

Kindsmisshandlung – Kinderschutz

Ulrich Lips

**Ein Leitfaden zu Früherfassung
und Vorgehen in der ärztlichen Praxis**



Stiftung Kinderschutz Schweiz
Fondation Suisse pour la Protection de l'Enfant
Fondazione Svizzera per la Protezione dell'Infanzia



Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
Fédération des médecins suisses
Federazione dei medici svizzeri
Swiss Medical Association

Kindsmisshandlung – Kinderschutz

Ulrich Lips

**Ein Leitfaden zu Früherfassung
und Vorgehen in der ärztlichen Praxis**



Stiftung Kinderschutz Schweiz
Fondation Suisse pour la Protection de l'Enfant
Fondazione Svizzera per la Protezione dell'Infanzia



Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
Fédération des médecins suisses
Federazione dei medici svizzeri
Swiss Medical Association

Impressum

Impressum

Herausgeberin

Stiftung Kinderschutz Schweiz
Postfach 6949 | 3001 Bern
www.kinderschutz.ch

Sie können unsere Arbeit unterstützen: Postkonto 30-12478-8

Autor

Dr. med. Ulrich Lips, Klinischer Dozent, Facharzt FMH für Kinder- und Jugendmedizin, Leiter der Kinderschutzgruppe und Opferberatungsstelle Universitäts-Kinderkliniken Zürich

Projektleitung

Mirjam Rotzler, Stiftung Kinderschutz Schweiz

Gestaltung und Produktion

raschle & kranz | Atelier für Kommunikation, Bern (Gestaltung)
brioChe (Korrektorat)
Stämpfli Publikationen AG, Bern (Druck)

Erstauflage deutsch: März 2011

© 2011 | Stiftung Kinderschutz Schweiz
Alle Rechte vorbehalten

Diese Broschüre kann als pdf in deutscher, französischer und italienischer Sprache heruntergeladen werden:
www.kinderschutz.ch

Über den Autor



Nach Schulen und Medizinstudium in Zürich legte Ulrich Lips 1974 das Staatsexamen ab und absolvierte von 1975 bis 1979 in Bülach,

Winterthur und Zürich die Spezialisierung zum Facharzt FMH für Kinder- und Jugendmedizin. An der Klinik für Neonatologie des Universitätsspitals Zürich und am Kinderspital Zürich war er von 1980 bis 1983 als Oberarzt tätig. 1983 bis 1988 führte er eine eigene Kinderarztpraxis in Zürich-Hottingen. Der damalige Klinikdirektor Prof. Dr. med. Andreas Fanconi berief Lips zum Leitenden Arzt der Medizinischen Klinik, eine Position, die er seit dem 1.6.1988 innehat, ab 2007 als stellvertretender Direktor.

Seit 1988 leitet Ulrich Lips die Kinderschutzgruppe des Kinderspitals Zürich. Im Jahr 1994 wurde diese zugleich zur Opferberatungsstelle. Heute ist die Gruppe die grösste medizinische Institution im Bereich Kindsmisshandlung/Kinderschutz in der Schweiz und betreut mit einem 12-köpfigen, interprofessionell zusammengesetzten Team gut 400 Kinder und Jugendliche pro Jahr.

Von 1992 bis 2007 war Lips Leiter der Fachgruppe Kinderschutz der Schweize-

rischen Gesellschaft für Pädiatrie, einer Gruppierung, die die Kinderschutzmassnahmen an schweizerischen Kinderkliniken koordiniert, Richtlinien festlegt und eine gesamtschweizerische Statistik führt.

Ulrich Lips ist Erst- und Co-Autor von Fachpublikationen zu den Themen Schütteltrauma und Lebensqualität nach Kindsmisshandlung. Als Vorstandsmitglied der Schweizerischen Stiftung Kinder und Gewalt (1993 bis 2000) schuf Lips das Video zur Prävention des Schütteltraumas (1997).

Ulrich Lips war 1996 Gründungsmitglied der Kommission für Kinderschutz des Kantons Zürich (der ersten Kinderschutzkommission in der Schweiz) und gehörte ihr bis 2010 an. Als Kommissionsmitglied war er Mitverfasser der Broschüre «Leitfaden zur Standardisierung des Verfahrens in Fällen von Kindsmisshandlung» (2000/2004).

Im Rahmen der Erarbeitung des nationalen Kinderschutzprogramms 2010–2020 der Stiftung Kinderschutz Schweiz leitete Lips in den Jahren 2007/08 die Arbeitsgruppe «Früherkennung von Gewalt an Kleinkindern». Aus dieser Arbeitsgruppe ging die Idee zum vorliegenden Leitfaden hervor.

Vorwort der FMH

Vorwort der FMH

Ein Kind wird geboren – ein wunderbares Ereignis und der Start zu neuem Werden und Entwickeln. Die Kindheit beginnt und somit ein Lebensabschnitt, den die UN-Kinderrechtskonvention seit 1989 als geschützt definiert. Ein Lebensabschnitt, in dem Kinder aufwachsen, lernen, spielen und sich entwickeln können. Daher ist das Recht auf Freizeit, Spiel und Erholung in der Konvention ebenso verankert wie das Recht auf Privatsphäre, auf eine Familie, elterliche Fürsorge und ein sicheres Zuhause. Werte, die für uns selbstverständlich sind, und doch werden diese Rechte oft missachtet.

Missbrauch, Ausbeutung, Vernachlässigung und Diskriminierung von Kindern gibt es in jedem Land und in jeder kulturellen, sozialen oder wirtschaftlichen Gemeinschaft – auch bei uns. Und trotz Schutzbedürftigkeit sind Kinder Opfer physischer und psychischer Gewalt – mit schwerwiegenden Folgen für Körper und Seele, welche in vielen Fällen die Zukunft der Kinder auf Dauer zu zerstören drohen. Diese Kinder werden in ihrer Entwicklung und Entfaltung beeinträchtigt oder gar geschädigt. Sie nehmen eine schwere Last mit ins Leben, müssen einen Rucksack tragen, mit dem sie viele Wege nicht oder nur noch sehr mühevoll gehen können. Vieles wird komplizierter im Leben und braucht mehr Kraft.

Auch bei uns leben Kinder, die diese Bürde leider tragen müssen. Die Schweiz hat zwar die Konvention über die Rechte des Kindes vor dreizehn Jahren in Kraft gesetzt, aber die Umsetzung ist noch immer nicht koordiniert.

In den ersten Lebensjahren sind Kinder stark im familiären Kontext eingebettet. Oft geschieht die Kindsmisshandlung genau in diesem privaten Rahmen. Einer der wichtigsten regelmässigen Kontakte ausserhalb der Familie findet bei der Vorsorgeuntersuchung sowie bei allen anderen ärztlichen Konsultationen statt. Ärztinnen und Ärzten – wie auch anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens – kommt darum eine wichtige Rolle zu: Sie können die Gefährdung des Kindeswohls frühzeitig erkennen. Wann aber besteht eine Gefährdung, welche Warnsignale gibt es und wie kann dem betroffenen Kind geholfen werden? Es ist manchmal eine Gratwanderung, Signale von Kindeswohlgefährdung von normalen Symptomen und individuellen Entwicklungsschritten zu unterscheiden.

Der vorliegende Leitfaden, den die Stiftung Kinderschutz Schweiz in Auftrag gegeben hat, schafft Klarheit. Er thematisiert Risikofaktoren, Vernachlässigung und Symptome der Kindsmis-

Inhalt

handlung, er erklärt, wie wir mit den Eltern umgehen können, er geht auf die rechtliche Situation in der Schweiz ein und zeigt auf, wo sich Fachpersonen Unterstützung holen können.

Die FMH unterstützt die Bestrebungen der Stiftung Kinderschutz Schweiz: Kinder müssen vor Gefährdung, Vernachlässigung, Ausbeutung und vor jeglicher Gewalt geschützt werden. Wir empfehlen deshalb den vorliegenden Leitfaden als wichtiges Instrument im Alltag, um gefährdeten Kindern frühzeitig Hilfe und Schutz zukommen zu lassen und den betroffenen Müttern und Vätern Unterstützung anbieten zu können. Damit möglichst viele Kinder – so wie es ihnen zusteht – unbeschwert und ohne belastenden Rucksack aufwachsen können.

Dr. med. Jacques de Haller
Präsident der FMH

Dr. med. Christine Romann
Mitglied des Zentralvorstands der FMH
Verantwortliche Ressort Gesundheitsförderung und Prävention

Impressum.....	4
Über den Autor.....	5
Vorwort der FMH.....	6
Inhalt	7
Vorwort der Stiftung Kinderschutz Schweiz	8
Wozu dient dieser Leitfaden?	10
Erster Teil	11
Definition und Formen	11
Risikofaktoren	14
Körperliche Befunde	15
Verhaltensauffälligkeiten.....	24
Dokumentation.....	26
Vorgehen	27
Rechtssituation in der Schweiz.....	30
Zweiter Teil	33
Kinderärztinnen / -ärzte und andere Grundversorgerinnen /-versorger, die Kinder betreuen	33
Kinder- / Jugendpsychiaterinnen und -psychiater.....	34
Kinderchirurginnen / -chirurgen und Chirurgen.....	34
Dermatologinnen und Dermatologen...	35
Hals,- Nasen-, Ohrenärztinnen und -ärzte	37
Geburtshelferinnen / -helfer, Gynäkologinnen/Gynäkologen und Neonatologinnen / Neonatologen.....	38
Zahnärztinnen und Zahnärzte.....	42
Grundversorgerinnen /-versorger und andere Ärztinnen/Ärzte, die keine Kinder betreuen.....	42
Die Rolle der medizinischen Praxisassistentin.....	43
Weiterführende Informationen	44
Empfehlungen.....	45

Vorwort der Stiftung Kinderschutz Schweiz

Liebe Ärztinnen und Ärzte

Als nationale Stiftung macht sich Kinderschutz Schweiz in allen Landesteilen dafür stark, dass die Kinder unserer Gesellschaft in Würde aufwachsen, dass ihre Rechte gewahrt werden und ihre Integrität geschützt wird. Um dies zu erreichen ist die Stiftung Kinderschutz Schweiz bestrebt, den Ursachen von Gewalt nachzugehen und ihnen entgegenzuwirken. Nach wie vor werden jedoch unzählige Kinder in der Schweiz misshandelt, ausgebeutet und vernachlässigt. Die Stiftung Kinderschutz Schweiz möchte mit dem vorliegenden Leitfaden Ärztinnen und Ärzten ein praxistaugliches Instrument zur Verfügung stellen, um Gewalt in einem möglichst frühen Stadium erkennen und geeignete Schritte unternehmen zu können.

Denn Ihnen, liebe Ärztinnen und Ärzte, kommt eine Schlüsselfunktion für die Entwicklung gefährdeter Kinder zu. Ihre frühe und kompetente Reaktion auf eine vermutete oder faktische Kindswohlgefährdung entscheidet in vielen Fällen, ob dem Kind der notwendige Schutz und / oder den Eltern die nötige Hilfe zur Abwendung der Gefährdung zuteil wird. Unterbleibt eine Reaktion, kann sich die

Gefährdung intensivieren, es können möglicherweise langfristige Folgeschäden entstehen.

