

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

Gewalt gegen Kinder Misshandlung Minderjähriger



**Sächsische
Landesärztekammer**
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Mit freundlicher Unterstützung der Interversicherung Mannheim.

© Sächsische Landesärztekammer 2002

Alle Rechte vorbehalten! Veröffentlichungen, auch auszugsweise,
nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Herausgebers.

Herausgegeben von der Sächsischen Landesärztekammer
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Gewalt gegen Kinder, Misshandlung Minderjähriger
Priv.-Doz. Dr. med. Ch. Erfurt, Dr. med. F. Ostwaldt,
Prof. Dr. med. D. Roesner, Prof. Dr. med. M. Scholz,
Redaktionelle Betreuung und Organisation: Knut Köhler M.A.
Redaktionsschluss: April 2002
Herstellung: Druckhaus Dresden GmbH
1. Auflage
Dresden 2002

Gewalt gegen Kinder Misshandlung Minderjähriger

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

Dresden 2002

Inhalt

Prof. Dr. med. D. Roesner

Teil I: Einführung

1. Körperliche Misshandlung
2. Emotionale Misshandlung
3. Körperliche Vernachlässigung
4. Sexueller Missbrauch

Priv.-Doz. Ch. Erfurt

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

1. Misshandlungsarten
2. Verletzungsbilder
3. Dokumentation der Befunde

Priv.-Doz. Ch. Erfurt

Teil III: Grundlagen des Arztrechtes bei Verdacht auf Kindesmisshandlung

1. Kindesmisshandlung
2. Sexueller Missbrauch

Prof. Dr. F. Ostwald, Prof. Dr. M. Scholz

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

Teil V: Möglichkeiten der Konsultation und Meldung in Sachsen

Die Autoren

Bildteil zu Teil II:

Diagnostische Probleme bei Kindesmisshandlung und sexuellem Missbrauch aus forensischer Sicht

Vorwort

Bereits bei der Konzeption des ersten Sächsischen Familienberichtes wurde entschieden, ein Tabuthema aufzugreifen und unterschiedliche Erscheinungsformen von Gewalt in der Familie in einem Regierungsbericht zu thematisieren. Gewalt in der Familie, Gewalt gegen Kinder geschieht häufig im Verborgenen. Umso mehr sind die Opfer auf schnelle und effektive Hilfe angewiesen. Diesem Ziel soll der vorliegende Leitfaden dienen.

Ursprünglich in Hamburg - der Partnerstadt der sächsischen Landeshauptstadt Dresden - erstmals vorgelegt, hat die Landesärztekammer Sachsen in einer gemeinsamen Initiative mit der sächsischen Landesvertretung der Techniker Krankenkasse die Herausgabe dieses Arbeitsmaterials für Sachsen vorbereitet. Ich danke allen Beteiligten für dieses Engagement zugunsten unserer Kinder. Gewalt gegen Kinder tritt in unterschiedlichen Formen auf: als physische Gewalt, als psychische Gewalt und in extremer Form auch als sexuelle Gewalt. Neben diagnostischen Problemen - es gibt häufig keine eindeutig missbrauchs-spezifische Symptomatik - ist es für die Ärztin oder den Arzt in der alltäglichen Praxis oft kaum vorstellbar, dass ihr kindlicher Patient Opfer von Gewalt, von Gewalt sogar durch die eigenen Eltern, geworden ist. Die rechtlichen, psychischen und sozialen Folgen sind für Mediziner auch nicht immer überschaubar. Manchen fehlt die Erfahrung und mögliche kompetente Ansprechpartner sind nicht erreichbar.

Der vorliegende Leitfaden soll neben notwendigen Hinweisen für die ärztliche Praxis vor allem dem Aufbau eines Netzwerkes dienen. Insbesondere die Kooperation aller Beteiligten, der Einrichtungen des Gesundheitswesens, der Jugend- und Familienhilfe, der Schule, der Polizei und der Justiz, ist wesentliche Voraussetzung für einen wirkungsvollen Opferschutz.

Ich wünsche mir, dass der Leitfaden dazu beiträgt, die Handlungsmöglichkeiten der Ärztinnen und Ärzte im Interesse der Kinder und Jugendlichen und zu deren Wohl wirkungsvoll zu erweitern.

