaltet

Glattrandiger Hymenalsaum  verletzt: eingekerbt bei \_\_ Uhr in Rückenlage zu \_\_%

Ort / Art der Verletzung

Vestibulum vaginae  reizlos  gerötet

Fossa navicularis  unauffällig  Verletzung: \_\_\_\_\_

Perineum  unauffällig  Verletzung/Narbe: \_\_\_\_\_

Akute Blutung/Verletzung  Nein  Ja:

Ort / Stärke

Sonstiges / Besonderheiten

### Jungen

Hämatom am Scrotum  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

Hämatom am Penis  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

Akute Verletzung/Ligatur/Narbe  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

Sonstiges / Besonderheiten:

### Anus

Hämatom  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

Narbe  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

Fältelung:  Unauffällig  Vermindert: \_\_\_\_\_

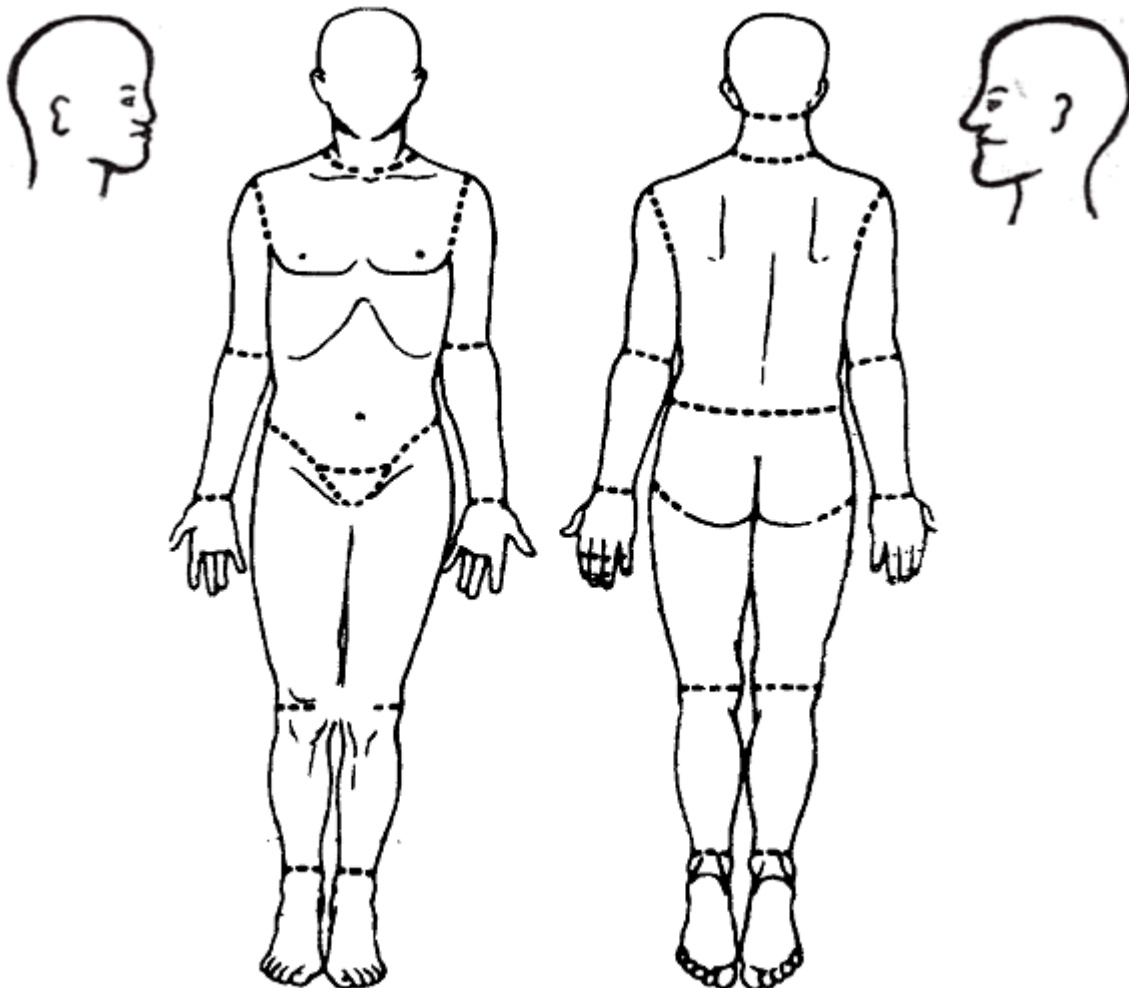
Akute Blutung  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

Akute Verletzung  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

Sonstiges / Besonderheiten:

## Anhang: Skizzen

⇒ Größe – Farbe extra angeben! Möglichst immer zusätzlich (digitales) Foto!



