

B. Herrmann

R. Dettmeyer

S. Banaschak

U. Thyen

Kindesmisshandlung

Medizinische Diagnostik, Intervention, rechtliche Grundlagen

B. Herrmann R. Dettmeyer
S. Banaschak U. Thyen

Kindes- misshandlung

Medizinische Diagnostik, Intervention,
rechtliche Grundlagen

Mit 177 Abbildungen und 60 Tabellen

Dr. med. Bernd Herrmann

Ärztliche Kinderschutzambulanz
Kinderklinik des Klinikum Kassel
Mönchebergstr. 43
34125 Kassel

Dr. med. Sibylle Banaschak

Institut für Rechtsmedizin
Uniklinik Köln
Melatengürtel 60-62
50823 Köln

Prof. Dr. med. Dr. jur. R. Dettmeyer

Institut für Rechtsmedizin
Justus-Liebig-Universität Gießen
Marburg GmbH
Frankfurter Str. 58
35392 Gießen

Prof. Dr. med. Ute Thyen

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

ISBN 978-3-540-77445-7 Springer Medizin Verlag Heidelberg

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer Medizin Verlag

springer.de

© Springer Medizin Verlag Heidelberg 2008

Printed in Germany

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung: Hinrich Küster, Heidelberg

Projektmanagement: Gisela Zech, Heidelberg

Lektorat: Michaela Mallwitz, Tairnbach / Kirsten Pfeiffer, Felmersham, UK

Titelbild rechts: Brigitte Herrmann, Wiesbaden

Layout und Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Satz: TypoStudio Tobias Schaedla, Heidelberg

SPIN 12099092

Gedruckt auf säurefreiem Papier

2126 – 5 4 3 2 1 0

Geleitwort

des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)

Einzelne spektakuläre Fälle tragischer Kindesmisshandlungen mit Todesfolge haben in der jüngsten Vergangenheit die öffentliche Wahrnehmung stark sensibilisiert. Dagegen besteht in der täglichen kinderärztlichen Praxis auch heute noch eine große Unsicherheit, wenn es gilt, Kindesmisshandlungen als solche zu erkennen, d.h. zu erkennen, welche objektiven klinischen Zeichen das Vorliegen einer Kindesmisshandlung wahrscheinlich machen. In diesem Zusammenhang ist eine Publikation von Markenson et al. 2007 in *Pediatrics* bezeichnend; sie untersucht die Fähigkeit von 2863 Krankenhauseinweisern, einen Kindesmissbrauch zu erkennen. Bei etwa der Hälfte der ausgewerteten Ärzte mussten erhebliche Kenntnisdefizite festgestellt werden.

Bisher konnte der praktizierende Kinderarzt bei dieser Differenzialdiagnostik auf kein systematisch erworbenes Wissen zurückgreifen; er war nahezu ausschließlich auf seine Intuition und ein berufsbedingtes Misstrauen angewiesen.

Das vorliegende Buch schließt nun endlich diese gravierende Lücke für den deutschsprachigen Bereich. Und es ist ein besonders glücklicher Umstand, dass dieses Werk von Anfang an interdisziplinär zwischen Rechtsmedizin und Pädiatrie angelegt ist und somit für ein Höchstmaß an ausgewogener Professionalität steht.

Es ist mir eine besondere Freude, darauf hinzuweisen, dass dieses erste deutsche Fachbuch zur medizinischen Diagnostik und Intervention bei Kindesmisshandlungen genau 40 Jahre nach Erscheinen des weltweit ersten medizinischen Fachbuchs zu diesem Thema erscheint, das der deutschstämmige Pädiater Henry Kempe 1968 in Denver veröffentlicht hatte.

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) begrüßt dieses Buch als wertvollen Beitrag zur Organisation von Maßnahmen zum Schutze von Kindern.

Prof. Dr. med. Hansjosef Böhles
Präsident der Deutschen Gesellschaft für
Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)

Frankfurt/Main, im Juni 2008

Geleitwort

des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM)

Die Beurteilung von erwiesenen und fraglichen Kindesmisshandlungen gehört seit langem zu den Kernaufgaben der klinischen Rechtsmedizin. Schon 1928 hatte der Kieler Fachvertreter Ernst Ziemke auf der 17. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gerichtliche und Soziale Medizin ein Grundsatzreferat über Kindesmisshandlungen in ihrer rechtlichen und sozialen Bedeutung gehalten. 1932 beschrieb der Münchner Gerichtsmediziner Kurt Walcher als Erster die doppelstreifige Konfiguration von Hämatomen nach Stockschlägen. Sei den 60er-Jahren des vorigen Jahrhunderts hat Elisabeth Trube-Becker aus Düsseldorf in zahlreichen Vorträgen und Publikationen die rechtsmedizinischen Aspekte von Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch thematisiert. Bei der 86. Jahrestagung der DGRM hat sich neben dem bereits bestehenden »Arbeitskreis forensisch-pädiatrische Diagnostik« innerhalb der Fachgesellschaft die Arbeitsgemeinschaft »Klinische Rechtsmedizin« konstituiert.

Im Mittelpunkt der rechtsmedizinischen Beurteilung steht – neben der sorgfältigen Befunderhebung, Dokumentation und Beweissicherung – die rekonstruktive Abklärung der Entstehungsweise und deren Vereinbarkeit mit einem berichteten Verletzungshergang. Ein Beispiel dafür ist die differenzialdiagnostische Abgrenzung von misshandlungs- und unfallbedingten Verletzungen anhand von klinischen und morphologischen Kriterien, aber auch die Erkennung spezieller Schädigungsformen, wie sie uns etwa in Fällen von Schütteltraumen, beim erweiterten Münchhausen-Syndrom oder bei nichtakzidentellen Verbrennungen begegnen. Die Weitergabe des Erfahrungswissens aus der forensischen Untersuchungspraxis bildet auch einen wesentlichen Bestandteil des Unterrichts im Fach Rechtsmedizin. Ebenso wichtig für die Ausbildung der Studierenden ist die Vermittlung ausreichender Kenntnisse über die Rechtsgrundlagen ärztlichen Handelns sowie über die sachkundige Sicherung und Auswertung biologischer Spuren.

Zu den emotional besonders belastenden Aufgaben eines Rechtsmediziners zählt die Untersuchung von bedenklichen Sterbefällen im Kindesalter. Die autoptisch erhobenen Befunde dienen einerseits der Aufklärung des individuellen Sachverhaltes, andererseits erlauben sie allgemeine Rückschlüsse auf die Traumatomechanik, so dass der Rechtsmediziner auch bei der Begutachtung überlebender Misshandlungsoffer aus dem Reservoir seiner Obduktionskenntnisse schöpfen kann. Ähnliches gilt mutatis mutandis für Kindesvernachlässigungen und den sexuellen Missbrauch.

Abweichend vom klischeeartigen Bild der »Kriminalmedizin«, das in den Medien propagiert wird, versteht sich die moderne Rechtsmedizin als Anwalt einer humanen Gesellschaft. Zu diesem Selbstverständnis gehört die Mitwirkung bei der frühzeitigen Erkennung von Misshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch im Kindesalter. Erst auf der Basis einer gesicherten Diagnose sind zielgerichtete Interventionen und prophylaktische Maßnahmen zur Abwendung künftiger Kindeswohlgefährdungen möglich. In diesem Sinn handelt die Rechtsmedizin nicht nur als *Medicina publica* (»Staats-Arzneikunde«), sondern in Wahrnehmung ihrer sozialen Verantwortung für die Schwachen in der Gesellschaft.

Namens der DGRM begrüße ich das vorliegende Fachbuch als einen wichtigen Beitrag zur Professionalisierung des Umgangs mit Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Der interdisziplinäre Ansatz ist Garant für eine gleichermaßen umfassende, ausgewogene und evidenzbasierte Darstellung des komplexen und vielschichtigen Themas. Obwohl sich das

Werk in erster Linie an Praktiker wendet, findet auch der wissenschaftlich interessierte Leser wertvolle Anregungen und Hinweise auf weiterführende Literatur. Die gleichrangige Berücksichtigung der diagnostischen, therapeutischen, sozialpädagogischen und rechtlichen Aspekte vermittelt eine ganzheitliche Sicht des Problems als wesentliche Voraussetzung für den angestrebten multiprofessionellen Kinderschutz.

Im Interesse der Opfer und der gefährdeten Kinder, die uns anvertraut sind, wünsche ich dem Buch weite Verbreitung und noch viele Auflagen.

Prof. Dr. med. Drs. h.c. Stefan Pollak
Präsident der Deutschen Gesellschaft
für Rechtsmedizin (DGRM)

Freiburg, im Juni 2008

Vorwort

Mit dem vorliegenden Werk zur medizinischen Diagnostik und Intervention bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung möchten wir ärztlichen Kollegen die **Grundlagen für professionelles Handeln in einem multiprofessionellen Kinderschutzsystem** vermitteln. Gleichzeitig trägt die so gewonnene fachliche Sicherheit dazu bei, nicht nur sicherer und professioneller, sondern auch emotional gelassener mit dem auch für Fachleute belastenden und schwierigen Thema umzugehen. Es gilt, den Opfern von Gewalt und Vernachlässigung effektiv zu helfen; aber auch den Helfern muss geholfen werden.

Auch für **nichtärztliche Fachleute** im Kinderschutz (Richter, Staatsanwälte, Kriminalpolizei, Jugendamt u.a.) kann es von Belang sein, den Hintergrund eines medizinischen Befundes nachzuvollziehen. Noch bedeutsamer ist es, gerade in Fällen sexuellen Kindesmissbrauchs zu verstehen, warum es bei vielen Kindern und Jugendlichen keine auffälligen körperlichen Befunde gibt und sie dennoch Opfer eines sexuellen Übergriffs geworden sind.

In den Kapiteln zur **somatischen Diagnostik** und zu den jeweiligen Befunden haben wir uns um ein Höchstmaß an Evidenz und Aktualität bemüht. Berücksichtigt wurden, neben den gängigen englischsprachigen medizinischen Standardwerken und Handbüchern sowie der eigenen umfangreichen Literaturanalyse, etwa 1800 Reviews aus den letzten 10 Jahren des Child Abuse Quarterley Update (www.quarterlyupdate.org) – einer vierteljährlich erscheinenden kommentierten Analyse der internationalen medizinischen Literatur zu Kindesmisshandlung und -vernachlässigung – um die 700 von der Welsh Child Protection Systematic Review Group systematisch ausgewertete Studien (www.core-info.cardiff.ac.uk/index.html) sowie über 20 aktuell gültige medizinische Leitlinien verschiedener internationaler Fachgesellschaften.

Damit liegt erstmals für den deutschen Sprachraum eine fundierte und umfassende Zusammenfassung des aktuellen Standes der »Misshandlungsmedizin« vor.

Neben Vernachlässigung und psychischen Folgen von Misshandlungen liegt ein weiterer Schwerpunkt auf der **Darstellung der forensischen Beweismittelsicherung**. Hierzu ist die Kooperation mit einem Rechtsmediziner immer anzustreben. Da Rechtsmediziner leider in vielen Regionen nicht vertreten sind, muss auch der pädiatrische Kliniker über die Grundsätze der forensisch orientierten Befunderhebung und -sicherung Bescheid wissen.

Für viele Fachleute im Kinderschutz sind die **rechtlichen Rahmenbedingungen**, in denen sie sich im Kinderschutz in Deutschland bewegen, wenig transparent. Ausführliche Kapitel zu den juristischen Aspekten, Strafrechtsnormen und Möglichkeiten des gesetzlichen Opferschutzes erleichtern hier die Orientierung und ermöglichen es, Rechtsnormen gezielt nachzuschlagen.

Das Kapitel zu **Intervention und Prophylaxe** soll den durch die bisherigen Kapitel fachlich gerüsteten Arzt in die Lage versetzen, seine Kenntnisse in aktiven Kinderschutz umzusetzen und seine Position in einem multiprofessionellen Kinderschutzkonzept zu finden. Verbunden ist dies mit praktischen Hilfen, Tipps, Hinweisen auf Fallstricke und vermeidbare Fehler sowie praktischem Arbeitsmaterial im Anhang: Dokumentationsbögen, Befundvordrucke, Checklisten, Literatur und Internet-Links.

