

Institut für Rechtsmedizin der
Julius-Maximilians-Universität

Vorstand: Prof. Dr. med. Michael Bohnert

WS 4

Kindesmisshandlung und sexueller Kindesmissbrauch

-

Rechtsmedizinische Aspekte

Michael Bohnert



Formen

- Körperliche Misshandlung („child abuse“)
- Vernachlässigung („neglect“)
- Seelische Misshandlung („emotional abuse“)
- Sexueller Missbrauch („sexual child abuse“)

Kriminologie Kindesmisshandlung

- Kriminalstatistik: 3.500 Fälle pro Jahr
- Kleinkinder (2. - 4. LJ) besonders gefährdet
- 75 % der Fälle < 7. Lebensjahr
- Oft nur 1 Kind unter Geschwistern
- Täter: Eltern, Stiefeltern
- Chronisch-rezidivierender Verlauf
- Tendenz zur Eskalation

„Misshandlungsmedizin“

- **Rechtsmediziner**
 - Überwiegender Anteil der Forschung zur Morphologie
 - Spitze des Eisberges
 - Keine flächendeckende Verfügbarkeit
- **Pädiater**
 - Flächendeckende Versorgung
 - Erste Ansprechpartner
 - Klinische Erfahrung, häufigere Untersuchungen
 - Bisher keine systematische Weiterbildung

Kinderschutzgruppe am UKW

Uniklinikum: Bessere Koordination gegen Gewalt an Kindern

2013 wurde am Uniklinikum Würzburg eine Kinderschutzgruppe etabliert. Experten aus verschiedenen Fachdisziplinen haben detaillierte, klinikinterne Ablaufpläne geschaffen, die das Vorgehen bei Kindeswohlgefährdungen definieren und die Vernetzung mit Jugendämtern und Familiengerichten verbessern.

Am Universitätsklinikum Würzburg (UKW) werden jährlich knapp 50.000 Kinder und Jugendliche ambulant, teilstationär und stationär behandelt. Manche dieser Kinder zeigen Symptome oder Spuren von Misshandlung, Missbrauch oder Vernachlässigung. "In einigen Fällen ist die Gewalt gegen die Kinder deutlich erkennbar, in anderen ist sie nur ein Verdacht", sagt Professor Christoph Reiners, der Ärztliche Direktor des UKW. Um beim Umgang gerade mit den Verdachtsfällen für die Ärztinnen und Ärzte seines Klinikums mehr Sicherheit zu schaffen, initiierte er den Aufbau einer multiprofessionellen Kinderschutzgruppe.

Die im April dieses Jahres gegründete Expertenrunde umfasst neben Vertretern der Universitäts-Kinderklinik auch klinik-interne Fachleute aus den Bereichen Rechtsmedizin, Kinderchirurgie, Radiologie, Dermatologie, Gynäkologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Sozialpädagogik. Koordiniert wird das Gremium von Professor Helge Hebestreit, dem Leitenden Oberarzt der Kinderklinik. "Unser Ziel ist es, das klinische Vorgehen bei Verdacht auf körperliche oder sexuelle Gewalt an Kindern zu systematisieren und dadurch zu optimieren", sagt Professor Hebestreit. Hierzu hat die Kinderschutzgruppe in den letzten Monaten eine umfangreiche Verfahrensanweisung entwickelt, die seit kurzem über das Intranet des UKW allen Beschäftigten zur Verfügung steht.

Experten aus vielen Fachrichtungen werden hinzugezogen

Wenn bei einem der jungen Patienten Misshandlung, Missbrauch oder Vernachlässigung vermutet wird, beurteilt der diensthabende Arzt der Kinderklinik in Rücksprache mit seinem Oberarzt die Verdachtsmomente. Er koordiniert die weitere interdisziplinäre Abklärung und sorgt bei Bedarf für eine Notfalltherapie. "Liegt eine Verletzung vor, die vermutlich nicht durch einen Unfall hervorgerufen wurde, oder besteht bei einem Jungen ein Verdacht auf sexuellen Missbrauch, werden in erster Linie die Kollegen der Kinderchirurgie eingeschaltet", verdeutlicht Professor Hebestreit und fährt fort: "Bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch bei Mädchen wird eine Ärztin oder ein Arzt der Universitäts-Frauenklinik hinzugezogen."

Die Expertise der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist speziell dann gefragt, wenn seelische Gewalt und Vernachlässigung abzuklären sind. Wenn das Kind möglicherweise Opfer von körperlicher Gewalt ist, holen sich die Kinderärzte Rat bei den Rechtsmedizinern sowie bei den Diagnostikspezialisten der Kinderradiologie und Neuroradiologie. Unklare Hautbefunde werden zusammen mit der Universitäts-Hautklinik abgeklärt.



