

**LEITLINIE –KINDESMISSHANDLUNG und VERNACHLÄSSIGUNG-Teil 1:
PSYCHOSOZIALE FAKTOREN, PRÄVENTION UND INTERVENTION**
U. Thyen, B. Herrmann, R. Frank, Stand: 1.10.08

Begriffsbestimmungen

Sowohl bei der emotionalen als auch bei der körperlichen Kindesmisshandlung, bei der emotionalen und der körperlichen Vernachlässigung sowie der sexuellen Misshandlung werden intra- und extrafamiliäre Formen unterschieden.

Extrafamiliärer Gewalt gegen Kinder und Jugendliche ist weltweit verbreitet und kommt in verschiedenen Formen vor:

- Kinder und Jugendliche als Kriegsteilnehmer
- Kinderhandel einschließlich illegaler Adoption
- Prostitution von Kindern und Jugendlichen
- Pornographie unter Beteiligung von Kindern und Jugendlichen
- Ausnützung durch Pädophile
- Sexuelle Belästigung durch Nicht-Familienmitglieder, Exhibitionismus
- Vergewaltigung und Tötung von Kindern
- Kindesentführung
- Gewalt gegen Kinder in Institutionen
- Vorenthalten von Erziehung und Bildung
- Vorenthaltung von gesundheitlicher Fürsorge

Der Schwerpunkt dieser Leitlinie liegt im Bereich der *intrafamiliären Gewalt* gegen Kinder. Diese beschreiben eine Störung der Eltern-Kind-Beziehung, die erkennbare gesundheitliche, d.h. seelischen oder körperlichen Folgen beim Kind haben. Misshandlung gilt als überwiegend aktive Form und Vernachlässigung als passive Form schädigenden elterlichen Verhaltens, sie kommen häufig gleichzeitig vor.

Formen intrafamiliärer Gewalt gegen Kinder und Jugendliche

Misshandlung wird unterschieden in körperliche und seelische Formen der Gewalt.

Körperliche Misshandlung meint eine äußere Gewalteinwirkung wie Schläge, Stöße, Stiche, Schütteln, Verbrennungen, Verbrühungen, nicht-akzidentelle Vergiftungen und andere. Bestimmte Formen sind als spezifische Syndrome in die Literatur eingegangen, z.B. das „battered child-Syndrom“ als Kombination von Verletzungen der langen Röhrenknochen und subduralen Hämatomen, das „shaking infant syndrome“ d.h. Schütteltrauma des Säuglings mit subduralen Blutungen, axonalen Abscherverletzungen und retinalen Blutungen, das „Munchausen by proxy“, d.h. Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom als artifizuell beigebrachte Krankheitssymptome.

Seelische Misshandlung: Hierunter versteht man alle Handlungen oder aktive Unterlassungen von Eltern oder Betreuungspersonen, die Kinder ängstigen, überfordern, ihnen das Gefühl der eigenen Wertlosigkeit vermitteln und sie in ihrer seelischen Entwicklung beeinträchtigen können.

Sexuelle Misshandlung: Hierunter versteht man die aktive und/oder passive Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an sexuellen Aktivitäten, denen sie aufgrund ihres Entwicklungsstandes oder anderen Gründen nicht frei oder verantwortlich zustimmen können. Dabei wird die Unterlegenheit und Abhängigkeit der Kinder und Jugendlichen zur Befriedigung der Bedürfnisse von Erwachsenen ausgenutzt

Vernachlässigung kommt ebenso als überwiegend körperliche oder überwiegend seelische Vernachlässigung vor, wobei insbesondere bei jungen Kindern beide Formen oft gemeinsam auftreten: Kinder werden vernachlässigt, wenn ihre grundlegenden

Bedürfnisse nicht befriedigt werden, d.h. sie von Eltern oder Betreuungspersonen unzureichend ernährt, gepflegt, gefördert, gesundheitlich versorgt, beaufsichtigt und/oder vor Gefahren geschützt werden oder zuwenig emotionale Zuwendung erhalten. Es kann sich um vermeidbare Gesundheitsschäden durch mangelnde Fürsorge, z.B. fehlende Impfungen, Vitamin-D-Mangel-Rachitis, unzureichende Unterkunft und Kleidung oder vermeidbare Unfälle durch mangelnde Aufsicht handeln. Bedeutsamste Form der körperlichen Vernachlässigung ist die alimentär bedingte Dystrophie („non organic failure of thrive“), der seelischen Vernachlässigung das frühkindliches Deprivationssyndrom. Beide kommen häufig gemeinsam mit einer Eltern-Kind-Interaktionsstörung vor. Deprivierende soziale Faktoren und psychische Belastungen oder Erkrankungen der Eltern können zur intrafamiliären Verwahrlosung oder psychosozialen Minderwuchs („psychosocial dwarfism“) führen.

Epidemiologie

Deutschland verfügt über keine verwertbaren Datenquellen, um die Häufigkeit von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung abzuschätzen. Man geht von einer Lebenszeitprävalenz von Gewalterfahrung in der Kindheit in Deutschland für körperliche Gewalt bei 11,8% der Männer und bei 9,9% der Frauen aus. Sexuelle Misshandlungen mit Körperkontakt in der Kindheit werden von 2,8% der befragten Männer und 8,6% der Frauen zwischen 16 und 69 Jahren berichtet.

Stationär in allen Krankenhäusern betreute Kinder zeigen in etwa 2% der Fälle körperliche Symptome auf, die an Misshandlung und Vernachlässigung denken lassen. Die Häufigkeit der Erkennung in Kinderarztpraxen variiert stark und liegt bei 4 von 100.000 Patientenkontakten bei Verdacht auf körperliche Misshandlung, 17 bei Verdacht auf seelische Misshandlung und 3 bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch. Bleibende körperliche Schädigungen und Behinderungen nach körperlicher Misshandlung kommen vor allem bei Säuglingen und Kleinkindern vor.

Diagnostik bei Verdacht auf Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung

Anamnese

Bei Verdacht auf Misshandlung oder Vernachlässigung müssen Informationen zu folgenden Bereichen eingeholt werden:

- aktueller Grund der Vorstellung / der Einweisung
- körperliche Symptomatik (bei körperlicher Misshandlung oder schwerster Vernachlässigung erfragen: Umstände bei Auffinden des Kindes bzw. Entdecken der Symptome; Hinweise für vorausgehendes Ereignis? Gibt es weitere Anwesende, Zeugen, Beobachter? Wer hatte die Aufsichtspflicht? Reaktion der Eltern auf Verletzung? Gab es Reanimationsversuche? Wie rasch erfolgte der Arztbesuch?)
- Verhaltensauffälligkeiten des Kindes und orientierender psychischer Befund; ggf. insbesondere bei älteren Kindern kinder- und jugendpsychiatrischer oder klinisch-psychologische Diagnostik veranlassen
- Rückblick auf die bisherige Entwicklung des Kindes und Inanspruchnahme von Fördermaßnahmen
- Aktueller Entwicklungsstand des Kindes (möglichst differenziert nach den Meilensteinen der Entwicklung in der sozialen und emotionalen Entwicklung, Sprache, Grob- und Feinmotorik, und Perzeption), ggf. Entwicklungsdiagnostik veranlassen
- Psychosoziale Vorgeschichte der Eltern (insbesondere im Hinblick auf psychische Erkrankungen, Suchtmittelabusus, bisherige Inanspruchnahme von Hilfen, positive oder negative Erfahrungen mit Hilfesystemen, biographische Hinweise auf eigene Gewalterfahrungen, Einstellungen im Hinblick auf gewaltfreie Erziehung)
- Aktuelle Familiensituation – Stärken und Belastungen
- Qualität der Eltern-Kind-Beziehung (zum Beispiel in Bezug auf en-face Kommunikation, Füttersituation, Wach-Schlafregulation, Grenzen setzen, Motivierung, Einstellungen und Fähigkeit zur gewaltfreien Erziehung)

- Bisherige Arztkontakte (häufige, dringliche Vorstellung bei geringfügig erscheinenden Problemen, die als Hilferufe gedeutet werden können)
- häufige Arztbesuche auch bei wechselnden Ärzten/Kliniken (fehlende Kontinuität)

Familiensituation

Vernachlässigende oder misshandelnde Eltern haben oft Schwierigkeiten in folgenden Bereichen:

- Die Fähigkeit, das Kind in seiner Entwicklung realistisch wahrnehmen, hierzu gehören insbesondere überhöhte Anforderungen an die Selbständigkeit des Kindes.
- Unrealistische Erwartungen bezüglich der Bedürfnisse, die ein Kind erfüllen kann, z.B. bei Alkoholabhängigkeit oder Entscheidungssituationen, wobei eine Rollenkehr der Beziehungs- und Verhaltensmuster zu beobachten ist.
- Die Fähigkeit zur Empathie und Kommunikation mit dem Kind.
- Der Fähigkeit, aggressives Verhalten dem Kind gegenüber zurückzuhalten (Impulskontrolle).

Misshandlung und Vernachlässigung treten öfter bei benachteiligtem sozialen Umfeld auf. Solche Belastungen sind Arbeitslosigkeit, beengte Wohnverhältnisse, niedriges Einkommen, Armut und mangelnde soziale Unterstützung. Von Seiten des Kindes können ein schwieriges Temperament, Entwicklungsverzögerungen und möglicherweise Behinderungen zu einer Belastung der Eltern-Kind-Beziehung beitragen. Risikogruppen sind weiterhin Kinder von sehr jungen Müttern und von alleinerziehenden Müttern, insbesondere solchen mit häufig wechselnden Partnern und Familien mit mehr als drei Kindern sowie Kinder aus ausländischen Familien. Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen tragen ein hohes Risiko für Vernachlässigung und Defizite in der sozial-emotionalen Entwicklung durch eine belastete Eltern-Kind-Interaktion, gelegentlich auch seelische oder körperliche Misshandlung. Gravierende Folgen für die kindliche Entwicklung ergeben sich auch, wenn die Kinder Zeugen elterlicher Partnergewalt werden.

Ethisch-juristische Aspekte

Bei akuter gesundheitlicher Gefährdung des Kindes oder Handlungsunfähigkeit der Sorgeberechtigten muss eine rationale Güterabwägung zwischen verschiedenen Rechtsgütern und ethischen Normen erfolgen, z.B. Fürsorgepflicht versus unterlassene Hilfeleistung oder Schweigepflicht versus Behandlung ohne Einverständnis der Schutzberechtigten.

Der Schutz des Kindes und die Wahrung seiner Rechte auf eine gesunde Entwicklung sowie auf körperliche und seelische Unversehrtheit sind in der **UN Kinderrechtskonvention** niedergelegt und sind ein höheres Rechtsgut als die **ärztliche Verschwiegenheitspflicht** und die Zustimmung der Sorgeberechtigten zur Informationsweitergabe. In Hinblick auf eine bereits erkennbare Kindeswohlgefährdung besteht hier für Ärztinnen und Ärzte ausreichend individueller Handlungsspielraum, allerdings wird die Abschätzung in weniger gravierenden Fällen oder bei Vorliegen von Risiken ohne akute Gefährdung in Einzelfällen schwierig sein. Hier bietet sich eine fallunabhängige Fachberatung durch eine spezialisierte Beratungsstelle, ein rechtsmedizinisches Institut oder die zuständige Ärztekammer an. In jedem Fall sind die Sorgeberechtigten im Vorwege oder zeitnah über die Weitergabe der Informationen zu unterrichten.