Wenn Sie als Ärztin oder Arzt mit Kindern in Kontakt kommen, besteht normalerweise immer auch ein Kontakt zu einem Elternteil. Durch diese Konstellation können beim Kind nicht nur Symptome von Gewalt und Vernachlässigung erkannt werden. Vielmehr besteht auch die Möglichkeit, das Kind gleichzeitig auf seine Rechte aufmerksam zu machen, beispielsweise dass es nicht misshandelt werden darf. Andererseits können Sie durch den Kontakt mit den Eltern auch Belastungs- und Risikofaktoren für Kindsmisshandlung und Vernachlässigung ansprechen und mögliche Ressourcen oder Entlastungsmöglichkeiten besprechen.

Für die Schweiz gibt es keine verlässlichen Zahlen über das Ausmass von Gewalt an Säuglingen und Kleinkindern. Die seit 1969 bestehende und damit älteste klinische Kinderschutzgruppe der Schweiz, diejenige des Kinderspitals Zürich, vermerkte in den letzten Jahren eine Zunahme von gemeldeten Verdachtsfällen und eine Zunahme der bestätigten Misshandlungen von Kindern.

Vorwort der Stiftung Kinderschutz Schweiz

Auch wenn die Fallzahlen kein Indikator für eine mögliche Zunahme von Gewalt an Kindern sind, lässt sich aufgrund der markanten Zunahme an Verdachtsfällen doch zumindest auf eine gestiegene Meldebereitschaft schliessen. Die Sensibilität der Öffentlichkeit und von Fachgremien scheint zu wachsen.

Die Qualität der Meldungen ist jedoch entscheidend für die Möglichkeit, Kindsmisshandlungen auch wirklich festzustellen. Um diese zu gewährleisten ist es essenziell, dass für Fachpersonen gezielte Informationen bereitgestellt werden, so zum Beispiel, wann ein begründeter Verdachtsfall besteht und zu welchem Zeitpunkt eine Meldung an eine Kinderschutzbehörde (Vormundschaftsbehörde) oder eine Abklärung bei einer klinischen Kinderschutzgruppe Sinn macht. Auch sind Informationen über den geeigneten Umgang mit dem mutmasslichen Täter/der mutmasslichen Täterin, eine klare Definition der Rolle der involvierten Fachpersonen und Abgrenzung zur Arbeit von Kinderschutzbehörden, Opferberatungsstellen und Kinderschutzgruppen wichtig, damit einem Kind effektiv Schutz zukommt. Auf diese Fragen gibt der vorliegende Leitfaden präzise Antworten.

Verfasst worden ist er von Dr. med. Ulrich Lips, dem Leiter der Kinderschutzgruppe und Opferberatungsstelle des Kinderspitals Zürich. Seiner unermüdbaren Arbeit zum Wohl des Kindes, seinem enormen Erfahrungsschatz und Fachwissen im Bereich Kinderschutz ist es zu verdanken, dass der vorliegende Leitfaden zu Stande gekommen ist. Ich danke Ulrich Lips im Namen der Stiftung Kinderschutz Schweiz herzlich für sein wertvolles Werk und die fruchtbare Zusammenarbeit mit unserer Stiftung.

Ihnen, liebe Leserin, lieber Leser, wünsche ich gute Entscheidungen in der anspruchsvollen ärztlichen Praxis und danke Ihnen für Ihren Beitrag zum Schutz von Kindern!

Stiftung Kinderschutz Schweiz
Jacqueline Fehr, Präsidentin

Einleitung | Wozu dient dieser Leitfaden?

Wozu dient dieser Leitfaden?

Kindsmisshandlung ist häufig. Auch wenn genaue Statistiken aus verschiedenen Gründen fehlen (Dunkelziffer, Falldefinition usw.), ist diese Tatsache unumstösslich: Gemäss vorsichtigen Schätzungen erleiden 10 bis 20 % der Kinder¹ bis zu ihrem 18. Geburtstag eine der Formen von Kindsmisshandlung. Diese Kinder sehen wir täglich in der Praxis, in der Sprechstunde und im Spital, zusammen mit ihren nicht misshandelten Altersgenossinnen²: wegen Beschwerden, Krankheiten und Unfällen, zur Vorsorgeuntersuchung und zum Impfen. Wir sollten sie als misshandelte Kinder erkennen, da ihre Gesundheit und Lebensqualität – akut und für das ganze zukünftige Erwachsenenleben – dadurch wesentlich verbessert werden kann.

Dieser Leitfaden ist kein Kurz-Lehrbuch über Kindsmisshandlung und Kinderschutz. Auf Details wird deshalb verzich-

tet, ebenso auf ein Literaturverzeichnis. Er ist für Sie, Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen in der Praxis bestimmt, die Sie mit dem Gebiet wenig vertraut sind. Ihnen, aber auch Ihren medizinischen Praxisassistentinnen soll der Leitfaden dazu dienen, nicht nur Fälle von erfolgter Kindsmisshandlung, sondern auch Verdachts- und Risikosituationen zu erkennen und zu erfassen. Und er soll Ihnen mögliche Wege im Umgang damit aufzeigen.

Im ersten Teil dieser Broschüre finden Sie Allgemeines zum Phänomen Kindsmisshandlung und zum Umgang damit. Der zweite Teil gibt ergänzende Informationen für Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen, die mit Kindsmisshandlung direkt oder indirekt konfrontiert sind, da sie Kinder direkt behandeln oder erwachsene Patientinnen und Patienten betreuen, die Kinder haben.

¹ Mit dem Begriff «Kinder» sind männliche und weibliche Kinder und Jugendliche bis zum 18. Geburtstag gemeint (gültige juristische Definition).

² Aus Lesbarkeitsgründen wird die weibliche Form verwendet, da Mädchen häufiger misshandelt werden. Selbstverständlich sind immer auch Knaben gemeint.

Erster Teil

Definition und Formen

In der medizinischen Fachwelt hat sich die Einteilung von Kindsmisshandlung in 5 Formen etabliert

- » Körperliche Misshandlung
- » Sexuelle Ausbeutung
(Synonyme: sexuelle Gewalt, sexuelle Übergriffe, sexueller Missbrauch)
- » Psychische Misshandlung
- » Vernachlässigung
- » Münchhausen Stellvertreter-Syndrom

In anderen Bereichen (Sozialwissenschaft, Zivilrecht) werden zusätzlich oder überschneidend andere Misshandlungsformen hinzugefügt

- » Misshandlung durch Autonomiekonflikt
- » Misshandlung durch Erwachsenenkonflikt um das Kind
- » Institutionelle Misshandlung
- » Strukturelle Misshandlung / Gewalt

Die Einteilung in diese verschiedenen Misshandlungsformen hat statistische und didaktische Bedeutung und ist in der Praxis wenig relevant: Es liegt fast immer mehr als eine Misshandlungsform vor und die verschiedenen Misshandlungsformen überschneiden sich.

Definition von Kindsmisshandlung

Kindsmisshandlung ist die nicht zufällige, bewusste oder unbewusste körperliche und /oder seelische Schädigung (durch aktives Handeln oder durch Unterlassung) durch Personen (Eltern, andere Erziehungsberechtigte, Dritte), Institutionen und gesellschaftliche Strukturen, die zu Entwicklungshemmungen, Verletzungen oder zum Tode führt, eingeschlossen die Vernachlässigung kindlicher Bedürfnisse.

Definition und Formen

Formen von Kindsmisshandlung

Körperliche Misshandlung

Es imponiert ein breites Spektrum von Schlägen, Verbrennungen oder Verbrühungen, Quetschungen, Stichen oder Schütteln eines Kindes. Als schwere Verletzungen resultieren z. B. Hirnparenchymläsionen, subdurale Hämatome oder Netzhautblutungen sowie Verletzungen der Thorax- und Abdominalorgane.

Die Kombination von verschiedenen alten Verletzungen (bei anamnestisch nur einem Trauma) weist auf die Mehrzeitigkeit von Traumatisierungen hin.

Vernachlässigung

Nichterfüllen kindlicher Bedürfnisse, z. B. bezüglich Ernährung, Hygiene, Kleidung, Erziehung und Betreuung. Die Vernachlässigung kann sich unter anderem als nicht organisch bedingte Gedeihstörung äussern. Sie kann bewusst oder unbewusst erfolgen.

Psychische Misshandlung

Langfristig negativ-destruktive Einstellung der Erziehungspersonen zum Kind mit kontinuierlichem Herabsetzen des Kindes (Beschimpfungen, Entwürdigungen, Demütigungen, verbales Terrorisieren). Negative Zuschreibungen, die das Selbstwertgefühl des Kindes nachhaltig vermindern. Zugleich wird dem Kind andauernd eine negative Erwartungshaltung über seine Zukunft vermittelt.

Die aktuell häufigste Form der psychischen Misshandlung ist die häusliche Gewalt, bei der die Kinder die verbalen, psychischen oder physischen Auseinandersetzungen ihrer Eltern miterleben müssen.

Sexuelle Ausbeutung

Exhibitionismus vor Kindern, Pornografie mit Kindern, Masturbation mit dem Kind, Penetration (vaginal / anal / oral). Opfer sind Knaben wie Mädchen, oft noch im Kleinkindesalter. Die Täter und Täterinnen stammen zu einem Grossteil aus dem sozialen Nahraum der Opfer. Eindeutige körperliche Befunde sind selten vorhanden.

Definition und Formen

Münchhausen Stellvertreter-Syndrom

Eltern (meist Mütter), die beim medizinischen Personal ein sehr positives Bild von sich erwecken, erfinden Symptome, die ihr Kind haben soll (Fieber, Krämpfe, Blutungen usw.) oder erzeugen diese durch verschiedenste Manipulationen. Beides bewirkt zahlreiche unnötige medizinische Abklärungen und Eingriffe. Die Mutter rückt damit ins Zentrum als besorgte Betreuungsperson eines Kindes, dessen Krankheit niemand kennt und dem folglich nicht geholfen werden kann. Daraus zieht sie einen sekundären «Krankheits»-Gewinn.

In dieses Kapitel gehören auch Forderungen von unnötigen Operationen.

» s. Kapitel «Hals-, Nasen-, Ohrenärztinnen und -ärzte», S. 37

Misshandlung durch Autonomiekonflikt

Nichtbewältigung von Ablösekonflikten zwischen Eltern und ihren heranwachsenden Kindern.

Misshandlung durch Erwachsenenkonflikt um das Kind

Diese Misshandlungsform läuft in medizinischen Statistiken unter psychischer Misshandlung.

Konflikt – meist der Eltern – um das Kind in Situationen von Zerwürfnis, Trennung oder Scheidung. Das Kind wird durch die Dialogunfähigkeit der Erwachsenen in den Konflikt mit einbezogen und nicht selten zusätzlich von den Konfliktparteien für die eigene Sache instrumentalisiert, was zu einer psychischen Schädigung des Kindes führt. Dies trifft insbesondere kleine Kinder, die in ihrer Meinung über den elterlichen Konflikt hin und her gerissen sind.

Strukturelle Misshandlung / Gewalt

Strukturelle Gewalt macht Kinder zu Opfern von gesellschaftlichen Strukturen, die als kinderfeindlich oder zumindest als nicht kinderverträglich zu bezeichnen sind (z. B. Armut, Strassenverkehr, Umweltverschmutzung). Diese Art der Schädigung von Kindern ist gut nachvollziehbar, ist aber schlecht zu quantifizieren und erweitert den Begriff der Kindsmisshandlung in eine derart uferlose Dimension, dass statistische Zahlen im Vornherein undenkbar sind.

