

# Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern – Diagnose und Vorgehen



Gert Jacobi, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak,  
Burkhard Brosig, Bernd Herrmann

## ZUSAMMENFASSUNG

**Hintergrund:** Nach Untersuchungen zur Inzidenz von Gewalt gegen Kinder muss von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden.

**Methodik:** Selektive Literaturrecherche in verschiedenen Datenbanken. Dabei wurden unter Aussparung des sexuellen Missbrauchs alle anderen Formen der Gewalt gegen Kinder berücksichtigt.

**Ergebnisse:** Körperliche Kindesmisshandlung wird verursacht durch stumpfe Gewalt, thermische Verletzungen und als Schütteltrauma-Syndrom (STS). Körperliche und seelische Vernachlässigungen von Kindern haben äußerst schwerwiegende langfristige Auswirkungen. Gelegentlich zeigen sich Probleme der Abgrenzung zu akzeptablem Verhalten, geht es bei diesem Thema doch auch um die Frage der sozialen Akzeptanz bestimmter Formen der Kindererziehung. Beim Münchhausen-Syndrom by Proxy (MSbP) handelt es sich um eine seltene Sonderform der Misshandlung.

**Schlussfolgerung:** Das normative Netz zum Schutz von Kindern ist zum Anfang des 21. Jahrhunderts dichter geworden, zugleich sollen über Netzwerke vermittelte Hilfsangebote auch präventiv wirken. Nur ein interdisziplinäres koordiniertes Vorgehen und verbesserte Ausbildung aller involvierten Fachleute können zu einer Verbesserung des Schutzes von Kindern vor Misshandlung und Vernachlässigung beitragen.

**Zitierweise:** Dtsch Arztebl Int 2010; 107(13): 231–40  
**DOI:** 10.3238/arztebl.2010.0231

Bis 1998 Abteilung für pädiatrische Neurologie, Zentrum der Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt a.M.: em. Prof. Dr. med. Jacobi

Institut für Rechtsmedizin der Justus-Liebig-Universität Gießen:  
Prof. Dr. med. Dr. jur. Dettmeyer

Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Köln (AöR):  
Dr. med. Banaschak

Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin der Justus-Liebig-Universität Gießen: Prof. Dr. med. Brosig

Kinderklinik des Klinikums Kassel: Dr. med. Herrmann

**G**ewalt gegen Kinder wurde in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zunehmend gesellschaftlich wahrgenommen. Der Fokus richtete sich auf den tabuisierten Raum der Familie beziehungsweise Kleingruppe. Mit der Meldung, Aufklärung und den Folgen von Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern können zahlreiche Personenkreise befasst sein: Eltern, Verwandte, Bekannte, Erzieher, Lehrer, Vereinsmitglieder, Mitarbeiter der freien Jugendhilfe, Jugendämter, Polizisten, Staatsanwälte sowie Richter. Auch von Seiten der Ärzteschaft wurde der Gewalt gegen Kinder seit den 60er-Jahren des letzten Jahrhunderts allmählich mehr Aufmerksamkeit gewidmet, vornehmlich durch Pädiater, Kinderchirurgen, Kinderpsychosomatiker beziehungsweise -psychiater, Allgemeinmediziner und Rechtsmediziner (1).

Mit Ausnahme der sexuellen und psychischen Misshandlung mit ihren Langzeitfolgen, werden in dieser Übersicht die verschiedenen Gewaltformen gegen Kinder dargestellt: körperliche und seelische Vernachlässigung, körperliche Misshandlung sowie das Münchhausen-Syndrom by Proxy. Es sollen typische Fallkonstellationen und charakteristische Verletzungsmuster aufgezeigt werden, die den Verdacht auf eine Kindesmisshandlung begründen. Daran schließt sich die Darlegung adäquater Verhaltensoptionen und ärztlicher Interventionen an, um Kinder zu schützen.

Lernziele für den Leser sind:

- anhand der typischen Verletzungsmuster den Sachverhalt der Misshandlung diagnostizieren zu können
- zwischen den verschiedenen Misshandlungsformen mit ihren Langzeitfolgen differenzieren zu können
- adäquate Verhaltensinterventionen und ärztliche Interventionsmöglichkeiten zu kennen, damit Kinder besser geschützt werden können.

Grundlage der Ausführungen bilden neben einer umfangreichen selektiven Literaturrecherche die beruflichen Erfahrungen der Autoren.

Teilnahme nur im  
Internet möglich:  
[aerzteblatt.de/cme](http://aerzteblatt.de/cme)

## Dargelegte Formen der Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern

- körperliche und seelische Vernachlässigung
- körperliche Misshandlung
- Münchhausen-Syndrom by Proxy

**KASTEN 1**

**Typische Verletzungen bei stumpfer Gewalt**

- Hämatome (zum Beispiel Monokel- und Brillenhämatom beim Faustschlag auf die Augenregion)
- schlagbedingte Verletzungen der Lippen, des Mundes, der Zähne (Schwellungen, Hämatome und Platzwunden der Mundschleimhaut im Sinne sogenannter Zahnabdruckkonturen, gelockerte und umblutete Zähne, Zahnspitzenabbrüche, Verletzungen der Rachenschleimhaut als sogenannte Fütterungsverletzung bei heftigem Stoßen des Fütterungslöffels an die Rachenwand)
- Hämatome an den Oberarmen im Sinne von Griffspuren
- Hämatome am Thorax beim sogenannten Schütteltrauma-Syndrom des Säuglings
- typisch konturierte sogenannte Doppelstriemen beim Schlagen mit einem Werkzeug (Stock, Gürtel, Seil etc.)
- Frakturen nach grober stumpfer Gewalt, wobei je nach Frakturart und Frakturlokalisation eine Kindesmisshandlung mehr oder weniger wahrscheinlich ist (siehe Kasten 3)
- Bei älteren Kindern können Hämatome an den Streckseiten der Unterarme im Sinne sogenannter Abwehrverletzungen vorkommen.
- Hämatome in unterschiedlichen Lokalisationen kommen vor, wenn das Kind geworfen, getreten und/oder geschlagen wird.
- Gelegentlich finden sich semizirkulär konfigurierte, linienartig angeordnete kleine Hämatome als sogenannte Bissspuren (wenn frisch: Abstrich für DNA-Nachweis).
- bei abdominalem Trauma (Schläge, Tritte): Verletzungen vor allem des linken Leberlappens, duodenale, jejunale und Nieren- sowie Milzverletzungen

Die am häufigsten vorkommende Misshandlungsform mit den gravierendsten langfristigen Auswirkungen stellt die Vernachlässigung dar. Sie kann im physischen Bereich medizinisch diagnostiziert werden, ansonsten nur über psychische Auffälligkeiten und Verhaltensvariablen.

Die systematische Einteilung und Einschätzung von körperlichen Verletzungen hinsichtlich ihrer Verursachung durch eine Kindesmisshandlung wird überwiegend in der Rechtsmedizin vorgenommen. Dabei steht zunächst die Rekonstruktion der Art der Gewalteinwirkung im Vordergrund, vorwiegend durch stumpfe Gewalt. Daneben finden sich thermische Verletzungen und das sogenannte Schütteltrauma-Syndrom (STS) oder shaken baby syndrome (SBS).

