

Kindsmisshandlung – verpasse ich etwas?

Mélanie Doutaz, Johannes Spalinger

Einleitung

Der Schutz von Kindern ist in unserer Gesellschaft eine der wichtigsten Aufgaben und liegt in der Verantwortung jedes einzelnen, aber auch bei allen Institutionen und Fachpersonen, die mit Kindern zu tun haben. So gehört Kinderschutzarbeit zum Leistungsauftrag einer Kinderklinik und wird dort in der Regel durch professionelle Kinderschutzgruppen wahrgenommen. Innerhalb der Medizin ist Kinderschutz keine Spezialdisziplin, sondern eine gemeinsame Aufgabe verschiedener Fachgebiete mit dem Ziel, interdisziplinär Lösungen zu erarbeiten. Kinderschutz setzt ein multidisziplinäres Vorgehen voraus und kann nie im Alleingang erfolgen. Die Herausforderung für den niedergelassenen Arzt liegt in der frühzeitigen Erkennung und damit in der Prävention der schwerwiegenden Folgen.

Unter Kindsmisshandlung wird eine nicht zufällige, bewusste oder unbewusste körperliche und/oder seelische Schädigung eines Kindes verstanden, die zu Verletzungen, Entwicklungshemmungen oder zum Tode führt. Obwohl das Phänomen der Kindsmisshandlung so alt wie die Menschheit ist, wurde der Begriff «the battered child» erst 1962 in der medizinischen Literatur von H. Kempe geprägt [1]. Kempe beschränkte sich auf eine Befundkonstellation, die dem heutigen Spektrum der Kindsmisshandlung nicht mehr gerecht wird. Anstelle von «battered child» spricht man heute von «nicht-akzidenteller Verletzung im Kindesalter» (non accidental injury) [2].

Der Begriff «nicht-akzidentelle Verletzungen» beinhaltet alle mechanischen Formen der Kindsmisshandlung wie körperliche Misshandlung, Schütteltrauma oder Verbrennungen. Obwohl körperliche Befunde häufig Anlass zum Verdacht einer Kindsmisshandlung geben, sind andere, weniger bekannte Misshandlungsformen wie psychische Misshandlung, Vernachlässigung und sexuelle Ausbeutung insgesamt häufiger anzutreffen.

Trotz der grossen Beachtung in den Medien bleibt Kindsmisshandlung eine traurige Realität mit einer hohen Dunkelziffer. Die Zunahme der Kinderschutzfälle um 10%, wie sie z.B. das Kinderspital Zürich für das Jahr 2001 verzeichnet, basiert nicht auf einer realen Zunahme der

Fallzahlen, sondern ist vielmehr Folge einer erhöhten Sensibilisierung und Aufmerksamkeit von Fachleuten [3]. Der vorliegende Beitrag soll eine Übersicht über die Formen der Kindsmisshandlung vermitteln, Verdachtsmomente beschreiben und den Umgang mit dem heiklen Thema der Kindsmisshandlung erläutern.

Formen der Kindsmisshandlung

Es werden die fünf untenstehenden Misshandlungsformen unterschieden. Diese sind nie vollständig voneinander abzugrenzen, sondern überschneiden sich immer. Zum Beispiel besteht bei einer sexuellen Ausbeutung einerseits eine Traumatisierung aus der körperlichen Gewaltanwendung und andererseits auch immer eine psychische Misshandlung aus einem emotional sehr eingreifenden Erlebnis.

Körperliche Misshandlung

Eine körperliche Misshandlung liegt vor, wenn durch körperliche Gewaltanwendung dem Kind ernsthafte, vorübergehende oder gar bleibende Verletzungen sogar mit Todesfolgen zugefügt werden.

Der Verdacht einer Kindsmisshandlung lässt sich selten aufgrund eines Verletzungsmusters

Tabelle 1. Allgemeine Hinweise auf eine Kindsmisshandlung.

