

Gewalt gegen Kinder

Misshandlung Minderjähriger



Sächsische
Landesärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Herausgeber
Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16
01099 Dresden
presse@slaek.de
www.slaek.de

Redaktion
Knut Köhler M.A.

Umschlaggestaltung
form&grafik
Hans Wiesenhütter

Satz und Druck
Maxroi Graphics GmbH, Görlitz

© Sächsische Landesärztekammer. Alle Rechte vorbehalten!
Vervielfältigung von Texten und Abbildungen, auch auszugsweise, nur mit
ausdrücklicher Genehmigung des Herausgebers.

2. aktualisierte Auflage - Dresden 2006

Gewalt gegen Kinder
Misshandlung Minderjähriger

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Christine Erfurt,
Prof. Dr. med. habil. Dietmar Roesner, Prof. Dr. med. habil. Michael Scholz,
Dr. med. Frank Ostwaldt, Dr. med. Uwe Schmidt

Dresden 2006

Inhalt

Vorwort

Roesner, D.

Teil I: Einführung

Körperliche Misshandlung

Emotionale Misshandlung

Körperliche Vernachlässigung

Sexueller Missbrauch

Erfurt, Ch.; Schmidt, U.

Teil II: Diagnostische Probleme bei Kindesmisshandlung und sexuellem Missbrauch aus forensischer Sicht

Misshandlungsarten

Verletzungsbilder

Dokumentation der Befunde

Erfurt, Ch.; Schmidt, U.

Teil III: Grundlagen des Arztrechtes bei Verdacht auf Kindesmisshandlung

Kindesmisshandlung

Sexueller Missbrauch

Ostwaldt, F., Scholz, M.

Teil IV: Diagnostische Probleme und Aspekte bei sexuellem Missbrauch im Kindesalter aus kinderpsychiatrischer und -psychologischer Sicht

Teil V: Möglichkeiten der Konsultation bzw. Meldung

Autoren

Bildteil

Vorwort

Diese Broschüre soll helfen, die Aufmerksamkeit und Sensibilität für Merkmale und Erscheinungen von Gewalteinwirkungen auf Kinder zu erhöhen. Sie will ein Thema aufgreifen, das einerseits noch teilweise tabuisiert ist, andererseits bei negativen Vorkommnissen hohe Aufmerksamkeit hat, und zudem zum Handeln auffordern.

Kinder benötigen eine anregende und ihnen positiv zugewandte Lebenswelt, in der sie gesund aufwachsen und sich entwickeln können. Dazu gehört, dass Kinder vor Gewalt geschützt werden. Dieser Schutzauftrag liegt vor allem in der Erziehungsverantwortung der Eltern. Das ist für die allermeisten – aber leider nicht für alle – Mütter und Väter eine Selbstverständlichkeit.

Traurigerweise erreichen uns immer wieder Nachrichten, dass nahe Bezugspersonen das Ausgeliefertsein und Vertrauen ihrer Schutzbefohlenen missbrauchen. Misshandlungen, Vernachlässigung oder Missbrauch hinterlassen bei den Opfern oft lebenslang Spuren. Betroffene Kinder sind der Nähe des Täters hilflos ausgesetzt. Sich Außenstehenden anzuvertrauen, ist für sie mit zusätzlichen Angst- und Schamgefühlen verbunden. Vielfach vertuschen sie selbst in Absprache mit dem Täter das ihnen angetane Unrecht.

Um so wichtiger ist es, dass andere Kontaktpersonen der Opfer in der Lage sind, Signale zu verstehen und Symptome zu erkennen. Vor allem solche Personen, die beruflich in öffentlichen Einrichtungen tätig sind und mit jungen Menschen umgehen, müssen aufmerksam sein. Ich denke zum Beispiel an Ärzte, Lehrer oder Erzieher. Jeder sollte, wenn es notwendig und angezeigt ist, couragiert und überlegt handeln, ohne andere zu denunzieren.

Aufbauend auf die neuen Regelungen des § 8a des Achten Sozialgesetzbuches (SGB VIII) verfolgt die Staatsregierung ein umfassendes Konzept, um Kindeswohlgefährdungen frühzeitiger zu erkennen und wirksamer zu intervenieren. Zielstellung ist die Entwicklung eines „Sozialen Frühwarnsystems“. In einigen sächsischen Modellregionen werden in den nächsten Jahren verbindliche Kooperationsmodelle erprobt, um Gefährdungen des Kindeswohls durch Miss-

handlungen und Vernachlässigungen frühzeitig zu erkennen und ihnen vorzubeugen.

Man darf es jedoch nicht nur dem Staat oder den staatlichen Behörden wie Jugend- und Gesundheitsamt, Polizei oder Justiz überlassen, Kindeswohlgefährdungen entgegenzuwirken. Alle Bürgerinnen und Bürger sind in ihrem Berufs- und Privatleben aufgefordert, das Notwendige zu tun. Die gesunde Entwicklung unserer Kinder ist eine der wichtigsten Grundlagen für die Gestaltung der Zivilgesellschaft und die Beziehungen der Generationen. Albert Einstein hat einmal gesagt: „Es gibt keine großen Entdeckungen und Fortschritte, solange es noch ein unglückliches Kind auf Erden gibt.“

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Helma Orosz'. The signature is fluid and cursive, with a large, prominent loop at the end.

Helma Orosz
Sächsische Staatsministerin für Soziales

Teil I: Einführung

Roesner, D.

Das Thema „Gewaltanwendung gegen Kinder“ in jeder Form ist ein allgemeines Thema, welches nicht zuletzt durch dramatische Veröffentlichungen und Diskussionen in den Medien zum erheblichen Teil enttabuisiert wurde. Folgende Formen von Gewaltanwendungen lassen sich unterscheiden:

1. Eine körperliche Misshandlung

liegt vor, wenn gewalttätiges Verhalten der Eltern oder anderer erziehender oder zur Obhut beauftragter Personen ein Grundelement der Erziehung darstellt. Eine solcherart entstandene körperliche Verletzung muss dann als Misshandlung angesehen werden, wenn sie nicht unfallbedingt ist, die Art der Verletzung mit der Beschreibung der angegebenen Verletzungsursache und des Verletzungsvorganges nicht übereinstimmt, das Wissen, der begründete Verdacht oder das Eingeständnis vorliegt, dass die Verletzung durch eine Person zugefügt wurde, die die elterliche Verantwortung über das Kind hat, die Verantwortung für die Sorge des Kindes trägt oder eine Bezugsperson des Kindes darstellt, die entsprechende Bezugsperson des Kindes die Verletzung des Kindes absichtlich nicht verhindert hat. Zu körperlichen Misshandlungen gehören auch Verletzungsformen wie versuchtes Ertränken, Ersticken oder Verabreichung von schädigenden Substanzen.

Körperliche Misshandlung

Emotionale Misshandlung

2. Eine emotionale Misshandlung

beinhaltet eine feindliche oder abweisende, ablehnende oder ignorierende Verhaltensweise von Eltern oder Elternfiguren gegenüber dem Kind, die das Persönlichkeits- und Selbstwerterleben des Kindes in schwerwiegender Weise angreifen und schädigen. Zu diesem Komplex gehört auch die emotionale Vernachlässigung, bei der Eltern oder Erzieher ihren Kindern durch Unterlassung das für eine gesunde emotionale Entwicklung notwendige Familienklima vorenthalten, das betrifft zum Beispiel die ständige Gefühlskälte oder das Ignorieren als lautlose Form der Kindesmisshandlung.

Körperliche Vernachlässigung

3. Eine körperliche Vernachlässigung

bedeutet, dass Eltern oder auch die Gesellschaft ihren Kindern die für das Überleben oder Wohlergehen erforderlichen Maßnahmen wie Pflege, Ernährung, Bekleidung, Gesundheitsförderung, Schutz und Aufsicht nicht oder nur unzureichend zukommen lassen.