Zu guter Letzt sei noch eine persönliche, vielleicht idealistische Schlussbemerkung gestattet. Die aus Kindesmisshandlungen und Vernachlässigungen resultierenden »verbogenen«, gekränkten, gestörten und persönlichkeitsveränderten erwachsenen Menschen haben unseres Erachtens einen erheblichen Anteil am globalen Ausmaß verschiedenster Formen von zwischenmenschlicher Gewalt. Diese Menschen erleiden und bewirken gleichzeitig einen wesentlichen Teil des menschlichen emotionalen Elends und Leides. Je mehr Bemühungen

wir in einen adäquaten Kinderschutz investieren, umso eher können wir zur Verringerung dieses Leidens beitragen und unsere Welt etwas freundlicher gestalten.

B. Herrmann, R. Dettmeyer
S. Banaschak, U. Thyen

Kassel, Gießen,
Köln und Lübeck,
im Juni 2008

Danksagungen

Mein Dank gilt:

Den Menschen, die mich an das Thema herangeführt, begleitet, geprägt und bestärkt haben, in erster Linie John McCann und Francesca Navratil; dann Ute Zielinski, Tilman Fürniß, Mary Ritter, David Kerns, Martin Finkel, Larry Ricci, Stephan Veith und Mechthild Neises. Meinen Mitarbeitern und Vertreten vor Ort: Erika Reh, Claudia Wojte, Juliane Hellwig und Frank Blume.

Für fotografische Hilfe: Kees van Velzen.

Im Namen der Autoren: Gisela Zech, Springer Verlag, für ihre engagierte und unermüdliche Hilfe beim Entstehen dieses Buches.

Für stete Unterstützung: Thomas Hilgenberg und der Techniker Kasse.

Den untersuchten Kindern für ihren Mut, ihre Stärke und Fröhlichkeit.

Und last but not least: meiner Frau und meiner Tochter, die ich für die Arbeit über Miss-handlung und Vernachlässigung oft genug vernachlässigt habe, für Geduld, Zuspruch, Liebe und Freude.

Bernd Herrmann, Kassel

Vielen Kolleginnen und Kollegen – nicht nur aus der Rechtsmedizin und der Pädiatrie – möchte ich für die zahlreichen anregenden Diskussionen und Hinweise zu den Themen dieses Buches danken.

Mein ganz besonderer Dank aber gilt meiner Familie, die mit Geduld, großem Verständnis und Rücksichtnahme die Arbeit an den Manuskripten toleriert und den notwendigen Rückhalt gegeben hat.

Reinhard Dettmeyer; Gießen

Ich danke meiner Familie und insbesondere Peter & Georg für die geduldig ertragene Abwesenheit.

Sibylle Banaschak, Köln

Ich danke Reinhard Wolff, Pieter Hutz und Irene Johns stellvertretend für viele aus dem Kreis der Kinderschutz-Zentren in Deutschland, die mein Interesse am Thema Gewalt gegen Kinder aus interdisziplinärer Sicht unterstützt und vertieft haben.

In Lübeck danke ich besonders Josef Althaus und Jürgen Brenner, die mit mir gemeinsam die Arbeit des Kinderschutz-Zentrums begründet haben und seit 20 Jahren begleiten. Dem hiesigen Institut für Rechtsmedizin, insbesondere Ivana Gerling, besonderer Dank für die fachlich so wertvolle, aber unaufgeregte Kooperation über lange Jahre, ebenso den Kolleginnen und Kollegen der Klinik für Kinderchirurgie und der Kinder- und Jugendmedizin für das anhaltende Interesse und die Bereitschaft zum gemeinsamen Lernen.

Ute Thyen, Lübeck

Kassel, Gießen, Köln, Lübeck, im Juni 2008

Die Autoren



Dr. med. Bernd Herrmann, Kassel

Arzt für Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologe, Kinder- und Jugendgynäkologe, DEGUM-Tutor Pädiatrie. Oberarzt der Kinderklinik des Klinikums Kassel.

Seit 1992 Schwerpunktthema medizinische Diagnostik bei Kindesmisshandlung. Seit 1998 ärztliche Kinderschutz- und Kindergynäkologieambulanz, 2004 interdisziplinäre Kinderschutzgruppe. 1998 Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, Mit-herausgeber der interdisziplinären Fachzeitschrift *Kindesmisshandlung und -vernachlässigung*. Mitglied der Expertenfakultät der International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Seit 2003 jährliche Ausrichtung der Kasseler Intensivfortbildung zu medizinischer Diagnostik bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. 2005 Preis Prävention im Kindesalter des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands. 2006–2008 bundesweite ESPED-Studie zum Schütteltrauma. 2007 Mitverfasser der revidierten AWMF-Leitlinien Kindesmisshandlung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin.



Prof. Dr. med. Dr. jur. Reinhard Dettmeyer, Gießen

Studium an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und an der Ruhr-Universität Bochum. Arzt für Rechtsmedizin und Pathologie. Seit Oktober 2007 Direktor des Instituts für Rechtsmedizin der Justus-Liebig-Universität Gießen. Als Rechtsmediziner seit 1996 befasst mit der gutachterlichen Beurteilung von Kindesmisshandlung und Fällen von Kindestötung, sowohl für die Justizbehörden bzw. vor Gericht als auch konsiliarisch. Publikationen u.a. zu Fragen des Medizinrechts, insbesondere zur Rolle des medizinischen Sachverständigen und zur strafprozessualen Beweissicherung. Vorträge zum Thema »Gewalt gegen Kinder« und insbesondere zur ärztlichen Schweigepflicht sowie weiteren Rechtsfragen bei Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch bzw. Häuslicher Gewalt.



Dr. med. Sibylle Banaschak, Köln

Ärztin für Rechtsmedizin, seit Ende 2006 leitende Oberärztin am Institut für Rechtsmedizin der Uniklinik Köln. Seit mehr als 10 Jahren Beschäftigung mit dem Thema Kindesmisshandlung, Schwerpunkte sexueller Missbrauch und körperliche Kindesmisshandlung. Autorin von Fachartikeln und Buchbeiträgen zu diesem Thema. Zahlreiche (Fortbildungs-)Vorträge zum Thema Kindesmisshandlung/Häusliche Gewalt und anderen rechtsmedizinischen Themen.



Prof. Dr. med. Ute Thyen, Lübeck

Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Neuropädiatrie, Public Health und Epidemiologie. Leiterin des Sozialpädiatrischen Zentrums, Stellvertretende Klinikdirektorin der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universität zu Lübeck.

Studium in Aachen, Edinburgh und Lübeck. 1987 Promotion zum Thema Kindesmisshandlung und -vernachlässigung – Prävention und therapeutische Intervention. Aufbau des Kinderschutz-Zentrums Lübeck 1990 und seitdem Vorsitzende des Kuratoriums. Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin und Preisträgerin des Stefan-Engel-Wissenschaftspreises. Vorsitzende der Wissenschaftlichen Beiräte des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) 2001–2008 und des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen seit 2008. 2007 Mitverfasserin der revidierten AWMF-Leitlinien Kindesmisshandlung, Autorin zahlreicher Publikationen zum Thema Gewalt gegen Kinder, familienorientierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen, Frühprävention und -förderung, Lebensqualität bei chronischer Erkrankung und Behinderung und Ethik in der Medizin.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1	3.2.3	Diagnose, Definition, neurologische Präsentationen	34
1.1	Die Rolle der Ärzte im Kinderschutz	2	3.2.4	Charakterisierung und Intensität des Schüttelns	35
1.2	Epidemiologie und Gesellschaft	4	3.2.5	Prädisposition	36
1.3	Gewalt gegen Kinder in der Geschichte und die Rolle der Medizin im Kinderschutz	4	3.2.6	Ursachen, Anamnese, Täter	37
1.4	Entwicklung des allgemeinen Kinderschutzes	6	3.2.7	Klinische Symptomatik	37
1.5	Entwicklung des medizinischen Kinderschutzes	9	3.3	Pathogenese, Pathophysiologie, zeitliche Abläufe (»Timing«) beim Schütteltrauma	37
	Literatur	15	3.3.1	Pathogenese	37
			3.3.2	Pathophysiologie	39
			3.3.3	Retinale Blutungen	40
			3.4	Klinische und radiologische Diagnostik	40
			3.5	Differenzialdiagnose retinaler Blutungen und subduraler Hämatome	42
			3.5.1	Retinale Blutungen	42
			3.5.2	Subdurale Hämatome	42
			3.6	Prognose der Hirnschädigung beim Schütteltrauma	43
			3.7	Kontroversen, Pseudokontroversen, offene Fragen	44
			3.7.1	Wie gesichert ist das Konzept des Schütteltrauma-Syndroms?	44
			3.7.2	Widerlegt die »Unified Hypothesis« von Geddes das Schütteltrauma-Syndrom?	44
			3.7.3	Kann die Diagnose eines Schütteltraumas überhaupt gestellt werden?	45
			3.7.4	Gibt es ein symptomfreies Intervall nach einem signifikanten Schütteltrauma?	45
			3.7.5	Führen Stürze aus geringer Höhe zu tödlichen Kopfverletzungen?	45
			3.7.6	Wissen Erwachsene, was sie tun, wenn sie ein Baby schütteln?	45
			3.7.7	Können Re-Blutungen eine nicht-akzidentelle Kopfverletzung imitieren?	46
			3.7.8	Ist ein Aufprall/Anprall (»Impact«) des Schädels immer erforderlich, um die Konstellation eines Schütteltrauma-Syndroms zu erzeugen?	46
			3.7.9	Beweisen retinale Blutungen ein Schütteltrauma-Syndrom?	46
			3.7.10	Ausblick	46
			3.8	Therapie, Intervention, Prävention	47
				Literatur	48

A Körperliche Kindesmisshandlung

2 Diagnostik bei körperlicher Kindesmisshandlung und Vernachlässigung

2.1	Einführung – Diagnostische Hinweise	19
2.2	Anamnese bei Verdacht auf Kindesmisshandlung	21
2.2.1	Vorgeschichte und Umstände der Verletzungen	21
2.2.2	Medizinische Anamnese	21
2.2.3	Inspektion des Geschehens- bzw. Tatortes	22
2.3	Klinische Untersuchung und Diagnostik	23
2.3.1	Klinische körperliche Untersuchung	23
2.3.2	Apparative und Laboruntersuchungen	25
2.4	Aussagekraft (»Spezifität«) von Verletzungen	28
2.4.1	Aussagekraft nichtakzidenteller Verletzungen (ohne Frakturen)	28
	Literatur	29

3 Nichtakzidentelle Kopfverletzungen und Schütteltrauma-Syndrom

3.1	Nicht durch Schütteltrauma verursachte ZNS-Verletzungen	32
3.2	Schütteltrauma-Syndrom (Shaken-Baby-Syndrom)	32
3.2.1	Epidemiologie	33
3.2.2	Historische Entwicklung	33