Fehlende, vage, unklare, wechselnde Erklärungen für Verletzungen
Inadäquater Unfallmechanismus
Nicht plausible Verletzungen
Verletzungen verschiedenen Alters
Verzögerte ärztliche Konsultation bei schweren Verletzungen
Verletzungen, welche angeblich durch das Kind selbst oder Geschwister zugefügt wurden
Entdecken zusätzlicher, zuvor nicht angegebener Verletzungen bei der Untersuchung
Häufiger Wechsel der medizinischen Betreuung bei Verletzungen
Hinweise von Dritten oder vom Kind selbst

Pädiatrische Klinik,
Kinderspital Luzern

Korrespondenz:
Dr. med. Mélanie Doutaz
Pädiatrische Klinik
Kinderspital
CH-6000 Luzern 16

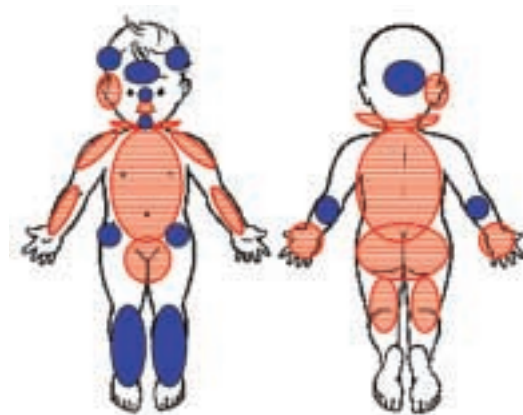
melanie.doutaz@ksl.ch

Abbildung 1.

Lokalisation von akzidentellen und misshandlungsbedingten Hämatomen.

Rot = misshandlungsverdächtige Hämatome: Thorax, Rücken, Gesäss, Genitale, dorsale Oberschenkel, Ohren, Kieferwinkel, Mastoid, Wangen, Oberlippe, Frenulum (Zwangsfüttern), Hals (Würgemale), Nacken, ventrale Unterarme (Schutz vor Schlägen), Schulter, Oberarme symmetrisch und Handrücken.

Blau = «leading edges», akzidentelle Hämatome: Stirn, Schläfe, Nase, Kinn, Hüfte, Becken, Knie, Schienbeine, Ellbogen, dorsale Unterarme und Palmarfläche der Hände.

**Abbildung 2.**

Lokalisation misshandlungsbedingter Verbrühungen: Beine strumpf- und Arme handschuhförmig, Genitale und Gesäss.



klar erhärten, sondern basiert auf einer Vielzahl von Hinweisen wie klinische Befunde, Verhaltensweise, psychosomatische Zeichen oder Angaben aus dem Umfeld (Tab. 1).

Haut und Weichteile

Die Haut zeigt bei nahezu 90% der misshandelten Kinder Verletzungsspuren. Dabei handelt es sich meist um *Hämatome*. Rote, blaue und violette Hämatome können zu jedem Zeitpunkt – von der Entstehung bis zur Resorption – bestehen bleiben, wobei rote Hämatome in der Regel nicht älter als eine Woche sind, gelbe Hämatome 18–24 Stunden alt sind. Viel wichtiger als die Farbe der Hämatome sind ihre Lokalisation und Verteilung [4]. Im «Lauf-Lern-Alter» kommt es physiologischerweise an den «leading edges» (Stirn, Schläfe, Nase, Kinn, Hüfte, Becken, Knie, Schienbeine, Ellbogen, dorsale Unterarme und Palmarfläche der Hände) zu multiplen Hämatomen. Hämatome an diesen Stellen bei kleinen, nicht mobilen Säuglingen bedürfen jedoch plausibler Erklärungen («those who don't cruise rarely

bruisse») [5]. Prädilektionsstellen von nicht-akzidentellen Hämatomen sind in der Abbildung 1 festgehalten.

Misshandlungsbedingte *Verbrennungen/Verbrühungen* machen ca. 10% aller Misshandlungsfälle aus, wobei es sich bei 80% um Verbrühungen handelt [6]. Lokalisation und Verteilungsmuster sind auch hier besonders aussagekräftig (Abb. 2).

Frakturen

Frakturen werden bei 10–55% aller misshandelten Kinder gefunden, überwiegend bei Kindern unter drei Jahren. Sie widerspiegeln besonders gewalttätige Misshandlungen. Bei über 40% der Kinder werden sie klinisch nicht vermutet und erst bei einer systematischen Untersuchung gefunden. Körperlich misshandelte Kinder weisen meist mehr als eine Fraktur auf. Bei Knochenfrakturen gilt mit ganz wenigen Ausnahmen die Grundregel, je jünger das Kind, desto grösser die Wahrscheinlichkeit einer nicht-akzidentellen Verletzung [7]. Bei Verdacht ist neben einer sorgfältigen Abklärung auch ein detaillierter Skelettstatus und bei über 2jährigen eine Skelettszintigraphie durchzuführen.