Sexueller Missbrauch

4. Ein sexueller Missbrauch

umfasst die Einbeziehung von Kindern und Jugendlichen in alle Arten von sexuellen Aktivitäten und/oder sexueller Ausbeutung durch erwachsene Bezugspersonen, zu denen das Kind kein informiertes Einverständnis geben kann und zwar aufgrund von Unwissenheit, Abhängigkeit, entwicklungsmäßiger Unreife oder Angst.

Kinderpornografie ist ebenso eine Form der sexuellen Misshandlung wie die nicht entwicklungsmäßige Konfrontation Minderjähriger mit Darstellung von Sexualität. Die Verantwortung für eine solche Miss-

handlung trägt in jedem Fall der Täter. Inzest als Sonderform ist ein intrafamiliärer sexueller Missbrauch, der an einem Kind durch ein Mitglied der Familiengruppe begangen wird. Eingeschlossen sind auch solche Handlungen, die mit der Absicht verbunden sind, das Kind sexuell zu stimulieren oder ein Kind für sexuelle Erregung, entweder des Täters oder einer anderen Person zu benutzen.

Die stete Zunahme gemeldeter Straftaten im oben genannten Formenkreis in den letzten Jahren stimmt äußerst bedenklich. Dieser Anstieg scheint aber nicht nur durch eine gewisse Enttabuisierung des Themas bedingt zu sein, sondern auf einer echten Zunahme der Straftaten, vor allem beim sexuellen Missbrauch zu beruhen, gefördert durch eine gewisse Übersättigung und Pervertierung einiger Teile der Bevölkerung. Trotz einer inzwischen breitgefächerten Diskussion liegen erstaunlich wenig konkrete Daten zur Häufigkeit von Misshandlungen vor, geschweige zur Handlungskonzeption, zu Langzeitverläufen oder zur Evaluation von Interventionen. Es besteht eine erhebliche Dunkelziffer, gerade beim sexuellen Missbrauch von Kindern. Aufgrund dieser genannten Tatsachen forderte bereits der 94. Deutsche Ärztetag 1991 in Hamburg die Öffentlichkeit auf, sich des Problems der Vernachlässigung und Misshandlung von Minderjährigen intensiver als bisher in Erziehung und öffentlicher Diskussion zu widmen. Gleichzeitig wurden die Landesärztekammern aufgefordert, entsprechende Arbeitsgruppen auf diesem Gebiet zu schaffen. Eine solche Kommission wurde Ende 1994 von der Sächsischen Landesärztekammer gebildet.

Teil II:

Diagnostische Probleme bei Kindesmisshandlung und sexuellem Missbrauch aus forensischer Sicht

Erfurt, Ch., Schmidt, U.

Kindesmisshandlung, sexueller Missbrauch

Das Thema Misshandlung und sexueller Missbrauch von Kindern nimmt in der Öffentlichkeit einen immer breiteren Raum ein. Alle Bevölkerungsschichten werden für diese Problematik in zunehmendem Maße sensibilisiert.

Ärzte und Ärztinnen werden in ihrer täglichen Praxis sehr viel häufiger mit den Folgen von Gewaltawendungen gegen Kinder konfrontiert, als sie es selbst wahrnehmen.

Hierbei steht meist das diagnostische Problem schwer einordenbarer Krankheitserscheinungen und Verletzungen sowie Verhaltensauffälligkeiten im Vordergrund.

Die Verletzungsbilder bei der Kindesmisshandlung sind so vielschichtig wie die Verletzungsursachen. Am häufigsten sind Folgen stumpfer Gewalteinwirkung zu beobachten, jedoch sind dem Gerichtsmediziner traumatische Befunde bekannt geworden, an deren mögliche Entstehungsursache der praktisch tätige Arzt bei der Befunderhebung nicht in erster Linie denkt. Vielleicht auch deshalb, weil es in manchen Fällen schwer ist, sich vorzustellen, dass derartige Gewalteinwirkungen überhaupt an einem Kind vorgenommen werden können.

Vor dem Arzt steht die schwere Aufgabe der Unterscheidung, ob es sich um kindertypische Verletzungen bzw. um die Folgen eines kindertypischen

Unfalles handelt oder um (vielleicht auch zufällige) Verletzungen durch fremde Gewalteinwirkungen.

Da die Untersuchung dieser Kinder nicht nur der Diagnosestellung und Therapieanwendung (wie ansonsten ja allgemein üblich) dient, muss die Dokumentation der Befunde auch juristischen Aspekten genüge tun.

Aus diesem Grunde soll im Folgenden auf einige medizinische und psychologische Befunde hingewiesen und insbesondere die Art der Dokumentation erläutert werden.

Misshandlungsarten

Zur Anwendung kommen bei der Kindesmisshandlung alle Formen der physischen und psychischen Gewalteinwirkung. Hierbei findet sich praktisch alles Anwendung, was in sadistischen Phantasien möglich ist (Tab. 1).

Physische und psychische Misshandlung

Aber auch beim sexuellen Missbrauch, der mit den oben genannten Misshandlungsarten manchmal kombiniert sein kann, sind verschiedene Formen zu beobachten (Tab. 2).

Sexueller Missbrauch

Verletzungsbilder

Verletzungsbilder

Die unterschiedlichsten Verletzungsarten bisher bekannt gewordener Fälle umfassen ein sehr breites Spektrum:

Misshandelte Kinder zeigen sehr häufig Verhaltensauffälligkeiten und Verletzungen, die bei Befragung der Eltern zur Erhebung der Anamnese von die-

sen nicht ausreichend und zufriedenstellend erklärt werden können.

**Reduzierter AZ,
Untergewicht**

Ein **reduzierter Allgemeinzustand** und ein **Untergewicht** (manchmal auch ein **Minderwuchs**) werden von den Eltern zumeist mit einer Essunlust oder einer Ernährungsstörung bei ihrem Kind erklärt. Es sind in der Vergangenheit zahlreiche Fälle bekannt geworden, bei denen derartige „Ernährungsstörungen“ bei einem Klinikaufenthalt nicht auftraten bzw. das Körpergewicht normalisiert werden konnte. Erst nach Entlassung in häusliche bzw. elterliche Pflege zeigten sich wiederum diese Auffälligkeiten.

**Vielzahl von
Verletzungen**

Zeigen die Kinder eine **Vielzahl von Verletzungen**, sollte dieser Umstand die Aufmerksamkeit des konsultierten Arztes in jedem Fall erhöhen. Hierbei ist besonders auf die **Lokalisation der Verletzungen** zu achten. Unterblutungen an den Schienbeinvorderkanten stellen in der Regel kindertypische Verletzungen dar, sind diese Verletzungen jedoch zirkulär um die Gliedmaßen verteilt, liegt der Verdacht einer fremden äußeren Gewalteinwirkung bereits sehr nahe.

**nicht behandelte
Verletzungen**

Des Weiteren bedarf das Vorliegen von **nicht älteren behandelten Verletzungen** einer eingehenden Untersuchung. Hier ist eine intensive Diagnostik angezeigt.

**Diskrepanz Befunde
zu Angaben**

Aufmerksamkeit bei der Untersuchung verdient auch eine auffällige **Diskrepanz zwischen den erhobenen Befunden und den Angaben der Eltern** und **wiederholte Behandlungsbedürftigkeit ohne klare Begründung**.

Sehr häufig ist jedoch ein **Wechseln des Arztes** im nachhinein festzustellen, um eben den Arzt nicht auf die Wiederholung der auftretenden Befunde hinzuweisen. Dieses ist natürlich für den im konkreten Fall konsultierten Arzt in der Regel nicht in Erfahrung zu bringen.

Wechsel des Arztes

Typische Befunde für eine stumpfe Gewalteinwirkung sind doppeltkonturierte sogenannte **Stockschlagverletzungen** (Abb. 1).

Stockschlagverletzungen

Selbstverständlich sind das Alter des Kindes und seine statomotorischen Fähigkeiten bei der Beurteilung von Verletzungen zu beachten. Auch gering erscheinende Hämatome können ein eindeutiger Hinweis auf eine Fremdbeibringung sein (Abb. 2).

