

#### Redaktion

W. Dick, Mainz

P. Lemburg, Düsseldorf

F.-W. Schildberg, München

H.-P. Schuster, Hildesheim

#### E. Motzkau

Leiter der Ärztlichen Kinderschutzambulanz am Evangelischen Krankenhaus Düsseldorf

# Der kindliche Notfall im sozialen Kontext

## Kindesmisshandlung

### Zusammenfassung

Kindesmisshandlung kann direkt oder indirekt zu Notfallsituationen führen. Dafür in Frage kommende und im Einzelnen im vorliegenden Beitrag ausgeführte Gewaltformen sind körperliche und sexuelle Misshandlung, Münchhausen-by-proxy-Syndrom, Vernachlässigung, seelische Gewalt, Zeugenschaft körperlicher Gewalt zwischen Erwachsenen.

Kindesmisshandlung geschieht im sozialen Kontext, der in der Notfallsituation berücksichtigt werden muss. Meist wird das Kind in seinem nächsten sozialen Umfeld (Familie oder Verwandtschaft) misshandelt, Personen aus diesem Umfeld sind meist die ersten Kontakt- und Begleitpersonen, auf die der Notarzt trifft. Kindesmisshandlung wird meist geleugnet. Anamnese, Unfallhergang und Befund passen nicht zusammen. Im Fall des Verdachtes auf Misshandlung müssen daher andere Verletzungsursachen berücksichtigt werden und die Diagnostik weiter gefasst werden. Sorgfältige Dokumentation ist erforderlich. Bei der Auswahl der Begleitpersonen ist der Kinderschutz zu berücksichtigen, was mögliche weitere Misshandlung, Bedrohung oder Beeinflussung des Kindes zur Geheimhaltung angeht, aber auch was die Sicherung seiner emotionalen Situation betrifft.

Die psychische Traumatisierung des Kindes ist ebenso rasch zu versorgen wie die körperliche, falls das Kind ansprechbar ist. Die Fähigkeit eines Kindes, ein psychisches Trauma zu überwinden, hängt von der Qualität seiner emotionalen Bindungen ab. Die familiären Beziehungen sind daher auch in der Notfallsituation, soweit wie es der Schutz des Kindes erlaubt, zu erhalten und zu stabilisie-

ren. Emotionale Vernachlässigung verschlechtert die Entwicklungsprognose eines traumatisierten Kindes erheblich. Zur wirksamen und raschen Versorgung des psychischen Traumas und zur Sicherstellung des Kinderschutzes ist die Zusammenarbeit mit Kinderschutzeinrichtungen, kommunalen Behörden, gegebenenfalls mit der Polizei erforderlich. Erst die Routine in der Vernetzung der beteiligten Stellen macht die Zusammenarbeit im Notfall effektiv.

### Schlüsselwörter

Körperliche Misshandlung · Sexuelle Misshandlung · Vernachlässigung · Psychisches Trauma · Kinderschutz

**K**indesmisshandlung ist zumindest theoretisch eine bekannte und vertraute Problemstellung der Medizin. Vor allem aber im Alltag der pädiatrischen Praxis fällt es schwer, Kindesmisshandlung zu erkennen und angemessen zu berücksichtigen. Auch in der Notfallversorgung stellt die Kindesmisshandlung eine besondere Problemstellung dar. Kindesmisshandlung ist in aller Regel das traumatische Ergebnis eines Beziehungsgeschehens. Der soziale Kontext lässt auch die Notfallsituation komplex erscheinen. Es muss hier schon in der Notfallversorgung nicht nur um die körpermedizinisch notwendigen Maßnahmen gehen,

ein weiteres Ziel ist der aktuelle und langfristige Kinderschutz, für den gelegentlich schon in der Notfallsituation die Weichen gestellt werden müssen.

Besonders bei körperlicher Misshandlung, sexueller Misshandlung und Vernachlässigung spielen die Bezugspersonen aus der Familie und ihrem unmittelbaren Umfeld ätiologisch die führende Rolle. Entsprechend werden häufig anamnestisch irreführende Angaben gemacht, mit der Anforderung von Hilfe ungewöhnlich lange gewartet und nicht selten die Kinder selbst bzw. Zeugen des Schädigungsherganges beeinflusst. Die Möglichkeit einer Kindesmisshandlung erfordert deshalb weitergefasstes diagnostisches Vorgehen, das sich deutlich weniger an den von den Bezugspersonen geschilderten Hergang der Schädigung anlehnt, als das bei üblichen Verkehrs- oder Spielunfällen erforderlich wäre. Genaue Dokumentati-

on, die Sicherung von Nebenbefunden, möglicherweise Hinzuziehen von gerichtsmedizinischen Einrichtungen und Polizei

müssen in Betracht gezogen werden.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass Kindesmisshandlung nicht nur ein Gewalttrauma bei den betroffenen

**„Schon in der Notfallversorgung müssen oft für den aktuellen und langfristigen Kinderschutz die Weichen gestellt werden.“**

#### Dr. Eberhard Motzkau

Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie,  
Ärztliche Kinderschutzambulanz am  
Evangelischen Krankenhaus Düsseldorf  
Kronenstr. 38, 40217 Düsseldorf

E. Motzkau

## Emergency situations within the social context: Child abuse

### Abstract

Child abuse may directly or indirectly lead to an acute emergency situation. With regard to this, relevant forms of violence may be specified as following: physical and sexual abuse, Munchhausen syndrome by proxy, neglect, mental violence and the witnessing of physical aggression between adults.

Child abuse has its highest prevalence within the social context, and it is usually denied. Inconsistencies concerning the reported circumstances of an accident with regard to the present injuries, should be treated with heavy suspicion. Further diagnosis and careful case record are of great importance.

Even within an emergency situation immediate intervention and child protective action might be necessary with regard to emotional trauma, when the suspicion of child abuse does substantiate. It is important to preserve and stabilise the familial bonds of the child, as long as this does conform with child protective necessities. In the case of abuse, close co-operation between emergency teams and child protective services, communal authorities and the police are an absolute requirement for the effective treatment of the child.

### Keywords

Child abuse · Physical abuse · Sexual abuse · Neglect · Trauma · Child protection

Tabelle 1  
Gewaltformen

- Körperliche Misshandlung
- Sexuelle Misshandlung
- Münchhausen-by-Proxy-Syndrom
- Vernachlässigung
- Seelische Gewalt
- Zeugenschaft körperlicher Gewalt zwischen Erwachsenen

Kindern darstellt, ausgelöst durch die physische oder psychische Gewalt, sondern auch ein „Beziehungstrauma“. Kinder, die von den ihnen vertrauten Bezugspersonen traumatisiert werden, reagieren in der Regel ambivalent, diffus verängstigt, aggressiv, nicht selten mit Selbstbeschuldigungen. Dies ist bei der Auswahl der Begleitpersonen ebenso zu berücksichtigen wie bei der Anamneseerhebung vom Kind, falls dies möglich ist.

Kindliche Notfälle stellen schon per se wegen der besonderen Schutzbedürftigkeit von Kindern für die erstversorgenden Personen in psychischer Hinsicht eine besondere Belastung dar, dies gilt um so mehr für die Kindesmisshandlung. Entstehen in der Notfallversorgungssituation erste Hypothesen über einen möglicherweise verantwortlich zu machenden Schädiger oder besteht gar darüber schon Gewissheit, entladen sich in der Regel die schon üblicherweise auftretenden Gefühle von Hilflosigkeit, Betroffenheit und Wut in besonders vehementer Weise, weil sie nun ein scheinbar „legalisiertes“ Ziel haben. Es kommt dann nicht selten zu emotionalen Entlastungsreaktionen, die die ohnehin komplexe Situation durchaus erschweren können, gelegentlich auch zu Entscheidungen, die den langfristigen Kinderschutz eher verhindern als ermöglichen.

Ist beispielsweise für die Verurteilung eines möglichen Misshändlers die Aussage des betroffenen Kindes ausschlaggebend und wurde in Anwesenheit des Kindes schon von den Erwachsenen zuviel und zu deutlich über den möglichen Tathergang spekuliert, so kann die spätere Aussage des Kindes an juristischer Glaubwürdigkeit verlieren. Außerdem ist es nicht unwahrscheinlich, dass das Kind durch eine aggressiv-empörte Haltung der Helfer psychisch in eine den Schädiger schützende Haltung

gedrängt wird. Grundlage dafür ist seine schon beschriebene Ambivalenz bezüglich der schädigenden Bezugsperson.

Falls eine Verurteilung des möglichen Schädigers nur dann erfolgen kann, wenn das betroffene Kind eine Aussage macht, kann eine zu rasch gestellt Anzeige sich ebenfalls langfristig schädlich für den Schutz des Kindes auswirken, wenn nicht vorher sichergestellt ist, dass das Kind auch bereit und in der Lage ist, glaubwürdige Aussagen zu machen. Ist das Kind dazu nicht bereit, weil es beispielsweise die negativen Folgen für den anderen Elternteil und die Familie absehen kann und vermeiden will, kann es zu einem Freispruch mangels Beweisen kommen. Unter diesen Umständen ist der Kinderschutz mit Hilfe von Jugendhilfemaßnahmen sehr viel schwieriger sicherzustellen, als dies initial für Jugendhilfe und Familiengericht möglich wäre. In diesen Fällen ist deshalb Besonnenheit und genaue Absprache in Kooperation mit Kinderschutzeinrichtungen und Jugendamt erforderlich.

