

Rechtsmedizinische Befunde bei Kindesmisshandlungen



Dr. Elisabeth Mützel

Angesichts der schrecklichen Kindesmisshandlungen in den letzten Wochen hat das bayerische Kabinett Ende November 2006 Initiativen zum Schutz von schwer vernachlässigten Kindern politisch auf den Weg gebracht. Das Kabinett beschloss maßgeschneiderte Maßnahmen zum Schutz von schwer vernachlässigten Kindern. Um vernachlässigte Kinder besser zu schützen, wird Bayern laut einer Pressemitteilung der Bayerischen Staatskanzlei alle Möglichkeiten ausschöpfen. Dazu gehören eine Bundesratsinitiative für verpflichtende Vorsorgeuntersuchungen für alle Kinder, ein eigenes Informations- und Kontrollsystem in Bayern, die Koppelung der Auszahlung des Landeserziehungsgeldes an Nachweis der Vorsorgeuntersuchung, die lückenlose Vernetzung von Ärzten, sozialen Diensten und Sicherheitsbehörden und ein Frühwarnsystem. Grund genug für das „Bayerische Ärzteblatt“, dieses Thema aufzugreifen. Wir haben dazu das Institut für Rechtsmedizin der LMU München gebeten, uns einen Beitrag über rechtsmedizinische Aspekte bei Kindesmisshandlungen zu schreiben und beim Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen angefragt, das Kinder- und Jugendhilfesystem in Bayern in einem redaktionellen Beitrag vorzustellen. Die Redaktion

„Jedes Kind hat ein Recht darauf, vor Gewalt geschützt zu werden. So steht es in Artikel 19 der UN-Konvention über die Rechte des Kindes. Jährlich sterben in den Industrieländern rund 3500 Kinder an den Folgen von Misshandlungen und Vernachlässigung. Jede Woche sind dies in Deutschland mindestens zwei Todesfälle, in Frankreich drei und in den USA 27“ (Unicef-Report „Gewalt gegen Kinder“: www.unicef.de). Die Misshandlung von Kindern kann sich in unterschiedlichen Formen zeigen. Es besteht eine hohe Unsicherheit im Umgang mit der medizinischen Diagnose „körperliche Kindesmisshandlung“. Deshalb soll im Folgenden aus rechtsmedizinischer Sicht auf Befunde bei Kindesmisshandlung eingegangen werden.

Formen der Gewalteinwirkung

Grundsätzlich kann aus rechtsmedizinischer Sicht zwischen folgenden Gewaltformen unterschieden werden: Stumpfe/schürfende Gewalt, scharfe und spitze Gewalt, Strangulation, thermische Einwirkung, Vernachlässigung. Eine Sonderform der Gewalteinwirkung stellt das Schütteltrauma dar. Neben den Formen der körperlichen Gewalteinwirkung sind die seelische Misshandlung und Vernachlässigung bzw. Nahrungsentzug abzugrenzen [5].

Bei der stumpfen/schürfenden Gewalteinwirkung werden am häufigsten Schläge mit der flachen Hand, der Faust oder Gegenständen

gesehen (Abbildung 1). Auch Tritte gegen den kindlichen Körper, Anschläge gegen Gegenstände, auf/am Boden und anderes stellen keine Seltenheit dar.

Schläge mit geformten Gegenständen hinterlassen oft charakteristische Muster: Dort, wo das Schlagwerkzeug auf die Haut auftrifft, wird das Gewebe komprimiert (zentrale Abblassung), seitlich davon entstehen Blutungen in die Hautschichten (parallele doppelläufige Rötungen oder Hämatome – Abbildung 2).