Abb. 3 zeigt die auffällige Anordnung von Unterblutungen an den Gliedmaßen, wie sie nicht in ein kindertypisches Unfallgeschehen einordenbar sind. Auffällig hierbei sind auch die unterschiedliche Färbung der Unterblutungen, die ein mehrzeitiges Geschehen belegen.

Des Weiteren ist immer die Frage zu klären: Schlag oder Sturz. Abb. 4 zeigt ein typisches Bild, das ein Sturzgeschehen ausschließt.

In Abb. 5 und 6 sind schlagtypische Befunde ersichtlich, die auf eine erhebliche mehrfache Gewalteinwirkung hinweisen.

Abb. 7 stellt einen Befund dar, der den Verdacht eines sexuellen Missbrauchs mit Analverkehr erhärtet.

Auch die schwere Vernachlässigung eines Kindes ist eine Form der Kindesmisshandlung (Abb. 8).

Dokumentation der Befunde

Dokumentation der Befunde

Da die Dokumentation auch für eine forensische bzw. juristische Beurteilung zugänglich und verwertbar sein soll, sollten die folgenden Gesichtspunkte unbedingte Beachtung finden:

(Hierbei soll dies nicht als eine Belehrung über die Befunddokumentation aufgefasst werden, sondern es handelt sich eher um eine aus der Erfahrung nach Durchsicht zahlreicher Behandlungsunterlagen gesammelte hinweisende Aufstellung).

- Datum und Uhrzeit der Befunderhebung,
- Verzeichnis der bei der Untersuchung anwesenden Personen, unter anderem die Eltern – insbesondere jedoch bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch des medizinischen Personals,
- Körpergewicht und Körpergröße – auffällige Diskrepanz zwischen Körperkonstitution und altersgerechtem Entwicklungsstand,
- Pflegezustand, eventuell Verunreinigungen am Körper und an der Kleidung.

Traumatische Verletzungen

Traumatische Verletzungen

- Größe der Verletzungen (in cm),
- **Form** der Verletzungen (zum Beispiel kreisförmig, strichförmig, flächenhaft, parallel verlaufend, gruppenförmig angeordnet),
- **Art** der Verletzungen (zum Beispiel Unterblutung, Abschürfung, Verfärbung, Schwellungen, Eindellungen, glattrandige oder fetzige Durchtrennungen, Verdacht auf Kälte- oder Hitzeeinwirkung),
- **Farbe** der Verletzungen (zum Beispiel bei Unterblutungen);

- **Lokalisation** der Verletzungen.

Insbesondere bei der Beschreibung der Lokalisation der Verletzungen hat sich die Anfertigung von Skizzen (oder wenn möglich von Fotos) als äußerst günstig bei der juristischen Beurteilung herausgestellt. Dieses ist auch für den praktisch tätigen Arzt eine optimale Grundlage zur Erläuterung seiner Befunde - sollte er einmal als Zeuge vor Gericht aussagen müssen.

**Besser:
Skizze oder Foto**

Sexualdelikte

Sexualdelikte

- altersmäßige Einschätzung des äußeren Genitale;
- Pflegezustand,
- Hinweise auf entzündliche Veränderungen;
- bei Verletzungen Dokumentation wie obiges Schema,
- Beurteilung des Hymens:
 - Form der Hymenalöffnung,
 - Größe der Hymenalöffnung (in cm - möglichst bei maximaler vorsichtiger Dehnung),
 - Rand der Hymenalöffnung (zum Beispiel frische oder ältere Einrisse, Narben, Einkerbungen)
- Beurteilung der Vagina:
 - Scheideninhalt,
 - Abstriche (sollten in jedem Fall entnommen werden),
 - Verletzungen,
 - Dehnbarkeit (eventuell bereits bei eröffnetem Hymen passiv vorhanden),
- Beurteilung des Dammbereiches (zum Beispiel Synechien, Narben),
- Beurteilung der Analöffnung:
 - physiologischer oder verminderter Tonus,

- auffällig lange Öffnung bei Spreizung,
- Verletzungen,
- rektoskopische Untersuchung,
- Fragen nach Blutungen oder Schmerzen.

Weitere Diagnostik

Weiterhin sollten folgende diagnostischen Methoden bei unklaren Befunden bzw. Verletzungen zur Anwendung kommen:

- Ganzkörper-Röntgenstatus zur Erfassung auch älterer Frakturen und Erkennung möglicher Behandlungen bzw. Nichtbehandlungen,
- Gerinnungsstatus,
- Enzymstatus.

Alle diese Untersuchungen bedürfen selbstverständlich der Zustimmung der Eltern bzw. obhutspflichtiger Personen. Auf die juristischen Aspekte der Untersuchung insbesondere bei Verweigerung der Durchführung bestimmter Untersuchungsmethoden, wird im folgenden Teil eingegangen. Ebenso erfolgen dort auch Hinweise zu den Möglichkeiten des Meldeweges bei einem Verdacht auf Kindesmisshandlung bzw. sexuellem Missbrauch.

Schütteltrauma Schütteltrauma

Während viele Arten der Kindesmisshandlungen ihre Spuren auf der Haut hinterlassen, ist das gewaltsame Schütteln eines Säuglings oft äußerlich nicht nachzuweisen. Selten finden sich bei der Inspektion Kratzer, Schürfwunden und Unterblutungen an den zum Zupacken benutzten Gliedmaßen oder am Brustkorb.

Beim Schütteltrauma sind die rotatorischen Kräfte der schädigende Mechanismus. Diese führen zum ei-

nen zu Verschiebungen der Gewebeschichten des Gehirns gegeneinander und andererseits zum Abriss der Brückenvenen. Somit kommt es hierdurch zu intracerebralen und subduralen Blutungen. Des Weiteren bewirken die Rotationskräfte typische Blutungen in der Netzhaut und manchmal auch im Glaskörper sowie zu manschettenförmigen Einblutungen in die Nervenscheide der Sehnerven.

Leitsymptome des Schütteltraumas sind: Krampfanfälle, Bewusstseinsbeschränkung, Vorwölbung besonders der vorderen Fontanelle, pathologische Atemmuster, Erbrechen, Übererregbarkeit, Lähmungen, intracerebrale Blutungen, Netzhaut- und Glaskörperblutungen. Die Erhärtung der Diagnose erfolgt durch augenärztliche, CT- und MRT-Untersuchung. Durch laborchemische Untersuchungen sollte unbedingt eine Glutarazidurie Typ 1 ausgeschlossen werden, bei deren Vorliegen ebenfalls subdurale Hygrome und frische Hämatome zu beobachten sind.

Nach einem Schütteltrauma ist die Gefahr eines Todesintrittes durch das sich entwickelnde Hirnödem immer gegeben. Wird es überlebt, so kommt es in über drei viertel der Fälle unter anderem zu körperlichen und geistigen Behinderungen, Netzhautablösungen, Optikusatrophien posttraumatischen Spätepilepsien und Krämpfen.

Die Gefährlichkeit des Schüttelns ist in der Bevölkerung nur wenig bekannt und alle Facharztgruppen sollten zur weiteren Aufklärung beitragen. Hierbei ist das mit erheblicher Kraft ausgeführte Schütteln des Säuglings als gefährlicher Vorgang auch für den medizinischen Laien erkennbar.

Leitsymptome des Schütteltraumas

Glutarazidurie Typ 1

Münchhausen-by-proxy-Syndrom

Münchhausen-by-proxy-Syndrom

Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom stellt eine Sonderform der Kindesmisshandlung dar. Hierbei wird bei dem Kind durch Manipulationen unterschiedlichster Art ein erhebliches Krankheitsbild erzeugt, das eine stationäre diagnostische bzw. therapeutische Behandlung notwendig macht. Täterin ist in der Regel die Kindesmutter.