Risikofaktoren

Risikofaktoren

Kindsmisshandlung ist immer multifaktoriell verursacht und nie Resultat eines einzigen Belastungs- oder Risikofaktors. Die Summation mehrerer Risikofaktoren führt zur Überforderung mit erniedrigter Stresstoleranz, Kontrollverlust und Unfähigkeit, die kindlichen Bedürfnisse zu erfassen und/oder zu befriedigen. Dies gilt für alle Misshandlungsformen ausser der sexuellen Ausbeutung, bei der ein ganz anderes Täter- / Täterinnen-Profil vorliegt.

Die häufigsten Risikofaktoren sind

- » soziale Isolation, Ausgrenzung
- » finanzielle Schwierigkeiten (Arbeits- / Wohnsituation)

- » unerwünschte Schwangerschaft
- » sehr frühe Mutterschaft
- » rasche Geburtenfolge
- » soziale und / oder emotionale Verunsicherung
- » eigene Missbrauchserfahrung
- » Suchtmittelabhängigkeit
- » psychische Krankheit / Auffälligkeit (postpartale Depression)
- » chronische Krankheit eines Elternteils
- » Straffälligkeit eines Elternteils

- » Paarkonflikte, Trennungs-, Scheidungssituationen
- » häusliche Gewalt

- » Körperstrafe als Erziehungsmittel akzeptiert
- » unangemessen hoher Erwartungsdruck der Eltern

- » Mehrlinge
- » extrem Frühgeborene
- » Schreibabies
- » Kinder mit problematischem Essverhalten
- » Kinder mit Schlafstörungen
- » Kinder mit Behinderung
- » chronisch kranke Kinder

Körperliche Befunde

Allgemeine Hinweise

Folgende Angaben, Verhaltensweisen und Befunde sind allgemeine Hinweise auf das Vorliegen einer körperlichen Misshandlung:

Verzögertes Aufsuchen ärztlicher Hilfe

Das betrifft v.a. oberflächliche Hautläsionen: Kinder werden mit Schürfwunden und leichtgradigen Verbrühungen primär nicht vorgestellt, sondern erst verzögert, z. B. wenn ein Wundinfekt aufgetreten ist, der die Arztkonsultation unabweidbar macht.

Ungereimtheiten in der Anamnese

- » Es werden unwahrscheinliche, nicht zum Verletzungsmuster passende anamnestiche Angaben gemacht (Beispiel: isoliert striemenförmige Hämatome an der linken Wange, sonst keinerlei Läsionen am Körper; Angabe: Sturz vom Dreirad). Dieselbe Person erklärt die Entstehung der Verletzungen zu verschiedenen Zeitpunkten abweichend (Beispiel: Verbrühung durch heißen Tee verursacht, später: durch heiße Suppe).
- » Verschiedene, angeblich beim Unfall anwesende Personen, geben abweichende Schilderungen an.

Verschieden alte Verletzungen

Das Vorliegen verschieden alter Verletzungen (Hämatome in unterschiedlichem Verfärbungsstadium, verschieden alte Frakturen usw.) ist v.a. dann auffällig, wenn nur ein Unfallereignis angegeben wird, was meistens der Fall ist. Cave: Motorisch aktive Kinder haben an den typischen Anschlagestellen (Schienbeine!) fast immer verschieden alte Hämatome.

Unbegründete Arztwechsel

» Häufige Absage von Konsultationen

Konsultationen für Vorsorgeuntersuchungen und / oder Impfungen werden immer wieder kurzfristig abgesagt. Der Grund dafür kann das Vorliegen von Hämatomen oder anderen Bagatellverletzungen sein, die der Arzt nicht sehen soll.

Körperliche Befunde

» Inadäquates Verhalten der Eltern / Begleitpersonen

Auffallend ist v.a., wenn Eltern oder Begleitpersonen bei relativ schweren Verletzungen wenig beeindruckt oder teilnahmslos erscheinen. Cave: Unschuldige Eltern können durch den Unfall so schockiert sein, dass sie sich in einem psychischen Ausnahmezustand befinden.

» Krankheitsbilder, «die es nicht gibt»

Wenn Sie im Laufe der Betreuung eines Kindes damit konfrontiert sind, dass immer wieder neue Krankheitssymptome geschildert werden – und alte unerklärt und unbehandelt verschwinden –, denken Sie an das wahrscheinlich gar nicht so seltene Münchhausen Stellvertreter-Syndrom. Dies insbesondere, wenn die Symptome aussergewöhnlich sind (z. B.: Säugling, der alle paar Wochen blutet, einmal aus dem Mund, dann vaginal, Hämoptyse, Blut ab ano) und ganz besonders, wenn Sie jeweils keinen Befund erheben können (im obigen Beispiel: keine Blutspuren, Hämoglobin normal, Blutgerinnung normal usw.). Dasselbe gilt für Krankheitsbilder, die Sie selber und erfahrene Kollegen noch nie gesehen haben: Entweder haben Sie eine neue Krankheit entdeckt (die Sie umgehend wissenschaftlich aufarbeiten und publizieren müssen!) oder es liegt ein Münchhausen Stellvertreter-Syndrom vor. Sollten Sie diesen Verdacht haben, sind Sie mit einer der schwierigsten medizinischen Situationen konfrontiert: Lassen Sie sich unverzüglich von der Kinderchutzgruppe³ eines grösseren Kinderspitals beraten, wie weiter vorzugehen ist.

Spezielle Befunde

Hautläsionen

Hämatome

Hämatome sind bei motorisch aktiven Kindern häufig. Die Zuordnung zu einer Misshandlung bedarf der Berücksichtigung der folgenden Punkte:

» Alter und psychomotorischer Entwicklungsstand des Kindes

Für die Entstehung eines Hämatoms ist eine gewisse Krafteinwirkung notwendig: Ein Kind muss stürzen oder sich heftig anschlagen, damit ohne Fremdeinwirkung

³ Jede grössere Kinderklinik in der Schweiz hat eine Kinderchutzgruppe



Abb. 1: Hämatom an typischer «Anschlagestelle»
(Kleinkind im Gehbeginn: Häufiges Anschlagen/Stürzen)



Abb. 2: Hämatom an höchst misshandlungsverdächtiger
Lokalisation (Kleinkind, angeblich unbeobachtet gestürzt)

ein Hämatom entsteht. Dies ist nur möglich, wenn das Kind einen entsprechenden psychomotorischen Entwicklungsstand erreicht hat: Säuglinge können sich ohne Fremdeinwirkung keine Hämatome zuziehen, bettlägerige Kinder mit eingeschränkter Motorik auch nicht.

» Lokalisation

Bezüglich Misshandlung **unverdächtige** Hämatome befinden sich an den typischen Anschlagstellen: Stirne, Jochbein, Nase, Kinn, Ellbogen, Beckenkamm, Knie, Schienbein. (Abb. 1 und 3) **Verdächtig** sind Hämatome oberhalb des «Hutrandes», an Hals, Nacken, Brust, Rücken, Bauch, Gesäss und Extremitäteninnenseiten. (Abb. 2 und 4)

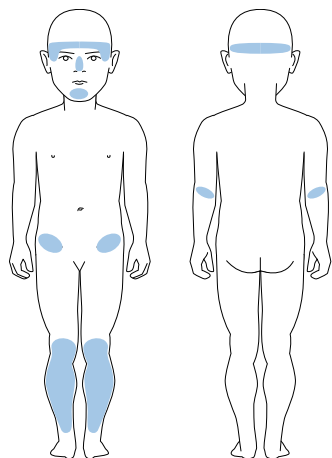


Abb. 3: Typische Lokalisationen von unfallbedingten Hämatomen

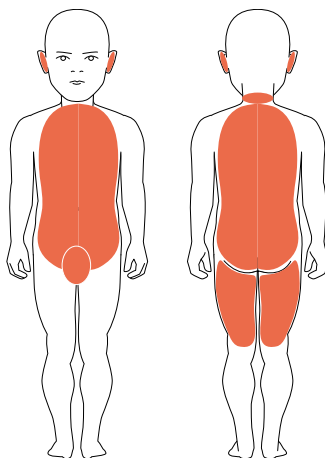


Abb. 4: Typische Lokalisationen von misshandlungsbedingten Hämatomen



Abb. 5: Spuren von Schlägen mit einem Elektrokabel



Abb. 6: Spur einer massiven Ohrfeige

» Alter

Alle Hämatome, die von einem einzigen Unfallereignis stammen, haben in der Regel die gleiche Farbe. Verschieden verfärbte Hämatome müssen somit von mehrzeitigen Traumata verursacht sein (wie sie bei gesunden Kindern ab einem gewissen Alter häufig sind; Hämatome sind dann an den typischen Stellen!). Cave: Die Altersbestimmung von Hämatomen auf Grund der Verfärbung hat in letzter Zeit an Wertigkeit stark eingebüsst. Geblieben ist einzig: Gelbverfärbung bedeutet, dass das Hämatom mehr als 3 Tage alt ist. Trotzdem gilt: Ein einziger Unfall = alle Hämatome haben die gleiche Farbe.

» Spuren

Spuren, die einem Gegenstand oder Körperteil zugeordnet werden können, sind praktisch beweisend für Misshandlung; Beispiele: Gürtelschnalle, Stock (=lineäre Doppelkontur), Draht oder Seil (= Schleife), Kleiderbügel, Hand / Finger, Bissspuren usw. (Abb. 5-7)

» Gerinnungsstörung

Selbstverständlich ist beim Vorliegen einer Gerinnungsstörung die Wertigkeit von Hämatomen eine ganz andere. Aber: Auch Kinder mit einer Gerinnungsstörung können misshandelt sein!



Abb. 7: Spur eines Menschenbisses



Abb. 8: Akzidentelle Verbrühung durch sehr heisses Getränk, das das Kind vom Tisch herunter gezogen hat (Tasse auf Set)



Abb. 9: Verbrühung durch Misshandlung: Eintauchen der Füße in heisses Wasser

» Andere Differentialdiagnosen

- Mongolenflecken (z.T. ganzer Rücken, Oberarme, bis auf Handrücken)
- Purpura Schönlein-Henoch und andere Vaskulitiden
- Ehlers-Danlos-Syndrom
- Lichen sclerosus et atrophicus

» s. Kapitel «Dermatologinnen und Dermatologen», S. 35

Thermische Verletzungen

Verbrühungen

Die meisten **unfallbedingten** Verbrühungen entstehen, indem ein (Klein-)Kind heiße Getränke und Speisen von Tisch oder Küchenablage herunter zieht. Dafür braucht es einen entsprechenden psychomotorischen Entwicklungsstand. Es entstehen typische Verbrühungsmuster: Betroffen sind Brust, Bauch, eventuell Schultern und Kinn. Der Tiefegrad der Verbrühung nimmt von cranial nach caudal ab. Ebenfalls häufig kommt es zu einer Verbrühung, wenn Eltern / Betreuungspersonen gleichzeitig ihren Säugling auf dem Arm / auf den Knien und ein heißes Getränk in der anderen Hand haben. **Misshandlungsbedingte** Verbrühungen sind in der Regel scharf abgegrenzt und v.a. an Händen, Füßen und im Anogenitalbereich lokalisiert. Dies sind Regionen, wo sich Kinder ohne Fremdeinwirkung keine Verbrühungen zufügen oder, falls eventuell an den Händen oder Füßen, ganz anders konfigurierte. (Abb. 8–9)

Körperliche Befunde

Verbrennungen

Wenn Kinder Kontakt mit heißen Gegenständen oder Feuer haben, dann nur, weil sie die Gefahr nicht erkennen (heisse Herdplatte, heisse Backofentüre usw.) oder weil sie stürzen oder stolpern. Beim **akzidentellen Kontakt** mit heißen Gegenständen befinden sich die Läsionen somit meistens an der Handfläche oder Fußsohle, bei Stürzen sind die Verbrennungen oft mit anderen Verletzungen kombiniert. **Spuren** von heißen Gegenständen (Grill, Bügeleisen, Zigarette usw.) sind immer **misshandlungsverdächtig**.