4 Hautbefunde 51

4.1 Hämatome 52

4.1.1 Epidemiologie 52

4.1.2 Heilungsverlauf, Mehrzeitigkeit 52

4.1.3 Lokalisation, Verteilung, Größe und Häufung 54

4.1.4 Art: Muster, Formung, Größe 56

4.1.5 Assoziierte innere Verletzungen 59

4.1.6 Begleitverletzungen 59

4.1.7 Differenzialdiagnosen Hämatome 59

4.2 Thermische Verletzungen: Verbrühungen, Verbrennungen 62

4.2.1 Verbrühungen 64

4.2.2 Trockene Verbrennungen 67

4.2.3 Differenzialdiagnosen 70

Literatur 71

5 Knochenverletzungen 73

5.1 Überblick und Epidemiologie 73

5.2 Allgemeine Kennzeichen, klinische Konstellationen 74

5.3 Typische Anamnesen und Schutzbehauptungen 75

5.4 Skelettuntersuchungen in Verdachtsfällen 76

5.5 Frakturdatierung 77

5.6 Frakturarten 79

5.6.1 Metaphysäre und epiphysäre Frakturen 79

5.6.2 Periostale Reaktionen 81

5.6.3 Diaphysäre Frakturen 82

5.6.4 Spiralfrakturen 82

5.7 Frakturlokalisation 83

5.7.1 Schädelfrakturen 83

5.7.2 Rippenfrakturen 84

5.7.3 Weitere Frakturen 84

5.8 Differenzialdiagnose 86

5.8.1 Frakturen durch Unfälle 86

Literatur 87

6 Thorakale, abdominelle und HNO-Verletzungen sowie seltene Formen der Kindesmisshandlung 89

6.1 Verletzungen der Hals-, Nasen- und Ohrenregion sowie der Zähne und der Mundhöhle 89

6.2 Thorakale und abdominelle Verletzungen 92

6.2.1 Thorakale Verletzungen 93

6.2.2 Intraabdominelle Verletzungen 93

6.3 Spezielle, seltene und ungewöhnliche Formen der Kindesmisshandlung 95

6.3.1 Seltene und ungewöhnliche Manifestationen (Übersicht) 95

6.3.2 Ungewöhnliche Manifestationen körperlicher Misshandlung 96

6.3.3 Ungewöhnliche Manifestationen sexueller Misshandlung 97

6.4 Münchhausen-Syndrom-by-Proxy (MSbP) 97

6.4.1 Epidemiologie und Prognose 97

6.4.2 Kennzeichen 97

6.4.3 Symptome und Warnhinweise 98

6.4.4 Intervention beim MSbP 100

6.4.5 Verdeckte Videobeobachtung – Covert Video Surveillance (CVS) – beim Münchhausen-Syndrom-by-Proxy 101

6.5 Absichtlich beigebrachte Intoxikationen 101

6.5.1 Überblick und Kennzeichen 101

6.5.2 Weitere häufiger verwendete Toxine 102

6.5.3 Sog. K.-o.-Tropfen bei sexuellem Missbrauch von Jugendlichen 104

6.6 Genitalverstümmelung, Female Genital Mutilation (FGM) 104

6.6.1 Begründungen bzw. Erklärungen und Arten 105

6.6.2 Komplikationen der Genitalverstümmelung 106

6.6.3 Rechtslage 108

6.6.4 Geforderte Präventionsmaßnahmen 109

Literatur 109

B Sexueller Kindesmissbrauch

7 Grundlagen 113

7.1 Einleitung 113

7.2 Definition, Umstände, Folgen 114

7.3 Medizinische Aspekte 115

7.4 Möglichkeiten und Grenzen des medizinischen Ansatzes 117

8 Anamnese und Untersuchung bei sexuellem Missbrauch eines Kindes 121

8.1 Anamneseerhebung 121

8.2 Medizinische Untersuchung 123

8.2.1	Ablauf der anogenitalen Untersuchung, Positionen und Techniken	126
8.2.2	Labor- und weitere Diagnostik	129
9	Befunde und Klassifikation	131
9.1	Anogenitale Befunde	131
9.1.1	Grundlagen, Anatomie und Terminologie	131
9.1.2	Hymen – Anatomie und Variationen	133
9.1.3	Klassifizierung von Befunden	137
9.2	Normale und medizinisch anderweitig erklärbare Befunde (Befunde der Klasse Adams I)	138
9.2.1	Genitale Befunde	138
9.2.2	Anale Normalbefunde	141
9.2.3	Weitere medizinisch erklärbare Normalbefunde (Klasse Adams I)	142
9.3	Befunde bei sexuellem Kindesmissbrauch	144
9.3.1	Grundlagen, Entstehung und Heilung von Befunden	144
9.3.2	Genitalbefunde bei Mädchen	144
9.3.3	Genitalbefunde bei Jungen	148
9.3.4	Anale Befunde	148
9.3.5	Aktuelle Studienlage: anogenitale Befunde nach sexuellem Missbrauch	150
9.3.6	Extragenitale Zeichen von sexuellem Missbrauch	151
9.3.7	Befunde unklarer Signifikanz, verdächtig auf sexuellen Kindesmissbrauch (Adams II) ..	151
9.3.8	Diagnostische Befunde bei sexuellem Missbrauch (Adams III)	152
10	Sexuell übertragbare Erkrankungen und prophylaktische Maßnahmen	157
10.1	Diagnostik sexuell übertragbarer Erkrankungen	159
10.1.1	Abstrichentnahme bzw. Probengewinnung beim STD-Screening	159
10.1.1	Nachweismethoden	159
10.2	Infektionen im Einzelnen	160
10.3	Postexpositionsprophylaxe (PEP) nach sexuellen Übergriffen	166
10.4	Nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) meldepflichtige sexuell übertragbare Krankheiten	167
11	Differenzialdiagnosen bei Befunden nach sexuellem Missbrauch eines Kindes	169
11.1	Akzidentelle genitale Verletzungen	169
11.2	Infektiöse Erkrankungen	172

11.2.1	Infektionen mit β -hämolisierenden Streptokokken	173
11.2.2	Weitere Infektionen oder Infestationen	173
11.3	Hauterkrankungen	173
11.4	Systemische Erkrankungen	174
11.5	Blutungen im Anogenitalbereich	174
11.6	Kongenitale und erworbene strukturelle Veränderungen	175
11.7	Differenzialdiagnose analer Befunde	176

C Vernachlässigung und emotionale Misshandlung

12	Vernachlässigung von Kindern	179
12.1	Hintergrund und Begriffsbestimmung	179
12.2	Mangelnde Fürsorge und Aufsicht	182
12.3	Mangelnde Ernährung und nicht-organische Gedeihstörung	183
13	Risikofaktoren, emotionale Misshandlung und psychische Folgen von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung	189
13.1	Hintergrund	189
13.2	Entwicklungsbedürfnisse von Kindern	190
13.3	Eltern-Kind-Interaktion und -Bindung	191
13.3.1	Erforderliche Fähigkeiten der Eltern	191
13.3.2	Bindungstheorie	192
13.4	Risikofaktoren	192
13.4.1	Problemlagen von Familien	193
13.4.2	»Schwierige Kinder« mit Regulations- und Interaktionsstörungen	194
13.4.3	Elterliche Risikofaktoren	195
13.4.4	Partnergewalt/häusliche Gewalt	197
13.5	Emotionale Misshandlung und emotionale Vernachlässigung	198
13.6	Psychische Folgen von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung	200
13.6.1	Entwicklungsstörungen	201
13.6.2	Seelische Schäden, Verhaltens- und Entwicklungsstörungen	202
13.6.3	Folgen körperlicher Vernachlässigung	203
13.6.4	Seelische Folgen sexueller Misshandlung	204

D Kindstötung

14	Grundlagen	209
14.1	Körperliche Vernachlässigung mit Todesfuge	211
14.2	Suizide im Kindesalter	212
15	Tötung von Neugeborenen und Säuglingen	213
15.1	Tötung unter und unmittelbar nach der Geburt (Neugeborenentötung)	213
15.1.1	Untersuchung der Kindesmutter	214
15.1.2	Untersuchung des Neugeborenen	215
15.1.3	Rechtslage bei Neugeborenentötung	218
15.1.4	Anonyme Geburt und Babyklappen	218
15.2	Tötung von Säuglingen	220
15.2.1	Heimtücke als Mordmerkmal bei der Tötung von Säuglingen	220
16	Tötung von Kindern	223

E Beweissicherung und gerichtliche Verfahren

17	Beweissicherung ohne polizeiliche Hilfe	229
17.1	Befunderhebung (Beschreibung, Entnahme von Abstrichen etc.)	230
17.2	Dokumentation und Asservierung	231
17.3	Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht	232
17.3.1	Innovative Ansätze	236
18	Beweissicherung mit polizeilicher Hilfe	237
18.1	Rechtsgrundlagen	237
18.1.1	Ärztliche Untersuchung des Opfers bzw. Kindes	237
18.1.2	Ärztliche Untersuchung eines Beschuldigten	238
18.2	Mitteilung von Befunden mittels Attesten/Gutachten	239
18.3	Übergabe der ärztlichen Dokumentation	239

19	Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch im Strafgesetzbuch	241
19.1	Körperverletzungsdelikte	241
19.2	Sexualstrafrecht zum Schutz von Minderjährigen	242
19.3	Beihilfe zum sexuellen Missbrauch durch Verschreibung der »Pille«?	251
19.3.1	Minderjährige Patientinnen unter 14 Jahre	251
19.3.2	Minderjährige Patientinnen ab dem 14. Lebensjahr	252
19.4	Tötungsdelikte	253
20	Gesetzlicher Opferschutz	257
20.1	Zivilrechtliche Schutzmaßnahmen durch die Familiengerichte (Entzug des Sorgerechts, Unterbringung, Auflagen etc.)	261
20.2	Regelungen im Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) – SGB VIII	264
20.3	Bestimmungen in der Strafprozessordnung und zum Opferschutz in Strafverfahren	267
20.3.1	Anhörung des Arztes als sachverständiger Zeuge	275
20.3.2	Benennung und Anhörung eines medizinischen Sachverständigen	275
20.3.3	Prozessrechtliche Optionen: Vertretung des Opfers als Nebenkläger, Verlesen von Aussagen, Videoübertragung etc.	275
20.4	Schutzmaßnahmen nach dem Gewaltschutzgesetz (GewSchG)	277
20.5	Hilfe nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG)	278
20.6	Regelungen zum Täter-Opfer-Ausgleich (TOA)	278
20.7	Hilfe für Opfer durch den Weißen Ring	279

F Intervention und Prophylaxe

21	Intervention und Prävention bei Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung	283
21.1	Einleitung	283
21.2	Kindeswohl und Elterninteresse	284
21.3	Berufsethik	284
21.4	Elternrecht und Kinderrechte	285

22	Ärztlicher Umgang mit dem Verdacht auf Misshandlung und Vernachlässigung 287	III	Literatur und Leitlinien 321
22.1	Erster Kontakt 287	IV	Wichtige Links 323
22.2	Anamneseerhebung 288	V	Dokumentationsbögen 327
22.3	Untersuchung des Kindes 290		Dokumentationsschema bei V.a. nichtakzidentelles Trauma 328
22.4	Eröffnung der Diagnose und erste Vorschläge zur Intervention 291		Teil A: Anamnese 328
22.5	Intervention im somatisch-stationären Bereich 293		Teil B: Untersuchung 333
22.6	Rechtsmedizinische Untersuchungen 295		Teil C: Diagnostik und weiteres Procedere ... 336
22.7	Kooperation 295		Dokumentationsschema für Verletzungen, Hämatome, Verbrennungen 337
22.8	Psychoziale Diagnostik und Intervention 297		Kinder-/Jugendgynäkologischer Untersuchungsbefund 338
23	Spezielle Einrichtungen des Kinderschutzes 299		Forensik-Bogen bei V.a. akuten sexuellen Missbrauch 339
23.1	Hilfen für Familien und Kinder 299		
23.2	Kinderschutz-Zentren, Kinderschutzgruppen und Beratungsstellen 300		
24	Prävention, Frühwarnsysteme, lokale Netzwerke 303		
24.1	Primäre Prävention 304		
24.2	Sekundäre Prävention und vorbeugende Beratung 307		
24.3	Tertiäre Prävention, Therapie, Rehabilitation .. 308		

Anhang

I	Terminologie und Übersetzungen 313
II	Tabellen und Übersichten 315
	Tabelle 1: Verletzungsplausibilitäts-Modell 315
	Tabelle 2: Kriterien zur Bestimmung biomechanischer und Frakturtyp-Kompatibilität 16
	Tabelle 3: Hämatom-Scoring-System 316
	Tabelle 4: Hämatom-Scoring-System (Sensitivität und Spezifität – Schwellenwerte) 316
	Tabelle 5: »Adams-Schema« zur Interpretation medizinischer Befunde bei sexuellem Kindesmissbrauch 317

Einleitung

- 1.1 Die Rolle der Ärzte im Kinderschutz – 2
- 1.2 Epidemiologie und Gesellschaft – 4
- 1.3 Gewalt gegen Kinder in der Geschichte und die Rolle der Medizin im Kinderschutz – 4
- 1.4 Entwicklung des allgemeinen Kinderschutzes – 6
- 1.5 Entwicklung des medizinischen Kinderschutzes – 9
- Literatur – 15

Gewalt gegen Kinder und Jugendliche – ein medizinisches Thema? Ist Misshandlung eine Krankheit, eine Diagnose, etwas Behandelbares? Oder eine Interaktionsstörung mit oft zerstörerischer Wirkung auf Seele und Körper der unglücklichen Opfer? Nur ein soziales oder psychologisches Problem? Ein Gendefekt (Krugmann 1997)? Welche Rolle spielen Ärzte in diesem Zusammenhang: Diagnostiker, Benenner, Behandler, Helfer, Kinderschützer, Zuschauer? Warum leider so oft nur Letzteres? Wo haben Kinder- und Jugendärzte und andere medizinische Fachleute ihren Platz in der notwendigerweise multiprofessionellen Auseinandersetzung mit Misshandlungen?