**Vernachlässigung**

Die häufigste Misshandlungsform mit den gravierendsten langfristigen Folgen ist die Vernachlässigung

Das Münchhausen-Syndrom by Proxy (MSbP), bei dem vor allem durch die eigene Mutter Erkrankungen des Kindes erfunden oder erzeugt werden, ist noch relativ unbekannt. Unterschätzt werden die psychischen Dauerfolgen von Gewalt gegen Kinder (2, 3).

**Häufigkeit von Kindesmisshandlungen**

Nach Literaturangaben soll in Schweden die Inzidenz von Kindesmisshandlungen bei 2 Prozent gelegen haben, in Finnland bei 7,7 Prozent, in Deutschland zwischen 10 und 15 Prozent (4). Zuverlässige aktuelle Zahlen aus verschiedenen Ländern liegen, soweit ersichtlich, nicht vor. Den genannten Zahlen dürfte jedoch auch ein unterschiedlich weit gefasstes Verständnis von Kindesmisshandlung zugrunde liegen.

Eine Befragung im Auftrag des Bundesfamilienministeriums ergab im Jahre 2002:

- 26 Prozent der Eltern in Deutschland lehnen eine körperliche Bestrafung ihres Kindes ab
- 52 Prozent halten „einen Klaps auf den Po“ für angemessen
- 5 Prozent benutzen einen Stock
- 17 Prozent halten „eine Tracht Prügel“ für vertretbar.

Während bei deutschen Eltern die Rate an Kindesmisshandlungen bei konstant unter 10 Prozent liegen soll, wird für türkische Familien ein Wert von 18 Prozent angegeben, bei Migrantenfamilien aus der früheren Sowjetunion 12 Prozent und Familien aus dem ehemaligen Jugoslawien 15 Prozent (5).

Nach Untersuchungen aus den USA sind fast 80 Prozent der Täter die sorgeberechtigten Eltern, davon in 90 Prozent der Fälle die leiblichen Eltern, 6,6 Prozent der Täter sind Familienangehörige. Die misshandelnden Personen sind danach zu 56,5 Prozent Frauen, zu 42,4 Prozent Männer, fast 75 Prozent der Täter sind jünger als 40 Jahre (6).

**Anamnese, Untersuchung, Diagnostik**

**Verdacht auf Kindesmisshandlung**

Der Verdacht auf eine Kindesmisshandlung kann sich aus dem Muster vorgefundener Verletzungen ergeben, zum Beispiel solche in schlagtypischer Lokalisation oder mit misshandlungstypischem Bild wie bei den sogenannten Doppelstriemen (Abbildung 1). Entscheidend ist die Plausibilität der angegebenen Verletzungsentstehung. Daneben sind weitere Umstände hinweisend (5, 10, 11):

**Ursachen körperlicher Misshandlung:**

- stumpfe Gewalt
- thermische Verletzung
- Schütteltrauma-Syndrom
- Münchhausen-Syndrom by Proxy

- ein durch Misshandlung verletztes Kind wird häufig zeitverzögert beim Arzt vorgestellt
- Angaben zum Tatgeschehen passen nicht zum Verletzungsbefund, zur Symptomatik und/oder zum Entwicklungsstand des Kindes
- auf Nachfrage werden im Verlauf unterschiedliche Versionen zur Anamnese angeboten
- Geschwister werden für die Verletzungen verantwortlich gemacht
- Aussagen wie: das Kind habe sich die Verletzungen selbst zugefügt
- hinweisend in der psychodynamischen Evaluation kann sein, wenn Eltern sich defensiv zeigen; eine empathische Zuwendung oder Besorgnis fehlt.

#### Anamnese

Es sollen zeitnah detaillierte Angaben zum aktuellen Geschehen abgefragt und dokumentiert werden: Wer hat was, wann, wie gemacht? Anwesende Personen? Reaktion der Eltern? Erste Hilfe? Sofortiger oder verzögerter Arztbesuch? Vorgegangene Schwierigkeiten oder Streitigkeiten? Familiäre Belastungen? Psychische Reaktionen der Eltern? (10).

#### Klinische Untersuchung

Die klinische Untersuchung des Kindes umfasst einen Ganzkörperstatus des vollständig entkleideten Kindes, einschließlich der Untersuchung der Anogenitalregion. Erfasst werden sollten auch die Wachstumsparameter und ihr Abgleich mit dem Perzentilenverlauf. Bei Verletzungen ist auf eine exakte Befundbeschreibung zu achten: Lokalisation, Größe, Form und Art der Verletzung (zum Beispiel Hinweis auf eine typische frische Abwehrverletzung: Streckseite rechter Unterarm, mittleres Drittel, 3 × 2 cm, ovaläre Schwellung, gut demarkiert, blau-livide). Gegebenenfalls folgen Angaben zu Konturen, zum Beispiel eines Schlagwerkzeuges. Alle Verletzungen sollten vermessen und mit einer Übersichtsaufnahme fotografisch dokumentiert werden.

#### Apparative Untersuchungen

Gemäß den aktuellen, fachübergreifenden gemeinsamen S2-AWMF-Leitlinien der Allgemein- und Sozialpädiatrie sowie Kinderchirurgie (leitlinien.net) erfolgen die apparativen Untersuchungen (11). Bei begründetem Verdacht auf Misshandlung eines Kindes, das jünger ist als zwei Jahre, sind ein Röntgen-Skelettscreening und eine Funduskopie indiziert, die Skelettszintigrafie als Zusatzuntersuchung. Bei neurologischen

#### KASTEN 2

#### Orale Schäden bei Kindesmisshandlung (nach e11)

- Ulzerationen an den Lippeninnenseiten
- eingerissenes Lippenband
- Zahnschäden
- Zahnabdruckkonturen
- Verbrennungen – Verbrühungen
- am häufigsten betroffen sind Kinder unter drei Jahren
- 50 Prozent Wiederholungsfälle

Auffälligkeiten wird in der Akutphase häufig eine Computertomografie durchgeführt, auf die jedoch immer eine Magnetresonanztomografie folgen sollte. Beide Modalitäten können bei entsprechendem Verdacht neben der Sonografie zur Bildgebung verschiedener Organsysteme eingesetzt werden (Schädel, Abdomen, Herz, zerebraler Doppler; Weichteile, Knochen). Laboruntersuchungen dienen eher der Abgrenzung von Differenzialdiagnosen und zur Einschätzung des Ausmaßes der Verletzungen (5, 10, e2).