Differentialdiagnosen

- Staphylococcal Scalded Skin Syndrome
- Epidermolysis bullosa
- fernöstliche Volksheilverfahren (Bestreichen der Haut mit heißem Löffel gegen Fieber: Cao Gio oder cupping)

Frakturen

Der Nachweis von Frakturen am kindlichen Skelett ist ein gewichtiger Baustein zur Diagnosestellung Kindsmisshandlung, insbesondere wenn die Frakturen in einem ungewöhnlich jungen Alter auftreten oder der angegebene Unfallmechanismus nicht zur vorliegenden Fraktur passt. Zu berücksichtigen sind die folgenden Faktoren:

Alter / Psychomotorik des Kindes

Aus biomechanischen Gründen kann sich ein Kind durch eigene Aktivität erst eine Fraktur zuziehen, wenn es frei geht, also kaum im 1. Lebensjahr. Frakturen vor dem 1. Geburtstag gelten deshalb primär als sehr verdächtig und bei sorgfältiger Untersuchung der Umstände resultiert, dass jede zweite Fraktur vor dem 1. Geburtstag durch eine Misshandlung verursacht wird. Einzelne Studien bezeichnen gar Frakturen vor dem 4. Geburtstag als sehr verdächtig und in jedem Fall ätiologisch genau zu hinterfragen.



Abb. 10: Metaphysäre Fraktur «bucket handle fracture»

Abb. 11: Metaphysäre Fraktur «corner fracture»

Multiple Frakturen / unterschiedliches Alter der Frakturen

Nach Unfällen liegt in 80 % eine einzige Fraktur vor, misshandelte Kinder weisen im Durchschnitt 3 Frakturen auf. Verschieden alte Frakturen sind ein starkes Argument für das Vorliegen einer (mehrzeitigen) Misshandlung.

Prädilektionsstellen / Frakturtyp

Hochverdächtig sind Frakturen der Rippen und der langen Röhrenknochen sowie meta- und epiphysäre Frakturen bei Kleinkindern (corner fracture resp. bucket handle fracture). (Abb. 10–11)

Gegenstand kontroverser Diskussionen ist, ab welcher Fallhöhe Schädelfrakturen bei Säuglingen entstehen (z. B. durch Sturz vom Wickeltisch): Als grobe Faustregel kann gelten, dass ab der Fallhöhe von einem Meter sogenannte einfache, d. h. lineäre, die Schädelnähte nicht kreuzende Schädelfrakturen auftreten können. Zu berücksichtigen ist dabei die Beschaffenheit der Aufprallfläche und ob der Schädel eventuell auf ein kleines hartes Objekt schlug, was auch bei geringerer Fallhöhe zu Impressionsfrakturen führen kann. Jedenfalls verursacht ein «Sturz vom Wickeltisch» (Wickeltischhöhe 80–90 cm) kaum je eine Schädelfraktur.

Differentialdiagnose

Frakturen, die wegen einer Osteopenie durch ein sehr geringes Trauma oder sogar spontan entstehen, werden immer wieder als mögliche Differentialdiagnose zu einer Misshandlung erwähnt.

Körperliche Befunde

In Frage kommen die folgenden Zustände:

- » Osteogenesis imperfecta
- » Osteopenie bei extremer Frühgeburtlichkeit (< 32 SSW); erste Lebensmonate
- » Osteopenie bei Inaktivität (gehunfähige, behinderte Kinder)
- » Rachitis

Man bedenke aber, dass alle diese Zustände entweder anamnestisch und klinisch klar sind (Frühgeburtlichkeit, Rachitis, Inaktivität) oder dann viel seltener als Kindsmisshandlung vorkommen (Osteogenesis imperfecta).

Innere Verletzungen

Innere Verletzungen führen in der Regel zu schwerwiegenden Krankheitsbildern, die eine unmittelbare Hospitalisation notwendig machen. Deshalb wird hier nur auf einzelne, leichtere Verletzungen eingegangen und auf das Schütteltrauma, bei dem der Hauptfokus in der Praxis auf der Prävention liegt (Umgang mit schreiendem Säugling).

Schütteltrauma

Das Schütteln in sagittaler Richtung eines Kindes, das seinen Kopf nicht stabilisieren kann, führt zu schweren intrakraniellen und intracerebralen Verletzungen, ohne dass der Schädel zusätzlich irgendwo aufschlägt (und somit weder Prellmarken noch Frakturen aufweist). Hauptverletzungsmuster sind Subduralhämatome, shearing injuries im Hirnparenchym (beides führt zusätzlich schädigend zu erhöhtem intrakranielltem Druck) sowie Retina- und / oder Glaskörperblutungen. (*Abb. 12*)

Betroffen sind Säuglinge, Knaben mehr als Mädchen, Häufigkeitsgipfel 5 Monate. Auslösender Faktor ist in aller Regel das (vermehrte) Schreien des Säuglings (deshalb sind die Knaben häufiger betroffen). Die klinische Präsentation besteht aus der Symptomentrias eingeschränktes Bewusstsein (Irritabilität bis Koma), Atemstörung (Bradypnoe bis Apnoe) und Krampfanfällen. Die Prognose ist äusserst ungünstig: 20 – 25 % der Kinder sterben unmittelbar nach dem Trauma, die Überlebenden sind fast ausnahmslos in unterschiedlichem Ausmass behindert.

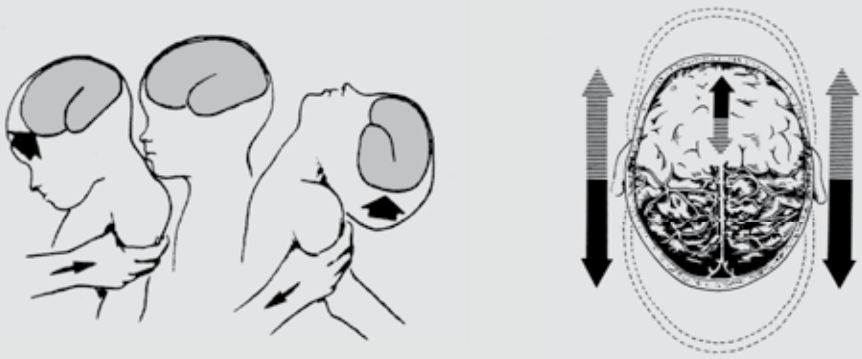


Abb. 12: Mechanismus des Schütteltraumas

Verletzungen in der Mundhöhle

Insbesondere Säuglinge werden gelegentlich mit Blutungen im Mundbereich vorgestellt. Diese können durch gewaltsames Füttern oder Schläge auf den Mund entstehen.

» s. Kapitel «Zahnärztinnen und Zahnärzte», S. 42

Intoxikationen

Ungewöhnliche Bewusstseinszustände oder neurologische Befunde müssen an die Verabreichung von psychotropen Substanzen oder Medikamenten an das Kind denken lassen. Der Nachweis gelingt in Urin und /oder Blut; am besten asservieren Sie beides sofort in der Praxis, wenn Sie einen Verdacht haben. Vor- erst tiefgekühlt, kann das Material später untersucht oder verworfen werden.

Befunde nach erfolgter Mädchenbeschneidung

Das Resultat einiger Formen von Mädchenbeschneidung⁴ (Infibulation, Exzision, gewisse Formen der Inzision) können bei der Genitaluntersuchung des Mädchens leicht erkannt werden, z. B. das Fehlen von Klitoris und /oder kleinen Schamlippen sowie vernähte Vulvaränder. Wenig ausgeprägte Inzisionen oder

⁴ Es werden heute die folgenden Formen von Mädchenbeschneidung (female genital mutilation FGM) unterschieden:

- A (Typ 1 «Sunna»): Exzision der Vorhaut mit oder ohne Klitoris
- B (Typ 2 «Exzision»): Exzision von Klitoris und kleinen Schamlippen
- C (Typ 3 «Infibulation»): Entfernung der Klitoris, Schamlippen und angrenzenden Teile mit anschließendem Zunähen der Vagina bis auf eine kleine Öffnung

Körperliche Befunde

«Miniformen» der Mädchenbeschneidung (Ritzen der Klitoris bis ein Tropfen Blut fliesst) entgehen meist der Untersuchung.

Knabenbeschneidung

Selbst in Fachkreisen wird die Beschneidung des neugeborenen Knaben kontrovers diskutiert. Sie stellt einen medizinisch nicht indizierten Eingriff dar, zu dem das betroffene Individuum nicht Stellung nehmen kann und widerspricht damit den heute gültigen Auffassungen der biomedizinischen Ethik.

Körperliche Befunde nach sexueller Ausbeutung

Die breite Definition der sexuellen Ausbeutung, die oft nicht einer vaginalen oder analen Penetration entspricht, hat zur Folge, dass körperliche Befunde nach sexuellen Übergriffen äusserst selten sind. Liegen Befunde vor, sind sie oft derart diskret, dass deren Abgrenzung von unspezifischen Befunden oder Normvarianten nur der erfahrenen Fachperson gelingt, der Kinder mit dieser Fragestellung zuzuweisen sind – unverzüglich, falls ein vermuteter Übergriff weniger als 72 Stunden zurück liegt. Als erfahrene Fachpersonen können nur Kinderärztinnen mit gynäkologischer Zusatzausbildung gelten sowie Gynäkologinnen, die regelmässig Kinder mit dieser Fragestellung untersuchen.

Wenn der Verdacht auf sexuelle Ausbeutung besteht, ist die Dokumentation von Aussagen der Patientin von grösster Bedeutung. Die Protokollierung muss «im Originalton» erfolgen (d.h. wörtlich, unter Umständen in Mundart) unter Angabe der Aussagesituation (während der Konsultation, beim Herausgehen, im Wartezimmer; welche Personen sind anwesend, wie verhalten sich diese usw.). Auf diese exakte Protokollierung hat sich der Arzt zu beschränken, niemals sollen Kinder zu eventuellen sexuellen Übergriffen «befragt» werden; dies kommt (gemäss Opferhilfegesetz) einzig und allein den ermittelnden Behörden zu. Es ist bekannt, dass «Vorbefragungen» das Aussageverhalten der Kinder durch Ermittlungsbeamtinnen beeinflussen. Durch eine solche Befragung erweist der Arzt der Patientin somit einen Bärendienst.