So genannte „scharfe bzw. spitze Gewalteinwirkung“, also Schnitte oder Stiche, zum Beispiel durch Messer, wird bei Misshandlungen von Kindern selten gesehen. Auch Strangulation ist keine „gängige“ Gewalteinwirkung, wird jedoch in Form von Würgen hin und wieder gesehen. Häufiger allerdings, in der Regel bei Tötungsdelikten an Säuglingen, muss an eine so genannte „weiche Bedeckung“ gedacht werden, also einen Verschluss der Atemöffnungen durch aufgepresste Kissen oder Ähnliches.

Thermische Einwirkungen auf das Kind erfolgen in vielfältigster Weise. Gelegentlich wird das Ausdrücken brennender Zigaretten auf der Haut des Kindes beobachtet, wobei keine bevorzugte Körperregion ersichtlich ist. Das Verletzungsbild ist typisch: Meist sind wie ausgestanzt erscheinende Hautdefekte bzw. später Narben zu sehen, die rund bis rund-oval ausgeprägt sind und einen Durchmesser von 0,5 bis 0,8 Zentimeter erreichen können (Abbildung 3). Zu achten ist dabei auf die Möglichkeit, dass

die Zigarette auch mehrfach aufgedrückt worden sein kann, wodurch die Verletzung „konfluieren“ und größer werden kann. Der Rand erscheint dann wie „kokardenartig“.

Verbrennungen/Verbrühungen und Erfrierungen sind oft schwer hinreichend sicher gegeneinander abzugrenzen. Außerdem stellen Verätzungen durch Säuren oder Laugen, zum Beispiel mit Rohrreiniger, eine weitere differenzialdiagnostische Alternative dar. Satellitenartige Spritzmuster am Rand sollten immer an eine Verbrühung mit heißem Wasser denken lassen. Speziell die anatomische Verteilung,



Abbildung 1: Acht Jahre altes Mädchen. Das Mädchen hatte mehrere Ohrfeigen erhalten. Entsprechende Spuren stellen sich als meist quer angeordnete, parallel zueinander gestellte, streifige Hautrötungen dar, die zentral eine Abblassung aufweisen. Die zentrale Abblassung ist etwa fingerdick. Bei Schlägen auf die Ohrregion finden sich oft auch Blutergüsse an der Rückseite der Ohmuschel bzw. in der Hinterohrregion, die relativ langsam abheilen.

zum Beispiel ausschließlich Betroffen-Sein der Gesäßregion, kann entscheidende Hinweise geben. Wichtig ist bei solchen Verletzungen die Fotodokumentation, eventuell auch in den verschiedenen Abheilungsstadien (Datum!).

Prädilektionsstellen für Verletzungen durch Misshandlung sind der Kopf, der Rücken und das Gesäß. Dabei weisen Verletzungen an eigentlich geschützten Körperregionen, wie zum Beispiel am Auge oder in der zentralen Wangenregion, auf Misshandlung hin. Schwer zu interpretieren sind dagegen Verletzungen in sturztypischen Regionen, zum Beispiel in der so genannten „Hutkrepenebene“ am Schädel, oder über Knochenvorsprüngen des Gesichtes.

Am Kopf führen Schläge mit Gegenständen häufig zu Verletzungen der Scheitelregion. Alternativ können Verletzungen dort aber auch durch einen Sturz aus der Höhe erklärt werden (Sturz aus dem Bett, vom Wickeltisch oder auf der Treppe). Symmetrische Verletzungen oder Schädelbrüche, die mehr als eine Knochenplatte betreffen, sprechen dabei gegen ein akzidentelles Geschehen, und insbesondere dann gegen eine Eigenverletzung [5].

Eine Vernachlässigung eines Kindes stellt eine „passive“ Form der Misshandlung dar. Zu differenzieren ist neben der psychischen Vernachlässigung die körperliche Vernachlässigung mit zu geringer oder fehlender Versorgung mit Flüssigkeit und festen Nahrungsbestandteilen. Werden kachektische Kinder in der Klinik aufgenommen, müssen Malabsorptionsstörungen und andere ähnliche Erkrankungen differenzialdiagnostisch als mögliche krankhafte Ursache abgeklärt werden. Zeichen einer zusätzlichen körperlichen Vernachlässigung, zum Beispiel Hygienedefizite, Verschmutzung des Kindes, sollten ebenso dokumentiert werden.