## Dokumentationsschema bei V.a. nichtakzidentelles Trauma Teil C: Diagnostik und weiteres Procedere

\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ m/w  Station: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname  Ambulant

### Diagnostik:

#### Röntgen

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

#### Sono

- Abdomen
- Schädel
- Schädel-Doppler

#### Labor

- BB+Diff, BSG, BGA, CRP, Krea, Na, K, Ca, P
- y-GT, GOT, GPT, AP, Amylase, Lipase
- Quick, PTT, vWF-AG + CoFaktor, PFA 100
- Urinstatus
- Drogenscreening (evtl. polytoxikologisch)

#### Augenhintergrund

Obligat unter 2-3 Jahren!  
Möglichst durch Augenarzt!  
Akut undilatiert, immer Kontrolle  
in Mydriasis wenn Patient stabil

#### Zerebrale Bildgebung

- CCT
- MRT

#### Nur gezielt:

- Kupfer/ Coeruloplasmin
- HSV  Mykoplasmen  TPHA
- organische Säuren i.Urin

#### \* Skelettscreening

⇒ Alle Extremitäten, Thorax 1 Ebene, Wirbelsäule, Schädel 2 Ebenen; **KEIN (!) Babygramm**

### Kindergynäkologischer Status

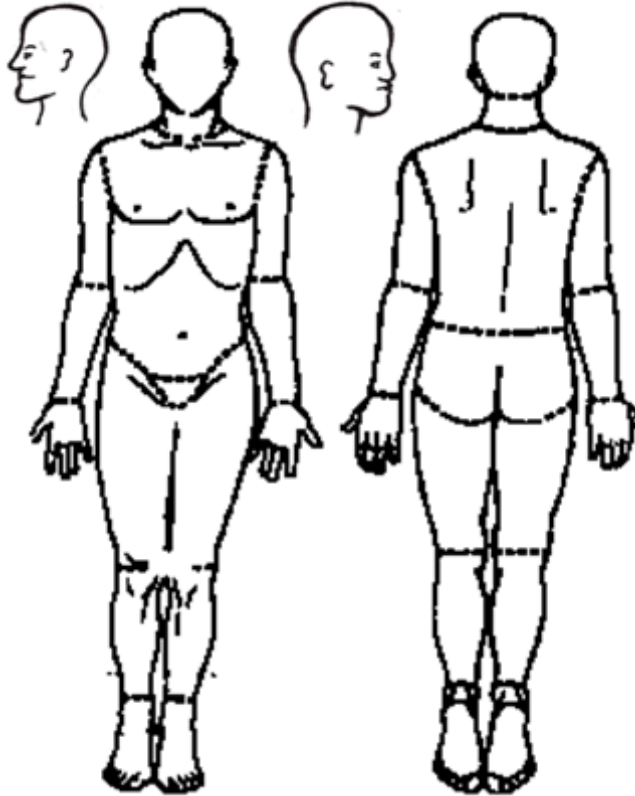
- ⇒ Kindergynäkologisches Extra-Schema verwenden)
- ⇒  Später vorgesehen  Erfolgt, Wertung: \_\_\_\_\_
- ⇒  Nicht indiziert

### Weiteres Procedere

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

\_\_\_\_\_  
Datum, verantwortlicher Arzt/Ärztin  
(immer auch in Druckschrift + Tel./Funk)

**Dokumentationsschema für Verletzungen, Hämatome, Verbrennungen**  
 bei V.a. Nicht-akzidentellen Unfallmechanismus



Name: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_  
 Aufnahme/Untersuchung am: \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ h  
 anwesend: \_\_\_\_\_  
 Untersucher/in: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

- Anamnese inadäquat/fehlend/wechselnd (evtl. hinten gesondert erläutern)
- Multiple Hämatome
  - + verschiedene Farben (CAVE Lokalisation)
  - + ungewöhnliche Lokalisation
- Abdrücke (Hände, Finger, Gegenstände, Bissmarke)
- Prädilektionsstelle (retroaurikulär, Lippen-/ Zungenbändchen, Gaumen, behaarter Kopf, Zähne)
- Immersionsverbrennung („Handschuh-/ Strumpfmuster“, fehlende Spritzer, Lokalisation)
- Kontaktverbrennung: (spezifisches Abdruckmuster, Zigarettenverbrennung)
- Sonstiges:

- ☞ Hämatomfarbe und Maße angeben !
- ☞ Verbrennungsgrad angeben !
- ☞ Verbrannte Oberfläche abschätzen: \_\_\_\_\_ % (\_\_\_\_-gradig)

- **Allgemeiner Zustand/Vigilanz** ggfalls Glasgow Coma Scale:
- V.a. **Gedeih-/**  **Entwicklungsstörung ?**     V.a. **Vernachlässigung ? Ungepflegt ?**
- V.a. **Fraktur(en)**     Nein     Ja, welche:
- **Kindergynäkologischer Status** (Extra Schema verwenden)     Später vorgesehen     Erfolgt, Wertung:
- **Vorgesehene Diagnostik:**

**Röntgen**

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

**Augenhintergrund**

**Sono**

- Abdomen
- Schädel
- Schädel-Doppler

**Zerebrale Bildgebung**

- CCT
- MRT

**Labor**

- BB+Diff, BSG, BGA, CRP, Krea, Na, K, Ca, P
- y-GT, GOT, GPT, AP, Amylase, Lipase
- Quick, PTT, wWF-AG + CoFaktor, PFA 100
- Urinstatus     Drogenscreening

