

## **Kindesmisshandlung und -vernachlässigung**

### **- Kinderschutz**

In den Vereinigten Staaten ist die ärztliche Beschäftigung mit dem Thema „Kindesmisshandlung“ in den letzten 30 Jahren deutlich mehr als hierzulande hinterfragt und vorangetrieben worden. Darüber hinaus besteht dort (im Unterschied zu Deutschland) ein Pflichtmeldesystem, das jährlich eine Million bestätigte Misshandlungen und bis zu 2000 gesicherte misshandlungsbedingte Todesfälle dokumentiert. Mehr als die Hälfte aller Misshandlungen sind Vernachlässigungen, etwa 20% betreffen körperliche und rund 10% sexuelle Misshandlungen.

Je weiter man in der Geschichte zurückgeht, umso geringer waren Stellenwert und Rechte der Kinder. Kindstötungen waren in den antiken Hochkulturen üblich, Pädophilie wurde teilweise idealisiert. Erst das 18. Jahrhundert brachte hier große Veränderungen: Kinder wurden nun als vernunftbegabte, förderungs- und schutzwürdige Wesen wahrgenommen. Aufgrund der harten ökonomischen Realität bestanden aber gerade in den unteren Schichten noch bis weit in das 19. Jahrhundert problematische Lebensbedingungen für Kinder.

Das Phänomen der Gewalt an Kindern wurde einer größeren Öffentlichkeit erst 1874 durch den Fall der Mary Allen in New York bekannt. Das Schicksal des schwer misshandelten zehnjährigen Mädchens konnte von der Gemeindeschwester erst mit Hilfe der amerikanischen Tierschutzgesellschaft gewendet werden. Die weltweit erste Kinderschutzvereinigung wurde dann 1875 als Abspaltung der Tierschutzvereinigung gegründet.

In den sechziger Jahren des letzten Jahrhunderts gelang in der Kinderheilkunde mit der pionierhaften Veröffentlichung des „Battered-Child-Syndroms“ durch Henry Kempe ein Durchbruch. Kempe arbeitete ursprünglich als Virologe, bis er in seiner pädiatrischen Klinik in Denver bei zeitgleicher stationärer Aufnahme mehrerer Kinder mit Verletzungen, deren Ätiologie nicht stimmig war, anfang, die Anamnesen gründlicher zu hinterfragen.

Wahrscheinlich hatte Henry Kempe, als Heinrich Kempe 1922 in Breslau geboren, der als Jude im Schüleralter auf sich allein gestellt aus Deutschland emigrieren musste, aufgrund seiner eigenen Biografie für solche kindlichen Schicksale eine besondere Sensitivität entwickelt.

Das Züchtigungsrecht für Lehrkräfte an Schulen wurde in Westdeutschland erst 1973 abgeschafft. Das erste Kinderschutzzentrum in Deutschland wurde 1976 in Berlin gegründet.

Im gleichen Jahrzehnt wurde das „Shaken-Baby-Syndrom“ (Schütteltrauma) und das „Münchhausen-by-Proxy-Syndrom“ (Kindesschädigung durch Angehörige zur Herbeiführung eigentlich unnötiger medizinischer Maßnahmen) begrifflich geprägt.

In den achtziger Jahren wurde in der Zeitschrift „Brigitte“ unter dem Titel „Die Töchter schweigen nicht mehr“ und dann in Buchform mit „Väter als Täter“ die Problematik des sexuellen Missbrauchs für eine breitere Öffentlichkeit thematisiert. Im Rahmen der Frauenbewegung entstanden Initiativen wie „Wildwasser“ oder „Zartbitter“. In jüngster Zeit – im Zeitalter von Internetpornographie und „Kinderschänder“-Skandalen – gibt es eine kritische Gegenbewegung, die bereits den „Missbrauch des Missbrauchs“ diskutiert. Erst 2002 wurden durch die Deutsche Kinderchirurgische Gesellschaft entsprechende Kinderschutz-Leitlinien formuliert. In der Folge wurde vermehrt auf ein strukturiertes, verbindliches und interdisziplinäres Interventionskonzept geachtet.