» s. Kapitel «Geburtshelfer / Gynäkologen / Neonatologen», S. 38

Verhaltensauffälligkeiten

Viel häufiger als das Vorliegen von körperlichen Befunden sind nach Kindsmisshandlung kindliche Verhaltensauffälligkeiten. Diese sind Folge der erlittenen Traumata und somit die Art des Kindes, damit umzugehen. Entsprechend den ganz unterschiedlichen Schutzfaktoren (Resilienz), die Kinder haben, sehen die Verhaltensänderungen – auch bei vergleichbarer Traumatisierung – ganz verschieden aus; zudem hängen sie vom Alter des Kindes und von der Stellung und Beziehung des Täters zum Kind ab.

Verhaltensauffälligkeiten als Hinweis auf Kindsmisshandlung sind praktisch nie spezifisch für die Art der Traumatisierung: So können im Rahmen einer Kampfscheidung, die für das Kind eine psychische Traumatisierung darstellt, dieselben Symptome auftreten, wie nach chronischer sexueller Ausbeutung, nach lange dauerndem Mobbing in der Schule oder nach Verlust eines Elternteils durch Tod. Man hüte sich also, einzelne Symptome zu deuten, ohne die Lebensgeschichte und den Gesamtkontext, in dem das Kind lebt, genau zu kennen; Symptomlisten sind mit äußerster Vorsicht anzuwenden und zu interpretieren!

Mögliche psychosomatische Symptome

- » Schlafstörungen
- » Essstörungen (Gewichtszunahme oder -abnahme)
- » chronische Schmerzen wie Bauchweh, Kopfweh
- » Einnässen

Mögliche psychische Symptome / Reaktionen

- » depressive Reaktion, Rückzug, Anpassung
- » Distanzlosigkeit, Berührungsangst
- » nicht dem Alter entsprechende Beschäftigung mit Sexualität, exzessives (eventuell öffentliches) Masturbieren
- » sexuelle Übergriffe auf jüngere Kinder
- » aggressives Verhalten
- » Selbstverletzung, Substanzmissbrauch
- » Suizidalität
- » Weglaufen, Lügen, Leistung verweigern, Delinquenz
- » Zurückfallen in Verhalten einer jüngeren Entwicklungsstufe
- » Schulleistungsabfall

Verhaltensauffälligkeiten | Dokumentation

Mögliche längerfristige psychische Folgen

- » gestörte Beziehungsfähigkeit
- » Störung der Persönlichkeitsentwicklung
- » Entwicklungsstillstand, Gedeihstörung
- » Sprach-, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen
- » Anwendung von Gewalt als Erwachsene in der Elternrolle

Dokumentation

Langzeitdokumentation

In der Langzeitbetreuung einer Patientin und ihrer Familie kommt es immer wieder vor, dass sich der Kinderarzt über Aussagen und Befunde wundert, sozusagen innerlich die Stirne runzelt. Im Moment ist meist zu wenig Grund vorhanden, den Verdacht auszusprechen, oft kommt das ungute Gefühl auch erst, wenn die Familie schon wieder weg ist. Solche Befunde, Gedanken und Gefühle sollen in der Patientendokumentation festgehalten werden, mit einer anderen Farbe vielleicht, mit einem speziellen Signet versehen: Jeder hat da seine eigene Methode. Die meisten dieser Notizen wird man nie mehr suchen und lesen, da die Verdachtssituation einmalig bleibt. Wenn sie sich aber wiederholt, werden die alten Notizen zu einer unschätzbaren Hilfe, und nur dank ihnen gelingt es, ein meist komplexes Geschehen zu objektivieren und einzuordnen.

Akute Dokumentation

Aussagen

Insbesondere bei der sexuellen Ausbeutung, aber auch bei anderen Formen von Kindsmisshandlung kommt der Aussage des Kindes zentrale Bedeutung zu. **Spontane** Äußerungen in diesem Zusammenhang sollen deshalb unverzüglich wortgetreu in der Patientendokumentation festgehalten werden, in der Sprache des Kindes (also z. B. in Mundart) und unter Angabe, in welchem Kontext die Aussage gemacht wurde (z. B. bei der Untersuchung des Abdomens oder des Genitale) und in wessen Gegenwart (Mutter, Vater, Drittperson). Auch **erfragte**

Dokumentation | Vorgehen

Äusserungen können bedeutungsvoll sein, dann muss aber – neben den oben erwähnten Umständen – angegeben werden, wie die Frage lautete und wer sie stellte. Aussagen von Kindern auf Tonband oder Video aufnehmen zu wollen, gelingt meist aus technischen Gründen nicht, da das Kind nichts mehr sagt, bis die Installation läuft. Solche Aufnahmen haben auch keinen juristisch verwertbaren Stellenwert und interferieren eventuell mit in der Folge durchgeführten formellen Befragungen durch die Justizorgane (s. S. 30). Sie können allerdings als eigene Gedächtnisstütze nützlich sein.

Befunde

Der Dokumentation von sichtbaren Befunden kommt nur eine Bedeutung zu, wenn sie präzise und aussagekräftig ist. Dann allerdings ist sie von unschätzbarem Wert, da gerade Schleimhaut- und Hautbefunde in kurzer Zeit heilen oder sich stark verändern. Eine sehr gute Möglichkeit der Dokumentation sind immer Zeichnungen und genaue Beschreibungen in der Patientendokumentation. Sie haben den Vorteil gegenüber Foto- und Videoaufnahmen, dass die Begleitpersonen und das Kind durch die Dokumentation von der besonderen Aufmerksamkeit oder vom Verdacht des Arztes nichts mitbekommen. Je nach Praxisroutine sind sich die Patienten aber an die Verwendung von Digital- und Videokamera gewohnt und es kommt kein besonderer Verdacht auf. Polaroidfotos sind qualitativ nie genügend und deshalb nicht in Betracht zu ziehen.

Vorgehen

Ziel und Grundprinzip des Kindesschutzes

Ziel aller Bemühungen ist es, eine Gefährdung oder Verletzung des Kindeswohls abzuwenden oder zu beenden. Zu diesem Ziel führen viele Wege, die individuell evaluiert werden müssen. Nie sind Standardlösungen hilfreich bzw. zielführend. Nach dem Grundprinzip **«Nie allein»** muss mit erfahrenen Fachpersonen nach der im gegebenen Fall besten Lösung gesucht werden. Bei akuter Gefährdung ist der unmittelbare **Schutz des Kindes** die dringlichste Massnahme.

Vorgehen

Umgang mit dem Verdacht in der Praxis

Wenn der Verdacht einmal aufgekommen ist, muss schon einiges passiert sein, denn wir alle haben die Tendenz, die Wahrnehmung von Kindsmisshandlung erst einmal zu verdrängen oder zu verharmlosen. Der Verdacht muss also ernst genommen und zugelassen, es muss gehandelt werden.

Handeln heisst:

- » frühere oder aktuelle Dokumentationen zusammentragen, die Gesamtsituation zurechtlegen und für sich einordnen;
- » Kontakt zu einer Fachgruppe aufnehmen, die mit dem Vorgehen in Fällen von Kindsmisshandlung Erfahrung hat. Solche Gruppen gibt es in der Schweiz flächendeckend. Die Beratung kann anonym, d. h. ohne die Nennung des Patientennamens erfolgen, Gedanken über eine eventuelle Verletzung des Berufsgeheimnisses sind also (noch) nicht angezeigt.

Mit dieser Fachgruppe zusammen das weitere Vorgehen festlegen, insbesondere die Fragen:

- » akuter Schutz des Kindes notwendig (z. B. durch Hospitalisation)?
- » Verdacht gegenüber den Eltern äussern oder nicht?
- » müssen die Behörden involviert werden (Vormundschaftsbehörde⁵ oder Strafverfolgungsbehörde)? Cave: Wenn eine Strafanzeige auch nur im Entferntesten im Bereiche des Möglichen liegt, dürfen potenzielle Täterinnen und Täter nicht informiert werden! Auch nicht Personen, bei denen keine Gewähr besteht, dass sie gegenüber den Tatverdächtigen verschwiegen sind.
- » Gewähltes Vorgehen in der Patientendokumentation oder in separaten Notizen festhalten.

⁵ In naher Zukunft wird diese Behörde in der Schweiz «Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde» heissen. In der Broschüre wird deshalb (ausser bei Zitaten) im Folgenden der neue Terminus verwendet.

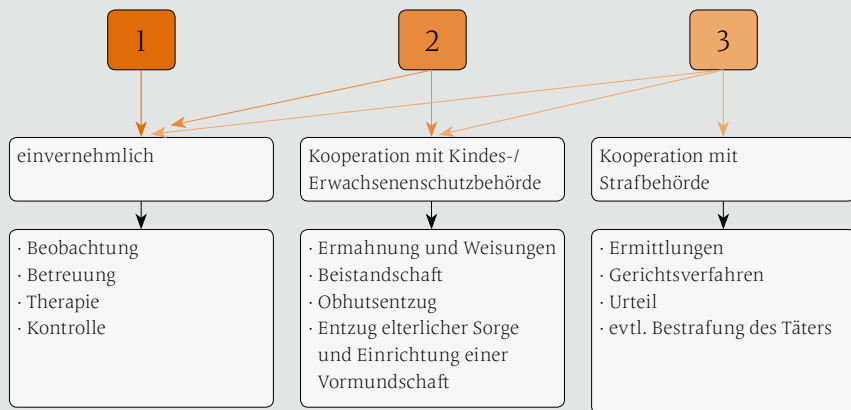


Abb. 13: Wege des Umgangs mit Kindsmisshandlungen

Weiteres Vorgehen

Die Tatsache, dass nun eine erfahrene Gruppe hinter allen Entscheidungen steht und jederzeit weiter hilft, bringt grosse Entlastung. Wichtig ist, dass das Case Management klar festgelegt wird: Bleibe ich selber der Case Manager oder gebe ich diese Funktion ab? Wem? Bin ich sicher, dass die als Case Manager bezeichnete Person in meinem Sinne handelt? Habe ich Vertrauen zu ihr? Hat sie begriffen, worum es geht? Ist sie zuverlässig?

Mögliche Wege

Mit der Fachgruppe zusammen wird festgelegt, welcher der drei möglichen Wege eingeschlagen wird: (Abb. 13)

1. Einvernehmliche Lösung ohne Behördenkontakt:
Unterstützung der Familie, Therapieangebote, Kontrolle
oder: Die Eltern können motiviert werden, sich selber bei der Kindes- und
Erwachsenenschutzbehörde zu melden und um Hilfe und Unterstützung nach-
zusehen.
2. Meldung an die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde
(Gefährdungsmeldung)
3. Strafanzeige

Vorgehen | Rechtssituation in der Schweiz

Ebenso wird festgelegt, wer was macht:

- » für den Schutz des Kindes sorgen
- » falls entschieden worden ist, eine Gefährdungsmeldung oder eine Strafanzeige zu machen: Wer macht sie⁶?
- » die Eltern konfrontieren
- » eventuell weitere Personen informieren

Rechtssituation in der Schweiz

Kindsmisshandlung und Melderecht/ Meldepflicht der Ärztinnen und Ärzte

In vielen Schweizer Kantonen haben Angehörige der Gesundheitsberufe das Recht, aber nicht die Pflicht, «den zuständigen Behörden (Vormundschaftsbehörde und / oder Polizei) Wahrnehmungen zu melden, die auf ein Verbrechen oder Vergehen gegen Leib und Leben, die öffentliche Gesundheit oder die sexuelle Integrität» hinweisen. Eine solche Meldung kann ohne Entbindung vom Berufsgeheimnis erfolgen, d.h. weder der Patient noch die vorgesetzte Gesundheitsbehörde muss um Einwilligung angefragt werden. Dies bedeutet also, dass Ärztinnen und Ärzte auf Grund der vorliegenden Situation selber entscheiden können, ob sie die Behörden einschalten wollen oder nicht. Es empfiehlt sich sehr, einen solchen Entscheid, der für das weitere Schicksal des Kindes eine fundamentale Weichenstellung darstellt, niemals allein zu fällen, sondern sich von einer Fachgruppe beraten zu lassen.