## Definition der Misshandlung

**Misshandlung ist eine nicht zufällige, bewusste oder unbewusste gewaltsame körperliche und/oder seelische Schädigung, die in Familien oder Institutionen geschieht und die zu Verletzungen und/oder Entwicklungshemmungen oder sogar zum Tod führen kann. (Drucksache 10/4560 des Deutschen Bundestages 1986)**

Gewalt gegen Kinder tritt in unterschiedlichen Formen auf (Tabelle 1). Für die Notfallversorgung ist nicht nur die körperliche Misshandlung relevant. Alle aufgeführten Gewaltformen können im kindlichen Notfall eine Rolle spielen und sollten mit berücksichtigt werden.

## Körperliche Misshandlung

Körperliche Misshandlung liegt vor, wenn durch körperliche Gewaltanwendung Kindern ernsthafte, vorübergehende oder bleibende Verletzungen oder der Tod zugefügt werden. Von Kindesmisshandlung spricht man, wenn gewalttätiges Verhalten der Eltern oder anderer erziehender Personen ein Grundelement der Kindererziehung ist [12].

Tabelle 2

**Misshandlungsarten und ihre charakteristischen Symptome**

Misshandlungsart	Typische Symptome	Besonderheiten
Schlagen	Hämatom, Schürfwunde, Platzwunde, typische Lokalisation dorsal, behaarter Kopf, außerhalb typischer Sturzverletzungspunkte, Frakturen (s. Abb. 1, 2)	Häufigste Misshandlungsart, Hämatom bildet häufig Schlaggegenstand ab, alte Frakturen?
Beißen	Ringförmiges Hämatom (s. Abb. 3)	Gebiss in Form und Größe häufig gut zu erkennen. Foto! Alte Narben?
Stoßen	Sturzverletzungen, Platzwunden, evtl. Bewusstlosigkeit bei Kopfverletzung, Frakturen	Häufig alte Frakturen, Subperiostalblutungen!
Schütteln	Gefährlich bei Säuglingen und Kleinkindern! Subduralblutung, zunehmende Eintrübung, Retinablutungen	Typische Griffmarken am Oberarm oder am Brustkorb
Fesseln, Anbinden	Charakteristisches Schnürhämatom an den Extremitäten, im Gesicht, evtl. Hautverletzung durch Scheuern	Genitalbereich untersuchen, sexuelle Misshandlung?
Würgen, Strangulieren	Typische Würgemale am Hals, Strangulationsfurchen	Subkonjunktivalblutung
Verbrühen	Bei Eintauchen meist symmetrisch, scharfe Begrenzung, an Extremitäten, Gesäß, Rumpf, bei zu heißem Füttern oft Flaschenabdruck auf Ober- und Unterlippe	Dorsale Verbrühungen sprechen für Misshandlung
Verbrennung	Oft symmetrisch, Gesäß, (s. Abb. 4) beide Handflächen, Zigaretten: kreisrunde Brandmarke, oft mehrere	Meist durch Kontakt mit heißer Fläche, oft alte Narben („Gewohnheitsmisshandlung“)
Ertränken	Wasser in Luftwegen?	Nach Griffmarken suchen
Verätzen	An der Zunge, auch Innenseiten der Lippen betroffen	DD: Akzidentelle Verbrühung beim Trinken; Verletzung nur im äußeren Lippenbereich
Vergiften	Überdosierungssymptome von Medikamenten, oft Psychopharmaka, Laxanzien, Gabe von Salz in hoher Konzentration	DD: Münchhausen-by-proxy-Syndrom

Die Häufigkeit der Kindesmisshandlung ist schwer zu beziffern, allgemein wird eine hohe Dunkelziffer angenommen. Schätzungen von sozialwissenschaftlicher Seite gehen von 10–15% der Kinder und Jugendlichen aus, die mindestens 1-mal bis zum 18. Lebensjahr von körperlicher Misshandlung betroffen sind [6]. Aus der polizeilichen Kriminalstatistik der alten Bundesländer ergeben sich im Verlauf der erfassten 15 Jahre jährlich 1200–1500 gemeldete Fälle [2, 4].

Von klinischer Seite wird eine angenommene Zahl von 4000 schwersten körperlichen Misshandlungen der Zahl von

etwa 1000 Fällen von plötzlichem Kindstod gegenübergestellt [11]. Die Geschlechterverteilung wird international übereinstimmend etwa ausgewogen angegeben. Im Jahr 1993 waren in den USA 53% der Misshandlungsoffer Mädchen, 47% waren Jungen. Das Altersmittel der erfassten Kinder lag bei 7 Jahren. Mehr als 90% waren von Eltern oder Verwandten misshandelt worden [1]. Über die Geschlechterverteilung der Misshandler liegen keine genauen Zahlen vor. In der Statistik der Ärztlichen Kinderschutzambulanz über die letzten 12 Jahre (n=3200) misshandelten 1/3 mehr Männer als Frauen.

Die hohe Zahl der Schädiger und Schädigerinnen, die aus der Familie und dem familiennahen Umfeld kommen, lässt erahnen, wie hoch die Wiederholungsgefahr auch bei schweren Misshandlungen ist. Entsprechend sorgfältig muss das weitere Vorgehen abgestimmt sein.

**Instrumentelle und expressive Gewalt**

Zur Einschätzung des weiteren Risikos und zur Wahl des späteren therapeutischen Vorgehens auf Familienebene hat sich die Unterscheidung der in der Familie auftretenden Gewalt nach den Begriffen „instrumentell“ und „expressiv“ bewährt.

**Expressive Gewalt.** Sie erfolgt als Ausdruck unmittelbar auftretender Gefühle, die durch bestimmte, häufig stereotype Stresssignale ausgelöst werden. Hierbei handelt es sich um ein wiederholtes, zirkuläres Geschehen mit typischen Eskalationsschleifen, in denen jeder der Beteiligten jeweils gleichbleibende Rollen einnimmt. Die Gewalt tritt quasi als Entladung dieser sich zuspitzenden Eskalation auf, endet danach sofort und wird typischerweise vom Schädiger bedauert, wobei dem Opfer allerdings die Schuld zugeschrieben wird. Die an diesen Eskalationsschleifen beteiligten Eltern sind in der Regel offen für Hilfestellung und geben häufig die angewandte Gewalt zu. Die Gewalt ist durch rechtzeitiges Verändern der stereotypen Situationsabläufe vermeidbar.

**Instrumentelle Gewalt.** Sie wird quasi „kalt“ eingesetzt zum Erreichen eines bestimmten Zieles. Hier geht es weniger um emotionale Erregung, sondern um direkte Ausübung von Macht zur Sicherung der eigenen Bedeutung in der Familie. Die Gewalt erfolgt linear und ist für das Opfer nur vermeidbar durch Unterwerfung, Anpassung an die gewünschten Verhaltensweisen und endet bei Erreichen des Ziels oder entsprechender Ahndung des scheinbaren „Vergehens“. Bei Widerstand eskaliert diese Gewaltform häufig in gefährlichem Ausmaß.

Bemerkenswert bei beiden Formen von Gewalt ist, dass sich alle Beteiligten in der Situation der Gewalt als Opfer fühlen. Bei der instrumentellen Gewalt geht es für den Schädiger um die Wahrung seiner Machtposition, deren Ver-

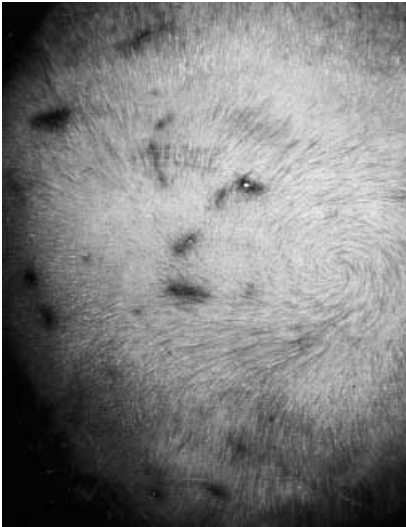


Abb. 1 ▲ Chronisch misshandelter 5-jähriger Junge. Nach Rasur der Haare sind multiple Verletzungen unterschiedlichen Alters zu sehen.

lust er als entscheidende Einbuße seines Respekts erleben würde.

**Sadistische Gewalt.** Eine weitere Gewaltform im Zusammenhang mit schweren Kindesmisshandlungen ist die der sadistischen Gewalt. Hier fehlt in der Regel gänzlich der situative Bezug bzw. geht auf eher lapidare Anlässe zurück. Häufig sind die Schädiger/Schädigerinnen alkoholisiert oder im Drogenrausch. Typische Misshandlungsformen sind hier die Verbrennung mit Zigaretten oder Feuerzeug bzw. das Fesseln. Tabelle 2 stellt die typischen Misshandlungsformen dar.

