

Innsbruck, 27.09.2017
1. Gemeinsame Fortbildung
KSG – Kinder- und Jugendhilfe

tirol kliniken
INNSBRUCK

MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT
INNSBRUCK

Kindesmisshandlung: Verdächtige Verletzungsmuster Forensische Dokumentation

Marion Pavlic

Institut für Gerichtliche Medizin
Medizinische Universität Innsbruck
Müllerstraße 44, 6020 Innsbruck
marion.pavlic@i-med.ac.at

www.awmf.org
www.bmwfj.gv.at/Familie/Gewalt/Documents/Gewaltpraevaleanz_final.pdf

Formen der Misshandlung

- psychisch
 - seelische Gewalt (verbal, einsperren...)
 - Vernachlässigung, Pflege, Interaktion
 - Entwicklungsrückstand (auch körperlich – „psychosocial dwarfism“)
- physisch
 - „battered child“
 - äußere Gewalt, thermisch, Vergiftungen
 - Schütteltrauma
 - Münchhausen-by-proxy
- sexueller Missbrauch

2

Zahlen zur Kindesmisshandlung

- Schätzungen, Befragungen, Polizeistatistik (Dunkelziffer)
- 12% Männer, 10% Frauen Gewalterfahrung als Kind (Lebenszeitprävalenz)
- sexueller Missbrauch 3% Männer und 9% Frauen
- andere Zahlen wesentlich höher: ca. 75% haben Gewalthandlungen als Kind erlebt
- bei 2% aller stationären Kinder v.a. KMH
- Kinder 0-3 a besonders gefährdet
 - Verletzlichkeit, Abhängigkeit
 - keine Mitteilungsmöglichkeit

3

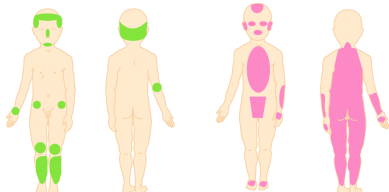
Verdachtsmomente

- Arztbesuch mit Verzögerung
- häufig wechselnde Ärzte (doctor hopping)
 - wie erkennbar?
- unpassende / wechselnde / fehlende Anamnese
 - „durch Geschwister“
 - nicht altersgerecht – Entwicklungsstand des Kindes beachten
- zusätzliche (zufällig entdeckte) Verletzungen
- unterschiedlich alte Verletzungen an mehreren Körperstellen (mehrzeitig)
- Risikofaktoren
 - Schreikind, chronische Erkrankungen
 - familiäres Umfeld – Unterstützung?
 - Misshandlungen in der Vorgeschichte – Geschwister?

4

Verletzungslokalisation

- „normal“
 - Schienbein, Knie, Ellbogen, größter Kopfumfang („leading edges“)
- untypisch
 - Brustkorb, Rücken, Gesäß, Handrücken, Unterarm, Ohr
 - aktive / passive Abwehrverletzungen



5

Abwehrverletzungen

- aktiv
 - Hineingreifen in Werkzeug
 - Verletzungen an Beugeseiten der Finger bzw. Hohlhand
 - cave: Selbstverletzung des Täters
- passiv
 - Schutz von Kopf, Gesicht
 - Hochhalten der Arme
 - Verletzungen an ellenseitigem Unterarm, Außenseite Oberarm, Streckseite der Hände / Finger

6

Verletzungsformen

- häufig stumpfe Gewalteinwirkung
- Haut (fast) immer mitbetroffen
 - funktionelle Rötungen, Hämatome, intrakutane Blutungen
- Schläge, Tritte
- Gegenstände, Werkzeuge
 - geformte Verletzungen, Striemen
- Knochenbrüche
- Bissverletzungen
- thermische Verletzungen
- seltener
 - scharfe Gewalt (Selbstbeibringung?)
 - halbscharfe Gewalt
 - Strangulation