Eine In-Obhutnahme durch das Jugendamt nach § 42 des **Kinder- und Jugendhilfegesetzes** (Sozialgesetzbuch XIII) gibt den rechtlichen Rahmen für eine stationäre Aufnahme bei akuter Gefährdung auch gegen den Willen der Eltern. Eine Anhörung beim **Familiengericht** zur Klärung der Gefährdung findet vor einem neutralen Dritten statt und schafft in strittigen Situationen für Familien und Fachleute Verbindlichkeit. Eine vorläufige Einschränkung des Aufenthaltsbestimmungsrechts für das

Kind ohne Zustimmung der Eltern, z.B. für einen Klinikaufenthalt, muss beim Familiengericht beantragt und begründet werden.
Alle Formen von Kindesmisshandlung und schwerer Vernachlässigung sind nach dem *Strafgesetzbuch* Straftatbestände, eine Anzeigepflicht besteht aber nicht.

Die *Einschaltung der Polizei* ist in folgenden Situationen erforderlich:
die ein akutes Eingreifen der Polizei zum Schutz des Kindes erforderlich machen

- die eine unmittelbare Gefährdung Dritter (z.B. anderer Kinder) wahrscheinlich machen
- bei Hinweisen auf akute Suizidalität eines Elternteils im Kontext des Misshandlungsgeschehens
- wenn die häuslichen Umstände untersucht und dokumentiert werden müssen, um die Plausibilität der Angaben der Sorgeberechtigten zu überprüfen
- wenn Spuren gesichert werden müssen, die auf nicht-akzidentelle Vergiftungen hinweisen z.B. Suchtmittel, Medikamente, toxische Substanzen
- wenn Spuren gesichert werden müssen, die auf pornographische Ausbeutung, Menschenhandel oder Prostitution schließen lassen, z.B. Bildmaterial, elektronische Daten, Filmmaterial

Da es sich bei Kindesmisshandlung um ein Officialdelikt handelt, erfolgt immer eine Information der *Staatsanwaltschaft*, die prüft, ob ein Strafverfahren eingeleitet wird und weitere Ermittlungen veranlasst. Eine Rücknahme durch die meldenden und anzeigenden Personen oder Einrichtungen ist nicht möglich. Falls akut die Strafverfolgungsbehörden nicht eingeschaltet wurden, ist dies jederzeit zu einem späteren Zeitpunkt möglich. Es hat sich als günstig erwiesen, bereits im Vorfeld das zuständige rechtsmedizinische Institut konsiliarisch hinzu zu ziehen. Strafermittlungsverfahren sind in der Regel notwendig bei Verfahren zum Opferschutzausgleich.

Ein *Strafverfahren* mit einem minderjährigen Opferzeugen sollte durch ein entsprechendes unterstützendes Programm (Zeugen-/Opfer-Schutzprogramm) begleitet werden, um eine sekundäre Traumatisierung durch das Verfahren zu vermeiden. Wenngleich aus forensischen Gründen vielleicht wünschenswert, um Zeugenaussagen nicht zu beeinflussen, solange das Strafverfahren anhängig ist, kann dem Kind und der Familie eine baldmögliche psychotherapeutische Behandlung nicht verweigert werden. Bekanntermaßen ist die Prognose bei Gewalterfahrung umso besser, je früher eine Bearbeitung des Traumas einsetzen kann.

Praktisches Vorgehen und Risikoabschätzung

Der **Verdacht** auf Misshandlung, Vernachlässigung oder Missbrauch kann auf verschiedene Weise entstehen:

- Aufgrund von körperlichen Symptomen, z.B. eine ungeklärte Fraktur beim Säugling oder Zeichen mangelnder Hygiene oder eine Gedeihstörung
- Aufgrund von auffälligem Verhalten des Kindes, z.B. plötzlich eintretender Schulleistungsknick mit sozialem Rückzug
- Aufgrund von anamnestischen Angaben, z.B. unvollständige Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen oder gehäufte Unfälle
- Aufgrund einer gestörten familiären Interaktion, z.B. mangelnde Zuwendung der Eltern oder feindseliges Verhalten gegen das Kind

Für die Früherkennung von Risiken für Misshandlung oder Vernachlässigung stehen in der Jugendhilfe Checklisten oder andere Screeningmaßnahmen zur Verfügung. Insbesondere seit der §8a des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) in Kraft getreten ist, haben zahlreiche Jugendämter Screening- und Dokumentationsbögen entwickelt. Das bekannteste Beispiel ist der Stuttgarter Kinderschutzbogen. Darin werden Fragen zur Grundversorgung und zum Schutz des Kindes, zur körperlichen und psychischen Erscheinung des Kindes und zur Kooperationsbereitschaft der Eltern formuliert. Inwieweit

solche Screeningverfahren Eingang in die Kinder- und Jugendärztliche Praxis bilden und sich dort eignen, bleibt abzuwarten.

Die Gefährdung des Kindes und die *Abschätzung der Prognose* hängt von verschiedenen Aspekten ab:

- dem Alter des Kindes – eine Gefährdung von Säuglingen und Kleinkindern muss selbst bei geringfügig erscheinenden Verletzungen angenommen werden
- dem Schweregrad, der Dauer und der Wiederholung von Verletzungen
- dem Entwicklungsstand des Kindes
- dem Ausmaß der Verantwortung, die Eltern für den Zustand des Kindes übernehmen sowie die Einsicht der Eltern, daß Veränderungen notwendig sind
- dem Ausmaß von Empathie und der Fähigkeit, die Bedürfnisse des Kindes wahrzunehmen und auch unter Belastung voranzustellen (im Gegensatz zu Abwehr und Schuldzuweisung an das Kind)
- der Einsicht und Annahme von Hilfe in Bezug auf Erziehungsprobleme (im Gegensatz zu Verleugnung und Bagatellisierung)
- der Flexibilität in den Beziehungen und dem Potential, Lebensmuster zu ändern (im Gegensatz zu Verleugnung und erstarrter Haltung)
- der kooperativen Einstellung und tragfähigen Beziehung zu professionellen Helfern (im Gegensatz zu übermäßiger Verbitterung)
- die Verfügbarkeit von Ressourcen im Umfeld der Familie (im Gegensatz zu einer psychosozial und strukturell verarmten Lebensumwelt)

Wenn diese Liste von Kriterien abgefragt wird und überwiegend positiv beantwortet werden kann, ist die Prognose hinsichtlich einer Rückführung des Kindes in die Familie eher günstig. In jedem Fall muss eine Risikoeinschätzung schriftlich dokumentiert werden.

Befragung des Kindes. Wenn möglich und dem Alter des Kindes angemessen, ist eine separate Befragung des Kindes anzustreben. Eine freundliche, interessierte, offene und nicht bewertende Einstellung des Untersuchers und eine ruhige und akzeptierende Atmosphäre sind wesentliche Voraussetzungen für das Gelingen des Gesprächs. Es kann gefragt werden, was passiert ist und wie es zu den Verletzungen gekommen ist, bzw. wer sie verursacht hat. Dabei müssen einfache, offene Fragen verwendet werden; vorformulierte Antwortmöglichkeiten, Spekulationen zum Ablauf des Geschehens oder beteiligter Personen oder Verstärkung von bestimmten Antworten müssen unbedingt vermieden werden. Auch andere Formen von Kindesmisshandlung sind anzusprechen. Die Äußerungen werden in den Worten des Kindes dokumentiert, ebenso sind die Gefühlsäußerungen und der Affekt dabei zu notieren. Das Ausmaß der Anamnese wird von den Umständen der Vorstellung und den Vorerfahrungen des Untersuchers bestimmt. Wie die Untersuchung, sollte auch die Anamneseerhebung jegliche zusätzliche Traumatisierung des Kindes vermeiden. Je nach den Umständen einer möglichen vorherigen Befragung ist es daher nicht immer erforderlich oder ratsam, diese in allen Details zu wiederholen, da dies oft schwierig und peinlich für das Kind ist. Unter Umständen können diese Informationen aus anderen Quellen (Eltern, Jugendamt, Polizei) eruiert werden. Ein forensisches Interview sollte auf jeden Fall psychologisch geschulten Fachkräften überlassen werden, um nicht mit dem späteren Vorwurf suggestiver Befragung oder Beeinflussung die Glaubwürdigkeit der Aussage des Kindes zu erschüttern. In einigen Fällen jedoch tragen ergänzende Informationen zum Ablauf des Missbrauchs dazu bei, unspezifische physische Symptome im Zusammenhang mit der Anamnese interpretieren und bewerten zu können.

Prinzipien der Intervention

Gesprächsführung

Die *Sorge um das Kind* steht im Mittelpunkt. Eine offene und teilnehmende Gesprächsführung ohne Verurteilung ermöglicht, mit den betroffenen Personen oder Angehörigen ins Gespräch zu kommen oder im Gespräch zu bleiben. Ein Aufklärungs-

und Konfliktgespräch verlangt Einfühlungsvermögen und klare Standpunkte, unterscheidet sich jedoch nicht prinzipiell von anderen Arzt-Patienten-Gesprächen, die die Übermittlung einer belastenden Diagnose beinhalten. Es sollten ärztlicherseits kurz- und mittelfristige, kindbezogene *Interventionsziele* angestrebt werden.

Im System der *Jugendhilfe* gibt es ein flächendeckendes Netz von Jugendämtern bzw. Sozial- und Jugenddiensten. Deren Aufgaben sind im Kinder- und Jugendhilfegesetz beschrieben, das den Schutz von Kindern zu einer staatlichen Pflichtaufgabe macht. Die Jugendhilfe arbeitet sowohl präventiv als auch beratend oder therapeutisch und orientiert sich im wesentlichen am Grundsatz „Hilfe statt Strafe“. Aufgrund des Subsidiaritätsprinzips arbeitet die staatliche Jugendhilfe eng mit *Kooperationspartnern* der nichtstaatlichen freien Wohlfahrtsverbänden oder Organisationen zusammen, die Leistungen des Kinderschutzes anbieten. Hierzu gehören u.a. die Kinderschutzzentren in Deutschland (www.kinderschutz-zentren.org). Dabei handelt es sich um niederschwellige, hilfe-orientierte spezialisierte Angebote sowohl an betroffene Familien als auch für professionelle Helfer. Je nach Bedarf kommen Krisenintervention einschließlich Hausbesuchen, Telefonberatung, Beratung für Mütter, Väter, Kinder und Jugendliche, Familientherapie, Kinderpsychotherapie, Begleitung im Rahmen des Zeugenschutzprogrammes, Überweisung an Beratungsstellen, Fremdunterbringung, Fremdmeldeberatung usw. in Frage.

Weitere Hilfsangebote sind die kostenlosen bundesweiten Telefon-Notrufe für Kinder und Eltern, die ärztlichen Beratungsstellen für Kindesmisshandlung und Vernachlässigung im Bundesland Nordrhein Westfalen sowie verschiedene Hilfsangebote für sexuell misshandelte Mädchen und Frauen (www.zartbitter.de). Die Zusammenarbeit zwischen Medizin und Jugendhilfe ist störanfällig, sie muss bewusst erarbeitet und gepflegt werden.

Nach einer Kontaktaufnahme mit Einrichtungen der Jugendhilfe, Kinderschutz-Zentren, Beratungsstellen oder Familiengericht sollte möglichst bald eine erste gemeinsame *Helferkonferenz* zusammenkommen. Mit Kenntnis der Eltern treffen sich alle professionellen Helfer, die möglicherweise bereits früher, zum jetzigen Zeitpunkt oder mit hoher Wahrscheinlichkeit in der Zukunft mit der Familie zusammen gearbeitet haben oder werden. Die Organisation eines solchen Gespräches ist aufwendig und sollte in der Regel durch die Mitarbeiter der Jugendhilfe oder im Falle stationärer Behandlung durch Sozialdienste in den Krankenhäusern organisiert werden, dies möglichst so, dass behandelnde Ärzte daran teilnehmen können. Information von Behörden oder Beratungseinrichtungen freier Träger sollte grundsätzlich mit dem Einverständnis der Eltern des Kindes erfolgen. Behördliche Stellen können auch ohne dieses Einverständnis einbezogen werden, wenn das Wohl des Kindes aufs höchste gefährdet ist.