Gewalt gegen Kinder und Jugendliche – dass sie schadet, bestreitet niemand. Die WHO erkennt und benennt den Zusammenhang zwischen einer Vielzahl chronischer Leiden bei Erwachsenen und Misshandlungen in der Kindheit und rückt Kindesmisshandlung als wichtiges Thema auf ihre gesundheitspolitische Agenda (WHO 2002). Neuere neurobiologische Forschungen zeigen, dass chronische

Misshandlungen zu bleibenden Beeinträchtigungen der kognitiven und emotionsregulierenden Funktionen, zu EEG-Veränderungen und zu messbaren Verringerungen des Hirnvolumens führen können.

Zahlreiche, wenngleich oft wenig sachliche Berichte der Medien reflektieren ein hohes Maß an öffentlichem Interesse. Sie reichen vom Hervorzerren eines Tabuthemas ans Licht der Öffentlichkeit bis zu Debatten über den »Missbrauch mit dem Missbrauch«, einem hysterischen Übermaß an professioneller Hexenjagd auf zu Unrecht verdächtige Eltern, insbesondere auf Väter. In der letzten Zeit finden tragische Todesfälle von Kindern eine starke mediale Aufmerksamkeit. Sie bestimmen die öffentliche Debatte über Kinderschutz erheblich, obgleich sie nicht repräsentativ für das breite Spektrum der Kindesmisshandlungen und Vernachlässigungen sind. Daher sind die aktuellen Bemühungen, diesen Todesfällen zu begegnen, zwar lobenswert und notwendig, in ihrer Effizienz bezüglich des allgemeinen Kinderschutzes jedoch wenig erfolgversprechend.

! Kindesmisshandlung ist keine eigene Erkrankung im engeren Sinne. Neben den rein körperlichen, behandelbaren und in der Regel abheilenden Verletzungsfolgen und Folgen einer Mangelversorgung kommen jedoch regelmäßig eine Vielzahl psychischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei betroffenen Kindern und Jugendlichen dazu. Sie sind mit erheblichem seelischen Leiden, Kränkungen und belasteten individuellen Lebensläufen verbunden. Hinsichtlich der psychischen Gesundheit sind sie mit einer ungünstigen Prognose verknüpft. Kindesmisshandlung und -vernachlässigung ist daher ein epidemiologisch bedeutsames und gesellschaftlich äußerst relevantes Thema und zudem mit hohen gesellschaftlichen und ökonomischen Folgekosten behaftet.

1.1 Die Rolle der Ärzte im Kinderschutz

Nicht nur für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Gesundheitswesen ist die Konfrontation mit Gewalt ein belastendes und oft mit Unsicherheiten behaftetes Thema. Die WHO sieht jedoch gerade Fachleute des Gesundheitswesens besonders in der Pflicht, von Misshandlung betroffene Kinder und Jugendliche zu diagnostizieren und ihren Schutz sowie eine geeignete Therapie durch multiprofessionelle Kooperation zu sichern (WHO 2002).

Im krassen Gegensatz dazu stehen – bis auf wenige Ausnahmen – das im medizinischen und gerade im kinder- und jugendärztlichen Bereich geringe Ausmaß an Forschung, Publikationen, Vorträgen auf Kinderärztekongressen und das Fehlen eines adäquaten deutschsprachigen medizinischen Fach- und Handbuchs zum Umgang mit Kindesmisshandlungen und Vernachlässigungen.

Während die *Monatsschrift Kinderheilkunde* als offizielles Organ der deutschen Pädiater in den letzten 20 Jahren 5 Artikel zu sexuellem Missbrauch und knapp 20 zu körperlicher Misshandlung publiziert hat, sind es in der US-amerikanischen Entsprechung *Pediatrics* mehr als 150 bzw. 200 Artikel im gleichen Zeitraum. Die American Academy of Pediatrics hat 14 aktuell gültige Leitlinien zu körperlicher Misshandlung und Vernachlässigung

und 6 zu sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen veröffentlicht. In Deutschland gab es 2008 jeweils eine Leitlinie der Gesellschaften für Kinderradiologie, Kinderchirurgie, Sozialpädiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit begrenzten somatisch-diagnostischen Hinweisen. Der klinischen Auseinandersetzung mit dem Thema haftet nicht selten der Ruch des »Exotischen«, eines medizinisch wenig relevanten Randgebietes an. Epidemiologische Daten zeigen jedoch, dass es sich um ein bedeutendes Problem handelt: während beispielsweise die pädiatrische Onkologie mit enormem und lobenswertem Engagement Krankheiten mit einer Prävalenz von 0,2% versorgt, deuten zahlreiche internationale und wenige nationale Prävalenzstudien Zahlen zumindest im einstelligen, wahrscheinlich sogar eher im 2-stelligen Prozentbereich an.

Ärzte spielen gerade bei der Diagnose einer körperlichen Kindesmisshandlung eine herausragende Rolle. Insbesondere im Säuglings- und Kleinkindalter, dem Hauptrisikokalter für Misshandlungen, sind Kinder- und Jugendärzte oft die einzigen Fachleute, die regelmäßig Kinder dieser Altersgruppe sehen. Im ambulanten niedergelassenen Bereich liegt der Schwerpunkt oft noch vor der manifesten Misshandlung im Erkennen von und Intervenieren bei gestörten Eltern-Kind-Beziehungen und Risiken für die Kinder. Dazu kommen die genaue Verlaufsbeobachtung unklarer oder verdächtiger Konstellationen und schließlich die Überleitung in den stationären Bereich bei konkreten Verdachtsfällen. In der Klinik müssen Befunde, die auf eine Misshandlung oder Vernachlässigung hinweisen, durch eine gezielte und rationale Diagnostik und Beobachtung geklärt und gegen eine Reihe von Differenzialdiagnosen abgegrenzt werden. Dies erfordert die Zusammenarbeit von forensisch erfahrenen Kinder- und Jugendärzten, Kinder- oder Unfallchirurgen, Rechtsmedizinern, Radiologen, Augenärzten, Gynäkologen, Kinder- und Jugendpsychiatern, aber auch Mitarbeiterinnen aus der Pflege, Psychologen und dem Sozialdienst.

Die im Gegensatz zum angloamerikanischen Sprachraum in Deutschland von der klinischen Pädiatrie bislang weitgehend ausgeklammerte wissenschaftliche Forschung und Lehre einer »Misshandlungs-Medizin« wird derzeit vorwiegend von

engagierten Rechtsmedizinern betrieben. Zu wenig geläufig ist vielen Kollegen die Möglichkeit, sich von Rechtsmedizinern konsiliarisch beraten zu lassen, denen gerade auch prä mortal eine wichtige Rolle bei der fachlichen Beurteilung von Gewaltopfern zukommt. Sie können aber erst – soweit regional verfügbar – involviert werden, wenn zumindest ein Verdacht entstanden ist und diesem nachgegangen wird. Eine flächendeckende Versorgung mit rechtsmedizinischen Instituten ist jedoch immer weniger gegeben. Zudem sind Kinder- und Jugendärzte, Allgemeinmediziner und Chirurgen ungleich häufiger mit verletzten Kindern konfrontiert. Deshalb ist es dringend notwendig, dass sich diese Fachgruppen mit den Grundlagen einer klinischen Misshandlungsmedizin beschäftigen. Für den kinderärztlichen Bereich wäre der klinisch-diagnostische Anteil am Umgang mit Kindesmisshandlung und -vernachlässigung mit dem Begriff **forensische Pädiatrie** am besten umschrieben.

Abgesehen von fachlicher Unsicherheit über die Wertigkeit klinischer Befunde und von mangelnder Erfahrung in der Kooperation mit dem psychosozialen Interventionssystem verhindert bei den Ärzten v.a. die Furcht vor einer falsch-positiven Diagnose eine fachlichen Auseinandersetzung. Dem sind jedoch die vermutlich weitaus häufigeren Fehler im Sinne übersehener Diagnosen bei Misshandlung gegenüberzustellen. Da körperliche und sexuelle Misshandlungen und Vernachlässigungen häufig chronisch-rezidivierend und eskalierend verlaufen, können sie bei tatsächlich misshandelten Kindern zu schwereren Verletzungen, Behinderungen oder gar Todesfällen bzw. zu tiefgreifenden seelischen Traumatisierungen führen.

! Für ärztliche Kolleginnen und Kollegen ist eine deutlich intensivere und fachlich fundierte Auseinandersetzung im Umgang mit Kindesmisshandlung und -vernachlässigung zu fordern.

Da fachlich adäquates Handeln einerseits fachliches Hintergrundwissen und andererseits diagnostisches Handwerkzeug erfordert, lassen sich bei Kindesmisshandlungen die augenscheinliche Zurückhaltung und Unsicherheit der Kinder- und Jugendmedizin mit fehlender Ausbildung, Fortbildung und Literatur über genuin medizinisch-diag-

nostische Aspekte erklären. Erst fachliches Grundwissen ermöglicht Ärzten, die **Kardinalfrage der »Misshandlungsmedizin«** zu beantworten, nämlich ob eine vorgefundene Verletzung mit dem angegebenen (oder nicht angegebenen) Entstehungsmechanismus vereinbar ist. Weitere Fragen wirft die Genese einer Gedeihstörung durch Vernachlässigung oder einer auffälligen sozial-emotionalen Entwicklung durch emotionale Misshandlung auf. Kindern und Jugendlichen kann nur dann geholfen werden, wenn Kindesmisshandlung und -vernachlässigung und damit eine Kindeswohlgefährdung erkannt und sicher diagnostiziert werden.

Kein Missverständnis darf hinsichtlich der **Rechtslage** bestehen. Eine gesetzliche Meldepflicht besteht nicht; der Arzt hat ein Zeugnisverweigerungsrecht. Dem Rechtsgebot der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB ist im Sinne einer sorgfältigen Güterabwägung jedoch das gefährdete Kindeswohl gegenüberzustellen. Kann das Kindeswohl nicht anders geschützt werden, darf die Schweigepflicht gebrochen werden (§ 34 StGB – rechtfertigender Notstand). Das gefährdete Kindeswohl ist in dieser Abwägung das höhere Rechtsgut. Zudem steht der Arzt zu seinem Patienten, dem gefährdeten Kind, in einer Garanten-(»Beschützer«-)Stellung. Das bedeutet, er hat durch seine berufliche Qualifikation und das Arzt-Patient-Verhältnis eine höhere Verpflichtung, aktiv einer Rechtsgutverletzung entgegenzutreten, als ein Laie. Eine Verpflichtung zur Anzeige einer Kindesmisshandlung besteht jedoch nicht. Welches Mittel am besten geeignet ist, das Kind zu schützen, sollte bei allen Überlegungen den Ausschlag geben.

Der Verzicht auf eine gesetzliche Meldepflicht von Verdachtsfällen ermöglicht, das in Deutschland weitgehend akzeptierte Konzept »Hilfe statt Strafe« zu praktizieren, wenn dies nach einer gründlichen Bewertung der Situation des Kindes als sinnvoll und Erfolg versprechend erachtet wird. Da Hilfe, einschließlich Prävention, nicht selten auch die Mitteilung von Misshandlungs-, Missbrauchs- und Vernachlässigungsfällen an staatliche Stellen bedeutet (Jugendamt, Polizei, Staatsanwaltschaft), gehört zu einem umfassenden Konzept des Umgangs mit »Gewalt gegen Kinder« auch die Kenntnis einschlägiger gesetzlicher Normen und ihrer Konsequenzen für die Opfer.

1.2 Epidemiologie und Gesellschaft

Das amerikanische Pflichtmeldesystem mit 2,5–3 Millionen Meldungen im Jahr und knapp 1 Millionen bestätigten Fällen jährlich beschreibt einen Anteil von etwa 60% Vernachlässigungen, 20% körperlichen und 10% sexuellen Misshandlungen. Für Deutschland liegen kaum valide Daten zur Häufigkeit von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung vor. Sind deutsche Eltern bessere Menschen? Gibt es kulturelle ethnische Unterschiede beim Ausmaß der Gewalt gegen Kinder? Trotz methodischer Einschränkungen zeigen die vorliegenden Prävalenzstudien ein hohes Maß an internationaler Übereinstimmung.

