

Vorgehen bei Kindesmisshandlung und – vernachlässigung

Konzept
der ärztlichen Kinderschutzambulanz und
interdisziplinären Kinderschutzgruppe des

KLINIKUM
Kassel
Ein Unternehmen der
Gesundheit Nordhessen Holding AG



LEITFADEN I: Allgemeiner Teil

Stand: 26.2.2006, Überarbeitung Herrmann

Einleitung	3
Allgemeines Vorgehen	4
Konzept der Interdisziplinäre Kinderschutzgruppe	5
Strategieplan für Kinderschutzgruppen	6
Kinderschutzarbeit an schweizerischen Kinderkliniken	7
Medizinische Diagnostik bei körperlicher Misshandlung	9
Medizinische Diagnostik bei sexuellem Missbrauch	11
Rechtslage	19
Rechtliche Überlegungen sexueller Missbrauch	21
Intervention und Management – Übersicht (B.Herrmann)	23
Umgang mit Misshandlung (U.Thyen)	25
Umgang mit sexuellem Kindesmissbrauch (B.Herrmann)	27
Psychologische Aspekte (R.Flint)	29
Pflegerische Aspekte (G.Frese)	30
Sozialberatung – Konzept (C.Miehle, A.Neumann)	31
Sozialberatung – Diagramm	32

LEITFADEN II: Spezieller Teil

Anamnese – Grundlagen, Übersicht	34
Hinweise zur Anamnese	37
Anamnese – Verhaltensfragebogen sexueller Missbrauch	37
Dokumentation körperliche Befunde	38
Dokumentation Befunde Skizzen (Körperschema, Genitalbefunde)	40
Dokumentation weitergehende Diagnostik	41
Befundbogen körperliche Misshandlung (1 Blatt)	42
Kindergynäkologischer Befundbogen sexueller Missbrauch	43
Forensik-Befundbogen sexueller Missbrauch	44
Anhang:	
Forensikübergabebogen	45
Prophylaxen nach akuter Vergewaltigung	47
Vorgehen bei Condylomata acuminata	47
Pflegerische Dokumentation	48
Besucherverzeichnis	49
Adressensammlung	50

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
Shaken Baby Syndrom
Sexueller Missbrauch
Vernachlässigung
Münchhausen by Proxy

EINLEITUNG

Gewalt gegen Kinder und Jugendliche – dass sie schadet bestreitet niemand. Selbst 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). Zahlreiche, wenngleich oft wenig sachliche, Berichte der Medien reflektieren ein hohes Maß an öffentlichem Interesse.

Kindesmisshandlung und –vernachlässigung ist ein epidemiologisch bedeutsames und gesellschaftlich äußerst relevantes Thema und neben hohen ökonomischen Folgekosten mit einem kaum zu ermessenden Ausmaß an individuellem Leid, Kränkung, schwerster seelischer Schädigung und erheblich belasteten individuellen Lebensläufen behaftet.

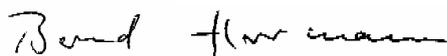
Nicht nur für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Gesundheitswesen ist die Konfrontation damit ein belastendes und oft mit Unsicherheiten behaftetes Thema. Die WHO sieht jedoch gerade Fachleute des Gesundheitswesens besonders in der Pflicht, von Misshandlung betroffene Kinder und Jugendliche zu diagnostizieren 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 ärztlichen Kinderschutzambulanz und der interdisziplinären Kinderschutzgruppe des Klinikum entstanden, deren Mitglieder schon langjährig zuvor 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 Teil und die Fachartikel im Anhang (diese finden sich neben weiteren Artikeln unter Gesamt-Klinikumslaufwerk **I:/Kinderschutzgruppe/Artikel** als pdf Dateien zum Weiterverwenden und Ausdruck mit Farbabbildungen.

Dieser Leitfaden wird fortlaufend weiterentwickelt und überarbeitet, so dass der Stand der vorliegenden schriftlichen Ausführung im Gesamt-Klinikumslaufwerk **I:/Kinderschutzgruppe/** auf Aktualität überprüft werden muss. Weitere Infos, Leitlinien und viele Fachartikel finden sich unter **kindesmisshandlung.de** im Internet.

Viel Erfolg im Bemühen den Kindern zu helfen!



Dr. Bernd Herrmann für die Kinderschutzgruppe des Klinikum Kassel
OA der Kinderklinik , Ärztliche Kinderschutzambulanz

Literatur:

Glaser, D. (2000) Child abuse and the brain – a review. J Child Psychol Psychiat 41:97-116.

WHO (2002). World report on violence and health. Genf. www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/

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

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

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

1. Im Dienst **immer** Info **Oberarzt/-ärztin**, gemeinsam prüfen:
 - Indikation zu sofortiger forensischer Notfall-Untersuchung durch kinder-/jugendgynäkologisch Erfahrenen ?
 - Sofortige Info/Konsultation eines Mitgliedes der Kinderschutzgruppe erforderlich?
 - Gefahr im Verzug ? Sofortige Inobhutnahme zur Sicherung des Kindeschutzes erforderlich ?
 - Weiteres diagnostische u.a. Vorgehen ?
2. **Immer Info der Kinderschutzgruppe** spätestens am nächstfolgenden Werktag (siehe unten)
3. **Immer strukturierte Dokumentationsbögen** entsprechend Teil II des Leitfadens benutzen, bzw. vom Gesamtkliniks-Laufwerk I:/Kinderschutzgruppe/Dokumentationsbögen ausdrucken:
 - a. Schnell-Dokumentation: „KKM-Befundform, SKM-Befundform“ mit Forensikbogen, Prophylaxen
 - b. Ausführlich: „Doku Anamnese bzw. körperliche Befunde ausführlich“, und weitere
4. In der Regel ist es **weder erforderlich noch sinnvoll die Eltern primär auf den Misshandlungs-verdacht hinzuweisen**, sondern 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. Das heißt:
5. 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.
6. Bei **Entlassung** immer ein Durchschlag des stationären Briefes an Kinderschutzambulanz/ Kinderschutzgruppe z.Hd. OA Herrmann !

Kinderschutzgruppe des Klinikum Kassel Stand: 22.12.2005					
Name	Abteilung/Station	Funktion/Fach	Kliniktelefon/	Pieper	E-Mail Klinik (von außerhalb) (Klinikintern über Name in Outlook)
Backes, Heiko	Neuropädiatrie/K5	Arzt-Neuropädiatrie	3580(K5) -3579-	87631	backes2@klinikum-kassel.de
Blume, Frank	Kinderklinik/wechselnd	Arzt-Pädiatrie	z.Zt.3395(K6) -3396		Frank.Blume@klinikum-kassel.de
Flint, Renée	Neuropädiatrie/SPZ	Psychologin- SPZ	3595		flint@klinikum-kassel.de
Hellwig, Juliane	Kinderklinik/wechselnd	Ärztin-Pädiatrie	z.Zt. 3580 (K5) -3581		(ärzte K5)
Herrmann, Bernd	Kinderklinik, OA K1	Oberarzt-Pädiatrie	3389-	87457	herrmann@klinikum-kassel.de
Miehle, Christel	Sozialdienst Klinikum	Sozialarbeiterin	2803 – 2800 (Sokr.)		miehle@klinikum-kassel.de
Neumann, Andreas	Sozialdienst Klinikum	Sozialarbeiter	2804 – 2800 (Sokr.)		neumann@klinikum-kassel.de
Reh, Erika	Ambulanz Kinderklinik	Arzthelferin	3381 - 3067		kindamb@klinikum-kassel.de
Frese, Gudrun Franke, Carola Schmidt, Jan	Kinderklinik/ Stat. K1	Kinderkrankenschwester, -pfleger	3371		statk1@klinikum-kassel.de

Konzept der interdisziplinären Kinderschutzgruppe

Wichtigste Aufgaben einer Kinderschutzgruppe sind:

Erkennung von Gewalt am Kind, Planung eines überlegten und koordinierten Vorgehens bezüglich diagnostischer Sicherung, der Elterngespräche und des Kindesschutzes nach Entlassung sowie die familienzentrierte interdisziplinäre Beratung.

Weitere Aufgaben sind:

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 Verhaltensmaßnahmen übermittelt.

Auch für Rat suchende Kinderbetreuer, nichtmedizinische und medizinische Fachleute kann die Kinderschutzgruppe eine wichtige Anlaufstelle sein. Für ein Krankenhaus ist es unerlässlich, 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,

da die komplexe, emotional stark belastende Situation allein überfordernd sein könnte.

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 schriftliche Empfehlungen.

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 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 (ergänzende Untersuchungen, Augenhintergrund, Röntgen) oder auch zu entkräften (Blutgerinnungsstörungen, Erkrankungen der Haut oder der Knochen).

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.

Anzeige: 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.

(Leicht modifiziert nach österreichischem Leitfaden für Kinderschutzgruppen:

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

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.

Medizinische Diagnostik bei körperlicher Misshandlung

A: 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 misshandelte Kinder sind auch sexuell missbraucht.

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. Vervollständigt** wird die körperliche Untersuchung durch eine Untersuchung des **Anogenitalbereichs** um Spuren sexuellen Missbrauchs nicht zu übersehen (Koinzidenz möglich) - vgl. Skript zu sexuellem Missbrauch.
- 4. Gegebenenfalls** sollten auch **Geschwisterkinder** untersucht werden (ebenfalls 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 Methode der ersten Wahl durchgeführt werden. Die Skelettszintigrafie darf nicht als primäre und alleinige Screeningmethode eingesetzt werden! Vergleiche Leitlinien Kinderradiologie 2001*. Vorherige Information des Radiologen, *kein* Babygramm (Verzerrung, Unschärfe der Metaphysen). Über 3 Jahren ist die Ausbeute deutlich geringer, über 5 Jahren nur ausnahmsweise 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 eindeutig internationaler Standard !*

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" im 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).

3. Bei Kopfverletzungen ist akut immer das **CT** Methode der Wahl (unter 3 Monaten 4 mm Schichten in 4 mm Abstand, danach 8 mm). Der Ausschluss subduraler Hämatome mittels Schädelsonografie (transkranial durch Parietelschuppe) ist in Einzelfällen möglich, aber unsicher. Alle Kinder mit retinalen Blutungen *müssen* ein CT erhalten (hohe Korrelation mit subduralen Hämatomen)! Das **MRT** dient der Verlaufskontrolle, sowie der genaueren Festlegung des Ausmaßes cerebraler Schädigung (ist sensitiver, entdeckt mehr Parenchymläsionen und ca. 50% mehr subdurale Hämatome, insbesondere bei retinaler Blutung und unauffälligem CT), und sollte bei allen auffälligen CT-Befunden angestrebt werden, sinnvoll etwa 5 Tage und 2-3 Monate nach Trauma. Im Akutfall ist es jedoch selten praktikabel (siehe auch Punkt 7.!).

4. Die **Sonografie** kann bei abdominellen Traumata hilfreich sein, v.a. in der Akut- und Verlaufsbeurteilung.

5. Immer **AHG** (Augenhintergrund)-untersuchung durchführen: retinale Blutung (RTB) ohne glaubhaftes schwerstes Trauma ist nahezu pathognomonisch (mindestens 75 % der KM bedingten ZNS-Traumata haben RTB, bei kardiopulmonaler Reanimation werden nur *extrem selten* RTB's gefunden, neonatale RTB's resorbieren sich nach ca. 2 Wochen).

5. **Basislabor**: BB+Diff, GOT, GPT, γ -GT, Amylase, Quick/PTT, bei multiplen Hämatomen auch Blutungszeit nach Ivy;(CAVE Gerinnungsuntersuchungen: pathologische Werte/Hämophilie schließen KM nicht aus; bei schweren ZNS-Traumata gibt es sekundäre PTT Verlängerungen)

6. **Gezielt**: TPHA (sek.Syphilis, STD-Screening), Coeruloplasmin/Kupfer (DD Menke); Vit A-Spiegel (Hyperostosen); Mycoplasmen/HSV-Serologie (bei Erythema multiformeähnlichen Hautveränderungen); organische Säuren um Glutarazidurie auszuschließen (Kombination SDH + RTB); bei Gedeihstörung übliches Screening einschließlich Skelettscreening .

7. Bei **V.a. Shaken Baby**: S100B im Serum; falls LP erfolgt ist, auch NSE im Liquor bestimmen, beim MRT die obere HWS mitmachen lassen, Frage spinale Verletzungen, Halsweichteilverletzungen nach schütteln. Gerinnungsuntersuchungen, ggf. PIVKA (Konaktion erhalten ?).

Leitlinien Kinderradiologie:

* www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/064-014.htm

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“ (Förniss) 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-Dürrn) 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.