Verdacht auf ein Münchhausen-by-proxy-Syndrom sollte bestehen bei:

- häufige stationäre Behandlungen ohne adäquate Grunderkrankung,
- häufiger Arztwechsel,
- von der Mutter beschriebene, aber nicht ärztlicherseits bestätigte lebensbedrohliche Zustände (zum Beispiel Krampfanfälle, schwere Atemnot),
- keine Besserung der Befunde trotz adäquater Therapie,
- Auftreten von Komplikationen während/kurz nach dem Besuch der Kindesmutter.

Ursache ist eine psychische Erkrankung der Kindesmutter.

Misshandlungsarten

- Schlagen, Stoßen, Treten, Kratzen, Beißen, Kneifen,
- An-den-Haaren/Ohren-Ziehen,
- Schlagen mit Werkzeugen aller Art,
- Schlagen, Werfen oder Schleudern gegen Gegenstände, Fußboden oder Wände,
- grobes Schütteln,
- Beibringen von Verbrennungen,
- Misshandlungen durch Hitze oder Feuer,
- Misshandlungen durch kaltes Wasser oder Kälte,
- Würgen, Drosseln, Erstickungsversuche,
- Einsperren, Aussperren, „Dunkelhaft“, Fesseln, Anbinden, stundenlanges Stehen,
- Gliederverrenken, Gliederbrechen,
- Einnehmen schmerzhafter Stellungen,
- Erbrochenes- oder Kot-essen-Lassen,
- Hungern- oder Dürsten-Lassen.

Tabelle 1
(modif. nach
Tabarelli, 1989)

Arten des sexuellen Missbrauchs

- Betasten, Belecken von Brust- und Genitalregion,
- Einführung von Fingern oder Gegenständen in den Scheidenvorhof ohne Verletzung des Hymens,
- Einführung von Fingern oder Gegenständen mit Erweiterung der Hymenalöffnung,
- Regelrechter Geschlechtsverkehr mit vollständiger Eröffnung des Hymens,
- Einführung von Fingern, Gegenständen oder des Penis in die Analöffnung,
- Oralverkehr,
- Masturbation der Kinder unter Anleitung der Täter,
- Geschlechtsverkehr oder geschlechtsverkehrsähnliche Handlungen von Kindern unter Anleitung der Täter,
- Anfertigung, Weiterleitung und Besitz kinderpornografischer Dokumente.

Tabelle 2

Teil III:

Grundlagen des Arztrechtes bei Verdacht auf Kindesmisshandlung

Erfurt, Ch., Schmidt, U.

Rechtliche Grundlagen Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch von Kindern wird einerseits von juristischer und andererseits von medizinischer Seite unterschiedlich definiert. Dies ist insbesondere bedingt durch das Bemühen zur Vermeidung von falsch-positiven Entscheidungen in der Justiz – und von falsch-negativen in der Medizin.

Definition des Deutschen Bundestages Der Deutsche Bundestag (Drucksache 10/4560 vom 13.6.1986) gab folgende Definition:
Misshandlung ist die nicht zufällige bewusste oder unbewusste gewaltsame körperliche und/oder seelische Schädigung, die in Familien oder Institutionen geschieht, also in einem Zusammenlebenssystem, und die zu Verletzungen und/oder Entwicklungshemmungen und sogar zum Tode führt und somit das Wohl und die Rechte eines Kindes beeinträchtigt oder bedroht.

Regelungen des Straf- und Zivilrechts

Kindesmisshandlung

§ 225 StGB Die strafrechtliche Verfolgung stützt sich in der Regel auf den **§ 225 StGB - Misshandlung von Schutzbe-**
Misshandlung von
Schutzbefohlenen
fohlenen:
Wer eine Person unter 18 Jahren ..., die seiner Fürsorge oder Obhut untersteht, seinem Hausstand angehört, von dem Fürsorgepflichtigen seiner Gewalt überlassen worden oder ihm im Rahmen eines Dienst-

oder Arbeitsverhältnisses untergeordnet ist, quält oder roh misshandelt, oder wer durch böswillige Vernachlässigung seiner Pflicht, für sie zu sorgen, sie an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren bestraft.

Grundlage zivilrechtlicher Maßnahmen stellt überwiegend der **§ 1666 BGB - Gefährdung des Kinderwohls** dar:

(1) Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes ... durch missbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge, durch Vernachlässigung des Kindes, durch unverschuldetes Versagen der Eltern oder durch das Verhalten eines Dritten gefährdet, so hat das Familiengericht, wenn die Eltern nicht gewillt sind oder nicht in der Lage sind, die Gefahr abzuwenden, die zur Abwendung der Gefahr erforderlichen Maßnahmen zu treffen...

**§ 1666 BGB
Gefährdung des
Kinderwohls**

Der **Artikel II, Abs. 2 des Grundgesetzes** (Freiheitsrechte) der Bundesrepublik Deutschland stellt die Grundlage aller dieser die Kindesmisshandlung betreffenden Gesetze dar.

**Artikel II des
Grundgesetzes**

Weiterhin kommen folgende Gesetze bei der Kindesmisshandlung zur Anwendung:

§ 171 StGB – Verletzung der Fürsorge- und Erziehungspflicht,

§ 1631 BGB – Inhalt des Personensorgerechts, Einschränkung von Erziehungsmaßnahmen,

§ 1627 BGB – Ausübung der elterlichen Sorge zum Wohle des Kindes.

Sexueller Missbrauch

§ 176 StGB Sexueller Missbrauch von Kindern

Im Vordergrund der juristischen Bewertung steht hierbei der **§ 176 StGB – Sexueller Missbrauch von Kindern**:

(1) Wer sexuelle Handlungen an einer Person unter 14 Jahren (Kind) vornimmt oder an sich vornehmen lässt, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren, in minderschweren Fällen mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

Weiterhin kommen, wenn auch mehr in untergeordneter Begleitung, folgende Strafvorschriften zur Anwendung:

§ 173 StGB – Beischlaf unter Verwandten,

§ 174 StGB – Sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen,

§ 180 StGB – Förderung sexueller Handlungen Minderjähriger,

§ 182 StGB – Sexueller Missbrauch von Jugendlichen.

Für den Mediziner stehen naturgemäß nicht so sehr die juristischen Definitionen von Kindesmisshandlung und sexuellem Missbrauch im Vordergrund, sondern das Erkennen der mehr oder weniger typischen Symptome.

Entsteht bei dem konsultierten Arzt der Verdacht auf das Vorliegen dieses Straftatbestandes, steht er vor einem nicht geringen Problem: Melden oder nicht? Aus diesem Grunde soll im Folgenden auf die einzelnen, für den Arzt relevanten Gesetzmäßigkeiten näher eingegangen werden:

Der Arzt-Patienten-Vertrag stellt die Basis jeder ärztlichen Behandlung dar, wobei es sich hierbei um einen Dienstvertrag handelt (§ **611 BGB**), der den Arzt zur Leistung seiner Dienste verpflichtet. Hieraus entsteht für den Arzt die Verpflichtung zur Behandlung entsprechend der ärztlichen Kunst, insbesondere zur gewissenhaften Untersuchung und sorgfältigen Behandlung (§ **276 BGB**).

§ **611 BGB**

§ **276 BGB**

Des Weiteren unterliegt der Arzt der Schweigepflicht, die Verletzung dieser Schweigepflicht ist strafbar. Dies ist im § **203 StGB – Verletzung von Privatgeheimnissen** – geregelt:

§ **203 StGB**
Schweigepflicht

(1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis offenbart, das ihm als 1. Arzt... anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

Bei der ärztlichen Behandlung können prinzipiell zwei verschiedene Verlaufsformen auftreten:

- drohende Misshandlung,
- Verdacht auf stattgehabte Misshandlung mit Wiederholungsgefahr.

