



Misshandlungen

Immer wieder kommt es zu schrecklichen Misshandlungen von Neugeborenen, Säuglingen oder Kleinkindern, manchmal sogar mit Todesfolge. Es ist schwer zu verstehen, dass sich so etwas überhaupt ereignen kann und welche Menschen so ungeheuerliche Handlungen an unschuldigen kleinen Kindern verüben können. Natürlich stellt man sich auch die Frage, ob denn niemand diese Misshandlungen rechtzeitig bemerkt hat und ob Jugendämter und Ärzte einfach versagt oder gar weggeschaut haben. Schließlich überlegt man sich auch, ob es bei derartigen Misshandlungen von Säuglingen und Kleinkindern typische Risikofaktoren gibt, die es ermöglichen, entweder zu helfen oder gezielt einzugreifen, um dieses Quälen von kleinen Kindern schon im Ansatz zu verhindern.

In diesem Beitrag soll versucht werden, nach der exemplarischen Darstellung von einigen typischen Fällen auf diese Fragen einzugehen, beispielsweise welche Menschen oder Familienkonstellationen hinter solchen schweren Misshandlungen stehen und die entsprechenden familiären Belastungsfaktoren anzuführen. Eng damit verbunden sind die Fragen nach den Möglichkeiten der Prävention oder der frühzeitigen Intervention.

Typische Fälle

Im Folgenden werden drei typische Fälle dargestellt, die zwar fiktiv sind, die aber durchaus auf Grund der Erfahrungen sich als reale Situationen so oder ähnlich ereignet haben könnten:

1) Der 22-jährige Josef K. stammt aus sehr schlechten sozialen Verhält-

von Säuglingen

und Kleinkindern

Misshandlungen geschehen niemals zufällig, sondern sind immer entweder Folge einer nicht bewältigten Belastungssituation oder eines an sich sehr aggressiven Verhaltens. Werden Belastungsfaktoren rechtzeitig erkannt, können präventiv Hilfemöglichkeiten angeboten werden.

Von Michael E. Höllwarth und Erich Sorantin*

nissen und wurde zu Hause regelmäßig geschlagen. Der Vater war Alkoholiker, der alle Familienmitglieder immer wieder misshandelt hatte. Die Mutter versuchte, etwas Geld zu verdienen und hatte keine Zeit, sich besonders um die vier Kinder zu kümmern. Auf Grund einer Anzeige kam Josef mit acht Jahren in ein Heim, in dem aber auch körperliche Züchtigung zu den Grundmitteln der Erziehung gehörte. Liebe oder Zuwendung hat Josef nie erfahren. Mit 15 Jahren begann er eine Malerlehre und wurde später Geselle mit fester Stelle bei einem Betrieb. Mit 20 lernte er seine spätere Frau und damit auch erstmals eine echte Liebesbeziehung kennen, die ihm sehr viel bedeutete. Nach der Heirat wünschten sich beide Partner ein Kind, das dann auch geboren wurde. In den nächsten Monaten aber veränderte sich aus Josefs Sicht seine Lebenssituation und er fühlte sich immer wieder sehr vernachlässigt, da sich nun alles um das Kind drehte, ein empfundener Liebesverlust den er in seinem Inneren auch dem Kind anlas-

tete und Aggressionen empfand. Auch wenn er immer wieder äußerte, dass er das Kind sehr lieb fände, war aber doch offensichtlich, dass er sehr schlecht mit der neuen Situation umgehen konnte, was aber damit erklärt wurde, dass er „halt ein Mann sei“. Das Kind war fünf Monate, als Josef für mehrere Stunden mit ihm allein war, da seine Frau mit der Schwiegermutter länger beim Einkaufen war. Der Säugling begann zu schreien und Josef konnte das Kind nicht beruhigen. Er versuchte, die Windeln zu wechseln und dem Kind das Fläschchen zu geben. Aber all diese Maßnahmen verstärkten nur das Schreien des Kindes. In Josef stieg der ganze Ärger auf das Kind hoch, er geriet in Wut und schüttelte zunächst das Kind und als es weiter schrie, packte er es bei den Beinchen und schlug den Kopf gegen die Wand. Als die Mutter nach Hause kam, wimmerte das Kind im Bettchen. Im Krankenhaus wurden eine ausgedehnte Schädelfraktur und eine Oberschenkelfraktur festgestellt. Das Kind erholte sich von den schweren

Verletzungen und Josef wurde zu einer unbedingten Gefängnisstrafe verurteilt.