### Besonderheiten in der Anamnese und Befunderhebung

Misshandelnde Eltern verleugnen zunächst in aller Regel die Misshandlung und erklären die vorliegenden Verletzungen meist als selbstverschuldeten Unfall des Kindes. Oft vergeht unverständlich lange Zeit zwischen geschildertem Unfall und dem Notruf, die meist durch spontane Verleugnung durch den Misshandler/die Misshandlerin zustande kommt. Die Eltern wirken meist besorgt. Im Widerspruch dazu lässt sich die Unfallschilderung häufig mit den vorliegenden Verletzungen nicht vereinbaren, die Eltern sind bei aller Besorgnis aber nicht bereit, über andere Unfallabläufe zu reflektieren. Deshalb ist es sinnvoll, den „Unfallort“ wenn möglich zu inspizieren, evtl. zu fotografieren. Häufig ergeben sich aus diesen

Details wichtige Hinweise, die den Nachweis einer Misshandlung ermöglichen.

Aber auch der sichere Ausschluss einer vorliegenden Misshandlung dient unmittelbar dem Kindeswohl. So konnte beispielsweise ein 3 1/2-jähriger Patient sehr rasch in die Obhut der Eltern zurückgegeben werden, nachdem der Unfallhergang vor Ort zweifelsfrei rekonstruiert werden konnte. Mit beidseitigen, durch scharfkantige Gegenstände ausgelöste Hämatome im Bereich der Wangen und Jochbeine, war der Patient nach der Erstversorgung in die Kinderklinik des Evangelischen Krankenhauses und in die Betreuung der Kinderschutzambulanz überwiesen worden in der naheliegenden Annahme, dass eine willkürliche Verletzung vorliege, beispielsweise durch Einklemmen in einer Tür.

Nach Inspektion des Wohnzimmers der Familie konnte der von den Eltern geschilderte Unfallhergang nachvollzogen werden: In der Absicht, ein auf dem Fernseher befindliches Spielzeug herunterzuholen, hatte der motorisch sehr lebhafte Junge auf den Teewagen klettern wollen, auf dem das schwere Fernsehgerät stand. Als dieses zusammen mit dem Wagen das Übergewicht bekam, geriet der Junge mit seinem Gesicht zwischen die bereits herabgefallenen Videokassetten und den umstürzenden Teewagen, der mit seiner Kante auf die oben liegende Gesichtshälfte des Jungen traf. Die rasche Inspektion des Unfallortes war zufällig möglich, da die Familie ganz in der Nähe des Krankenhauses wohnte. Eine längerfristige diagnostische Arbeit mit dem Jungen hätte möglicherweise eine vorübergehende Fremdunterbringung aus Kinderschutzgründen nötig gemacht, die dem Jungen in diesem Fall erspart werden konnte.

Bei Verdacht auf körperliche Misshandlung ist eine genaue, ganzkörperliche Untersuchung erforderlich, mit exakter Beschreibung der vorliegenden Rötungen, Schwellungen, Hämatome, Wunden, alter Verletzungen. Besondere Aufmerksamkeit gilt den Innenseiten und dorsalen Flächen der Extremitäten, dem Rücken und der behaarten Kopfhaut (Abb. 1). Als wichtig hat sich eine aktuelle Einschätzung des Alters der Hämatome erwiesen. Wichtig ist ebenfalls die Berücksichtigung des Zustandes der zum Verletzungszeitpunkt getragenen Kleidung, die im Vergleich zu den vorliegenden Verletzungen weitere Aufschlüsse geben kann.

Misshandelte Kinder, die bewusstseinsklar und durch die Behandlung nicht zerebral beeinträchtigt sind, wirken häufig über das situative Maß hinaus ängstlich und abwehrend, aber auch apathisch und wach beobachtend gleichzeitig („frozen watchfulness“). Wiederholt misshandelte Kinder zeigen häufig auffällig geringe Schmerzreaktionen, wirken häufig passiv ergeben. Säuglinge zeigen häufig ausgeprägte Hospitalismussymptome. Eingeschränkte Selbstwahrnehmung, gestörtes Körperschema und ausgeprägte autodestruktive Tendenzen gehören regelhaft zum psychischen Befund, der auf längerfristiges Misshandlungserleben zurückzuführen ist und die aktuelle, zunächst schwer verständliche Befindlichkeit des Kindes erklärt [17].

### Risikofaktoren bei Eltern und Kind

Das Erfassen und diagnostische Abwägen von Risikofaktoren, die auf ein mögliches Misshandlungsgeschehen hindeuten können, ist nicht Aufgabe der Notfallversorgung. Dennoch können einige Erkenntnisse dazu hilfreich sein:

Misshandlung ist prinzipiell kein spezifisches Phänomen einzelner sozialer Schichten. Viele Anzeichen sprechen aber für eine enge Verknüpfung zwischen hoher psychosozialer Belastung der Familie und misshandlungsbegünstigendem Verhalten der Eltern. Dabei kombiniert sich häufig das Phänomen von Ablehnung, Vernachlässigung und Misshandlung umso intensiver, je höher die psychosoziale Belastung der Familie und individuelle Belastung der Eltern ist. Natürlich ist das Vorhandensein von sog. Risikofaktoren nicht beweisend für eine Misshandlung [15, 20].

Zahlreiche Risikofaktoren bei Kindern werden beschrieben, die insgesamt eine erhöhte psychische Belastung während der Schwangerschaft bzw. eine psychische und physische Belastung der Eltern nach der Geburt bewirken, wie Unerwünschtheit, ungeklärte Vaterschaft, Trennung von Mutter und Kind in den ersten 3 Monaten, chronische Krankheit, Missbildung oder Behinderung des Kindes etc. [3].

Diese Parameter haben keine spezifische Aussagekraft. Von einigen Autoren wird die Aussagefähigkeit dieser Risikofaktoren auf Seiten der Kinder angezweifelt [16].

Kindesmisshandlung hat nicht nur unmittelbare physische, sondern auch langfristige psychische Folgen, die sich in der Regel negativ auf die psychische und soziale Entwicklung, auf die Leistungsfähigkeit, die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung und das Selbstwelterleben auswirkt. Das rasche Erkennen von Kindesmisshandlung (Abb. 2, 3, 4) ist deshalb im Sinne des langfristigen Beziehungsgeschehens nicht nur für die Vorbeugung einer Wiederholung wichtig, sondern auch oft erforderlich, um familien- und einzeltherapeutische Maßnahmen einzuleiten bzw. Unterstützung und Kontrollfunktionen durch das Jugendamt zu installieren.

Im Mittelpunkt der mittel- und langfristigen therapeutischen Maßnahmen steht unter Wahrung der Kinderschutzaspekte die möglichst weitgehende Erhaltung des familiären Umfelds, um das Kind im Rahmen der Folgemaßnahmen nicht weiter zu traumatisieren. Dies ist allerdings nur sinnvoll und denkbar, wenn im familientherapeutischen Zusammenhang entscheidende Muster der Kommunikation und der Stressbewältigung verändert werden können. Für diese komplexen Aufgaben ist die Kooperation verschiedener, multiprofessionell arbeitender Einrichtungen in gut vernetzter Zusammenarbeit erforderlich.



Abb. 2 ▲ Der Abdruck des Teppichklopfers ist leicht zu erkennen. Teilweise typische Doppelkonturierung

### Fallbeispiel 1: Körperliche Misshandlung

Ein 7-jähriger philippinischer Junge wird von seiner Mutter am Freitagabend in der pädiatrischen Notfallambulanz wegen starker Bauchschmerzen vorgestellt. Hier finden sich unregelmäßig begrenzte, 5–10 cm große Hämatome mit beginnender Blaufärbung im Bereich des Bauches, des Gesäßes und des Rückens. Parallele Striemen mit Doppelkontur finden sich auf den Unterarmen, den Beinen und im Lumbalbereich. Die Ultraschalluntersuchung zeigt eine größere Flüssigkeitsansammlung in hinteren Mesenterialbereich. Dieser Befund, in Verbindung mit einem beginnenden Schocksyndrom, macht den Transport in die Klinik und eine sofortige Operation notwendig. Intraoperativ zeigt sich eine schwere retro- und peritoneale Blutung. Die Mesenterialwurzel ist eingerissen, 10 cm Ileum müssen entfernt werden.

Die Mutter hatte anamnestisch zunächst unpräzise Angaben über den Beginn der Symptomatik, Stuhlgang etc. gemacht. Unter dem Druck der Ereignisse ist sie zu genaueren Angaben bereit. Dabei ergibt sich folgende Situation:

Die philippinische Mutter ist mit einem deutschen Mann verheiratet, der ihre 5 Kinder adoptiert hat. Der 7-Jährige ist der jüngste Sohn. Der rigide Adoptivvater neigt zu strengen Erziehungsmaßnahmen, in deren Zusammenhang er schon zuvor den 7-Jährigen geschlagen hatte. Er möchte seine philippinischen Adoptivkinder zu guten, erfolgreichen Menschen werden lassen und verliert bei Misserfolgen seiner Erziehungsmaßnahmen rasch die Kontrolle. Davon ist besonders der 7-Jährige betroffen, der 24 h zuvor mit dem Adoptivvater alleine gewesen war und für die Schule lernen sollte. Nach mehrfachen Misserfolgen hatte der Vater zunächst mit dem Lineal geschlagen, ihn schließlich mit seinen schweren Schuhen ins Gesäß und in den Bauch getreten. Der Junge war ebenso wie seine älteren Geschwister körperliche Misshandlungen von den verschiedenen Vaterpersonen in seiner philippinischen Heimat gewohnt und hatte erst beim Tritt in den Bauch angefangen zu weinen. Daraufhin hatte der Adoptivvater von dem Jungen abgesehen und ihn ins Bett geschickt.