- Nur gezielt: TPHA, Cu/ Coeruloplasmin, HSV, Mykoplasmen
- organische Säuren i. Urin

● **Procedere**

<input type="checkbox"/> Stationäre Aufnahme, Station:	<input type="checkbox"/> Info diensthabender Oberarzt/ärztin (immer!)
<input type="checkbox"/> Ambulant möglich ( <i>Ausnahme !</i> ) weil:	
<input type="checkbox"/> Kindergynäkologischer Status	<input type="checkbox"/> Info Sozialdienst im Hause
<input type="checkbox"/> <u>Fotodokumentation</u> (+Skizze!)	<input type="checkbox"/> Info Jugendamt
Anspruchspartner:	
<input type="checkbox"/> Info/Nachfrage Kinderarzt, Hausarzt, andere Kliniken	

Datum, verantwortlicher Arzt/Ärztin -    Name auch in Druckschrift, Tel./Funk-Erreichbarkeit

**Kinder-/Jugendgynäkologischer Untersuchungsbefund**  V.a. Missbrauch bei Jungen

**Untersuchung** am: \_\_\_\_\_, Uhr, Ort: \_\_\_\_\_

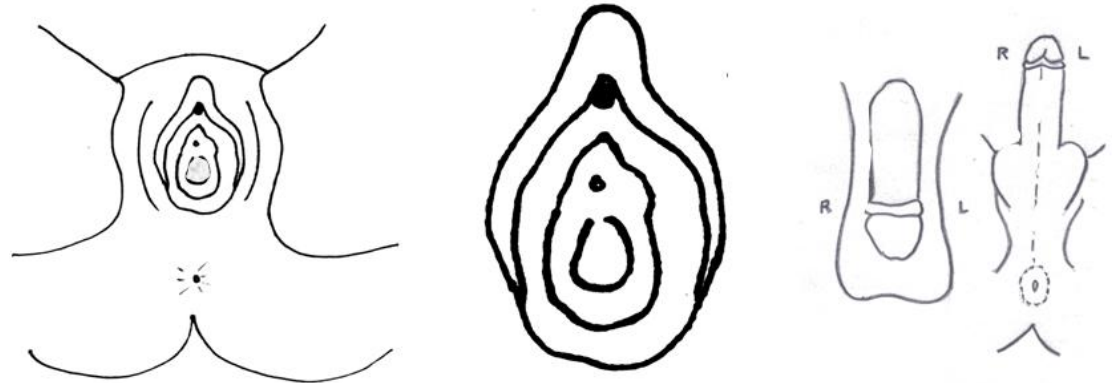
Name: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_ Assistenz: \_\_\_\_\_  
 Anforderung am: \_\_\_\_\_ Anwesend: \_\_\_\_\_  
 durch: \_\_\_\_\_ Bild-Dokumentation: \_\_\_\_\_

**ANAMNESE** (ggfalls. auf Rückseite ausführen):  
**Menarche:** Nein Ja: **Blutungen:** Nein Ja: **Flour:** Nein Ja:  
**Sonstiges:**  
**Strukturierter Verhaltensfragebogen:**  Unauffällig  \_\_ Auffälligkeiten (von \_\_ Items)  
**Verhalten bei Untersuchung:**  kooperativ  schüchtern  ängstlich  widerstrebend  lehnt ab

**KÖRPERLICHER BEFUND**  Unauffällig  Nebenbefund:  
 Pubertätsstadium (nach Tanner) P B G

**GENITALER BEFUND**  Inspektion  Separation  Traktion  Knie-Brust-Lage

**Kolposkop**  
**Äußeres Genitale**  Unauffällig  Auffällig:  
**Labia majora/minora/Klitoris**  Unauffällig  Auffällig:  
**Vestibulum vaginae**  Unauffällig  Auffällig:  
**Fossa navicularis**  Unauffällig  Auffällig: **Flour:**  Nein  Ja:  
**Perineum, Commissura post.**  Unauffällig  Auffällig:  
**Hymenkonfiguration**  Semilunär  Anulär  Wulstig, östrogenisiert  Variante:  
 Hymen-Entfaltung  Nein  Ja Bei  Inspektion  Separation  Traktion  Knie-Brust-Lage  Q-Tip  Wasser  
 Posteriorer Randsaum  Glattrandig  Nicht beurteilbar  Sonstiges  
 Pathologisch (spezifizieren): \_\_\_\_\_



**ANALER BEFUND**  Dilatation  Normal  **Fissuren**  **Fältelung**

**DIAGNOSTIK**  Durchgeführt  Nicht indiziert

**Abstriche (Mikrobiologische)**  
 vaginal  Gonokokken  Chlamydien  Forensik/DNA\*  
 Entnahme Vestibulum  Entnahme intravaginal  
 anal  Gonokokken  Chlamydien  Forensik/DNA\*  
 pharyngeal  Gonokokken  Forensik/DNA\*  
**Sonografie:** \_\_\_\_\_