Das Schütteltrauma

Von einem Schütteltrauma (Shaken Baby Syndrome) spricht man, wenn das Kind an den Oberarmen oder am Thorax gepackt wird und heftig hin- und her- bzw. vor- und zurückgeschüttelt wird. Dies führt dazu, dass der Kopf des Säuglings (am häufigsten sind Säuglinge im typischen Schreialter von wenigen Monaten betroffen) bei noch zu gering ausgebildeter Haltemuskulatur im Nacken ungebremst nach vorne und hinten schlägt. Da das Gehirn der Bewegung des Kopfes erst mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung folgt, entstehen zwischen Gehirn und Schädel Kapselscherkräfte. Diese Scherkräfte führen zu Einrissen der so genannten Brückenvenen zwischen Dura mater und Arachnoidea, mit der Folge von Subdural-

und Subarachnoidalblutungen [6]. Nach Einstufung der American Academy of Pediatrics muss das Schütteln dabei derart heftig sein, dass auch für medizinisch nicht geschulte Personen das potenziell lebensbedrohliche dieser Einwirkung offensichtlich ist [1].

Die Folgen eines Schütteltraumas können ganz gravierend sein. Etwa ein Viertel der Kinder stirbt innerhalb von Tagen bis Wochen nach dem Schütteltrauma. Über zwei Drittel der Überlebenden erleiden mehr oder weniger schwere neurologische Folgeschäden, vergesellschaftet mit multizystischer Enzephalopathie, Hirnatrophie, Mikrozephalie, zerebralen Anfallsleiden, mentaler Retardierung, in extremen Fällen bis hin zur fast vollständigen zystischen Umwandlung des Gehirns (Abbildung 4) [4, 6]. Die American Academy of Pediatrics [1] stellt weiterhin fest, dass retinale und Glaskörperblutungen ebenso wie nicht-hämorrhagische Veränderungen (wie zum Beispiel Netzhautfalten und traumatische Ablösung der Netzhaut) charakteristisch für das Schütteltrauma (Shaken Baby Syndrome) sind. Treten zusätzlich Blutungen entlang der Sehnerven auf, spricht dies bereits per se stark für ein Schütteltrauma, weil Blutungen an dieser Lokalisation durch die übrigen erwähnten Ursachen nicht begründbar sind. Differenzialdiagnostisch sind Angaben wie „Sturz vom Wickeltisch, Sofa oder Bett“ als Ursache für intrakranielle Verletzungen zumeist auszuschließen.

Fazit

Der Verdacht auf eine Misshandlung kann auf unterschiedliche Weise entstehen. Neben körperlichen Symptomen können zum Beispiel auffälliges Verhalten des Kindes, anamnestische Angaben und/oder gestörte familiäre Interaktionen diagnostische Hinweise liefern [2]. Das Flussdiagramm zum Erkennen von Kindesmisshandlungen von Frick, Frank und Schött [3] sieht eine Mehrebenenbetrachtung vor und hilft sowohl bei der Diagnostik als auch weiteren Entscheidungen zum Umgang mit einer Misshandlung. Da es nicht möglich sein wird, jeden Fall alleine zu lösen, ist eine Zusammenarbeit mit anderen Hilfseinrichtungen erforderlich. Möglichkeiten des Schutzes sind stationäre Unterbringungen, Inobhutnahme des Kindes durch das Jugendamt sowie eine vorläufige Einschränkung des Aufenthaltsbestimmungsrechtes [2]. Die Beiziehung eines rechtsmedizinischen Kollegen in ein „Interventionsteam“ kann weiterhelfen.