Erst am nächsten Morgen berichtet der Junge seiner Mutter von den Misshandlungen und seinen zunehmenden Bauchschmerzen. Die Mutter lässt sich zunächst beschwichtigen und hofft selber, dass die Beschwerden sich von selbst verbessern mögen. Als sie besorgter wird, hält der Adoptivvater sie vom Arztbesuch zurück mit der Androhung, er werde für ihre Abschiebung sorgen. Erst gegen Abend entschließt die Mutter sich, zwiespältig zwischen Sorge um den Sohn und Angst vor Abschiebung bzw. Trennung von ihrem Mann, zum Arztbesuch und verleugnet zunächst Gewalteinwirkung. Der Junge erholt sich postoperativ schnell und begegnet seinem Adoptivvater nach außen hin zunächst wenig ängstlich. Dieser gesteht die Misshandlung in vollem Umfang ein und stellt sich schweren Herzens den juristischen und sozialen Konsequenzen als Beamter, der nach erfolgter Verurteilung seine Stellung verliert. In der anschließenden, etwa 2 Jahre währenden Einzeltherapie kann der Junge seine Traumatisierung schließlich deutlicher zeigen und verarbeiten. In der begleitenden Familientherapie gelingt eine deutliche Veränderung der Erziehungshaltung des Adoptivvaters, der keine körperliche Gewalt mehr ausübt. Die Eltern finden zu einer kooperativen Haltung miteinander. Die Familie lebt heute, 5 Jahre nach dem Ereignis noch zusammen, es besteht kontinuierlicher Kontakt mit dem zuständigen Bezirkssozialdienst des Jugendamtes.



Abb. 3 ▲ Bissverletzung mit typischer Ringform des Hämatoms bei einem 14 Monate alten Mädchen



Abb. 4 ▲ Verbrennung 3. Grades bei einem Säugling nach Aufsetzen auf eine heiße Oberfläche. Anders als bei einer Verätzung sind die Hautfalten weniger betroffen



Abb. 5 ▲ 5-jähriger Junge nach sexueller Misshandlung: ausgedehnte Zerreißung des dorsalen Beckenbodens, ausgehend vom Anus, der hier ventral liegt

## Sexuelle Misshandlung

### Definitionen

Sexueller Missbrauch ist die Ausbeutung der körperlichen, emotionalen und der entwicklungsbedingten Abhängigkeit eines Kindes durch sexuelle Handlungen Erwachsener oder Jugendlicher, mit einer Altersdifferenz von wenigstens 5 Jahren, zur sexuellen Befriedigung des Missbrauchenden. Die gegebenen Abhängigkeiten machen eine überlegte Zustimmung des Kindes unmöglich. Die Verantwortung trägt in jedem Fall der Täter.

*Inzest* ist ein intrafamilirer sexueller Missbrauch, der an einem Kind durch ein Mitglied der Familiengruppe begangen wird. Er schließt nicht nur Geschlechtsverkehr, sondern jede Handlung ein, die mit der Absicht verbunden ist, das Kind sexuell zu stimulieren oder ein Kind für sexuelle Erregung, entweder des Täters oder einer anderer Person zu benutzen. (National Centre of Child Abused and Neglect, USA; [13]).

### Häufigkeit und Verletzungsmuster

Die sexuelle Misshandlung stellt ein oft beschriebenes Phänomen dar, über dessen Häufigkeit nach wie vor nur Schätzungen vorliegen. Dies hängt zum einen mit der hohen Dunkelfeldziffer, zum an-

deren mit den unterschiedlichen Definitionen bzw. Erhebungsquellen zusammen (Bundeskriminalstatistik, sozialwissenschaftliche Untersuchungen, meist retrospektive Einzelbefragungen). Für Frauen schwanken die Zahlen zwischen 25% und 9%, für Männer zwischen 8% und 3,9% aus deutschen Studien [7]. Berücksichtigt man ausländische

Studien, ergibt sich eine wesentlich höhere Schwankungsbreite [9].

Die Misshandler sind zum überwiegenden Teil (85–95%) männlich, Frauen spielen in maximal 10–15% eine Rolle, dann jedoch vorwiegend gemeinsam mit Männern [8].

Sexuelle Misshandlung ist nicht an bestimmte soziale Schichten gebunden,

#### Fallbeispiel 2:

#### Sexuelle Misshandlung

Ein 4 1/2-jähriger Junge wird in die chirurgische Notaufnahme gebracht, nachdem die Tagesmutter beim Stuhlgang des vorher unauffälligen Jungen Blut in seiner Unterhose bemerkt hatte. Bei der ersten Inspektion der Analregion zeigt sich eine ausgedehnte perianale Rötung und diffuse Schwellung, ein pralles Hämatom von ca. 3 cm Durchmesser am äußeren Analring, sowie ein etwa 3 cm tiefer Einriss des dorsalen Beckenbodengewebes, ausgehend vom Analring (Abb. 5) Bei der rektoskopischen Untersuchung findet sich eine teilweise Zerstörung des äußeren und eine völlig Zerstörung des inneren Sphinkter. Sperma fand sich im Abstrich des Wundbereiches nicht.

Der Patient ist im Allgemeinzustand deutlich reduziert, wirkt wie erstarrt, bleibt aber im verbalen Kontakt. Neben einer bei ihm bekannten Sprachentwicklungsverzögerung mit deutlichen Artikulationsstörungen und Stammeln fällt ein heftiges klonisches Stottern auf, das sich nach einigen Tagen wieder verliert. Am deutlichsten fällt aber eine erstaunlich geringe Schmerzreaktion des Jungen bei völlig intakter Sensibilität auf.

In der weiteren Versorgung gelingt es, die beiden Sphinkter operativ wieder herzustellen. Unter antibiotischer Abdeckung und Nahrungskarenz ist der Heilungsverlauf unkompliziert, sodass sich die Anlage eines Anus praeter erübrigt.

Der Patient hatte bereits am ersten Tag in einem vorsichtig geführten, der Kontaktabahnung dienenden Gespräch spontan seinen Stiefvater als Misshandler genannt. Wegen der anfänglich bestehenden Unklarheit bezüglich der Glaubwürdigkeit dieser Aussage und des Verdachts, dass möglicherweise andere Misshandler beteiligt sein könnten, wurde zunächst nur die Mutter als Besuch- und Begleitperson zugelassen. Im Laufe der nächsten 2 Wochen detaillierte der Patient seine Aussagen der Mutter gegenüber. Nach Rücksprache mit der betreuenden Kinderschutzambulanz schaltete die Mutter die Polizei ein. Wenige Tage später stellte sich der Stiefvater freiwillig, gestand die sexuelle Misshandlung und wurde sofort inhaftiert.

Mutter und Stiefvater sind Anfang 30, beide berufstätig und wirtschaftlich abgesichert. In der psychischen Konstellation der Familie finden sich für diese Misshandlungsform typische Merkmale: Die Mutter hat in ihrer Vorgeschichte sexuelle Übergriffe, erhebliche körperliche Gewalt, chronische seelische Gewalt durch Entwerten und Ablehnen sowie Alkoholmissbrauch durch die Erwachsenen erlebt. Der Stiefvater ist als frhdepriviertes Kind ebenfalls mit Gewalterfahrung aufgewachsen und ist als Jugendlicher und junger Erwachsener selber durch aggressives Verhalten mehrfach aufgefallen. Die Beziehung zwischen den Eheleuten wird als harmonisch bezeichnet, beinhaltet aber wenig emotionalen und konstanten Kontakt.

Mutter und Sohn sind durch ein symbiotisch klammerndes Verhältnis aneinander gebunden. Die Mutter ist seit der Geburt des Patienten beherrscht von der Vorstellung, dem Jungen könnte etwas passieren, auch vor sexuellen bergriffen erwachsener Männer hatte sie den Jungen gewarnt. Gleichzeitig hat sie allerdings keine reale Wahrnehmung für ihren Sohn, sondern kontrolliert ständig sich selbst, ob sie wachsam genug ist und ausreichend für den Jungen zur Verfügung steht, ohne dies an seinen Reaktionen und geäußerten Bedürfnissen zu überprüfen. Typischerweise und tragischerweise erreicht sie mit dieser ängstlichen Haltung lediglich immer wieder eine kurzfristige Besänftigung ihrer chronischen Schuldgefühle dem Jungen gegenüber, kann sich ihm aber nicht wirklich schützend zuwenden.