JEDLICHER 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:

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

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

Erkrankung	Missbrauch	Konsequenzen
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

Modifiziertes Adam's Schema 2005- gekürzte Übersetzung (vgl. Anm. Textende)

Interpretationshilfe medizinischer Befunde bei Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch

Kollaboratives Resultat eines medizinischen Kindesmisshandlungsexpertengremiums unter der Leitung von Joyce A. Adams, University of California, San Diego, jadams@ucsd.edu; *J.A. Adams: Approach to interpreting physical and laboratory findings in suspected child sexual abuse: A 2005 Revision. APSAC Advisor 17(3) 2005: 7-13*

Vorgesehen als Interpretationshilfe für Ärzte, die körperlicher Untersuchungsbefunde und Laborbefunde im Kontext eines möglichen sexuellen Kindesmissbrauchs erheben sowie als Hilfe zur Ausbildung im gleichen Zusammenhang. Aufgrund zu erwartender künftiger Studien auf dem Gebiet, sind auch für diese Version fortlaufende Revisionen zu erwarten.

Befunde bei Neugeborenen und nichtmissbrauchten Kindern

(Die Nummerierung der Befunde bedeutet keine Reihenfolge der Signifikanz!)

Normvarianten

1. Periurethrale oder vestibuläre Bänder („*Periurethral or vestibular bands*“) ^{9, 17, 30, 10, 8, 6}
2. Intravaginale Längsgrate/Schleimhautfalten und Kolumnen („*Intravaginal ridges or columns*“) ^{9, 30, 10, 8, 6, 32}
3. Hymenale Aufwerfungen, Vorsprünge („*Bumps and mounds*“) ^{9, 17, 30, 10, 8, 6, 32}
4. Hymenalanhängsel oder verbliebene Septumreste ^{9, 17, 30, 10, 8, 6}
(„*Hymenal tags or septal remnants; auch „projections*“ – der Begriff „Polyp“ ist terminologisch unzutreffend)
5. Linea vestibularis (längs verlaufende, mediane avaskuläre Zone in der Fossa navicularis) ^{17, 30, 6, 26, 32}
6. Anteriore (superiore) Kerben/Spalten („*Notch/cleft*“) des Hymens (oberhalb der 3 bis 9 Uhr Linie in Rückenlage bei präpubertären Mädchen) ^{9, 10, 8, 6}
7. Oberflächliche bzw. flache Einkerbungen oder Spalten („*Shallow/superficial notch or cleft*“) im unteren Bereich des Hymens (unterhalb der 3 bis 9 Uhr Linie in Rückenlage) ^{9, 17, 10, 8, 6, 20, 4, 28, 22, 19}
8. Externe hymenale Grate bzw. Falten („*External hymenal ridges*“) ^{9, 10, 8, 6, 32}
9. Kongenitale Varianten der Erscheinungsform des Hymens wie semilunär, anulär, wulstig, septiert ^{30, 10}, cribriform, mikroperforiert, atretisch ^{19, 32} („*Crecentic, annular, redundant, septat, cribriform, imperforate*“) ^{19, 32}
10. Diastasis ani (medianer, glatt-atroph wirkender perianaler Bezirk ober bzw. unterhalb der Anusöffnung) ^{29, 11, 31}
11. Perianale Hautanhängsel („*Perianal skin tag*“) ^{29, 11, 31}
12. Vermehrte Pigmentierung der kleinen Labien oder perianal bei entsprechender Ethnizität (südliche, asiatische, nahöstliche, farbige) ^{29, 11}
13. Urethrale Dilatation bei Anwendung labialer Traktion ^{17, 30}
14. „Verdicktes Hymen“ – ursächlich Östrogeneinwirkung, gefalteter Rand des Hymens, Schwellung durch Infektion oder durch Trauma möglich; Kontrolluntersuchung zur Bewertung erforderlich ^{17, 30, 4, 28}

Befunde, die häufig durch andere medizinische Ursachen bedingt sind

15. Erytheme/Rötung der inneren oder äußeren anogenitalen Gewebe (Vestibulum, Penis, Scrotum, perianal – mögliche Folge von Irritantien, Infektionen oder Trauma – Kontrolluntersuchung zur Einschätzung erforderlich) ^{17, 30, 10, 6, 20, 4, 28, 27, 31, 32}
16. Vermehrte Vaskularität (Gefäßdilataion) des Vestibulums und des Hymens (mögliche Folge von lokalen Irritantien oder normales Muster in der hormonellen Ruhephase) ^{17, 30, 10, 6, 20, 4}
17. Labiale Adhäsionen (Synechien - mögliche Folge von lokalen Reizungen, Entzündungen oder Reiben) ^{17, 30, 10, 6, 20, 4, 32}
18. Vaginaler Ausfluss (mannigfaltige infektiöse und nichtinfektiöse Ursachen; bakteriologische Abstriche zur Differenzierung erforderlich) ^{17, 6, 4}
19. Brüchigkeit („*Friability*“) der „*Posterior Fouchette*“* oder Kommissur (mögliche Folge von Irritantien, Infektionen oder iatrogen durch Traktion des Untersuchers an den Labiae majorae) ^{17, 6, 28, 32}
20. Exkoriationen, Blutung, vaskuläre Läsionen (mögliche Folge von Ekzemen, Seborrhoe, Lichen sclerosus et atrophicus, anogenitale Streptokokken A Infektionen, Urethralprolaps oder Hämangiome) ^{22, 34, 19, 14, 16, 12, 23, 13}
21. Perianale Furche („*Groove*“; fehlende Fusion in der Mittellinie – *Failure of midline fusion*“) ¹⁹
22. Anale Fissuren (üblicherweise aufgrund einer Obstipation oder perianalen Reizung) ^{19, 16, 31}
23. Venöse Staung („*venous congestion*“) oder Erweiterung („*venous pooling*“) perianal (üblicherweise aufgrund der Lagerung des Kindes; auch bei Obstipation anzutreffen) ^{29, 11, 31, 4, 27}
24. Abgeflachte anale Fältelung (mögliche Folge einer Relaxation des externen Sphincters oder einer Schwellung des perianalen Gewebes aufgrund einer Entzündung) ^{29, 4, 27, 31}
25. Partielle oder vollständige anale Dilatation unter 2 cm, mit oder ohne sichtbaren Stuhl in der Ampulle (möglich als normaler Reflex oder als Folge verschiedener Umstände wie ausgeprägter Obstipation, Enkoporesis, Sedierung, Narkose, neuromuskuläre Erkrankungen) ^{29, 4, 27, 31}

* „*Posterior Fourchette*“ = „Hinteres Band“, Bereich vom Frenulum labiorum pudendi minorum zur Commissura labiorum posterior – bei Trauma durch sexuellen Missbrauch häufig betroffen

Unklare Befunde : nicht ausreichende oder widersprüchliche Daten aus Studien

Indeterminate Findings: insufficient or conflicting data from research studies – erfordern unter Umständen zusätzliche Untersuchungen um die Signifikanz zu bewerten; unterstützen eine vorliegende klare Aussage eines Kindes über sexuellen Missbrauch, sollten jedoch in Abwesenheit einer solchen Aussage vorsichtig bewertet werden

Körperliche Untersuchungsbefunde

26. Tiefe Kerben oder Spalten („*Deep notches or clefts*“) am posterioren Randsaum des Hymens, im Gegensatz zu vollständigen Einschnitten/Durchtrennungen (siehe Pkt 41: „*Transections*“) ^{6,2}
27. Tiefe Kerben oder komplette Spalten („*Deep notches or complete clefts*“) des Hymens bei 3 oder 9 Uhr bei adoleszenten Mädchen ²
28. Glatter, nichtunterbrochener Hymenssaum zwischen 4 und 8 Uhr, der bei Untersuchung in Knie-Brust-Lage oder in Rückenlage mit Umspülung des Hymens mit Wasser oder Kochsalzlösung, augenscheinlich weniger als 1 mm Weite aufweist. ^{30, 10, 6, 32, 20}
29. Warzenartige Läsionen im Anogenitalbereich – möglicherweise als Korrelat von Hautanhängseln, nichtgenitalen Warzen, Condylomata acuminata, die perinatal oder durch andere nichtsexuelle Übertragung akquiriert wurden ^{34, 18, 5, 19} – Biopsie und Typisierung kann in einigen Fällen indiziert sein
30. Vesikuläre Läsionen oder Ulzera im Anogenitalbereich (infektiöse und nichtinfektiöse Ätiologie: HSV, Syphilis, Varizellen oder andere Viren, M. Behcet, M. Crohn, idiopathisch ^{34, 18, 5, 19} – Viruskulturen oder PCR zur Diagnose einer HSV-Infektion bzw. Serologie zur Diagnose einer Lues-Infektion erforderlich)
31. Ausgeprägte und sofortige Dilatation des Anus auf 2 cm oder mehr in Abwesenheit prädisponierender Faktoren wie chronische Obstipation, Sedierung, Narkose, neuromuskuläre Erkrankungen – insgesamt seltener Befund sowohl bei missbrauchten ⁴ wie nichtmissbrauchten ^{29, 31} Kindern; derzeit besteht kein Konsensus über die Wertigkeit

Läsionen mit bestätigter Ätiologie: unklare Spezifität für sexuelle Transmission

32. (*) Anale oder genitale Condylomata acuminata ohne weitere Hinweise auf sexuellen Missbrauch ^{18, 5}
33. (*) Herpes Simplex Typ 1 oder 2, genitale oder anale Läsionen ohne weitere Hinweise auf sexuellen Missbrauch ^{18, 5}

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

Diagnostische Befunde hinsichtlich eines Traumas und/oder sexuellen

Kontaktes „*Findings diagnostic of trauma and/or sexual contact*“ – die folgenden Befunde unterstützen klar die Anamnese eines sexuellen Missbrauchs durch das Kind („*support a disclosure of sexual abuse*“) und sind auch dann in höchstem Maße damit vereinbar („*highly suggestive*“) ohne eine solche anamnestiche Angabe, es sei denn es liegt eine klare, zeitnah an das Ereignis erfolgte, plausible Beschreibung eines akzidentellen Verletzungsmechanismus durch das Kind oder die

Eltern/Bezugspersonen vor. Es wird empfohlen, dass eine diagnostisch verwertbare, qualitativ gute Fotodokumentation der Untersuchungsbefunde erfolgt und diese von einem auf dem Gebiet erfahrenen Experten mitbeurteilt werden, bevor ihre endgültige Wertung als akutes oder geheiltes Trauma erfolgt. Verlaufskontrolluntersuchungen der Befunde werden ebenfalls angeraten.

Akutes Trauma des externen Anogenitalbereiches

34. Akute Lazerationen (Risswunden) oder ausgeprägte Hämatome („*extensive bruising*“) der Labien, Penis, Skrotum, perianaler Gewebe oder des Perineums (DD unbeobachtet akzidentell, körperliche oder sexuelle Misshandlung) ^{28, 22, 14, 23}
35. Akute Lazerationen der „*Posterior fourchette*“ ohne Beteiligung des Hymens (von durchtrennten labialen Adhäsionen oder fehlender Fusion der Mittellinie abzugrenzen; möglich auch durch akzidentelles Trauma ^{28, 22, 19, 14, 16, 12, 23, 13} oder einvernehmlichem Geschlechtsverkehr bei Adoleszenten ²⁴

Residuen geheilten (heilenden) Traumas

Schwierig zu wertende Befunde in Abwesenheit eines zuvor dokumentierten akuten Traumas an entsprechender Stelle

36. Perianale Narbe (selten; auch andere medizinische Ursachen möglich: M.Crohn, akzidentelle Verletzungen oder medizinische Eingriffe) ^{27, 22, 19, 14, 13}
37. *Narben der "Posterior fourchette"* oder Fossa navicularis (blasse Bezirke der Mittellinie können auch einer Linea vestibularis oder labialen Adhäsionen entsprechen) ^{28, 22}

Verletzungen, die charakteristisch für stumpfe Gewalt, penetrierendes Trauma oder Kompressionsverletzungen des Abdomens oder Beckens sind, sofern letzteres anamnestisch angegeben wird („indicative of blunt force penetrating trauma...“)