Bezüglich des Zeitpunktes einer Anzeige ist zu bedenken, dass Spuren zwischenzeitlich gegebenenfalls vernichtet und Ermittlungen durch zeitliche Verzögerung behindert werden. Der

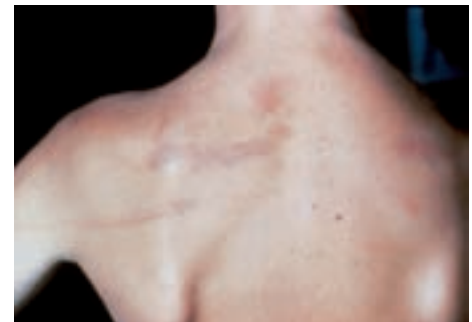


Abbildung 2: Striemenartige Rötungen mit zentraler Abblassung als typische Folge von Schlägen mit einem geformten Gegenstand.



Abbildung 3: Thermisch bedingte Hautverletzung am Handrücken eines Jungen als Folge einer dort ausgedrückten brennenden Zigarette.



Abbildung 4: Kontroll-MRT-Aufnahme eines etwa zehn Monate alten Kindes nach mehreren Monaten Klinik- und Rehabilitationsklinikaufenthalt. Es zeigt sich eine zystische Umwandlung des Gehirnes mit Mikrozephalie nach aus der Vorgeschichte und den klinisch-radiologischen Befunden ableitbarem Schütteltrauma.

behandelnde Arzt sollte auch ausnahmslos bereits zu Beginn der Behandlung sowie zum Teil auch im Verlauf (zum Beispiel bei fraglicher Hitzeeinwirkung) Verletzungen fotodokumentieren. Eine Darstellung der Verletzung mit Maßstab wäre sinnvoll. Sollten so genannte

„Spuren“, zum Beispiel Speichelanhaftung bei einer Bissverletzung oder Ähnliches vorhanden sein, sollten diese durch Abrieb mittels eines Wattetupfers gesichert werden (Beschriften!, Lufttrocknung). Eine ausführliche Dokumentation von Gesprächen mit Eltern und gegebenenfalls, je nach Alter, mit dem Kind sollte erfolgen.

Wird ein verletztes Kind in eine Klinik eingeliefert, das keine eindeutigen Misshandlungszeichen aufweist, so hat der Arzt keine rechtliche Grundlage, weitere Schritte zu unternehmen. Er ist nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) an seine Schweigepflicht gebunden. Zeigt sich allerdings ein Verletzungsbild, das sich mit der „Unfallversion“ der Eltern nicht in Einklang bringen lässt, so sollte er dies den Eltern mittei-

len, dabei aber weitere Ermittlungen nach einer eventuellen Strafanzeige nicht gefährden: Dem „Täter“ sollte nicht die Möglichkeit gegeben werden, in der Diskussion weitere glaubwürdigere Unfallversionen quasi mit ärztlicher Beratung zu konzipieren, bis eine davon einigermaßen das Verletzungsbild erklären kann. Da in Deutschland bei Verdacht auf Misshandlung keine Meldepflicht besteht (im Gegensatz zum Beispiel zu den USA), wird die Entscheidung über das weitere Vorgehen immer dem Arzt überlassen bleiben. Der eventuelle Bruch der Schweigepflicht wäre nach § 34 StGB („Rechtfertigender Notstand“) aus Sorge um künftige weitere Misshandlungen rechtlich abgesichert. Die weitere kriminalistische Aufklärung ist nicht Aufgabe des behandelnden Arztes. Dieser sollte sich von seiner Verantwortung für seinen

kleinen Patienten leiten lassen, dem gegenüber er rechtlich eine Garantenstellung einnimmt, und dessen künftiges Wohlergehen – auf welchem Wege auch immer – oberste Priorität haben sollte.

Das Literaturverzeichnis kann bei der Verfasserin angefordert oder im Internet unter www.blaek.de (Ärzteblatt/Literaturhinweise) abgerufen werden.