Die Prognose des Jungen ist als gut einzuschätzen, wenn es der Mutter gelingt, eine längerfristige Therapie für ihn zuzulassen und selber mit therapeutischer Unterstützung ihre tiefen Schuldgefühle abzubauen und eine reale Wahrnehmung ihres Sohnes zu erreichen. Das setzt voraus, dass sie auch ihre eigenen Misshandlungserfahrungen bearbeitet.

erfasst werden in der Regel allerdings mehr Kinder aus sozial schwächeren Schichten, die allerdings auch sozial weniger kompetent sind, auf weniger Kompensationsmöglichkeiten und sozial angepasste Geheimhaltungsstrategien zurückgreifen können und durch häufigere Kontakte mit Ämtern und Institutionen leichter zu erreichen sind. Deutlich außerhalb eines Dunkelfeldes finden die von hoher Aufmerksamkeit der Medien begleiteten sexuell motivierten Tötungsdelikte statt. Entgegen der spontanen Annahme zeigt die Bundeskriminalstatistik, dass diese Zahl über viele Jahre hin in etwa gleich geblieben ist.

Die sexuelle Misshandlung ist anders als die körperliche Misshandlung im Bereich des kindlichen Notfalls ein eher seltenes Problem. In weniger als 20% der Fälle finden sich überhaupt bei sexuell misshandelten Mädchen und Jungen körperlich auffällige Befunde [18]. An unspezifischen Symptomen sind Griffmarken im Bereich der Oberschenkel, der Beckenkämme, Hämatome im Genital-, Anal- und Leistenbereich zu beobachten.

Im Zusammenhang mit kindlichen Notfällen sind bei weiblichen Säuglingen und Kleinkindern ausgedehntere Verletzungen, meist in Form von Zerreißen im Bereich der Vulva und Vagina bzw. im analen Bereich zu erwarten. Bei Jungen werden in diesem Zusammenhang vor allem Verletzungen im Analbereich, mit ausgedehnten Hämatomen, Blasenbildungen bzw. Zerreißen (Abb. 5) oder Bissverletzungen des Penis beobachtet.

Meist werden die Verletzungen mit zufälligen Pfählungen erklärt (z. B. Fahrradsattel, Zaunpfahl, Geländer der Rutsche, etc.). Erfahrungsgemäß treffen diese akzidentellen Verletzungen allerdings bei Mädchen eher den paravaginalen Bereich mit Perforation der Schamlippe. Die Diskrepanz zwischen erklärtem Unfallhergang und Ausmaß der Verletzung ist in diesen Fällen immer besonders hoch. Hier ist besonders der Zustand der Kleidung zu beachten, der Aufschluss darüber geben kann, ob Hose oder Unterwäsche ebenfalls in Mitleidenschaft gezogen ist. Es ist hilfreich, die Kleidung sicherzustellen, auch um mögliches Sperma nachzuweisen. Ebenso wichtig ist es, aus dem Wundgebiet und der Mundhöhle Abstriche zum evtl. Spermanachweis zu entnehmen.

#### Fallbeispiel 3:

#### Münchhausen-by-proxy-Syndrom

Eine 26-jährige Mutter, die mit 23 Jahren ein 10 Wochen altes Kind durch plötzlichen Kindstod verloren hatte, stellt ihren jüngsten Sohn innerhalb der ersten 3 Lebensmonate 3-mal in der Kinderklinik vor und besteht auf stationärer Aufnahme. Insgesamt bleibt sie in den ersten 12 Wochen nur gut 2 Wochen mit dem Säugling zu Hause. Als Symptome gibt sie an: Erbrechen, Durchfälle, Gedeihstörungen und Trinkunlust, Fieber. Zunächst werden sorgfältige und zeitaufwendige Untersuchungen und Beobachtungen durchgeführt, weil zusätzlich Sekretentleerung aus dem Bauchnabel 3 Wochen nach der Geburt und Bakteriurie den Verdacht auf eine Urachusfistel bzw. einen offenen Ductus omphaloentericus nahe legen. Dieser Verdacht bestätigt sich jedoch nicht.

Wegen des plötzlichen Kindstodes des vorgeborenen Geschwisters wird eine Monitorüberwachung empfohlen, die die Eltern jedoch ablehnen. Die von der Mutter geklagten Symptome sind jeweils schnell reversibel in der stationären Situation. Während des stationären Aufenthaltes wird mehrfach Blut im Stuhl beobachtet, welches ausschließlich nach dem Fiebermessen durch die Mutter, bei sonst unauffälligem Stuhlgang, auftritt. Dies wird auf eine mögliche Verletzung beim Fiebermessen zurückgeführt, veränderte Messtechnik führt zunächst zum Verschwinden der Blutungen. Als dann erneut Blut in der Windel gefunden wird, jedoch nur von der Mutter und nicht vom Pflegepersonal, taucht der Verdacht auf ein Münchhausen-by-proxy-Syndrom auf.

Zu einer gerichtsmedizinischen Untersuchung der Blutspuren in der Windel kommt es zunächst nicht. Die Mutter besteht auf einer Verlegung in eine andere Kinderklinik, wo ebenfalls durch die Mutter Blut in der Windel des mittlerweile 3 Monate alten Jungen beobachtet wird. In der zweiten Klinik kommt der Verdacht auf ein Münchhausen-by-proxy-Syndrom rasch auf, weil die Formation des Blutflecks in der Windel sehr untypisch ist. In der DNA-Analyse kann geklärt werden, dass das in der Windel gefundene Blut von einer weiblichen Person stammen muss, die verwandt mit dem Patienten ist. Schließlich kann mit der DNA-Analyse einer Speichelprobe der Mutter nachgewiesen werden, dass das Blut in der Windel von ihr stammt. Auf die Konfrontation mit diesem Befund reagieren beide Eltern empört und ablehnend.

In der späteren forensischen Begutachtung berichtet die Mutter, sie habe auf die Mitteilung, das Blut in der Windel stamme von ihr, mit einer Art Schock reagiert, sie könne sich deshalb an ihre Reaktion nicht mehr erinnern. Auch während der Begutachtung beteuert sie, ausschließlich besorgt um ihren Sohn zu sein und keine der beschriebenen Symptome vorgetäuscht oder selber hervorgerufen zu haben. Das Kind wird auf richterliche Anordnung in einer Pflegefamilie untergebracht, ist seither pädiatrisch unauffällig und gedeiht gut.

#### Münchhausen-by-proxy-Syndrom

Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom wird als Sonderform der verborgenen Kindesmisshandlung verstanden [14]. Die Eltern, meist die Mütter, erzeugen durch direkte Verletzung, Verabreichen von Medikamenten oder schädigenden Substanzen, durch kurzfristiges Ersticken oder durch Manipulation (z. B. Blutbeimengung zu den kindlichen Ausscheidungen) reale oder scheinbare Symptome, mit denen sie wiederholt eine Behandlung des Kindes und damit auch Zuwendung für sich selbst erreichen.

Die Eltern wirken dabei ungewöhnlich vertraut mit medizinischen Begriffen und Pflegehandlungen und bezogen auf die Kinder überbesorgt. Nach Trennung von Kind und Eltern sind die Symptome regelmäßig reversibel. Dieses

Syndrom ist selten, die Dunkelziffer ist hoch. Es ist bislang unklar, in welcher Häufigkeit mit diesem Syndrom erkrankte Eltern ihren Kindern lebensgefährliche Verletzungen zufügen oder töten. Der Zusammenhang mit dem plötzlichen Kindstod wird seit langem diskutiert. Immerhin gibt Rosenberg in seiner Literaturübersicht eine Langzeiterkrankungsrate von 8% und eine Mortalitätsrate von 9% an [19].

**„Die Diskrepanz zwischen besorgtem Verhalten der Eltern und Symptomatik des Kindes sollten an ein Münchhausen-by-proxy-Syndrom denken lassen.“**

Jedenfalls gilt ein vorangegangener plötzlicher Kindstod in derselben Fami-

lie als ein Warnsignal für das München-by-proxy-Syndrom. Zweifellos steht in der Notfallsituation die Versorgung des Kindes im Vordergrund. Die beschriebene Struktur der Eltern und die Dynamik des Syndroms lassen erwarten, dass im Sinne der Aggravierung von Symptomatik auch ungerechtfertigte Notfallmeldungen erfolgen. Die Diskrepanz zwischen besorgtem Verhalten der Eltern und der Symptomatik des Kindes sollten dann auch an das Vorliegen dieses Syndroms denken lassen. Allerdings sind natürlich auch im Zusammenhang mit dem Syndrom reale Notfallsituationen zu erwarten, beispielsweise im Zusammenhang mit den häufig beschriebenen herbeigeführten Apnoeanfällen.

## Vernachlässigung

Vernachlässigung ist die andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns sorgeverantwortlicher Personen, welche zur Sicherstellung der physischen und psychischen Versorgung des Kindes nötig wäre. Diese Unterlassung kann aktiv oder passiv (unbewusst), aufgrund unzureichender Einsicht oder unzureichenden Wissens erfolgen. Die durch Vernachlässigung bewirkte chronische Unterversorgung des Kindes hemmt, beeinträchtigt oder schädigt seine körperliche, geistige oder seelische Entwicklung und kann zu gravierenden bleibenden Schäden oder gar zum Tod des Kindes führen.