Christine Weber



Sächsische Staatsministerin für Soziales

Gewalt gegen Kinder Misshandlung Minderjähriger

Teil I

Einführung

Prof. Dr. med. D. Roesner

Das Thema „Gewaltanwendung gegen Kinder“ in jeder Form ist ein allgemeines Thema, welches nicht zuletzt durch dramatische Veröffentlichungen und Diskussionen in den Medien zum erheblichen Teil enttabuisiert wurde.

Folgende Formen von Gewaltanwendungen lassen sich unterscheiden:

1. Körperliche Misshandlung

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

Körperliche Misshandlung

Emotionale Misshandlung

2. Emotionale Misshandlung

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

Körperliche Vernachlässigung

3. Körperliche Vernachlässigung

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

Sexueller Missbrauch

4. Sexueller Missbrauch

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

Kinderpornographie ist ebenso eine Form der sexuellen Misshandlung wie die nicht entwicklungsmäßige Konfrontation Minderjähriger mit Darstellung von

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

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

Teil II

Diagnostische Probleme bei Kindes- misshandlung und sexuellem Miss- brauch aus forensischer Sicht

Priv.-Doz. Ch. Erfurt

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

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

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

Die Verletzungsbilder bei der Kindesmisshandlung sind so vielschichtig wie die Verletzungsursachen. Am häufigsten sind Folgen stumpfer Gewalteinwirkung zu beobachten, jedoch sind dem Gerichtsmediziner traumatische Befunde bekannt geworden, an die der praktisch tätige Arzt bei der Befunderhebung nicht in erster Linie denkt. Vielleicht auch deshalb, weil es in manchen Fällen schwer ist, sich vorzustellen, dass derartige Gewalteinwirkungen überhaupt an einem Kind vorgenommen werden können. Vor dem Arzt steht die schwere Aufgabe der Unterscheidung, ob es sich um kindertypische Verletzungen beziehungsweise um die Folgen eines kindertypischen Unfalles handelt oder um nicht zufällige Verletzungen durch fremde Gewalteinwirkungen.

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

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

1. Misshandlungsarten

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

physische und psychische Misshandlung

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

sexueller Missbrauch

2. Verletzungsbilder

Verletzungsbilder

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

Misshandelte Kinder zeigen sehr häufig Verhaltensauffälligkeiten und Verletzungen, die bei Befragung der Eltern zur Erhebung der Anamnese von diesen nicht ausreichend und zufriedenstellend erklärt werden können.

Ein **reduzierter Allgemeinzustand** und ein **Untergewicht** (manchmal auch ein **Minderwuchs**) werden von den Eltern zumeist mit einer Essunlust oder einer

reduzierter Allgemeinzustand, Untergewicht

Ernährungsstörung bei ihrem Kind erklärt. Es sind in der Vergangenheit zahlreiche Fälle bekannt geworden, bei denen derartige „Ernährungsstörungen“ bei einem Klinikaufenthalt nicht auftraten beziehungsweise das Körpergewicht normalisiert werden konnte. Erst nach Entlassung in häusliche beziehungsweise elterliche Pflege zeigten sich wiederum diese Auffälligkeiten.

**Vielzahl
von Verletzungen**

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

**nicht behandelte
Verletzungen**

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

**Diskrepanz
Befunde zu Angaben**

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

Wechseln des Arztes

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

**Stockschlag-
verletzungen**

Typische Befunde für eine stumpfe Gewalteinwirkung sind doppeltkonturierte sogenannte **Stockschlagverletzungen** (Abbildung 1). Die Abbildungen 2 und 3

zeigen die auffällige Anordnung von Unterblutungen an den Gliedmaßen, welche nicht in ein kindertypisches Unfallgeschehen einzuordnen sind. Des Weiteren ist immer die Frage zu klären: Schlag oder Sturz. Abbildung 4 zeigt ein typisches Bild, das ein Sturzgeschehen ausschließt.

In Abbildung 5 ist ein Befund dargestellt, der den Verdacht eines sexuellen Missbrauchs mit Analverkehr erhärtet.