Besteht bei dem Arzt der Verdacht einer drohenden Kindesmisshandlung als sogenannte Gefahr im Verzuge, so besteht in diesem Fall die Möglichkeit der Meldepflicht auf der Grundlage des § **138 StGB – Nichtanzeige geplanter Straftaten**:

§ **138 StGB**
Meldepflicht

(1) Wer von dem Vorhaben oder der Ausführung ... eines Mordes, Totschlages oder Völkermordes ... zu einer Zeit, zu der die Ausführung oder der Erfolg noch abgewendet werden kann, glaubhaft erfährt und

es unterlässt ... Anzeige zu machen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

**§ 34 StGB
Melderecht**

Besteht bei dem behandelnden Arzt der Gedanke an eine drohende Gefahr durch Wiederholung für das Kind (bei Entlassung in die häuslichen Verhältnisse) so besteht für ihn die Möglichkeit des **§ 34 StGB – Rechtfertigender Notstand:**

Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter oder des Grades der ihnen drohenden Gefahr, das geschützte Interesse das Beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.

Somit ist die Entscheidung über eine Meldung in das Ermessen des Arztes gestellt. Für den Arzt sollte zu diesem Zeitpunkt einzig und allein das aktuelle und zukünftige Wohl des Kindes, und nicht sein eigenes, im Vordergrund seiner Entscheidung stehen. Es ist anzumerken, dass es sich bei den Tätern sowohl bei der Kindesmisshandlung als auch beim sexuellen Missbrauch in der überwiegenden Anzahl um sogenannte Wiederholungstäter handelt.

An dieser Stelle muss unbedingt angemerkt werden, dass in allen bisher bekannt gewordenen Fällen, bei denen durch einen Arzt eine Kindesmisshandlung angezeigt wurde, die sich dann im nachhinein jedoch

nicht bestätigen ließ, nicht einmal ein Ermittlungsverfahren wegen der Verletzung der Schweigepflicht eröffnet wurde (Auskunft des OLG Hamm).

Sollte sich der Arzt zu einer Meldung entscheiden, so stehen ihm verschiedene Wege offen:

Möglichkeiten der Meldung

1. Anzeige an Ermittlungsbehörden (Kriminalpolizei oder Staatsanwaltschaft),
2. Meldung an soziale Behörden (Jugendamt),
3. Meldung an Kinderschutzbund oder Freie Träger.

Des Weiteren bietet sich eine andere Möglichkeit, die in der vergangenen Zeit bereits sehr häufig genutzt wurde. So wurden bereits mehrmals von Kinderärzten und Gynäkologen Rechtsmediziner zur konsiliarischen Untersuchung der von ihnen zu behandelnden Kindern gerufen. Erhärtete sich der Verdacht der Kindesmisshandlung bzw. des sexuellen Missbrauches im gegenseitigen Konsilium der Fachkollegen, so übernahm der Rechtsmediziner die Meldung bei der Kriminalpolizei.

Dies kann und darf als ein Angebot für alle Ärzte aufgefasst werden, die sich vor einer Anzeige ihres Verdachteten scheuen. Sicher ist die Bereitschaft der Rechtsmediziner hierzu nicht zuletzt dadurch begründet, dass wir in leider viel zu vielen Fällen das Ende einer Kindesmisshandlung auf dem Sektions-tisch sehen, obwohl das betroffene Kind bereits vorher mehrmals durch verschiedene Ärzte wegen der unterschiedlichsten Schädigungen behandelt wurde.

Teil IV: Diagnostische Probleme und Aspekte bei sexuellem Missbrauch im Kindes- alter aus kinderpsychiatrischer und -psychologischer Sicht

Ostwaldt, F., Scholz, M.

Sensibilisierung der Öffentlichkeit für sexuellen Missbrauch

Das Interesse am Thema sexueller Kindesmissbrauch nimmt in der Öffentlichkeit einen breiten Raum ein. Alle Bevölkerungsschichten sind für diese Problematik sensibilisiert. Ärzte und Ärztinnen werden in der täglichen Praxis viel häufiger mit den Folgen von Kindesmissbrauch konfrontiert, als sie es selbst wahrnehmen, wobei meist das diagnostische Problem schwer einordenbarer Krankheitserscheinungen und Verhaltensauffälligkeiten im Vordergrund steht.

Fundiertes Wissen um den Tatbestand des sexuellen Missbrauchs ist eine grundlegende Voraussetzung, um den Betroffenen Hilfe anbieten zu können. Dennoch ist es für Außenstehende mitunter schwer, die Grenze zwischen sexuellem Missbrauch und liebevoller körperlicher Zuwendung zu erkennen. Kinder und Jugendliche haben ein sehr genaues Empfinden für diese Grenze. Sie können zwar oft das Geschehen nicht einordnen, spüren aber, dass sie diese Art von „Zuwendung“ nicht wollen. Es fällt ihnen schwer, dagegen anzugehen. Aufgabe des Arztes/der Ärztin ist es also, in jedem Einzelfall abzuklären, ob bestimmte Handlungen als Ausdruck körperlicher Nähe oder als Form sexuellen Missbrauchs einzustufen sind, eine Frage, die nur dann zu beantworten ist, wenn man den Betroffenen genau zuhört und ihre Verhaltensweisen

aufmerksam beobachtet. Signale der Betroffenen sind schwer zu erkennen – es gibt sie aber immer.

Es ist unumstritten, dass es keine missbrauchsspezifische kinder- und jugendpsychiatrische Symptomatik gibt – weder eine Symptomatik mit Beweiskraft, noch kinder- und jugendpsychiatrische Krankheitsbilder, die spezifisch und ausschließlich als Folge sexueller Kindesmisshandlung auftreten (FÜRNISS 1996).

Keine missbrauchsspezifische psychiatrische Symptomatik

Auch FEGERT (1993) betont, dass es im Einzelfall unzulässig ist, von einzelnen psychiatrischen Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten auf das spezifische Trauma „sexueller Missbrauch“ zu schließen. Jeder Hinweis oder Verdacht, dass ein Kind sexuell misshandelt worden sein könnte, muss gerade deshalb unbedingt ernst genommen werden. Im Unterschied zu anderer körperlicher Gewaltanwendung führt die sexuelle Misshandlung häufig nicht zu offensichtlichen körperlichen Hinweisen. Die Diagnose beruht auf einer Vielzahl von Indikatoren, welche Ärzte diagnostizieren und in Zusammenhang bringen müssen. Nicht das einzelne Symptom, sondern das Symptom im Kontext führt zur Diagnose sexuellen Kindesmissbrauchs. Dies wird durch eine Reihe von Faktoren erschwert:

Diagnostische Schwierigkeiten

→ Bei der Unspezifität kinderpsychiatrischer Symptome kann das gesamte Spektrum nichtorganischer kinder- und jugendpsychiatrischer Symptomatik als Folge sexuellen Missbrauchs auftreten. Andererseits gibt es auch Fälle ohne diagnostizierbare kinder- und jugendpsychiatrische Symptomatik.

→ Die Diagnose umfasst nie nur medizinische, sondern auch Aspekte der Familie und der persönlichen bzw. sozialen Situation. Zusätzliche Informationen von Kindergärten, Schulen oder anderen Institutionen können in diesem Kontext hilfreich sein und ein vollständigeres Bild ergeben.

→ Die Diagnose von sexueller Misshandlung formt sich oft erst über einen längeren Zeitraum. Dieses erfordert, dass ein erster Verdacht ernst genommen, eventuell über Wochen, Monate und über mehrere Kontakte hin aufrechterhalten und weiter geprüft werden muss, bevor die Diagnose gestellt werden kann.

→ Bei sexuellem Missbrauch in der Familie gibt es aus Sicht der Betroffenen schwerwiegende Gründe, ihre Erfahrungen geheim zu halten. Die Betroffenen lieben den Täter einerseits, andererseits spüren sie, dass sie „benutzt“ werden. Sie fühlen sich allein und isoliert. Gefühle der Scham und das Gefühl, am sexuellen Missbrauch selbst Schuld zu tragen, entstehen. Oftmals schweigen misshandelte Mädchen und Jungen auch deshalb, weil sie sich für den Zusammenhalt der Familie verantwortlich fühlen.