7

Stumpfe Gewalt

- flächenhafter Kontakt an unterschiedlichen Oberflächen
- Befunde an der Haut
 - Schwellung
 - funktionelle Rötung
 - wegdrückbar (Lineal)
 - Hautunterblutung = Hämatom („blauer Fleck“)

8

Hämatome

- Hautunterblutungen aufgrund von Gewebsverletzungen
- Ausprägung abhängig von Lokalisation und Tiefe
- volle Ausprägung erst nach einiger Zeit
 - Glaubwürdigkeit?
 - wiederholte Untersuchung nach 24 bis 48h
- keine seriöse Altersschätzung möglich
 - gelbliche Hämatome > 18 h
- „Stolperfalle“: Pigmentstörungen (Mongolenfleck)

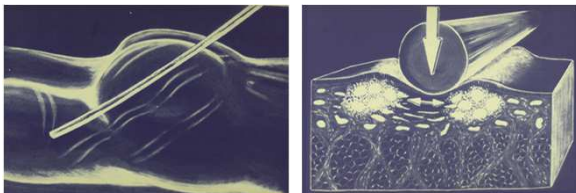
9

Stumpfe Gewalt

- flächenhafter Kontakt an unterschiedlichen Oberflächen
- Befunde an der Haut
 - Schwellung
 - funktionelle Rötung
 - wegdrückbar (Lineal)
 - Hautunterblutung = Hämatom („blauer Fleck“)
 - Hauteinblutung = intrakutan
 - punktförmig, kleinflächig
 - häufig geformt
 - Quetsch-Rissverletzung
 - Schürfung (tangentielle Komponente)

10

Hauteinblutung (intrakutan)



Gefäße zentral zusammengedrückt
Blut seitlich verdrängt – Gefäße platzen

11

Knochenbrüche

- Epidemiologie
 - ca. 10% aller Frakturen Folge Misshandlung, bei Säuglingen 70%
 - > 1. LJ 2%
 - bei Misshandlung in 50-60% mehrfache Knochenbrüche
- Lokalisation
 - hintere Rippenfrakturen
 - komplexe Schädelbrüche (Spaltverbreiterung, „wachsende“ Brüche)
 - Brustbein, Schulterblatt, Dornfortsätze von Wirbelkörpern
- Röhrenknochen
 - Metaphyse (klassische metaphysäre Läsion, CML)
 - corner fractures, bucket handle fractures (Eck-, Korbenhelfrakturen): multipel!
 - Parietfrakturen
- hochverdächtig:
 - zufällige Diagnose, keine Anamnese
 - mehrere Frakturen, Metaphyse
 - Kind < 1.LJ

12

Thermische Verletzungen

- ca. 10% Folge von Misshandlung
- Kinder meist etwas älter (2-3 a)
- Verbrühungen
 - Lokalisation! Immersion vs. (akzidentelles) Überschütten
 - symmetrisch: Handschuh-, Strumpfmuster
 - Aussparung von Hautfalten
 - Aussparung Gesäß (doughnut-Muster)
 - DD Impetigo (bakterielle Hautentzündung)
- Verbrennungen
 - geformte, glatt begrenzte Verletzungen
 - multipel?
 - Werkzeugabdruck (Bügeleisen, Rost)
 - Zigaretten: ca. 8 mm, rund
 - Abheilung mit Narbe
 - DD infizierte Insektenstiche, Windpocken

13

Scharfe Gewalt

- Spitz zulaufende oder schneidende („scharfe“) Werkzeuge
- Stichwunden
 - tiefer als lang
- Schnittwunden
 - länger als tief
 - seichtes Auslaufen
- „Stich-Schnittwunden“
- an Selbstbeibringung denken (Hintergrund?)