**Nativer Ausstrich:**  
**Serologie:**  TPHA  Hep.B  HIV  
**Bakteriologie**  vaginal  anal  pharyngeal  
 **Extra-Forensikbogen** ausgefüllt

**BEWERTUNG** Befundklasse: \_\_\_\_\_  
**Bemerkung/Fazit** *Unspezifische oder Normalbefunde schließen einen sexuellen Missbrauch nicht aus!*

**EMPFEHLUNGEN** **Prophylaxen**  nicht erforderlich  **Indiziert\*:**  Sex. übertragene Infektionen   
 Notfallkontrazeption  Jugendamt  Beratungsstelle: \_\_\_\_\_  Psychotherapie  Wiedervorstellung/Kontrolle am: \_\_\_\_\_  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ untersuchender Arzt/Ärztin \_\_\_\_\_ \* Extra dokumentieren!  
 Name auch in Druckschrift, Tel./Funk-Erreichbarkeit \_\_\_\_\_

## Forensik-Bogen bei V.a. akuten sexuellen Missbrauch

(bei Kindern immer bis 24 Stunden, bei Jugendlichen bis 48-72 Stunden nach Ereignis durchzuführen)

<b>PERSONALIEN</b>	<b>UNTERSUCHUNG</b> am: _____, _____ Uhr, Ort:
Name: _____ geb: _____	Assistenz: _____
Anforderung am: _____	Anwesend: _____
durch: _____	Bild-Dokumentation: _____

### Anamnese gesondert aufführen!

### Immer kolposkopischer Anogenitalstatus mit Fotodokumentation!

### Befunde im Kinder-Jugendgynäkologischen Befund-Bogen dokumentieren !

### Extragenitaler Untersuchungsbefund:

#### Verletzungen Ja Nein

Verletzungen auf Doku-bogen sorgfältig dokumentieren, so dass sie jederzeit für Dritte rekonstruierbar sind: Lokalisation, Art, Farbe, Größe, Form, ggf. Gruppierung beschreiben; Foto mit Zentimetermaß + Skizze

- Hämatome  Bissmarken an „erogenen Zonen“ (Oberschenkelinnenseiten, Brüsten, Hals, Gesäß)
- Hämatome  Ligaturen  Abschürfungen am Hals, Gliedmaßen, Flanke in Nierenregion
- Petechien: Skleren, weicher Gaumen  Einrisse labiales Frenulum

### Forensische Abstriche

Je nach Befund und Vorgeschichte, im Zweifel immer am und um den äußeren Anogenitalbereich, perioral, sowie im Woodlicht fluoreszierende Bereiche (nicht sehr zuverlässig zur Spermienidentifizierung). Sterile Watte-Tupfer mit steriler NaCl-Lösung anfeuchten, danach aber vollständig trocknen! Erst verpacken wenn vollständig trocken, immer in Papierumschläge, **niemals Plastik!** Jeden Abstrich mit Patientenaufkleber, Abstrichort, eindeutig zuordenbar machen, Umschläge ebenso + Unterschrift des Entnehmenden. Auch Mundhöhlenabstrich zum Vergleich. Zusätzlich Objektträgerausstriche anfertigen: ausrollen, nicht abstreichen!

### Abstriche

- Vulva  Oberschenkel  Unterbauch  Perianal  perioral  Sonstige \_\_\_\_\_
- intravaginal:  Fossa navicularis  retrohymenal  Mundhöhle

- Vaginalsekret mit NaCl auf Objektträger für sofortige Nativmikroskopie auf bewegliche Spermien
- Positiv  Negativ Mikroskopiert durch: \_\_\_\_\_

- Fremde (Scham-)Haare gesichert  Pubes ausgekämmt (Umschlag)
- von: \_\_\_\_\_ (Körperstelle/n)

- Fingernagelränder** abschaben in Papierumschlag (bei berichteter Gegenwehr)

- Bekleidung** gesichert (in Papiertüten – nicht Plastik!).

- Abstriche/Blutprobe für infektiologische Diagnostik** – Ausgangsstatus entnommen

- Prophylaxen** für sexuell übertragene Erkrankungen indiziert/durchgeführt  Nicht indiziert
- HIV PEP angesprochen (für beides siehe „Prophylaxen“)

- Notfallkontrazeption** angesprochen, indiziert/durchgeführt  Nicht indiziert   $\beta$ -HCG im Urin

Datum \_\_\_\_\_

untersuchender Arzt/Ärztin  
Name auch in Druckschrift, Tel./Funk-Erreichbarkeit

Zeuge/-in der Untersuchung \_\_\_\_\_

## Entgegennahmestätigung forensischen Materials

(zur Aufrechterhaltung einer Beweiskette im Falle positiver Befunde)

Folgendes Material des Patienten/-in \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