Konservative Prävalenz-Schätzungen in den USA, die ausschließlich auf angezeigten und bestätigten Misshandlungsfällen beruhen, belaufen sich auf 1–2%. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Dunkelziffer weit höher anzusetzen ist.

Aus einer Vielzahl von Prävalenzstudien lassen sich weltweit die Prävalenzraten sexuellen Missbrauchs in der Kindheit bei Frauen konservativ zwischen 10–15% und bei Männern zwischen 5–10% schätzen. Daten aus den USA weisen darauf hin, dass für Kinder unter 4 Jahren das höchste Risiko für tödliche Folgen von Kindesmisshandlungen besteht. Von den 1.500 bis 2.000 gesicherten misshandlungsbedingten Todesfällen pro Jahr in den USA sind mehr auf Vernachlässigung als auf aktive Misshandlung zurückzuführen. Davon entfallen 76% auf Kinder unter 4 Jahren. Kinder unter einem Jahr sind dabei mit 41% besonders stark betroffen. Zugleich weisen aktuelle Studien darauf hin, dass vermutlich 50–60% der Todesfälle aufgrund von Misshandlung oder Vernachlässigung in den offiziellen Statistiken nicht erfasst werden. Die überlebenden Kinder, die Misshandlung oder Vernachlässigung erfahren, weisen zusätzlich zu den körperlichen Folgen von Verletzungen häufig schwerwiegende psychische, emotionale, kognitive und Verhaltensstörungen auf.

Die in ► Kap. 13 skizzierten psychischen Folgen und das durch Kindesmisshandlung und -vernachlässigung entstehende Leid sollten ein hinreichendes und starkes Argument für eine massive Anstrengung der Gesellschaft zu Prävention und Intervention sein; aber selbst eine nüchterne

Kosten-Nutzen-Rechnung würde ausreichen, um erhebliche Bemühungen zur Verbesserung der beschriebenen Zustände zu initiieren.

! Konfrontiert mit dem erheblichen und kaum messbaren Ausmaß individuellen Leids und seelischer Schädigungen sowie in hohem Maße belasteter individueller Lebensläufe, muss sich die Gesellschaft auch die Frage nach den ökonomischen Folgekosten von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung stellen.

Die WHO gibt für das Jahr 1996 Gesamtkosten von 12,4 Milliarden Dollar in den USA und 1,2 Milliarden Dollar nur für akute Jugendhilfeinterventionen in Großbritannien an (WHO 2002). In einer ausführlichen Kostenkalkulation von »Prevent Child Abuse America« (www.preventchildabuse.org) wurden die Kosten für die direkten Folgen (medizinische Behandlung, psychiatrische Erkrankungen, Jugendhilfe, Rechtssystem) auf mehr als 24 Milliarden Dollar für das Jahr 2001 geschätzt, die indirekten Kosten (Betreuung behinderter Misshandlungsoffer, Kriminalität, verlorene Produktivität und Steuerausfälle der Gesellschaft) auf knapp 70 Milliarden Dollar, zusammen also etwa 94 Milliarden Dollar jährlich. Die fiktive Umrechnung auf die Bevölkerungszahl Deutschlands ergäbe einen Betrag von knapp 30 Milliarden Euro jährlich. Die »Investition« von finanziellen Ressourcen zur Verhinderung individuellen Leids in ein effektives Kinderschutzsystem würde somit nicht nur dem moralischen Anspruch einer entwickelten Gesellschaft entsprechen und die Entwicklungschancen von Kindern und Jugendlichen und ihre spätere Teilhabe am gesellschaftlichen Leben verbessern, sondern sich auch langfristig ökonomisch rechnen.

1.3 Gewalt gegen Kinder in der Geschichte und die Rolle der Medizin im Kinderschutz

Gewalt gegen Kinder ist kein neues Phänomen. Neu ist die Bewertung dieses Verhaltens. Das, was wir heute Misshandlung oder Vernachlässigung nennen, zu verpönen, ist historisch eine relativ

neue Entwicklung. Die Verwendung des Begriffs »Misshandlung« entspricht unserer heutigen Vorstellung und lässt sich nicht auf die Vergangenheit übertragen. Genauer gesagt, Kindesmisshandlung existierte früher weder als Begriff, noch als Konzept. Das Verhältnis zu Kindern unterlag im Lauf der Zeit einem erheblichen Wandel und war nicht nur zwischen den verschiedenen Kulturen unterschiedlich, sondern auch den gesellschaftlichen Klassen. Bis in die Zeit der Aufklärung hinein galten Kinder als Besitz der Eltern und nicht als eigenständige Subjekte. Gilt heute das Paradigma der Kinder- und Jugendmedizin »Kinder sind keine kleinen Erwachsenen«, so traf damals das genaue Gegenteil zu: Kinder *waren* kleine Erwachsene. Und sie mussten selbstverständlich zum Familienunterhalt beitragen, jedoch ohne eine eigene Rechtsposition inne zu haben. Die Einstellung Kindern gegenüber war u.a. aufgrund der hohen Kindersterblichkeit eher fatalistisch und sehr viel weniger von gefühlsmäßigen Bindungen geprägt als heute. Seit der Aufklärung und der Entwicklung des Konzeptes allgemeiner Menschenrechte können zum einen eine zunehmende Wertschätzung und Schutz zwischenmenschlicher Beziehungen beobachtet werden, zum andern auch die Entwicklung einer innigen Gefühlsbindung zu Kindern, wie sie heute üblich sind. Die Entwicklung und Umsetzung der **Rechte** von Kindern hinkt jedoch bis heute den allgemeinen Menschenrechten hinterher.

Je weiter man in die Geschichte zurückgeht, umso geringer waren der Stellenwert und die Rechte von Kindern. Aus über 5.000 Jahre alten Tontafeln der Sumerer und vielen Zeugnissen der antiken Hochkulturen geht hervor, dass Infantizid nicht erwünschter oder behinderter Kinder üblich war, in Rom zu Zeiten gar gefordert wurde. Vielfach wurden Kinder aus religiösen Gründen geopfert, z.B. in Zentralamerika. Im antiken Griechenland und in Rom war die »Benutzung« von Kindern für sexuelle Zwecke legitim, Pädophilie wurde z.T. idealisiert. Im Alten Testament galt Vergewaltigung als Diebstahlsdelikt, der Talmud vermerkte, dass Geschlechtsverkehr mit Kindern unter 3 Jahren »ungültig« sei. In der Bibel gibt es zahllose Zitate, die die Züchtigung von Kindern mit Stock und Rute empfehlen.

Der Begriff »Kindheit« als eigenständiges Konzept ist ebenfalls eine relativ neue Erscheinung. Mit der Etablierung der Pädagogik im 18. Jahrhundert, insbesondere mit dem Namen Rousseau verknüpft, begann man erstmals, Kinder als vernunftbegabte, förderungs- und schutzwürdige Wesen wahrzunehmen. Dies fiel im Kontext zunehmender humanistischer und christlicher Moralvorstellungen im Bürgertum auf fruchtbaren Boden. Aufgrund der sozial harten Realität veränderte sich die Einstellung in den unteren Schichten dagegen erst, als sich auch die allgemeinen Lebensverhältnisse besserten. Nachdem Kinderarbeit schon immer eher die Regel als die Ausnahme gewesen war, verschärfte sich dies im 19. Jahrhundert dramatisch im Rahmen der Industrialisierung. Es zeigte sich jedoch, dass es langfristig weder ökonomisch noch militärisch sinnvoll war, durch die inhumanen Arbeitsbedingungen kranke und verkrüppelte Menschen zu produzieren und eine hohe Kindersterblichkeit in Kauf zu nehmen. Somit trugen gerade auch wirtschaftliche Interessen dazu bei, die Arbeits- und Lebensbedingungen und letztlich auch den Schutz von Kindern zu verbessern. Parallel wuchs das Interesse am Kinderschutz auch, um die Gesellschaft vor den Folgen, nämlich Kriminalität und sozialer Verwahrlosung, zu bewahren.

Die Kindersterblichkeit in den ersten 3 Lebensjahren betrug im 18. Jahrhundert über 30%, in Waisenhäusern und Kinderheimen lag sie noch erheblich darüber. Im 18. und bis weit ins 19. Jahrhundert betrug die Arbeitszeit von Kindern 14–16 Stunden pro Tag unter heute unvorstellbaren Bedingungen. Im 19. Jahrhundert waren Geschlechtskrankheiten bei Kindern weit verbreitet. Körperliche Züchtigung zuhause und in der Schule wurden als normales, geradezu notwendiges Korrektiv und probates Erziehungsmittel angesehen (■ Abb. 1.1). Noch Anfang der 60er Jahre billigten etwa 80% der Eltern in Deutschland das Schlagen und 35% die Züchtigung mit dem Rohrstock. In der Bundesrepublik Deutschland wurde das Züchtigungsrecht für Lehrkräfte an Schulen (»Prügelstrafe«) erst 1973 abgeschafft, nur im »Freistaat Bayern [bestehe] ein gewohnheitsrechtliches Züchtigungsrecht«, so das Bayerische Oberste Landesgericht noch 1979. 1980 fiel jedoch auch diese »letzte Bastion«, und seit November 2000 gilt das Recht



■ **Abb. 1.1.** Gewalt gegen Kinder – ein allgegenwärtiges Phänomen. (Aus: Erasmo Roterodami *Encomium moriae* [Auszg. Basel 1515]; mit Randzeichnungen von H. Holbein d.J. Dtsch. Erasmus von Rotterdam, *Das Lob der Torheit*; hier Ausg. Birkhäuser Verlag, Basel, 1966, Randzeichnung S.104)

auf gewaltfreie Erziehung in Deutschland auch in Familien (§ 1631 BGB; ► Kap. 20).

1.4 Entwicklung des allgemeinen Kinderschutzes

Nach der Wahrnehmung der Kindheit als besondere Lebensphase begann sich erstmals im 19. Jahrhundert die Erkenntnis zu entwickeln, dass es erforderlich ist, Kinder vor Gewalt und Ausbeutung zu schützen.

19. Jahrhundert

In den frühen Jahren des Kapitalismus im 19. Jahrhundert kam es in der sich rasch ausbreitenden Industriegesellschaft zu einem massiven Anstieg der Ausbeutung von Kindern und zu einer

um sich greifenden Vernachlässigung von Kindern aufgrund von Armut und auseinanderbrechenden Familien. Als Reaktion darauf entwickelten sich Anfang des Jahrhunderts in Deutschland die ersten Kinderschutzinitiativen. 1829 wurde die Gesellschaft zum Schutz sittlich vernachlässigter Kinder gegründet – ein religiös motivierter Ansatz zum Schutz deprivierter Kinder –, die als Vorläufer des Kinderschutzbundes gilt. Politische Organisationen interessierten sich für die Auswirkungen der Fabrikarbeit auf Kinder u.a auf ihr Betreiben hin wurde 1839 das erste Arbeitsschutzgesetz für Kinder erlassen, das 1853 überarbeitet und geändert wurde. Das Phänomen der Gewalt an Kindern wurde einer größeren Öffentlichkeit 1874 durch den Fall der Mary Ellen (■ Abb. 1.2) in New York bewusst.

Das Schicksal des offensichtlich schwerst misshandelten, damals 10-jährige Mädchens konnte von der Gemeindeschwester Etta Wheeler erst mit Hilfe des angesehenen Gründers und Präsidenten der American Society for the Prevention of Cruelty to Animals, Henry Bergh, vor Gericht gebracht werden. Aufgrund der erheblichen öffentlichen Resonanz wurde 1875 die New York Society for Prevention of Cruelty to Children als Abspaltung der o.g. Tierschutzgesellschaft gegründet. Sie war somit die weltweit erste Kinderschutzvereinigung und untersuchte gleich im 1. Jahr ihres Bestehens 300 Fälle von Kindesmisshandlung.

Ab 1882 entstanden nach New Yorker Vorbild ähnliche Organisationen in Liverpool und London, denen 1889 die National Society for the Prevention of Cruelty to Children folgte. Im selben Jahr noch verabschiedete das Parlament einen »Prevention of Cruelty to Children Act«. 1898 wurde in Berlin der Verein zum Schutze der Kinder gegen Ausbeutung und Misshandlung gegründet.