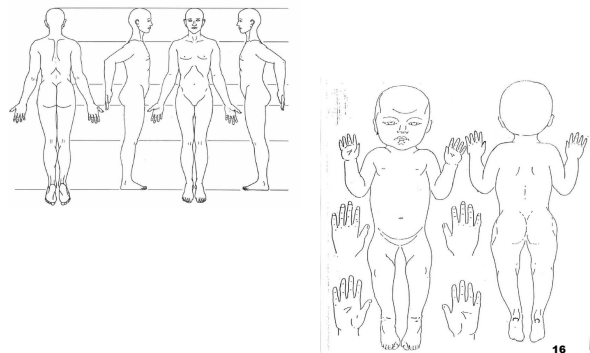
14

Bei Verdacht: was tun?

- Geburtsanamnese
 - Geburtstraumen? (z.B. Schlüsselbeinbrüche)
- Untersuchung des ganzen (unbekleideten) Körpers
 - Minimalbefunde können entscheidend sein
- rechtzeitige, lückenlose Befunddokumentation
 - Zeitfaktor (Einblutungen in die Haut)
 - exakte Beschreibung (nicht „Prellmarke“, „Würgemal“)
 - Art und Größe der Verletzungen
 - Lokalisation, auch im Verhältnis zu markanten Körperteilen
 - Skizze, Körperschemen
 - Fotodokumentation / Maßstab
 - zuerst Übersicht, dann Detail

15

Körperschema



16

Fotodokumentation

- auf einem Bild sollte Pat. erkennbar sein
- gute Beleuchtung – kein Blitz!
- von der Übersicht zum Detail
- zuerst ohne, dann mit Maßstab (verletzungsnah)
- bei Bedarf Farbtafeln
- mehrere Aufnahmen schaden nicht

17

Bei Verdacht: was tun?

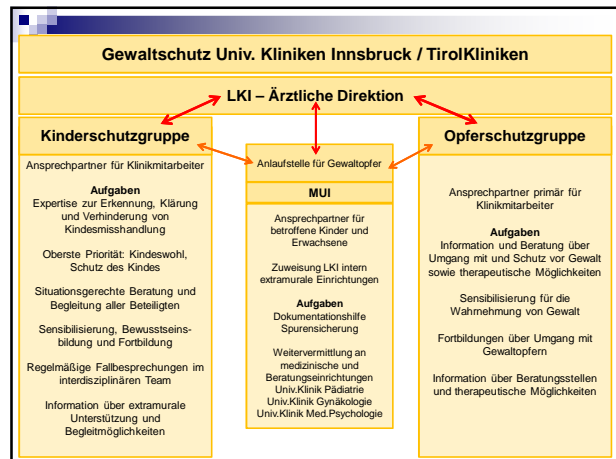
- Abklärung angeborener Störungen
 - Gerinnungsstatus
 - Stoffwechselerkrankungen, Kollagen-, Knochensynthesestörungen
- Abklärung weiterer Verletzungen
 - Knochenbrüche („Babygramm“ obsolet)
 - Augenhintergrund, Ultraschalluntersuchung Schädel
- Achtung: Osborneberechtigte müssen in Untersuchungen einwilligen!
 - MRI in Sedierung
- allenfalls Drogenscreening
- allenfalls Spurensicherung
- an Geschwisterkinder denken

18

Gängige Praxis bei Verdacht

- Zuweisung an KH / Kinderzentrum
- Entscheidung über weiteres Vorgehen leichter im Team
 - frühzeitige Einbeziehung der Kinderschutzgruppe
 - Helferkonferenz
- Beachtung der ärztlichen Anzeige- und Meldepflicht