Es ist sicherzustellen, dass ein *langfristiges Monitoring* hinsichtlich der Annahme von Angeboten, der Entwicklung des Kindes und der Familie insgesamt, insbesondere der Entwicklung von Risiken und Ressourcen, erfolgen. Beziehungsabbrüche, Umzüge, Wechsel von Zuständigkeiten dürfen nicht dazu führen, dass das Hilfesystem versagt.

Ambulante und/oder stationäre Behandlung

In der *kinderärztlichen Praxis* haben das anamnestische Gespräch, die teilnehmende Beobachtung und die antizipatorische Aufklärung ihren Platz. Notfallkontakte bei „banalen Symptomen“ sind häufig Ausdruck psychosozialer Krisen. Im Verlauf der Betreuung können fest vereinbarte, regelmäßige Vorstellungen des Kindes beim Kinderarzt Sicherheit geben. Ambulante Behandlungsversuche durch die Kinderarztpraxis werden nicht selten durch Kontaktabbruch beendet, dieser muss wahrgenommen werden, um nachsorgende Hilfen, ggf. über das Jugendamt zu organisieren. Für eine langfristige gesundheitliche Versorgung und Begleitung von körperlich und seelisch traumatisierten Kindern kommt am ehesten eine enge Kooperation mit einem Kinderschutz-Zentrum oder ähnlichen Beratungsstelle mit Therapieangebot, eine/r Jugendpsychiater/in oder

entsprechenden Ambulanz oder einem Sozialpädiatrischen Zentrum in Betracht. Hier kann ein interdisziplinärer Hilfe- und Therapieplan erarbeitet, umgesetzt und evaluiert werden.

Indikationen zur **stationären Behandlung** bestehen dann, wenn eine akute Gefährdung des Kindes vorliegt. Ist von einer langfristigen Gefährdung auszugehen oder liegen schwerwiegende Entwicklungsprobleme vor, kann auch eine teilstationäre, ggf. heilpädagogische Tagesstätte oder stationäre Jugendhilfemaßnahmen (Heimunterbringung, Familienpflege) sinnvoll sein. Das Hilfeplan-Verfahren hat zum Ziel, in Zusammenarbeit mit den betroffenen und beteiligten Fachleuten die geeignete Maßnahme auszuwählen und auch deren Wirksamkeit zu überprüfen.

Prävention

Primäre Prävention bezeichnet politische und gesellschaftliche Aktivitäten, die das Ausmaß von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung senken, indem Umgebungen und gesellschaftliche Einstellungen gefördert werden, die die Entwicklung von Risikofaktoren für Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch vermeiden. Erfahrungsgemäß sind Familien zum Zeitpunkt der Geburt eines Kindes besonders zugänglich für Unterstützung und offen für Veränderungen. Ein Schwerpunkt primär präventiver Bemühungen sollte daher im Bereich der frühen Elternschaft liegen. Dies kann eine Kontaktaufnahme bereits im Rahmen der Schwangerschaft, zum Zeitpunkt der Entbindung oder der ärztlichen Früherkennungsmaßnahmen durch den Kinderarzt oder zu Hause aufsuchende Hilfen durch Hebammen oder Kinderkrankenschwestern bedeuten. In einem primär präventiven Ansatz haben solche Angebote keinen stigmatisierenden Charakter, da sie sich an alle Bevölkerungsgruppen wenden und primär als Unterstützung und weniger als Kontrollmaßnahmen verstanden werden können. Werden besondere Risikokonstellationen erkannt, können adaptiert an die Bedürfnisse der Familie Maßnahmen der sekundären Prävention ergriffen werden. Betreuende Fachleute können gezielt an Einrichtungen der sozialen Dienste und Beratungsstellen vermitteln, die besonders für junge Familien zur Verfügung stehen.

Sekundäre Prävention zielt auf Maßnahmen, die die Auftretenswahrscheinlichkeit von Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung durch die frühe Identifizierung von Risikofaktoren oder durch Interventionen in frühen Stadien von Misshandlung oder Vernachlässigung reduziert. In diesen Bereich fallen die kinder- und jugendärztlichen Tätigkeiten in der niedergelassenen Praxis.

In den **Früherkennungsuntersuchungen** sollen Störungen der Interaktion zwischen Eltern und Kind erkannt und angesprochen werden. Das bedeutet bei jungen Kindern vor allem die Wahrnehmung von elterlicher Ablehnung. Bei den Früherkennungsuntersuchungen ab dem 2. Lebensjahr sollte ein weiterer Schwerpunkt auf der Erkennung von Störungen der emotionalen Entwicklung, des Sozialverhaltens und der Sprachentwicklung sowie der Einleitung einer geeigneten Behandlung liegen. Bei Kindern aller Altersstufen sollen misshandlungs-typische Verletzungen erkannt werden. Vorrangige Ziele sind die Stärkung elterlicher Kompetenz durch den Arzt und die Vermittlung geeigneter Hilfen. Bei einer hohen Belastung mit familiären, psychosozialen Risiken ist die Präventionsarbeit besonders schwierig und Bedarf zum Teil eines hohen Einsatzes von personellen und sächlichen Ressourcen und vor allem einer gestärkten interdisziplinären Kooperation, um gemeinsame Interventionsziele zu erreichen und ausreichende Empathie aber auch Kontrollfunktionen im Hilfesystem zu verwirklichen.

Tertiäre Prävention. Tertiäre Prävention bezeichnet die Behandlung und Rehabilitation nach bereits stattgefundenener Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung bzw. das Verhindern weiterer Gewalterfahrungen und der Entwicklung von sekundären Folgeschäden, insbesondere psychischer Störungen. Die angebotene familientherapeutisch orientierte Beratung oder Behandlung ermöglicht die Bearbeitung des Geschehenen und hat das Ziel, misshandelnde und vernachlässigende Eltern in der Übernahme der Verantwortung für das Gewaltproblem zu stärken. Da die Gewalt gegen das Kind häufig mit biographischen eigenen Erfahrungen der Eltern zusammenhängt,

aber von diesen Prozessen abgespalten wird, bedarf es häufig eines längeren Behandlungszeitraumes, um die Zusammenhänge deutlich werden zu lassen. Eine Mindestvoraussetzung ist dabei die Bereitschaft der beteiligten Eltern, sich auf einen solchen Prozess einzulassen, mit dem Ziel, sich zukünftig besser für den Schutz und die Interessen dieses und anderer Kinder einzusetzen und die Motivation, das eigene Verhalten zu verändern. Es ist besonders anfangs manchmal nicht möglich, auf eine völlige Freiwilligkeit der Familien zu setzen, aber auch nicht unmöglich, mit Eltern zu arbeiten, die Widerstand gegen die Angebote zeigen. Die beteiligten Helfer müssen jedoch die Aufgabenverteilung im Kontext von Empathie und Kontrolle klar im Blick behalten und sich gegenseitig in der Erfüllung der Aufträge unterstützen und gleichzeitig aufrichtig und respektvoll mit den Familien kommunizieren.

Eine eigenständige *psychotherapeutische Behandlung des Kindes /Jugendlichen* ist abhängig von dem Ausmaß der psychischen Belastungen in der Krisensituation und von der Entwicklung dauerhafter Störungen. Die Maßnahmen beziehen sich auf eine Krisenintervention mit dem Ziel einer Entlastung des Kindes, Angebot von verlässlichem Schutz, Stärkung von vertrauensvollen Beziehungen und der Selbstwirksamkeit des Kindes. Eine kurzfristige psychotherapeutische Behandlung ist angezeigt, wenn Symptome eines post-traumatischen Stress-Syndromes festgestellt werden. Auch langfristig kann sich der Bedarf für eine psychotherapeutische Behandlung ergeben, wenn psychische Störungen manifest werden. Häufig sind es dann nicht die akuten Gewalterfahrungen allein, die die Störung verursachen sondern auch vorbestehende Beziehungs- und Interaktionsstörungen, allgemeine Entwicklungsdefizite oder negative außerfamiliäre Erfahrungen. Auch wenn kein aktueller Behandlungsbedarf gesehen wird, muss in der Nachsorge für Kontinuität in der Betreuung gesorgt werden, um die Entstehung von psychischen Symptomen zu erkennen und Abbrüche in helfenden Beziehungen zu vermeiden.

1. Anamnese und Diagnostik

Anamnestische und Konstellations-Hinweise

- ⇒ **Kardinalhinweis: Vorliegende Befunde nicht durch Anamnese erklärbar, nicht plausibel**
- ⇒ Zusätzliche unklare oder verdächtige Verletzungen erhöhen die Misshandlungswahrscheinlichkeit!
- ⇒ Anamnese fehlt (in ca. 40%), wechselnd, vage oder unpassend für Alter, Entwicklungsstand und Art der Verletzung, Verletzungen seien selbst oder durch Geschwister zugefügt
- ⇒ Arztbesuch mit deutlicher Verzögerung, Aufsuchen vieler verschiedener Ärzte/Kliniken
- ⇒ Feststellen bedeutsamer zusätzlicher Verletzungen; Kette von "Unfällen"
- ⇒ Hinweise von Kindern selbst ernst nehmen
- ⇒ Auffällige Sozial-, Familienanamnese, häusliche Gewalt, Misshandlungen in der Vorgeschichte

Anamnese

- ⇒ Verletzungsumstände ? Vorausgehendes Ereignis ? Anwesende ? Aufsicht ? Beobachter ?
- ⇒ Reaktion der Eltern auf Verletzung ? Reanimationsversuche ? Prompter Arztbesuch ?
- ⇒ Eigenanamnese: „Risikofaktoren“ (- Koliken, Schreien, Probleme?) Entwicklung des Kindes ? Medizinische Vorgeschichte: chronische (familiär belastende?) Erkrankungen
- ⇒ Befragung des Kindes falls möglich – nicht suggestiv! Andere Zeugen ?
- ⇒ Sozial- und Familienanamnese ? Umfeld ? Soziale Stressoren ?
- ⇒ Wie disziplinieren die Eltern das Kind? Angemessene Sorge in Bezug zur Schwere der Verletzung ?

Klinische Untersuchung (körperliche Misshandlung)

- ⇒ **Wachstumsparameter**: KL, KG, KU, Perzentilenverlauf
- ⇒ Vollständiger körperlicher, neurologischer und anogenitaler Status am komplett entkleideten Kind; **Prädilektionsstellen** berücksichtigen
- ⇒ **Haut**: Woodlampe: begrenzter Stellenwert für subtile Hämatome und Sperma. Frische Bissmarken: steriler, angefeuchteter Abstrich, lufttrocknen für forensischen DNA-Nachweis.
- ⇒ **Befundbeschreibung und Dokumentation**: Lokalisation, Art, Farbe, Größe, Form bzw. Formung, Gruppierung, Zeichen der Wundheilung. Ausmessen aller Verletzungen, immer Skizze mit Maßen **dokumentieren**, *zusätzlich* mit **Maßstab fotografieren**. Details *und* Übersichtsaufnahmen. Digitale Fotografie explizit zulässig und zu bevorzugen; Polaroidaufnahmen ungeeignet.
- ⇒ **Verhalten/Aussagen** in Untersuchungssituation wörtlich dokumentieren, keine Suggestivfragen.
- ⇒ Falls Misshandlungsdiagnose, **Geschwisterkinder** mit untersuchen (ebenfalls Misshandlungsrisiko!).