#### Psychodynamische Evaluation

Neben der psychosozialen Befunderhebung (Persönlichkeit der Eltern, Temperament des Kindes, Sozialstatus, Beziehungsbiografie) sollte auf die Fähigkeit der primären Bezugsperson, sich in die Situation des Kindes empathisch hineinzuversetzen, geachtet werden. Emotionale Kühle, Empathielosigkeit und Abwehr eigener Konflikte als Ausdruck mangelnder Introspektion und Reflexionsbereitschaft sowie die Vorgeschichte eigener traumatischer Erfahrungen sind mögliche Symptome elterlicher Gewaltbereitschaft (3). Es gibt keine „sicheren“ intrapsychischen oder familiendynamischen Zeichen der drohenden oder stattgehabten Kindesmisshandlung. Versucht man, das Ausmaß einer drohenden familiären Gewalt in Familien diagnostisch abzuschätzen, können testpsychologische Befunde der Dissimulation (Antworten nach sozialer Erwünschtheit und hohe Abwehr bei sonst „übernormalen“ Befunden bei Eltern und Jugendlichen) hinweisend sein (12).

#### Anamnese

- Wer hat wann, was, wie gemacht?
- Reaktion der Eltern?
- Erste Hilfe?
- Familiäre Belastung?

#### Klinische Untersuchung

- Ganzkörperstatus des vollständig entkleideten Kindes
- exakte Befundbeschreibung der Verletzung, inklusive Fotodokumentation



Abbildung 1: Sogenanntes Doppelstriemenmuster nach Schlägen auf das Gesäß

### Stumpfe Gewalt

Verletzungen durch stumpfe Gewalt (Hämatome, Prellungen, orale Verletzungen) führen am häufigsten zur Vorstellung in der Arztpraxis oder Klinik (siehe Kästen 1 und 2). Verletzungen infolge scharfer Gewalt spielen keine wesentliche Rolle. Immer muss eine akzidentelle Verletzung differenzialdiagnostisch abgegrenzt werden, insbesondere bei singulärer Verletzung. Gelegentlich kommt es zum Würgen eines Kindes oder zu Schlägen auf schmerzempfindliche Körperstellen. Schläge mit einem Gegenstand (Stock, Gürtel) können typische Doppelkonturmuster hinterlassen (Abbildung 1). Hämatome als Folge stumpfer Gewalt sind je nach Lokalisation und Form(-ung) ein mögliches Indiz für eine Kindesmisshandlung. Verdächtig sind auch eine ungewöhnliche Häufung und ein ungewöhnliches Alter des Kindes. Prämobile Säuglinge weisen nahezu keine akzidentellen Hämatome auf (e3). Geformte Hämatome im Sinne von Griffspuren finden sich häufig an den Oberarmen oder – bei Säuglingen und Kleinkindern – am Thorax. Bei den Hämatomen können weiterhin sturztypische Lokalisationen (Stirnregion, Nasenspitze, Kinnschuppe, Ellenbogenaußenseiten, Kniestreckseiten, Schienbeinvorderkanten, Handgelenksbeuge, über den Hüftknochen) von schlagtypischen Lokalisationen (Kopfhaut oberhalb der sogenannten Hutkrempe, Augen-, Mund- und Ohrenregion, Brusthaut, Rücken- und Gesäßhaut sowie

### Hämatome

Je nach Lokalisation und Form sind Hämatome mögliche Indizien für eine Kindesmisshandlung in Folge stumpfer Gewalt.

Rückseiten der Beine, Streckseiten der Unterarme mit sogenannten Abwehrverletzungen, Handrücken) abgegrenzt werden. Im Einzelfall müssen diese orientierenden Angaben nicht zutreffen, es ist immer die gesamte Situation zu betrachten. So ist ein Monokelhämatom zwar in der Regel Folge einer penetrierenden Gewalt von vorne, insbesondere eines Faustschlages, im sehr seltenen Einzelfall kann ein Kind entsprechender Größe aber auch einmal unglücklich mit dem Auge in eine Türklinke hinein gerannt sein. Die Altersbestimmung von Hämatomen allein anhand der Farbe sollte vermieden werden, da hierfür die Evidenz fehlt (10).

Frakturen unterschiedlichen Alters (Kallusbildung nach 8 bis 12 Tagen) und unerklärte Frakturen sind starke Hinweise auf eine Kindesmisshandlung (Kasten 3). Sie betreffen in 80 Prozent der Fälle Kinder unter 18 Monate, akzidentelle Frakturen hingegen in 85 Prozent die über 5-jährigen Kinder. In 60 Prozent finden sich drei oder mehr Frakturen, bei Unfällen dagegen in 80 Prozent eine singuläre Fraktur. Etwa 40 Prozent der Frakturen sind klinisch unerwartet (5).

### Thermische Verletzungen

Verbrühungen, (seltener) Verbrennungen, kommen bei etwa 10 bis 15 Prozent der misshandelten Kinder vor (13).

#### Verbrühung

Etwa 10 bis 25 Prozent aller Verbrühungen – Einwirkung feuchter Hitze – bei Kleinkindern sollen nicht akzidentell verursacht sein. Misshandlungsbedingte Verbrühungen führen häufig zu symmetrischen socken- oder handschuhartigen Verletzungen der Hände/Unterarme oder der Füße/Unterschenkel mit scharfer Begrenzung (sogenannte Wasserspiegelmarke bei Immersion) (14, 15).

#### Verbrennung

Misshandlungsbedingte Verbrennungen – Einwirkung trockener Hitze – sind meist Kontaktverbrennungen (Aufpressen heißer Gegenstände, Einsatz von Elektrogeräten, Zigaretten [Abbildung 2], glühende Holzspäne), betroffen sind Schulter, Rücken, Unterarme, Handrücken, und Gesäß. Akzidentelle Verbrennungen betreffen mehr die Handinnenflächen und Beugeseiten der Finger (15).

### Schütteltrauma-Syndrom

Das Schütteltrauma-Syndrom (Shaken baby syndrome [SBS]) ist ein Verletzungssyndrom mit subduralem Hämatom, retinalen Blutungen und schwerer diffuser Hirnschädigung mit sofortiger neurologischer Symptomatik

### Misshandlungsbedingte Verbrennung:

- sind meist Kontaktverbrennungen
- betroffen sind meist Schulter, Rücken, Unterarme, Handrücken und/oder Gesäß.

(Irritabilität, Schläfrigkeit, Erbrechen, Muskelhypotonie, Somnolenz, Apathie, Koma, zerebrale Krampfanfälle) (5, 16–20). Typischerweise fehlen äußere Verletzungen. Je nach Griffposition des Täters kommen paravertebrale Rippserienfrakturen vor, auch metaphysäre Frakturen am Humerus oder Femur. Über den initial sogenannten „Peitschenschlagmechanismus“ („whiplash shaken infant“; [20, e4, e5]) hinaus, spielen Rotations- und Scherkräfte eine entscheidende Rolle. Am Gehirn finden sich frontale und okzipitale Kontusionen sowie Einrisse und Abrisse von Brückenvenen, häufig nahe des Interhemisphärenspaltes (*Abbildung 3 a, b, c*). Eine hämorrhagische Infarzierung der Hirnrinde spricht für ein wiederholtes Ereignis, da Voraussetzung eine Thrombose kortikaler Venen ist.