Dass die Opfer nicht über ihre Situation reden können, ist also eher als ein Ausdruck der Ausweglosigkeit zu verstehen. Wenn überhaupt, dann machen sie nur durch versteckte Hinweise auf ihre Notlage aufmerksam.

Die Diagnostik der sexuellen Kindesmisshandlung umfasst physische und psychische sowie Familienfaktoren.

Zu selten können Fälle mit Hilfe rein somatischer Symptome (Geschlechtskrankheiten/Verletzungen der

Genitalien) diagnostiziert werden. So kann bei folgenden Beschwerden, Symptomen und Syndromen differentialdiagnostisch ein sexueller Missbrauch mit in Betracht gezogen werden:

- Verletzungen an den Geschlechtsorganen/ Analbereich,
- Bisswunden in erogenen Zonen,
- Striemen an der Innenseite der Oberschenkel,
- Entzündungen/Pilzinfektionen im Genital- oder Afterbereich,
- blaue Flecken im Bereich des Unterleibs,
- unerklärte Blutungen und Ausfluss,

Verletzungen, andere somatische Symptome

- Bettnässen (vor allem sekundär nach jahrelanger Sauberkeit),
- Verdauungsstörungen,
- Bauch- und Unterleibsschmerzen,
- chronische Schmerzzustände,
- Hauterkrankungen und Allergien,
- Kreislaufdysregulationen,
- Appetitlosigkeit,
- Schlafstörungen/Alpträume,
- Asthma,
- Konversionsstörungen,
- Anorexie, Bulimie,

Psychosomatische Krankheiten

- Minderwertigkeitsgefühle, Selbstzweifel, Schuldgefühle, mangelnde Selbstakzeptanz,
- Angstzustände, phobische Syndrome (Prüfungs-, Versagens-, Zukunfts-, Kontaktängste, soziale Phobie, Angst vor Krankheiten, Claustro-, Nyktophobie etc.),
- starke Hilflosigkeit,

Emotionale Störungen

- extremes Machtstreben, extreme Leistungsmotivation,
- Schamgefühl,
- Schulleistungsstörungen (Leistungsmotivation),
- Ablehnung der eigenen Geschlechtsrolle,
- anankastische Syndrome (zum Beispiel Waschzwang),

**Autoaggressives,
selbstdestruktives
Verhalten**

- süchtiges Verhalten (Alkohol, Tabletten, illegale Drogen),
- Selbstverletzung durch Schneiden, Nägelkauen, Haare ausreißen,
- Anorexie, Bulimie,
- Suizidversuche,

**Störungen des
Sozialverhaltens**

- Rückfall in bereits überwundene Handlungsweisen, zum Beispiel Babysprache, Daumenlutschen,
- aggressives Verhalten, distanzloses Verhalten, delinquentes Verhalten,
- Verschlossenheit, Einzelgängertum, soziale Isolation,
- Weglaufen, Herumstreunen, Schulschwänzen,
- extremes Klammern an Bezugspersonen,
- Misstrauen gegenüber Nähe und Vertrauen,
- bei innerfamiliärem sexuellen Missbrauch: besondere Stellung in der Familie, zum Beispiel Übernahme von Haushaltspflichten,

**Auffälligkeiten
im Sexualverhalten**

- sexualisiertes Verhalten,
- altersunangemessenes Sexualverhalten und Wissen über Sexualität,
- übersteigerte sexuelle Neugier,
- Distanzlosigkeit gegenüber Männern,
- Angst vor körperlicher Berührung und Nähe,

- Wiederholen des Erlebten in Rollenspielen, intensiven Doktorspielen,
- sexuelle Übergriffe auf jüngere Kinder,
- exzessives Masturbieren,
- exhibitionistisches Verhalten,
- bei Jungen: sexuelle aggressive Verhaltensweisen, abfällige Witze und Bemerkungen über Homosexualität,
- bei Mädchen: auffälliges Verhalten während der Menstruation, prostitutives Verhalten.

Immer wieder gibt es Versuche, Standards für die Untersuchung bzw. Begutachtungen bei sexuellem Kindesmissbrauch zu entwickeln (ELLIGER, 1994). Erinnert wird in diesen diagnostischen Standards auch immer an die Bedeutung von emotionaler Neutralität sowie der Wahrung eines nichtwertenden Standpunktes in Diagnostikfragen. Die Unsicherheit, weil keine spezifischen Symptome auf Kindesmisshandlung hindeuten, ist von Ärzten und Psychologen oft schwer zu ertragen. Ansprechpartner werden notwendig, mit denen man sich über Verdachtsmomente austauschen kann. Eine Konsultation mit Kollegen kann helfen, sich selbst über die Wahrscheinlichkeit eines möglichen Misshandlungsverdachts Klarheit zu verschaffen. Jeder Verdacht auf Misshandlung muss schriftlich dokumentiert werden. Damit lässt sich später der Realitätsverdacht der Kindesmisshandlung überprüfen. Die Dokumentation kann außerdem im Hinblick auf eventuell notwendige Kinderschutzmaßnahmen und juristische Schritte wichtig sein.

Unsicherheit des Verdachts

Als Untersuchungsinstrument sind immer wieder auch die anatomisch korrekten Puppen ins Gespräch gebracht worden. Kritische Studien zeigen aber, dass

der Einsatz solcher Puppen keine sehr große diagnostische Sicherheit vermitteln kann. Gerade im Einsatz durch untrainierte und unerfahrene Untersucher können sie das kindliche Antwortverhalten verfälschen. Die Spielsituation mit diesen Puppen besitzt eine hohe Suggestivität. Anatomisch korrekte Puppen können aber in der Mehrfachabsicherung der Diagnose eine Rolle spielen.

Auch der Indikatorwert von Kinderzeichnungen ist kritisch zu beurteilen. Wesentlich für die Verwendung von kindlichen Zeichnungen als Indikator für sexuellen Missbrauch ist die genaue Dokumentation der kindlichen Interpretation und des assoziativen Kontextes, den das Kind zu dem zeichnerisch Dargestellten angibt. Kinderzeichnungen haben einen unbestrittenen Wert bei der Hypothesengenerierung.

Allgemein sei bemerkt, dass spezifisch für das Delikt des Kindesmissbrauchs ein Nicht-glauben-können und vor allem Verwirrung ist. Man sollte sich Zeit lassen und keine übereilten Schritte einleiten (vgl. ENDERS, 1994, zit. Nach FEGERT, 1993). Ein Kind kann von der ihm zugefügten Gewalt erst dann berichten, wenn es sicher weiß, dass es vor dem Täter geschützt ist. Die Diagnostik sollte in Ruhe betrieben werden und auf die anschließende psychologisch-soziale Intervention abgestimmt sein.

**Keine voreiligen
Schlüsse**

Die anhaltende öffentliche Diskussion, das hohe Problembewusstsein und die damit einhergehende Übersensibilität, haben einerseits dazu geführt, in zahlreichen Situationen den sexuellen Missbrauch im Kindesalter differentialdiagnostisch einzubeziehen, andererseits zeigen aktuelle Trends auch Gefahren

für das Kindeswohl, wenn unkritisch einer „neuen Leidenschaft“ des diagnostischen Handelns nachgegangen wird. So stellen unbegründete und fiktive Fälle von sexuellem Missbrauch eine neue Gefahr dar (ELLIGER, 1994).

Beispielsweise finden sich solche unbegründeten Verdachtsmomente gelegentlich dort, wo im Verlauf eines gerichtlichen Sorge- und Umgangsrechtsverfahrens der Vorwurf des sexuellen Kindesmissbrauchs ausgenutzt wird. Dieses als *Sexual-allegations-in-divorce-Syndrom* bezeichnete Phänomen (vgl. BLUSH & ROSS 1988, zit. nach ELLIGER, 1994), ist meist dadurch gekennzeichnet, dass die Beschuldigungen nach einer gewissen Trennungszeit und nach Einleitung gerichtlicher Schritte durch einen der Ehepartner hervorgebracht werden. Dieses Problem der unbegründeten Verdachtsfälle in solchen Verfahrensarten deutet sowohl auf die Funktionalisierung der Kinder in den elterlichen Auseinandersetzungen, als auch auf unkritische Interpretations- und Definitionsprozesse involvierter Professioneller hin.