ZNS-Verletzungen

10–20% der Kindsmisshandlungen sind gravierende *ZNS-Verletzungen*, wovon 80% im ersten Lebensjahr diagnostiziert werden. Sie sind die häufigste misshandlungsbedingte Todesursache [2].

Unter einem *Schütteltrauma* wird das heftige Schütteln eines Säuglings verstanden. Der geschüttelte Säugling kann physiologischerweise seinen Kopf durch die eigene Muskelkraft nicht genügend stabilisieren, und es kommt infolge abrupter Dezeleration des Gehirns mit nachfolgender Akzeleration zu den für das Krankheitsbild typischen Subduralhämatomen, intrazerebralen Blutungen und Retinablutungen [8]. Diese gravierenden Verletzungen sind dafür verantwortlich, dass die Mortalität des Schütteltraumas 25% beträgt und dass von den überlebenden geschüttelten Kindern etwa 75% Langzeitschäden davontragen [9].

Vernachlässigung

Die Vernachlässigung ist die häufigste Form der Kindsmisshandlung und geschieht durch das allgemeine Nichtwahrnehmen und Nichterfüllen normaler kindlicher Bedürfnisse. Eine Vernachlässigung kann körperlicher Natur sein und durch unzureichende Ernährung, schlechte Hygiene oder fehlende Gesundheitsfürsorge zu einer Gedeihstörung führen oder als emotionale Vernachlässigung eine Deprivation des Kindes bewirken. Die betroffenen Familien sind oft in einer Krisensituation durch hohe Belastungen wie finanzielle Probleme,

Paarkonflikte, Suchtprobleme oder sind als Alleinerziehende überfordert.

Die Betreuung von vernachlässigten Kindern ist sehr aufwändig und setzt eine Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und Institutionen voraus. Die Bestrebungen sollen primär eine Entlastung der Familien und Stärkung der elterlichen Kompetenz beinhalten mit dem Ziel, die Entwicklung des Kindes zu fördern. Häufig sind vormundschaftliche oder andere zivilrechtliche Massnahmen nötig (siehe unten).

Psychische Misshandlung

Jede Art von Misshandlung hat Auswirkungen auf die psychische Integrität des Kindes. Von psychischer Misshandlung spricht man, wenn Eltern oder andere verantwortliche Bezugspersonen ein Kind ablehnen, ignorieren, demütigen, terrorisieren, isolieren oder seelisch überfordern (z.B. durch Verwicklung in Loyalitätskonflikte). Dabei wird dem Kind das Gefühl der eigenen Wertlosigkeit vermittelt. Die Symptome psychisch misshandelter Kinder sind sehr mannigfaltig und altersabhängig.

Sexuelle Ausbeutung – sexueller Missbrauch

Unter diesen Begriffen versteht man sexuelle Handlungen eines Älteren oder Erwachsenen mit einem Kind, welches diese Handlungen aufgrund seiner körperlichen und geistigen Entwicklung nicht angemessen verstehen und einordnen kann. Der Machtmissbrauch ist evident. Zentral ist dabei die Verpflichtung zur Geheimhaltung, die das Kind zur Sprachlosigkeit, Wehrlosigkeit und Hilflosigkeit verurteilt.

Da die Symptomatik eines möglichen sexuellen Übergriffes sehr vielfältig ist und die Zeichen oft unspezifisch sind, sollte bei einem Verdacht möglichst früh eine multidisziplinäre Fachgruppe zugezogen werden. Um die kindlichen Aussagen nicht zu beeinflussen, ist eine eingehende Anamnese des Tatherganges durch den Arzt oder eine Nachbefragung durch weitere Personen zu unterlassen. Man beschränkt sich auf ein wortwörtliches Festhalten von spontanen Aussagen des Kindes. Eine formelle Befragung des Kindes soll nur durch dafür ausgebildete Personen erfolgen (mit Videodokumentation), damit sie als Beweismaterial den juristischen Ansprüchen genügt.

Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom

Beim Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom («Münchhausen syndrome by proxy») handelt es sich um eine seltene, schwerwiegende Form der Kindsmisshandlung, welche schwierig zu erkennen ist. Basis ist eine Persönlichkeitsstörung eines Elternteils, vorwiegend der Mutter, welche durch erfundene oder erzeugte Krankheitssymptome ihres gesunden Kindes um Aufmerksamkeit und Zuwendung zugun-

sten ihrer selbst wirbt. Hinweise für diese vermutlich deutlich unterdiagnostizierte Form der Kindsmisshandlung sind die folgenden: Diskrepanz zwischen Anamnese und klinischen Befunden, ungewohnte Krankheitsverläufe, bei Trennung von Mutter und Kind ausbleibende objektivierbare Reaktionen, Therapieresistenz ohne klinische Erklärung, wiederholte Klinikaufenthalte und umfassende Abklärungen ohne klare Resultate und wenig beunruhigter, sehr gut kooperierender Elternteil [2].

Risikofaktoren

Es gibt Risikofaktoren sowohl von seiten des Kindes als auch der Eltern, welche die Entstehung einer Misshandlungssituation begünstigen (Tab. 2 und 3). Das Vorliegen solcher Risikofaktoren muss den betreuenden Arzt an die Möglichkeit einer Kindsmisshandlung denken lassen.

Vorgehen bei Misshandlungsverdacht

Kenntnisse über das richtige Verhalten beim Vorliegen eines Verdachtes einer Kindsmisshandlung sind wichtig. Sowohl anamnestische Hinweise wie klinische Befunde können den Verdacht einer Kindsmisshandlung aufkommen lassen. Von einem Alleingang bei der Ab-

Tabelle 2. Kindliche Risikofaktoren.

Pränatal
Un erwünschte Schwangerschaft
Aussereheliche Schwangerschaft/ unklare Vaterschaft
Kurz aufeinanderfolgende Schwangerschaften
Sehr junge Mutter
Schwangerschafts-Depression
Krisen während der Schwangerschaft
Perinatal
Frühgeburlichkeit
Trennung von Mutter und Kind nach der Geburt infolge mütterlicher oder kindlicher Komplikationen
Missbildung oder Behinderung des Kindes
Postnatal
Kränkelder Säugling
Körperlich oder geistig behinderte Kinder
«Dysrhythmische» Säuglinge
Kinder mit Gedeihstörungen
Verhaltensprobleme

klärung und Bearbeitung eines Verdachts auf Kindsmisshandlung wird dringend abgeraten. Ein interdisziplinäres Vorgehen gehört zum Standard und erlaubt es, gleichzeitig auf verschiedenen Ebenen die notwendigen Abklärungen vorzunehmen. Ein solches gemeinsames Vorgehen setzt Kenntnisse über die lokalen Gegebenheiten (Fachstelle für Kinderschutz, Kinderschutzgruppen etc.) voraus.

Anamnese

Detaillierte Kenntnisse zum aktuellen Geschehen, welches zur Konsultation führte, sind unabdingbar. Vorhandene Fakten sollten mög-

lichst präzise und ausführlich erfragt (Ausnahme sexuelle Ausbeutung) und entsprechend dokumentiert werden. Die von den Betreuern gelieferten Erklärungen sollen sorgfältig exploriert und notiert werden. Bei unfallbedingten Verletzungen gibt es fast immer eine Erklärung für den Verletzungshergang, bei Misshandlung fehlt sie jedoch in ca. 40% der Fälle [9]. Ein weiterer wichtiger Hinweis zur Differenzierung zwischen akzidenteller und nicht-akzidenteller Verletzung ist der Zeitpunkt der ärztlichen Konsultation, welche in Misshandlungsfällen oft verzögert erfolgt.

Von besonderem Interesse sind frühere Erkrankungen und Verletzungen, das soziale Umfeld, die Familienanamnese (Blutungsneigung etc.) und die ethnische Zugehörigkeit. Fehlende Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen lassen mögliche Defizite in der Compliance einer Familie erkennen. Eine sorgfältige Anamnese soll familiäre Stressoren und Belastungen der Eltern-Kind- und/oder der Partner-Beziehung erfassen (chronische Krankheiten oder Behinderungen, finanzielle Situation, «schwieriges Kind»).