Apparative und Labordiagnostik (körperliche Misshandlung)

- ⇒ < 2-3 Jahre: Röntgen-Skelettscreening* (Methode der ersten Wahl; obligatorisch bei begründetem Verdacht). *Schädel, Wirbelsäule, alle Extremitäten ap, Thorax frontal, alle entdeckten Frakturen in 2 Ebenen. Wiederholung nach 14 Tagen erhöht Ausbeute. Ggf. Ergänzung um Thoraxschrägaufnahmen.
- ⇒ **Skelettszintigrafie** nur komplementär. Vorteilhaft bei nichtdislozierten/subtilen/okkulten Rippenfrakturen.
- ⇒ **Zerebrale Bildgebung**: immer bei neurologischen Auffälligkeiten, Kopfverletzungen, Nachweis retinaler Blutungen. Akut CCT meist praktikabler. Ausnahme: MRT sofort verfügbar, Zustand des Kindes stabil.
- ⇒ **MRT** sobald verfügbar und Kind stabil; nach etwa 2-3 Tagen und 2-3 Monaten

- ⇒ **Schädelsonografie** (Standardebenen + transkranial durch Parietalschuppe): stark untersucherabhängig, insgesamt unsicherer, nicht zulässig als alleinige Diagnostik bzw. Ausschlussdiagnostik.
- ⇒ **Zerebrale Dopplersonografie** bei V.a. Hirndruck als sinnvolle Primär- und Verlaufsdiagnostik.
- ⇒ **Abdomensonografie**: Screening für abdominelle Traumata, ggf. ergänzt durch **Abdomen CT/MRT**.
- ⇒ < 2-3 Jahre: **Augenhintergrund** in Mydriasis, akut ggf. zunächst undilatiert; möglichst Ophthalmologe!
- ⇒ **Basislabor**: BB+Diff, GOT, GPT, γ -GT, Amylase, Lipase, AP, Calcium, Phosphor, CK-MB, Troponin, CK-BB, Quick, PTT; vWF Ag+CoFaktor, Blutungszeit in vitro (PFA 100); Urinstatus (Hämaturie).
- ⇒ **Drogen- und Medikamentenscreening** (vorzugsweise Urin)
- ⇒ **Gezielt**: Coeruloplasmin/Kupfer (DD Menke, Kupfermangel); Vit A-Spiegel (Hyperostosen); Mycoplasmen/HSV-Serologie (Erythema multiforme); organische Säuren (Glutarazidurie), Kollagen-Mutationsanalyse (Osteogenesis imperfecta); erweitertes, polytoxikologisches Drogenscreening (Forensik)
- ⇒ Bei **Gedeihstörung** übliches Screeninglabor: vgl. AWMF 068/002, zusätzlich Skelettscreening, AHG.

Diagnostik bei Vernachlässigung

- ⇒ Dokumentation und Verlauf der somatischen Entwicklung, Körpermaße, Pflegezustand, Zahnstatus.
- ⇒ Ausschluss organischer Ursachen einer Gedeihstörung.
- ⇒ Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, Zahnvorsorge, Karies-Rachitis-Prophylaxe wahrgenommen?
- ⇒ Beurteilung der psychischen, emotionalen, kognitiven Entwicklung.
- ⇒ Dokumentation der Interaktion in der Praxis, bzw. bei Kenntnis aus anderen Bereichen.
- ⇒ Beschreibung von Verhaltensauffälligkeiten der Kinder oder Jugendlichen.
- ⇒ Dokumentation der Familien- und der Sozialanamnese, belastende Lebensumstände, Vorgeschichte, Eigenanamnese der Eltern (Gewalterfahrung, Trennung, Scheidung, Depressionen, Suchtprobleme u.a.).
- ⇒ **Drogen- und Medikamentenscreening** (vorzugsweise Urin)

Diagnostik bei sexuellem Missbrauch

Forensische Abstriche je nach Befund und Vorgeschichte invasiven sexuellen Übergriffs; präpubertär <24h, pubertär < 72 h; möglichst durch forensisch erfahrenen Pädiater, (Kinder-)Gynäkologen o. Rechtsmediziner.

- ⇒ Hautabstriche am und um den äußeren Anogenitalbereich, Innenseite Oberschenkel, vaginal (Vestibulum, retrohymenal), anal, perioral, im Wood Licht fluoreszierende Bereiche (nicht spezifisch)
- ⇒ Sterile Watte-Tupfer und NaCl-Lösung, vollständig lufttrocknen, in Papierumschläge, kein Plastik.
- ⇒ Abstriche einzeln mit Patientendaten, Abstrichort eindeutig zuordnen, Unterschrift des Entnehmenden.
- ⇒ Mundhöhlenabstrich zum Vergleich. Zusätzlich auf Objektträger Ausstriche ausrollen, nicht abstreichen.
- ⇒ Fremde (Scham-)Haare sichern, Pubes auskämmen, **Fingernagelränder** abschaben.
- ⇒ **Größte Bedeutung hat die Sicherung der Bekleidung.**
- ⇒ **Infektiologie**: Ausgangsstatus, Kontrolle nach 3-4 Wochen (HIV 6 Monate): Vaginal/anal Gonokokken, Chlamydien, Nativausstrich; pharyngeal Gonokokken; TPHA-, Hepatitis B-, HIV-Serologie
- ⇒ **Drogen- und Medikamentenscreening** (vorzugsweise Urin; speziell für Gamma-OH-Buttersäure (Partydroge, KO-Tropfen) Urin sofort einfrieren! -> forensisches Speziallabor)

2. Nichtakzidentelle Kopfverletzungen (NAKV) und Shaken Baby Syndrom (SBS)

Traumatische Hirnschädigung (subdurales Hämatom, diffuses axonales Trauma, Scherverletzungen, Parenchymblutungen, Kontusionen, Kopfhämatome) und das Vorliegen mindestens eines der folgenden:

- ⇒ Zumeist ausgeprägte, oft mehrschichtige **retinale Blutungen**, +/- Glaskörperblutungen, Retinoschisis
- ⇒ **Kein oder minimales äußeres Trauma** (fakultativ diskrete Skalphämatome, Griffmarken der O-Arme)
- ⇒ **Keine adäquate oder fehlende Anamnese**, bzw. bezeugtes oder zugegebenes **Schütteln**
- ⇒ **Misshandlungs-Begleitverletzungen**
- ⇒ **Elterliche Risikofaktoren** (Substanzabusus, frühere Sozialdienstinterventionen, frühere Misshandlungen).

Kennzeichen& Prognose

20-25% Mortalität, in 60-70% neurologische Beeinträchtigung, Langzeitfolgen auch bei primärer neurologischer Unauffälligkeit; Gesamtmorbidität um 90%. Für eine signifikante NAKV (intensivpflichtig, beatmet, zerebrale Krampfanfälle, Folgeschäden) ist massivstes, heftiges, gewaltsames Hin- und Her schütteln eines Kindes erforderlich, welches auch für Laien erkennbar potenziell lebensgefährlich ist.

Pathophysiologie

Diffuse Hirnschädigung durch Rotationskräfte, konsekutiv axonale Traumatisierung + apnoebedingte hypoxische Schädigung, Ischämie, sekundäre zytokinvermittelte neuronale Schädigung resultieren in **Hirnödem**. Aufgrund der diffusen Hirnschädigung **kein freies, symptomloses Intervall !**

Klinik

Variabel: Trinkschwierigkeiten, Somnolenz, Lethargie, Apathie, Koma, Muskelhypotonie, schrilles Schreien, Opisthotonus, zerebrale Krampfanfälle, Tachypnoe, Bradykardie, Erbrechen, Apnoen, Tod. Meist keine äußeren Verletzungen, gelegentlich Skalphämatome, Griffmarken (Oberarme, Thorax) oder weitere Hautverletzungen ohne adäquate Anamnese.

3. Skeletttrauma, Frakturen

Allgemeine Hinweise

Misshandlungsfrakturen reflektieren erhebliche Gewalteinwirkungen und betreffen ca. 8-12% aller Frakturen bei Kindern, etwa jede 2.-4. Fraktur unter 1 Jahr (25-55%), insbesondere unter 4 Monaten;

- ⇒ 80% der Misshandlungsfrakturen (versus 2% der akzidentellen Frakturen) finden sich unter 18 Monaten
- ⇒ 85% der akzidentellen Frakturen finden sich > 5 Jahre.
- ⇒ Akzidentell findet sich in 80% 1 Fraktur, in 19% 2 Frakturen,
- ⇒ bei Misshandlungen in 20% 2 Frakturen, in 60 % 3 oder mehr Frakturen, in > 50% multiple Frakturen
- ⇒ 40-50 % der Frakturen bei Misshandlungen sind klinisch unerwartet

Am häufigsten betroffen: Schädel, lange Röhrenknochen, Rippen

Stark hinweisend: zufällig entdeckte Frakturen, Einzelfrakturen mit weiteren Hinweisen (z.B. multiple Hämatome an unfallsuntypischen Körperregionen, Begleitverletzungen (z.B. retinale Blutungen, subdurale Hämatome), **multiple Frakturen in verschiedenen Heilungsstadien, meta- und epiphysäre Frakturen** (Eck-, Korbhakenfrakturen), **Rippenfrakturen** (v.a posterior), Skapulae, Sternum, Wirbelkörper, mediale und laterale Klavikula, **komplexe Schädelfrakturen**

(Frakturspaltdehiszenz > 3 cm, Nähte kreuzend, Nahtsprengung, lange Frakturen > 5 cm, Berstungs-, sternförmige bzw. Eierschalenfrakturen) bei geringer Sturzhöhe, v.a. bei Hirnbeteiligung (subdurale Hämatome, retinale Blutungen).

Verdächtige Frakturtypen

- ⇒ **Meta-/epiphysäre Frakturen** nahezu pathognomonisch.
- ⇒ **Diaphysäre Frakturen** Nicht pathognomonisch, aber etwa 4 x häufiger; verdächtiger sind transverse, schräge, spiralige Frakturen (Torsionskräfte)
- ⇒ **Periostale Reaktion** („Bone bruising“) durch subperiostale Blutung mit Abhebung des Periostes; stark Verdächtig, da pathogenetisch meist durch Schüttel- bzw. Schleuderkräfte;
DD physiologische, symmetrische Doppelkontur < 6 Monate
- ⇒ **Rippenfrakturen** In 80 % posterior am Kostovertebralgelenk, höchstverdächtig, außer bei (schweren Verkehrs-)unfällen nahezu pathognomonisch, sehr selten bei Reanimation, dann nicht posterior
- ⇒ **Schädel** Siehe oben; okzipitale und Impressions-Frakturen verdächtiger
- ⇒ **Humerus** Hebel zum Schütteln, Zerren, Reißen. Verdächtig eher transverse, schräge, spiralige und non-suprakondyläre Humerusfrakturen unter 3 Jahren;
- ⇒ **Unterarm** Parierfrakturen verdächtig
- ⇒ **Femur** häufig < 1 Jahr; **Tibia** 3.häufigste Fraktur bei Misshandlungen, eher metaphysär
- ⇒ **Sternum/Skapula** insgesamt selten, aber starker Hinweis, da hohe Kräfte erforderlich
- ⇒ **Klavikula** in 3-10%. Verdächtiger am medialen oder lateralen Ende: häufig durch Schütteln !
- ⇒ **Wirbelkörper** selten bei Misshandlungen, aber starker Hinweis, da hohe Kräfte erforderlich
- ⇒ **Becken** selten; ohne schweres akzidentelles Trauma sehr verdächtig; erfordert erhebliche Kräfte

4. Hautbefunde

Hämatome

Hämatome bei nahezu 90% misshandelter Kinder. Misshandlungswahrscheinlichkeit nach Kriterien „**Art, Ort, Formung und Mehrzeitigkeit**“ bewerten. Dabei Vorsicht mit Alterszuordnung aufgrund Hämatomfarbe, dafür besteht *keine Evidenz* (gesichert lediglich: gelbe Hämatome nie früher als 18-24 h).