Die Kinder – meist Säuglinge – können teilweise nur noch im Status epilepticus stark eingetrübt oder bewusstlos stationär aufgenommen werden, mit zentralen Atemstörungen, teilweisem Ausfall von Hirnstammreflexen (Lichtreflex der Pupillen, Cornealreflex, Hustenreflex). Weniger schwere Formen führen zu vielfältigen neurologischen Schäden und damit verbundenen Langzeitfolgen (5, e4, e5). Es entwickeln sich Störungen der Gefäßautoregulation, Mikroinfarkte, Ischämien, Hypoxie und ein Hirnödem. Beim Schütteltrauma sterben nach Literaturangaben 12 bis 20 Prozent der Opfer, 5 bis 10 Prozent bleiben vegetativ, 30 bis 40 Prozent sind ein- oder doppelseitig blind oder sehbehindert, 30 bis 50 Prozent spastisch gelähmt oder motorisch erheblich retardiert, 30 Prozent entwickeln epileptische Anfälle (7, 8, 9, e5).

Bei jedem Verdacht auf ein Schütteltrauma ist eine Funduskopie erforderlich. Hinzu kommen weitere diagnostische Maßnahmen (Magnetresonanztomografie, Computertomografie, Schädelsonografie, Röntgen-Skelettscreening und Laboruntersuchungen – Urin, Blutbild, GOT, GPT, Amylase, Lipase, Quick, PTT, von Willebrand-Ag und Cofaktor, Fibrinogen, AT III, D-Dimere, PFA 100; keine diagnostische Lumbalpunktion).

### Münchhausen-Syndrom by Proxy (MSbP)

Beim Münchhausen-Syndrom by Proxy (MSbP) finden sich vier Merkmale (5, 22, e6):

- Ein Kind wird mit Beschwerden vorgestellt, die von einer für das Kind verantwortlichen Person, meist der Mutter, vorgetäuscht und/oder erzeugt worden sind.
- Die Vorstellung des Kindes beim Arzt mit häufigem Arztwechsel führt zur teilweise ausufernden Diagnostik und Therapie

### Definition des Schütteltrauma-Syndroms:

Ein Verletzungssyndrom mit subduralen Hämatomen, retinalen Blutungen und schwerer diffuser Hirnschädigung mit nahezu sofortiger neurologischer Symptomatik.

### KASTEN 3

#### Spezifität von Frakturen im Hinblick auf eine Kindesmisshandlung ( nach e2, 5, 10, 11)

- **Hohe Spezifität**
  - meta- und epiphysäre Frakturen (bei Kindern unter zwei Jahren)
  - dorsale oder laterale Rippenfrakturen
  - Klavikulafrakturen medial und lateral
  - Sternumfrakturen
  - Skapula-, Schulterfrakturen
  - Wirbelkörperfrakturen
- **Mittlere Spezifität**
  - multiple Frakturen in verschiedenen Heilungsstadien
  - Einzelfrakturen (wenn weitere Misshandlungshinweise vorhanden sind)
  - komplexe Schädelfrakturen, insbesondere bei begleitenden intrakraniellen Verletzungen (Sturzhöhe unter 1,5 m)
  - Beckenfrakturen
  - Fuß-, Hand-, Fingerfrakturen
- **Geringe Spezifität**
  - einfache, lineare Schädelfrakturen
  - diaphysäre Schaftfrakturen
  - meta- und epiphysäre Frakturen bei älteren Kindern
  - Klavikulafrakturen in Schaftmitte

- Die verantwortliche Person verleugnet ihr Wissen um die wahren Ursachen der Beschwerden des Kindes.
- Die medizinisch nicht befriedigend erklärbaren Symptome und Beschwerden klingen ab, sobald das Kind von der verantwortlichen Person (Mutter) getrennt wird.

Die Beschwerden werden erzeugt durch zum Beispiel Beibringung von Fremdstoffen (absichtlich beigebrachte Intoxikation; hier an forensisch sicheren toxikologischen Nachweis denken) und/oder bestehende Symptome werden verstärkt. Dabei stellen sich die Mütter häufig als intensiv besorgt dar. In der Literatur werden drei zum Teil überlappende klinische Konstellationen unterschieden:

- aktives Handeln durch Beibringen von Verletzungen, Zuführen von Substanzen („Active inducers“)

### Münchhausen-Syndrom by Proxy:

- aktives Beibringen von Verletzungen
- Zuführen von Substanzen
- Aufsuchen immer wechselnder Ärzte
- Mütter, die vorrangig vorstellig werden, um Hilfe für sich selbst zu bekommen.



**Abbildung 2:** Zigarettenbrandmale am linken Handrücken bei einem 8 Jahre und 4 Monate alten Mädchen

- Präsentation des Kindes gegenüber immer wechselnden Ärzten wegen behaupteter zum Teil wechselnder Symptomatik („Doctor addicts“) und
- Mütter, die vorrangig zur Erlangung nicht nur von Aufmerksamkeit und Zuwendung vorstellig werden, sondern um Hilfe zu bekommen in ihrer Situation („Help seekers“) (e7).

Die Inzidenz des MSbP wird auf 2,5 Fälle/100 000 Kinder im ersten Lebensjahr geschätzt, die Letalität mit 6 bis 33 Prozent angegeben, darunter im Säuglingsalter Fälle von Ersticken durch weiche Bedeckung, die zunächst dem Plötzlichen Kindstod zugeordnet wurden. Es ist anzunehmen, dass die Diagnose „MSbP“ in Deutschland zu selten gestellt wird (12). Weitere Aspekte zeigt *Kasten 4*.

### Kindesvernachlässigung

Körperliche Vernachlässigung meint eine nicht hinreichende Versorgung und Gesundheitsfürsorge, die zu massiven Entwicklungsstörungen führen kann bis zum psychosozialen Kleinwuchs, selten auch zum Verhungern des Kindes führt (23, e8, 24).

Länge und Gewicht des Kindes sollten verglichen werden mit den zu erwartenden Normwerten beziehungsweise genetischen Zielgrößen. Ebenso kann die Unterernährung graduiert werden. Eine stationäre Abklärung ist regelmäßig geboten. Im Extremfall des Ver-

hungerns kommt es final häufig zusätzlich zu einer Exsikkose oder einem interkurrenten Infekt (zum Beispiel Pneumonie oder aufsteigender Harnwegsinfekt).

Emotionale Vernachlässigung und frühkindliche Deprivation ist der potenziell schwerwiegendste Faktor für eine gestörte seelische oder geistige Entwicklung des Menschen und wird als Kofaktor auch bei der Mehrzahl der übrigen Misshandlungsformen gefunden. Sie ist gekennzeichnet durch die fehlende Berücksichtigung der Entwicklungsbedürfnisse von Kindern und eine Störung der Eltern-Kind-Interaktion durch ein nicht hinreichendes oder ständig wechselndes und dadurch nicht ausreichendes emotionales Beziehungsangebot (25, e9).