⁶ Zu beachten: Wenn Sie als Kinder-/Hausarzt eine gute Beziehung zur Familie haben, die auch weiter tragen soll, ist es wichtig, dass Sie aus den Kinderschutzaktivitäten – zumindest soweit es für die Eltern erkennbar ist – möglichst draussen bleiben: Also keine Zeugnisse verfassen, keine Gefährdungsmeldung unterschreiben usw. In alle diese Aktenstücke haben die Eltern Einsichtsrecht und dabei werden sie dort Ihren Namen entdecken. Wenn aber eine Behördenmeldung notwendig ist und niemand sonst sie macht/machen will, sind diese Bedenken klar sekundär: Das Kindeswohl geht vor!

Rechtssituation in der Schweiz

In einigen Kantonen besteht eine Meldepflicht. Welche Regelung in Ihrem Kanton gilt (Melderecht oder Meldepflicht) müssen Sie konkret abklären. Meistens kann Ihnen der Kantonsarzt die verbindliche Antwort geben.

In der ganzen Schweiz besteht Meldepflicht, falls die Misshandlung Todesfolge hat (= aussergewöhnlicher Todesfall).

Kindsmisshandlung in der Rechtsprechung

Weder im Zivilgesetzbuch noch im Strafgesetzbuch existiert der Begriff Kindsmisshandlung. Im Zivilgesetzbuch umschreibt der Terminus «Gefährdung des Kindeswohls» die drohende Kindsmisshandlung, im Strafgesetzbuch fällt sie unter vielfältige Straftatbestände wie Tötung, Körperverletzung, Lebensgefährdung, Vernachlässigung der Fürsorge- / Erziehungspflicht, sexuelle Handlung mit Kindern, sexuelle Handlung mit Abhängigen, strafbare Handlungen gegen die sexuelle Integrität usw.

Zivilrecht

Im Gegensatz zum Strafrecht greift das Zivilrecht bereits, wenn die «ernstliche Möglichkeit einer Beeinträchtigung des affektiven, intellektuellen, körperlichen, psychischen, sozialen oder rechtlichen Wohls des Kindes» gegeben ist. Abgekürzt spricht man von einer Gefährdung des Kindeswohls. Es muss also noch nichts «passiert» sein, es muss kein Straftatbestand vorliegen. Die Wahrung des Kindeswohls ist grundsätzlich Aufgabe der Eltern. «Ist das Wohl des Kindes gefährdet und sorgen die Eltern nicht von sich aus für Abhilfe oder sind sie dazu ausserstande, so trifft die Vormundschaftsbehörde die geeigneten Massnahmen zum Schutze des Kindes» (so der Gesetzestext). Die Einschaltung der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde erfolgt entweder durch die Polizei (z. B. wenn sie die Anwesenheit von Kindern in einem Fall von häuslicher Gewalt feststellt) oder indem eine Person eine Gefährdungsmeldung deponiert, d.h. der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde eine Beobachtung mitteilt, die auf eine Gefährdung des Kindeswohls hindeutet. Jedermann ist dazu berechtigt, Verwandte, Lehrpersonen, Nachbarinnen und Nachbarn usw. Die Kindes- und Erwachsenenschutz-

Rechtssituation in der Schweiz

behörde überprüft den Sachverhalt und ist dabei auch verpflichtet, die Eltern zur Sache anzuhören. Die Abklärungen, die die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde durchführt (oder meistens durchführen lässt), münden dann in eine Einstellung des Verfahrens (wenn sich die Gefährdung als nicht substantiell oder inexistent erweist) oder in die Verfügung von so genannten Massnahmen, die von einer Ermahnung bis zum Entzug der elterlichen Sorge gehen können. Die in der Schweiz am häufigsten verfügte Massnahme ist die Errichtung einer Beistandschaft. Eine vormundschaftliche Massnahme muss periodisch überprüft und aufgehoben werden, wenn kein Grund zu ihrer Weiterführung mehr besteht. Vormundschaftliche Massnahmen für ein Kind enden von Gesetzes wegen am 18. Geburtstag, wenn die zuständige Behörde nichts unternimmt.

Strafrecht

Voraussetzung für ein strafrechtliches Verfahren ist der hinlängliche Verdacht, dass ein Straftatbestand vorliegt. Eine Strafanzeige, die jedermann machen kann, geht an die Polizei, die selber erste Ermittlungen durchführt. Die Resultate dieser Ermittlungen leitet die Polizei an die nächst höhere Strafverfolgungsbehörde weiter, die Staatsanwaltschaft⁷. Diese prüft Verdacht und Ermittlungsergebnisse und führt weitere Untersuchungen durch. Nach deren Abschluss stellt sie das Verfahren ein (wegen Geringfügigkeit, mangels Beweisen oder wegen Verjährung) oder erhebt Anklage. Für allfällig notwendige Kinderschutzmassnahmen schaltet die Staatsanwaltschaft oder bereits die Polizei die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde ein.

⁷ Anfang 2011 wurde in der Schweiz eine einheitliche Strafprozessordnung eingeführt.

Zweiter Teil

Kinderärztinnen/-ärzte und andere Grundversorgerinnen/-versorger, die Kinder betreuen

Sie sind die einzigen Fachpersonen, die Säuglinge und Kleinkinder mehr oder weniger regelmässig sehen, bevor sie in einen institutionellen Kontext eingebunden sind, also vor dem Krippen- oder gar noch später, dem Kindergarten Eintritt. Fast alle Eltern bringen ihre Kinder ja zu den Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, während die Mütter-Väter-Beratung zwar regional auch sehr gut, aber doch insgesamt weniger oft konsultiert wird. Zudem sehen Sie Kind und Eltern in einem vertraulichen Setting, hinter verschlossenen Türen, länger als die Mütterberaterin und Sie haben jederzeit die Möglichkeit, das Kind ganz entkleidet zu untersuchen.

Sie haben somit nicht nur eine grosse Verantwortung gegenüber der Patienten-Gruppe der Säuglinge und Kleinkinder, Sie haben auch ein enormes Potenzial, familiäre Fehlentwicklungen, die schlimmstenfalls zu einer Misshandlung führen könnten, früh zu erfassen.

Fachlich ist alles im ersten Teil dieser Broschüre Erwähnte für Sie nicht neu.

Somit bleibt nur:

- » Setzen Sie Ihr Wissen bezüglich Kindsmisshandlung um! Kindsmisshandlung ist häufig und hat bei rechtzeitigem und adäquatem Handeln eine gute Prognose.
- » Beachten Sie insbesondere frühe Hinweise auf Bindungsstörungen und familiäre Fehlentwicklungen, also potenzielle oder effektive Gefährdungen des Kindeswohls.
- » Vergewissern Sie sich, dass Sie eine Fachgruppe (Kinderschutzgruppe) in der Nähe Ihres Praxisstandortes haben. Etablieren Sie regelmässige Kontakte zu dieser Gruppe – wenn das nicht schon geschehen ist.
- » Wenn es in Ihrer Nähe keine interdisziplinäre Kinderschutzgruppe gibt: Gründen Sie sie!

Kinder-/Jugendpsychiaterinnen und -psychiater

Wenn hier nun ein kurzes Kapitel für Sie folgt, widerspricht dies eigentlich dem Einleitungskapitel. Dort steht, der Leitfaden richte sich an Ärztinnen und Ärzte, die mit dem Gebiet der Kindsmisshandlung wenig vertraut sind. Das trifft für Sie natürlich überhaupt nicht zu: Kindsmisshandlung und Kinderschutz sind ein integrierender Bestandteil Ihrer Weiterbildung und machen einen bedeutsamen Teil Ihrer Praxistätigkeit aus.

Trotzdem möchten wir Sie in diesem Leitfaden nicht unerwähnt lassen und Sie auffordern, Ihr grosses Wissen und Können nicht nur im direkten Kontakt mit Ihren Klientinnen und Klienten und deren Eltern anzuwenden, sondern auch andere Fachärztinnen und Fachärzte und Institutionen daran teilhaben zu lassen, indem Sie sich in konkreten Fällen mit ihnen vernetzen – selbstverständlich immer unter Wahrung der gebotenen Geheimhaltungspflicht.

Kinderchirurginnen/-chirurgen und Chirurgen/Chirurginnen

Niemand ist mit Unfallmechanismen und den daraus resultierenden Verletzungsmustern besser vertraut als Sie. Beherrzen Sie also die wichtigsten Fakten aus dem Kapitel «Verhaltensauffälligkeiten»:

Misshandlungsverdächtig sind

- » alle Frakturen vor dem 1. Geburtstag
- » Femurfrakturen vor dem 4. Geburtstag
- » Rippenfrakturen bei Säuglingen und Kleinkindern
- » komplexe Schädelfrakturen mit einer angegebenen Fallhöhe < 1 Meter
- » metaphysäre Frakturen
- » multiple Frakturen (bei Angabe eines «einfachen» Traumas)

Chirurgen | Dermatologen

- » verschieden alte Frakturen (bei Angabe eines einzeitigen Traumas)
- » Subduralhämatome, insbesondere in Kombination mit Retinablutungen
- » Verbrühungen an Händen, Füßen und im Anogenitalbereich

Bei solchen Befunden

- » Hospitalisieren Sie das Kind in einer Klinik mit Erfahrung im Umgang mit Kindsmisshandlung – auch wenn ein ambulantes Management möglich wäre.

Dermatologinnen und Dermatologen

Sehr viele Hinweise auf Kindsmisshandlung sind an der Haut sichtbar; somit sind besonders Sie zu differentialdiagnostischen Überlegungen herausgefordert!

Spezifische Läsionen und deren Differentialdiagnose

Dermatologische Diagnose	DD Kindsmisshandlung
Mongolenfleck	Hämatom
Nävus Ota	
Mastocytose	
Erythema nodosum	
Vaskuläre Malformationen und Tumore	
Purpura Schönlein-Henoch	
Hämorrhagisches Oedem des Säuglings	
Hämorrhagische pigmentierte Dermatosen	
Impetigo bullosa	Verbrühung
SSSS	
Epidermolysis bullosa	
Phyto-phototoxische Reaktion	
Impetigo bullosa	Zigarettenverbrennungen

Dermatologen

Genitaler Lichen sclerosus et atrophicus	Sexuelle Ausbeutung
Perianale Strep A Dermatitis	
Condylomata accuminata anogenital ⁸	
Lokalisierte Sklerodermie, en coup de sabre	Narben nach Misshandlung
Ehlers-Danlos-Syndrom	
Striae rubrae distensae	
Alopezia areata	Ausreißen von Haaren
Trichotillomanie	
Loose Anagen Syndrom	
Epidermolysis bullosa	Ausreißen von Nägeln
Pyoderma gangraenosum	Verursachen von Wunden

Wenn Sie eine Kindsmisshandlung vermuten: Überweisen Sie das Kind in eine Kinderklinik mit Erfahrung im Umgang mit Kindsmisshandlung für das weitere Management oder beraten Sie sich mit einer Kinderschutzgruppe.