Station K\_\_/Kinderschutzambulanz vom \_\_\_\_\_,

- \_\_\_\_\_ vaginale Bakteriologie auf GO, Bakterien und Gardnerella
- \_\_\_\_\_ anale Bakteriologie auf GO
- \_\_\_\_\_ anale Bakteriologie auf Chlamydien
- \_\_\_\_\_ vaginaler Chlamydien Abstrich
- \_\_\_\_\_ vaginales Spülaspirat auf Chlamydien PCR
- \_\_\_\_\_ vaginaler + analer Nativabstrich zur Färbung auf Spermien  
und grampositive Diplokokken
- \_\_\_\_\_ pharyngeale Bakteriologie auf GO
- \_\_\_\_\_ pharyngeale Bakteriologie auf Chlamydien
- \_\_\_\_\_ Spontanurin zum Chlamydiennachweis per PCR

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

wurde übergeben von \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_  
Name in Druckschrift, Unterschrift

an \_\_\_\_\_  
Name in Druckschrift, Unterschrift

Übergabe an Labor \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_  
Name in Druckschrift, Unterschrift

**Vielen Dank !**

**ANHANG: Prophylaxen nach akutem sexuellem Übergriff**

Indikationen genauestens beachten und überprüfen ! Diagnostik gemäß Kinder-Jugendgyn- bzw. Forensikbogen !

<p><b>STD-Screening</b></p> <p>Ausgangsbefunde und Kontrollen nach 4 Wochen  <small>V=Vaginalwand retrohymenal , C=Cervixabstrich – NUR Adoleszente!!, A=Anal, P=Pharyngeal, S=Serologie, STD=sexually transmitted disease, Geschlechtskrankheit,</small></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gonokokken (C/V,A,P)-Kultur</li> <li>• Chlamydien (C/V,A)- evtl. PCR</li> <li>• Trichomonaden (-V) - Nativmikroskopie</li> <li>• Lues (S)</li> <li>• Hepatitis B/C (S)</li> <li>• HIV (S) zusätzliche Kontrollen nach 6, 12 Monaten</li> </ul>	<p><b>Notfallkontrazeption/Schwangerschaft</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>β-HCG</b> im Urin (vor Notfallkontrazeption, Ausgangsbefund)</li> <li>• <b>1,5 mg Levonorgestrel (Unofem®)</b> p.o. innerhalb von 24 postkoital</li> </ul>
<p><b>STD-Prophylaxe (simultan)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>250 mg Ceftriaxon</b> i.m.</li> <li>• <b>2 g Metronidazol</b> p.o.</li> <li>• <b>1g Azithromycin</b> p.o.</li> <li>• Aktive <b>Hepatitis B Impfung</b> (Ungeimpfte)</li> </ul>	<p><b>HIV-PEP*</b>  <small>(Strenge Indikationsstellung ! Möglichst nach 1 Stunde, aller spätestens bis 72 Stunden)</small></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 x 180mg/m<sup>2</sup>/d <b>Zidovudin</b> (Retrovir®)</li> <li>• 2 x 4 mg/kg/d <b>Lamivudin</b> (Epivir®)</li> <li>• 3 x 30 mg/kg/d <b>Nelfinavir</b> (Viracept®)</li> </ul> <p>Dauer 4 Wochen. Entsprechende serologische und begleitende Laborkontrollen (BB, Leber-, Nierenwerte)</p>

**Abkürzungen:**

C=Cervixabstrich, A=Anal, P=Pharyngeal, S=Serologie, NM=Nativ-Mikroskopie  
 STD=sexually transmitted disease, Geschlechtskrankheit, HIV-PEP=HIV Postexpositionsprophylaxe

**\* Postexpositionsprophylaxe (PEP) – ja oder nein ?**

- Zunehmende Verfügbarkeit effektiver und relativ gut verträglicher PEP
- Unklar, ob daraus großzügigere Indikation zu PEP nach akuter Vergewaltigung gezogen werden muss
- Bislang keine generelle Empfehlung, keine Richtlinien, sehr unterschiedliche Handhabung
- Sollte nach akuter Tat immer thematisiert, beraten werden
- Höchste Effektivität bei Beginn nach 1 h, spätestens bis 72 h
- Evtl. primär beginnen und nach negativer Testung Täter beenden?
- Falls indiziert: Tripletherapie oder Risiko stratifizierendes Vorgehen (Merchant 2001)
- Follow up sichern, „Informed consent“

## Vorgehen bei Condylomata Acuminata („Feigwarzen“)

**Hintergrund:** Condylomata acuminata zählen zu den durch **Humane Papillom Viren** übertragenen STDs (sexually transmitted diseases, sexuell übertragenen Erkrankungen). Dabei liegen im Genitalbereich meist die HPV-Subtypen 6,11,18, seltener 16,31,33,55 vor. HPV kann jedoch auch die „normalen“ Warzen an Händen, Füßen etc. hervorrufen (dann meist HPV Typ 1, 2, 3, 4). *Beide* Arten können bei Kindern anogenital auftreten und sind ein **möglicher** Hinweis auf sexuellen Missbrauch. Inkubationszeit 1-20 Monate, nach perinataler Transmission ist das Auftreten der Kondylome bis zu 2-3 Jahre später beschrieben worden. Über 3-5 Jahre Alter steigt die Wahrscheinlichkeit eines sexuellen Missbrauchs, Ausnahme Autoinokulation. CAVE bei nichtgenitalen Subtypen: diese könne auch von den Händen eines Täters/Täterin stammen! In vielen Fällen findet sich trotz u.g. Screening kein gesicherter Übertragungsweg.