In Deutschland begann die allgemeine Schulpflicht in den 1880er Jahren. Ende des Jahrhunderts wurden staatliche Kinderschutzinitiativen und Verbände freiwilliger Helfer in einem breit angelegten Kinderfürsorgesystem vereint. Dieses System schloss regionale und staatliche Gesundheits- und Sozialämter ebenso ein wie eine wachsende Anzahl gemeinnütziger Kinderhilfsorganisationen, die in begrenztem Umfang Tagesbetreuungen, Gruppenprogramme oder institutionelle



■ **Abb. 1.2.** Mary Ellen 1874 bei ihrer Inobhutnahme und danach in ihrer Pflegefamilie. (Abbildung freundlicherweise überlassen von den George Sim Johnston Archives of The New York Society for the Prevention of Cruelty to Children)

Programme zur Verfügung stellten und soziale Beratungen zur Familienbildung anboten.

20. Jahrhundert

Die Wende in der öffentlichen Wahrnehmung in Deutschland, wurde von juristischen Reformen begleitet: das Bürgerliche Gesetzbuch vom 1. Januar 1900 führte Strafen für Eltern ein, die ihre Kinder misshandelten oder vernachlässigten. Ein Zusatz im Strafrecht setzte 1912 Kindesmisshandlung mit schwerer Körperverletzung gleich. Auch die Weimarer Verfassung von 1919 forderte für »... jedes deutsche Kind [das] Recht auf Erziehung zur leiblichen, seelischen und gesellschaftlichen Tüchtigkeit...«.

Das **Nationalsozialistische Regime** (1933–1945) zentralisierte das Kinderschutzsystem und verstaatlichte den Bereich der gemeinnützigen Sozialarbeit. Der Vorläufer des Kinderschutzbundes beschloss freiwillig seine Auflösung und Integration in die Nationalsozialistische Volkswohlfahrt. Die Nationalsozialisten nutzten deviantes Verhalten und Kindesmissbrauch zur Propaganda (»Volksschädlinge«) und implementierten einen stärker bestrafenden Ansatz im Umgang mit Kindesmisshandlung. Dieser war mit einem schnelleren Eingreifen in die Rechte und die Privatsphäre der Familien verbunden. Dies diente weniger der

Verwirklichung der Rechte des Kindes als der Sicherung totalitärer sozialer Kontrolle. Im Gegenteil, dasselbe Regime war für die körperliche und seelische Misshandlung von Kindern und Jugendlichen in den Erziehungseinrichtungen des Regimes, massenhafte Fremdunterbringung von Kindern lediger Mütter sowie die massenhafte Ausbeutung und Ermordung von Millionen nicht-arischer oder behinderter Kinder und Erwachsener verantwortlich.

1924 veröffentlichte der Völkerbund in der sog. **Genfer Erklärung** die »Children's Charta«, in der grundlegende Rechte für Kinder formuliert waren. Diese wurde nach mehrjährigen Vorarbeiten durch die Generalversammlung der Vereinten Nationen 1959 in eine **Erklärung der Rechte des Kindes** überführt. 1989 legte die UN-Generalversammlung eine **Konvention über die Rechte des Kindes** vor, die inzwischen alle Staaten der Welt – mit Ausnahme von Somalia und den USA – unterzeichnet haben. In den letzten 20 Jahren haben sich neben der WHO (u.a. mit dem Weltgesundheitsbericht zu Gewalt 2002) zahlreiche weitere, weltweit agierende Nicht-Regierungs-Organisationen (NGO), wie Terres des Hommes, Save the Children und ECPAT (**End Child Prostitution, Pornography and Trafficking of Children for Sexual Purposes**, eine internationale Kinderrechtsorganisation mit Sitz in

Bangkok/Thailand), verstärkt dem Thema gewidmet. In Deutschland bemühen sich verschiedene Verbände, beispielsweise die Deutsche Liga für das Kind und die National Coalition on Children's Rights für eine Aufnahme von speziellen Kinderrechten in das Grundgesetz, nachdem einige Bundesländer bereits Kinderrechte in ihre Landesverfassung aufgenommen haben.

1953 wurde in Hamburg der **Deutsche Kinderschutzbund** gegründet, der heute mit rund 50.000 Mitgliedern und über 400 Ortsverbänden der größte Verband seiner Art in Deutschland ist.

Im Gegensatz zur Bundesrepublik wurde in der ehemaligen **Deutschen Demokratischen Republik** (DDR) ein obligatorisches Meldesystem von Kindesmisshandlungen an die öffentlichen Gesundheitsbehörden oder die Polizei eingeführt. Verglichen mit westlichen Staaten verbrachten Kinder und Jugendliche erheblich mehr Zeit in Kindertagesstätten, da über 90% der Mütter berufstätig waren. Dieses umfassende Betreuungssystem für Kinder mit enger Überwachung und früher Versorgung könnte tatsächlich die Ausweitung von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung begrenzt haben. Die Inzidenzrate von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung lag deutlich unter der westlicher Staaten, auch wenn heute die Meinung vertreten wird, dass dieses Problem während des sozialistischen Regimes unterschätzt wurde.

Das weltweit **erste moderne Kinderschutzteam** wurde 1958 von der Sozialarbeiterin Elizabeth Elmer am Kinderkrankenhaus in Pittsburgh in den USA gegründet. Der Durchbruch zu einer weitergehenden professionellen Wahrnehmung und Auseinandersetzung gelang Anfang der 60er Jahre mit der epochemachenden Veröffentlichung des »Battered Child Syndroms« durch **C. Henry Kempe** in Denver. Kempe wurde dadurch zum Begründer des modernen weltweiten Kinderschutzes, zum Pionier der klinisch-medizinischen und wissenschaftlichen Beschäftigung mit dem Thema und Protagonist eines grundlegend multiprofessionellen Verständnisses von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Kempe war daneben unermüdlicher Verfechter einer kind- und familienorientierten therapeutischen Intervention (s. unten).

Die zunehmende professionelle und gesellschaftliche Wahrnehmung des Themas führte 1974

in allen amerikanischen Bundesstaaten zur bis heute fortbestehenden Einführung eines gesetzlichen **Pflichtmeldesystems** (»Mandatory Reporting«; Übersicht unter www.childwelfare.gov/systemwide/laws_policies/state/). Diese Meldepflicht gilt für alle Formen von Misshandlung und Vernachlässigung. Sie verpflichtet alle Berufsgruppen, die mit Kindern arbeiten, einen entsprechenden Verdacht an die Kinderschutzbehörden zu melden.

Unter der Leitung Kempes fand 1976 der erste internationale Kindesmisshandlungs-Kongress in Genf statt. Am 7.7.1977 wurde in Denver die International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, **ISPCAN**, gegründet, kurz darauf folgte die Zeitschrift *Child Abuse & Neglect – The International Journal*. Wiederum Kempe gab 1978 mit seinem Vortrag »Child sexual abuse – another hidden pediatric problem« den Anstoß, sich auch im medizinischen Bereich mit sexueller Gewalt gegen Kinder und Jugendliche auseinanderzusetzen.

Außerhalb der USA wurden die Arbeiten Kempes zunächst in englischsprachigen Ländern aufgenommen. In Großbritannien entstanden in den 70er Jahren durch die National Society for Prevention of Cruelty to Children und engagierte Fachleute erste multiprofessionelle Interventionsmodelle und wissenschaftliche Untersuchungen. Die Niederlande waren das erste englischsprachige Land, in dem die Gedanken multiprofessionellen Kinderschutzes 1971 mit der Einführung des Vertrauensarztsystems ihren Niederschlag fanden. Die Vertraulichkeit galt dabei allerdings nicht Kindern und Eltern, sondern den Meldern. Der Kinderarzt Arend Koers wurde 1972 erster Vertrauensarzt von Amsterdam, und 1977 wurde Jaap Doek weltweit erster Professor für Kinderrechte an der Freien Universität Amsterdam.

In Deutschland entstand 1976 im Anschluss an ein Seminar der Freien Universität Berlin zu Gewalt in der Familie, unter Leitung des Soziologen Reinhard Wolff, das erste **Kinderschutzzentrum**. Es wurzelte in der Familiensoziologie, der praktischen Arbeit des Berliner Kinderschutzbundes und der Anregung durch die kinderärztliche Arbeit in den USA, Großbritannien und den Niederlanden. Dies begründete die moderne, hilfeorientierte und familiengerichtete multiprofessionelle Misshandlungsarbeit in Deutschland.

1982 wurde durch Alice Miller in der Zeitschrift *Brigitte* mit dem Titel: »Die Töchter schweigen nicht mehr« und 1984 durch Barbara Kavemann und Ingrid Lohstötter mit dem Buch »Väter als Täter«, der **sexuelle Missbrauch** erstmals öffentlich thematisiert. Es bildeten sich im Rahmen der Frauenbewegung Initiativen zur Bearbeitung des »Tabuthemas«, wie 1983 »Wildwasser« in Berlin und 1986/87 »Zartbitter« in Münster und Köln. Doch erst in den 90er Jahren beherrschte das Thema die fachliche Diskussion deutlicher und ließ andere Bereiche wie körperliche und seelische Gewalt zurücktreten. Die Diskussion wurde von »Kinderschänder«-Skandalen, Sexualmorden, Sex-Tourismus und Internetpornographie beherrscht. Gleichzeitig kam es zu einer kritischen Gegenbewegung, die den »Missbrauch des Missbrauchs« postulierte.

1991 löste das nun relativ stark die Elternrechte betonende **Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG)** das seit 1922 bestehende Jugendwohlfahrtsgesetz (JWG in der Fassung von 1963) ab. Die wesentlichen Bestimmungen finden sich im 1. Artikel des Gesetzes; sie bilden das Achte Sozialgesetzbuch (SGB VIII). Es zielt u.a. darauf, sich von der Kontroll- und Eingriffsorientierung des JWG weg zu orientieren und ein Leistungsgesetz für Kinder, Jugendliche und ihre Familien zu schaffen, das auf Unterstützung und Hilfsangebote setzt. Das Inkrafttreten des KJHGs wird daher auch als Paradigmenwechsel in der Kinder- und Jugendhilfe angesehen.

1994 erfolgte als nationales Forum zur Professionalisierung und verstärkten multiprofessionellen Ausrichtung der Kinderschutz-Diskussion in Deutschland die Gründung der **Deutschen Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (DGgKV)** in Hannover. Als multiprofessionelle Mitgliederorganisation umfasst sie bis heute Berufsgruppen und Trägerinstitutionen aller Fachgruppen des Kinderschutzes und ist internationale Partnerorganisation der ISPCAN.

Im heutigen Deutschland existiert kein **Meldesystem** für Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Deutschlands relativ kurz zurückliegende Erfahrungen mit zwei totalitären Regimen machen die Ablehnung von Meldesystemen und das Anliegen verständlich, zentrale Registrierungen und Denunzierungen zu vermeiden. Weiterhin sollte

der Kinderschutz vorzugsweise präventiv gestaltet werden, d.h. es war ein Anliegen, Familien dahingehend zu motivieren, frühzeitig selbst Hilfe zu suchen. Dieses Ziel schien besser mit einem nicht-straftenden, auf der sozialen Gemeinschaft basierenden familienzentrierten Ansatz erreichbar zu sein. Weiterhin befürchteten Kritiker eine große Zahl unbegründeter Verdachtsfälle, verbunden mit uneffektiven Interventionen und stigmatisierenden Eingriffen in die elterlichen Rechte. Zudem zeigen Erfahrungen aus Ländern mit Meldesystemen, dass es für das Kind auch nachteilig sein kann, wenn ein Verdacht begründet ist, aber nicht innerhalb der vorgeschriebenen Zeit nachgewiesen werden kann. Auch die Entwicklung des sog. modernen Kinderschutzes in den 70er und 80er Jahren beförderte in Deutschland die Ablehnung von Meldesystemen. Als hilfreich hat sich demgegenüber die Entwicklung erwiesen, den Begriff der Kindeswohlgefährdung zu verwenden, der familienrechtliche Interventionen zulässt, ohne ein schuldhaftes Handeln der Eltern nachweisen zu müssen. Einen Überblick über die Entwicklung des allgemeinen Kinderschutzes gibt [Tab. 1.1](#).