2) Die 19-jährige Karin M. lebte mit ihrem gleichaltrigen Freund und einem vier Wochen alten, ungeplanten Neugeborenen in einer kleinen Wohnung. Ihre Eltern wohnten 50 Kilometer entfernt und die Beziehung war seit der Schwangerschaft von Karin sehr schlecht. Die Geburt war problemlos und das Neugeborene war reif. Karin hatte wenig Milch und stillte daher kaum. Die Verabreichung der Fläschchen-Nahrung war immer wieder schwierig und das Kind weinte oder schrie viel. Der junge Partner war zwar nett und bemüht, aber ebenfalls sehr unerfahren und keine besondere Hilfe. An einem Vormittag hat das Kind wieder statt zu trinken ununterbrochen gebrüllt und Karin wusste sich nicht mehr zu helfen. Sie packte das Kind mit beiden Händen am Oberkörper und hat es mehrfach hin und her geschüttelt und dabei gerufen „sei endlich ruhig“. Das Kind war ruhig, hat die Augen verdreht, ist blau geworden und hat nur noch unregelmäßig geatmet. Der herbeigerufene Notarzt hat das Kind reanimiert, intubiert und ins Krankenhaus gebracht. Ein typisches Schütteltrauma mit Subarachnoidalblutungen und Retinalblutungen wurde festgestellt. Das Kind ist bleibend schwer behindert. Die Mutter wurde zu einer bedingten Gefängnisstrafe verurteilt.

3) Die 23-jährige Renate K. hat einen dreijährigen Knaben aus einer früheren Beziehung und lebt seit einem Jahr mit einem 26-jährigen Ausländer zusammen, der eine permanente Aufenthaltsgenehmigung in Österreich hat. Sie ist in dieser



►► Beziehung emotional sehr abhängig und steht ganz unter dem Druck ihres Partners. Das Kleinkind aus der früheren Beziehung stört diesen an sich sehr. Er kann keine Beziehung zu ihm entwickeln und schlägt das Kind „aus Erziehungsgründen“ immer wieder sehr heftig. Das Kind hat Angst vor dem Stiefvater und beginnt immer zu schreien, sobald er in seine Nähe kommt. Dies ist jedoch wiederum ein gegebener Anlass zur Misshandlung. Bei einem Arztbesuch sind unterschiedlich alte Hämatome an den Oberschenkeln und am Rücken aufgefallen. Sie wurden aber einmal mit einem Sturz über die Stiege und ein anderes Mal mit einem Sturz am Kinderspielplatz erklärt. Während einer Abwesenheit der Mutter schlägt der Stiefvater das Kind erneut brutal. Das Kind stirbt schließlich aufgrund der schweren inneren Verletzungen. Die Obduktion ergibt zahlreiche alte Verletzungen und als Todesursache eine Hirnblutung. Der Täter wird zu einer langjährigen Haftstrafe verurteilt.

Wer sind die Täter?

Die angeführten Beispiele sind sehr typisch und in dieser oder einer ähnlichen Art immer wieder zu beobachten. Misshandlungen geschehen niemals zufällig,

sondern sind immer entweder Folge einer nicht bewältigten Belastungssituation auf Grund von Gefühlen der Unsicherheit, Benachteiligung oder Überforderung oder sie ereignen sich auf Grund eines an sich sehr aggressiven Verhaltens von sadistisch veranlagten Tätern mit Akzeptanz körperlicher Züchtigung oder unter diesem Deckmantel.