3. Dokumentation der Befunde

Dokumentation der Befunde

Da die Dokumentation auch für eine forensische beziehungsweise juristische Beurteilung zugänglich und verwertbar sein soll, sollten die folgenden Gesichtspunkte unbedingte Beachtung finden (Hierbei soll dies nicht als eine Belehrung über die Befunddokumentation aufgefasst werden, sondern es handelt sich eher um eine aus der Erfahrung nach Durchsicht zahlreicher Behandlungsunterlagen gesammelte hinweisende Aufstellung):

- Datum und Uhrzeit der Befunderhebung;
- Verzeichnis der bei der Untersuchung anwesenden Personen;
- Körpergewicht und Körpergröße – auffällige Diskrepanz zwischen Körperkonstitution und altersgerechtem Entwicklungsstand; Pflegezustand; eventuell Verunreinigungen am Körper und an der Kleidung

Traumatische Verletzungen

Traumatische Verletzungen:

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

Skizze oder Foto

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

Sexualdelikte

Sexualdelikte:

- Altersmäßige Einschätzung des äußeren Genitale;
- Pflegezustand;
- Hinweise auf entzündliche Veränderungen;
- bei Verletzungen wie obiges Schema;
- Beurteilung des Hymens:
- Form der Hymenalöffnung;
- Größe der Hymenalöffnung (in cm – möglichst bei maximaler vorsichtiger Dehnung);
- Rand der Hymenalöffnung (zum Beispiel frische oder ältere Einrisse, Narben, Einkerbungen)
- Beurteilung der Vagina:
- Scheideninhalt;
- Abstriche (sollten in jedem Fall entnommen werden);

- Verletzungen;
- Dehnbarkeit (eventuell bereits bei eröffnetem Hymen passiv vorhanden);
- Beurteilung des Dammbereiches (zum Beispiel Synechien, Narben);
- Beurteilung der Analöffnung:
- physiologischer oder verminderter Tonus;
- auffällig lange Öffnung bei Spreizung;
- Verletzungen;
- Rektoskopische Untersuchung;
- Fragen nach Blutungen oder Schmerzen.

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

weitere Diagnostik

- Ganzkörper-Röntgenstatus oder -szintigraphie zur Erfassung auch älterer Frakturen und Erkennung möglicher Behandlungen beziehungsweise Nichtbehandlungen;
- Gerinnungsstatus;
- Enzymstatus.

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

Tabelle 1
(modifiziert nach
Tabarelli, 1989)

Misshandlungsarten
<ul style="list-style-type: none">• Schlagen, Stoßen, Treten, Kratzen, Beißen, Kneifen• An-den-Haaren/Ohren-Ziehen;• Schlagen mit Werkzeugen aller Art;• Schlagen, Werfen oder Schleudern gegen Gegenstände, Fußboden oder Wände;• grobes Schütteln;• Beibringen von Verbrennungen,• Misshandlungen durch Hitze oder Feuer;• Misshandlungen durch kaltes Wasser oder Kälte;• Würgen, Drosseln, Erstickungsversuche;• Einsperren, Aussperren, „Dunkelhaft“, Fesseln, Anbinden, stundenlanges Stehen;• Gliederverrenken, Gliederbrechen,• Einnehmen schmerzhafter Stellungen;• Erbrochenes- oder Kot-essen-Lassen;• Hungern- oder Dürsten-Lassen.

Tabelle 2

Arten des sexuellen Missbrauchs
<ul style="list-style-type: none">• Betasten, Belecken von Brust- und Genitalregion,• Einführung von Fingern oder Gegenständen in den Scheidenvorhof ohne Verletzung des Hymens;• Einführung von Fingern oder Gegenständen mit Erweiterung der Hymenalöffnung;• Regelrechter Geschlechtsverkehr mit vollständiger Eröffnung des Hymens;• Einführung von Fingern, Gegenständen oder des Penis in die Analöffnung;• Oralverkehr;• Masturbation der Kinder unter Anleitung der Täter;• Geschlechtsverkehr oder geschlechtsverkehrsähnliche Handlungen von Kindern unter Anleitung der Täter.