Unfall oder Misshandlung? Die von Prof. Helge Hebestreit (im Bild) geleitete interdisziplinäre Kinderschutzgruppe des Universitätsklinikums Würzburg sorgt für ein koordiniertes Vorgehen bei Verdacht auf Gewalt gegen Kinder.



Die Mitglieder der interdisziplinären Kinderschutzgruppe – von links nach rechts, unten: Thomas Meyer, Clemens Wirth, Christine Versbach, Helge Hebestreit, Bettina Oslander und Steffen Kurzman; oben: Michael Bohner und Monika Rehn.

Battered Child Syndrome

- Historischer Begriff (Henry Kempe, 1962), heute nicht mehr empfohlen
- Stattdessen: NAI - Non-Accidental Injury
- Befundkonstellation
 - Körperliche und geistige Retardierung
 - Ungepflegter Allgemeinzustand
 - Hautausschläge
 - Vielzahl von Verletzungen an untypischen Lokalisationen
 - Hämatome unterschiedlichen Alters
 - Frakturen unterschiedlichen Alters

Verdacht

- Fehlende, vage, unklare, wechselnde Erklärungen
- (Schwere) Verletzungen angeblich durch Geschwisterkinder zugefügt
- Für Alter/Entwicklungszustand inadäquater Unfallmechanismus
- Verzögerte Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe
- Entdeckung zusätzlicher Verletzungen bei körperlicher Untersuchung
- Wiederholte Verletzungen mit gehäuften Arzt-Wechsel
- Hinweise von Dritten oder von Kind selbst

Körperliche Leitsymptome

- Verletzungen an für Unfällen untypischen Stellen
- Geformte Verletzungen
- Reduzierter Allgemein- und Pflegezustand

Verhaltensstörungen

- Schwaches Selbstwertgefühl
- Ängstlichkeit, Passivität, Apathie
- Gefügigkeit, Gehemmtheit, Scheu gegenüber anderen Personen
- Erhöhte Wachsamkeit, Alarmbereitschaft („frozen watchfulness“)
- Motorische Unruhe
- Einnässen, Einkoten
- Verstärktes Geltungsstreben, provozierendes Verhalten