Bei Analyse der angeführten Beispiele sind die Risikofaktoren bei „Josef“ die Erfahrung der eigenen Misshandlung und das Fehlen einer liebevollen Zuneigung in der Kindheit sowie die Unreife der Persönlichkeit, die in dem neugeborenen „Wunschkind“ plötzlich einen Konkurrenten um die Zuwendung der Partnerin sieht. Nur nebenbei bemerkt findet sich letzteres Verhalten nicht so selten auch in „normalen“ Beziehungen ohne jede Misshandlung, wobei sich Väter nach der Geburt eines Kindes vernachlässigt vorkommen und dann häufiger abwesend sind.

Im Fall von „Karin“ führten die Unerfahrenheit, die fehlende Unterstützung von außen und die damit verbundene Hilflosigkeit mit einem noch dazu nicht geplanten und wirklich erwünschten Kind letztlich zu einer Situation der Verzweiflung und zum Schütteltrauma; eine recht typische Ursachenkette.

Auch der dritte Fall von „Renate“ zeigt bekannte Risiken, die einmal in der emotionalen Abhängigkeit von Partnern,

insbesondere vom neuen Partner, bestehen und zum anderen aber vor allem auch in dessen sadistischer Veranlagung dem „fremden“ Kind gegenüber, wobei die Misshandlungen in der Regel als erforderliche Erziehungsmaßnahmen dargestellt werden. Nicht selten wurden diese Männer in der Kindheit ebenfalls misshandelt oder gewalttätig „erzogen“.

Belastungsfaktoren

Die Begriffe Risiken oder Risikofaktoren sollen nicht so verstanden werden, dass bei ihrem Vorliegen eine Misshandlung eintreten wird, sondern dass bei mehreren Faktoren die Möglichkeit einer Misshandlung in der Familie wahrscheinlicher sein kann. Einzelne dieser Faktoren sind sicherlich häufig in Familien gegeben, ohne dass es zu Gewalttätigkeiten kommt. Daher wird der Begriff „Belastungsfaktoren“ vorgezogen, der Ärzten und Sozialhelfern hilft, eine gegebene Familiensituation besser einzuschätzen. Unter bestimmten Bedingungen sind mehrere Belastungsfaktoren dann als Risikofaktoren zu werten und sollten frühzeitig, das heißt präventiv, die Angebote von Hilfsmöglichkeiten veranlassen. Sadistische Täter lehnen alle Hilfsangebote strikt ab und weisen den Verdacht auf Misshandlung vehement von sich (sie drohen nicht selten mit dem Anwalt oder der Anzeige). Aber schon regelmäßige ärztliche Kontrollen mit ernstesten Gesprächen können in solchen Verdachtsfällen Misshandlungen verhindern helfen. ►►

Belastungsfaktoren

Kind

- Unerwünschtheit
- Abweichendes und unerwartetes Verhalten
- Hyperaktive Kinder
- Entwicklungsstörungen
- Behinderte Kinder
- Fehlbildungen
- Niedriges Geburtsgewicht und daraus resultierende körperliche und geistige Schwächen
- Stiefkinder

Eltern

- Misshandlungen in der eigenen Vorgeschichte
- Akzeptanz körperlicher Züchtigung
- Mangel an erzieherischer Kompetenz
- Alleinerziehende
- Unkenntnis über Pflege, Erziehung und Entwicklung von Kindern
- Unerwünschte Schwangerschaft
- Aggressives Verhalten
- Niedriger Bildungsstand
- Suchtkrankheiten
- Bestimmte Persönlichkeitszüge wie mangelnde Impulssteuerung
- Sensitivität, Isolationstendenz oder ein hoher Angstpegel
- Depressivität der Bezugsperson

Soziale Rahmenbedingungen

- Wirtschaftliche Notlage
- Arbeitslosigkeit
- Mangelnde Strukturen sozialer Unterstützung und Entlastung
- Schlechte Wohnverhältnisse
- Isolation
- Minderjährige Eltern
- Transkulturelle Probleme

Tab. 1



►► Der folgende etwas erweiterte Leitfa- den, der vom deutschen Berufsverband der Ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin herausgegeben wurde, gibt die wichtigsten Belastungsfaktoren an (Tab.1).