38. Akute Lacerationen (partielle oder vollständige Einrisse) des Hymens ^{28, 22, 19, 14, 16, 12, 13}
39. Ekchymosen, Hämatome auf dem Hymen (außer bei bekannten infektiösen Prozessen oder Gerinnungsstörungen) ^{28, 22, 19, 14, 16, 12, 13}
40. Tiefe perianale Einrisse bis zum externen Analsphincter oder darüber hinaus (von partieller oder vollständiger fehlender Fusion der Mittellinie zu differenzieren) ^{27, 22, 19, 16, 13}
41. Geheilte Durchtrennung des Hymens („*hymenal transection*“): Bezirk zwischen 3 und 9 Uhr des Hymenalsaums der bis zur oder nahe der Basis durchgerissen imponiert, der den Eindruck eines dort fehlenden Hymens vermittelt. Dies muss durch zusätzliche Untersuchungstechniken bestätigt werden: Knie-Brust-Lage, Wasserspülung des Hymenalsaums, Umfahren des Hymens mit angefeuchtetem Stieltupfer (Q-Tip; nur bei Adoleszenten) oder Blasenkather-Ballonmethode („*Foley catheter balloon*“ – nur bei Adoleszenten). Dieser Befund wird auch als vollständige Spalte („*complete cleft*“) bei sexuell aktiven Adoleszenten oder jungen erwachsenen Frauen bezeichnet ^{4, 27, 22, 19, 14, 16, 12, 13, 15, 2}
42. Fehlendes Segment des Hymens: Bezirk des posterioren (inferioren) Hymenalsaums, breiter als „*transection*“ (41.) mit fehlendem Hyminalgewebe bis zur Basis des Hymens; Befund durch zusätzliche Untersuchungs-techniken/-methoden bestätigt ^{4, 19, 14}

Vorliegen von Infektionen, die Schleimhautkontakt mit infizierten und infektiösen Körpersekreten beweisen bei dem der Kontakt größter Wahrscheinlichkeit nach sexueller Natur war

43. (**) Positive, bestätigte Kulturen für Neisseria gonorrhoe (vaginal, urethral, anal oder pharyngeal) kein Hinweis auf perinatale Übertragung ¹⁸
44. (**) Bestätigte Diagnose einer Syphilis (Lues) nach Ausschluß einer perinatalen Übertragung ¹⁸
45. Trichomonas vaginalis Infektion bei einem Kind jenseits des ersten Lebensjahres mit Identifikation des Organismus durch Kultur oder Nativausstrich (erfahrenener Kliniker oder Laborarzt, Laborant) ^{18, 5}
46. (**) Positive Kulturen auf Chlamydia trachomatis vom genitalen oder analen Gewebe bei einem Kind jenseits der ersten drei Lebensjahre zum Zeitpunkt der Diagnose; Befund einer Zellkultur oder anderer vom Center for Disease Control empfohlenen Methode ¹⁸
47. (**) Serologie auf HIV, wenn die Möglichkeit einer perinatalen Übertragung oder einer Übertragung durch Blutprodukte oder kontaminierte Nadeln ausgeschlossen wurde ¹⁸

Diagnostisch für sexuellen Kontakt

48. Schwangerschaft ⁵
49. Nachweis von Spermien oder Sperma in Abstrichen, die direkt vom Körper eines Kindes entnommen wurden ⁵

(**) In den Guidelines der American Academy of Pediatrics 2005 als diagnostisch für sexuelle Übertragung angesehen ⁵

☞ **Anmerkung -ACHTUNG:** eine ausführlichere Version der Übersetzung mit Kommentar, Literatur und Namen des Expertenforum ist unter www.kindesmisshandlung.de „*Medizinische Downloads*“ – *Guidelines*“ als pdf herunterladbar

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)¹ 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.

¹ § 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)² 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.

² § 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 Strafraum 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 Strafraum 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 Strafraum 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.

PD 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 Tätertherapie¹?

☞ 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 (Aufnahmearbeit): 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. Geniert 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

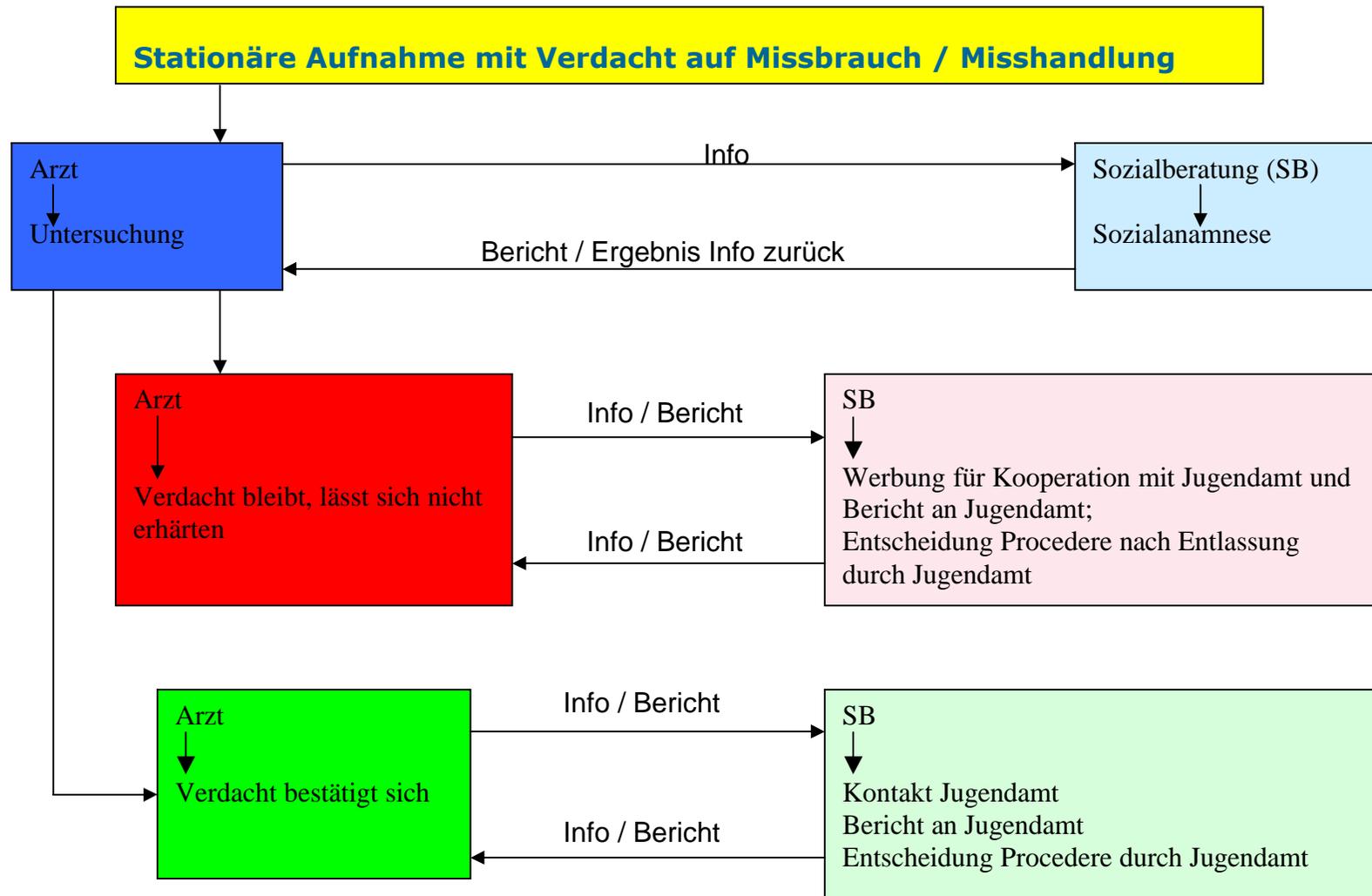
aus der Sozialanamnese mit der medizinischen Situation, anschließende gemeinsame Entscheidungsfindung mit Arzt über Entscheidung Jugendamt ja/nein und Abwägung Anzeige ja/nein.

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 Beratungsstellen, etc.



LEITFADEN II: Spezieller Teil - Dokumentation

Anamnese – Grundlagen, Übersicht	31
Hinweise zur Anamnese	33
Anamnese – Verhaltensfragebogen sexueller Missbrauch	34
Dokumentation körperliche Befunde	35
Dokumentation Befunde Skizzen (Körperschema, Genitalbefunde)	37
Dokumentation weitergehende Diagnostik	38
Befundbogen körperliche Misshandlung (1 Blatt)	39
Kindergynäkologischer Befundbogen sexueller Missbrauch	40
Forensik-Befundbogen sexueller Missbrauch	41

Anhang:

Forensikübergabebogen	42
Prophylaxen nach akuter Vergewaltigung	43
Vorgehen bei Condylomata acuminata	44
Pflegerische Dokumentation	45
Besucherverzeichnis	46
Adressensammlung	47

Dokumentationsschema bei V.a. Nichtakzidentelles Trauma

Teil A: Anamnese

1. _____, geb. am _____
Name, Vorname
2. Vorstellung am _____ um _____ Uhr
3. Anlass: _____

4. Anwesend (außer dem Kind): Vater Mutter Andere:
5. Mit anwesend bei der Untersuchung / dem Gespräch:

6. Kinder-/Hausarzt: _____
7. Wer ist bislang involviert/zuständig: **Niemand**
Jugendamt: _____, Tel: _____, _____
Beratungsstelle: _____, Tel: _____, _____
Kripo: _____, Tel.: _____, _____
Sonst: _____
8. Familienanamnese:
 - a) Eltern leben zusammen Eltern leben getrennt
Eltern sind geschieden neuer Lebenspartner
 - b) Alter der Eltern: Mutter: _____ Jahre, Vater: _____ Jahre
 - c) Geschwister:
Ja: _____ Schwester/n, _____ Jahre alt (leben in der Familie Ja Nein)
Ja: _____ Bru(ü)der, _____ Jahre alt (leben in der Familie Ja Nein)
 - d) Bekannte familiäre Konflikte: Nein Ja: _____

9. Anamnese des Kindes:
Schwangerschaft: unauffällig auffällig: _____
Neugeborenenperiode: unauffällig auffällig: _____
Bekannte Erkrankungen: Nein Ja: _____
Allergien: Nein Ja: _____
Entwicklungsverzögerung / störung: Nein Ja: _____
Geht in den Kindergarten in die Schule
Gelbes Vorsorgeheft liegt vor: Unauffällig Auffällig:

Gedeihen/Perzentilenverlauf Unauffällig Auffällig:

Impfstatus liegt vor: Impfstatus vollständig unvollständig

Hinweise zur Anamnese

1. Verletzungsumstände ? Anwesende ? Aufsicht ? Beobachter ?
2. Vorausgehendes Ereignis ? Fütterfrust ? Sauberkeitsprobleme? Elterliche Streitigkeiten
3. Was für ein Kind ist das Kind - Koliken, Schreien, Schwierigkeiten?
4. Reaktion der Eltern auf Verletzung ? Reanimationsversuche ? Prompter Arztbesuch ?
5. Eigenanamnese ? „Risikofaktoren“ ?
6. Entwicklung des Kindes ?
7. Befragung des Kindes ?
8. Zeugen ?

Familien und Sozialanamnese

1. Familienkonstellation ? Wohnverhältnisse? Familiäres Umfeld ?
2. Soziale Stressoren ?
3. Wie disziplinieren die Eltern das Kind?
4. 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:

Knocherkrankungen, Osteogenesis imperfecta, blaue Skleren, Dentinosis 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 ?
Wäschefarbe: neue Kleidungsstücke (schwarz, blau) ?
Volksmedizinische Praktiken: Münzenrollen (Asiaten), Schröpfen,
Chemische Irritantien, Haushaltsmittel, neue Pflegemittel ?

Hämatome/Blutungen:

Blutungserkrankungen
Vitamin K Gabe erfolgt ? Malabsorption/Gedeihstörung ?
Akzidentelle Antikoagulantieneinnahme ?

Verbrennungen:

Volksmedizinische Praktiken: Moxibustion ?
Impetigo bei anderen Kindern ?

Anamnesefragebogen sexueller Missbrauch

Strukturierter Anamnesefragebogen sexueller Missbrauch*

für Patient: _____ 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 oder interessiert an sexuellen Dingen oder 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. Ungewöhnlicher vaginaler Ausfluss oder anogenitale Entzündungen in der Vorgeschichte
- 30. Vaginale Blutung in der Vorgeschichte
- 31. Hygiene ? Wäsche ? Seifen, Kosmetika ?
- 32. (Häufige) Harnwegsinfektionen

*CAVE: Nichtevaluiertes orientierendes Fragebogen!