Teil III

Grundlagen des Arztrechtes bei Verdacht auf Kindesmisshandlung

Priv.-Doz. Ch. Erfurt

rechtliche Grundlagen

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

1. Kindesmisshandlung

Die strafrechtliche Verfolgung stützt sich in der Regel auf den **§ 223b StGB – Misshandlung von Schutzbefohlenen:**

§ 223b StGB – Misshandlung von Schutzbefohlenen

Wer Personen unter 18 Jahren ..., die seiner Fürsorge oder Obhut unterstehen oder seinem Hausstand angehören oder die von dem Fürsorgepflichtigen seiner Gewalt überlassen worden oder durch ein Dienst- oder Arbeitsverhältnis von ihm abhängig sind, quält oder roh misshandelt, oder wer durch böswillige Vernachlässigung seiner Pflicht, für sie zu sorgen, sie an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft.

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

§ 1666 BGB – Gefährdung des Kinderwohls

(1) Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes durch missbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge, durch Vernachlässigung des Kindes, durch unverschuldetes Versagen der Eltern oder durch das Verhalten eines Dritten gefährdet, so hat das Vormundschaftsgericht, wenn die Eltern nicht gewillt

sind oder nicht in der Lage sind, die Gefahr abzuwenden, die zur Abwendung der Gefahr erforderlichen Maßnahmen zu treffen...

Artikel II des Grundgesetzes

Der **Artikel II, Abs. 2 des Grundgesetzes** (Freiheitsrechte) der Bundesrepublik Deutschland stellt die Grundlage aller dieser die Kindesmisshandlung betreffenden Gesetze dar. Weiterhin kommen folgende Gesetze bei der Kindesmisshandlung zur Anwendung:
§ 170 StGB – Verletzung der Fürsorge- und Erziehungspflicht
§ 1631 BGB – Inhalt des Personensorgerechts, Einschränkung von Erziehungsmaßnahmen;
§ 1 des Jugendgerichtsgesetzes (JGG)
(1) Erziehungsanspruch des Kindes
(2) Garantispflicht des Staates
§ 1627 – Ausübung der elterlichen Sorge zum Wohle des Kindes.

2. Sexueller Missbrauch

§ 176 StGB – Sexueller Missbrauch von Kindern

Im Vordergrund der juristischen Bewertung steht hierbei der **§ 176 StGB – Sexueller Missbrauch von Kindern:**
(1) Wer sexuelle Handlungen an einer Person unter 14 Jahren (Kind) vornimmt oder an sich vornehmen lässt, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünfzehn Jahren, in minderschweren Fällen mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

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

§ 173 StGB – Beischlaf unter Verwandten;

§ 174 StGB – Sexueller Missbrauch von Schutzbeholdenen;

- § 175 StGB – Homosexuelle Handlungen;
- § 180 StGB – Förderung sexueller Handlungen Minderjähriger;
- § 182 StGB – Verführung.

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

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

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

§ 611 BGB

§ 276 BGB

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

**§ 203 StGB
Schweigepflicht**

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

**§ 138 StGB
Meldepflicht**

Besteht jedoch bei dem Arzt ein Verdacht auf Gefahr im Verzuge, so gibt es in diesem Fall die Möglichkeit der Meldepflicht auf der Grundlage des **§ 138 StGB – Nichtanzeige geplanter Straftaten:**

(1) Wer von dem Vorhaben oder der Ausführung ... eines Mordes, Totschlages oder Völkermordes ... zu einer Zeit, zu der die Ausführung oder der Erfolg noch abgewendet werden kann, glaubhaft erfährt und es unterlässt ... Anzeige zu machen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

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

**§ 34 StGB
Melderecht**

Besteht bei dem behandelnden Arzt der Gedanke an eine drohende Gefahr für das Kind (bei Entlassung in die häuslichen Verhältnisse), so liegt unter Umständen ein **§ 34 StGB – Rechtfertigender Notstand** vor:

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

An dieser Stelle muss unbedingt angemerkt werden, dass in allen bisher bekannt gewordenen Fällen, bei denen durch einen Arzt eine Kindesmisshandlung angezeigt wurde, die sich dann im nachhinein jedoch nicht bestätigen ließ, nicht einmal ein Ermittlungsverfahren wegen der Verletzung der Schweigepflicht eröffnet wurde (Auskunft des OLG Hamm).