⁸ Mögliches Vorgehen bei Condylomata accuminata im Anogenitalbereich:

- Bis zum 3. Geburtstag können Condylomata accuminata noch subpartal übertragen worden sein (bei vaginaler Entbindung); somit erübrigen sich in der Regel – ausser einer sorgfältigen Anamnese inkl. Sozialanamnese – weitere Abklärung in Richtung sexuelle Ausbeutung.
- Papillomaviren können von Warzen an anderen Körperstellen des Kindes oder von Betreuungspersonen in den Anogenitalbereich übertragen werden. Das Kind selber ist also genauestens auf das Vorhandensein von Warzen zu untersuchen, ebenso die Betreuungspersonen (insbesondere diejenigen, die das Kind waschen oder wickeln).
- Wenn ein Kind selber keine Warzen hat (oder in jüngster Vergangenheit gehabt hat) und die Körperpflege selber macht, sind Condylomata accuminata sehr verdächtig auf sexuelle Übergriffe. Eine vertiefte Evaluation in diese Richtung ist angezeigt. Schalten Sie eine Kinderschutzgruppe ein.
- Die Typisierung des Papillomavirus bringt keine Klärung: Nachdem man lange geglaubt hat, es gebe «spezifische sexuell übertragene» Typen, bestätigt das die neuere Literatur nicht.

Vernachlässigung / Mal-Compliance

Oft deutet der Hautzustand von Kindern darauf hin, dass sie bezüglich Körperpflege vernachlässigt werden. Und noch häufiger sehen Sie Kinder mit atopischer Dermatitis, die wegen der Cortison-Angst ihrer Eltern oder mangelnder Regelmässigkeit der empfohlenen Hautpflege massiv unter Juckreiz, Schlafstörungen, rezidivierenden Hautinfekten oder gar einer Gedeihstörung leiden!

Während mangelnde Körperhygiene allein kaum Anlass zum Ergreifen von Kinderschutzmassnahmen sein dürfte, erfüllt die Vernachlässigung einer verordneten dermatologischen Therapie den Tatbestand der Gefährdung des Kindeswohls und in schweren Fällen ist die Einschaltung der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde zu erwägen. Lassen Sie sich von einer Kinderschutzgruppe beraten, allein sollten Sie diesen Schritt nicht unternehmen!

Hals-, Nasen-, Ohrenärztinnen und -ärzte

Körperliche Befunde

Verletzungen im HNO-Bereich sind öfter, als man annehmen möchte, durch Kindsmisshandlung verursacht, besonders in der Mundhöhle, wo durch forciertes Füttern mit dem Löffel Schleimhautläsionen entstehen oder durch die Eingabe von zu heisser Milch oder Nahrung Verbrühungen auftreten.

Läsionen, die auch durch Kindsmisshandlung entstehen können

- » Schleimhautläsionen in der Mundhöhle / auf der Zunge
- » Verbrühungen in der Mundhöhle / an den Lippen
- » Abriss des Oberlippen- und / oder Zungenbändchens
- » Othämatom
- » Nasenbluten

Forderung von unnötigen Operationen

Die HNO-Ärztin/der HNO-Arzt ist immer wieder mit Eltern konfrontiert, die Ihre Kinder unter Angabe von nicht objektivierbaren oder geringfügigen Symptomen operieren lassen wollen, zum Teil wiederholt. Oft wechseln solche Eltern auch Arzt und Klinik. Denken Sie an das Münchhausen Stellvertreter-Syndrom (s. S. 13)! Voraussetzung für die Stellung dieser Diagnose ist das lückenlose Einholen aller Berichte von bereits involvierten Ärzten und Kliniken. Wenn man dann den Stoss von Berichten durchgelesen hat, fällt es einem oft wie Schuppen von den Augen!

Involvieren Sie bei einem solchen Verdacht eine Kinderschutzgruppe: Vorgehen und Management in einem Fall von Münchhausen Stellvertreter-Syndrom sind etwas vom Heikelsten im Bereich des Kinderschutzes, das man nie allein angehen sollte.

Geburtshelferinnen/-helfer, Gynäkologinnen/ Gynäkologen und Neonatologinnen/Neonatologen

Als Geburtshelferin/-helfer haben Sie die Verantwortung für zwei Patientinnen und Patienten: Die Frau und ihr ungeborenes Kind. Als Neonatologin oder Neonatologe betreuen Sie postpartal diese Dyade, in der zwischen den beiden Beteiligten eine intensive Beziehung und Abhängigkeit besteht – und die doch Individuen sind.

Vielfältig sind die Einflüsse, die die Mutter auf ihr Kind ausübt; in den allermeisten Fällen und Situationen sind sie positiv, d.h. sie verhelfen dem Kind zu Gesundheit, Sicherheit und Wohlbefinden. Selten gefährden oder schädigen sie das Kind. Diese Situationen müssen rechtzeitig erfasst werden, zum Wohle des Kindes und in aller Regel auch im Interesse der Mutter, die ihren schädigenden Einfluss oft nicht wissentlich – und schon gar nicht willentlich – ausübt.

Risikofaktoren

Für körperliche Misshandlung/Vernachlässigung des Kindes

- » Substanzenabusus während Schwangerschaft und Stillperiode (Alkohol, Nikotin, Drogen, Medikamente usw.)
- » mütterliche Fehlernährung während Schwangerschaft und Stillperiode
- » körperliche Traumatisierung der Mutter und indirekt des Kindes durch häusliche Gewalt

Für psychische Misshandlung/Vernachlässigung des Kindes

- » postpartale Depression
- » psychiatrische Diagnosen, die die Möglichkeit der Mutter einschränken, adäquat auf ihr Kind zu reagieren (z. B. Schizophrenie)

Es sei noch einmal betont, dass es bei der Früherfassung von Risikofaktoren für Gesundheit und Wohl des Kindes nicht darum geht, der Mutter eine Schuld zuzuweisen. Diese ist oft selber Opfer der Umstände oder leidet unter einer Krankheit. Die frühe Intervention von Fachpersonen ist als Hilfestellung für ein labiles System zu verstehen, mit dem Ziel der Vermeidung von schwer wiegenden Folgezuständen für das Kind und daraus immer resultierenden Selbstvorwürfen der Mutter.

Falls der Umgang mit einer besonders schwierigen Situation Ihre Möglichkeiten in der Praxis übersteigt, kann bereits während der Schwangerschaft der Sozialdienst einer Frauenklinik involviert werden. In gravierenden Fällen können schon vorgeburtlich Kindesschutzmassnahmen eingeleitet werden.

Körperliche Befunde nach sexueller Ausbeutung

Die breite Definition der sexuellen Ausbeutung, die oft nicht einer vaginalen oder analen Penetration entspricht (s. S. 12), hat zur Folge, dass körperliche Befunde nach sexuellen Übergriffen äusserst selten sind. Liegen Befunde vor, sind sie oft derart diskret, dass deren Abgrenzung von unspezifischen Befunden oder Normvarianten nur der erfahrenen Fachperson gelingt. Zu solchen Spezialistinnen sind

Geburtshelfer | Gynäkologen | Neonatologen

Kinder mit dieser Fragestellung zuzuweisen – unverzüglich, falls ein vermuteter Übergriff weniger als 72 Stunden zurückliegt. Als erfahrene Fachpersonen können nur Kinderärztinnen mit gynäkologischer Zusatzausbildung gelten sowie Gynäkologinnen, die regelmässig Kinder mit dieser Fragestellung untersuchen. Wenn der Verdacht auf sexuelle Ausbeutung besteht, ist die Dokumentation von Aussagen der Patientin von grösster Bedeutung. Die Protokollierung muss «im Originalton» erfolgen (d. h. wörtlich, unter Umständen in Mundart) unter Angabe der Aussagesituation (während der Konsultation, beim Herausgehen, im Wartezimmer; welche Personen sind anwesend, wie verhalten sich diese usw.). Auf diese exakte Protokollierung hat sich der Arzt zu beschränken, niemals sollen Kinder zu eventuellen sexuellen Übergriffen «befragt» werden; dies kommt (gemäss Opferhilfegesetz) einzig und allein den ermittelnden Behörden zu. Es ist bekannt, dass «Vorbefragungen» das Aussageverhalten der Kinder durch Ermittlungsbeamtinnen beeinflussen. Durch eine solche Befragung erweist der Arzt der Patientin somit einen Bärendienst.

Condylomata accuminata im Anogenitalbereich

Wenn Sie bei einem Kind oder einer Jugendlichen, die nicht sexuell aktiv ist, Condylomata accuminata im Anogenitalbereich feststellen, drängt sich die Frage nach dem Übertragungsweg auf. Dazu die folgenden Überlegungen:

- » bis zum 3. Geburtstag können Condylomata accuminata noch subpartal übertragen worden sein (bei vaginaler Entbindung); somit erübrigen sich in der Regel – ausser einer sorgfältigen Anamnese inkl. Sozialanamnese – weitere Abklärung in Richtung sexuelle Ausbeutung.
- » Papillomaviren können von Warzen an anderen Körperstellen des Kindes oder von Betreuungspersonen in den Anogenitalbereich übertragen werden. Das Kind selber ist also genauestes auf das Vorhandensein von Warzen zu untersuchen, ebenso die Betreuungspersonen (insbesondere diejenigen, die das Kind waschen oder wickeln).
- » wenn ein Kind selber keine Warzen hat (oder in jüngster Vergangenheit gehabt hat) und die Körperpflege selber macht, sind Condylomata accuminata sehr verdächtig auf sexuelle Übergriffe. Eine vertiefte Evaluation in diese Richtung ist angezeigt. Schalten Sie eine Kinderschutzgruppe ein.

- » die Typisierung des Papillomavirus bringt keine Klärung: Nachdem man lange geglaubt hat, es gebe «spezifische sexuell übertragene» Typen, bestätigt sich das in der neueren Literatur nicht.

Mädchenbeschneidung (female genital mutilation)

In Ihrer Tätigkeit stellen Sie gelegentlich fest, dass eine Frau beschnitten ist. Denken Sie daran, dass Kinder von Frauen, die beschnitten sind, Gefahr laufen, ebenfalls beschnitten zu werden. Die Rechtslage in der Schweiz ist klar: Die Mädchenbeschneidung ist als schwere Körperverletzung strafbar, und Eltern, die diese Straftat veranlassen oder zulassen, machen sich ebenfalls strafbar, auch wenn sie die Beschneidung im Ausland durchführen lassen. Das konkrete Vorgehen in solchen Situationen ist aber äusserst heikel: Konsultieren Sie eine der in der Schweiz bestehenden Fachstellen, die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde oder eine Kinderschutzgruppe.