### Dokumentation und Spurensicherung

Kindesmisshandlungen müssen sorgfältig dokumentiert werden, insbesondere wenn weder das Jugendamt noch die Polizei informiert werden. Neben einer Fotodokumentation (mit Maßstab, auch Digitalfotos zulässig) für sichtbare Verletzungen ist die Verwendung von Skizzenvordrucken zu empfehlen. Dazu können Dokumentationsbögen aus dem Internet heruntergeladen werden ([www.kindesmisshandlung.de](http://www.kindesmisshandlung.de)). Mitgeteilte Angaben und eigene Untersuchungsergebnisse müssen schriftlich fixiert werden unter Angabe von Datum und Uhrzeit, dies gilt auch für die Entnahme von Proben (Urin, Blut, Haare, sonstige Spuren, Abstriche) beziehungsweise die Verwahrung von Asservaten (biologische Antragsungen, Kleidungsstücke etc.).

### Psychische Folgen

Kindesmisshandlung und (sexuelle) Traumatisierung haben langanhaltende Effekte auf die psychische Gesundheit: unterschiedlichste seelische und emotionale Störungen, spätere Drogen- und Alkoholprobleme, riskantes (disinhibiertes) sexuelles Verhalten, Tendenz zu Übergewicht und kriminellem Verhalten in Kindheit und Erwachsenenalter. Entsprechende präventive und therapeutische Strategien sind dringend erforderlich.

### Intervention

Die Art der Intervention hängt vom Verdachtsgrad, den Umständen der Präsentation des Kindes und der Art der Misshandlung ab. Vage Verdachtsfälle in der Praxis erfordern andere Konzepte als manifeste, schwerwiegende Misshandlungen in stationärer Behandlung, ein sexueller Missbrauch ein völlig anderes Herangehen als ein Verdacht auf ein Münchhausen-Syndrom by Proxy. Prinzipiell kann Kinderschutz nur multiprofessionell

### Definition der körperlichen Vernachlässigung:

Eine nicht hinreichende Versorgung und Gesundheitsfürsorge, die zu massiven Entwicklungsstörungen führen kann bis zum psychosozialen Kleinwuchs und Verhungern.

### Sorgfältige Dokumentation

- Fotodokumentation mit Maßstab
- sichtbare Verletzungen mit Hilfe von Skizzenvordrucken dokumentieren
- Eigene Untersuchungsergebnisse sowie Probenentnahmen müssen schriftlich fixiert werden.

realisiert werden und erfordert Kenntnis der lokalen beziehungsweise regionalen Kinderschutzangebote und Fachkräfte. Für Kliniken empfiehlt sich die Etablierung von Kinderschutzgruppen nach schweizerischem beziehungsweise österreichischem Vorbild. Bei gegebenem Verdacht auf eine Kindesmisshandlung und/oder Kindesvernachlässigung sollten alle Handlungsoptionen geprüft werden, vom Gespräch mit den sorgeberechtigten Eltern und Angehörigen bis zu weiteren Personen aus dem sozialen Nahfeld (wie Hausarzt oder Großeltern), bei schwerwiegenden Misshandlungen oder dem Verdacht auf sexuellen Missbrauch kann das Jugendamt informiert werden oder auch die Polizei (zur Rechtslage: siehe unten). Bei unsicherer Sachlage empfiehlt sich ein rechtsmedizinisches Konsil, verbunden mit einer adäquaten Dokumentation für die Beweisführung vor Gericht (Zivil-, Familien- oder Strafgericht). Ist der Verdacht auf eine Kindesmisshandlung auf diese Weise gut begründet, müssen rechtliche Konsequenzen wegen unzulässiger Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht nicht befürchtet werden. Höher ist das Risiko von (Selbst-)Vorwürfen, wenn einem Verdacht auf Kindesmisshandlung nicht nachgegangen wurde und es dann zu einer weiteren, häufig schwerwiegenderen Misshandlung kommt. Denkbar ist auch die zunächst anonymisierte Schilderung eines Falles gegenüber dem Jugendamt oder dem Familiengericht mit der Bitte um eine Stellungnahme zum möglichen weiteren Vorgehen einschließlich gesetzlich vorgesehener Hilfen. Das Procedere und die schließlich getroffene Entscheidung sollen gut dokumentiert werden. Gelangen neben den dokumentierten medizinischen Befunden weitere Gegenstände beziehungsweise Beweise in die Hände des Arztes beziehungsweise der Klinik (zum Beispiel Kleidung mit biologischen Antragungen wie Blut, Speichel, Sekrete etc.), so ist auch an eine zugriffssichere Asservation dieser Gegenstände zu denken.

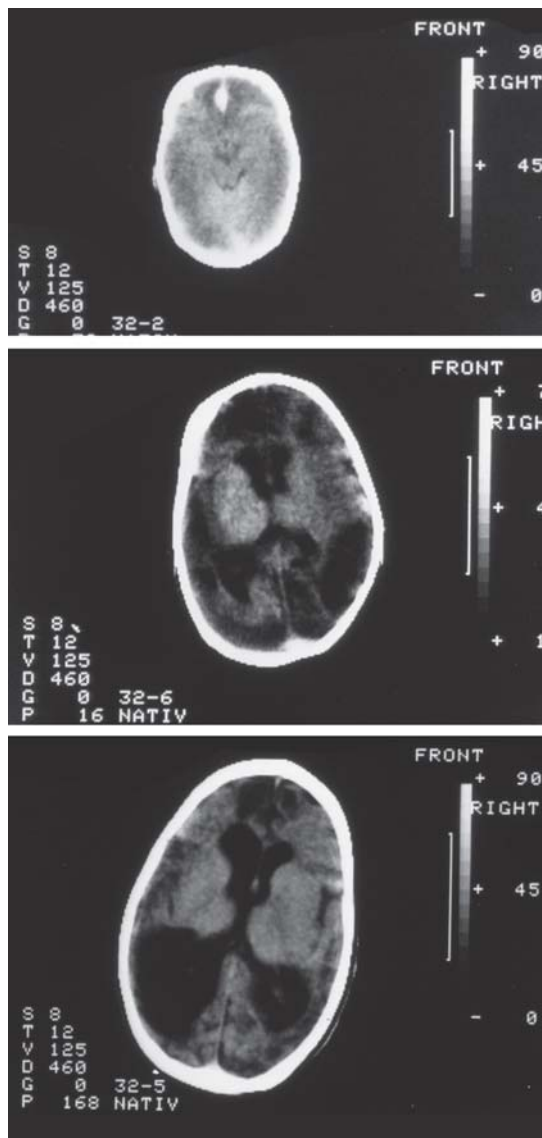
### Rechtsfragen

Das elterliche Sorgerecht ist durch den Schutz von Ehe und Familie im Grundgesetz verankert (Art. 6 GG), darüber wacht gemäß Art. 6 Absatz 2 Satz 2 GG „die staatliche Gemeinschaft“. Es finden sich familienrechtliche Vorgaben im BGB zur Ausübung der elterlichen Sorge, wo es in § 1631 Absatz 2 heißt:

(2) *Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Erziehungsmaßnahmen sind unzulässig.*

### Rechtsmedizinisches Konsil

Bei unsicherer Sachlage empfiehlt sich ein rechtsmedizinisches Konsil, verbunden mit einer adäquaten Dokumentation für die Beweisführung vor Gericht (Zivil-, Familien- oder Strafgericht).