Lokalisation

Verdächtig und ungewöhnlich bei Unfällen: Thorax, Abdomen (außer typische Fahrradlenkerverletzungen), Rücken, Po, Genitale, Ober- und Unterschenkel dorsal, Schulter, Oberarme symmetrisch, Handrücken, Fußrücken, Ohren (äußerlich und retroaurikulär: Ohrfeige, -ziehen, -reißen), Kieferwinkel, Mastoid, Wangen, Oberlippe, Frenulum (Zwangsfüttern), Hals, Nacken (Würgemale), Unterarme ventral (Abwehr, Schutz vor Schlägen; vgl. Parierfraktur).

Nichtverdächtig = typisch akzidentell: „Leading edges“, knöcherne Prominenzen, insgesamt eher frontal): Stirn, Schläfe, Nase, Kinn, Hüfte, Becken, Knie, Schienbeine, Ellenbogen, Unterarme dorsal, Hände (palmar)

Verdächtige Hämatommuster/Formungen

Multiple Hämatome verschiedenen Alters an verschiedenen und ungewöhnlichen Lokalisationen

Statistisch signifikant „**größere**“ Hämatome als bei Unfällen, signifikant häufiger mit Petchien, häufiger Vielzahl von Hämatomen, **Hämatom-Cluster**; auch Einzelhämatome möglich

Ungewöhnlich junges **Alter** des Kindes (gesichert akzidentelle Hämatome bei nicht mobilen Babies in < 1%)

Formung/Abdrücke von Gegenständen, Ligaturen: Gürtel, Riemen, Schlingen, Stöcke, Lineal, etc.

Handabdrücke: Kneif-, Griffmarken, geschwollene Ohrläppchen (Ohrfeige, „Ohren lang ziehen“)

Bissmarken: hufeisenförmig, Quetschverletzung; bei Erwachsenen über 3 cm interkaniner Durchmesser,
Traumatische **Alopezie**

Verbrennungen

Ca. 10% (2-20%) der Misshandlungen, 10-20% pädiatrischer Verbrennungen, Kinder im Schnitt etwas älter als sonst, misshandlungstypisch: ca. 2-3 Jahre; am häufigsten **Verbrühungen** (80% heißes Wasser)

Misshandlungsverbrühungen

Meist heißes Wasser, oft **Immersions-Verbrühungen**.

Lokalisation: Füße, Hände, Anogenitalbereich (symbolisch bei misshandelter „Sauberkeitserziehung“); Körperfaltenausparung bei gebeugten Extremitäten (z.B. Knie) sowie Ausparung am Po durch Kontakt zum kühleren Wannenboden („Donut-Muster“); Kombination untere Extremität mit Anogenitalbereich

Charakteristik: glatte, scharf demarkierte obere Begrenzung, uniforme und meist symmetrische Verteilung, und Tiefe, gelegentlich nur eine Extremität betroffen; symmetrisches **„Handschuh-oder Strumpfmuster“**

Kontaktverbrennungen

Scharf begrenzte, geometrische Muster, bilden verursachenden Gegenstand ab (z.B. Bügeleisen, Heizrost, Zigarette mit durchschnittlich 8 mm Durchmesser); multiple Verbrennungen an verschiedenen Körperstellen

5. Thorakoabdominale Befunde

Meist stumpfes Bauchtrauma, direktes Organtrauma durch Stoß, Quetschung gegen Wirbelsäule, Einriss, Organeinblutung, zumeist Hohlorganruptur durch plötzliche Druckschwankungen, Mesenterialwurzelabriss
Zweitgrößte Misshandlungsletalität (ca. 50%) durch verzögerte Symptomatik und verschleppte Diagnose.

Thorax

Rippenfrakturen, (meist asymptomatische) Herz-/ Lungenkontusionen; gelegentlich Pneumothorax, Hämatothorax, noch seltener Bronchial-/Gefäßabrisse, Pharynx-, Ösophagealperforationen

Abdomen

Hohlorgane

- ⇒ **Intramurales Duodenalhämatom** (*pathognomonisch* falls überzeugende akzidentelle Anamnese fehlt !)
- ⇒ **Dünndarmperforation** (60% Ileum, 30% Duodenum, 10% Ileum); oft verzögerte, subtile Symptomatik

Viszerale Traumata

- ⇒ **Leber** Häufigst betroffenes Organ; meist linker Leberlappen,
- ⇒ **Nieren** Zweithäufigst betroffenes viszerales Organ (außer Hohlorgane); variable Ausprägung, Ausmaß der Hämaturie korreliert nicht mit Schweregrad !
- ⇒ **Pankreas** Selten durch geschützte Lage, (traumatische) Pankreatitis und unerklärte Pseudozysten sind hochverdächtig. Pankreatitis ist selten im Kindesalter, medizinische DD ausschließen
- ⇒ **Milz** eher selten betroffen (im Gegensatz zu akzidentellen Traumata, dort häufigst betroffenes Organ !)

6. Verletzungen des Gesichtes, Mundes, der Zähne und des HNO-Bereiches

- ⇒ Kopfbereich in >50% der Misshandlungen betroffen, zumeist Gesicht bzw. Wangen und Mundhöhle: Bedeutung für Kommunikation und Nahrungsaufnahme und entsprechende Eltern-Kind Konfliktfelder
- ⇒ Häufigste Einzelverletzung Lippenkontusionen oder Platzwunden, ferner Mund-/Wangenschleimhautblutungen, Verletzungen von Zunge, Gaumen, Gingiva durch direkte Gewalt, Schläge, forcierte Füttermanöver oder Verbrennungen. Verletzungen der Lippen- oder Zungenbändchen (Frenulum) hinweisend, aber nicht diagnostisch
- ⇒ **Zahnverletzungen:** Zahnfrakturen, Impressionen, Ausrisse, Absplitterungen, Diskolorationen, forcierte Extraktion;
- ⇒ „Dental Neglect“ – Vernachlässigung des Gebisses als Variante der Kindesvernachlässigung
- ⇒ Bei **sexuellem Missbrauch** selten Verletzungen der Mundhöhle, Petechien oder Gaumenhämatome durch orale Vergewaltigung oder sexuell übertragene Infektionen (Gonorrhoe meist asymptomatisch) nachweisbar, trotz häufiger Involvierung der Mundhöhle

7. Münchhausen Syndrom by Proxy (MSbP), Intoxikationen

MSbP

Terminologisch wird "Pediatric Condition Falsification" für die Opferseite und "Factitious Disorder by Proxy" („Artifizielle Störung by Proxy“) für die Täterseite bevorzugt

Definition: Kombination körperlicher und emotionaler Misshandlung und medizinischer Vernachlässigung, bei der ein Elternteil (statistisch fast nur Mütter) Kinder schädigt, indem er sie unnötigen, gefährlichen und/ oder schädigenden medizinischen Prozeduren (Diagnostik und/oder Therapien) aussetzt.

- ⇒ Vorgetäushtes Beschwerdebild, das simuliert und/oder produziert wird; auch Aggravation bestehender Erkrankungen möglich; angenommene verursachende Krankheit spricht auf übliche Therapien nicht an
- ⇒ Vorstellung des Kindes zur medizinischen Untersuchung und gewöhnlich länger andauernder, frustranter Diagnostik, häufig einhergehend mit multiplen medizinischen Prozeduren; dadurch unwillentliche, nicht beabsichtigte iatrogene, psychische und physische Schädigung des Kindes durch eine Vielzahl unnötiger invasiver Diagnostik, schmerzhafter Maßnahmen, operativer Eingriffe, Narkoserisiko, unnötiger stationärer Aufenthalte oder Therapien mit entsprechenden Nebenwirkungen bzw. Nebenwirkungsrisiko
- ⇒ Verleugnen des Wissens um die Ursachen des Beschwerdebildes durch Täter
- ⇒ Akute Symptome und Beschwerden bilden sich zurück, wenn das Kind von Täter getrennt wird
- ⇒ Das Motiv des Täters ist für Diagnosefindung irrelevant – MSbP ist keine psychiatrische sondern pädiatrische (Konstellations-) Diagnose!

Motiv: wiederholte ärztliche Untersuchungen und stationäre Aufenthalte Kind um Aufmerksamkeit und Zuwendung zugunsten des Erwachsenen zu erlangen. Ursache ist ausgeprägte, schwerwiegende Persönlichkeitsstörung. Komplexe und schwierige emotionale Interaktion durch massive Täuschungen – terminologisch

Absichtliche Vergiftungen

Unterdiagnostizierte und vom MSbP abzugrenzende Variante der Kindesmisshandlung, da andere zugrunde liegenden Psychopathologie (Sanktionen) mit deutlich höherer Letalität als bei akzidentellen Intoxikationen

- ⇒ Ungewöhnliches Alter (unter 1 Jahr bzw. zwischen 5 und 10 Jahren)
- ⇒ Fehlende oder unpassende Anamnese, verzögertes Aufsuchen medizinischer Hilfe
- ⇒ Multiple oder ungewöhnliche Toxine

- ⇒ **Substanzen:** Ipecac, Laxantien, Pfeffer (letaler Ausgang durch Aspiration), Kochsalz, Trinkwasser (orale oder rektale Applikation), Kohlenmonoxid, Medikamente, Alkohol, Drogen, Haushaltschemikalien, u.a.

8. Vernachlässigung, Gedeihstörung, Emotionale Misshandlung (siehe dazu auch psychosozialen Teil 1 der Leitlinien)

Definition

Basale Bedürfnisse von Kindern werden nicht erfüllt; Unterlassung von Fürsorge durch die für das Kind verantwortlichen Personen mit Gesundheit und Entwicklung schädigenden Folgen. Häufigste Form der Kindesmisshandlung, am häufigsten übersehen/unterdiagnostiziert:

Körperliche und medizinische Vernachlässigung

Mangel an physischer bzw. gesundheitlicher Fürsorge und Schutz vor Gefahren

- ⇒ Keine adäquate qualitative und quantitative Ernährung
- ⇒ Keine adäquate Unterkunft, Bekleidung, Hygiene, Körperpflege, Zahnpflege
- ⇒ Keine Sicherheit vor alltäglichen Gefahren, mangelnde Supervision und Aufsicht
- ⇒ Verweigerung oder Verzögerung medizinischer Hilfe, Noncompliance ärztlicher Empfehlungen
- ⇒ Keine medizinische bzw. gesundheitliche Vorsorge (-untersuchungen) und/oder Impfungen

Emotionale Vernachlässigung

Inadäquate oder fehlende emotionale Fürsorge und Zuwendung, nicht hinreichendes oder ständig wechselndes und dadurch insuffizientes emotionales Beziehungsangebot

- ⇒ Keine Zuwendung, Liebe, Respekt, Geborgenheit, Bestätigung
- ⇒ Mangelnde Anregung und Förderung („stimulative Vernachlässigung“)
- ⇒ Mangelndes Wahrnehmen, Unterstützung, Förderung der Schul- bzw. Berufsausbildung
- ⇒ Keine Erwerb sozialer Kompetenz, „Lebenstüchtigkeit“, Selbstständigkeit, kein angemessenes Grenzen setzen, keine Belehrung über Gefahren
- ⇒ Zeuge chronischer Partnergewalt der Eltern
- ⇒ Permissive Eltern bei Substanzabusus, Delinquenz
- ⇒ Verweigerung oder Verzögerung psychologischer oder psychiatrischer Hilfe

Emotionale Misshandlung

Anhaltend, längerdauernd, allgemeines Kennzeichen der Eltern-Kind-Beziehung)

- ⇒ Aktives Ausdrücken von Geringschätzung, Abneigung, Minderwertigkeit: Schmähungen, verbale Gewalt
- ⇒ Mangel an Wärme, emotionaler Reaktionen und Verfügbarkeit, fehlende Wertschätzung, Gleichgültigkeit
- ⇒ Verstoßen, vermeiden, Isolieren, einsperren, unangemessene Beschränkungen
- ⇒ Unzuverlässiges, unberechenbares widersprüchliches, ambivalente Erziehungsverhalten
- ⇒ Fördern negativer Verhaltensweisen – antisoziales, kriminelles, selbstbeschädigendes Verhalten
- ⇒ Aussetzen und Zeuge werden körperlicher oder seelischer häuslicher Gewalt zwischen den Eltern

9. Tödliche Misshandlungen

- ⇒ Überwiegend nichtakzidentelle Kopfverletzungen (75%), abdominelle Verletzungen, Vernachlässigungen
- ⇒ Unklar hoher Anteil der SIDS Fälle (USA 1-5%) beruht vermutlich auf Kindstötungen.