1.5 Entwicklung des medizinischen Kinderschutzes

Erste medizinische Wahrnehmungen von Gewalt gegen Kinder finden sich in der *Practica Puerorum* des persischen Arztes **Rhazes** um 900 n.Chr. Der Genfer Arzt Théophile **Bonet** beschreibt 1684 in seinem in London veröffentlichten »Guide to the Practical Physician« Kopfverletzungen bei Kindern, die durch Erwachsene zugefügt wurden. Paulus **Zachias** schildert in seinen »Medico-Legal Debates« 1651 »schreckliche Kopfverletzungen« als Folge von Schlägen als Bestrafung und Hautmarken durch Auspeitschen. Der britische Arzt und Sozialreformer James **Parkinson**, der Medizinern eher im Kontext der nach ihm benannten Schüttellähmung bekannt ist, warnte 1800 im *Villagers Friend and Physician* vor Kopfverletzungen als Folge von Disziplinierungsmaßnahmen, da dies zu intrazerebralen Blutungen und Hydrozephalus führe. In einem britischen Ratgeber zur Kindererziehung führt M. J. Dowager **Countess Mountcastell** 1823

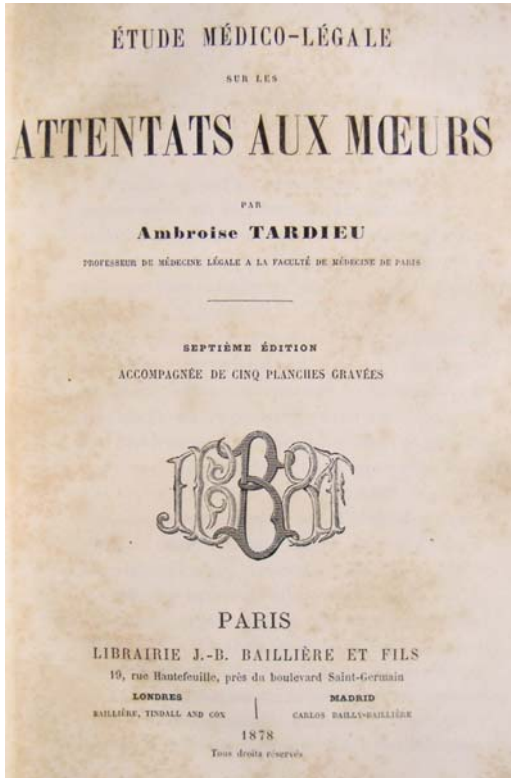
1

■ Tab. 1.1. Entwicklung des allgemeinen Kinderschutzes

1829	Gesellschaft zum Schutz sittlich vernachlässigter Kinder
1839	Erstes Arbeitsschutzgesetz für Kinder
1875	New York Society for Prevention of Cruelty to Children
1882	Ähnliche Organisationen in Liverpool und London
1889	Großbritannien: »National Society for the Prevention of Cruelty to Children«
1898	Berliner Verein zum Schutze der Kinder gegen Ausbeutung und Misshandlung
1900	Bürgerliches Gesetzbuch: Strafen für Eltern, die ihre Kinder misshandeln oder vernachlässigen
1912	Zusatz im Strafrecht: Kindesmisshandlung ist schwere Körperverletzung
1919	Kinderrechte in der Weimarer Verfassung
1924	Genfer Erklärung des Völkerbundes: Children's Charta
1933–1945	NS-Regime: Zentralisierung und Instrumentalisierung des Kinderschutzes
1953	Deutscher Kinderschutzbund
1958	Weltweit erstes modernes Kinderschutzteam im Kinderkrankenhaus Pittsburgh/USA
1959	Vereinte Nationen: Erklärung der Rechte des Kindes
1961	C. Henry Kempe: »The Battered Child« (Vortrag; gleichnamige Publikation: 1962)
1973	Abschaffung des Züchtigungsrechtes an deutschen Schulen
1974	Pflichtmeldesystem (»Mandatory Reporting«) in allen amerikanischen Bundesstaaten
1976	Erster internationaler Kindesmisshandlungs-Kongress in Genf
1976	Erstes Kinderschutzzentrum Berlin
1977	Weltweit erste Professur für Kinderrechte an der Freien Universität Amsterdam
1977	International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN) in Denver; Erstausgabe der Kinderschutz-Fachzeitschrift <i>Child Abuse & Neglect</i>
1982	Thema sexueller Missbrauch in Deutschland erstmals publizistisch öffentlich gemacht
1989	UN-Generalversammlung: Konvention über die Rechte des Kindes
1991	Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) löst Jugendwohlfahrtsgesetz von 1922 ab
1994	Deutsche Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (DGgKV)
2000	Recht auf gewaltfreie Erziehung in Deutschland (§ 1631 BGB)

schwere Gehirnverletzungen, einschließlich »Wasser im Gehirn«, auf gewalttätiges Schütteln im Ärger durch Eltern zurück. Dies ist vermutlich die erste Erwähnung des Schütteltraumas in der Literatur. Die Zuordnung der 1559 von Ambroise **Paré** erstmals beschriebenen subduralen Hämatome als Traumafolge, wurde von Rudolf Virchow 1856 entschieden zurückgewiesen. Er deutete sie als infektiöse »Pachymeningitis interna«.

Als weit vorausblickende Ausnahme verdient der französische Professor der Rechtsmedizin Ambroise **Tardieu** besondere Erwähnung und Würdigung. 1857 veröffentlichte er eine Untersuchung über knapp 1.000 Fälle von sexueller Gewalt an Kindern (■ Abb. 1.3). 1860 beschrieb er in einer weiteren Veröffentlichung 32 Fälle von Kindesmisshandlung, 18 der Kinder waren verstorben. 1868 folgte eine Studie über 555 Fälle von Kindes-



▣ **Abb. 1.3.** Ambroise Tardieu, Paris: »Étude Médico-Légale sur les Attentats aux Mœurs«. Original 1857, hier in einer Auflage von 1878 (J.-B. Baillière et Fils, Paris)

tötungen. Seine klarsichtige Deutung von äußeren Verletzungen, Verbrennungen, genitalen Verletzungen, Erstickungen, extremer Deprivation und subduralen Hämatomen als Folge von Misshandlungen durch Erwachsene, die Beschreibung der Folgen für die Opfer (u.a. das Phänomen, das heute als »gefrorene Wachsamkeit« bezeichnet wird), die fehlende Kooperation der Verursacher und die Besserung, wenn die Kinder aus der misshandelnden Umgebung entfernt wurden, sind sämtlich bis heute gültige Merkmale der Kindesmisshandlung. Die anhaltenden Appelle dieses frühen Pioniers der medizinischen Auseinandersetzung mit Kindesmisshandlung an die ärztlichen Kollegen, etwas dagegen zu unternehmen, verhallten leider weitgehend ungehört. Seine Nachfolger hielten die Aussagen von Kindern bezüglich erlittener Misshandlungen häufig für unglaubwürdig.

Sigmund **Freud** veröffentlichte 1896 die Abhandlung »Zur Ätiologie der Hysterie«, in der er vielfachen sexuellen Kindesmissbrauch als Ursache späterer psychischer Störungen seiner Patienten beschrieb. Das führte zu massivem Widerstand in der damaligen Fachwelt, und Freud fürchtete, dass sowohl er selbst als auch die noch junge Disziplin der Psychiatrie nicht anerkannt würden. Daraufhin erfolgten 1897 der Widerruf seiner Thesen und die Ummünzung des beschriebenen Phänomens als Folge von kindlichem Wunschdenken in den Ödipuskomplex.

Nur vereinzelt wurden im Folgenden Verletzungen von Kindern medizinisch in den genannten Zusammenhängen thematisiert. Ausnahmen waren die englischen Ärzte Scattergood und Wigglesworth, die 1875 und 1892 Virchows Theorie der infektiösen Natur subduraler Hämatome widersprachen. Die deutschen Pathologen Dohle (1891) und Kravitz (1914) beschrieben in großen Serien obduzierter Kinder einen hohen Anteil subduraler Hämatome von 14 bzw. 24% bei Kindern unter einem Jahr, ohne jedoch daraus Schlussfolgerungen zu ziehen. In den 30er Jahren wurden subdurale Hämatome mit schlechten sozialen Verhältnissen assoziiert, was vorübergehend zu der irrtümlichen Schlussfolgerung führte, ein Vitamin-C-Mangel sei dafür verantwortlich. Die Neurochirurgen Ingraham u. Matson aus Harvard deuteten 1944 subdurale Hämatome und retinale Blutungen endgültig als traumatisch bedingt.

Als Vorläufer der modernen medizinischen Diagnostik misshandelter Kinder gilt der New Yorker Kinderradiologe John **Caffey**, der 1946 erstmals die Assoziation »Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma« beschrieb. Auch wenn er aufgrund der für ihn klar traumatischen Genese spekulierte, dass die wahre Ursache der Verletzungen möglicherweise bewusst vorenthalten würde, stoppte er in seiner Veröffentlichung kurz vor der Schlussfolgerung, diese auf Misshandlungen zurückzuführen. Nach zeitgenössischen Berichten soll er dies im persönlichen Gespräch und in Vorträgen jedoch als Vermutung geäußert haben. Mehrere Arbeiten aus den 50er Jahren, u.a. von **Silverman**, beschreiben detailliert nach heutigen Erkenntnissen eindeutig körperlich misshandelte

Kinder. Man deutete dies jedoch – trotz Erwägung der Möglichkeit elterlicher Gewalt – als letztendlich ungeklärter Genese. 1958 und 1959 benennen erstmals seit Tardieu vereinzelte medizinische Veröffentlichungen und Vorträge verbatim die Möglichkeit der Misshandlung von Kindern durch ihre Eltern.

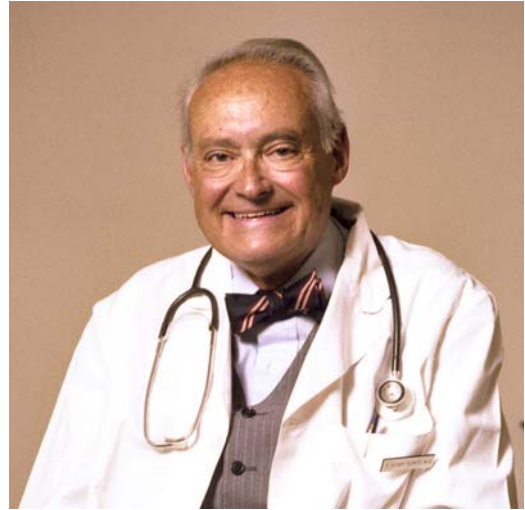
Vor diesem Hintergrund hielt der deutschstämmige Pädiatrieprofessor **C. Henry Kempe** (■ Abb. 1.4) 1961 als Vorsitzender der Jahrestagung der American Academy of Pediatrics in Chicago den Vortrag »The Battered Child Syndrome«, der gleichermaßen auf Zustimmung wie Ablehnung stieß.

Mit der Veröffentlichung des epochemachenden Artikels »The Battered Child Syndrome« im *Journal of the American Medical Association* 1962, begann schließlich die zunehmende Akzeptanz des Themas in der Medizin. Vor 40 Jahren, 1968, wurde das erste medizinische Lehrbuch zu dem Thema von C. Henry Kempe u. Ray Helfer herausgegeben (■ Abb. 1.5).

➤ Exkurs

Der als Karl Heinz Kempe 1922 in Breslau geborene **C. Henry Kempe** floh als deutscher Jude 1938 über England in die USA. Er studierte Medizin in Berkeley/Kalifornien und wurde zum Pädiater ausgebildet. Nach seiner Professur wurde er 1956 Leiter der Kinderheilkunde der Universitätsklinik in Denver. Nach anfänglich virologischem Schwerpunkt wurde er immer häufiger mit Fällen unklarer schwerer Verletzungen bei Kindern konfrontiert. Ab 1958 begann er sich zunehmend des Themas anzunehmen, was ihn letztlich bis zu seinem Tode 1984 intensiv beschäftigte. Kempe gilt heute als Begründer des modernen medizinischen, aber auch umfassenden multiprofessionellen Kinderschutzes.

