

## Zusammenfassung

### Vortrag „Vernachlässigung, Misshandlung und sexueller Missbrauch von Kindern – Differenzierung zwischen Alltagsverletzungen und Gewalteinwirkung von dritter Hand“

Folgende **Formen der Gewalt** werden unterschieden:

- Vernachlässigung
- Seelische Misshandlung
- Sexueller Missbrauch
- Körperliche Misshandlung mit fließenden Übergängen zur Tötung
- Münchhausen by proxy-Syndrom (Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom) als Sonderform

#### 1.) Vernachlässigung:

**Definition:** Eine Vernachlässigung ist eine andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns durch sorgeverantwortliche Personen und Institutionen. Sie liegt vor, wenn über längere Zeit bestimmte Versorgungsleistungen materieller, emotionaler und kognitiver Art ausbleiben.

#### Mögliche Formen:

- Mangelnde Körperpflege
- Inadäquate und/oder unzureichende Ernährung
- Nicht-altersgemäßer Umgang
- Mangelnde Aufsicht
- Selbstüberlassen
- Mangelnde emotionale Zuwendung

#### 2.) Seelische Misshandlung (schwer objektivierbar!):

- Zurückweisen (kindliche Wünsche nicht anerkennen)
- Terrorisieren (Einschüchtern, Klima der Bedrohung)
- Nichtbeachten (Entzug von Zuwendung)
- Isolieren (Verhindern normaler Sozialerlebnisse, Unterbinden von Freundschaften)
- Korumpieren (Animierung zu destruktivem, antisozialem Verhalten)

#### 3.) Münchhausen by proxy-Syndrom

- Wiederholte Krankheiten/Verletzungen im Kleinkindalter, z.B. ständig eiternde Wunden, zahlreiche Harnwegsinfekte, wiederholte Erstickungsanfälle (durch Manipulation hervorgerufen) bzw. behauptete Krankheiten
- Häufige Arztbesuche und Krankenhausaufnahmen
- (akute) Symptome nur in Anwesenheit der Bezugsperson
- Abklingen der Beschwerden im Krankenhaus
- Diagnose negativ

#### 4.) Sexueller Missbrauch von Kindern:

##### a) Epidemiologie und Statistik:

- 90 % männliche Täter (ca. 70 % Väter oder Stiefväter)
- 80-90 % der Täter stammen aus dem Familienkreis, ca. 10 % aus dem unmittelbaren Umfeld der Familie
- Opfer: Mädchen:Jungen = 70:30 %
- Kinder aller Altersstufen und sozialen Schichten, besonders gefährdet sind geistig behinderte und emotional vernachlässigte Kinder
- Bei 40 % aller Kinder Missbrauchsbeginn im Alter von 6-10 Jahren, bei 25 % im Alter von 0-5 Jahren – die Hälfte der Aufdeckungen erfolgt erst in der Adoleszenz
- Studien der Prävalenz: 5-50 % aller Kinder und Jugendliche haben Missbrauchserfahrungen

##### b) Untersuchung:

***Eine qualitativ gute Untersuchung durch einen forensisch erfahrenen Arzt ist Bestandteil des ersten Schrittes zur Verarbeitung des Traumas und hilft, eine sekundäre Reviktimisierung zu vermeiden!***

- Bei V.a. Missbrauch innerhalb der letzten 24 Stunden --- Untersuchung sofort, bzw. so bald als möglich
- Keine Narkose, außer bei blutenden Verletzungen!
- Kein Zwang!
- Untersuchungsgänge erklären!
- Dem Kind versichern, dass Sinn der Untersuchung ist, nachzuschauen, ob alles in Ordnung ist, dass es gesund ist bzw. festgestellte Verletzungen wieder heilen!
- Immer Ganzkörperuntersuchung! Vermessung und fotografische Dokumentation von Verletzungen!
- Keine bimanuelle bzw. instrumentelle Untersuchung der Scheide oder der Analregion, außer bei blutenden Verletzungen!
- Ggf. Abstricht entnehmen (Sperma? Geschlechtskrankheiten?)
- Untersuchung in Rückenlage, Knie-Ellenbogen-Lage oder in Seitenlage mittels Schamlippenspreiz- und -zugtechnik!