**Abbildung 3: Ein fünf Wochen altes Baby, das aus seiner Tragetasche auf Steinfliesen geschleudert wurde.**

- a) Computertomografischer Befund bei der Aufnahme des Kindes: parafalcines Hämatom links frontal, Hirnödem und Subarachnoidalblutung über dem Tentorium
- b) Computertomografischer Befund bei Kontrolle nach vier Wochen
- c) Computertomografischer Befund bei Kontrolle des Kindes im Alter von einem Jahr: massive, asymmetrische Erweiterung des gesamten Ventrikelsystems, besonders des linken Trigonums und Hinterhorns; keilförmige Rindenininfarkte. Der klinische Befund des Kindes im Alter von drei Jahren: mikrozephal, krabbelt, steht nicht, spricht Einzelworte, rechtsbetonte Tetraspastik, Opticusatrophy rechts

### Beweissicherung

Gelangen Gegenstände zur Beweissicherung in die Hände des Arztes, so ist eine zugriffssichere Asservation zu gewährleisten.

**KASTEN 4**

**Wichtige Aspekte bei Verdacht auf Münchhausen-Syndrom by Proxy**

- wenig besorgte, aber geduldig und interessiert wirkende Mutter
- symbiotische Mutter-Kind-Beziehung
- Elternteil (Mutter) mit medizinischen Kenntnissen
- nicht erklärbare Befunde: Elektrolytengleichungen, Blut- und/oder sonstige Beimengungen in Stuhl/Urin, Intoxikationen, Hautinfektionen, Diarrhöen
- zahlreiche invasive diagnostische und therapeutische Maßnahmen ohne Behandlungserfolg
- möglicherweise sexuelle Missbrauchsproblematik in der Familie
- intensivere Beziehungssuche zum ärztlichen und pflegerischen Personal

Staatliche Stellen wie die Jugendämter sollen und müssen Hilfen anbieten, gegebenenfalls einschreiten und das Familiengericht kann bei Gefährdung des Kindeswohls Maßnahmen ergreifen (§ 1666 BGB). Die Polizei kann, muss aber nicht involviert werden. Nach spektakulären Fällen von Kindesmisshandlung mit tödlichem Verlauf wurde im Jahre 2005 der § 8a SGB VIII aufgenommen, der den Schutzauftrag konkretisiert und die Jugendämter zur Abschätzung der Kindeswohlgefährdung verpflichtet. In § 8a Absatz 1 Satz 1 SGB VIII heißt es unter anderem:

*„Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes bekannt, so hat es das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte abzuschätzen [...].“*

Eine Meldepflicht für Fälle von Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch gibt es in Deutschland nicht, wohl aber stehen Ärzte gegenüber dem gefährdeten Kind in einer Garanten-(Beschützer-)stellung. Das heißt, Ärzte haben eine höhere Verpflichtung, aktiv der Kindeswohlgefährdung entgegenzutreten als ein Laie. Für Ärztinnen und Ärzte gilt die Schweigepflicht (§ 203 StGB, § 9 MBO-Ä) und auch die berufsmäßigen Gehilfen des Arztes sind daran gebunden (§ 203 Absatz 3 Satz 1 StGB). Sollte es bei Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht später zu weiteren Straftaten kommen, so sind auch Vorwürfe gegen die behandelnden Ärzte denkbar. Deshalb gilt: Sowohl die Gründe für die Einhal-

tung der ärztlichen Schweigepflicht als auch Argumente für deren Durchbrechung sollen sorgfältig dokumentiert werden. Die ärztliche Schweigepflicht kann unter dem Gesichtspunkt des rechtfertigenden Notstands (§ 34 StGB) durchbrochen werden. Sollte es zu einem Verfahren gegen eine tatverdächtige Person kommen, können die behandelnden Ärztinnen und Ärzte als sogenannte sachverständige Zeugen oder auch als Sachverständige vom Gericht geladen werden.

**Schlussfolgerungen**

Zahl und Schwere der Gewalt gegen Kinder müssen durch interdisziplinäres Zusammenwirken aller mit dem Kinderschutz befasster Institutionen nachhaltig vermindert werden. Die Ausbildung von Medizinstudenten und Pflegepersonal muss ebenso verbessert werden wie die Fortbildung der Ärzteschaft auf diesem Gebiet, insbesondere in den Fächern Allgemeinmedizin, Pädiatrie und Unfallchirurgie. So hat die American Board of Pediatrics im Jahre 2005 den „Child Abuse Pediatrician“ eingeführt, auf je 1 Million Einwohner und an jeder medizinischen Hochschule sollte ein/e solcher/e Spezialist/in tätig sein (e10). Äußert der Pädiater einen gegebenen Verdacht auf eine Kindesmisshandlung, sollte eine konsiliarische rechtsmedizinische Begutachtung erfolgen. Die Einbeziehung der Eltern ist wünschenswert, wobei eine Psychologin hinzugezogen werden sollte und eine Rücksprache mit dem Hausarzt, gegebenenfalls auch mit dem Jugendamt. Auch die Information der Polizei kann in Betracht kommen. Die ärztliche Schweigepflicht steht einem solchen Vorgehen nicht zwingend entgegen.

**Interessenkonflikt**

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

**Manuskriptdaten**

eingereicht: 14. 8. 2009, revidierte Fassung angenommen: 27. 1. 2010

**LITERATUR**

1. Kullmer HT, Hövels O, Jacobi G: Kindesmisshandlung in der Bundesrepublik Deutschland. *Monatsschr Kinderheilkde* 1982; 130: 710–3.
2. Wetzels P: Gewalterfahrungen in der Kindheit: Sexueller Mißbrauch, körperliche Mißhandlung und deren langfristige Konsequenzen. Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft 1997; p. 70, 81, 96, 172, 238–250.
3. Hecht DB, Hansen D: The Environment of Child Maltreatment. Contextual Factors and the Development of Psychopathology. *Aggression and Violent Behavior* 2001; 6: 433–57.
4. Zetterström R: Die Abschaffung des elterlichen Züchtigungsrechts in Schweden. In: Pernhaupt G (ed.) *Gewalt am Kind*. Wien, München: Jugend- und Volk Verlagsgesellschaft 1983; 83–91.