KÖRPERLICHE MISSHANDLUNG

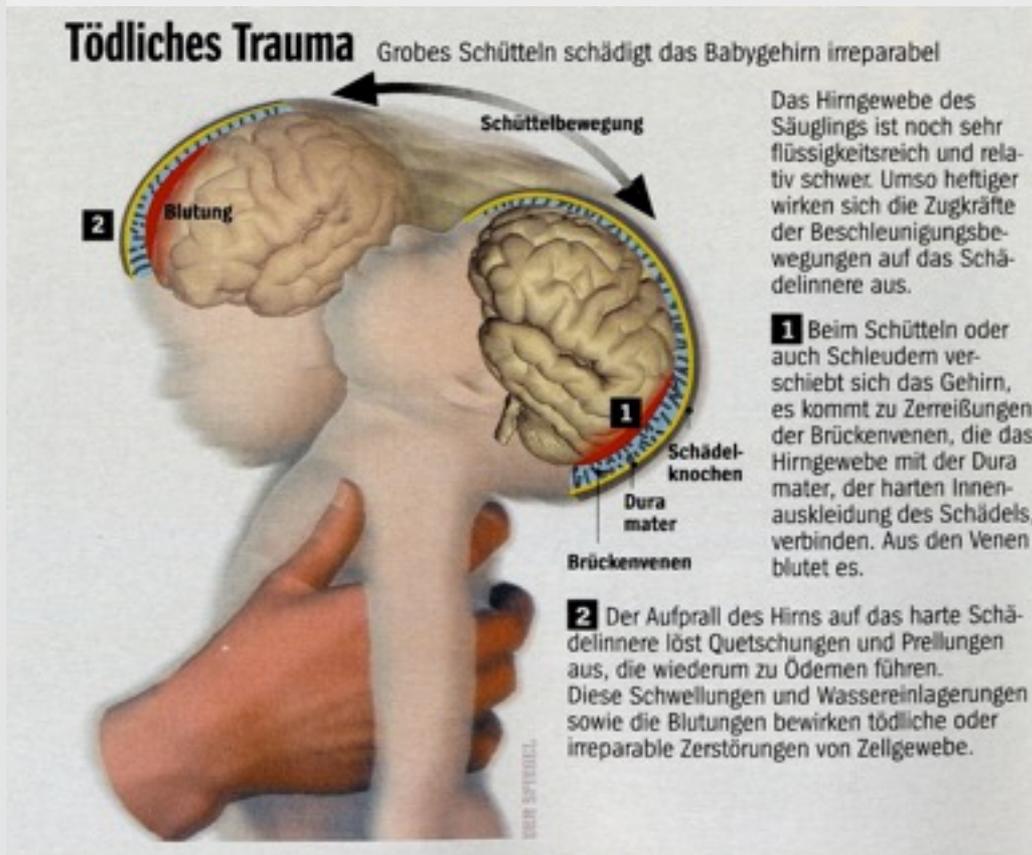
Formen

- Stumpfe Gewalt
 - Schlagen
 - Hand, Faust
 - Werkzeug
 - Stoßen
 - Gegen Möbel oder Wände
 - Schütteln
 - Treten
 - Beißen
 - Fesseln
- Verbrennen
- Verbrühen
- Unterkühlen
- Beinahe-Ersticken
- Vergiften

Verletzungen durch stumpfe Gewalt

- Hautrötung
- Hauteinblutung
- Hautunterblutung
- Schürfung
- Quetschwunde
- Risswunde
- Rissquetschwunde
- Quetschung
- Zerrung
- Zerreißung
- Fraktur
- Anspießung

Schütteltrauma



- Heftiges Schütteln für 5 - 10 (- 20) Sekunden
- 1 - 3 x / s
- Terminaler Kopfanprall?
- Letalität: 30 %
- Bleibende Schäden: 62 - 96 %

Spiegel 40/2002

Schütteltrauma - Klinik

- Befunde
 - Lethargie
 - Bewusstlosigkeit, Erbrechen
 - Krämpfe
 - Unregelmäßige Atmung mit Atempausen bis zum Atemstillstand
- Untersuchungen
 - Ganzkörperuntersuchung
 - Labor
 - Radiologie
 - CT/MRT des Kopfes
 - Skelettscreening
 - Augenärztliches Konsil (Fundoskopie)

Hämatomabbau

- Farbänderung abhängig von Intensität, Größe und Lokalisation der Blutung

| | |
|--------------------|------------|
| Blauviolett / Blau | 1. Tag |
| Grün | 2.-10. Tag |
| Braun | 1.-15. Tag |
| Gelb | (> 1 Tag) |
| Gemisch | 2.-9. Tag |

Misshandlung - Frakturen

- Kinder < 1 Jahr, inadäquater Anamnese, kein Hinweis auf Knochenerkrankung
- Multiple Frakturen unterschiedlichen Alters
- Meta-/epiphysäre Frakturen bei Kinder < 2 Jahre
- Komplexe Schädelfrakturen bei Fallhöhe < 1,5 m
- Frakturen des Brustkorbs (Rippen, Sternum, Skapula)
- Wirbelfrakturen, Beckenfrakturen
- Fuß-/Hand-/Fingerfrakturen

Strangulation

- Formen
 - Würgen, Drosseln, Hängen
- Kompression der Halsweichteile
 - Drosselblutadern
 - Halsschlagadern
 - Atemwege
- Befunde
 - Blutstauung und Dunsung des Gesichts
 - Punktförmige Stauungsblutungen
 - Lider, Bindehäute, Haut hinter den Ohren, Mundschleimhäute, Nasenschleimhaut

Thermische Gewalt

- Verbrennen
 - Zigarette
 - Herdplatte
 - Bügeleisen
- Verbrühen
- Unterkühlen
 - Verbringen in kaltes Wasser
 - Aussperren in kalter Jahreszeit

Verbrühung

| Unfall | Misshandlung |
|---|---|
| Adäquate Anamnese | Diskrepanz zwischen Befund und Anamnese |
| Geringe Verletzungsschwere | Höhergradige Verbrühung |
| Unregelmäßige, landkartenartige Konfiguration | Lineare Begrenzung (Wasserstand) |
| Asymmetrische Ausprägung | Symmetrische Ausprägung |
| Keine Begleitverletzungen | Begleitverletzungen |

Selbstverletzung

Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom

ARTIFIZIELLE STÖRUNGEN

18. Dezember 2007

[Drucken](#) | [Senden](#) | [Leserbrief](#) | [Bookmark](#)

MITTWEIDA

Schrift:  

Die dubiose Geschichte vom eingeritzten Hakenkreuz

Von *Florian Gathmann*

Der Fall löste Entsetzen aus: Im sächsischen Mittweida hätten Rechtsradikale ein Mädchen überfallen, der 17-Jährigen ein Hakenkreuz in die Hüfte geritzt. Nun gibt es erhebliche Zweifel an der Geschichte. Möglicherweise gab es gar keinen Überfall.