Dokumentation V.a. Nichtakzidentelles Trauma

Teil B: Körperlicher Befunde

12. _____, geb. am _____ KG: _____ kg (p____) KL _____ cm (p____)
Name, Vorname

13. Allgemeinzustand: gut eingeschränkt: _____ (GCS: _____)

14. Ernährungszustand: gut dystroph adipös BMI: _____

15. Pflegezustand: gepflegt ungepflegt: _____

16. Allgemein-internistische Untersuchung:

a) **Kardiopulmonal** unauffällig auffällig: _____

b) **Abdomen** weich Resistenz Darmgeräusche: regelrecht ↑ ↓
keine Druckdolenz Druckdolenz im _____

c) **HNO-Bereich** opB auffällig: _____

Gaumen / Mundhöhle reizlos

Lippen-/Zungenbändchen (Einriss? Vernarbung?) _____

Petechien / Verletzungen enoral/Gaumen: _____

Zahnstatus unauffällig Kariös ? Trauma ? _____

17. Hämatome/Narben:

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

Nein

Ja: ⇒ Ort / Art / Formung / Größe / Farbe

⇒ Abdrücke (von Schuhen / Händen / Gegenständen) erkennbar:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Skizze in Körperschema S.5 (immer!!) Fotodokumentation mit Zentimetermaß erfolgt

18. Hinweise auf Verbrennung:

Nein Ja: Ort/Art/Formung/Abdrücke/Immersion?

⇒ Akute / frische Verbrennung Narben

⇒ Abdrücke (von Zigaretten / Gegenständen) erkennbar:

Befunde, S.2 _____, geb. am _____

19. Äußerliche Hinweise auf Frakturen:

Nein Ja: _____
 Ort/Schwellung/Bewegungseinschränkung/Schmerz?

20. Anogenitale Untersuchung:

Genitale weiblich Unauffällig Auffällig (*siehe Kinder-Gyn-Bogen*)
 männlich Hoden deszendiert Hoden nicht deszendiert: _____
 Pubertätsstadium (nach Tanner): P__ B__ G__

Äußerlich Auffälligkeiten / Verletzungshinweise:

Nein
 Ja: _____

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
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 (stark) gerötet
Fossa navicularis	unauffällig Verletzung / Narbe _____
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	_____

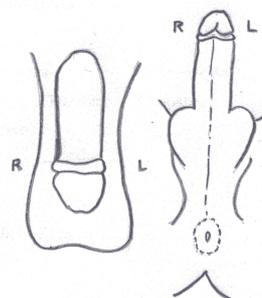
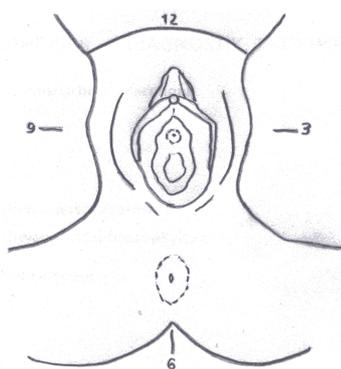
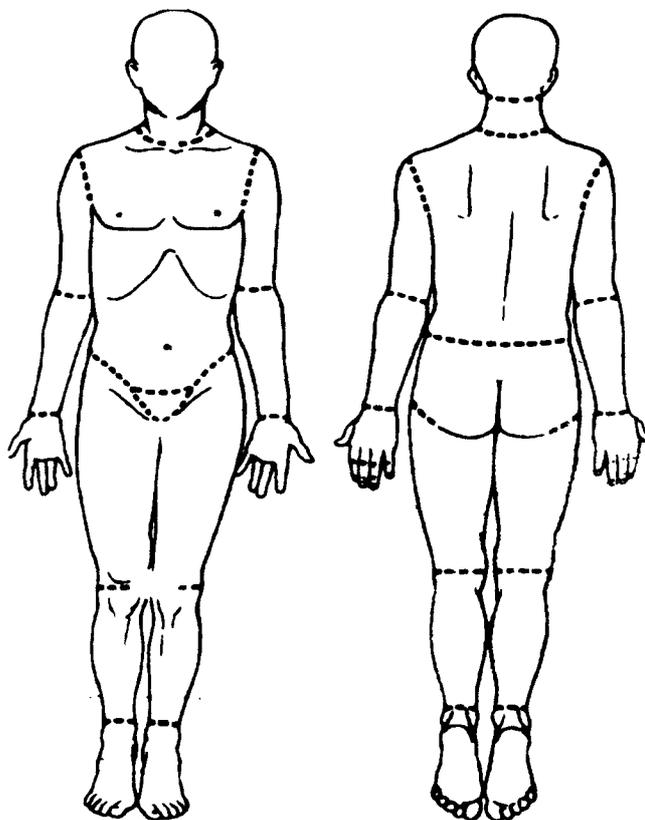
Anus	
Hämatom	Nein Ja: _____
Narbe	Nein Ja: _____
Fältelung:	Unauffällig Vermindert: _____
Akute Blutung	Nein Ja: _____ Ort / Stärke
Sonstiges / Besonderheiten	_____

Befunde, S.3

_____, geb. am _____

Anhang: Skizzen

Größe – Farbe extra angeben!



_____, geb. am _____

Dokumentation V.a. Nichtakzidentelles Trauma

Teil C: Vorgesehene Diagnostik und Vorgehensweise

● Vorgesehene Diagnostik:

Röntgen

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

Sono

- Abdomen
- Schädel

Labor

- BB+Diff, BSG, (BGA)
- GOT, GPT, GGT, Lipase
- Quick, PTT, (AT III, Fibrinogen)

Augenhintergrund

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

Zerebrale Bildgebung

- CCT
- MRT

Sonstiges gezielt:

- TPHA
- Coeruloplasmin
- Mykoplasmen
- HSV

* **Skelettscreening**

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

● Kindergynäkologischer Status

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

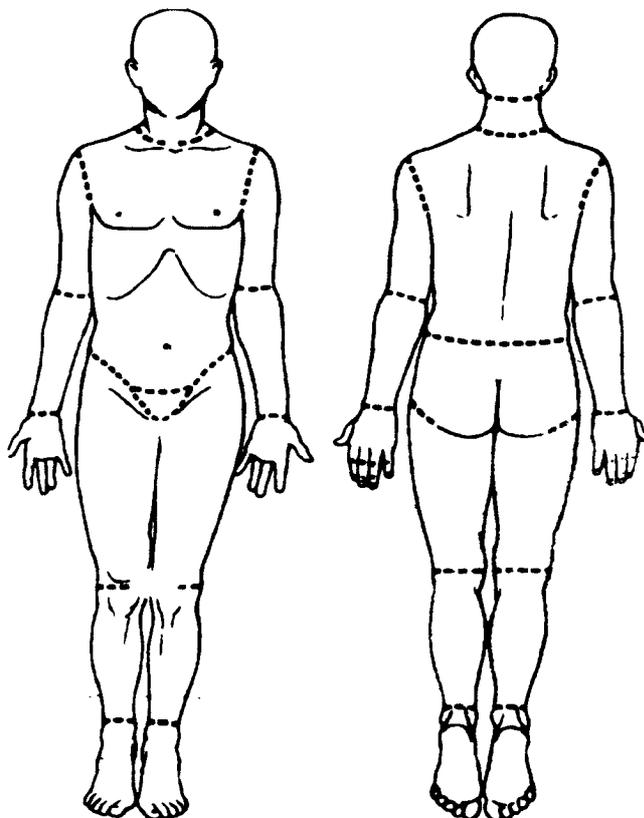
● Weiteres Procedere

- 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
(auch in Druckschrift)

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**
- Skelettzinti (nur komplementär)
- Sonstige:

Augenhintergrund

Sono

- Abdomen
- Schädel

Zerebrale Bildgebung

- CCT
- MRT

Labor

- BB+Diff, BSG, (BGA)
- GOT, GPT, Amylase
- Quick, PTT, (AT III, Fibrinogen)
- Sonstiges gezielt: TPHA, Cu/ Coeruloplasmin, HSV, Mykoplasmen
- Sonstiges:

● **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 Ansprechpartner:
<input type="checkbox"/> Info/Nachfrage Kinderarzt, Hausarzt, andere Kliniken	

Forensik-Bogen bei V.a. akuten sexuellen Missbrauch

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

PERSONALIEN

Name: _____ geboren: _____
Anforderung am: _____
durch: _____

UNTERSUCHUNG am: _____, Uhr, Ort:

Assistenz: _____
Anwesend: _____
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 Anhang „Prophylaxen“)

- Notfallkontrazeption** angesprochen, indiziert/durchgeführt Nicht indiziert β -HCG im Urin

Datum

Verantwortlicher/Leitender Arzt/Ärztin

Assistenz-/untersuchender Arzt/Ärztin

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>STD-Screening</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"> • Gonokokken (C/V,A,P)-Kultur • Chlamydien (C/V,A)- evtl. PCR • Trichomonaden (-V) - Nativmikroskopie • Lues (S) • Hepatitis B/C (S) • HIV (S) zusätzliche Kontrollen nach 6, 12 Monaten 	<p>Notfallkontrazeption/Schwangerschaft</p> <ul style="list-style-type: none"> • β-HCG im Urin (vor Notfallkontrazeption, Ausgangsbefund) • 750 µg Levonorgestrel (Duofem[®], Levogynon[®]) p.o. innerhalb von 24 postkoital
<p>STD-Prophylaxe (simultan)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 250 mg Ceftriaxon i.m. • 2 g Metronidazol p.o. • 1g Azithromycin p.o. • Aktive Hepatitis B Impfung (Ungeimpfte) 	<p>HIV-PEP* <small>(Strenge Indikationsstellung ! Möglichst nach 1 Stunde, aller spätestens bis 72 Stunden)</small></p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 x 180mg/m²/d Zidovudin (Retrovir[®]) • 2 x 4 mg/kg/d Lamivudin (Epivir[®]) • 3 x 30 mg/kg/d Nelfinavir (Viracept[®]) <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 Mit anmelden; Durchführung durch Kollegen der Hautklinik)
- eine **Befragung** der Haupt Bezugsperson (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.Hellwig)

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_sAg** (falls nicht geimpft) im Serum
- Nativmikroskopie auf **Trichomonaden**

Verhaltensfragebogen:

- Siehe Anhang

☎ **Immer** Info Dr.Herrmann (87457) oder Dr. Hellwig (z.Zt. Stat. K 5, 3580) !

Stand: 23.8.2005

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 verwaltung@ag-kassel.justiz.hessen.de	Amtsgericht Kassel Frankfurter Str. 9 34117Kassel 0561/912-2050 0561/912-2030 verwaltung@ag-kassel.justiz.hessen.de
die Lobby für Kinder Beratungsstelle für Kinder und Eltern in Kassel des Deutschen Kinderschutzbundes Herr Peter Ludwig Siemensstr. 1 34127Kassel 0561/899852 0561/896441 beratungsstelle@kinderschutzbund-kassel.de	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 Info@fif-kassel.de	Kasseler Hilfe Wilhelmshöher Allee 101 34121Kassel 0561/282070 0561/27664 info@kasseler-hilfe.de
Sozialpädagogische Familienberatung Querallee 50 34119Kassel 0561/709740 0561/7097421 Familienberatung.DW.Kassel@ekkw.de	Pro Familia Kassel Frankfurter Str. 133a 34121 Kassel 0561/27413 0561/281061 kassel@profa.de 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 Wolfgang-Meyer@LandkreisKassel.de
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 info@weisses-kreuz.de Sprachkenntnisse: englisch

Schwalm - Eder Kreis

Diakonisches Werk, allgemeine Sozial- und Lebensberatung Pfarrstraße 13 34576 Homberg 05681/9920-0 05681/9920-20 diakonie_sek@t-online.de 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 Frauenhaus@AWO-Schwalm-Eder.de Frauenberatungsstelle-S-E-K@freenet.de 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 allerleirauh@frauen-fuer-frauen-im-wmk.de Fremdsprachen: englisch</p>	<p>Frauenberatungsstelle Enge Gasse 12 37269 Eschwege 05651/7843 05651/76766 beratung@frauen-fuer-frauen-im-wmk.de</p>
<p>Frauenhaus Eschwege Enge Gasse 12 37269 Eschwege 05651/32665 05651/754065 frauenhaus@frauen-fuer-frauen-im-wmk.de Fremdsprachen: englisch</p>	

Landkreis Hersfeld Rotenburg

<p>Flüchtlingsberatung Kaplangasse 1 36251 Bad Hersfeld 06621/72055 06621/77837 diakonie-hef@t-online.de Fremdsprachen: englisch, spanisch</p>	<p>Frauenhaus Bad Hersfeld Am Markt 15 36251 Bad Hersfeld 06621-65333 06621/67296 frauenhaus-bad-hersfeld@freenet.de 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 frauenhaus-bad-hersfeld@freenet.de 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 anlaufstelle@skf-fulda.de 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 frauenhaus@skf-fulda.de Büro: 8.00 - 16.00 Uhr Fremdsprachen: englisch</p>
--	--