Prävention

Die Kenntnis der verschiedenen Belastungen und besonders das Vor- liegen von mehreren Faktoren in einer Familiensituation ermöglichen den vor- handenen Helferstrukturen (Hebam- men, Geburtshelfer, Kinderärzte und praktische Ärzte, Jugendämter, Mutter- Kind-Einrichtungen, uä.), in Gesprä- chen und/oder durch unterstüt- zende Maßnahmen eine Eskalation der Gewalt gegen den Säugling oder das Kleinkind präventiv zu verhindern.

In der Beratung sollte stets auch die große Bedeutung und Förderung eines häufigen engen Körperkontaktes zwi- schen den Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern mit Mutter und Vater einen vorrangigen Stellenwert haben. Häufiger, wenn möglich täglicher Kör- perkontakt der Eltern mit dem Kind für mindestens eine halbe Stunde fördert auf der einen Seite ganz wesentlich das Wohlbefinden des Neugeborenen und Säuglings und reduziert entschei- dend allfällige Schreiphasen und bahnt und intensiviert auf der anderen Seite auch die Beziehung von Vater/ Mutter zur Persönlichkeit des Kindes und reduziert so allfällig vorhande- nes Aggressionspotential.

Auch wenn man im Einzelfall nie wissen kann, ob die präventiven Hilfen tatsächlich eine mögliche Misshandlung verhindert haben, so wird den Kindern und den Eltern ein schreckliches Schicksal mit oft jahrzehntelangen emotionalen Problemen erspart, da die Folgen von Misshandlungen für die betroffenen Kinder beträchtlich sind. 74 Prozent aller Kinder, die wieder- holt misshandelt wurden, haben später Probleme in ihrer Anpassung an die Gesell- schaft mit schlecht beherrschten Gefühlen der Aggression und/oder unbestimmten Ängsten und Depressionen.

Erkennung

Die Erkennung oder Früherkennung zum Nachweis einer bereits erfolgten Miss- handlung setzt die genauen Kenntnisse der typischen klinischen und radiologischen Merkmale voraus. Äußere Hinweise sind Schwellungen, Hämatome und Exkoriati- onen unterschiedlichen Alters und an für Misshandlungen typischen Lokalisationen (Rückseite der Oberschenkel, Gesäß, Rü- cken, Außenseite der Oberarme und Unter- seite der Unterarme, Hals und Gesicht). Alle geformten Verletzungsspuren wie Striemen, Streifen, Fingerabdrücke und ausgerissene Haarbüschel sind eindeutige Hinweise. Drei bis vier Prozent aller Verbrühungen ereignen sich im Rahmen von Misshand- lungen. Auch hier ist wieder die besondere Lokalisation auffallend wie zum Beispiel an den Gesäßbacken und am Perineum oder handschuhartig an der Hand, jeweils mit scharfer Begrenzung. Verbrennungsspuren durch Zigaretten sind kreisrund mit einem Durchmesser von rund zehn Millimeter.

Verletzungen des Skelettsystems sind häufig und zeigen für Misshandlungen typische radiologische Merkmale. Der Bild- gebung kommt daher im Rahmen einer vermuteten Kindesmisshandlung eine be-

sondere Bedeutung zu, da durch Erkennen eines typischen Verletzungsmusters die Vermutungsdiagnose bestätigt wird und eventuell letale Folgen für das betroffene Kind durch entsprechende Maßnahmen rechtzeitig verhindert werden können.