Bei akutem Ereignis nur in ca. 29 % der Fälle positive Befunde/Spuren, bei länger zurückliegenden Ereignissen nur in 2-4 % positive Befunde! **Daher schließt ein negativer Befund einen sexuellen Missbrauch niemals aus!!!**

##### Das Fehlen von Befunden/Spuren kann zurückzuführen sein auf:

- Art des Missbrauchs
- Verzögerte Untersuchung
- Zwischenzeitliches Baden, Urinieren, Defäkieren
- Elastizität des Gewebes
- Hohe Regenerationsfähigkeit des Gewebes

##### Beweis eines sexuellen Missbrauchs bzw. einer Penetration:

- Nicht-akzidentelle (frische) Defloration bzw. penetrierende Verletzung der Analöffnung
- Sperma-Nachweis

- Schwangerschaft
- Gonokokken-Infektion bei einem präpubertären Kind oder nicht-konnataler Syphilis

## 5.) Körperliche Misshandlung von Kindern:

### a) Epidemiologie:

- deutlicher Rückgang der tödlichen Kindesmisshandlungsfälle seit 1993
- 80 % der Opfer tödlicher KM sind < 2 Jahre – 75 % Gewalt gegen den Kopf
- Altersgipfel der Täter: 20-30 J., 80 % leibliche Eltern
- 60 % der Täter bisher unauffällig, 30 % Rückfalltäter

### b) Häufige Schutzbehauptungen:

- „Sturz vom Wickeltisch“
- „Sturz von der Treppe, vom Stuhl, vom Tisch etc.“
- „Häufiges Hinfallen“
- „An Möbelstück angestoßen“
- „bekommt leicht blaue Flecken“
- „Topf mit heißem Wasser vom Herd gezogen“
- „an Heizung verbrannt“ – „auf Heizlüfter gesetzt“ – „ins heiße Badewasser gestiegen“ – „heißes Badewasser aufgedreht“
- „Deckel von Milchflasche ist bei Schütteln abgesprungen, Kind auf Arm“
- „zu Beruhigung mit Kind auf Arm hochgesprungen“ (Schütteltrauma)
- „leblos im Bettchen vorgefunden, deshalb geschüttelt“
- „hat sich verschluckt, ist blau angelaufen, deshalb geschüttelt“

### c) Klassische Verletzungsmuster durch Misshandlung:

- Zahlreiche, insbesondere größerflächige Hämatome (pathognomonisch sind doppelstreifige Hämatome!), Hämatome unterschiedlichen Alters, v.a. an nicht-prominenten Körperstellen
- Verletzungen Ohrmuscheln, Trommelfelle, Lippenbändchen
- Geformte Hämatome
- Diffus verteilte punktförmige Einblutungen Gesichtshaut, Augenlider, Augenbindehäute, Mundvorhofschleimhaut beim versuchten Ersticken (ACHTUNG: vereinzelt auch nachweisbar bei extrem starkem, langem Schreien von Säuglingen, bei chronischem starkem Husten und bei starkem Erbrechen)
- Monokel- oder Brillenhämatom (Schädelbasisbruch?)
- Verletzungen bei Kleinstkindern
- Verbrennungen/Verbrühungen
  - Zigarettenglutverbrennungen
  - Verbrennungen durch Setzen auf eine heiße Herdplatte oder Aufpressen eines geformten heißen Gegenstandes (scharfe Abgrenzung zur umgebenden gesunden Haut!)
  - Immersionverletzungen (= Eintauchverletzungen): Handschuh- oder sockenförmige tiefreichende Verbrühungen mit scharfer Abgrenzung zur gesunden Haut, gleichmäßige Verbrühungstiefe
- Bissverletzungen (Größe des Gebissabdruckes? – Achtung: Oft kombiniert mit sex. Missbrauch!)
- Frakturen, insbesondere unterschiedlichen Alters, abhängig vom Alter des Kindes und vom Unfallmechanismus

- Schütteltrauma

**LEITSATZ: Kinder, die noch nicht krabbeln, bekommen keine blauen Flecken!!!**

**IMMER HINTERFRAGEN, OB GESCHILDERTER VERLETZUNGSHERGANG SICH MIT DEN VERLETZUNGEN IN EINKLANG BRINGEN LÄSST!**

### **Schütteltrauma:**

Typische Verletzungskombination nach grobem Schütteln eines Säuglings oder Kleinkindes, häufig im Hauptschreialter (3.-4. Monat):

- Blutung unter die harte Hirnhaut
- Netzhautblutungen
- Brüche der langen Röhrenknochen

Blutungen entstehen durch Beschleunigungs- und Abbremsbewegungen. Säuglinge haben einen relativ schweren Kopf, da großer Wasseranteil, und erst schwach ausgeprägte Nackenmuskeln --- Kopf schlackert hin und her, Gehirn wird im Kopf gerüttelt, was zum Einriss der sog. Brückenvenen führt.