Aus Website www.rp-kassel.de/static/index1.htm => Link „Aktionsbündnis Häusliche Gewalt“,
 Hilfeinrichtungen, Infomaterial

LEITFADEN III: Übersichtsartikel

(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

Shaken Baby Syndrom

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

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

Vorgehen bei Kindesmisshandlung und – vernachlässigung

Konzept
der ärztlichen Kinderschutzambulanz und
interdisziplinären Kinderschutzgruppe des

KLINIKUM
Kassel
Ein Unternehmen der
Gesundheit Nordhessen Holding AG



LEITFADEN I: Allgemeiner Teil

Stand: 26.2.2006, Überarbeitung Herrmann

Einleitung	3
Allgemeines Vorgehen	4
Konzept der Interdisziplinäre Kinderschutzgruppe	5
Strategieplan für Kinderschutzgruppen	6
Kinderschutzarbeit an schweizerischen Kinderkliniken	7
Medizinische Diagnostik bei körperlicher Misshandlung	9
Medizinische Diagnostik bei sexuellem Missbrauch	11
Rechtslage	19
Rechtliche Überlegungen sexueller Missbrauch	21
Intervention und Management – Übersicht (B.Herrmann)	23
Umgang mit Misshandlung (U.Thyen)	25
Umgang mit sexuellem Kindesmissbrauch (B.Herrmann)	27
Psychologische Aspekte (R.Flint)	29
Pflegerische Aspekte (G.Frese)	30
Sozialberatung – Konzept (C.Miehle, A.Neumann)	31
Sozialberatung – Diagramm	32

LEITFADEN II: Spezieller Teil

Anamnese – Grundlagen, Übersicht	34
Hinweise zur Anamnese	37
Anamnese – Verhaltensfragebogen sexueller Missbrauch	37
Dokumentation körperliche Befunde	38
Dokumentation Befunde Skizzen (Körperschema, Genitalbefunde)	40
Dokumentation weitergehende Diagnostik	41
Befundbogen körperliche Misshandlung (1 Blatt)	42
Kindergynäkologischer Befundbogen sexueller Missbrauch	43
Forensik-Befundbogen sexueller Missbrauch	44
Anhang:	
Forensikübergabebogen	45
Prophylaxen nach akuter Vergewaltigung	47
Vorgehen bei Condylomata acuminata	47
Pflegerische Dokumentation	48
Besucherverzeichnis	49
Adressensammlung	50

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
Shaken Baby Syndrom
Sexueller Missbrauch
Vernachlässigung
Münchhausen by Proxy

EINLEITUNG

Gewalt gegen Kinder und Jugendliche – dass sie schadet bestreitet niemand. Selbst 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). Zahlreiche, wenngleich oft wenig sachliche, Berichte der Medien reflektieren ein hohes Maß an öffentlichem Interesse.

Kindesmisshandlung und –vernachlässigung ist ein epidemiologisch bedeutsames und gesellschaftlich äußerst relevantes Thema und neben hohen ökonomischen Folgekosten mit einem kaum zu ermessenden Ausmaß an individuellem Leid, Kränkung, schwerster seelischer Schädigung und erheblich belasteten individuellen Lebensläufen behaftet.

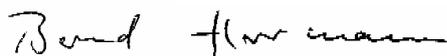
Nicht nur für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Gesundheitswesen ist die Konfrontation damit ein belastendes und oft mit Unsicherheiten behaftetes Thema. Die WHO sieht jedoch gerade Fachleute des Gesundheitswesens besonders in der Pflicht, von Misshandlung betroffene Kinder und Jugendliche zu diagnostizieren 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 ärztlichen Kinderschutzambulanz und der interdisziplinären Kinderschutzgruppe des Klinikum entstanden, deren Mitglieder schon langjährig zuvor 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 Teil und die Fachartikel im Anhang (diese finden sich neben weiteren Artikeln unter Gesamt-Klinikumslaufwerk **I:/Kinderschutzgruppe/Artikel** als pdf Dateien zum Weiterverwenden und Ausdruck mit Farbabbildungen.

Dieser Leitfaden wird fortlaufend weiterentwickelt und überarbeitet, so dass der Stand der vorliegenden schriftlichen Ausführung im Gesamt-Klinikumslaufwerk **I:/Kinderschutzgruppe/** auf Aktualität überprüft werden muss. Weitere Infos, Leitlinien und viele Fachartikel finden sich unter **kindesmisshandlung.de** im Internet.

Viel Erfolg im Bemühen den Kindern zu helfen!



Dr. Bernd Herrmann für die Kinderschutzgruppe des Klinikum Kassel
OA der Kinderklinik , Ärztliche Kinderschutzambulanz

Literatur:

Glaser, D. (2000) Child abuse and the brain – a review. J Child Psychol Psychiat 41:97-116.

WHO (2002). World report on violence and health. Genf. www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/

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

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

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

1. Im Dienst **immer** Info **Oberarzt/-ärztin**, gemeinsam prüfen:
 - Indikation zu sofortiger forensischer Notfall-Untersuchung durch kinder-/jugendgynäkologisch Erfahrenen ?
 - Sofortige Info/Konsultation eines Mitgliedes der Kinderschutzgruppe erforderlich?
 - Gefahr im Verzug ? Sofortige Inobhutnahme zur Sicherung des Kindesschutzes erforderlich ?
 - Weiteres diagnostische u.a. Vorgehen ?
2. **Immer Info der Kinderschutzgruppe** spätestens am nächstfolgenden Werktag (siehe unten)
3. **Immer strukturierte Dokumentationsbögen** entsprechend Teil II des Leitfadens benutzen, bzw. vom Gesamtkliniks-Laufwerk I:/Kinderschutzgruppe/Dokumentationsbögen ausdrucken:
 - a. Schnell-Dokumentation: „KKM-Befundform, SKM-Befundform“ mit Forensikbogen, Prophylaxen
 - b. Ausführlich: „Doku Anamnese bzw. körperliche Befunde ausführlich“, und weitere
4. In der Regel ist es **weder erforderlich noch sinnvoll die Eltern primär auf den Misshandlungs-verdacht hinzuweisen**, sondern 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. Das heißt:
5. 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.
6. Bei **Entlassung** immer ein Durchschlag des stationären Briefes an Kinderschutzambulanz/ Kinderschutzgruppe z.Hd. OA Herrmann !

Kinderschutzgruppe des Klinikum Kassel Stand: 22.12.2005					
Name	Abteilung/Station	Funktion/Fach	Kliniktelefon/	Pieper	E-Mail Klinik (von außerhalb) (Klinikintern über Name in Outlook)
Backes, Heiko	Neuropädiatrie/K5	Arzt-Neuropädiatrie	3580(K5) -3579-	87631	backes2@klinikum-kassel.de
Blume, Frank	Kinderklinik/wechselnd	Arzt-Pädiatrie	z.Zt.3395(K6) -3396		Frank.Blume@klinikum-kassel.de
Flint, Renée	Neuropädiatrie/SPZ	Psychologin- SPZ	3595		flint@klinikum-kassel.de
Hellwig, Juliane	Kinderklinik/wechselnd	Ärztin-Pädiatrie	z.Zt. 3580 (K5) -3581		(ärzte K5)
Herrmann, Bernd	Kinderklinik, OA K1	Oberarzt-Pädiatrie	3389-	87457	herrmann@klinikum-kassel.de
Miehle, Christel	Sozialdienst Klinikum	Sozialarbeiterin	2803 – 2800 (Sokr.)		miehle@klinikum-kassel.de
Neumann, Andreas	Sozialdienst Klinikum	Sozialarbeiter	2804 – 2800 (Sokr.)		neumann@klinikum-kassel.de
Reh, Erika	Ambulanz Kinderklinik	Arzthelferin	3381 - 3067		kindamb@klinikum-kassel.de
Frese, Gudrun Franke, Carola Schmidt, Jan	Kinderklinik/ Stat. K1	Kinderkrankenschwester, -pfleger	3371		statk1@klinikum-kassel.de

Konzept der interdisziplinären Kinderschutzgruppe

Wichtigste Aufgaben einer Kinderschutzgruppe sind:

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

Weitere Aufgaben sind:

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 Verhaltensmaßnahmen übermittelt.

Auch für Rat suchende Kinderbetreuer, nichtmedizinische und medizinische Fachleute kann die Kinderschutzgruppe eine wichtige Anlaufstelle sein. Für ein Krankenhaus ist es unerlässlich, 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,

da die komplexe, emotional stark belastende Situation allein überfordernd sein könnte.

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 schriftliche Empfehlungen.

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 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 (ergänzende Untersuchungen, Augenhintergrund, Röntgen) oder auch zu entkräften (Blutgerinnungsstörungen, Erkrankungen der Haut oder der Knochen).

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.

Anzeige: 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.

(Leicht modifiziert nach österreichischem Leitfadens für Kinderschutzgruppen:

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

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.

Medizinische Diagnostik bei körperlicher Misshandlung

A: 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 misshandelte Kinder sind auch sexuell missbraucht.

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. Vervollständigt** wird die körperliche Untersuchung durch eine Untersuchung des **Anogenitalbereichs** um Spuren sexuellen Missbrauchs nicht zu übersehen (Koinzidenz möglich) - vgl. Skript zu sexuellem Missbrauch.
- 4. Gegebenenfalls** sollten auch **Geschwisterkinder** untersucht werden (ebenfalls 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. Die Skelettszintigrafie darf nicht als primäre und alleinige Screeningmethode eingesetzt werden! Vergleiche Leitlinien Kinderradiologie 2001*. Vorherige Information des Radiologen, *kein* Babygramm (Verzerrung, Unschärfe der Metaphysen). Über 3 Jahren ist die Ausbeute deutlich geringer, über 5 Jahren nur ausnahmsweise 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 eindeutig internationaler Standard !*

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" im 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).

3. Bei Kopfverletzungen ist akut immer das **CT** Methode der Wahl (unter 3 Monaten 4 mm Schichten in 4 mm Abstand, danach 8 mm). Der Ausschluss subduraler Hämatome mittels Schädelsonografie (transkraniell durch Parietelschuppe) ist in Einzelfällen möglich, aber unsicher. Alle Kinder mit retinalen Blutungen *müssen* ein CT erhalten (hohe Korrelation mit subduralen Hämatomen)! Das **MRT** dient der Verlaufskontrolle, sowie der genaueren Festlegung des Ausmaßes cerebraler Schädigung (ist sensitiver, entdeckt mehr Parenchymläsionen und ca. 50% mehr subdurale Hämatome, insbesondere bei retinaler Blutung und unauffälligem CT), und sollte bei allen auffälligen CT-Befunden angestrebt werden, sinnvoll etwa 5 Tage und 2-3 Monate nach Trauma. Im Akutfall ist es jedoch selten praktikabel (siehe auch Punkt 7.!).

4. Die **Sonografie** kann bei abdominellen Traumata hilfreich sein, v.a. in der Akut- und Verlaufsbeurteilung.

5. Immer **AHG** (Augenhintergrund)-untersuchung durchführen: retinale Blutung (RTB) ohne glaubhaftes schwerstes Trauma ist nahezu pathognomonisch (mindestens 75 % der KM bedingten ZNS-Traumata haben RTB, bei kardiopulmonaler Reanimation werden nur *extrem selten* RTB's gefunden, neonatale RTB's resorbieren sich nach ca. 2 Wochen).

5. **Basislabor**: BB+Diff, GOT, GPT, γ -GT, Amylase, Quick/PTT, bei multiplen Hämatomen auch Blutungszeit nach Ivy;(CAVE Gerinnungsuntersuchungen: pathologische Werte/Hämophilie schließen KM nicht aus; bei schweren ZNS-Traumata gibt es sekundäre PTT Verlängerungen)

6. **Gezielt**: TPHA (sek.Syphilis, STD-Screening), Coeruloplasmin/Kupfer (DD Menke); Vit A-Spiegel (Hyperostosen); Mycoplasmen/HSV-Serologie (bei Erythema multiformeähnlichen Hautveränderungen); organische Säuren um Glutarazidurie auszuschließen (Kombination SDH + RTB); bei Gedeihstörung übliches Screening einschließlich Skelettscreening .

7. Bei **V.a. Shaken Baby**: S100B im Serum; falls LP erfolgt ist, auch NSE im Liquor bestimmen, beim MRT die obere HWS mitmachen lassen, Frage spinale Verletzungen, Halsweichteilverletzungen nach schütteln. Gerinnungsuntersuchungen, ggf. PIVKA (Konaktion erhalten ?).

Leitlinien Kinderradiologie:

* www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/064-014.htm

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“ (Führniss) 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-Dürrn) 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.