Unbegründete Verdachtsmomente

Ein weiteres Problemfeld wird mit dem Begriff der *sekundären Viktimisierung* umschrieben.

Im Wesentlichen wird damit der Umstand bezeichnet, dass das Kind im Verlauf des diagnostischen Prozesses bestimmten Beeinträchtigungen ausgesetzt sein kann.

Leider ist es häufig so, dass sich durch die große diagnostische Unsicherheit endlose Delegationsketten entwickeln, welche einem falschen Experten- und Spezialistentum Vorschub leisten können.

Suggestive Befragungs- und Untersuchungsstile lassen sich dann nicht mehr verhindern, das Kind gerät

sekundäre Viktimisierung

unter Druck, Details hinzuzufügen, damit man endlich von ihm ablässt. Der behandelnde Arzt/Ärztin hat sich also auch immer die Frage zu stellen, welche Folgen das diagnostische Prozedere haben könnte.

Im Gefolge der Identifizierung des sexuellen Kindesmissbrauchs werden im Übrigen nicht selten *soziale Stigmatisierungsprozesse* in Gang gesetzt. In Fällen beispielsweise, wo nach Aufdeckung eines Inzests der Vater aus der Familie herausgenommen worden ist, kann für das Kind eine höchst belastende Familiendynamik eintreten. Dem Kind wird eine Sündenbockrolle zugewiesen (ELLIGER, 1994).

Abschließend wird empfohlen, bei einem sich ergebenden Verdacht auf sexuellen Missbrauch eine kinder-/jugendpsychiatrische bzw. -psychologische Praxis oder Beratungsstelle zu konsultieren. Bei vorherrschender psychiatrischer Symptomatik und unter dem Aspekt der (zumindest vorübergehenden) Herauslösung des Kindes aus dem sozialen Umfeld und der Trennung von einem potentiellen Täter wird auch eine stationäre Aufnahme in einer kinderpsychiatrischen Einrichtung erwogen werden müssen.

Teil V: Möglichkeiten der Konsultation bzw. Meldung

Folgende **rechtsmedizinische Einrichtungen** stehen den Ärzten **zwischen 8.00 und 16.00 Uhr** telefonisch zur Verfügung:

- **Technische Universität Dresden, Medizinische Fakultät, Institut für Rechtsmedizin**, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden, Tel. 0351 458 34 50
- **Universität Leipzig, Medizinische Fakultät, Institut für gerichtliche Medizin**, Johannisallee 28, 04103 Leipzig, Tel. 0341 971 51 00
- **Institut für Rechtsmedizin der Universität Leipzig, Außenstelle Chemnitz**, Dresdner Straße 183, 09131 Chemnitz, Tel. 0371 466 51 02

Außerhalb der oben genannten Dienstzeiten der drei Einrichtungen sowie an den Wochenenden und Feiertagen sind die Bereitschaftsärzte über die Polizeidirektionen zu erreichen, denen die Dienstpläne der genannten rechtsmedizinischen Institute vorliegen.

Polizeidirektion Dresden

Tel. 0351 483 33 24

Polizeidirektion Leipzig

Tel. 0341 25 50-0

Polizeidirektion Chemnitz

Tel. 0371 4 99-0

Als Ansprechpartner auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychologie sowie der Pädiatrie, Kinderchirurgie und Gynäkologie fungieren in

Dresden

- TU Dresden, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden; Tel. 0351 4 58 22 44
- TU Dresden, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden; Tel. 0351 4 58 22 67
- TU Dresden, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden; Tel. 0351 4 58 38 00
- TU Dresden, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden; Tel. 0351 4 58 33 02

Leipzig

- Universität Leipzig, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters, Riemannstr. 34, 04107 Leipzig; Tel. 0341 9 72 40 32
- Parkkrankenhaus Leipzig Südost GmbH, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Chemnitzer Str. 50, 04289 Leipzig;
Tel. 0341 8 64 22 60 (Kinder bis 10 Jahre),
8 64 25 79 (Kinder 10-13 Jahre),
8 64 24 33 (Kinder ab 14 Jahre),
8 64 24 30 (Ambulanz tagsüber)

- Universitätsklinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche, Oststr. 21-25, 04317 Leipzig;
Tel. 0341 9 72 62 42
- Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie der Universität Leipzig, Oststr. 21-25, 04317 Leipzig;
Tel. 0341 9 72 69 11
- Universitätsfrauenklinik Leipzig, Philipp-Rosenthal-Str. 55, 04103 Leipzig; Tel. 0341 9 71 09

Chemnitz

- Sozialpädiatrisches Zentrum am Gesundheitsamt, Weststr. 8, 09112 Chemnitz; Tel. 0371 30 14 14;
Wielandstr. 11, 09112 Chemnitz;
Tel. 0371 30 46 57
- Klinikum Chemnitz gGmbH, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Flemmingstr. 4, 09009 Chemnitz;
Tel. 0371 33 32 42 42
- Landkreis Mittweida Krankenhaus gGmbH, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters, Bereich Chemnitz; Dresdner Str. 178, 09131 Chemnitz;
Tel. 0371 33 31 21 21

Darüber hinaus bieten alle Jugendämter der drei Regierungspräsidien Beratungs- und Betreuungsdienste an.

Landeshauptstadt Dresden

- Jugendamt Dresden, Riesaer Str. 7, 01129 Dresden;
Tel. 0351 4 88 46 03
- Gesundheitsamt, Abt. Kinder- und jugendärztlicher Dienst, August-Bebel-Str. 29, 01219 Dresden;
Tel. 0351 47 77 40
- Kinder- und Jugendnotdienst, Rudolf-Bergander-Ring 43, 01219 Dresden; Tel. 0351 2 75 40 04

Regierungsbezirk Dresden

- Jugendamt Bautzen, Bahnhofstr. 9, 02625 Bautzen; Tel. 03591 32 46 01
- Jugendamt Görlitz, Hugo-Keller-Str. 14, 02826 Görlitz; Tel. 03581 67 24 01
- Jugendamt Hoyerswerda, Dillinger Str. 2, 02977 Hoyerswerda; Tel. 03571 45 74 10
- Jugendamt Kamenz, Garnisonsplatz 05, 01917 Kamenz; Tel. 03578 32 51 00
- Jugendamt Zittau, FD Jugend und Soziales, Hochwaldstr. 29, 02763 Zittau; Tel. 03583 72 21 20
- Jugend- und Sozialamt Meißen, Loosestr. 17/19, 01662 Meißen; Tel. 03521 72 58 51
- Jugendamt Niederschlesischer Oberlausitzkreis, Robert-Koch-Str. 1, 02906 Niesky; Tel. 03588 28 51 30
- Jugendamt Riesa-Großenhain, Remonteplatz 10, 01558 Großenhain; Tel. 03522 30 36 50
- Jugendamt Sächsische Schweiz, Ernst-Thälmann-Platz 1, 01796 Pirna; Tel. 03501 51 58 30
- Jugendamt Weißeritzkreis, Weißeritzstr. 7, 01744 Dippoldiswalde; Tel. 03504 620 22 00

Stadt Leipzig

- Jugendamt, Abt. Hilfen zur Erziehung/soziale Dienste, Naumburger Str. 26, 04229 Leipzig; Tel. 0341 1 23 46 51 oder 44 84

Regierungsbezirk Leipzig

- Jugendamt Döbeln, Dr.-Ziegner-Str. 2, 04720 Döbeln; Tel. 03431 74 15 30
- Jugendamt Delitzsch, Richard-Wagner-Str. 7a, 04509 Delitzsch; Tel. 034202 6 93 88
- Jugendamt Leipziger Land, Stauffenbergstr. 04, Haus 6, 04552 Borna; Tel. 03433 24 14 60