19



§ 54 Ärztegesetz

Verschwiegenheits-, Anzeige- und Meldepflicht

- (1) Der Arzt und seine Hilfspersonen sind zur **Verschwiegenheit** über alle ihnen in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse verpflichtet.
- (2) Die Verschwiegenheitspflicht besteht **nicht**, wenn
 - 1.nach gesetzlichen Vorschriften eine **Meldung** des Arztes über den Gesundheitszustand bestimmter Personen vorgeschrieben ist,
 - 2.Mitteilungen oder Befunde des Arztes an die **Sozialversicherungsträger** ... in dem Umfang, als er ... zur Wahrnehmung der ihm übertragenen Aufgaben ... erforderlich sind,
 - 3.die ... Person den Arzt von der Geheimhaltung **entbunden** hat,
 - 4.die Offenbarung des Geheimnisses nach Art und Inhalt zum Schutz **höherwertiger Interessen** der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Rechtspflege unbedingt erforderlich ist.
- (3) Die Verschwiegenheitspflicht besteht auch insoweit nicht, als die für die **Honorar- oder Medikamentenabrechnung** ... erforderlichen Unterlagen zum Zweck der Abrechnung ... Dienstleistungsunternehmen überlassen werden. ...

21

§ 54 Ärztegesetz

- (4) Ergibt sich für den Arzt in Ausübung seines Berufes der **Verdacht**, dass durch eine gerichtlich strafbare Handlung der **Tod** oder eine **schwere Körperverletzung** herbeigeführt wurde, so hat der Arzt, sofern Abs. 5 nicht anderes bestimmt, der **Sicherheitsbehörde** unverzüglich **Anzeige** zu erstatten.
Gleiches gilt im Fall des Verdachts, dass eine **volljährige Person**, die ihre **Interessen nicht selbst** wahrzunehmen vermag, **misshandelt, gequält, vernachlässigt** oder **sexuell missbraucht** worden ist.
- (5) Ergibt sich für den Arzt in Ausübung seines Berufes der **Verdacht**, dass ein **Minderjähriger misshandelt, gequält, vernachlässigt** oder **sexuell missbraucht** worden ist, so hat der Arzt Anzeige an die Sicherheitsbehörde zu erstatten. Richtet sich der Verdacht gegen einen **nahen Angehörigen** (§ 166 StGB), so kann die Anzeige **so lange unterbleiben**, als dies das Wohl des Minderjährigen erfordert und eine Zusammenarbeit mit dem **Kinder- und Jugendhilfeträger** und gegebenenfalls eine Einbeziehung einer **Kinderschutzeinrichtung** an einer Krankenanstalt erfolgt.
- (6) In den Fällen einer vorsätzlich begangenen schweren Körperverletzung hat der Arzt auf bestehende Opferschutzeinrichtungen hinzuweisen. In den Fällen des Abs. 5 hat er überdies unverzüglich und nachweislich **Meldung an den zuständigen Kinder- und Jugendhilfeträger** zu erstatten.

22

Was heißt das?

- grundsätzlich Anzeigepflicht bei Polizei, Verdacht genügt
 - Ärzte sind keine Ermittlungsorgane
- nur in Ausnahmefällen kann die Anzeige unterbleiben
 - dann aber Meldung an die Kinder- und Jugendhilfe
- § 166 StGB „naher Angehöriger“
 - Ehegatte, eingetragener Partner
 - Verwandte in gerader Linie (Eltern, Großeltern)
 - Bruder, Schwester
 - andere Angehörige, die mit dem Verletzten in Hausgemeinschaft leben
 - nicht Vormund, Sachwalter
- Altersgrenzen
 - minderjährig / volljährig: 18. LJ
 - unmündig / mündig: 14. LJ
 - mündiger Minderjähriger: 14. – <18. LJ
 - Anzeigepflicht nach AG < 18. LJ
 - Vergl. § 206, 207 StGB: (schwerer) sexueller Missbrauch von Unmündigen: < 14. LJ

23

Fazit

- dran denken
- bei Verdacht Untersuchung des gesamten Körpers
- exakte Befundbeschreibung ohne Interpretation
- ein Bild sagt mehr als tausend Worte
- ärztliche Anzeigepflicht bedenken – Arzt muss nicht ermitteln
- Betroffene sachlich über Vorgehen informieren
 - keine Schuldzuweisungen, Angebot zur Hilfe
- Entscheidungen im Team – z.B. frühe Einbeziehung der Kinderschutzgruppe

24