Vernachlässigung beinhaltet zwar kein direktes Handeln, muss aber dennoch als Gewalt angesehen werden, weil sie zu erheblichen und vor allem langfristigen Schäden führt und in den Verantwortungsbereich der Erwachsenen fällt. Die Eingrenzung von Vernachlässigung fällt schwer, weil sie ein sehr komplexes Geschehen darstellt und vor allem mit Maßstäben zu messen ist, die insgesamt relativ bzw. subjektiv sind. Kulturelle wie schichtspezifische Gewohnheiten, Standards etc. müssen ebenfalls mit berücksichtigt werden.

Dennoch ist andererseits eindeutig festzuhalten, dass Vernachlässigung vor allem in der frühesten Lebenszeit deutlich schädigende Auswirkungen hat, die sich in der emotionalen Bindungsfähigkeit, in der sozialen, sprachlichen und kognitiven Entwicklung der Kinder zeigt. Wegen der schwierigen Eingrenz-

barkeit fällt die Schätzung der Häufigkeit von Misshandlung schwer. In den Vereinigten Staaten, in denen ein sehr viel dichteres Meldesystem mit einer Meldepflicht besteht, wird die Vernachlässigung gut doppelt so häufig angenommen wie körperliche Misshandlung und etwa 5-mal so häufig wie sexueller Missbrauch. Wieweit die Zahlen auf die Bundesrepublik zu übertragen sind, ist ungewiss [5].

Spezifische Symptome existieren bei Vernachlässigung nicht, erwähnt sei der bekannte psychosoziale Minderwuchs. Im Bereich der psychosozialen Entwicklung gilt die Verzögerung der Sprachentwicklung als hinweisendes Symptom.

Insgesamt ist Vernachlässigung eine Gewaltform, die in allen sozialen Schichten zu beobachten ist. In der Mittel- und Oberschicht dominieren aller-

dings deutlich Formen von seelischer Vernachlässigung, die sich üblicherweise erst im Schulalter bzw. in der Jugendzeit meist in Form von Verhaltensstörungen offenbart. Vernachlässigung in materiell benachteiligten Familie zeigt sich allerdings deutlicher körperlich und seelisch. Neben den schlechteren finanziellen, materiellen und sozialen Bedingungen wirken sich hier vor allem psychische Abhängigkeitsstrukturen erschwerend auf die Fähigkeit der Eltern aus, die Bedürfnisse ihrer Kinder wahrzunehmen und zu berücksichtigen, d. h. also Verantwortung zu übernehmen. Diese häufig angetroffene Abhängigkeit der Eltern von ihren eigenen Eltern führt zu dem regelhaft beobachteten Muster, dass Vernachlässigung ein Phänomen ist, das sich über viele Generationen durch die Familien fortsetzt.

### Fallbeispiel 4:

#### Vernachlässigung

Ein 13-jähriger Jugendlicher wird im Spätherbst gegen 23.00 Uhr bei Regen ohne Bewusstsein auf dem Bürgersteig vor dem Haus, in dem er mit Mutter und älterem Bruder lebt, aufgefunden und vom Notarzt in die Klinik gebracht. Verletzungszeichen fehlen. Der Jugendliche ist deutlich ungepflegt und lediglich mit sommerlicher Kleidung bekleidet.

Der klinische Zustand stellt sich rasch als Rauschzustand heraus, den der Jugendliche nach Rauchen von Marihuana erlebt. Am nächsten Morgen ist er wach, klinisch unauffällig und deutlich depressiv. In der Nacht erfährt die mittlerweile heimgekehrte Mutter des Jugendlichen von der Krankenhauseinweisung und erscheint in der Klinik. Der Nachwache fällt sie durch ihren vermehrten Antrieb, ihre läppische, zum Kichern neigende Stimmung und ihre emotional gänzlich unangemessene Art auf, auf die Situation des Jungen zu reagieren.

Am nächsten Morgen erscheint sie in unauffälligem Zustand und berichtet von gewohnheitsmäßigem Marihuana-Gebrauch, an dem im Übrigen ihr Lebensgefährte und der 15-jährige Bruder des Jugendlichen teilnehmen. Der jugendliche Patient, der seit 2 Jahren starker Raucher ist, hatte das Rauchen von Marihuana bisher von der Mutter verboten bekommen, allerdings mit der Aufforderung, dass er es lieber zu Hause rauchen solle, wenn er es unbedingt tun müsse. Die Mutter wolle keine Heimlichkeiten.

Die soziale Situation des Jugendlichen und der Familie stellt sich als ausgesprochen belastet dar: Trennung der Eltern 7 Jahre zuvor, bei anhaltendem „Nachscheidungskrieg“, im Laufe dessen der Jugendliche den Kontakt zum Vater resigniert eingestellt hatte. Die Partner der Mutter wechseln in 1- bis 2-jährigem Turnus, der Jugendliche versteht sich in der Regel mit diesen Männern nicht. Die Mutter ist im Einzelhandel berufstätig und muss vor allem in den Abendstunden und an Samstagen lange arbeiten, sodass der Jugendliche sich weitgehend selbst überlassen ist. Die emotionale Unterversorgung des Jugendlichen wird von der Mutter ebenso nicht erkannt bzw. verleugnet, wie seine zunehmend depressive Verfassung. Die Erfolglosigkeit des Jugendlichen in der Schule, bei guter Intelligenz, mit dem Wechsel vom Gymnasium zur Realschule, schreibt sie ebenso dem „schlechten Umgang“ des Jungen zu wie seine zunehmend dissozialen Verhaltensweisen.

Der weitere Verlauf wird zeigen, ob vor allem die Mutter für eine langfristige und nachhaltige Veränderung ihrer und damit auch der Lebenssituation des Jugendlichen zu gewinnen ist. Zur Ermöglichung einer unterstützenden Jugendhilfemaßnahme, in Verbindung mit einer Psychotherapie, ist das Jugendamt eingeschaltet, damit ist auch die Kontrolle über den mütterlichen Umgang mit Verantwortung gewährleistet. Eine Beschränkung auf die bloße medizinische Versorgung des Jugendlichen hätte die ohnehin nicht günstige Prognose mit Sicherheit erheblich verschlechtert.

Die Summierung von fehlender oder ambivalenter Verantwortlichkeit, teilweise erheblicher psychosozialer Belastung, mit fehlender Lebensperspektive und einem ausgeprägt negativem Selbstwertgefühl, führt gelegentlich dazu, dass Kinder vor allem physisch auf eine von der Öffentlichkeit nicht mehr nachvollziehbare Weise vernachlässigt und dadurch zu Tode gebracht werden.

In der Notfallversorgung sind es diese Kinder, die rasch medizinischer Hilfe zugeführt werden müssen, wenn sie gefunden werden. Aber auch Kleinkinder, die beim Spielen Wohnungsbrände verursachen, die beim „Spielen“ aus dem Fenster stürzen oder beim Umherstreunen verunfallen, sind in der Regel von Vernachlässigung betroffen. Dies spielt sicher für die Notfallsituation und die Erstversorgung keine Rolle. Dennoch besteht nach Abschluss der medizinischen Versorgung die Gefährdung der Kinder weiter, wenn nicht von Seiten der Jugendhilfe Maßnahmen gelingen, die die Lebenssituation der Kinder entscheidend verbessern können.

Um diese Situation zuverlässig einschätzen zu können, sind die Eindrücke, die beispielsweise vom Zustand der Wohnung oder vom Pflegezustand der betroffenen Kinder gewonnen werden, wichtig und hilfreich, vor allem weil diese spontanen Einblicke von Mitarbeitern der Jugendhilfe selten zu gewinnen sind. Der Verdacht einer Vernachlässigungssituation von Kindern sollte immer Anlass sein, das Jugendamt und Kindererschutzeinrichtungen mit einzuschalten.

## Seelische Gewalt

Die seelische oder emotionale Gewalt bezeichnet Verhaltensweisen von Eltern oder Erziehern gegenüber einem Kind, die zum festen Bestandteil der Erziehung und damit auch der Beziehung im Alltag gehören. Es handelt sich dabei um Verhaltensweisen, die Kinder ängstigen, überfordern, sie entwerten, sie ignorieren oder isolieren. Diese Verhaltensweisen – d. h. in diesem Fall vor allem: diese emotionalen Botschaften an die Kinder – beeinträchtigen die Kinder in ihrer emotionalen, sozialen, kognitiven und gelegentlich auch in der körperlichen Entwicklung. Symptome zeigen sich vor allem im psychischen und im psychosomatischen Bereich.

Fallbeispiel 5:

### Seelische Gewalt

Ein 14-jähriger Jugendlicher wird notfallmäßig in der Klinik aufgenommen, nachdem er aus der 1. Etage auf einen mit Steinplatten gepflasterten Hof gestürzt war. Der Patient hat ausgedehnte Prellungen lumbal und im Bereich des dorsalen Thorax und Schnittwunden an der linken Hand und am linken Oberschenkel. Es stellt sich heraus, dass der Jugendliche absichtlich durch das geschlossene Fenster aus der Wohnung seiner Eltern gesprungen war. Er bezeichnet diesen Sprung als „Stunt“, den er sich spontan überlegt habe.