Die Aufgaben der Radiologie sind im Einzelnen:

- Verdachtsdiagnose einer Kindesmiss- handlung bei typischen Verletzungs- mustern („Zufallsbefund“)
- Bestätigung der Diagnose bei Verdacht einer Kindesmisshandlung
- Ablehnung der Diagnose eines solchen bei „...overenthusiastic interpretation of non accidental trauma“
- Bestimmung der Anzahl der Verletzungen
- Bestimmung der Spezifität der Verletzungen
- „Dating“ der Verletzungen.

Die bildgebende Diagnostik einer Kindesmisshandlung stellt daher hohe Ansprüche an die gesamte Bildgebungs- kette von der Akquisition bis zur Be- fundung. Daher sollte die radiologische Abklärung spezialisierten, kinderradiolo- gischen Abteilungen vorbehalten sein, die sowohl über eine kindgerechte Ge- räteausstattung als auch über entspre- chend geschultes RT-Personal verfügen. Die Befundung erfolgt durch den Kinder- radiologen, der mit den entsprechenden Befundmustern vertraut ist.

Zur Abklärung von Skelettverletzungen ist ein sogenannter Skelettstatus (Tab. 2) indiziert. Verschiedene Frakturtypen be- sitzen unterschiedliche Spezifität hinsicht- lich einer Kindesmisshandlung (Tab. 3); für die Altersbestimmung der Frakturen können die Angaben von Tab. 4 verwendet werden. Bei älteren Kindern kann der Einsatz der Szintigraphie zur Abklärung der Skelettverletzungen als Suchmethode erwogen werden.

Bei neurologischen Auffälligkeiten, be- kanntem Schädel-Hirn-Trauma, multiplen Organverletzungen ist die Computertomo- graphie die Methode der Wahl. Die Magnetresonanztomographie bleibt un- klaren Computertomographiebefunden oder dem Verlauf vorbehalten. Körper- stammverletzungen sowie innere Ver- ►►

Röntgenaufnahmen - Skelettstatus

Schädel	2 Ebenen ev. Zusatzaufnahmen
WS	HWS 2 Ebenen, BWS und LWS seitlich
Rumpf	Thorax-Röntgen in zwei Ebenen, Abdomen leer stehend bzw. liegend Alternativ: gesamter Thorax mit Abdomen
Extremitäten	Ober- und Unterarm sowie Ober- und Unterschenkel bds. ap beide Hände (pa) und Füße (pa oder ap)

Tab. 2



▶▶ letzungen folgen den bekannten Trauma-Richtlinien. Bei Einsatz der Computertomographie ist der höheren Strahlensensitivität der Kinder Rechnung zu tragen.

Die Entwicklung pädiatrischer Dosisprotokolle muss die Balance zwischen Bildqualität und Dosisbelastung finden. Es müssen alle Untersuchungsschritte optimiert sein, ansonsten kann die Dosis ein Vielfaches der notwendigen betragen. Entsprechend internationalen Richtlinien orientiert sich der radiologische Diagnosepfad am Alter des Kindes, der neurologischen Symptomatik sowie thorako-abdominellen Begleitverletzungen.

Was kann man tun?

Bei der Prävention kommt den niedergelassenen Ärzten eine ganz wichtige Aufgabe zu, da die Untersuchung der Neugeborenen/ Säuglinge oder Kleinkinder einerseits und die Beobachtungen der Mütter/Väter und die mit ihnen geführten Gespräche im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen andererseits es in vielen Fällen ermöglichen sollten, vorhandene Belastungsfaktoren zu erkennen. Sind einzelne oder gar mehrere dieser Faktoren vorhanden, besteht ein erhöhtes Risiko für Kindesmisshandlung, welches Anlass für entsprechend sinnvolle Präventivmaßnahmen sein muss - in der Regel in Zusammenarbeit mit dem zuständigen Jugendamt.