- Jugendamt Muldentalkreis, Karl-Marx-Str. 22, 04668 Grimma; Tel. 03437 98 46 10
- Jugendamt Torgau-Oschatz, Fischerstr. 26, 04860 Torgau; Tel. 03421 75 88 10

Stadt Chemnitz

- Jugendamt Chemnitz, Bahnhofstr. 53, 09111 Chemnitz; Tel. 0371 4 88 51 00
- Gesundheitsamt – Sozialpädiatrisches Zentrum, Weststr. 8, 09112 Chemnitz; Tel. 0371 30 46 57

Regierungsbezirk Chemnitz

- Jugendamt Annaberg, Wolkensteiner Str. 40, 09456 Annaberg-Buchholz; Tel. 03733 83 32 50
- Jugendamt Aue-Schwarzenberg, Wettinerstr. 1, 08280 Aue; Tel. 03771 27 71 40
- Jugendamt Chemnitzer Land, Gerh.-Hauptmann-Str. 1+2, 08371 Glauchau; Tel. 03763 4 57 50
- Jugendamt Freiberg, Frauensteiner Str. 43, 09599 Freiberg; Tel. 03731 79 92 00
- Jugendamt Mittlerer Erzgebirgskreis, Poststr. 6, 09496 Marienberg; Tel. 03735 66 45 75
- Jugendamt Mittweida, Am Landratsamt 3, Haus 15, 09648 Mittweida; Tel. 03727 95 03 38
- Jugendamt Plauen, FB Jugend und Soziales, Unterer Graben 1, 08523 Plauen; Tel. 03741 2 91 15 40
- Jugendamt Stollberg, Uhlmannstr. 1-3, 09366 Stollberg; Tel. 037296 59 13 24
- Jugendamt Vogtlandkreis, Postplatz 3, 08468 Reichenbach; Tel. 03765 53 33 00
- Jugendamt Zwickau, Werdauer Str. 62, Haus 7+4, 08056 Zwickau; Tel. 0375 83 51 00
- Jugendamt Zwickauer Land, Königswalder Str. 18, 08412 Werdau; Tel. 03761 56 12 00

Geschäfts- und Beratungsstellen Opferhilfe Sachsen e.V.

Beratungsstelle Dresden

Theresienstraße 17, 01097 Dresden
Tel.: 0351 8 01 01 39, Fax: 0351 8 10 81 91
Email: BeratungDD@aol.com

Beratungsstelle Leipzig

Härtelstraße 11, 04107 Leipzig
Tel.: 0341 2 25 43 18
Email: BeratungL@aol.com

Beratungsstelle Chemnitz

Reichenhainer Straße 29a, 09126 Chemnitz
Tel.: 0371 4 33 16 98
Email: BeratungC@aol.com

Beratungsstelle Bautzen

Muskauer Straße 4, 02625 Bautzen
Tel.: 03591 67 95 50
Email: BeratungOSN@aol.com

Beratungsstelle Görlitz

Wilhelmsplatz 2, 02826 Görlitz
Tel.: 03581 42 00 23
Email: BeratungOSN@aol.com

Beratungsstelle Zwickau

Münzstraße 2, 08056 Zwickau
Tel.: 0375 3 03 17 48, Fax: 03 75 3 03 17 48
Email: BeratungZ@aol.com

Beratungsstelle Plauen (Nähe Arbeitsamt)

Neundorfer Straße 33, 08523 Plauen
Tel.: 03741 3 00 64 99
Email: Email: BeratungZ@aol.com

Beratungsstelle Dresden (Nähe Albertplatz)
Theresienstraße 17, 01097 Dresden
Tel.: 0351 8 01 01 39, Fax: 0351 8 10 81 91
Email: BeratungDD@aol.com

Beratungsstelle Leipzig (Nähe Stadtbibliothek)
Härtelstraße 11, 04107 Leipzig
Tel.: 0341 2 25 43 18
Email: BeratungL@aol.com

Beratungsstelle Chemnitz (Pegasus Center)
Reichenhainer Straße 29a, 09126 Chemnitz
Tel.: 0371 4 33 16 98
Email: BeratungC@aol.com

Beratungsstelle Bautzen (Nähe Kreiskrankenhaus)
Muskauer Straße 4, 02625 Bautzen
Tel.: 03591 67 95 50
Email: BeratungOSN@aol.com

Beratungsstelle Görlitz (Nähe Straßburgpassage)
Wilhelmsplatz 2, 02826 Görlitz
Tel.: 03581 42 00 23
Email: BeratungOSN@aol.com

Beratungsstelle Zwickau (Nähe Dom)
Münzstraße 2, 08056 Zwickau
Tel.: 0375 3 03 17 48, Fax: 0375 3 03 17 48
Email: BeratungZ@aol.com

(vorbehaltlich der Änderungen durch die genannten Ämter)

Autoren:

Frau Priv.-Doz. Dr. med. habil. Christine Erfurt,
Vorsitzende der Ärztekommision der Sächsischen
Landesärztekammer „Gewalt gegen Kinder/Miss-
handlung Minderjähriger“
Oberärztin am Institut für Rechtsmedizin, Medizi-
nische Fakultät, Technische Universität Dresden

Prof. Dr. med. habil. Dietmar Roesner
Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinderchirur-
gie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dres-
den

Prof. Dr. med. habil. Michael Scholz
Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Universi-
tätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Dr. med. Frank Ostwaldt
Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Universi-
tätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Dr. med. Uwe Schmidt
Facharzt am Institut für Rechtsmedizin, Medizinische
Fakultät, Technische Universität Dresden

Bildteil zu Teil II:

Abb. 1:
Stockschlagverletzungen (Doppelkonturierung bei jeder Schlägeinwirkung).



Abb. 2:
Grifftypische Verletzung (Hämatom) an der rechten Wange bei einem 1,5 Monate altem Säugling. Eine gleichartige Verletzung bestand auf der Gegenseite.



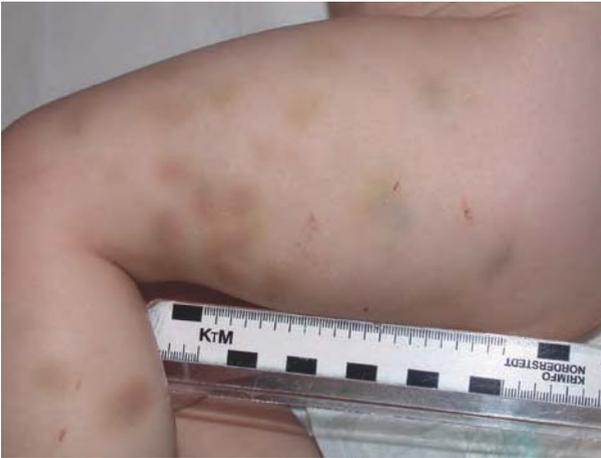


Abb. 3:
Unterschiedlich gefärbte Hämatome am gesamten Oberschenkel, gleichartige Verletzungen auch am rechten Bein und an den Armen.



Abb. 4:
Geformte Hauteinblutung über der linken Schläfen- und Jochbeinregion ohne bestehende Schürfwunden. Das angegebene Sturzgeschehen konnte nicht bestätigt werden.

Abb. 5:

6 Jahre alter Junge, welcher im Kinder- und Jugendnotdienst nach mehrfacher körperlicher Züchtigung durch die Eltern aufgenommen wurde. Hämatom der rechten Ohrmuschel nach Schlägeinwirkung.



Abb. 6:

Gleicher Patient wie Abb. 5. Kräftiges Hämatom mit Weichteilschwellung der rechten Flanke, bereits in Abbau befindlich (mehrzeitige Gewalteinwirkung).





Abb. 7:
Rötung der Afterhaut mit (im Bild nicht sichtbarer) Rhagade und klaffendem After. Massive Hämatome beider Gesäßhälften.



Abb. 8:
6 Monate alter Junge. Zustand nach schwerer Vernachlässigung durch alkoholabhängige Eltern.

Notizen

Notizen