Sowohl während der Erhebung der Anamnese als auch später bei der körperlichen Untersuchung liefert das kindliche Verhalten wertvolle Hinweise: Misshandelte Kinder wirken oft gehemmt und ängstlich. Sie sind bemüht, alles recht zu machen, keine Fehler zu begehen und wirken dadurch überangepasst. Ihr Gesichtsausdruck wirkt unsicher, angespannt und traurig, was im englischen Sprachgebrauch als «frozen watchfulness» («eisige Wachsamkeit») bezeichnet wird. Es kann jedoch auch ein hyperaktives, aggressives, asoziales und destruktives Verhalten beobachtet werden (Tab. 4). Oft reagieren misshandelte Kinder mit psychosomatischen Zeichen (Einnässen/Einkoten, chronische Kopf- und Bauchschmerzen, Schlaf- und Ernährungsstörungen), was die Wichtigkeit einer Systemanamnese hervorhebt. Auch das elterliche Verhalten kann wichtige Hinweise liefern (Tab. 5).

Tabelle 3. Elterliche Risikofaktoren.

Akute und chronische Belastungen
Fehlende Bewältigungsstrategien von Konflikten
Selbst erlebte Misshandlung in der Kindheit
Beziehungs- und Partnerkonflikte
Befürwortung elterlichen Züchtigungsrechtes
Überhöhte Erwartungen an das Kind
Suchtprobleme

Tabelle 4. Hinweise aus kindlichem Verhalten.

Misstrauen, Schweigen, Rückzug
Erstarrte Wachsamkeit («frozen watchfulness»)
Sprachentwicklungsverzögerung
Ambivalenz
Aggressivität
Überangepasstes Verhalten
Psychosomatische Erkrankungen

Tabelle 5. Hinweise aus elterlichem Verhalten.

Die Eltern verwickeln sich in widersprüchliche Aussagen
Nicht angemessene Verhaltensweise nach Verletzungen des Kindes
Ablehnung von Untersuchung und Behandlung
Eltern verhindern, dass das Kind mit Betreuern alleine ist
Verdächtiger Unfallmechanismus: Sturz vom Wickeltisch, Treppensturz beim Spielen, Unfall wegen ungeschickten Verhaltens des Kindes

Klinische Untersuchung

Eine gründliche klinische Untersuchung mit fotografischer Dokumentation allfälliger Befunde inklusive der Wachstums- und Gewichtsparameter ist von grosser Wichtigkeit und kann bereits Hinweise für eine Misshandlung oder Vernachlässigung geben.

Die klinische Untersuchung soll in angemessener Weise am gänzlich entkleideten Kind gründlich und vollständig erfolgen. Auch die Untersuchung des Augenhintergrundes gehört zur Diagnostik, denn retinale Blutungen sind hoch verdächtig auf das Vorliegen nicht-akzidenteller Verletzungen des ZNS. Die Untersuchung der Anogenitalregion verlangt neben spezifischem Fachwissen ein hohes Mass an

Tabelle 6.
Praktische Hinweise für die Praxis.

Daran denken – Verdachtsmomente kennen

Dokumentation, evtl. Fotodokumentation

Bei Verdacht:

Kinderschutzgruppe oder Fachstelle
in die Abklärung einbeziehen

Bei akuter Gefährdung des Kindes:
Hospitalisation

Eltern für Kooperation gewinnen,
«guten Draht» zu Eltern behalten

Einfühlungsvermögen und Erfahrung sowie die entsprechende Infrastruktur zur adäquaten Dokumentation. Eine detaillierte gynäkologische Untersuchung gehört in die Hand von entsprechend geschulten Fachpersonen. Ein normaler Genitalbefund ist sehr häufig und schliesst eine sexuelle Ausbeutung in keiner Art und Weise aus.