JEDLICHER 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:

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

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

Erkrankung	Missbrauch	Konsequenzen
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

Modifiziertes Adam's Schema 2005- gekürzte Übersetzung (vgl. Anm. Textende)

Interpretationshilfe medizinischer Befunde bei Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch

Kollaboratives Resultat eines medizinischen Kindesmisshandlungsexpertengremiums unter der Leitung von Joyce A. Adams, University of California, San Diego, jadams@ucsd.edu; *J.A. Adams: Approach to interpreting physical and laboratory findings in suspected child sexual abuse: A 2005 Revision. APSAC Advisor 17(3) 2005: 7-13*

Vorgesehen als Interpretationshilfe für Ärzte, die körperlicher Untersuchungsbefunde und Laborbefunde im Kontext eines möglichen sexuellen Kindesmissbrauchs erheben sowie als Hilfe zur Ausbildung im gleichen Zusammenhang. Aufgrund zu erwartender künftiger Studien auf dem Gebiet, sind auch für diese Version fortlaufende Revisionen zu erwarten.

Befunde bei Neugeborenen und nichtmissbrauchten Kindern

(Die Nummerierung der Befunde bedeutet keine Reihenfolge der Signifikanz!)

Normvarianten

1. Periurethrale oder vestibuläre Bänder („*Periurethral or vestibular bands*“) ^{9, 17, 30, 10, 8, 6}
2. Intravaginale Längsgrate/Schleimhautfalten und Kolumnen („*Intravaginal ridges or columns*“) ^{9, 30, 10, 8, 6, 32}
3. Hymenale Aufwerfungen, Vorsprünge („*Bumps and mounds*“) ^{9, 17, 30, 10, 8, 6, 32}
4. Hymenalanhängsel oder verbliebene Septumreste ^{9, 17, 30, 10, 8, 6}
(„*Hymenal tags or septal remnants*“; auch „*projections*“ – der Begriff „Polyp“ ist terminologisch unzutreffend)
5. Linea vestibularis (längs verlaufende, mediane avaskuläre Zone in der Fossa navicularis) ^{17, 30, 6, 26, 32}
6. Anteriore (superiore) Kerben/Spalten („*Notch/cleft*“) des Hymens (oberhalb der 3 bis 9 Uhr Linie in Rückenlage bei präpubertären Mädchen) ^{9, 10, 8, 6}
7. Oberflächliche bzw. flache Einkerbungen oder Spalten („*Shallow/superficial notch or cleft*“) im unteren Bereich des Hymens (unterhalb der 3 bis 9 Uhr Linie in Rückenlage) ^{9, 17, 10, 8, 6, 20, 4, 28, 22, 19}
8. Externe hymenale Grate bzw. Falten („*External hymenal ridges*“) ^{9, 10, 8, 6, 32}
9. Kongenitale Varianten der Erscheinungsform des Hymens wie semilunär, anulär, wulstig, septiert ^{30, 10}, cribriform, mikroperforiert, atretisch ^{19, 32} („*Crecentic, annular, redundant, septat, cribriform, imperforate*“)
10. Diastasis ani (medianer, glatt-atroph wirkender perianaler Bezirk ober bzw. unterhalb der Anusöffnung) ^{29, 11, 31}
11. Perianale Hautanhängsel („*Perianal skin tag*“) ^{29, 11, 31}
12. Vermehrte Pigmentierung der kleinen Labien oder perianal bei entsprechender Ethnizität (südliche, asiatische, nahöstliche, farbige) ^{29, 11}
13. Urethrale Dilatation bei Anwendung labialer Traktion ^{17, 30}
14. „Verdicktes Hymen“ – ursächlich Östrogeneinwirkung, gefalteter Rand des Hymens, Schwellung durch Infektion oder durch Trauma möglich; Kontrolluntersuchung zur Bewertung erforderlich ^{17, 30, 4, 28}

Befunde, die häufig durch andere medizinische Ursachen bedingt sind

15. Erytheme/Rötung der inneren oder äußeren anogenitalen Gewebe (Vestibulum, Penis, Scrotum, perianal – mögliche Folge von Irritantien, Infektionen oder Trauma – Kontrolluntersuchung zur Einschätzung erforderlich) ^{17, 30, 10, 6, 20, 4, 28, 27, 31, 32}
16. Vermehrte Vaskularität (Gefäßdilataion) des Vestibulums und des Hymens (mögliche Folge von lokalen Irritantien oder normales Muster in der hormonellen Ruhephase) ^{17, 30, 10, 6, 20, 4}
17. Labiale Adhäsionen (Synechien - mögliche Folge von lokalen Reizungen, Entzündungen oder Reiben) ^{17, 30, 10, 6, 20, 4, 32}
18. Vaginaler Ausfluss (mannigfaltige infektiöse und nichtinfektiöse Ursachen; bakteriologische Abstriche zur Differenzierung erforderlich) ^{17, 6, 4}
19. Brüchigkeit („*Friability*“) der „*Posterior Fouchette*“* oder Kommissur (mögliche Folge von Irritantien, Infektionen oder iatrogen durch Traktion des Untersuchers an den Labiae majorae) ^{17, 6, 28, 32}
20. Exkoriationen, Blutung, vaskuläre Läsionen (mögliche Folge von Ekzemen, Seborrhoe, Lichen sclerosus et atrophicus, anogenitale Streptokokken A Infektionen, Urethralprolaps oder Hämangiome) ^{22, 34, 19, 14, 16, 12, 23, 13}
21. Perianale Furche („*Groove*“; fehlende Fusion in der Mittellinie – *Failure of midline fusion*“) ¹⁹
22. Anale Fissuren (üblicherweise aufgrund einer Obstipation oder perianalen Reizung) ^{19, 16, 31}
23. Venöse Staung („*venous congestion*“) oder Erweiterung („*venous pooling*“) perianal (üblicherweise aufgrund der Lagerung des Kindes; auch bei Obstipation anzutreffen) ^{29, 11, 31, 4, 27}
24. Abgeflachte anale Fältelung (mögliche Folge einer Relaxation des externen Sphincters oder einer Schwellung des perianalen Gewebes aufgrund einer Entzündung) ^{29, 4, 27, 31}
25. Partielle oder vollständige anale Dilatation unter 2 cm, mit oder ohne sichtbaren Stuhl in der Ampulle (möglich als normaler Reflex oder als Folge verschiedener Umstände wie ausgeprägter Obstipation, Enkoporesis, Sedierung, Narkose, neuromuskuläre Erkrankungen) ^{29, 4, 27, 31}

* „*Posterior Fourchette*“ = „Hinteres Band“, Bereich vom Frenulum labiorum pudendi minorum zur Commissura labiorum posterior – bei Trauma durch sexuellen Missbrauch häufig betroffen

Unklare Befunde : nicht ausreichende oder widersprüchliche Daten aus Studien

Indeterminate Findings: insufficient or conflicting data from research studies – erfordern unter Umständen zusätzliche Untersuchungen um die Signifikanz zu bewerten; unterstützen eine vorliegende klare Aussage eines Kindes über sexuellen Missbrauch, sollten jedoch in Abwesenheit einer solchen Aussage vorsichtig bewertet werden

Körperliche Untersuchungsbefunde

26. Tiefe Kerben oder Spalten („*Deep notches or clefts*“) am posterioren Randsaum des Hymens, im Gegensatz zu vollständigen Einschnitten/Durchtrennungen (siehe Pkt 41: „*Transections*“) ^{6,2}
27. Tiefe Kerben oder komplette Spalten („*Deep notches or complete clefts*“) des Hymens bei 3 oder 9 Uhr bei adoleszenten Mädchen ²
28. Glatter, nichtunterbrochener Hymensaum zwischen 4 und 8 Uhr, der bei Untersuchung in Knie-Brust-Lage oder in Rückenlage mit Umspülung des Hymens mit Wasser oder Kochsalzlösung, augenscheinlich weniger als 1 mm Weite aufweist. ^{30, 10, 6, 32, 20}
29. Warzenartige Läsionen im Anogenitalbereich – möglicherweise als Korrelat von Hautanhängseln, nichtgenitalen Warzen, Condylomata acuminata, die perinatal oder durch andere nichtsexuelle Übertragung akquiriert wurden ^{34, 18, 5, 19} – Biopsie und Typisierung kann in einigen Fällen indiziert sein
30. Vesikuläre Läsionen oder Ulzera im Anogenitalbereich (infektiöse und nichtinfektiöse Ätiologie: HSV, Syphilis, Varizellen oder andere Viren, M. Behcet, M. Crohn, idiopathisch ^{34, 18, 5, 19} – Viruskulturen oder PCR zur Diagnose einer HSV-Infektion bzw. Serologie zur Diagnose einer Lues-Infektion erforderlich)
31. Ausgeprägte und sofortige Dilatation des Anus auf 2 cm oder mehr in Abwesenheit prädisponierender Faktoren wie chronische Obstipation, Sedierung, Narkose, neuromuskuläre Erkrankungen – insgesamt seltener Befund sowohl bei missbrauchten ⁴ wie nichtmissbrauchten ^{29, 31} Kindern; derzeit besteht kein Konsensus über die Wertigkeit

Läsionen mit bestätigter Ätiologie: unklare Spezifität für sexuelle Transmission

32. (*) Anale oder genitale Condylomata acuminata ohne weitere Hinweise auf sexuellen Missbrauch ^{18, 5}
33. (*) Herpes Simplex Typ 1 oder 2, genitale oder anale Läsionen ohne weitere Hinweise auf sexuellen Missbrauch ^{18, 5}

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

Diagnostische Befunde hinsichtlich eines Traumas und/oder sexuellen

Kontaktes „*Findings diagnostic of trauma and/or sexual contact*“ – die folgenden Befunde unterstützen klar die Anamnese eines sexuellen Missbrauchs durch das Kind („*support a disclosure of sexual abuse*“) und sind auch dann in höchstem Maße damit vereinbar („*highly suggestive*“) ohne eine solche anamnestiche Angabe, es sei denn es liegt eine klare, zeitnah an das Ereignis erfolgte, plausible Beschreibung eines akzidentellen Verletzungsmechanismus durch das Kind oder die

Eltern/Bezugspersonen vor. Es wird empfohlen, dass eine diagnostisch verwertbare, qualitativ gute Fotodokumentation der Untersuchungsbefunde erfolgt und diese von einem auf dem Gebiet erfahrenen Experten mitbeurteilt werden, bevor ihre endgültige Wertung als akutes oder geheiltes Trauma erfolgt. Verlaufskontrolluntersuchungen der Befunde werden ebenfalls angeraten.

Akutes Trauma des externen Anogenitalbereiches

34. Akute Lazerationen (Risswunden) oder ausgeprägte Hämatome („*extensive bruising*“) der Labien, Penis, Skrotum, perianaler Gewebe oder des Perineums (DD unbeobachtet akzidentell, körperliche oder sexuelle Misshandlung) ^{28, 22, 14, 23}
35. Akute Lazerationen der „*Posterior fourchette*“ ohne Beteiligung des Hymens (von durchtrennten labialen Adhäsionen oder fehlender Fusion der Mittellinie abzugrenzen; möglich auch durch akzidentelles Trauma ^{28, 22, 19, 14, 16, 12, 23, 13} oder einvernehmlichem Geschlechtsverkehr bei Adoleszenten ²⁴

Residuen geheilten (heilenden) Traumas

Schwierig zu wertende Befunde in Abwesenheit eines zuvor dokumentierten akuten Traumas an entsprechender Stelle

36. Perianale Narbe (selten; auch andere medizinische Ursachen möglich: M.Crohn, akzidentelle Verletzungen oder medizinische Eingriffe) ^{27, 22, 19, 14, 13}
37. *Narben der "Posterior fourchette"* oder Fossa navicularis (blasse Bezirke der Mittellinie können auch einer Linea vestibularis oder labialen Adhäsionen entsprechen) ^{28, 22}

Verletzungen, die charakteristisch für stumpfe Gewalt, penetrierendes Trauma oder Kompressionsverletzungen des Abdomens oder Beckens sind, sofern letzteres anamnestisch angegeben wird („indicative of blunt force penetrating trauma...“)