- ⇒ **Besondere Aufmerksamkeit erforderlich** bei: Entwicklungsverzögerung, Unterernährung, mangelnde Pflege, verzögerte Einschaltung von Rettungskräften, in der Vorgeschichte Nichtwahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, rezidivierende Apnoen oder Zyanoseattacken („ALTE“ kein typischer SIDS Vorläufer!) ohne fassbare Ursache trotz gründlicher Abklärung, insbesondere bei Vorkommen in Betreuung immer derselben Person, Alter über 6 Monate, ungeklärte Todesfälle in der Vorgeschichte, insbesondere bei Vorkommen unter Aufsicht derselben Betreuungsperson, simultane Todesfälle von Zwillingen, Vorgeschichte, die nicht zum SIDS passt (z.B.: Kind stirbt angeblich aus Wachzustand heraus), Misshandlungen in der Vorgeschichte, Verletzungen am Leichnam (frisch und alt), Hinweis auf frühere pulmonale Blutungen durch Nachweis von Siderophagen bei der Obduktion.
- ⇒ **Vorgehen:** Immer „nichtnatürlicher oder ungeklärter Todesfall“ im Leichenschauschein ankreuzen. Gründliche sofortige Anamnese; prompte Untersuchung der Auffindesituation (Polizei); vorurteilsloser und nichtansuldigender Umgang mit den Eltern; gründliche Analyse der medizinischen und sozialen Vorgeschichte: Haus-/Kinderarzt, etwaige stationäre Aufenthalte; rechtsmedizinische gründliche Obduktion (s.o.) innerhalb von 24 Stunden; Involvierung entsprechender Subspezialisten: (forensischer) Pädiater, Kinderradiologe, (pädiatrischer) Neuropathologe, idealerweise in Form eines „Pediatric Death Review Teams“, dem auch die zusammenfassende Beurteilung obliegen sollte.

10. Sexueller Missbrauch

Vorbemerkungen

- ⇒ Aufgrund der Seltenheit forensischer Befunde dient die medizinische Untersuchung nicht (oder nur in Ausnahmefällen) primär dem Beweis eines sexuellen Missbrauchs. **Das Fehlen körperlicher Befunde (<90% präpubertär) schließt einen sexuellen Missbrauch keinesfalls aus**
- ⇒ Niemals ausschließliches diagnostisches Verfahren, zwingend Integration in multiprofessionellen und multidisziplinären Ansatz
- ⇒ Nutzen und potentieller Schaden der medizinischen Untersuchung in jeden einzelnen Fall sorgfältig abwägen, **Untersuchung nie gegen den Willen des Kindes**, Narkoseuntersuchungen nur in Ausnahmefällen (blutende Verletzungen, hohe Wahrscheinlichkeit forensischer Befunde)
- ⇒ Untersuchung möglichst durch kinder-/jugendgynäkologisch/forensisch Erfahrenen
- ⇒ Akute = forensische Untersuchung präpubertär nur erforderlich bei weniger als 24 Stunden zurückliegendem Ereignis (Adoleszente < 72 Stunden) oder bei Vorliegen akuter, frischer Verletzungen

Befunde

Grundlagen

- ⇒ Normale Hymen haben verschiedene Konfigurationen; kongenital fehlendes Hymen nichtexistent
- ⇒ Verschiedene Faktoren beeinflussen anogenitales Erscheinungsbild (variabel je nach Alter, Konstitution, hormonellem Status, Untersuchungstechnik, Anspannung)
- ⇒ Introitusweite kein Kriterium zur Diagnose
- ⇒ Masturbation, Tampons, Sport (z.B. Spagat) führen nicht zu Hymenalverletzungen
- ⇒ Schmerzen oder Blutung in der Anamnese korrelieren signifikant mit positiven Befunden

*Revidiertes Adams Schema 2005: Interpretationshilfe medizinischer Befunde bei Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch (*siehe kindesmisshandlung.de -> Med.Downloads*) - ist aktueller Standard der Befundzuordnung

Diagnostische Befunde (Kategorie 3 nach Adams)*

(nach Ausschluß akzidenteller Genese, bzw. bei inadäquater oder fehlender Anamnese)

- ⇒ Akute Risswunden bzw. ausgeprägte Hämatome der Labien, Penis, Skrotum, perianal, Perineum
- ⇒ Akute Risswunden des posterioren Frenulums der kleinen Labien ("Posterior fourchette") ohne Beteiligung des Hymens
- ⇒ Narbe perianal (DD beachten), "Posterior fourchette", Fossa navicularis (DD Linea vestibularis)
- ⇒ Akute Lazerationen (partielle oder vollständige Einrisse) des Hymens
- ⇒ Ekchymosen, Hämatome des Hymens (DD Infektionen, Gerinnungsstörungen)
- ⇒ Tiefe perianale Einrisse bis zum externen Analsphincter oder darüber hinaus
- ⇒ Geheilte Hymenaldurchtrennung zwischen 3 und 9 Uhr des Hymenalsaums bis zur oder nahe der Basis
oder fehlendes Segment des Hymens
- ⇒ Positive, bestätigte Kulturen für Neisseria gonorrhoe (vaginal, urethral, anal oder pharyngeal) ohne Hinweis auf perinatale Übertragung
- ⇒ Bestätigte Diagnose einer Syphilis (Lues) nach Ausschluß einer perinatalen Übertragung
- ⇒ Trichomonas vaginalis Infektion bei einem Kind jenseits des ersten Lebensjahres mit Identifikation des Organismus durch Kultur oder Nativausstrich
- ⇒ Positive anogenitale Kulturen auf Chlamydia trachomatis jenseits der ersten drei Lebensjahre; Befund mittels Zellkultur oder anderer vom Center for Disease Control empfohlenen Methode
- ⇒ Serologie auf HIV, wenn die Möglichkeit einer perinatalen Übertragung oder einer Übertragung durch Blutprodukte oder kontaminierte Nadeln ausgeschlossen wurde
- ⇒ Schwangerschaft
- ⇒ Nachweis von Spermien oder Sperma (Abstriche, direkt vom Körper eines Kindes entnommen)

Prophylaxen bei akutem Missbrauch (betrifft fast nur Adoleszente, sonst Dosierung adaptieren)

⇒ Prophylaxe sexuell übertragener Infektionen

Ceftriaxon 125 (250) mg ED i.m. *plus*

Metronidazol 2g p.o. ED *plus*

Azithromycin 1g p.o. ED

⇒ (Aktive) Hepatitis B Immunisierung

⇒ Notfallkontrazeption (12 bis max. 72. Std. postkoital)

Levonorgestrel (Unofem®) 1,5 mg ED

⇒ Falls HIV Postexpositionsprophylaxe indiziert

Kombinationstherapie über 4 Wochen (immer *Pädiatrisches HIV Zentrum kontaktieren !)

Zidovudin (Retrovir®) 2 x 180mg/m²/d *plus*

Lamivudin (Epivir®) 2 x 4 mg/kg/d *plus*

Nelfinavir (Viracept®) 3 x 30 mg/kg/d

12. Literatur

- Adams JA, Harper K, Knudson S, Revilla J (1994) Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: It's normal to be normal. *Pediatrics* 94: 310-317
- Adams G, Ainsworth J et al. (2004) Update from the Ophthalmology Child Abuse Working Party. *Eye* 18: 795-798
- Adams JA (2005) Approach to the interpretation of medical and laboratory findings in suspected child sexual abuse: a 2005 revision. *APSAC Advisor* 17: 7-13 (übersetzt unter kindermisshandlung.de ->Med.Downloads->Doku/sonstiges)
- Barlow KM, Thomson E, Johnson D, Minns RA (2005) Late neurologic and cognitive sequelae of inflicted traumatic brain injury in infancy. *Pediatrics* 116: e174-185
- Barnes PM, Norton CM, Dunstan FD et al. (2005) Abdominal injury due to child abuse. *Lancet* 366: 234-235
- Beck-Sagué CM, Solomon E (1999) Sexually transmitted diseases in abused children and adolescent and adult victims of rape: Review of selected literature. *Clin Infect Dis* 28: S74-S83
- Christian C, Lavelle J, Dejong A, Loisselle J, Brenner L, Joffe M (2000) Forensic evidence findings in prepubertal victims of sexual assault. *Pediatrics* 106: 100-104
- De San Lazaro C (1995) Making paediatric assessment in suspected sexual abuse a therapeutic experience. *Arch Dis Child* 73: 174-176
- Havens PL and the Committee on Pediatric AIDS (2003) AAP Clinical report: Postexposure prophylaxis in children and adolescents for nonoccupational exposure to human immunodeficiency virus. *Pediatrics* 111: 1475-1489
pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/111/6/1475.pdf
- Heger A, Ticson L, Velasquez O, Bernier R (2002) Children referred for possible sexual abuse: Medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl* 26: 645-659
- Herrmann B, Navratil F, Neises M (2002) Sexueller Missbrauch an Kindern. Bedeutung und Stellenwert der medizinischen Diagnostik. *Monatsschr Kinderheilkd* 150: 1344-1356
- Herrmann B, Dettmeyer R, Banaschak S, Thyen U (2008) *Kindermisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen*. Springer Verlag (im Druck)
- Kemp A, Maguire S A, Sibert J, Frost R, Adams C, Mann M (2006) Can we identify abusive bites on children? *Arch Dis Child* 2006 91: 951
- Kemp A, Maguire S A, Sibert J, Frost R, Adams C, Mann M (2006) Can we identify abusive bites on children? *Arch Dis Child* 91: 951
- Leventhal JM, Thomas SA, Rosenfield NS, et al. (1993) Fractures in young children—distinguishing child abuse from unintentional injuries. *Am J Dis Child* 147: 87-92
- Maguire S, Mann MK, Sibert J, Kemp A (2005) Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic or suggestive of abuse? A systematic review. *Arch Dis Child*: 90: 182-186
- Maguire S, Mann MK, Sibert J, Kemp A (2005) Can you age bruises accurately in children? A systematic review. *Arch Dis Child*:90:187-189
- Mandelstam SA, Cook D, Fitzgerald M, Ditchfield MR (2003). Complementary use of radiological skeletal survey and bone scintigraphy in detection of bony injuries in suspected child abuse. *Arch Dis Child* 88: 387-389
- McCann J, Miyamoto S, Boyle C, Rogers K (2007) Healing of Hymenal Injuries in Prepubertal and Adolescent Girls: A Descriptive Study. *Pediatrics* 119: e1094-e1106
www.pediatrics.org/cgi/content/full/119/5/e1094
- Minns RA, Brown JK (2005a) Neurological Perspectives of Non-Accidental Head Injury and Whiplash/Shaken Baby Syndrome: An Overview. In: Minns RA, Brown JK (eds) *Shaking and other non-accidental head injuries in children*. Clinics in Developmental Medicine No. 162. Cambridge University Press. S 1-105
- Noeker M, Keller KM (2002) Münchhausen-by-Proxy-Syndrom als Kindesmisshandlung. *Monatsschr Kinderheilkd* 150: 1357-1369
- Oestreich AE (1998) Die akute Röntgendiagnostik der Kindesmisshandlung. Eine Strategie. *Radiologe* 38: 302-306
- Prosser I, Maguire S, Harrison SK et al. for the Welsh Child Protection Systematic Review Group (2005) How old is this fracture? Radiologic dating of fractures in children: A systematic review. *AJR* 184: 1282-1286