**Pflicht des Arztes**

**Der Arzt hat eine höhere Verpflichtung, aktiv der Kindeswohlgefährdung entgegenzutreten als ein Laie.**

**Schweigepflicht**

**Die ärztliche Schweigepflicht steht bei Verdacht auf Kindesmissbrauch den Ermittlungen nicht zwingend entgegen.**



5. Jacobi G (ed.): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Epidemiologie, Diagnostik und Vorgehen. Bern: Verlag Hans Huber 2008.
6. U.S. Department of Health & Human Services: Child Maltreatment 2007. <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/pubs/cm07/cm07.pdf>
7. Jacobi G: Schadensmuster schwerer Misshandlungen mit und ohne Todesfolge. Monatsschr Kinderheilkde 1986; 134: 307–15.
8. Minns RA, Brown JK (eds.): Shaking and other non-accidental head injuries in children. London, Mac Keith Press, distributed by Cambridge University Press 2005; p. 1–105, 364–14.
9. Willman KY, Bank DE, Senac M, Chadwick DL: Restricting the time of injury in fatal inflicted head injuries. Child Abuse & Neglect 1997; 21: 929–40.
10. Herrmann B, Dettmeyer R, Banaschak S, Thyen U: Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. Heidelberg: Springer-Verlag 2008; 144–55.
11. AWMF Leitlinien der DGSPJ, DGKJ, DGKCh (Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, übernommen von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie, 2008/2009) Kindesmisshandlung und Vernachlässigung (Teil 1: Psychosoziale Faktoren, Prävention und Intervention; Teil 2: Somatische Diagnostik): AWMF-Leitlinien-Register Nr. 071/003 ; Entwicklungsstufe 2; leitlinien.net
12. Brosig B, Döring I, Jennessen M, Kolbinger M, Lehmann H, Zimmer KP: Basisdokumentation in der Psychoanalytischen Familienpsychosomatik – Konzept und erste Ergebnisse. Psychoanalytische Familientherapie – Zeitschrift für Paar-, Familien- und Sozialtherapie, 2010 – in press.
13. Chester DL, Jose RM, Aldiyami E, King H, Moiemens NS: Non-accidental burns in children – Are we neglecting neglect? Burns 2006; 32: 222–8.
14. Brinkmann B, Banaschak S: Verbrühungen bei einem Kleinkind. Unfall oder Kindesmißhandlung? Monatsschr Kinderheilkde 1998; 146: 1186–91.
15. Welsh Child Protection Systematic Review Group, Thermal injuries review (2005) [www.core-info.cardiff.ac.uk/thermal/inde.htm](http://www.core-info.cardiff.ac.uk/thermal/inde.htm).
16. Herrmann B: Nichtakzidentelle Kopfverletzungen und Schütteltrauma. Klinische und pathophysiologische Aspekte. Rechtsmedizin 2008; 18: 9–16.
17. Debertin AS, Sperhake JP: Untersuchung und Dokumentation des nichtakzidentellen Schädel-Hirn-Traumas im Säuglings- und Kleinkindalter. Rechtsmedizin 2008; 18: 17–22.
18. Matschke J, Glatzel M: Neuropathologische Begutachtung des nichtakzidentellen Schädel-Hirn-Traumas bei Säuglingen und Kleinkindern. Rechtsmedizin 2008; 18: 29–35.
19. Matschke J, Herrmann B, Sperhake J, Körber F, Bajanowski T, Glatzel M: Shaken-baby-syndrome — a common variant of nonaccidental head injury in infants. [Das Schütteltrauma-Syndrom. Eine häufige Form des nicht akzidentellen Schädel-Hirn-Traumas im Säuglings- und Kleinkindesalter.] Dtsch Arztebl Int 2009; 106(13) 211–7.
20. Bajanowski T, Neuen-Jacob E, Schubries M, Zwiheoff R: Nichtakzidentelles Schädel-Hirn-Trauma und Schütteltrauma. Praktisches Vorgehen anhand ausgewählter Fallbeispiele. Rechtsmedizin 2008; 18: 23–8.
21. Tutsch-Bauer E, Meyer HJ, Monticelli F: Schütteltrauma. Rechtsmedizin 2005; 15: 399–408.
22. Noeker M, Keller KM: Münchhausen-by-proxy-Syndrom als Kindesmisshandlung. Monatsschr Kinderheilkde 2002; 150: 1357–69.
23. Degener G, Körner W: Kindesmisshandlung und Vernachlässigung – ein Handbuch. Göttingen, Bern, Toronto: Hogrefe-Verlag 2005.
24. Frank R, Kopecky-Wenzel M: Vernachlässigung von Kindern. Monatsschr Kinderheilkde 2002; 150: 1339–43.
25. Herrmann B: Vernachlässigung und emotionale Misshandlung von Kindern. Kinder- und Jugendarzt 2005; 36: 393–402.

**Anschrift für die Verfasser**

Prof. Dr. med. jur. Reinhard Dettmeyer  
 Institut für Rechtsmedizin der Justus-Liebig-Universität Gießen  
 Frankfurter Straße 58, 35392 Gießen  
 E-Mail: [Reinhard.Dettmeyer@forens.med.uni-giessen.de](mailto:Reinhard.Dettmeyer@forens.med.uni-giessen.de)

**SUMMARY**

**Child Abuse and Neglect: Diagnosis and Management**

**Background:** The findings of studies on the frequency of violence against children imply that many cases go undetected.

**Methods:** Selective literature review based on a search of different databases for publications on all types of violence against children, except sexual abuse.

**Results:** The physical abuse of children can involve blunt trauma, thermal injury, and the so-called shaking trauma syndrome (STS). Physical and psychological child neglect have very serious long-term effects. It can be difficult to draw a clear distinction of child abuse and neglect on the one hand, and acceptable behavior on the other, because of the varying social acceptance of certain child-raising practices. Münchhausen's syndrome by proxy (MSbP) is a rare, special type of child abuse.

**Conclusion:** At the beginning of the 21<sup>st</sup> century, well-established normative structures are in place to protect children against abuse and neglect, and the available help from social organizations can also have a preventive effect. Further improvements will depend on interdisciplinary coordination and better training of specialists in all of the involved disciplines.

**Zitierweise: Dtsch Arztebl Int 2010; 107(13): 231–40  
 DOI: 10.3238/arztebl.2010.0231**



Mit „e“ gekennzeichnete Literatur:  
[www.aerzteblatt.de/lit1310](http://www.aerzteblatt.de/lit1310)

The English version of this article is available online:  
[www.aerzteblatt-international.de](http://www.aerzteblatt-international.de)

Kasuistik unter:  
[www.aerzteblatt.de/artikel10m0231](http://www.aerzteblatt.de/artikel10m0231)

**Weitere Informationen zu cme**

Dieser Beitrag wurde von der Nordrheinischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung zertifiziert. Die erworbenen Fortbildungspunkte können mithilfe der Einheitlichen Fortbildungsnummer (EFN) verwaltet werden.

Unter [cme.aerzteblatt.de](http://cme.aerzteblatt.de) muss hierfür in der Rubrik „Meine Daten“ oder bei der Registrierung die EFN in das entsprechende Feld eingegeben werden und durch Bestätigen der Einverständniserklärung aktiviert werden. Die 15-stellige EFN steht auf dem Fortbildungsausweis.

**Wichtiger Hinweis**

Die Teilnahme an der zertifizierten Fortbildung ist ausschließlich über das Internet möglich: [cme.aerzteblatt.de](http://cme.aerzteblatt.de) Einsendeschluss ist der 14. 5. 2010.

Einsendungen, die per Brief oder Fax erfolgen, können nicht berücksichtigt werden.