Dr. Elisabeth Mützel (Rauch), Institut für Rechtsmedizin der LMU München, (Vorstand: Professor Dr. Wolfgang Eisenmenger), Frauenlobstraße 7 a, 80337 München, Telefon 089 5160-5171, Fax 089 5160-5144, E-Mail: Elisabeth.Muetzel@med.uni-muenchen.de

Das „staatliche Wächteramt“ in der Verantwortung der kommunalen Jugendämter

Handlungsinstrumentarium der Jugendhilfebehörden zum Schutz von Kindern



Dr. Robert Sauter

Jugendämter sind neben der Gewährung von Sozialleistungen auch zum Schutz von Kindern verpflichtet. Mit der Einfügung des § 8 a Sozialgesetzbuch VIII (Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung) sind die jugendhilferechtlichen Grundlagen des Kinderschutzes vertieft und verbessert worden. Alle Träger, die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe erbringen, wurden nachhaltig und verbindlich in die Wahrnehmung des Schutzauftrages eingebunden. Die Voraussetzungen für das Knüpfen einer lückenlosen Kette der Verantwortung, an der neben der Kinder- und Jugendhilfe die Gesundheitsvor- und -fürsorge mit ihren Ärzten, die Schulen, die Organe der Sicherheit und die Gerichte beteiligt sind, sind geschaffen. Auf dem Weg von der gemeinsamen Verantwortung von Staat und Gesellschaft zur Verantwortungsgemeinschaft für Kinder und Familien bedarf es auch einer Mitwirkung der Ärzte beim Schutz der Kinder. Jugendämter sind dabei behilflich.

Das „staatliche Wächteramt“ verpflichtet die zuständigen Behörden, im Falle einer Kindeswohlgefährdung (hier insbesondere Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung) alles Notwendige zu tun, um diese Gefährdung abzuwenden und die notwendige Hilfe für das Kind und gegebenenfalls die Familie einzuleiten. Mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe sind die örtlichen Jugendämter betraut, die bei den kreisfreien Städten und Landkreisen eingerichtet sind. Es handelt sich hierbei um Aufgaben des „eigenen Wirkungskreises“ der Kommunen, für deren Qualität und Wirksamkeit die zuständigen kommunalen Organe unmittelbar verantwortlich sind. Innerhalb der Jugendämter sind

in der Regel die Fachkräfte der Bezirkssozialarbeit bzw. des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD) zuständige Ansprechpartner.

Die (Jugend-)Behörden erhalten Kenntnis von der Gefährdung eines Kindes auf verschiedenen Wegen.

- Hausarzt, Kinderarzt, Krankenhaus (Ambulanz, Station, Sozialdienst) melden Befunde, Verdachtsmomente oder dort aufgenommene Hilfeersuchen Betroffener.
- Die Eltern bzw. ein Elternteil oder die betroffenen Kinder und Jugendlichen wenden sich an das Jugendamt selbst oder an eine Einrichtung der Kinder- und Jugendhilfe.

- Verwandte, Bekannte und Nachbarn setzen sich telefonisch, brieflich, elektronisch oder persönlich mit dem Jugendamt in Verbindung und berichten über Vorkommnisse oder Verdachtsmomente.
- Mitarbeiter von ambulanten Diensten, von sozialpsychiatrischen Diensten oder von Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie (zum Beispiel Familienpflege/Dorfhelferinnen), Kindertagesbetreuungseinrichtungen, Schule, Einrichtungen der Jugendarbeit berichten über Anhaltspunkte einer möglichen bzw. tatsächlichen Gefährdung.
- Polizei, Staatsanwaltschaft, Führungsaufsicht oder Bewährungshilfe teilen im

Zusammenhang mit der Ermittlung, Ahndung, Verbüßung oder Entlassung von Straftätern mit, dass Kinder unmittelbar oder mittelbar betroffen sein können.