Er schildert weitere, sehr waghalsige „Abenteuer“, die er mit seinem Freund ausführe, wie Sprünge von Hallendächern aus größerer Höhe etc. Nicht ohne Genugtuung leugnet der Jugendliche jegliche Angst und Gefahr. Die Berichte erscheinen glaubhaft, da er einige Narben nach chirurgischer Versorgung von Frakturen an Unterschenkel und Unterarmen hat und die rechte Klavikula nach 2-maliger, unversorgter Fraktur in derartig krasser Fehlstellung verheilt ist, dass die chirurgischen Kollegen ein Abtragen des spitzen, die Haut fast perforierenden Frakturrendes überlegen.

Zur Situation des Fenstersprunges berichtet der Jugendliche, übrigens in Übereinstimmung mit den später explorierten Eltern, dass seine Eltern seit langem zerstritten seien, vor allem über den chronischen Alkoholabusus der Mutter und die Eifersucht des Vaters auf Männer, die die Mutter gelegentlich von ihren psychiatrischen stationären Behandlungszeiten nach Hause mitbringt, um ihnen zu „helfen“. Im Rahmen dieser Streitigkeit werde der Jugendliche immer wieder von beiden Eltern genötigt, für sie Partei zu ergreifen und den jeweils anderen Elternteil zu verurteilen. Der Jugendliche selber schildert, wie er in dieser Situation regelmäßig in große Wut, gleichzeitig aber auch in große Not gerät.

In der letzten Zeit helfe er sich damit, die Eltern zu erschrecken, damit sie aufhören müssten zu streiten, um sich gemeinsam um ihn zu kümmern. Zunächst hatte er begonnen wegzulaufen und die ängstlichen, anklammernden Eltern besorgt zu machen. Bei einem der letzten Streits habe er sich ein großes Messer geholt und sich vor den Augen seiner entsetzten Eltern einige quer verlaufende Hautschnitte in den Unterarm zugefügt. Der Sprung aus dem Fenster sei eine wirklich gelungene Aktion gewesen, mit der er sein Ziel zunächst wieder erreicht habe. Schon am Bett des Patienten beginnen die Eltern wieder mit ihrem Streit um den Sohn und müssen von der Station gewiesen werden.

Aus der Anamnese mit den Eltern ergibt sich, dass der Jugendliche zu Hause ein außerordentlich dominantes, die Eltern kontrollierende und kommandierende Verhalten an den Tag legt, worüber sie sich sehr beklagen. Zum Leidwesen der Eltern verkehre er in Kreisen, in denen Drogen und Alkohol genommen würden. Er rauche mit Wissen der Eltern seit dem 12. Lebensjahr.

Der Jugendliche ist eindeutig nicht suizidal, aber durchgehend depressiv in seiner Stimmungslage, bei gleichzeitiger latenter aggressiver Anspannung. Sein negatives Selbstbild ist notdürftig mit Selbstidealen aus dem „Macho-Bereich“ überbaut. Eine Lebensperspektive sieht der Jugendliche für sich darin, die Eltern davor zu bewahren, sich im Streit ernsthaft zu schaden bzw. sich endgültig zu trennen. Mit Unterstützung des Jugendamtes wird eine stationäre psychotherapeutische Maßnahme angebahnt, die zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Beitrages allerdings noch nicht umgesetzt worden ist. Eine Trennung zwischen Eltern und Jugendlichen fällt allen 3 Beteiligten schwer, sodass die Eltern mit wenig nachvollziehbaren Gründen die stationäre Aufnahme immer wieder hinausschieben. Die Prognose ist langfristig gesehen zweifelhaft.

### „Die Kennzeichnung als seelische Gewalt betont die Verantwortlichkeit der Eltern.“

Seelische Gewalt wird nicht direkt als kindlicher Notfall in der Rettungsmedizin erscheinen. Indirekt allerdings werden zahlreiche von dieser Gewaltform betroffene Kinder und Jugendlichen als Notfall versorgt: als Patienten mit suizidalen oder parasuizidalen Handlungen, mit selbstdestruktivem Verhalten, wie Selbstverlet-

zung, Drogenmissbrauch und frühe Prostitution ebenso wie mit einer deutlichen Unfallneigung bzw. -gefährdung.

Es ist selbstverständlich, dass die in dieser Weise auffällig gewordenen Jugendlichen mehr als die reine körpermedizinische Versorgung brauchen, und dies geschieht auch in aller Regel. Dennoch bewirkt unserer Erfahrung nach der Gedanke an seelische Gewalt, die betroffene Kinder und Jugendlichen erleben, einen anderen Zugang zum Kernproblem. Die Perspektive der seelischen

Gewalt lässt die Verantwortlichkeit der Eltern in einem anderen Licht erscheinen und macht in der Regel eine gezieltere Kontrolle und/oder Unterstützung der Eltern bzw. der gesamten Familie möglich.

## **Zeugenschaft körperlicher Gewalt zwischen Erwachsenen**

Diese Gewaltform bezieht sich auf körperliche Gewalt zwischen Erwachsenen, zu denen das Kind enge emotionale Beziehungen hat. Zeugenschaft von Gewalt kann akut und/oder chronisch erlebt werden und wirkt sich traumatisch auf Kinder aus, auch wenn sie selber physisch nicht von der Gewalt betroffen sind.

Die traumatisch wirksamen Erlebniskomponenten sind dabei folgende:

- Die Bedrohlichkeit der Gewaltatmosphäre greift auf das anwesende Kind über und löst bei ihm selber eigene Ängste aus, die sich nicht nur auf die Angst um oder vor den vertrauten Erwachsenen bezieht, sondern die das Kind auch als diffus und überwältigend erlebt. Diese Ängste sind um so intensiver, je jünger die Kinder sind und je existenziell bedrohlicher die Situation erlebt wird.
- Kinder kennen aus ihrem eigenen Selbstbild und Realitätserleben das Gefühl der Hilflosigkeit und der Abhängigkeit, es gehört zu ihrer Entwicklungssituation. Dies ist die Hauptursache dafür, dass Kinder sich in der Gewaltsituation zwischen Erwachsenen mit denjenigen Erwachsenen identifizieren, die in der unterlegenen Position sind. Aus der gewohnten Polarisierung im Realitätserleben zwischen „hilflos“ (Kind) und „machtvoll“ (Erwachsener) wird nun die emotional viel extremer erlebte Polarisierung in Opfer und Täter mit den entsprechenden emotionalen Qualitäten. Das Kind wird daher in der Kompensation der Traumatisierung auch außerhalb der traumatischen Situation auf die Rollen von „Opfer“ und „Täter“ zurückgreifen und sich in angstbesetzten Situationen je nach Geschlecht und Entwicklungs- und Beziehungssituation in die Rolle des „Opfers“ oder des „Täters“ begeben und unbewusst entsprechendes Verhalten und Erleben induzieren.

Eine besondere traumatische Qualität erhält die Zeugenschaft von Gewalt, wenn die Eltern in der Opfer- bzw. Täterrolle sind. Damit gehört sowohl das Opfer als auch der Täter zu den unmittelbaren Identifikationsobjekten des eignen kindlichen Ichs. Die entsprechende psychische Spannung agieren vor allem Jungen durch eine in sozialen Situationen schwer erträgliche Kombination aus Opfer- und Täterrolle aus, in dem sie als „Täter“ immer wieder aggressive Situationen induzieren, in denen sie selbst unterliegen und zum Opfer werden.

- Eine weitere traumatische Komponente ist darin zu sehen, dass bei der Zeugenschaft elterlicher Gewalt der zumindest als Ideal vorhandene Bindungs- und Schutzraum der Familie nun zum Feld traumatischen Erlebens wird, sodass eine wichtige protektive Kompensationsmöglichkeit für das Trauma entfällt. Das Kind erlebt den

unterlegenen Erwachsenen in der Gewaltsituation quasi auf gleicher Ebene und verliert damit das Vertrauen, von diesem Erwachsenen beschützt zu werden. In diesem Zusammenhang ist leicht zu verstehen, in welcher fatalen Weise sich einerseits Vernachlässigung mit dem Fehlen sicherer Bindungserfahrung und die Zeugenschaft elterlicher Gewalt andererseits in der traumatischen Wirkung auf das Kind potenzieren. Vergleiche dazu [10].

**„Dem Problem des Gewalterlebens durch Kinder sollte auch von rettungsmedizinischer Seite Aufmerksamkeit gewidmet werden.“**

Diese Form des Gewalterlebens stellt einen kindlichen Notfall dar, der jedoch in der Regel im Schatten einer Notfallsitu-

### Fallbeispiel 6:

#### **Zeugenschaft von Gewalt**

Die Eltern eines 4-jährigen Mädchens trennen sich im Streit, der mit dem Fokus des väterlichen Umgangs mit der Tochter von Seiten des Vaters immer aggressiver geführt wird. Aus diesem Grund zieht sich die Mutter mit der Tochter in die Wohnung der in der Nähe lebenden Großmutter mütterlicherseits zurück. Etwa ein 1/2 Jahr nach der Trennung treffen sich die Eltern in Anwesenheit des Mädchens in der ehemals gemeinsamen Wohnung. Auch dort kommt es zum Streit, in dessen Verlauf der Vater die Mutter zu Boden schlägt und würgt. Nach Eintreten der Bewusstlosigkeit lässt er von ihr ab und wartet mit seiner Tochter vor dem Haus. Der dort eintreffenden Großmutter teilt er seine Tat mit. Die Mutter kann zunächst notfallmäßig reanimiert werden und verstirbt 2 Tage später.