Ein weiterer »Meilenstein« der Geschichte des medizinischen Kinderschutzes war die »Entdeckung« des **Shaken-Baby-Syndroms**. Der britische Neurochirurg Norman Guthkelch berichtete 1971 über 2 Säuglinge mit subduralem Hämatom ohne äußere Verletzungen, die er auf einen peitschenschlagartigen Mechanismus durch Schütteln ohne Aufprall zurückführte. 1972 beschrieb erneut **Caffey** 27 Kinder mit subduralem Hämatom



■ Abb. 1.4. C. Henry Kempe (1922–1984), Begründer des modernen medizinischen und umfassenden multiprofessionellen Kinderschutzes. (Foto Paul Abdoo, Denver)



■ Abb. 1.5. Frontseite der 1. Auflage des ersten medizinischen Lehrbuchs zum Thema Kindesmisshandlung und -vernachlässigung von C. Henry Kempe u. Ray Helfer (1968)

und metaphysären Frakturen, deren Verletzungen er ebenfalls auf Schütteln zurückführte. Er prägte dafür den Begriff »Whiplash Shaken Infant Syndrome«. Seine Theorie basierte maßgeblich auf 15 der 27 Fälle, die der Krankenschwester Virginia Jasper zugeschrieben wurden. Das *Newsweek Magazine* 1956 beschreibt, wie sie bei der Versorgung von schreienden, nicht zu tröstenden Säuglingen vorgeht: »...The nurse picked her up and gave her a good shaking. ('It was all uncontrollable...I don't know why I did it').«

1977 wurde durch den britischen Kinderarzt Roy Meadow der Begriff **Munchausen Syndrome by Proxy** für eine bizarre Form der Kindesmisshandlung geprägt. Dabei erfinden oder fabrizieren zumeist Mütter Symptome und führen ihre Kinder unnötigen und potenziell schädigenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu (► Kap. 6.4).

Die ab 1974 in allen US-amerikanischen Bundesstaaten geltende **Meldepflicht** führte zu einem starken Anstieg der zu bearbeitenden Fälle. Insbesondere die Anfragen von Gerichten zur medizinischen Verifizierung von sexuellen Missbrauchsverdachtsfällen sorgten für gesellschaftlichen Druck auf das medizinische System, sich fachlich mit dem Thema auseinander zu setzen. Die Erwartungen des Rechtssystems, klare medizinische Aussagen über das jeweilige Vorliegen oder den Ausschluss eines sexuellen Übergriffs zu erhalten, können in diesem Sinne als gesellschaftlicher Stimulus verstanden werden. Wie bereits erwähnt, gab wieder Kempe 1978 den Anstoß zur – im ärztlichen Bereich nicht geführten – Auseinandersetzung mit **sexueller Gewalt** gegen Kinder. Dazu kamen zunehmend Anfragen als Folge der Meldepflicht. Diese beiden Entwicklungen führten zu einer intensiven wissenschaftlichen Beschäftigung mit dem Thema in den USA.

In **Deutschland** gründeten sich auf Initiative des damaligen Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde, Hermann **Olbing** (Essen), 1983 und 1986 ärztliche Beratungsstellen gegen Vernachlässigung und Kindesmisshandlungen in Essen und Düsseldorf. In den folgenden Jahren entstanden in Nordrhein-Westfalen ca. 15 weitere ärztliche Beratungsstellen. Deren Arbeit war und ist jedoch weniger medizinisch als überwiegend

beratend und intervenierend im sozialtherapeutischen Bereich orientiert.

Das Thema Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch wurde in den 80er Jahren in Deutschland beratend von dem renommierten niederländischen Kinderarzt Arend **Koers** begleitet. Dominiert wurde es damals medizinisch von der Rechtsmedizinerin Elisabeth **Trube-Becker** (Düsseldorf), die in zahlreichen Veröffentlichungen und Vorträgen z.T. recht eindringlich auf das Problem aufmerksam machte. 1985 war Kindesmisshandlung ein Hauptthema mit zahlreichen Beiträgen auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde in Frankfurt. 1986 erschien in der *Monatsschrift Kinderheilkunde* eine ausführliche Sammlung von Übersichtsarbeiten zu körperlicher Misshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Kindesmissbrauch. 1992 veröffentlichte die Deutsche **Bundesärztekammer** Leitlinien zur Diagnostik (»Zum Problem der Mißhandlung Minderjähriger aus ärztlicher Sicht«). Dennoch blieben diese Initiativen ohne spürbare Auswirkungen auf die Rezeption des Themas in der medizinischen Fachwelt. Die medizinisch-wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Kindesmisshandlung war in erster Linie auf Rechtsmediziner und einzelne Sozialpädiater sowie Kinder- und Jugendpsychiater beschränkt. Es nahm weder in der kinderärztlichen Praxis noch auf pädiatrischen Kongressen, Jahrestagungen oder in kinderärztlichen Veröffentlichungen einen nennenswerten Raum ein.

Erst in den letzten Jahren finden sich Ansätze eines klinisch-medizinischen Engagements auf dem Gebiet der Kindesmisshandlung. Ausgehend von der Hamburger Ärztekammer und der Rechtsmedizin sowie unterstützt von der Techniker-Kasse wurden ab 1999 sog. **Gewaltleitfäden** für Kinderarztpraxen sukzessive für alle Bundesländer eingeführt. Diese Leitfäden enthalten wesentliche multiprofessionelle Interventionsgedanken und Adressensammlungen. Weitere Hinweise darauf sind allmählich häufigere Publikationen, Kongressbeiträge, die jährliche 2-tägige internationale Kasseler Fortbildung zu medizinischer Diagnostik und Intervention bei Kindesmisshandlung und das allmähliche Entstehen von Kinderschutzgruppen in Kliniken nach Schweizer und österreichischem Vorbild. Hinzu kommen einzelne klinische Stu-

Tab. 1.2. Entwicklung des medizinischen Kinderschutzes

900 n.Chr.	»Practica Peurorum« des persischen Arztes Rhazes: Hinweise auf Gewalt gegen Kinder
1559	Ambroise Paré, Paris: Erstbeschreibung subduraler Hämatome als Traumafolge
1684	Théophile Bonet, Genf: »Kopfverletzungen bei Kindern durch Schläge«
1651	Paulus Zachias, Italien: »Schreckliche Kopfverletzungen« als Folge von Schlägen
1800	James Parkinson, London: Kopfverletzungen als Folge von Disziplinierungsmaßnahmen führen zu intrazerebralen Blutungen und Hydrozephalus
1823	Countess Mountcastell: Schwere Gehirnverletzungen durch gewalttätiges Schütteln
1857	Ambroise Tardieu, Paris: »Etude Médico-Légale sur les Attentats aux Mœurs«
1860	»Etude Médico-Légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants«
1868	»Etude Médico-Légale sur l'infanticide«
1896	Sigmund Freud, Wien: »Zur Ätiologie der Hysterie«
1891/1914	Dohle/Kravitz (Deutsche Pathologen): Hoher Anteil subduraler Hämatome bei obduzierten Kindern
1946	John Caffey, New York: »Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma« (<i>American Journal of Roentgenology</i>)
1958	Elizabeth Elmer, Pittsburgh: Erstes modernes Kinderschutzteam im Kinderkrankenhaus
1961	C. Henry Kempe, Denver: »The Battered Child Syndrome« (Vortrag auf der Jahrestagung der American Academy of Pediatrics in Chicago)
1962	C. Henry Kempe: »The Battered Child Syndrome« (<i>Journal of the American Medical Association</i>)
1968	Ray Helfer, C.H.Kempe: »The Battered Child« (erstes medizinisches Fachbuch)
1969	Zürich: Erste Kinderschutzgruppe (Kinderspital), ab 1988 verstärkt in übriger Schweiz
1971	Norman Guthkelch, Großbritannien: Subdurale Hämatome durch Schütteln (2 Kasuistiken)
1972	John Caffey: »On the theory and practice of shaking infants. It's potential residual effects of permanent brain damage and mental retardation« (<i>American Journal of Diseases of Childhood</i>)
1977	Roy Meadow: »Munchausen Syndrome by Proxy. The hinterland of child abuse« (<i>Lancet</i>)
1978	C. Henry Kempe: »Child sexual abuse – another hidden pediatric problem« (Vortrag)
1983/1986	Erste ärztliche Beratungsstellen bei Kindesmisshandlung in Essen und Düsseldorf
1990er Jahre	Kinderschutzgruppen in Österreich
1992	Bundesärztekammer – Leitlinien zur Diagnostik von Kindesmisshandlung
1999	Hamburg: Erster Gewaltleitfaden für Kinderarztpraxen
1999–2002	AWMF-Leitlinien: 1999 Kinder- und Jugendpsychiatrie; 2001 Kinderradiologie; 2002 Sozialpädiatrie, Kinderchirurgie
2003	Erste Kasseler Fortbildung zu medizinischer Diagnostik bei Kindesmisshandlung
2007	Verpflichtende Vorsorgeuntersuchungen durch Kinderärzte
2008	Gründung der Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (AG KiM) Kommission Kinderschutz der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ)

dien, die Entwicklung somatischer Leitlinien und die jetzt hier vorliegende erste interdisziplinäre Publikation eines Handbuchs zur medizinischen Diagnostik bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Seit 2006 ist es anlässlich gehäuft wahrgenommener tragischer Tötungen von Kindern zu einer verstärkten öffentlichen Diskussion des Themas »Kindesmisshandlung« gekommen. Diese Diskussion hat dazu geführt, dass – wenn gleich fachlich umstritten – zunehmend **verpflichtende Vorsorgeuntersuchungen** durch Kinderärzte eingeführt werden. Ob dieser Schritt zu einer verstärkten medizinischen Auseinandersetzung mit dem Thema führt, und ob das Thema in der Fachwelt, wie im öffentlichen Bewusstsein, stärker verankert wird, bleibt abzuwarten. Als Zeichen intensiveren medizinischen Engagements sind die 2008 erfolgte Gründung der wissenschaftlichen Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (AG KiM) und die Einrichtung einer Kommission Kinderschutz der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) zu sehen. Eine Übersicht über die Entwicklung des medizinischen Kinderschutzes findet sich in [Tab. 1.2](#).

- Labbe J (2005) Ambroise Tardieu: The man and his work on child maltreatment a century before Kempe. *Child Abuse Negl* 29: 311–324
- Lynch MA (1985) Child abuse before Kempe: An historical literature review. *Child Abuse Negl* 9: 7–15
- Matschke J (2007) Der Fall Mary Ellen und die medizinische Entdeckung der Kindesmisshandlung. *Kinder- und Jugendarzt* 38: 688–690
- NCANDS (2000) National Child Abuse and Neglect Data System. US Dpt. of Health, American Medical Association Council on Scientific Affairs. www.ama-assn.org
- Ten Bensele R, Rheinberger M, Radbill S (2002) Kinder in einer Welt der Gewalt: Mißhandlung im geschichtlichen Rückblick. Suhrkamp, Frankfurt, S 10–48
- Thyen U, Dörries A (2005) Ärztliches Handeln bei Kindesmisshandlung. *Zs med Ethik* 51: 139–151
- Thyen U (1993) Kindesmisshandlung und Missbrauch als Ausdruck von Gewalt in der Familie. In: Kruse K, Oehmichen M (Hrsg) Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch. Rechtsmedizinische Forschungsergebnisse, Bd 5. Schmidt-Römhild, Lübeck, S 11–24
- WHO (2002) World report on violence and health. www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/

Literatur

- Aries P (1975) *Geschichte der Kindheit*. dtv Wissenschaft, München
- Bange D (2005) Gewalt gegen Kinder in der Geschichte. In: Deegener G, Körner W (Hrsg) *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung*. Hogrefe, Göttingen Bern Toronto, S 13–18
- Finkelhor D (1994) Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *Future Child* 4: 31–53
- Fürniss T (2005) Geschichtlicher Abriss zur Kindesmisshandlung und Kinderschutzarbeit von C.Henry Kempe bis heute. In: Deegener G, Körner W (Hrsg) *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung*. Hogrefe, Göttingen Bern Toronto, S 19–33
- Glaser D (2000) Child abuse and the brain – a review. *J Child Psychol Psychiat* 41: 97–116
- Johnson CF (1999) Child abuse as a stressor of pediatricians. *Pediatr Emerg Care* 15: 84–89
- Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK (1962) The battered child syndrome. *JAMA* 181: 17–24
- Kempe A (2007) A good knight for children. C.Henry Kempe's quest to protect the abused child. [Booklocker.com](http://booklocker.com)
- Krugmann R (1997) »Suppose it were a genetic disorder« – Editorial. *Child Abuse Negl* 21: 245–246