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

Möglichkeit der Meldung

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

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

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

Teil IV

Diagnostische Probleme und Aspekte bei sexuellem Missbrauch im Kindesalter aus kinderpsychiatrischer und kinderpsychologischer Sicht

Dr. F. Ostwaldt, Prof. Dr. M. Scholz

Sensibilisierung der Öffentlichkeit

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

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

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

**keine missbrauchs-
spezifische
psychiatrische
Symptomatik**

Auch FEGERT (1993) betont, dass es im Einzelfall unzulässig ist, von einzelnen psychiatrischen Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten auf das spezifische Trauma „sexueller Missbrauch“ zu schließen.

Jeder Hinweis oder Verdacht, dass ein Kind sexuell misshandelt worden sein könnte, muss gerade deshalb unbedingt ernst genommen werden. Im Unterschied zu anderer körperlicher Gewaltanwendung führt die sexuelle Misshandlung häufig nicht zu offensichtlichen körperlichen Hinweisen. Die Diagnose beruht auf einer Vielzahl von Indikatoren, welche Ärzte diagnostizieren und in Zusammenhang bringen müssen. Nicht das einzelne Symptom, sondern das Symptom im Kontext führt zur Diagnose sexuellen Kindesmissbrauchs. Dies wird durch eine Reihe von Faktoren erschwert:

- Bei der Unspezifität kinderpsychiatrischer Symptome kann das gesamte Spektrum nichtorganischer kinder- und jugendpsychiatrischer Symptomatik als Folge sexuellen Missbrauchs auftreten. Andererseits gibt es auch Fälle ohne diagnostizierbare kinder- und jugendpsychiatrische Symptomatik.
- Die Diagnose umfasst nie nur medizinische, sondern auch Aspekte der Familie und der persönlichen beziehungsweise sozialen Situation. Zusätzliche Informationen von Kindergärten, Schulen oder anderen Institutionen können in diesem Kontext hilfreich sein und ein vollständigeres Bild ergeben.

**diagnostische
Schwierigkeiten**

- Die Diagnose von sexueller Misshandlung formt sich oft erst über einen längeren Zeitraum. Dies erfordert, dass ein erster Verdacht ernst genommen, eventuell über Wochen, Monate und über mehrere Kontakte hin aufrecht erhalten und weiter geprüft werden muss, bevor die Diagnose gestellt werden kann.
- Bei sexuellem Missbrauch in der Familie gibt es aus Sicht der Betroffenen schwerwiegende Gründe, ihre Erfahrungen geheim zu halten. Die Betroffenen lieben den Täter einerseits, andererseits spüren sie, dass sie ‚benutzt‘ werden. Sie fühlen sich allein und isoliert. Gefühle der Scham und das Gefühl, am sexuellen Missbrauch selbst Schuld zu tragen, entstehen. Oftmals schweigen misshandelte Mädchen und Jungen auch deshalb, weil sie sich für den Zusammenhalt der Familie verantwortlich fühlen.
- Dass die Opfer nicht über ihre Situation reden können, ist also eher als ein Ausdruck der Ausweglosigkeit zu verstehen. Wenn überhaupt, dann machen sie nur durch versteckte Hinweise auf ihre Notlage aufmerksam.

Die Diagnostik der sexuellen Kindesmisshandlung umfasst physische und psychische sowie Familienfaktoren. Zu selten können Fälle mit Hilfe rein somatischer Symptome (Geschlechtskrankheiten/Verletzungen der Genitalien) diagnostiziert werden. So kann bei folgenden Beschwerden, Symptomen und Syndromen differentialdiagnostisch ein sexueller Missbrauch mit in Betracht gezogen werden:

Verletzungen und andere somatische Symptome

Verletzungen und andere somatische Symptome

– Verletzungen an den Geschlechtsorganen/Analbereich

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

Psychosomatische Krankheiten

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

Psychosomatische Krankheiten

Emotionale Störungen

- Minderwertigkeitsgefühle, Selbstzweifel, Schuldgefühle, mangelnde Selbstakzeptanz
- Angstzustände, phobische Syndrome (Prüfungs-, Versagens-, Zukunfts-, Kontaktängste, soziale Phobie, Angst vor Krankheiten, Claustro-, Nyktophobie etc.)
- starke Hilflosigkeit
- extremes Machtstreben, extreme Leistungsmotivation
- Schamgefühl
- Schulleistungsstörungen (Leistungsmotivation)
- Ablehnung der eigenen Geschlechtsrolle
- anankastische Syndrome (zum Beispiel Waschzwang)