In dem erregten Durcheinander nach der Tat, bei der die gleichzeitig eintreffende Kriminalpolizei erste Ermittlungen anstellt, kümmert sich lediglich die allerdings selber unter Schock stehende Großmutter um das Mädchen. Wahrscheinlich führt die Betroffenheit und verständliche Hilflosigkeit der beteiligten Helfer inkl. des Jugendamtes dazu, dass das Mädchen zunächst nicht weiter versorgt bei der Großmutter verbleibt. Dahinter steht die problematische Annahme, dass das Mädchen nach einem solchen „schockierenden Erlebnis“ zunächst Ruhe braucht und das Erleben nicht weiter „aufgewühlt“ werden dürfe. Dass in dem neuen Lebensumfeld des Mädchens niemand ist, der von der Tat nicht unmittelbar betroffen ist und dem Mädchen wirklich Ruhe und Schutz geben könnte sowie Wahrnehmungsmöglichkeit für ihre emotionalen Bedürfnisse haben kann, wird dabei übersehen. So kommt es erst 3 Monate nach dieser Tat zur Vorstellung in der Kinderschutambulanz, nachdem das Mädchen die ursprünglich sistierende Problematik des Einkotens wieder sehr verstärkt gezeigt hatte. In der anschließend durchgeführten Psychotherapie braucht das Mädchen noch weitere 5 Monate, um mit der Thematisierung des Gewalterlebens in vorsichtiger und symbolischer Weise zu beginnen. Zuvor hatte es offenbar auch deshalb diese Gefühle nicht zulassen können, um die Großmutter nicht zusätzlich mit diesem Thema zu belasten.

Nach der gut 2 Jahre dauernden Therapie befindet sich das Mädchen in einem emotional stabilen, sozial anpassungsfähigen und entwicklungsfähigen Zustand. Das erneute Auftreten direkter Folgen dieses Traumas ist nicht zu erwarten, allerdings wird das Mädchen in späteren Entwicklungsstadien wahrscheinlich erneut psychotherapeutische Unterstützung brauchen, um die dann anstehenden Fragen von Identität, familiärer Zugehörigkeit, Verlust und Trauer etc. im Rahmen der Verselbständigung und Ablösung zu bearbeiten.

tion bleibt, die durch oft schwere Verletzungen Erwachsener hervorgerufen wird. Dieser leise, aber doch sehr nachhaltig wirksame Notfall des Kindes sei hier deshalb beleuchtet, damit auch von rettungsmedizinischer Seite diesem Problem Aufmerksamkeit gewidmet wird und Hilfen auf psychischer und sozialer Ebene schneller eingeleitet werden, als dies bisher der Fall ist.

Nach unserer Erfahrung gehört das Bewusstsein für die unmittelbare Behandlungsbedürftigkeit solchermaßen traumatisierter Kinder weder für die Polizei noch für die beteiligten Jugendämter zur Routine. Entsprechend bleiben diese Kinder häufig gänzlich unversorgt bzw. setzt Hilfe erst dann ein, wenn die Kinder Symptome zeigen und es gelingt, eine Verbindung zwischen Symptom und dem erlittenen Trauma herzustellen.

## Resümee

Kindesmisshandlung spielt im kindlichen Notfall häufiger als primär zu erkennen ist eine direkte oder indirekte Rolle. Die Problematik der Kindesmisshandlung erweitert deshalb die Anforderungen der Notfallsituation über die körpermedizinische Versorgung hinaus und muss die Aspekte des Kinderschutzes und der psychischen Traumatisierung berücksichtigen.

## Fazit für die Praxis

Entsteht in der Notfallsituation der Verdacht auf Kindesmisshandlung, sind folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen:

- ▶ Welche zusätzliche Befunderhebung ist für die Sicherung und den Ausschluss von Kindesmisshandlung erforderlich? Welche Befunde müssen gleich erhoben werden, welche können warten?
- ▶ Ist es erforderlich, den Verletzungshergang genau schildern zu lassen und passt die erhaltene Darstellung zu den vorliegenden Verletzungen?
- ▶ Welche Informationen aus dem sozialen Umfeld sind wichtig zur Klärung des Misshandlungsverdachts? Wer kann diese Informationen gewinnen und ist schnell abrufbereit, wenn dies die Kapazität des Rettungsdienstes überfordert?

- ▶ Sind die Begleitpersonen für das Kind unter dem Misshandlungsaspekt und dem möglichen Schutzbedürfnis des Kindes hilfreich oder hinderlich?
- ▶ Welche Maßnahmen braucht das möglicherweise misshandelte Kind für die Erstversorgung der psychischen Traumatisierung? Wer kann sie leisten?
- ▶ Gibt es eine bestehende Vernetzung und bewährte Kooperation zwischen medizinischer, psychiatrischer/psychologischer Versorgung, Jugendhilfe, Ordnungsamt und Polizei? Ist die Kommunikation innerhalb dieses Netzes bewährt, sind die Zuständigkeiten abgesprochen und auch außerhalb der üblichen Arbeitszeiten geregelt?

Die Qualität der Kooperation beeinflusst sehr nachhaltig nicht nur den Erfolg langfristiger Kinderschutzmaßnahmen und möglicher therapeutischer Erfolge, sondern verbessert auch die Effizienz der einzelnen Maßnahmen in der Notfallsituation. Damit trägt eine solche gut funktionierende Kooperation auch zur Zufriedenheit und psychischen Entlastung aller betroffenen Helfer bei.

## Literatur

1. Bernet W (1997) Praxisparameter for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36: 423–442
2. Bundesärztekammer (1998) Zum Problem der Misshandlung Minderjähriger aus ärztlicher Sicht (Diagnostik und Interventionsmöglichkeiten) – Konzept der Bundesärztekammer. Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung, Band 17. Köln, S 12
3. Bundesärztekammer (1998) Zum Problem der Misshandlung Minderjähriger aus ärztlicher Sicht (Diagnostik und Interventionsmöglichkeiten) – Konzept der Bundesärztekammer. Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung, Band 17. Köln, S 24
4. Bundeskriminalamt (1993) Polizeiliche Kriminalstatistik. Bundeskriminalamt, Wiesbaden
5. Engfer A (1997) Gewalt gegen Kinder in der Familie. In: Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg) Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Schattauer, Stuttgart, S 23
6. Engfer A (1997) Gewalt gegen Kinder in der Familie. In: Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg) Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Schattauer, Stuttgart, S 25
7. Engfer A (1997) Gewalt gegen Kinder in der Familie. In: Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg) Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Schattauer, Stuttgart, S 29–30
8. Engfer A (1997) Gewalt gegen Kinder in der Familie. In: Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg) Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Schattauer, Stuttgart, S 30f
9. Fegert JM, Lehmkuhl G, Lehmkuhl U, Lüderitz A, Walter M (1999) Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen: Individuelle und institutionelle Reaktionen. Abschlussbericht eines Forschungsprojektes der Volkswagen-Stiftung, Förderschwerpunkt Recht und Verhalten, S 7f
10. Fischer G, Riedesser P (1998) Lehrbuch der Psychotraumatologie. Reinhardt, München Basel, S 254ff
11. Jungjohann EE (Hrsg) (1993) Thiemann-Praxis-Leitfaden: Hilfen für misshandelte Kinder. Medical Communication, Ratingen, S 16
12. Jungjohann EE (Hrsg) (1993) Thiemann-Praxis-Leitfaden: Hilfen für misshandelte Kinder. Medical Communication, Ratingen, S 20
13. Jungjohann EE (Hrsg) (1993) Thiemann-Praxis-Leitfaden: Hilfen für misshandelte Kinder. Medical Communication, Ratingen, S 46f
14. Keller KM, Noeker M, Hilliges C, Lenard HG, Lentze MJ (1997) Münchhausen-by-proxy-Syndrom. *Monatsschr Kinderheilkd* 145: 1156–1162
15. Kotch JB, Browne DC, Dufort V, Windsor J, Catellier D (1999) Predicting child maltreatment in the first 4 years of life from characteristics assessed in the neonatal period. *Child Abuse Negl* 23: 305–319
16. Laucht M. (1990) Individuelle Merkmale misshandelter Kinder. In: Martinius J, Frank R (Hrsg) Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung von Kindern; Erkennen, Bewusstmachen, Helfen. Huber, Bern Stuttgart Toronto, S 39–48
17. Motzkau E (1997) Hinweise auf und diagnostisches Vorgehen bei Misshandlung und Missbrauch. In: Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg) Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Schattauer, Stuttgart, S 57
18. Motzkau E (1997) Hinweise auf und diagnostisches Vorgehen bei Misshandlung und Missbrauch. In: Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg) Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Schattauer, Stuttgart, S 62
19. Rosenberg DA (1987) Web of deceit – A literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl* 11: 547–563
20. Stöhr RM (1990) Misshandelnde Eltern und ihre psychosoziale Situation. In: Martinius J, Frank R (Hrsg) Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung von Kindern; Erkennen, Bewusstmachen, Helfen. Huber, Bern Stuttgart Toronto, S 31–38