2008 wurde am Klinikum Augsburg eine Kinderschutzgruppe etabliert, die aus einem Kinderchirurgen, einem Neuropädiater, einem Intensivmediziner, einem Kinderradiologen, einer Kinderpsychologin, einem Sozialpädagogen und einer Rechtsmedizinerin besteht. Strukturierte Befunderhebungen, genaueste Dokumentationen, standardisierte Abläufe beispielsweise für Aufklärungsgespräche im Verdachtsfall oder für die forensische Spurensicherung sind Forderungen unserer Zeit. Im Rahmen interdisziplinärer Helferkonferenzen, zu denen fallweise weitere erfahrene Fachärzte, z.B. aus der Neurochirurgie oder Augenheilkunde hinzugezogen werden, können individuelle Abklärungspläne erstellt werden.

In vielen Fällen, etwa beim Verdacht auf sexuellen Missbrauch ist eine besondere ärztliche Erfahrung wichtig. Gerade das weibliche Genitale kann in unterschiedlichen Altersphasen eine Vielzahl von normalen Varianten aufweisen, die gegen akzidentelle (unfallbedingte) oder nicht-akzidentelle (misshandlungsbedingte) Veränderungen abzugrenzen sind.

Selbstverständlich kann es Missbrauch auch ohne sichtbare Verletzungszeichen geben. Hier ergibt sich ein besonders schwieriges Feld, das kinderpsychologisch oder kinderpsychiatrisch bearbeitet wird.

Mit den Patienten und ihren Eltern wünschen wir uns Gespräche in einer vertrauensvollen, offenen und angemessenen Art. Auf keinen Fall streben wir primär eine konfrontative Interaktion an. Wir bemühen uns, entwicklungsbezogene, emotionale Bedürfnisse der Kinder zu berücksichtigen. Wir versuchen, Situationen zu schaffen, die es dem Kind und seinen Angehörigen ermöglichen, freiwillig Erlebtes zu berichten bzw. darzustellen. Unser Grundprinzip ist „Helfen statt Strafen“. Letztlich kann aber nur durch eine angemessene

Intervention der Teufelskreislauf der Kindesmisshandlung unterbrochen werden. Natürlich bleibt der Kinderarzt an die Schweigepflicht gebunden. Im Einzelfall kann es jedoch zu einer Situation des rechtfertigenden Notstands kommen, in dem das Kindwohl – etwa bei vitaler Gefährdung des Kindes - Vorrang hat. Dann muss, vielleicht unter Zeitdruck, auch die Gefährdung von Geschwistern abgeschätzt werden, eventuell sind Jugendamt oder sogar Polizei zu informieren. Dieser Schritt fällt, zumal bei anfänglichen Verdachtsfällen, sicher keinem Kinderarzt leicht. Die komplexe, teils stark belastende Kinderschutzarbeit kann überfordernd wirken. Hier kann interdisziplinäres Arbeiten den einzelnen Arzt auch entlasten („Burnout-Prophylaxe“). Soziale Netzwerke mit familienbezogenem Ansatz (z.B. „KoKi – Netzwerk frühe Kindheit“ oder „Bunter Kreis“) ermöglichen regional gezielte und qualifizierte Unterstützung.

Die Kinderschutzgruppe hat auch für die Prävention eine wichtige Bedeutung. Sie spielt für vielfältige Fortbildungsmaßnahmen des medizinischen Personals, im weiteren Sinne aber auch für die Aufklärung der Öffentlichkeit eine Rolle. Der typische Gesichtsausdruck des misshandelten Säuglings bzw. Kleinkinds („frozen watchfulness“ oder regungslose Beobachtungshaltung) bzw. Verhaltensauffälligkeiten wie sexualisiertes Verhalten müssen gekannt, um erkannt zu werden. Es gilt, genauer hinzusehen, hellhöriger zu machen, überhaupt erst die Misshandlung in Betracht zu ziehen, ohne primär nach dem Täter zu fahnden. Kinderschutzarbeit thematisiert primär den Konflikt, setzt auf Freiwilligkeit und gemeinsame Lösungsversuche. Auch aus der Perspektive der Kinder ist Hilfe tragfähiger als Zwang und Sanktionierung.

Harald Lochbihler

Literaturhinweis:

- Hermann et al., Kindesmisshandlung, Springer-Verlag, 2010
- Hermann et al., Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken der DAKJ, 2010