Emotionale Störungen

**Autoaggressives,
selbstdestruktives
Verhalten**

Autoaggressives, selbstdestruktives Verhalten

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

**Störungen
des Sozialverhaltens**

Störungen des Sozialverhaltens

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

**Auffälligkeiten
im Sexualverhalten**

Auffälligkeiten im Sexualverhalten

- Sexualisiertes Verhalten
- altersunangemessenes Sexualverhalten und Wissen über Sexualität
- übersteigerte sexuelle Neugier
- Distanzlosigkeit gegenüber Männern
- Angst vor körperlicher Berührung und Nähe
- Wiederholen des Erlebten in Rollenspielen, intensiven Doktorspielen
- sexuelle Übergriffe auf jüngere Kinder
- exzessives Masturbieren
- exhibitionistisches Verhalten
- bei Jungen: sexuelle aggressive Verhaltensweisen, abfällige Witze und Bemerkungen über Homosexualität
- bei Mädchen: auffälliges Verhalten während der Menstruation, prostitutives Verhalten

Unsicherheit des Verdachts

Immer wieder gibt es Versuche, Standards für die Untersuchung beziehungsweise Begutachtungen bei sexuellem Kindesmissbrauch zu entwickeln (ELLI-GER, 1994).

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

Als Untersuchungsinstrument sind immer wieder auch die anatomisch korrekten Puppen ins Gespräch gebracht worden. Kritische Studien zeigen aber, dass der Einsatz solcher Puppen keine sehr große diagnostische Sicherheit vermitteln kann. Gerade im Einsatz durch untrainierte und unerfahrene Untersucher können sie das kindliche Antwortverhalten verfälschen. Die Spielsituation mit diesen Puppen besitzt eine hohe Suggestivität. Anatomisch korrekte Puppen können aber in der Mehrfachabsicherung der Diagnose eine Rolle spielen.

Auch der Indikatorwert von Kinderzeichnungen ist kritisch zu beurteilen. Wesentlich für die Verwendung

Unsicherheit des Verdachts

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

**keine voreiligen
Schlüsse**

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

Die anhaltende öffentliche Diskussion, das hohe Problembewusstsein und die damit einhergehende Übersensibilität, haben einerseits dazu geführt, in zahlreichen Situationen den sexuellen Missbrauch im Kindesalter differentialdiagnostisch einzubeziehen, andererseits zeigen aktuelle Trends auch Gefahren für das Kindeswohl, wenn unkritisch einer „neuen Leidenschaft“ des diagnostischen Handelns nachgegangen wird. So stellen unbegründete und fiktive Fälle von sexuellem Missbrauch eine neue Gefahr dar (ELLIGER, 1994).

**unbegründete
Verdachtsmomente**

Beispielsweise finden sich solche **unbegründeten Verdachtsmomente** gelegentlich dort, wo im Verlauf eines gerichtlichen Sorge- und Umgangsrechtsverfahrens der Vorwurf des sexuellen Kindesmissbrauchs ausgenutzt wird. Dieses als Sexual-allegations-in-divorce-Syndrom bezeichnete Phänomen (vgl. BLUSH & ROSS 1988, zitiert nach ELLIGER,

1994), ist meist dadurch gekennzeichnet, dass die Beschuldigungen nach einer gewissen Trennungszeit und nach Einleitung gerichtlicher Schritte durch einen der Ehepartner hervorgebracht werden. Dieses Problem der unbegründeten Verdachtsfälle in solchen Verfahrensarten deutet sowohl auf die Funktionalisierung der Kinder in den elterlichen Auseinandersetzungen, als auch auf unkritische Interpretations- und Definitionsprozesse involvierter Professioneller hin.