38. Akute Lacerationen (partielle oder vollständige Einrisse) des Hymens ^{28, 22, 19, 14, 16, 12, 13}
39. Ekchymosen, Hämatome auf dem Hymen (außer bei bekannten infektiösen Prozessen oder Gerinnungsstörungen) ^{28, 22, 19, 14, 16, 12, 13}
40. Tiefe perianale Einrisse bis zum externen Analsphincter oder darüber hinaus (von partieller oder vollständiger fehlender Fusion der Mittellinie zu differenzieren) ^{27, 22, 19, 16, 13}
41. Geheilte Durchtrennung des Hymens („*hymenal transection*“): Bezirk zwischen 3 und 9 Uhr des Hymenalsaums der bis zur oder nahe der Basis durchgerissen imponiert, der den Eindruck eines dort fehlenden Hymens vermittelt. Dies muss durch zusätzliche Untersuchungstechniken bestätigt werden: Knie-Brust-Lage, Wasserspülung des Hymenalsaums, Umfahren des Hymens mit angefeuchtetem Stieltupfer (Q-Tip; nur bei Adoleszenten) oder Blasenkather-Ballonmethode („*Foley catheter balloon*“ – nur bei Adoleszenten). Dieser Befund wird auch als vollständige Spalte („*complete cleft*“) bei sexuell aktiven Adoleszenten oder jungen erwachsenen Frauen bezeichnet ^{4, 27, 22, 19, 14, 16, 12, 13, 15, 2}
42. Fehlendes Segment des Hymens: Bezirk des posterioren (inferioren) Hymenalsaums, breiter als „*transection*“ (41.) mit fehlendem Hyminalgewebe bis zur Basis des Hymens; Befund durch zusätzliche Untersuchungs-techniken/-methoden bestätigt ^{4, 19, 14}

Vorliegen von Infektionen, die Schleimhautkontakt mit infizierten und infektiösen Körpersekreten beweisen bei dem der Kontakt größter Wahrscheinlichkeit nach sexueller Natur war

43. (**) Positive, bestätigte Kulturen für Neisseria gonorrhoe (vaginal, urethral, anal oder pharyngeal) kein Hinweis auf perinatale Übertragung ¹⁸
44. (**) Bestätigte Diagnose einer Syphilis (Lues) nach Ausschluß einer perinatalen Übertragung ¹⁸
45. Trichomonas vaginalis Infektion bei einem Kind jenseits des ersten Lebensjahres mit Identifikation des Organismus durch Kultur oder Nativausstrich (erfahrenener Kliniker oder Laborarzt, Laborant) ^{18, 5}
46. (**) Positive Kulturen auf Chlamydia trachomatis vom genitalen oder analen Gewebe bei einem Kind jenseits der ersten drei Lebensjahre zum Zeitpunkt der Diagnose; Befund einer Zellkultur oder anderer vom Center for Disease Control empfohlenen Methode ¹⁸
47. (**) Serologie auf HIV, wenn die Möglichkeit einer perinatalen Übertragung oder einer Übertragung durch Blutprodukte oder kontaminierte Nadeln ausgeschlossen wurde ¹⁸

Diagnostisch für sexuellen Kontakt

48. Schwangerschaft ⁵
49. Nachweis von Spermien oder Sperma in Abstrichen, die direkt vom Körper eines Kindes entnommen wurden ⁵

(**) In den Guidelines der American Academy of Pediatrics 2005 als diagnostisch für sexuelle Übertragung angesehen ⁵

☞ **Anmerkung -ACHTUNG:** eine ausführlichere Version der Übersetzung mit Kommentar, Literatur und Namen des Expertenforum ist unter www.kindesmisshandlung.de „*Medizinische Downloads*“ – *Guidelines*“ als pdf herunterladbar

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)¹ 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.

¹ § 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)² 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.

*² § 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 Strafraum 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 Strafraum 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 Strafräumen 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 Kindeschutzes**. 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 Rechtsprechung 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.

PD 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 Tätertherapie¹?

☞ 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 (Aufnahmearbeit): 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 vorgesehenes 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

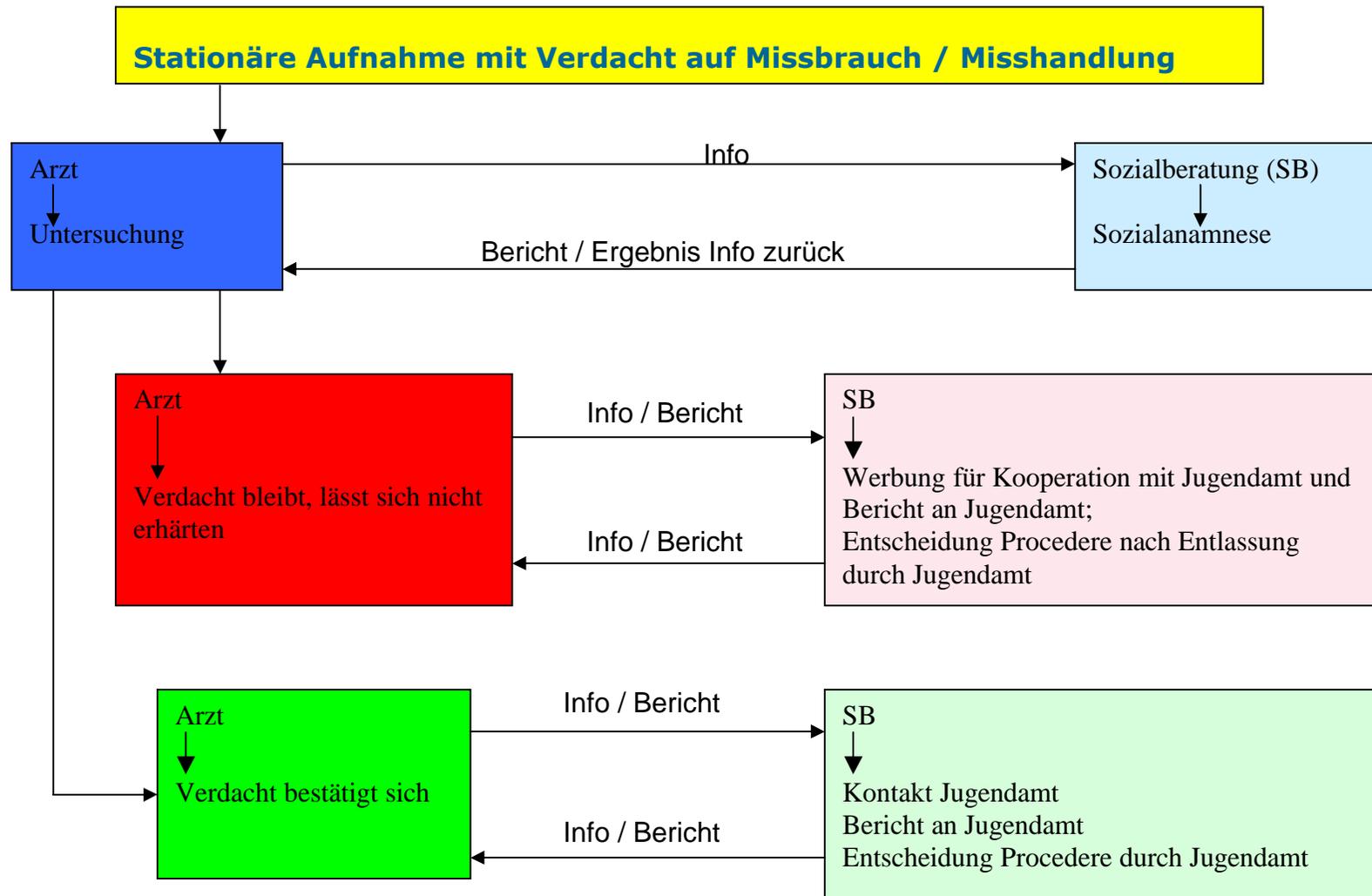
aus der Sozialanamnese mit der medizinischen Situation, anschließende gemeinsame
Entscheidungsfindung mit Arzt über Entscheidung Jugendamt ja/nein und Abwägung
Anzeige ja/nein.

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: Spezieller Teil - Dokumentation

Anamnese – Grundlagen, Übersicht	31
Hinweise zur Anamnese	33
Anamnese – Verhaltensfragebogen sexueller Missbrauch	34
Dokumentation körperliche Befunde	35
Dokumentation Befunde Skizzen (Körperschema, Genitalbefunde)	37
Dokumentation weitergehende Diagnostik	38
Befundbogen körperliche Misshandlung (1 Blatt)	39
Kindergynäkologischer Befundbogen sexueller Missbrauch	40
Forensik-Befundbogen sexueller Missbrauch	41

Anhang:

Forensikübergabebogen	42
Prophylaxen nach akuter Vergewaltigung	43
Vorgehen bei Condylomata acuminata	44
Pflegerische Dokumentation	45
Besucherverzeichnis	46
Adressensammlung	47

Dokumentationsschema bei V.a. Nichtakzidentelles Trauma

Teil A: Anamnese

1. _____, geb. am _____
Name, Vorname
2. Vorstellung am _____ um _____ Uhr
3. Anlass: _____

4. Anwesend (außer dem Kind): Vater Mutter Andere:
5. Mit anwesend bei der Untersuchung / dem Gespräch:

6. Kinder-/Hausarzt: _____
7. Wer ist bislang involviert/zuständig: **Niemand**
Jugendamt: _____, Tel: _____, _____
Beratungsstelle: _____, Tel: _____, _____
Kripo: _____, Tel.: _____, _____
Sonst: _____
8. Familienanamnese:
 - a) Eltern leben zusammen Eltern leben getrennt
Eltern sind geschieden neuer Lebenspartner
 - b) Alter der Eltern: Mutter: _____ Jahre, Vater: _____ Jahre
 - c) Geschwister:
Ja: _____ Schwester/n, _____ Jahre alt (leben in der Familie Ja Nein)
Ja: _____ Bru(ü)der, _____ Jahre alt (leben in der Familie Ja Nein)
 - d) Bekannte familiäre Konflikte: Nein Ja: _____

9. Anamnese des Kindes:
Schwangerschaft: unauffällig auffällig: _____
Neugeborenenperiode: unauffällig auffällig: _____
Bekannte Erkrankungen: Nein Ja: _____
Allergien: Nein Ja: _____
Entwicklungsverzögerung / störung: Nein Ja: _____
Geht in den Kindergarten in die Schule
Gelbes Vorsorgeheft liegt vor: Unauffällig Auffällig:

Gedeihen/Perzentilenverlauf Unauffällig Auffällig:

Impfstatus liegt vor: Impfstatus vollständig unvollständig

Hinweise zur Anamnese

1. Verletzungsumstände ? Anwesende ? Aufsicht ? Beobachter ?
2. Vorausgehendes Ereignis ? Fütterfrust ? Sauberkeitsprobleme? Elterliche Streitigkeiten
3. Was für ein Kind ist das Kind - Koliken, Schreien, Schwierigkeiten?
4. Reaktion der Eltern auf Verletzung ? Reanimationsversuche ? Prompter Arztbesuch ?
5. Eigenanamnese ? „Risikofaktoren“ ?
6. Entwicklung des Kindes ?
7. Befragung des Kindes ?
8. Zeugen ?

Familien und Sozialanamnese

1. Familienkonstellation ? Wohnverhältnisse? Familiäres Umfeld ?
2. Soziale Stressoren ?
3. Wie disziplinieren die Eltern das Kind?
4. 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:

Knocherkrankungen, Osteogenesis imperfecta, blaue Skleren, Dentinosis 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 ?
Wäschefarbe: neue Kleidungsstücke (schwarz, blau) ?
Volksmedizinische Praktiken: Münzenrollen (Asiaten), Schröpfen,
Chemische Irritantien, Haushaltsmittel, neue Pflegemittel ?

Hämatome/Blutungen:

Blutungserkrankungen
Vitamin K Gabe erfolgt ? Malabsorption/Gedeihstörung ?
Akzidentelle Antikoagulantieneinnahme ?

Verbrennungen:

Volksmedizinische Praktiken: Moxibustion ?
Impetigo bei anderen Kindern ?

Anamnesefragebogen sexueller Missbrauch

Strukturierter Anamnesefragebogen sexueller Missbrauch*

für Patient: _____ 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 oder interessiert an sexuellen Dingen oder 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. Ungewöhnlicher vaginaler Ausfluss oder anogenitale Entzündungen in der Vorgeschichte
- 30. Vaginale Blutung in der Vorgeschichte
- 31. Hygiene ? Wäsche ? Seifen, Kosmetika ?
- 32. (Häufige) Harnwegsinfektionen

*CAVE: Nichtevaluiertes orientierendes Fragebogen!