- Siegel RM, Schubert CJ, Myers PA, Shapiro RA (1995) The prevalence of sexually transmitted diseases in children and adolescents evaluated for sexual abuse in Cincinnati: rationale for limited STD testing in prepubertal girls. Pediatrics 96: 1090-1094
- Sperhake J, Herrmann B (2008) Schütteltrauma (nicht akzidentelle Kopfverletzung). Aktuelle Kontroversen. Rechtsmedizin 18: 48-52
- Sugar NF, Taylor J, Feldman K (1999) Bruises in infants and toddlers: Those who don't bruise rarely bruise. The Puget Sound Pediatric Research Network . Arch Pediatr Adolesc Med 153:399-403
- Welsh Child Protection Systematic Review Group (2005) Thermal injuries review. www.core-info.cardiff.ac.uk/thermal/index.htm

Verfahren zur Konsensbildung:

Leitlinie erstellt und überarbeitet von B.Herrmann/Kassel; U.Thyen/Lübeck;
S.von Bismarck/ Berlin Delphi-
Konsensverfahren mit Vorstand und Fachausschussvorsitzenden der DGSPJ
Schlussversion erstellt von B.Herrmann/Kassel; U.Thyen/Lübeck; S.von
Bismarck/ Berlin im September 2008
Vom Vorstand der DGSPJ im September 2008 verabschiedet.

Erstellungsdatum:

10 / 2002

Letzte Überarbeitung:

10.09. 2008

Überprüfung geplant: 2012

13. Anhang: Scoring Systeme und Indikatoren, Übersichtstabellen, Klassifikationen

Herrmann 2002: Spezifität nicht akzidenteller Verletzungen

(Immer in Abwesenheit plausibler akzidenteller Erklärungen und nach Ausschluss der Differenzialdiagnosen; Spezifität steigt mit Diagnose begleitender unklarer bzw. nicht akzidenteller Verletzungen)

Hoch

Frakturen: Meta- oder epiphysär, Rippen, Skapula, Sternum, Wirbelkörper, Processus Spinosus

ZNS: Shaken Baby Syndrom, retinale Blutung, Retinoschisis, Glaskörperblutung

Haut: Bissmarken, geformte Hämatomabdrücke¹, geformte Verbrennungen², Immersionsverbrennungen³ *Abdomen*: Intramurale Duodenalhämatome

Mittel

Frakturen: Multiple Frakturen unterschiedlichen Alters, Epiphysiolysen, komplexe Schädelfrakturen, Finger, Hände, Füße, Frakturen im Säuglingsalter, Mandibula, periostale Reaktion

ZNS: Subdurale Hämatome⁴

Haut: Multiple Hämatome (ungewöhnliche Lokalisation), Hämatome im Säuglingsalter, retroaurikuläre Hämatome, Einrisse des labialen oder lingualen Frenulums, Verbrennungen an Händen, Füßen, Anogenitalbereich

HNO: Hypopharynxperforationen

Abdomen: Hohlorganperforationen, linker Leberlappen, Nieren, Pancreas, Pancreaspseudozysten

Sonstige: Rezidivierende ALTE

Niedrig

Frakturen: Clavicula, diaphysäre Frakturen, lineare, einfache Schädelfrakturen

ZNS: Epidurale Hämatome

Abdomen: Milzverletzungen

Haut: Multiple Hämatome im Lauflernalter an „führenden“ Körperpartien, verschiedenfarbige Hämatome, Verbrennungen mit inhomogenem „Spritz und Tropf Muster“

¹ Hände, Griffmarken, Fingerabdrücke, Striemen, Gürtel, Riemen, Schlaufen, Schlingen, Stöcke

² Zigarette, Herdplatte, Bügeleisen, Heizrost u.ä.

³ „Handschuh- oder Strumpfmuster“

⁴ Vor allem über der Konvexität, interhemisphärisch, fehlende Schädelfraktur, subarachnoidal

Herrmann B (2002) Körperliche Misshandlung von Kindern. Somatische Befunde und klinische Diagnostik.

Monatsschrift Kinderheilkunde 150: 1324-1338

Sorantin 2002: Spezifität von Frakturen

Tabelle2

Radiologische Spezifität von Frakturen für nicht akzidentelle Verletzungen

Hoch	Klassische metaphysäre Fraktur Rippenfrakturen, v.a. im dorsalen Abschnitt Frakturen der Skapula, Proc. spinosi und Sternum
Mittel	Multiple, v.a. beidseitige Frakturen Frakturen verschiedenen Alters Epiphysiolyse Wirbelkörperfrakturen oder Subluxationen Fingerfrakturen
Niedrig	Komplexe Schädelfrakturen Periostale Reaktion Klavikulafrakturen Schaftfrakturen langer Röhrenknochen Einfache Schädelfraktur

Sorantin E, Lindbichler F (2002) Die nicht unfallbedingte Verletzung (battered child).
Monatsschr Kinderheilkd 150: 1068-1075

Pierce 2005: Verletzungsplausibilitäts (VP-) Modell (Injury plausibility model)
 (für Femurfrakturen bei Treppenstürzen)

Kategorie	0 Punkte	1 Punkte	2 Punkte	3 Punkte	VP Score
I: AQS* , 3 Sturz Komponenten: initiale Position, Sturz Dynamik und Endposition beschrieben	Komplette Beschreibung aller 3 Sturz Komponenten	Beschreibt 2 von 3 Sturz Komponenten	Beschreibt nur 1 Sturz Komponente	Nicht möglich Details jeglicher 1 Sturz Komponente oder der Verlet- zungsanamnese zu beschreiben oder wechselnde Anamnese	
II: Frakturart, Vgl. Tabelle2 für passende biomechanisch passenden Kriterien	Anamnese adäquat für Fraktur Mechanismus und beobachtete "Bein Biodynamik"	Anamnese adäquat für Fraktur Mechanismus aber "Bein Biodynamik" nicht beobachtet	Anamnese nicht adäquat für Fraktur Mechanismus	Anamnese nicht adäquat für Fraktur Mechanismus und Frakturtyp ist Trümmer-, offen, oder Metaphysär	
III: Zeitliche Abfolge	Sofortiges Aufsuchen medizinischer Betreuung	Verzögertes Aufsuchen medizinischer Betreuung aber Fraktur ist klinisch und radiologisch subtil und gut adaptiert	Verzögertes Aufsuchen medizinischer Betreuung und Fraktur ist klinisch und radiologisch offensichtlich	Verzögertes Aufsuchen medizinischer Betreuung und zusätzlich respiratorische, kardiovaskuläre und/oder neurologische Beeinträchtigung	
IV: Zusätzliche Befunde oder Verletzungen bei initialer Untersuchung	Keine weiteren Verletzungen oder Frakturen (initiale Röntgenbilder)	1 weitere Verletzung	2 weitere Verletzungen	≥3 weitere Verletzungen	
				Totaler VP- Score:	

VP Modell - Scoring Kriterien für Femurfrakturen/Treppenstürze

*AQS – Anamnese Qualitäts Score

**Kriterien zur Bestimmung biomechanischer and Fraktur-Typ Kompatibilität
(Biomechanische Konsistenz)**

Biomechanischer Mechanismus	Fraktur Typ	Biodynamische Anamnesebeispiele
Torsionskräfte	Spiral/lang schräg	Verdrehen oder Rotation des Beines beim Ausrutschen des Kindes, Bein wird unter Körper gefaltet
Verbiegekräfte	Transvers/kurz schräg	Senkrechte Stauchung des Beines, z.B. Bein zwischen Stufe und Erwachsenem Gefangen
Kompressionskräfte	Delle, Beule(?)/Stauchung (<i>"buckle"</i>)	Knie staucht entlang longitudinal Achse des Femurs beim Fallen des Kindes
Dehnungs-, Zug- und/oder Scherkräfte	Klassische metaphysäre Fraktur ("CML")	Ziehen oder reißen des Beines
High-energy event Hochenergetisches Ereignis (jegliche Krafteinwirkung)	Offen und/oder Trümmer-, Splitterbruch	Bein eines Fußgängers durch schnell fahrendes Fahrzeug verletzt

Pierce MC, Bertocci GE, Janosky JE et al. (2005) Femur fractures resulting from stair falls among children: An injury plausibility model. *Pediatrics*; 115:1712-1722.

Dunstan 2002: Hämatome Scoring System

(n=133 misshandelte Kinder mit 763 Hämatomen, Kontrolle: 189 Nicht-misshandelte mit 282 Hämatomen)

Score akzidentell im Schnitt bei 6 (SD 9), Nichtakzidentell bei 88 (SD 60)!

Primärer Score =

2 · Länge auf Armen + 3 · Länge auf Beinen + 4 · Länge auf Thorax, Abdomen, Rücken +
5 · Länge auf Po + 9 · Länge auf Kopf und Hals

New Score =

2 · Länge auf Armen + 2 · Länge auf Beinen + 3 · Länge auf Thorax, Abdomen,
Rücken +
3 · Länge auf Po + 9 · Länge auf Kopf und Hals +
18 · falls Hämatom mit spezifischer Formung/Muster nachweisbar ist

Tabelle 3
Sensitivität und Spezifität des Scoring Systems
für verschiedenen Score Schwellenwerte

Schwelle	Sensitivität	Spezifität	Wahrscheinlichkeit
15	96%	88%	0.45
20	94%	93%	0.93
25	89%	95%	1.74
30	87%	97%	3.03
40	77%	99%	8.00
50	69%	99%	18.9

Tabelle 4
Prädiktive Werte für eine reihe von Scores
Vorherige klinische Wahrscheinlichkeit
einer Misshandlung
0.4 0.25 0.05 0.01

Score	0.4	0.25	0.05	0.01
10	0.10	0.06	0.01	0.00
20	0.38	0.24	0.05	0.01
30	0.67	0.50	0.14	0.03
40	0.84	0.73	0.30	0.07
50	0.93	0.86	0.50	0.16
60	0.97	0.96	0.69	0.30
70	0.98	0.97	0.82	0.47
80	0.99	0.98	0.90	0.64
90	1.00	0.99	0.95	0.78
100	1.00	1.00	0.97	0.87

Dunstan FD, Guilda ZE, Kontos K, Kemp AM, Sibert JR (2002). A scoring system for bruise patterns: A tool for identifying abuse. Arch Dis Child;86:330-333.