www.spiegel.de

Selbstverletzung

- Gleichmäßig oberflächliche Ritz-/Schnittwunden oder Fingernagel-Kratzspuren
- Gleichförmige, lineare oder leicht gekrümmte Verläufe der Einzelläsionen
- Parallele oder gruppierte Anordnung
- Symmetrische Verteilung oder Bevorzugung jener Körperhälfte, die der Gebrauchshand gegenüberliegt
- Lokalisation in leicht erreichbaren Körperregionen
- Aussparung besonders schmerzhafter Regionen
- Keine oder nicht zum Verletzungsbild passende Kleiderbeschädigung
- Keine Abwehr-/Deckungsverletzungen
- Evtl. Narben von früheren Selbstverletzungen

Munchausen by proxy

- Falsche Krankheiten im Kleinkindalter
 - Behauptet
 - Durch Manipulationen hervorgerufen
 - Beibringung von Medikamenten
 - Beinahe-Ersticken
- Häufige Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte
- Symptome nur in Anwesenheit der Bezugsperson
- Abklingen der Beschwerden im Krankenhaus
- Somatische Diagnostik negativ

V. a. Beinahe-Ersticken

- Wiederholte Zyanosen, Apnoe-Episoden oder ALTE (Apparent Life Threatening Events) in Gegenwart der selben Person
- Unerwartete und ungeklärte Todesfälle von Geschwisterkindern
- Blut in Nase oder Mund
- Hinweise auf Kindesmisshandlung in Familie

American Academy of Pediatrics 2001

SEXUELLER KINDESMISSBRAUCH

Epidemiologie

- 15.000 Anzeigen/anno
 - 8.000 weiterführende Ermittlungen
 - 2.000 Verurteilungen
- Täter
 - 60 % eigene Familie
 - 90 % Nahfeld
 - 8 % Unbekannte
- Opfer
 - 6-62 % der Mädchen
 - 3-13 % der Jungen
- Dunkelziffer 1:5 - 1:10

Weiche Daten!

Probleme des Nachweises

- Oftmals lange Latenz zwischen letztem Kontakt und Anzeige/Untersuchung
- Nur in sehr seltenen Fällen durch körperliche Untersuchung beweisbar
 - Unspezifische körperliche Befunde
 - Selten positive Befunde bei Spurenuntersuchungen
 - Rasche Untersuchung notwendig (innerhalb 72 Stunden)
 - Positive Ergebnisse bis 48 Stunden, 90 % davon innerhalb von 24 Stunden
- In 50 % der Fälle keine körperlichen oder psychischen Symptome
- Kein spezifisches Missbrauchssyndrom

Glaubhaftigkeit

- Altersabhängig!
- Spontane Beschuldigung gegen bestimmte Person primär glaubhaft
- Konkrete Fehlbeschuldigungen selten
- Cave Befragung durch Nicht-Fachleute
- Cave wiederholte Befragungen
- Cave Hilfsmittel (Puppen, Zeichnungen)

Körperliche Untersuchung

- Bei V. a. kürzlichem Missbrauch ist Eile geboten
 - Spurensicherung innerhalb von 48-72 Stunden
 - Heilungstendenz von Schleimhautverletzungen
- In allen anderen Fällen kein Notfall
 - Vorbereitung auf Untersuchung
 - Begleitperson des Vertrauens
 - Hektik und Zwang vermeiden
 - Untersuchungsgang besprechen
- Narkose oder Sedierung außer bei schweren Verletzungen nicht notwendig
- Ganzkörperuntersuchung

Wertigkeit

- (Frische) Defloration
- Sperma-Nachweis
- Schwangerschaft
- Genitale
Bissverletzung
- (Geschlechtskrankheit)
- Vaginale Entzündung
- Rötung von Vulva und
Vagina
- Einkerbung Hymen
- Vermehrtes
Masturbieren
- Anale Blutung
- Anale Fissur
- Dilatation des Anus

Reflexdilatation des Anus

- Leichte Dehnung des Gesäßes führt zu kurzzeitiger Dilatation des Anus
- Bei Untersuchungen in Sedierung weite Klaffung möglich
- Physiologisch bei Kindern
- Kein Beweis für Analverkehr!

Geschlechtskrankheiten

- Selten (1-5 %)
- Untersuchung nur in besonderen Verdachtsfällen erforderlich
- Bei positiver Diagnose an sexuellen Missbrauch denken

Infektionen nach Sexualkontakten

- Positive Kultur für Gonokokken
- Bestätigte Diagnose einer Syphilis
- *Trichomonas vaginalis* bei einem Kind > 1 Jahr
- Positive Kulturen auf *Chlamydia trachomatis* bei einem Kind > 3 Jahre
- HIV, Hepatitis B, Hepatitis C

Bei Ausschluss einer perinatalen Infektion