**MERKE:** Condylomata acuminata können, müssen aber nicht auf sexuellen Missbrauch hinweisen!

**Transmission:** genital->anogenital (=Missbrauch), digital->anogenital (Pflegehandhabung oder Autoinokulation oder Missbrauch), perinatal (durch mütterliche Geburtswege; Mütter können asymptomatisch infiziert sein).

**Procedere:** Alle Kinder mit anogenitalen Warzen erhalten

- eine **kindergynäkologische Untersuchung** mit Frage auf missbrauchshinweisende Befunde (möglichst intraoperativ; z.Zt. **nur** durch Dr.Herrmann oder Dr.Wojte)
- ein **Screening** auf evtl. koexistierende sexuell übertragene Erkrankungen - **s.u.**
- **Typisierung** der Kondylome (Pathologie im Hause; zur OP Mitanmelden; Durchführung durch Kollegen der Hautklinik)
- eine **Befragung** der Hauptbezugsperson (meist Mutter) mittels strukturiertem Verhaltensfragebogen;
- **Verhaltensbeobachtungen** der betreuenden Schwester/Pfleger
- evtl. eine eigene vorsichtige Befragung nach inadäquaten Berührungen im Genitalbereich (**derzeit nur** Dr.Herrmann oder Dr.Blume)

**Abstriche:** (möglichst intraoperativ zusammen mit kindergynäkologischer Untersuchung und Fotodokumentation)

- **Gonokokken** vaginal, anal, pharyngeal (normaler Abstrich, gewärmt, sofort in Bakteriologie im Hause bringen, nicht liegen lassen!)
- **Chlamydien** vaginal (Ergänzend zum Schnelltest z.B. Microtrak, PCR aus Vaginalspülsekret; Fremdverschickung)
- **TPHA, Hb<sub>s</sub>Ag** (falls nicht geimpft) im Serum
- Nativmikroskopie auf **Trichomonaden**

**Verhaltensfragebogen:**

- Siehe Anhang

**Stand:** 2008

## Pflegerische Dokumentation 1

### Wichtig

- Trägt das Kind\* noch die gleiche Kleidung wie bei dem Übergriff?  
Wenn ja, diese in separatem Beutel aufbewahren (kein Plastikbeutel –zerstört DNA !)
- Kind erst nach Rücksprache mit zuständigem Arzt\*\* waschen (Alle Spuren gesichert !?!)

### Genauere Dokumentation in separatem Ordner:

18. Mit zuständigem Arzt abklären, mit wem das Kind die Station verlassen darf
19. Pflegezustand des Kindes ( schmutzige Kleidung, dreckige Fingernägel u.s.w. )
20. Sind Hämatome vorhanden ? ( Größe, Stelle, Farbe )
21. Wer kam wann, für wie lange zu Besuch ( bitte auf dafür vorgesehenes Blatt notieren )
22. Wie war der Umgang zwischen Besucher und Kind?
23. Freut sich das Kind auf angekündigten Besuch, oder wirkt es eher verschreckt?
24. Wie ist das Verhalten des Kindes dem Pflegepersonal gegenüber ( ängstlich, zurückhaltend, distanzlos )
25. Wie verhält sich das Kind gegenüber anderen Patienten?
26. Wie formuliert das Kind diverse Tätigkeiten und Begriffe ( z.B. Stuhlgang, Urin lassen, Scheide, Penis )
27. Wie beschreibt das Kind seine familiäre Situation/Schule/Freunde/Lebenslage?
28. Wie äußert sich das Kind zu seinen Verletzungen oder anderem Grund des stationären Aufenthaltes? (Bitte wörtlich notieren mit Datum, Uhrzeit, gezeigten Gefühlsregungen!)
29. Wie verhält sich das Kind in Bezug auf das schlafen gehen?
30. Wie schläft das Kind ( weint, schläft unruhig )?
31. Genießt sich das Kind ( altersentsprechend )?
32. Nicht altersentsprechendes sexualisiertes Verhalten ( wirkt es aufreizend, kokett)?
33. Sind alle erforderlichen „U`s“ im gelben Heft wahrgenommen worden und wenn ja, wie oft wurde dafür der Arzt gewechselt?
34. Absprachen mit dem Jugendamt beachten.

### **PS:**

- \*Mit „Kind“ sind im Folgenden auch immer Jugendliche einbezogen.
- \*\*Mit „zuständigem Arzt“ ist bevorzugt ein ärztlicher Ansprechpartner aus der Kinderschutzgruppe gemeint !