Welsh Study Group 2005: Misshandlungs Verbrühungs-Indikatoren

Misshandlungs Verbrennungs-Indikatoren Keine Einzelfaktordiagnose ! Spalte 1 und 3 beruhen auf qualitativ hochwertigen vergleichenden Studien, Spalte 2 auf Berichten und nicht-vergleichenden Studien (Welsh Study Group 2005*)		
Hochverdächtig auf Misshandlungsverbrennung	Misshandlungsverbrennung möglich	Misshandlungsverbrennung unwahrscheinlich
Mechanismus		
Immersion		Übergießen, von oben herunterfließendes Wasser
Agens		
Heißes Leitungswasser		Kochtopfwasser, -flüssigkeiten, Getränke
Muster		
Scharfe obere Begrenzung	Uniforme Verbrühungstiefe	Unregelmäßige Wundränder
Symmetrie (Extremitäten)	Hautfaltenausparung	Unregelmäßige Wundtiefe
	Zentrale Ausparung am Po	Kein Handschuh//Strumpfmuster
Verteilung		
Isolierte Verbrühung Po, Perineum +/- untere Extremität	Handschuh-/Strumpfmuster in einer Extremität	Asymmetrische Beteiligung unterer Extremität
Isolierte Verbrühung der unteren Extremität		Kopf, Hals, Schulter, oberer Stamm, Oberkörper betroffen
Handschuh-/Strumpfmuster		
Klinische Kennzeichen		
Zusätzliche Verletzung ohne Bezug zur Verbrühung	Frühere Verbrennungsverletzung	
Anamnese inkompatibel	Gedeihstörung, Vernachlässigung	
Alte Frakturen	Anamnese mit beobachtetem Entwicklungsstand unvereinbar	
Anamnestische, soziale Kennzeichen		
Passives, introvertiertes, eingeschüchtertes Kind	Trigger wie Enuresis, Enkopresis, Ungehorsam	
Vorherige Misshandlungen	Wechselnde Erklärungsmuster	
Häusliche Gewalt bekannt	Gehäuft frühere Unfälle	
Vielzahl früherer Unfälle	Vorstellung nicht durch Eltern	
Verbrühung wird Geschwister- kind angelastet	Kind dem Jugendamt bekannt	
	Fehlende elterliche	

Welsh Child Protection Systematic Review Group (2005) Thermal injuries review.
www.core-info.cardiff.ac.uk/thermal/index.htm

Bernd Herrmann, Ärztliche Kinderschutz- und Kindergynäkologieambulanz, Klinikum Kassel; DGgKV Kiel

Kurzgefasste Interpretationshilfe medizinischer Befunde bei Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch
 (Übersetztes, modifiziertes „Adam's Schema 2005“)

Publiziert als: Adams JA (2005) Approach to interpreting physical and laboratory findings in suspected child sexual abuse: A 2005 Revision. APSAC Advisor 17: 7-13

Die Nummerierung der Befunde bedeutet keine Reihenfolge der Signifikanz

I. Befunde bei Neugeborenen und nichtmissbrauchten Kindern

Normvarianten

1. **Periurethrale oder vestibuläre Bänder**
(„Periurethral or vestibular bands“)
 2. **Intravaginale Längsgrate/Schleimhautfalten und Kolumnen**
(„Intravaginal ridges or columns“)
 3. **Hymenale Aufwerfungen, Vorsprünge**
(„Bumps and mounds“)
 4. **Hymenalanhängsel oder verbliebene Septumreste**
(„Hymenal tags or septal remnants; auch „projections“)
 5. **Linea vestibularis** (Mediane avaskuläre Zone in der Fossa navicularis)
 6. **Anteriore, superiore Kerben/Spalten des Hymens**
(„Notches/clefts“)
 7. **Oberflächliche Einkerbungen oder Spalten im unteren Bereich des Hymens**
(„Shallow/superficial notch/cleft“)
 8. **Externe hymenale Grate** (Schleimhautfalten)
(„External hymenal ridges“)
 9. **Kongenitale Hymenalvarianten:** semilunär, anulär, wulstig, septiert, cribriform, mikroperforiert, atretisch
(„Crescentic, annular, redundant, septat, cribriform, imperforate“)
 10. **Diastasis ani** (medianer, glatt-atroph wirkender perianaler Bezirk)
 11. **Perianale Hautanhängsel**
(„Perianal skin tag“)
 12. **Vermehrte Pigmentierung der kleinen Labien oder perianal**
 13. **Urethrale Dilatation bei labialer Traktion**
 14. **Verdicktes Hymen** (Östrogenwirkung, Faltung des Hymenssaums; DD Infektion, Trauma=>Kontrolle!)
- Andere medizinische Ursachen**
15. **Erytheme/Rötung anogenitaler Gewebe** (DD Irritanzen, Infektionen, Trauma =>Kontrolle!)
 16. **Vermehrte Vaskularisierung Vestibulums/Hymen** (DD Irritanzen, normales Muster hormoneller Ruhephase)
 17. **Labiale Adhäsionen/Synechien** (DD lokale Reizungen, Entzündungen, Reiben)
 18. **Vaginaler Ausfluss** (Breite DD! Abstriche erforderlich)
 19. **Brüchigkeit der „Posterior Fourchette“* oder hinteren Kommissur** (DD Irritanzen,

Infektionen, iatrogen)

(„*Friability*“)

20. **Exkoriationen, Blutungen, vaskuläre Läsionen** (DD Ekzeme, Seborrhoe, Lichen sclerosus et atrophicus,

anogenitale Streptokokken A Infektionen, Urethralprolaps, Hämangiome)

21. **Perianale Furche oder fehlende Fusion in der Mittellinie**

(„*Groove*“, „*Failure of midline fusion*“)

22. **Anale Fissuren** (DD Obstipation, perianale Infektion, Reizung)

23. **Perianale venöse Stauung** oder Erweiterung (DD lagerungsbedingt, Obstipation)

(„*Venous congestion*“, „*venous pooling*“)

24. **Abgeflachte anale Fältelung** (DD Relaxation des externen Sphinkters, entzündliche Schwellung)

25. **Partielle oder vollständige anale Dilatation unter 2 cm** (DD normaler Reflex, Obstipation, Enkopresis,

Sedierung, Narkose, neuromuskuläre Erkrankungen)

* „*Posterior Fourchette*“ = „Hinteres Band“, Bereich vom Frenulum labiorum pudendi minorum zur Commissura posterior

II. Unklare Befunde : nicht ausreichende oder widersprüchliche Daten aus Studien

Untermauern vorliegende klare Aussage eines Kindes; in Abwesenheit einer solchen Aussage vorsichtig zu bewerten („Verdächtige Befunde“)

Körperliche Untersuchungsbefunde

26. **Tiefe Kerben oder Spalten am posterioren Randsaum des Hymens präpubertär**

(„*Deep notches or clefts*“ versus: „*Transections*“)

(Im Gegensatz zu vollständigen Einschnitten/Durchtrennungen; Differenzierung oberflächlich (< 50% des posterioren Hymenssaums) und tiefen Kerben (> 50%) kann extrem schwierig sein)

27. **Tiefe Kerben oder komplette Spalten des Hymens bei 3 oder 9 Uhr bei adoleszenten Mädchen**

(„*Deep notches or complete clefts*“)

Vereinzelte auch bei sexuell nicht aktiven Mädchen beobachtet

28. **Hymensaum mit weniger als 1 mm Weite** zwischen 4-8 h (Knie-Brust-Lage oder Spülung mit Wasser/NaCl)

29. **Warzenartige Läsionen anogenital** (DD Hautanhängsel, nichtgenitale Warzen, Condylomata acuminata)

30. **Vesikuläre Läsionen oder Ulzera anogenital**

(DD HSV, Syphilis, Varizellen, andere Viren, M. Behcet, M. Crohn, idiopathisch; - gezielte Diagnostik erforderlich)

31. **Ausgeprägte, sofortige Dilatation des Anus auf 2 cm oder mehr**

(DD chronische Obstipation, Sedierung/Narkose, neuromuskuläre Erkrankungen; derzeit kein Konsens über Wertigkeit)

Läsionen mit bestätigter Ätiologie: unklare Spezifität für sexuelle Transmission

32.(*) **Anogenitale Condylomata acuminata** (keine weiteren Hinweise auf Missbrauch)

33.(*) **Anogenitaler Herpes Simplex Typ 1 oder 2** (keine weiteren Hinweise auf Missbrauch)

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

III. Diagnostische Befunde hinsichtlich eines Traumas und/oder sexuellen Kontaktes

Auch ohne Aussage des Kindes. Ausnahme: klarer akzidenteller Mechanismus. Empfehlung qualitativ gute Fotodokumentation anzufertigen und erfahrene zweite Meinung einzuholen. Verlaufskontrolluntersuchungen angeraten.

Akutes Trauma des externen Anogenitalbereiches

34. Akute Lacerationen oder ausgeprägte Hämatome anogenital

(„Acute lacerations“, „extensive bruising“)

35. Akute Lacerationen der "Posterior fourchette" (ohne Hymenbeteiligung; DD durchtrennte labiale Adhäsionen, fehlende Fusion der Mittellinie; auch akzidentelles Trauma, einvernehmlicher Geschlechtsverkehr bei Adoleszenten)

Residuen geheilten/heilenden Traumas

Schwierig zu bewertende Befunde ohne zuvor dokumentiertes akutes Trauma an entsprechender Lokalisation

36. Perianale Narbe (selten, DD andere medizinische Ursachen: M.Crohn, akzidentell,, medizinische Eingriffe)

37. Narben der "Posterior fourchette" oder Fossa navicularis (DD Linea vestibularis, labialen Adhäsionen)

Verletzungen, charakteristisch für stumpfe Gewalt, penetrierendes Trauma oder Kompressions-verletzungen des Abdomens oder Beckens sind (letzteres sofern anamnestisch angegeben)

38. Akute Lacerationen des Hymens (partielle oder vollständige Einrisse)

39. Ekchymosen, Hämatome auf dem Hymen (DD bekannte infektiöse Prozessen, Gerinnungsstörungen)

40. Tiefe perianale Einrisse bis zum externen Analsphincter oder darüber hinaus (DD fehlende Fusion der Mittellinie)

41. Geheilte Durchtrennung des Hymens („vollständige Spalte“)

(„Hymenal transection“, „complete cleft“)

Zwischen 3- 9 h bis oder nahe der Basis durchgerissener Bezirk, Eindruck dort fehlenden Hymens. Bestätigung durch zusätzliche Untersuchungstechniken erforderlich: Knie-Brust-Lage, Wasserspülung, Umfahren mit angefeuchtetem Stieltupfer, Blasenkather-Ballonmethode(nur Adoleszente!).

42. Fehlendes Segment des Hymens

Bezirk des posterioren Hymenssaums mit fehlendem Gewebe bis zur Basis, breiter als vollständige Spalte,

Bestätigung durch zusätzliche Untersuchungstechniken erforderlich

Infektionen beweisend für Schleimhautkontakt mit infizierten und infektiösen Körpersekreten

-Kontakt größter Wahrscheinlichkeit nach sexueller Natur

43.() Infektion mit Neisseria gonorrhoe (Ausschluß perinatale Übertragung)**

44.() Syphilis (Lues) (Ausschluß perinatale Übertragung)**

45. Trichomonas vaginalis Infektion (jenseits 1. Lebensjahr)

46.() Infektion mit Chlamydia trachomatis (jenseits 3. Lebensjahr)**

47.() Positive Serologie auf HIV (Ausschluß Übertragung: perinatal, Blutprodukte, kontaminierte Nadeln)**

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

Diagnostisch für sexuellen Kontakt

48. Schwangerschaft

49. Nachweis von Spermien oder Sperma vom Körper eines Kindes

⇒ Ausführliche kommentierte Version mit Literaturangaben unter kindermisshandlung.de

Verfahren zur Konsensbildung:

Leitlinie erstellt und überarbeitet von U. Thyen, B. Herrmann, R. Frank
Delphi- Konsensverfahren mit Vorstand und Fachausschussvorsitzenden der DGSPJ

Schlussversion erstellt von U. Thyen, B. Herrmann, R. Frank im September 2008
Vom Vorstand der DGSPJ im September 2008 verabschiedet.

Erstellungsdatum:

10 / 2002

Letzte Überarbeitung:

10.09. 2008

Überprüfung geplant: 2012