Befunde nach erfolgter Mädchenbeschneidung

Das Resultat einiger Formen von Mädchenbeschneidung⁹ (Infibulation, Exzision, gewisse Formen der Inzision) können bei der Genitaluntersuchung des Mädchens leicht erkannt werden, z. B. das Fehlen von Klitoris und/oder kleinen Schamlippen sowie vernähte Vulvaränder. Wenig ausgeprägte Inzisionen oder «Miniformen» der Mädchenbeschneidung (Ritzen der Klitoris bis ein Tropfen Blut fliesst) entgehen meist der Untersuchung.

⁹ Es werden heute die folgenden Formen von Mädchenbeschneidung (female genital mutilation FGM) unterschieden:

A (Typ 1 «Sunna»): Exzision der Vorhaut mit oder ohne Klitoris

B (Typ 2 «Exzision»): Exzision von Klitoris und kleinen Schamlippen

C (Typ 3 «Infibulation»): Entfernung der Klitoris, Schamlippen und angrenzenden Teile mit anschliessendem Zünähen der Vagina bis auf eine kleine Öffnung

Zahnärzte | Grundversorger

Zahnärztinnen und Zahnärzte

Als Zahnärztinnen und Zahnärzte sehen Sie direkte Hinweise auf körperliche Kindsmisshandlung und Situationen, in denen der Zahnstatus eine Vernachlässigung vermuten lässt.

Symptome von körperlicher Kindsmisshandlung

- » Schleimhautläsionen im Mund und auf der Zunge
- » Abriss des Oberlippen- und/oder Zungenbändchens
- » Hämatome, Verbrühungen, Bissmarken im Gesicht
- » Zahndislokationen und -avulsionen

Hinweise auf Vernachlässigung

- » ausgeprägte Karies
- » wiederholte Notfallkonsultationen wegen Schmerzen
- » wiederholte versäumte und abgesagte Konsultationen

Beide Situationen stellen eine Verletzung oder Gefährdung des Kindeswohls dar und Kinderschutzmassnahmen sind zu erwägen. Lassen Sie sich von einer Kinderschutzgruppe beraten, wie weiter vorzugehen ist. Da Sie für die Beratung den Namen des Patienten nicht nennen müssen, brauchen Sie sich wegen des Berufsgeheimnisses keine Gedanken zu machen!

Grundversorgerinnen/-versorger und andere Ärztinnen/Ärzte, die keine Kinder betreuen

Je nach Altersstruktur und Lage Ihrer Praxis hat ein unterschiedlich grosser Prozentsatz Ihrer Patientinnen und Patienten minderjährige Kinder. Denken Sie daran, dass viele Diagnosen Ihrer erwachsenen Patientinnen und Patienten für deren minderjährige Kinder von eminenter Bedeutung sind, eventuell sogar Risikofaktoren für Kindsmisshandlung darstellen. Letzteres gilt für psychiatrische Erkrankungen und (Ausnahme-) Zustände, für Suchterkrankungen, für Paarkonflikte und insbesondere bei häuslicher Gewalt, von der Sie oft erfahren. In solchen Situationen sollten Sie immer auch die Kinder Ihrer Patientinnen und Patienten in Ihre Überlegungen mit einbeziehen (s. Kapitel «Risikofaktoren») und

Grundversorger | Med. Praxisassistentinnen

«Körperliche Befunde»). Vergewissern Sie sich, dass eine Fachperson (Kinderarzt, eventuell schon eingeschaltete Behörden, Schulsozialarbeiterin usw.) das Kindeswohl im Auge hat. Sie selber sind die primäre Bezugs- und Supportperson des Erwachsenen und müssen seine Interessen vertreten; bedenken Sie aber, dass Kinder ihre eigenen Bedürfnisse und Rechte haben und niemals als «stabilisierender Faktor» oder gar Therapieelement eines kranken Elternteils gelten dürfen.

Eltern mit den oben erwähnten Krankheiten und /oder in konfliktuösen Beziehungen sind in aller Regel nicht in der Lage, das Kindeswohl abzusichern! Sie sind Ihnen dankbar für Ihre diesbezügliche Frage und /oder Intervention, denn sie möchten für ihre Kinder das Beste.

Die Rolle der medizinischen Praxisassistentin

Oft machen die medizinischen Praxisassistentinnen Beobachtungen und Feststellungen, die wir Ärztinnen und Ärzte nie zu sehen oder zu hören bekommen: Sie sehen das Verhalten der Eltern und Patientinnen und Patienten im Wartezimmer oder in Stresssituationen wie bei Blutentnahmen und Impfungen. Sie bekommen Telefonate, die Eltern oder jugendliche Patientinnen im Wartezimmer führen, mit, beobachten den Umgang der Eltern mit den Kindern oder anderen Begleitpersonen usw. Nicht selten sprechen die Eltern unsere MPAs auch direkt an mit Fragen, die sie uns Ärztinnen und Ärzten nicht zu stellen wagen, etwa nach dem «Normverhalten» von Kindern, Entlastungsmöglichkeiten, Babysitterinnen und Babysittern usw. Solche Beobachtungen können von unschätzbarem Wert für die Erfassung von Risikosituationen sein und die Feststellungen von uns Ärztinnen und Ärzten ergänzen, respektive unsere Eindrücke bestätigen oder relativieren.

Geben Sie deshalb diese Broschüre auch Ihren medizinischen Praxisassistentinnen zu lesen und ermuntern Sie sie, entsprechende Beobachtungen mit Ihnen zu besprechen.

Weiterführende Informationen

Weiterführende Informationen

- » **ISPCAN – International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect**
Weltorganisation Kindsmisshandlung/Kinderschutz
ispcan.org
- » **The Child Abuse Prevention Network**
Internationale Internetplattform für Fachleute im Bereich Kindsmisshandlung/Kinderschutz
child-abuse.com
- » **APSAC – American Professional Society on the Abuse of Children**
Amerikanische interdisziplinäre Kinderschutzorganisation
apsac.org
- » **BAPCAN – British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect**
Britische interdisziplinäre Kinderschutzorganisation
baspcan.org.uk
- » **DGgKV – Deutsche Gesellschaft gegen Kindsmisshandlung und -vernachlässigung**
Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für alle Fachleute, die sich mit körperlicher und seelischer Misshandlung, sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung von Kindern beschäftigen; nationale Partnerorganisation der ISPCAN
dggkv.de
- » **Deutscher Kinderschutzbund**
kinderschutzbund.de
- » **NDACAN – National data archive on child abuse and neglect**
Datenarchiv für Forschung und Wissenschaft.
ndacan.cornell.edu
- » **Fachgruppe Kinderschutz der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie**
Nationales Fachgremium der Kinderschutzgruppen an Kinderkliniken/-abteilungen
swiss-paediatrics.org/de/gruppen/weitere
- » **Stiftung Kinderschutz Schweiz**
Die nationale Stiftung setzt sich gegen Gewalt an Kindern und für den Schutz ihrer Würde sowie die Wahrung ihrer körperlichen, seelischen, psychischen und sexuellen Integrität und die Förderung ihrer individuellen Entfaltung ein.
kinderschutz.ch
- » **Stiftung Kinder und Gewalt**
Schweizerische Stiftung, die Präventions- und Interventions-Projekte im Kinderschutz unterstützt.
kinderundgewalt.ch
- » **Opferhilfe Schweiz**
Verzeichnis über Opferhilfe und -beratungsstellen in der Schweiz
opferhilfe-schweiz.ch
- » **Elternnotruf**
Notruftelefon für Eltern
elternnotruf.ch
- » **UNICEF Schweiz**
Schweizerisches Komitee des Kinderhilfswerks der UNO
unicef.ch
- » **KOBIK**
Schweizerische Koordinationsstelle zur Bekämpfung der Internetkriminalität; Anlaufstelle für Personen, die verdächtige Internetinhalte melden möchten
kobik.ch
- » **The National Center on Shaken Baby Syndrome**
Ressourcen, Konferenzen, Information, Präventionsprogramme und Materialien zum Schütteltrauma
dontshake.com
- » **The Shaken Baby Alliance**
Quellen und Hilfestellungen zum Schütteltrauma
shakenbaby.org
- » **ECPAT Switzerland**
Fachstelle der Stiftung Kinderschutz Schweiz gegen Kinderprostitution, Kinderpornografie und Kinderhandel.
ecpat.ch

Empfehlungen

- » **Berufsverband der Haus- und Kinderärztinnen Schweiz**
www.hausaerzteschweiz.ch
- » **Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie NeoIPS**
www.neonet.ch
- » **Foederatio Paedo medicorum helveticorum fPmh**
www.fpmh.ch
- » **Schweizerische Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie SGORL**
www.orn-hno.ch
- » **Forum Praxispädiatrie FPP**
www.praxispaediatriche.ch
- » **Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie SGP**
www.swiss-paediatrics.org
- » **Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin SGAM**
www.sgam.ch
- » **Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP**
www.psychiatrie.ch
- » **Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie SGDV**
www.derma.ch
- » **Schweizerischer Verband Medizinischer Praxisassistentinnen SVA**
www.sva.ch
- » **Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe SGGG**
www.sggg.ch
- » **Schweizerische Vereinigung für Kinderzahnmedizin SVK**
www.kinderzahn.ch
- » **Schweizerische Gesellschaft für Kinderchirurgie SGKC**
www.swiss-pediatricsurgery.org
- » **Verband chirurgisch und invasiv tätiger Ärztinnen und Ärzte fmCh**
www.fmch.ch
- » **Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie SGKJPP**
www.sgkjpp.ch
- » **Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH**
www.fmh.ch



Kinder, die aufgrund unzureichender Sorge der Eltern, physischer, psychischer oder sexueller Gewaltanwendungen oder ungünstiger Erziehungsmethoden gefährdet sind, fallen verschiedenen Berufsgruppen häufig in einem frühen Stadium auf. Diese Berufsleute haben eine Schlüsselfunktion für die weitere Entwicklung dieser Kinder, denn ihre Reaktion auf die vermutete oder sichere Kindeswohlgefährdung entscheidet in vielen Fällen, ob dem Kind der notwendige Schutz und/oder den Eltern die nötige Hilfe zur Abwendung der Gefährdung zukommt, die ihnen zusteht.

Der vorliegende Leitfaden richtet sich an Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen. Er zeigt Formen von Kindsmisshandlungen auf und stellt ein praktisches Hilfsmittel dar, das es ermöglicht, diese Kindsmisshandlungen zu erkennen und die nötigen Massnahmen zum Schutz des Kindes in die Wege zu leiten. Dabei unterstützt er die Ärztinnen und Ärzte nicht nur darin Fälle von tatsächlich erfolgter Kindsmisshandlung zu erfassen, sondern auch Verdachts- und Risikosituationen einzuschätzen und adäquat zu handeln.

Der ausgewiesene Experte Ulrich Lips, klinischer Dozent sowie Leiter der Kinderschutzgruppe und Opferberatungsstelle Universitäts-Kinderkliniken Zürich, hat im Auftrag der Stiftung Kinderschutz Schweiz den Leitfaden zur Früherkennung von Gewalt an Kleinkindern durch Ärztinnen und Ärzte verfasst.