Ein weiteres Problemfeld wird mit dem Begriff der **sekundären Viktimisierung** umschrieben. Im wesentlichen wird damit der Umstand bezeichnet, dass das Kind im Verlauf des diagnostischen Prozesses bestimmten Beeinträchtigungen ausgesetzt sein kann.

sekundäre Viktimisierung

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

Suggestive Befragungs- und Untersuchungsstile lassen sich dann nicht mehr verhindern, das Kind gerät unter Druck, Details hinzuzufügen, damit man endlich von ihm ablässt. Der behandelnde Arzt/Ärztin hat sich also auch immer die Frage zu stellen, welche Folgen das diagnostische Prozedere haben könnte.

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

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

Teil V

Möglichkeiten der Konsultation und Meldung in Sachsen

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

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

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

- **Polizeidirektion Dresden
Tel. (0351) 483 33 24**
- **Polizeidirektion Leipzig
Tel. (0341) 25 50-0**
- **Polizeidirektion Chemnitz
Tel. (0371) 4 99-0**

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

Dresden:

- TU Dresden, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden; Tel. (0351) 458 22 44
- TU Dresden, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Klinik u. Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden; Tel. (0351) 458 22 67
- TU Dresden, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden; Tel. (0351) 458 38 00
- TU Dresden, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden; Tel. (0351) 458 33 02

Leipzig:

- Universität Leipzig, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters, Riemannstr. 34, 04107 Leipzig; Tel. (0341) 972 40 32
- Parkkrankenhaus Leipzig Südost GmbH, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Chemnitzer Str. 50, 04289 Leipzig; Tel. (0341) 864 22 60 (Kinder bis 10 Jahre), 864 25 79 (Kinder 10-13 Jahre), 864 24 33 (Kinder ab 14 Jahre), 864 24 30 (Ambulanz tagsüber)
- Universitätsklinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche, Oststr. 21-25, 04317 Leipzig; Tel. (0341) 971 09
- Klinik für Kinderchirurgie der Universität Leipzig, Oststr. 21-25, 04317 Leipzig; Tel. (0341) 972 69 05

– Universitätsfrauenklinik Leipzig, Philipp-Rosenthal-Str. 55, 04103 Leipzig; Tel. (0341) 971 09

Chemnitz:

- Sozialpädiatrisches Zentrum am Gesundheitsamt, Weststr. 8, 09112 Chemnitz; Tel. (0371) 30 14 14; Wielandstr.11, 09112 Chemnitz; Tel.(0371) 30 46 57
- Klinikum Chemnitz gGmbH, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Flemmingstr. 4, 09009 Chemnitz; Tel. (0371) 333 24 24 2

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

Landeshauptstadt Dresden:

Gesundheitsamt, Abt. Jugendärztlicher Dienst,
Prellerstr. 5, 01309 Dresden; Tel. (0351) 3 07 10

Stadt Leipzig:

Jugendamt,
Abt. Hilfen zur Erziehung/soziale Dienste,
Naumburger Str. 26, 04229 Leipzig;
Tel. (0341) 123 46 51

Stadt Chemnitz:

Gesundheitsamt – Sozialpädiatrisches Zentrum,
Weststr. 8, 09112 Chemnitz; Tel. (0371) 30 46 57

Die Autoren

Frau Priv.-Doz. Dr. med. Christine Erfurt ist Vorsitzende der Ärztekommision der Sächsischen Landesärztekammer „Gewalt gegen Kinder/Misshandlung Minderjähriger“, und Oberärztin am Institut für Rechtsmedizin, Medizinische Fakultät, Technische Universität Dresden.

Prof. Dr. med. Dietmar Roesner ist Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden.

Prof. Dr.med. Michael Scholz ist Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden.

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

Bildteil zu Teil II

Diagnostische Probleme bei Kindesmisshandlung und sexuellem Missbrauch aus forensischer Sicht



Abb. 1
Stockschlagverletzungen
(Doppelkonturierung bei jeder
Schlageinwirkung)



Abb. 2
Unterblutungen nach
Misshandlungen
(beachte Doppelkonturierung am linken
Unterschenkel)



Abb. 3
Unterblutungen nach
Faustschlägen und
Fußtritten (nicht
in kindertypisches
Sturzgeschehen ein-
ordenbar)



Abb. 4
Mehrfache stumpfe
Gewalteinwirkungen
gegen den Kopf
(Faustschläge)