### Wichtig:

- Augenärztliche Untersuchung
- Röntgen des Schädels in zwei Ebenen, aller Extremitäten, der Wirbelsäule in 2 Ebenen, des Brustkorbes und des Beckens zum Ausschluss von Frakturen
- CT oder MRT des Kopfes

### **Hochspezifische Befunde für eine KM:**

- Hämatome an nicht-prominenten Körperstellen (Mund, Augenhöhlen, Ohrmuscheln, hohe Scheitelregion, Rücken...), insbesondere unterschiedlichen Alters,
- Frakturen, insbesondere unterschiedlichen Alters, insbesondere Oberarmknochenfrakturen, Oberschenkelknochenfrakturen, Brustbein-, Becken- und Schulterblattfrakturen,
- (Hintere) Rippen(serien)frakturen
- Stumpfes Bauchtrauma
- Schädelfrakturen, intrakranielle Blutungen
- Netzhaut- und Glaskörperblutungen
- Auftreibungen der Knochenhaut an langen Röhrenknochen

Falls Eltern nicht zugänglich und Gefahr nicht anders abwendbar sowie wenn Verletzungen schwerwiegend oder sexueller Missbrauch: Im Verlauf (nach abgeschlossener Diagnostik und Teamentscheidung!) Meldung an Ermittlungsbehörden (keine Meldepflicht, jedoch Möglichkeit der Kenntnissgabe im Rahmen der sog. Güterabwägung des höheren Rechtsgutes) – **abhängig von der Einsicht und Kooperation der Eltern, vom Alter des Kindes und von der Schwere der Verletzungen – EINZELFALLENTSCHEIDUNG!!!**

### Buchempfehlungen:

- 1.) K. Kruse, M. Oehmichen: „**Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch.**“ Rechtsmedizinische Forschungsergebnisse, Band 5, 1993, Verlag Schmidt-Römhild (18 €)
- 2.) M. Oehmichen, H.J. Kaatsch, H.A.G. Bosinski: „**Gewalt gegen Frauen und Kinder. Bestandsaufnahme – Diagnose – Prävention.**“ Research in Legal Medicine, Volume 32, 2004. Verlag Schmidt-Römhild
- 3.) M.E. Helfer, R.S. Kempe, R.D. Krugmann: „**Das misshandelte Kind.**“ Deutsche Übersetzung des „The Battered Child“. Suhrkamp-Verlag
- 4.) S. Lazoritz, V.J. Palusci: „**The Shaken Baby Syndrome. A Multidisciplinary approach**“. The Haworth Maltreatment Trauma Press, Bing-hamton, USA
- 5.) A.P. Giardino, E.M. Datner, J.B. Asher: „**Sexual Assault. Victimization Across the Life Span. A Clinical Guide**“ (2 Bände, inkl. Fotoatlas). G.W. Medical Publishing, Inc., St. Louis, USA
- 6.) G. Jacobi: „**Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Epidemiologie, Diagnostik und Vorgehen.**“ Verlag Hans Huber 2008
- 7.) Herrmann, Dettmeyer, Banaschak, Thyen: „**Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen**“. Springer Verlag 2008

### Kontakt:

Institut für Rechtsmedizin Mainz  
Forensische Ambulanz für Opfer von Gewalt in engen sozialen Beziehungen  
Am Pulverturm 3  
55131 Mainz

### Tel.:

**Dr. Navarro – 0160-5506006**

Anfragen gerne auch per Email: [navarro@uni-mainz.de](mailto:navarro@uni-mainz.de)

06131-3932179 (Chefsekretariat des Institutes, Mo-Do, 07:30-16:45 Uhr, Fr 07:30-13:00 Uhr)

06131-170 (Zentrale Universitätsklinik Mainz – außerhalb der Dienstzeiten – Dienst habender Rechtsmediziner)