## Hilfeeinrichtungen häusliche Gewalt und Misshandlung in Nordhessen

### Stadt Kassel

Amtsgericht Kassel Friedrich Str. 32-34 34117Kassel 0561/912-1700 0561/912-2270 <a href="mailto:verwaltung@ag-kassel.justiz.hessen.de">verwaltung@ag-kassel.justiz.hessen.de</a>	Amtsgericht Kassel Frankfurter Str. 9 34117Kassel 0561/912-2050 0561/912-2030 <a href="mailto:verwaltung@ag-kassel.justiz.hessen.de">verwaltung@ag-kassel.justiz.hessen.de</a>
die Lobby für Kinder Beratungsstelle für Kinder und Eltern in Kassel des Deutschen Kinderschutzbundes Herr Peter Ludwig Siemensstr. 1 34127Kassel 0561/899852 0561/896441 <a href="mailto:beratungsstelle@kinderschutzbund-kassel.de">beratungsstelle@kinderschutzbund-kassel.de</a>	Psychologische Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche (Erziehungsberatung) Humboldtstr. 26 37117 Kassel 0561/1003-580 0561/1003-582 Sprachkenntnisse: englisch
Frauen informieren Frauen e.V. Westring 67 34127Kassel 0561/893136 0561/893133 FiFe.V. @t-online.de <a href="mailto:Info@fif-kassel.de">Info@fif-kassel.de</a>	Kasseler Hilfe Wilhelmshöher Allee 101 34121Kassel 0561/282070 0561/27664 <a href="mailto:info@kasseler-hilfe.de">info@kasseler-hilfe.de</a>
Sozialpädagogische Familienberatung Querallee 50 34119Kassel 0561/709740 0561/7097421 <a href="mailto:Familienberatung.DW.Kassel@ekkw.de">Familienberatung.DW.Kassel@ekkw.de</a>	Pro Familia Kassel Frankfurter Str. 133a 34121 Kassel 0561/27413 0561/281061 <a href="mailto:kassel@profa.de">kassel@profa.de</a> Sprachkenntnisse: englisch
Frauenhaus Kassel Postfach 10 11 03 34011 Kassel 0561/89 88 89 0561/84 313 Sprachkenntnisse: englisch, türksich, iranisch, französisch, italienisch, russisch, spanisch, Gebärdensprache	

### Landkreis Kassel

Beratungsstellen des Vereins Frauen helfen Frauen im Landkreis Kassel e. V. Bornhagen 3 (im Stadtteilzentrum am Baunsberg) 34225 Baunatal-Altenbauna 0561/4910434 Dienstag 9:30-11:30 Uhr	Beratungsstellen des Vereins Frauen helfen Frauen im Landkreis Kassel e. V. Große Pfarrgasse 1 34369 Hofgeismar 05671/920828 Mittwoch 10:00-12:00 Uhr
---	---

Beratungsstellen des Vereins Frauen helfen Frauen im Landkreis Kassel e. V. Lange Straße 20  34253 Lohfelden 0561/5109811 2. und 4. Montag im Monat 9:30-11:30 Uhr	Beratungsstellen des Vereins Frauen helfen Frauen im Landkreis Kassel e. V. Schützeberger Straße 12  34466 Wolfhagen 05692/992892 Freitag 10:00-12:00 Uhr
Frauenhaus im Landkreis Kassel Postfach 1169 34267 Schauenburg 0561/4910194 0561/4910931 Sprachkenntnisse: englisch, polnisch, russisch, französisch	Psychologische Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche Außenstelle Hofgeismar Garnisonstraße 6 34369 Hofgeismar 05671/8001-296 <a href="mailto:Wolfgang-Meyer@LandkreisKassel.de">Wolfgang-Meyer@LandkreisKassel.de</a>
Psychologische Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche , Außenstelle Wolfhagen Ritterstraße 1 34466 Wolfhagen 05692/987-131, 174 englisch	Weisses Kreuz Weisses-Kreuz-Str. 1-4 34292 Ahnatal 05609/8399-0 05609/8399-22 <a href="mailto:info@weisses-kreuz.de">info@weisses-kreuz.de</a> Sprachkenntnisse: englisch

### Schwalm - Eder Kreis

Diakonisches Werk, allgemeine Sozial- und Lebensberatung Pfarrstraße 13 34576 Homberg 05681/9920-0 05681/9920-20 <a href="mailto:diakonie_sek@t-online.de">diakonie_sek@t-online.de</a> Fremdsprachen: englisch	Sozialpsychiatrischer Dienst Waßmuthshäuserstr. 52 34576 Homberg 05681/775691 05681/775699 Mo. - Fr. 8:00-16:00 Uhr Fremdsprachen: englisch, russisch
Beratungsstelle für Partnerschafts-, Trennungs- und Scheidungsfragen Pfarrstraße 25 34576 Homberg 05681/6888 05681/609758 montags und donnerstags Fremdsprachen: englisch, französisch	Frauenhaus der AWO Holzhäuser Straße 7 34576 Homberg 05681/6170 05681/609999 <a href="mailto:Frauenhaus@AWO-Schwalm-Eder.de">Frauenhaus@AWO-Schwalm-Eder.de</a> <a href="mailto:Frauenberatungsstelle-S-E-K@freenet.de">Frauenberatungsstelle-S-E-K@freenet.de</a> telefonisch 24 Std./tägl. Fremdsprachen: russisch, englisch
Jugend- und Familienberatungsstelle des Schwalm-Eder-Kreises Schlesierweg 1 34576 Homberg 05681/7095 05681/4904 Fremdsprachen: englisch	