Dokumentation V.a. Nichtakzidentelles Trauma

Teil B: Körperlicher Befunde

12. _____, geb. am _____ KG: _____ kg (p____) KL _____ cm (p____)
Name, Vorname

13. Allgemeinzustand: gut eingeschränkt: _____ (GCS: _____)

14. Ernährungszustand: gut dystroph adipös BMI: _____

15. Pflegezustand: gepflegt ungepflegt: _____

16. Allgemein-internistische Untersuchung:

a) **Kardiopulmonal** unauffällig auffällig: _____

b) **Abdomen** weich Resistenz Darmgeräusche: regelrecht ↑ ↓
keine Druckdolenz Druckdolenz im _____

c) **HNO-Bereich** opB auffällig: _____

Gaumen / Mundhöhle reizlos

Lippen-/Zungenbändchen (Einriss? Vernarbung?) _____

Petechien / Verletzungen enoral/Gaumen: _____

Zahnstatus unauffällig Kariös ? Trauma ? _____

17. Hämatome/Narben:

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

Nein

Ja: ⇒ Ort / Art / Formung / Größe / Farbe

⇒ Abdrücke (von Schuhen / Händen / Gegenständen) erkennbar:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Skizze in Körperschema S.5 (immer!!) Fotodokumentation mit Zentimetermaß erfolgt

18. Hinweise auf Verbrennung:

Nein Ja: Ort/Art/Formung/Abdrücke/Immersion?

⇒ Akute / frische Verbrennung Narben

⇒ Abdrücke (von Zigaretten / Gegenständen) erkennbar:

Befunde, S.2 _____, geb. am _____

19. Äußerliche Hinweise auf Frakturen:

Nein Ja: _____
 Ort/Schwellung/Bewegungseinschränkung/Schmerz?

20. Anogenitale Untersuchung:

Genitale weiblich Unauffällig Auffällig (*siehe Kinder-Gyn-Bogen*)
männlich Hoden deszendiert Hoden nicht deszendiert: _____
Pubertätsstadium (nach Tanner): P__ B__ G__

Äußerlich Auffälligkeiten / Verletzungshinweise:

Nein
 Ja: _____

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	
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 (stark) gerötet	
Fossa navicularis unauffällig Verletzung / Narbe _____	
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 _____	

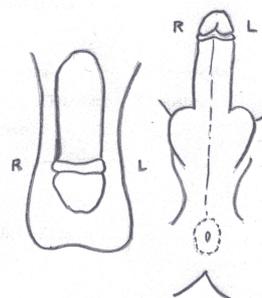
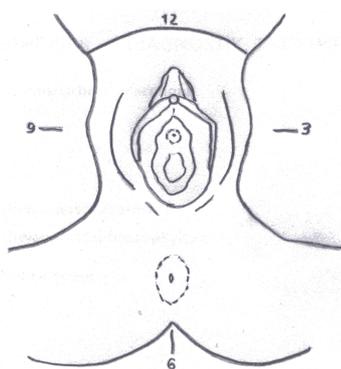
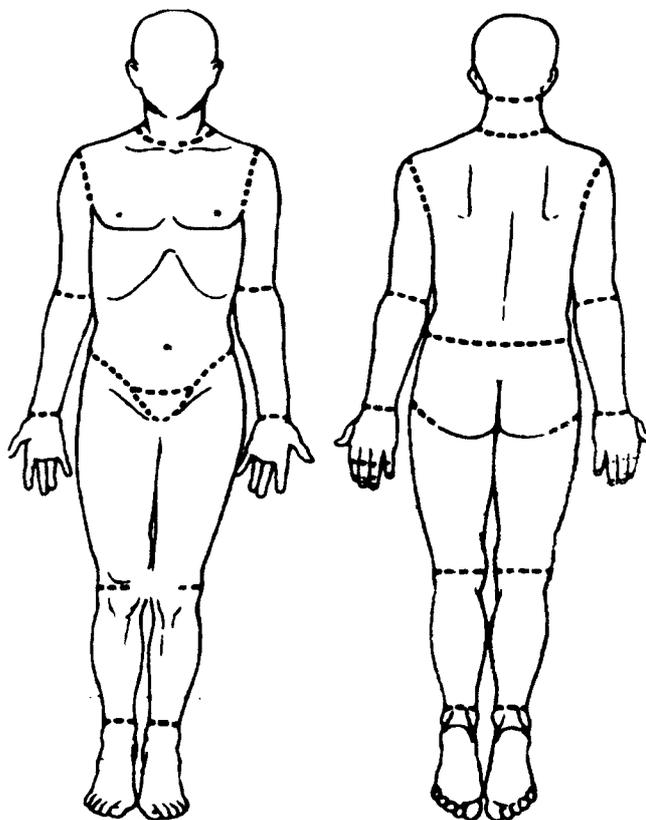
Anus	
Hämatom Nein Ja: _____	
Narbe Nein Ja: _____	
Fältelung: Unauffällig Vermindert: _____	
Akute Blutung Nein Ja: _____ Ort / Stärke	
Sonstiges / Besonderheiten _____	

Befunde, S.3

_____, geb. am _____

Anhang: Skizzen

Größe – Farbe extra angeben!



_____, geb. am _____

Dokumentation V.a. Nichtakzidentelles Trauma

Teil C: Vorgesehene Diagnostik und Vorgehensweise

● Vorgesehene Diagnostik:

Röntgen

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

Sono

- Abdomen
- Schädel

Labor

- BB+Diff, BSG, (BGA)
- GOT, GPT, GGT, Lipase
- Quick, PTT, (AT III, Fibrinogen)

Augenhintergrund

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

Zerebrale Bildgebung

- CCT
- MRT

Sonstiges gezielt:

- TPHA
- Coeruloplasmin
- Mykoplasmen
- HSV

* **Skelettscreening**

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

● Kindergynäkologischer Status

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

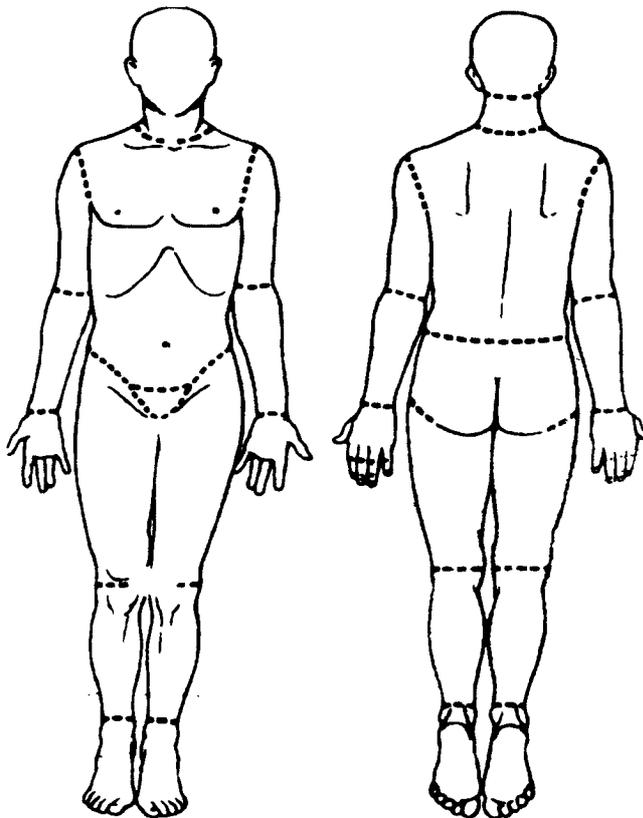
● Weiteres Procedere

- 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
(auch in Druckschrift)

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**
- Skelettzinti (nur komplementär)
- Sonstige:

Augenhintergrund

Sono

- Abdomen
- Schädel

Zerebrale Bildgebung

- CCT
- MRT

Labor

- BB+Diff, BSG, (BGA)
- GOT, GPT, Amylase
- Quick, PTT, (AT III, Fibrinogen)
- Sonstiges gezielt: TPHA, Cu/ Coeruloplasmin, HSV, Mykoplasmen
- Sonstiges:

● **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 Ansprechpartner:
<input type="checkbox"/> Info/Nachfrage Kinderarzt, Hausarzt, andere Kliniken	

Forensik-Bogen bei V.a. akuten sexuellen Missbrauch

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

PERSONALIEN Name: _____ geboren: _____ Anforderung am: _____ durch: _____	UNTERSUCHUNG am: _____, _____ Uhr, Ort: _____ Assistenz: _____ Anwesend: _____ 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 Anhang „Prophylaxen“)

Notfallkontrazeption angesprochen, indiziert/durchgeführt Nicht indiziert β -HCG im Urin

Datum _____

Verantwortlicher/Leitender Arzt/Ärztin _____

Assistenz-/untersuchender Arzt/Ärztin _____

Entgegennahmebestätigung 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>STD-Screening</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"> • Gonokokken (C/V,A,P)-Kultur • Chlamydien (C/V,A)- evtl. PCR • Trichomonaden (-V) - Nativmikroskopie • Lues (S) • Hepatitis B/C (S) • HIV (S) zusätzliche Kontrollen nach 6, 12 Monaten 	<p>Notfallkontrazeption/Schwangerschaft</p> <ul style="list-style-type: none"> • β-HCG im Urin (vor Notfallkontrazeption, Ausgangsbefund) • 750 µg Levonorgestrel (Duofem[®], Levogynon[®]) p.o. innerhalb von 24 postkoital
<p>STD-Prophylaxe (simultan)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 250 mg Ceftriaxon i.m. • 2 g Metronidazol p.o. • 1g Azithromycin p.o. • Aktive Hepatitis B Impfung (Ungeimpfte) 	<p>HIV-PEP* (Strenge Indikationsstellung ! Möglichst nach 1 Stunde, aller spätestens bis 72 Stunden)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 x 180mg/m²/d Zidovudin (Retrovir[®]) • 2 x 4 mg/kg/d Lamivudin (Epivir[®]) • 3 x 30 mg/kg/d Nelfinavir (Viracept[®]) <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.Hellwig)

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_sAg** (falls nicht geimpft) im Serum
- Nativmikroskopie auf **Trichomonaden**

Verhaltensfragebogen:

- Siehe Anhang

☎ **Immer** Info Dr.Herrmann (87457) oder Dr. Hellwig (z.Zt. Stat. K 5, 3580) !

Stand: 23.8.2005

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 verwaltung@ag-kassel.justiz.hessen.de	Amtsgericht Kassel Frankfurter Str. 9 34117Kassel 0561/912-2050 0561/912-2030 verwaltung@ag-kassel.justiz.hessen.de
die Lobby für Kinder Beratungsstelle für Kinder und Eltern in Kassel des Deutschen Kinderschutzbundes Herr Peter Ludwig Siemensstr. 1 34127Kassel 0561/899852 0561/896441 beratungsstelle@kinderschutzbund-kassel.de	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 Info@fif-kassel.de	Kasseler Hilfe Wilhelmshöher Allee 101 34121Kassel 0561/282070 0561/27664 info@kasseler-hilfe.de
Sozialpädagogische Familienberatung Querallee 50 34119Kassel 0561/709740 0561/7097421 Familienberatung.DW.Kassel@ekkw.de	Pro Familia Kassel Frankfurter Str. 133a 34121 Kassel 0561/27413 0561/281061 kassel@profa.de 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 Wolfgang-Meyer@LandkreisKassel.de
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 info@weisses-kreuz.de Sprachkenntnisse: englisch

Schwalm - Eder Kreis

Diakonisches Werk, allgemeine Sozial- und Lebensberatung Pfarrstraße 13 34576 Homberg 05681/9920-0 05681/9920-20 diakonie_sek@t-online.de 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 Frauenhaus@AWO-Schwalm-Eder.de Frauenberatungsstelle-S-E-K@freenet.de 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 allerleirauh@frauen-fuer-frauen-im-wmk.de Fremdsprachen: englisch</p>	<p>Frauenberatungsstelle Enge Gasse 12 37269 Eschwege 05651/7843 05651/76766 beratung@frauen-fuer-frauen-im-wmk.de</p>
<p>Frauenhaus Eschwege Enge Gasse 12 37269 Eschwege 05651/32665 05651/754065 frauenhaus@frauen-fuer-frauen-im-wmk.de Fremdsprachen: englisch</p>	

Landkreis Hersfeld Rotenburg

<p>Flüchtlingsberatung Kaplangasse 1 36251 Bad Hersfeld 06621/72055 06621/77837 diakonie-hef@t-online.de Fremdsprachen: englisch, spanisch</p>	<p>Frauenhaus Bad Hersfeld Am Markt 15 36251 Bad Hersfeld 06621-65333 06621/67296 frauenhaus-bad-hersfeld@freenet.de 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 frauenhaus-bad-hersfeld@freenet.de 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 anlaufstelle@skf-fulda.de 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 frauenhaus@skf-fulda.de Büro: 8.00 - 16.00 Uhr Fremdsprachen: englisch</p>
--	--

Aus Website www.rp-kassel.de/static/index1.htm => Link „Aktionsbündnis Häusliche Gewalt“,
 Hilfeinrichtungen, Infomaterial

LEITFADEN III: Übersichtsartikel

(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

Shaken Baby Syndrom

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

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