Die Lösungen zu dieser cme-Einheit werden in Heft 21/2010 an dieser Stelle veröffentlicht.

Die cme-Einheit „Diagnostik und Therapie der Gonarthrose“ (Heft 9/2010) kann noch bis zum 14. 4. 2010 bearbeitet werden.

Für Heft 17/2010 ist das Thema „Gangstörungen im Alter“ vorgesehen.

Lösungen zur cme-Einheit in Heft 5/2010: Kollias AN, Ulbig MW: Diabetische Retinopathie. Lösungen: 1b, 2a, 3d, 4c, 5c, 6c, 7e, 8d, 9d, 10c

Bitte beantworten Sie folgende Fragen für die Teilnahme an der zertifizierten Fortbildung. Pro Frage ist nur eine Antwort möglich. Bitte entscheiden Sie sich für die am ehesten zutreffende Antwort.

**Frage Nr. 1**

**Was sollte vor der Meldung des Verdachtes auf Kindesmisshandlung an die Polizei vonseiten des Arztes grundsätzlich erfolgen?**

- a) die Meldung an das zuständige Jugendamt
- b) die diagnostische Sicherung der Verletzungen
- c) die Trennung des Kindes von den Eltern
- d) Suspendierung des Kindes von der Schule
- e) die Meldung an das zuständige Schulamt

**Frage Nr. 2**

**Wo sind akzidentelle Verbrennungen meistens lokalisiert?**

- a) Schulter
- b) Unterarme
- c) Handinnenflächen
- d) Rücken
- e) Gesäß

**Frage Nr. 3**

**Welcher orale Befund ist ein möglicher Hinweis auf eine Kindesmisshandlung?**

- a) Lingua geographica
- b) Lichen planus
- c) Ulzerationen an der Lippeninnenseite
- d) Zahnfehlstellung
- e) Fehlen der Schneidezähne bei einem 6-jährigen Kind

**Frage Nr. 4**

**Worauf weist das typische Doppelkonturmuster bei Hämatomen bei Verdacht auf Kindesmisshandlung hin?**

- a) auf Tritte mit festem Schuhwerk
- b) auf Schläge mit der geballten Faust
- c) auf Schläge mit einem nassem Handtuch
- d) auf Schläge mit der flachen Hand
- e) auf Schläge mit einem Stock oder Gürtel

**Frage Nr. 5**

**Welche Untersuchung ist bei Verdacht auf ein Schütteltrauma zwingend notwendig?**

- a) augenärztliche Untersuchung
- b) Vorstellen beim Orthopäden
- c) Untersuchung durch einen Hals-, Nasen-, Ohren-Arzt
- d) internistisches Konsil zur Abklärung
- e) Anamnese durch einen Psychiater

**Frage Nr. 6**

**Was ist ein typischer Bestandteil eines Münchhausen-Syndroms by proxy (MSbP)?**

- a) Die Beibringung von Fremdsubstanzen erfolgt typischerweise durch die Väter.
- b) anhaltende Beschwerden auch bei Kontaktsperre mit der für das Kindeswohl verantwortlichen Person
- c) Präsentation des Kindes gegenüber wechselnden Ärzten
- d) Väter, die vorrangig vorstellig werden, um Zuwendung und Hilfe zu erlangen.
- e) sehr besorgte, aber desinteressiert und ungeduldig wirkende Mütter

**Frage Nr. 7**

**Welcher Befund lässt sich auf eine körperliche Vernachlässigung eines Kindes zurückführen?**

- a) Gedeihstörung
- b) Hyperaktivität
- c) Urtikaria
- d) Dyskalkulie
- e) Psoriasis

**Frage Nr. 8**

**Wie hoch ist, nach einer Befragung im Auftrag des Bundesfamilienministeriums im Jahr 2002, die Rate der Eltern in Deutschland, die „eine Tracht Prügel“ für vertretbar halten?**

- a) 0 Prozent
- b) 7 Prozent
- c) 17 Prozent
- d) 27 Prozent
- e) 37 Prozent

**Frage Nr. 9**

**Welche knöcherne Verletzung hat eine hohe Spezifität im Hinblick auf Kindesmisshandlung?**

- a) Klavikulafrakturen medial und lateral
- b) diaphysäre Schafftrakturen
- c) Hand- und Fingerfrakturen
- d) Beckenfrakturen
- e) einfache, lineare Schädelfrakturen

**Frage Nr. 10**

**Mit welchem Rechtfertigungsgrund kann die ärztliche Schweigepflicht bei Verdacht auf Kindesmisshandlung gebrochen werden?**

- a) Aussagepflicht gegenüber der Polizei
- b) gesetzlichen Offenbarungspflicht
- c) rechtfertigender Notstand
- d) Aufklärungspflicht
- e) Meldepflicht

# Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern – Diagnose und Vorgehen



Gert Jacobi, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak,  
Burkhard Brosig, Bernd Herrmann

Teilnahme nur im  
Internet möglich:  
[aerzteblatt.de/cme](http://aerzteblatt.de/cme)

## eLITERATUR

- e1. Alexander RC, Levitt CJ, Smith WL: Abusive Head Trauma. In: Reece RM, Ludwig S (eds.) Child Abuse. Medical Diagnosis and Management. 2<sup>nd</sup> edition. Philadelphia, Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins 2001; 123–56.
- e2. American Academy of Pediatrics: Section on Radiology. Diagnostic imaging of child abuse. Policy Statement. Pediatrics 2009; 123:1430–5. [www.aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;123/5/1430](http://www.aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;123/5/1430)
- e3. Sugar NF, Taylor J, Feldman K: Bruises in infants and toddlers: Those who don't bruise rarely bruise. The Puget Sound of Pediatric Research Network. Arch Pediatr Adolesc Med 1999; 153: 399–403.
- e4. Case ME, Graham MA, Handy TC, Jentzen JM, Monteleone JA: Position paper on fatal abusive head injuries in infants and young children. Amer J Forens Med Pathol 2001; 22: 112–22.
- e5. Ommaya AK, Goldsmith W, Thibault LV: Biomechanics and neuropathology of adult and pediatric head injury. British J Neurosurg 2002; 16: 220–42.
- e6. Meadow R: Munchausen syndrome by proxy: The hinterland of child abuse. Lancet 1977(2): 343–5.
- e7. Libow JA, Schreier HA: Three forms of factitious illness in children: When is it Munchausen syndrome by proxy? Amer J Orthopsychiatry 1986; 56: 602–12.
- e8. Dubowitz H, Neglected Children: Research, Practice and Policy. Sage Publications, Thousand Oaks, London, New Delhi 1999.
- e9. Esser G: Die Auswirkungen von Ablehnung und Vernachlässigung für die Mutter-Kind-Beziehung und die weitere Kindesentwicklung. Monatsschr Kinderheilkunde 1997; 145: 998.
- e10. Reece RM, Christian CW (eds.): Child abuse: Medical diagnosis and management. 3rd edition. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics 2009.
- e11. Röttscher K: Forensische Zahnmedizin. Springer-Verlag, Heidelberg 2000; 73.