- Anonyme Melder äußern Besorgnisse, Wahrnehmungen oder Anschuldigungen aus ihrem Umfeld und bitten die Behörde, ohne Nennung der Quelle der Informationen tätig zu werden.

Auf Grund der vorliegenden Erkenntnisse und Problemanzeigen nehmen die Fachkräfte des Jugendamts Kontakt mit der Familie auf, in der Regel durch persönliche Gespräche im Rahmen von Hausbesuchen. Sofern es der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen erfordert, erfolgt die Kontaktaufnahme zunächst auch ohne Einbeziehung der Personensorgeberechtigten. Dabei wird im Sinne eines umfassenden Schutzkonzeptes die Dringlichkeit und Eilbedürftigkeit unverzüglicher Schutzmaßnahmen geprüft. Ergibt die Abschätzung der Risikofaktoren eine unmittelbare akute Gefährdung, erfolgt die Inobhutnahme des Kindes oder Jugendlichen, notfalls in Zusammenarbeit mit der

Polizei. Widersprechen die Personensorgeberechtigten der Inobhutnahme, muss eine Entscheidung des Familiengerichtes herbeigeführt werden.

Im Rahmen einer Hilfeplanung gemäß § 36 Sozialgesetzbuch VIII werden im Zusammenwirken der Fachkräfte im Jugendamt und an den Schnittstellen zu Schule, Gesundheitshilfe, Polizei und zum sozialen Umfeld die geeigneten Hilfen zur Erziehung eruiert, in die Wege geleitet und im Fortgang regelmäßig überprüft. Hierbei ist die Einschaltung von Kriseninterventionsdiensten, Clearingstellen und die (zumindest temporäre) Fremdunterbringung im Verhältnis zum Verbleib bzw. zur Rückkehr des Kindes in die Herkunftsfamilie unbeschadet des entstehenden Kostenaufwandes sorgfältig zu prüfen. Soweit erforderlich, werden diese Jugendhilfeleistungen erweitert, zum Beispiel durch Maßnahmen der Gesundheitshilfe oder Interventionen nach dem Gewaltschutzgesetz. Bei der Erstellung und Durchführung dieses Hilfe- und Schutzkonzeptes ist auf eine Mitwirkung der Personensorgeberechtigten hinzu-

wirken. Sind diese dazu nicht in der Lage oder bereit, müssen gegebenenfalls weitere familiengerichtliche Entscheidungen herbeigeführt werden.

Der wirksame Schutz von Kindern und Jugendlichen stellt sich somit als eine wichtige Kernaufgabe der Kinder- und Jugendhilfe dar. Zu seiner Verwirklichung bedarf es indes einer selbstverständlichen Verantwortungsgemeinschaft aller Behörden, Einrichtungen und Dienste, denen die (Mit-)Sorge für das gedeihliche Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen anvertraut ist.

Die Ärzteschaft ist in der Wahrnehmung des Kinderschutzauftrages für das Jugendamt ein herausragender Bündnis- und Kooperationspartner.

*Dr. Robert Sauer, Amtsleiter,
Zentrum Bayern Familie und Soziales
– Bayerisches Landesjugendamt,
Winzererstraße 9, 80797 München,
Internet: www.blja.bayern.de*

Anzeige

Anlage & Vermögen



Einfach glasklar! apoZinsPlus, das transparente Tagesgeldkonto.

apoZinsPlus ist das neue Tagesgeldkonto der apoBank. Eine moderne und überschaubare Geldanlage. Ohne Wenn und Aber – mit täglicher Verfügbarkeit und einer attraktiven Verzinsung. Schon ab dem ersten Euro. Nähere Informationen unter www.apobank.de oder in Ihrer apoBankFiliale.

*Bis zu 3% p.a. in Abhängigkeit vom Anlagebetrag.

Weil uns mehr verbindet.