### Landkreis Werra - Meißner

<p>Allerleirauh - Beratungsstelle gegen sexuellen Missbrauch          Enge Gasse 12          37269 Eschwege          05651/7843          05651/76766  <a href="mailto:allerleirauh@frauen-fuer-frauen-im-wmk.de">allerleirauh@frauen-fuer-frauen-im-wmk.de</a>          Fremdsprachen: englisch</p>	<p>Frauenberatungsstelle          Enge Gasse 12          37269 Eschwege          05651/7843 05651/76766  <a href="mailto:beratung@frauen-fuer-frauen-im-wmk.de">beratung@frauen-fuer-frauen-im-wmk.de</a></p>
<p>Frauenhaus Eschwege          Enge Gasse 12          37269 Eschwege          05651/32665          05651/754065  <a href="mailto:frauenhaus@frauen-fuer-frauen-im-wmk.de">frauenhaus@frauen-fuer-frauen-im-wmk.de</a>          Fremdsprachen: englisch</p>	

### Landkreis Hersfeld Rotenburg

<p>Flüchtlingsberatung          Kaplangasse 1          36251 Bad Hersfeld          06621/72055          06621/77837  <a href="mailto:diakonie-hef@t-online.de">diakonie-hef@t-online.de</a>          Fremdsprachen: englisch, spanisch</p>	<p>Frauenhaus Bad Hersfeld          Am Markt 15          36251 Bad Hersfeld          06621-65333          06621/67296  <a href="mailto:frauenhaus-bad-hersfeld@freenet.de">frauenhaus-bad-hersfeld@freenet.de</a>          Mo. + Do. 9:00-12:00 Uhr          Mi. 18:00-20:00 Uhr          Fremdsprachen: englisch</p>
<p>Frauentreff Bad Hersfeld          Am Markt 15          36251 Bad Hersfeld          06621-65333          06621/67296  <a href="mailto:frauenhaus-bad-hersfeld@freenet.de">frauenhaus-bad-hersfeld@freenet.de</a>          Fremdsprachen: englisch</p>	<p>Psychologische Beratungsstelle          (Erziehungsberatung)          Kaplangasse 1          36251 Bad Hersfeld          06621/14695          06621/77837</p>

### Landkreis Fulda

<p>Anlaufstelle zum Schutz Vor Gewalt gegen Frauen          Rittergasse 4          36037 Fulda          0661/839414          0661/839425  <a href="mailto:anlaufstelle@skf-fulda.de">anlaufstelle@skf-fulda.de</a>          Mo., Di. 10.00 - 12.00 Uhr          Do. 15.00 - 17.00#</p>	<p>Frauenhaus          Rittergasse 4          36037 Fulda          0661/952952-5          0661/952952-9  <a href="mailto:frauenhaus@skf-fulda.de">frauenhaus@skf-fulda.de</a>          Büro: 8.00 - 16.00 Uhr          Fremdsprachen: englisch</p>
--	--

Aus Website [www.rp-kassel.de/static/index1.htm](http://www.rp-kassel.de/static/index1.htm) => Link „Aktionsbündnis Häusliche Gewalt“,  
 Hilfeinrichtungen, Infomaterial

## LEITFADEN IV: Literatur, Übersichten

(Diese sind in der Internet pdf version und in der Datei „KSG-Leitfaden-Gesamt“ im Laufwerk I: nicht enthalten; einzeln verfügbar unter Laufwerk I/Kinderschutzgruppe/Gesamtleitfaden und kindesmisshandlung.de -> medizinische Downloads)

Herrmann B (2005) Editorial – Gewalt gegen Kinder. *Kinder- und Jugendarzt* 36: 93-94

### **Körperliche Misshandlung**

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

### **Schütteltrauma Syndrom**

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

Herrmann B (2008) Nichtakzidentelle Kopfverletzungen und Schütteltrauma. Klinische und pathophysiologische Aspekte. *Rechtsmedizin* 18: 9-16

Sperhake JP, Herrmann B (2008) Schütteltrauma (nichtakzidentelle Kopfverletzung). Aktuelle Kontroversen. *Rechtsmedizin* 18: 42-52

### **Sexueller Missbrauch**

Herrmann B, Navratil F (2005) Medizinische Diagnostik bei sexuellem Kindesmissbrauch. *Kinder- und Jugendarzt* 36: 181-189

### **Vernachlässigung**

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

### **Münchhausen by Proxy**

Noeker M, Keller KM (2002) Münchhausen-by-Proxy-Syndrom als Kindesmisshandlung. *Monatsschr Kinderheilkd* 150: 1357-1369

### **Für August 2008 angekündigtes Lehr- und Handbuch:**

Herrmann, Dettmeyer, Banaschak, Thyen: Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Aspekte. Springer Verlag; ca. 49.95 €; ca. 320 S., 160 Abb. Cover und Info unter [kundesmisshandlung.de](http://kundesmisshandlung.de)