Nach einem sexuellen Übergriff bzw. einer sexuellen Misshandlung ist eine *notfallmässige Untersuchung* nur dann indiziert, wenn das Ereignis in den letzten 72 Stunden erfolgt ist. In diesem Zeitrahmen können allfällige Spuren für forensische Zwecke gesichert und je nach Situation eine Schwangerschaftsabklärung durchgeführt und falls nötig eine entsprechende Prophylaxe («Pille danach») sowie eine Postexpositionsprophylaxe (Hepatitis B, HIV u.a.) begonnen werden. Das Opfer sollte bis zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht duschen oder sich waschen; die Kleider und allfällige andere Textilien sind zu asservieren.

Akute Gefährdung

Wurde ein Kind misshandelt und/oder besteht eine akute Gefahr für weitere Misshandlungen, sind Schritte zum raschen Schutze des Kindes einzuleiten. Dabei kann eine Kinderklinik ein Kind kurzfristig vor weiteren Misshandlungen schützen und weitere Schritte zum Schutze des Kindes bewirken. Andere Institutionen bieten Schutzmöglichkeiten für Mutter und Kind an. Hinsichtlich der Weiterbetreuung ist eine möglichst gute Beziehung zu den Eltern aufrecht zu erhalten. Dem praktizierenden Arzt kommt eine wichtige Rolle bei der Kontrolle der eingeschlagenen Unterstützungen und Behandlungen zu. Zivilrechtliche Massnahmen wie auch die Einleitung eines strafrechtlichen Verfahrens sind kein primär angestrebtes Ziel, sondern sorgfältig zu prüfende Möglichkeiten, um das Wohl des Kindes besser zu schützen.

Gesetzliche Grundlagen

Die Abwendung der Gefährdung und der Schutz des Kindes sind die Leitsätze des Kinderschutzes. Die vormundschaftlichen Organe sind für die Anwendung und Einhaltung des zivilrechtlichen Kinderschutzes verantwortlich. Ihnen stehen mehrere abgestufte Eingriffsmöglichkeiten zur Verfügung:

- Durch eine *Erziehungsbeistandschaft* (Art. 308 ZGB), allenfalls mit besonderen Befugnissen, wird eine Beratungs- und Unterstützungsfunktion erzielt.
- Die *Aufhebung der elterlichen Obhut* (Art. 310 ZGB) ist eine einschneidende Massnahme für die Eltern *und* das Kind und bedeutet meist eine Fremdplatzierung.
- Der *Entzug der elterlichen Sorge* (Art. 311, 312 ZGB) ist die einschneidendste Massnahme und darf nur bei Vorliegen klarer Gründe angeordnet werden.

Diese Massnahmen können nur durch die Vormundschaftsbehörde veranlasst werden. Kinderschutzgruppen haben keine gesetzliche Kompetenz, Massnahmen zu verfügen; sie können hingegen eine *Gefährdungsmeldung* zuhanden der Vormundschaftsbehörde verfassen. Die Behörde ist dann von Amtes wegen verpflichtet, die Gefährdung abzuschätzen und geeignete Massnahmen einzuleiten. In Fällen von Kindsmisshandlung sind Fachleute, die an eine Berufs- oder Schweigepflicht gebunden sind, im Interesse des Kindes berechtigt, Meldung bei der Vormundschaftsbehörde zu machen (Art. 358ter StGB).

Handlungsweise von Kinderschutzgruppen

Nach vermuteter oder nachgewiesener Kindsmisshandlung stehen primär die Hilfe und die *Motivierung der Eltern zur Kooperation* im Vordergrund. Dabei muss eine *Kontrolle* gewährleistet sein; diese kann z.B. durch eine Mütterberatungsstelle oder durch den Kinder- oder Hausarzt wahrgenommen werden. Voraussetzung für dieses Vorgehen ist, dass das Risiko für eine weitere Gefährdung des Kindes als sehr gering eingeschätzt wird (Einschätzung meist durch eine interdisziplinäre Kinderschutzgruppe oder entsprechende Fachstelle). Ist die Familie nicht genügend motivierbar, sollte die Kooperation mit der *Vormundschaftsbehörde* gesucht werden, welche die Familie zu Massnahmen verpflichten kann und auch entsprechende *Kontrollen* anordnet (zivilrechtlicher Weg). Eine *Strafanzeige* bedeutet für das Kind nicht nur Nutzen, sondern oft auch eine zusätzliche Belastung. Deshalb sollte eine Strafanzeige nie überstürzt, sondern erst nach sorgfältiger