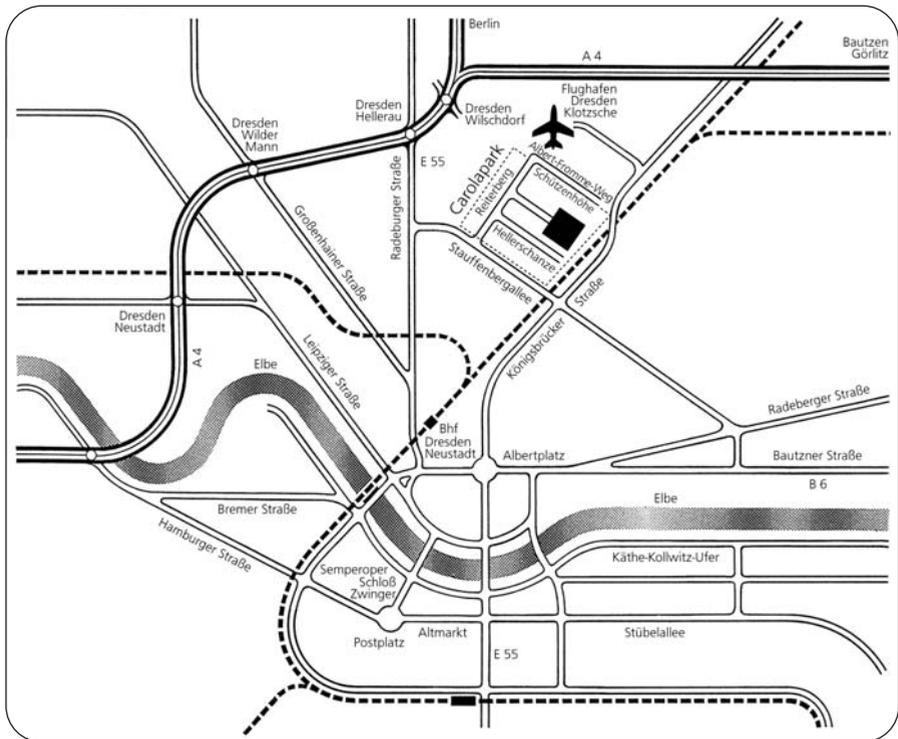
Abb. 5
Oberflächliche Haut-
zerreißen im
Analbereich (hier
auch positiver Nach-
weis von Samenflüs-
sigkeit)

Orientierungsplan

Die Sächsische Landesärztekammer finden Sie im „Carolapark“ in Dresden-Alberstadt, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Telefon (03 51) 82 67-0.

Wenn Sie von der **Autobahn** kommen, nutzen Sie bitte die Anschlussstelle 81a „Dresden-Hellerau“, Richtung „Zentrum“. An der BP Tankstelle auf der Radeburger Straße biegen Sie links ab und können dann den Wegweisern „Hauptzollamt“/„Carolapark“ folgen.

Aus Richtung **Stadt** können Sie ab Kreuzung Königsbrücker Straße/Stauffenbergallee den Wegweisern „Hauptzollamt“/„Carolapark“ folgen.



Die Anbindung des gesamten Areals „Carolapark“ an den öffentlichen Personennahverkehr befindet sich im Ausbau. Wir empfehlen Ihnen folgende Verbindungen:

Sie kommen vom **Hauptbahnhof**:

Straßenbahnlinie 7 (Richtung Weixdorf) bis Haltestelle **Stauffenbergallee**, dann Fußweg wie unten beschrieben.

Sie kommen vom **Bahnhof Neustadt**:

Straßenbahnlinien 3 (Richtung Plauen) oder 6 (Richtung Niedersedlitz) oder 11 (Richtung Bühlau), jeweils eine Haltestelle bis **Albertplatz**, dort umsteigen in Linie 7 (Richtung Weixdorf) oder 8 (Richtung Hellerau) bis Haltestelle **Stauffenbergallee**, dann Fußweg wie unten beschrieben.

Fußweg von Haltestelle Stauffenbergallee:

Von der Haltestelle sind zunächst auf der **Stauffenbergallee** in westlicher Richtung ca. 500 m bis zum Eingang der **Polizei** zurückzulegen. Sie gehen durch das **Steintor** hindurch, weiter über den **Treppenaufgang** und dann noch ca. 100 m bis zum Kammergebäude.