Beim dringenden Verdacht auf eine erfolgte Misshandlung ist der erste und wichtigste Schritt die genaue Dokumentation der äußeren Befunde sowie der Anamnese, da letztere bei weiteren Untersuchungen typischerweise oft geändert wird. Der niedergelassene Arzt sollte das komplexe und immer sehr schwierige Thema mit den Angehörigen nicht ansprechen, sondern das Kind mit einer für den Laien unverdächtigen Diagnose an ein Krankenhaus mit Kinderschutzgruppe zuweisen und parallel dazu die Kollegen informieren. Es ist die Aufgabe der Kinderschutzgruppen, verdächtige oder gesicherte

Spezifität radiologischer Befunde - Skelett

Hoch	- Klassische metaphysäre Fraktur - Rippenfrakturen, v.a. im dorsalen Abschnitt - Frakturen der Skapula, Proc. spinosi und Sternum
Mittel	- Multiple, v.a. beidseitige Frakturen - Frakturen verschiedenen Alters - Epiphysiolysen - Wirbelkörperfrakturen oder Subluxationen - Fingerfrakturen - Komplexe Schädelfrakturen
Niedrig	- Periostale Reaktion - Clavikulafrakturen - Schaftfrakturen langer Röhrenknochen - Einfache Schädelfraktur

Tab. 3

Misshandlungen zu erfassen, bei den erforderlichen Elterngesprächen weitere Eindrücke über die Familiensituation zu gewinnen und in enger Zusammenarbeit mit den Jugendämtern alles für die weitere Sicherheit und gedeihliche Entwicklung des Kindes zu tun. Dass dies nicht immer gelingt, beweisen leider wiederholt Berichte in den Medien über tragische oder gar tödliche Kindesmisshandlungen trotz Einschaltung der zuständigen Ämter.

Schlussbemerkungen

Misshandlungen sind in besonderer Weise erschreckend, wenn es Neugeborene, Säuglinge und Kleinkinder trifft, die ja entscheidend auf ihre unmittelbaren Bezugspersonen angewiesen sind. Die Umstände, die zu Misshandlungen dieser Altersgruppen führen, sind oft ähnlich, weshalb es möglich ist, Belastungsfaktoren, welche die Kinder, die Eltern oder das familiäre Umfeld betreffen, zu analysieren. Beim Zusammentreffen von mehreren Belastungsfaktoren steigt einerseits das Risiko

für Misshandlungsereignisse, andererseits erlaubt die Kenntnis dieser Faktoren den niedergelassenen Ärzten, rechtzeitig präventive Maßnahmen zu ergreifen, beginnend mit einfachen aber regelmäßigen Beratungen, gehäuften Kontrollen in der Ordination oder weitergehenden Informationen an die zuständigen Sozialarbeiter sowie enger Zusammenarbeit mit den Jugendämtern. Beim dringenden Verdacht auf Misshandlung kommt der Erstuntersuchung mit genauer Anamnese eine sehr wichtige Rolle zu. Im Weiteren ist es jedoch immer erforderlich die Kinderschutzgruppen des nächsten Kinderkrankenhauses einzuschalten, da die schwierige Problematik den Einzelnen immer überfordert. ◀◀

*) **em. Univ. Prof. Dr. Michael Höllwarth**, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendchirurgie, Medizinische Universität, Graz; E-Mail: michael.hoellwarth@medunigraz.at;
Univ. Prof. Dr. Erich Sorantin; Klinische Abteilung für Kinderradiologie, Medizinische Universität Graz; E-Mail: erich.sorantin@medunigraz.at

Alterdatierung von Skelettverletzungen bei Kindesmisshandlung

Typ	Mindestens	Durchschnitt	Maximal
Rückbildung der Weichteilveränderungen	2 - 5 Tage	4 - 10 Tage	10 - 21 Tage
Periostale Reaktion	4 - 10 Tage	10 - 14 Tage	14 - 21 Tage
Konsolidierung von Frakturlinien	10 - 14 Tage	14 - 21 Tage	
„Soft callus“	10 - 14 Tage	14 - 21 Tage	
„Hard callus“	14 - 21 Tage	21 - 42 Tage	42 - 90 Tage
Remodellierung	3 Monate	1 Jahr	2 Jahre bis Epiphysenschluss

Tab. 4