Quintessenz

- Die Dunkelziffer der Kindsmisshandlungen ist hoch. Dafür gibt es verschiedene Gründe: Wiederholte Verletzungen werden versteckt oder sind nicht unmittelbar erkennbar. Das Kind wird nicht oder verspätet zum Arzt gebracht. Eltern wechseln Ärzte oder Betreuer. Der Umgang mit Verdacht ist vielen Ärzten unklar. Es bestehen wenig Fachstellen und keine Meldepflicht.
- Anamnese und Lokalisation der Verletzungen erlauben, den Verdacht einer nicht-akzidentellen Verletzung zu stellen.
- Je kleiner das misshandelte Kind ist, desto ausführlicher hat die Diagnostik zu erfolgen.
- Differentialdiagnostische Überlegungen müssen sorgfältig erwogen werden (z.B. Gerinnungsabklärung bei Hämatomen zum Ausschluss einer erhöhten Blutungsneigung).
- Von einem Alleingang beim Management eines Kinderschutzfalles wird dringend abgeraten. Eine Besprechung mit einer entsprechenden Fachstelle oder einer Kinderschutzgruppe ermöglicht eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und ein koordiniertes Vorgehen.
- Beste Prävention: Risikofaktoren und -situationen kennen und erfassen!

tiger Abwägung der Sachlage und im Interesse des Kindes erfolgen. Da das Strafrecht primär auf die Verfolgung des Täters abzielt, sind zusätzliche Kinderschutzmassnahmen notwendig.

Perspektiven

Obwohl die Entwicklung der Kinderschutzarbeit in den letzten Jahren hinsichtlich der vermehrten Sensibilisierung und Aufdeckungsrate erfolgreich war, fehlen in vielen Regionen der Schweiz Anlaufstellen für Betroffene und Ratsuchende sind zu wenig bekannt. Unter den involvierten Fallbetreuenden kann die Definierung der Zuständigkeit und der Folgeverantwortung meist noch optimiert werden. Wünschenswert wäre eine Professionalisierung der Vormundschaftsbehörden – insbesondere in kleinen Gemeinden, um bei der Bearbeitung von Kinderschutzfällen die nötige Objektivität zu gewährleisten.

Als Ärzte und Ärztinnen, als Bürger und Bürgerinnen sind wir aufgefordert, uns für Anliegen des Kinderschutzes engagiert einzusetzen, insbesondere in einer Zeit, da die Ressourcen im Sozial- und Gesundheitswesen knapp werden und die Bedürfnisse der Kinder untergehen.

Literatur

- 1 Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, et al. The Battered Child Syndrome. *JAMA* 1962;181:17–24.
- 2 Hermann B. Körperliche Misshandlung von Kindern. Somatische Befunde und klinische Diagnostik. *Monatsschr Kinderheilk* 2002;150:1324–38.
- 3 Lips U. Kindsmisshandlung, was bedeuten höhere Fallzahlen? *Schweiz Ärztezeitung* 2002;83:977.
- 4 Labbé J, Caouette G. Recent skin injuries in normal children. *Pediatrics* 2001;108:271–6.
- 5 Sugar N, Taylor J, Feldman K, The Puget Sound Pediatric Research Network. Bruises in infants and toddlers; those who don't bruise rarely bruise. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153:399–403.
- 6 Jenny C. Cutaneous manifestation of abuse. In: Reece RM, Ludwig S. *Child abuse – medical diagnosis and management*, 2nd ed. Lippincott, William & Wilkins, Philadelphia, 2001:23–46.
- 7 Cooperman DR, Merten DF. Skeletal manifestations of child abuse. In: Reece RM, Ludwig S. *Child abuse – medical diagnosis and management*, 2nd ed. Lippincott, William & Wilkins, Philadelphia, 2001:123–56.
- 8 Lips U. Das Schütteltrauma – eine wenig bekannte Form der Kindsmisshandlung. *Schweiz Med Forum* 2002;4:72–6.
- 9 Alexander RC, Levitt CJ, Smith WL. Abusive head trauma. In: Reece RM, Ludwig S. *Child abuse – medical diagnosis and management*, 2nd ed. Lippincott, William & Wilkins, Philadelphia, 2001:47–80.