



Kinderschutz (in Hamburg) im Wandel der Zeit

Rechtsmedizin und soziale Dienste im interdisziplinären Dialog

Körperliche Gewalt, Vernachlässigung, emotionale Misshandlung und sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen sind in unserer Gesellschaft Probleme, die nach Art und Umfang nicht selten unterschätzt bzw. kleingeredet werden. Die unabhängige Regierungskommission zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt (Gewaltkommission) hat Gewalt in der Familie als die bei weitem verbreitetste Form der Gewalt überhaupt herausgestellt (bereits im Jahre 1990).

Auch Hamburg blieb von diesem Gewaltphänomen gegenüber Kindern nicht verschont. Die Todesfälle von Jessica (2005), Lara Mia (2009), Chantal (2012), Yagmur (2013) und Tayler (2015) sind hierfür ein trauriges Zeugnis. Allerdings erfolgte die Aufarbeitung bei der Frage nach den Hintergründen unter einer großen medialen Aufmerksamkeit und lenkte den Fokus vorrangig auf die Frage, wieso die Organe der Jugendhilfe dies nicht verhindern konnten. Dass diese Betrachtungsweise dem komplexen Problem des Themas Gewalt gegen Kinder nicht gerecht wird, soll durch diesen Beitrag deutlich gemacht werden.

Gewalterlebnisse, die Minderjährige innerhalb des Familienlebens erleiden mussten, bestimmen wesentlich die späteren Möglichkeiten und Grenzen der Betroffenen, als Erwachsene mit Konflikten umgehen zu können („Kreislauf der Gewalt“).

Gewaltsame Interaktionen im Elternhaus bzw. auch in Pflegefamilien oder in Insti-

tutionen stehen in enger Beziehung zu psychosozialen Störungen, zum Auftreten von sozial abweichendem Verhalten und Kriminalität im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Misshandlungserlebnisse wirken sich negativ auf die somatische und psychische Entwicklung und die Wertvorstellungen beim Kind sowie letztlich sozial schädlich aus.

Gewalt in der Familie wird insofern als der Schlüssel zu Gewalt in der Gesellschaft angesehen. Sie ist nicht nur wegen ihrer erheblichen individuellen Bedeutung für die Betroffenen, sondern auch wegen ihrer gewichtigen sozialen Folgen als bedeutsames gesundheits-, sozial- und rechtspolitisches Problem anzusehen. Dies gilt im nationalen Kontext genauso wie international – letztlich in jedem Land der Erde. In wirtschaftlich schwächeren Regionen stellen sich diese Probleme eher noch zugespitzt dar. Dabei ist jede Form von Gewalt in der Familie Produkt und Bestandteil von Interaktionsprozessen innerhalb der Familien, ihren Lebensbedingungen und Verpflichtungen mit dem sozialen Umfeld sowie von Normen und Einstellungen der Gesellschaft, Kultur und Religion.

Der Senat in Hamburg nahm diese Herausforderung an und legte in einer Drucksache vom 18. Juni 2014¹ umfangreiche Maßnahmen mit dem Ziel vor, den Kinderschutz in Hamburg deutlich zu verbessern. Beachtliche Maßnahmen wurden unternommen mit dem Ziel, die Handlungspraxis innerhalb der Bereiche Jugendhilfe, Gesundheit, Justiz, Polizei und



Kinderkompetenzzentrum des Instituts für Rechtsmedizin sowie ihre Kooperation untereinander zu qualifizieren. Inwieweit dies bei den verantwortlichen Praktikern, insbesondere denen in der Jugendhilfe, und bei den Ärzten die Sicherheit vermittelte, das Risiko einer Kindeswohlgefährdung zu verringern, soll nachfolgend näher untersucht werden.

Kindesmisshandlung aus der Sicht der Ärzte

Die Kindesmisshandlung ist ein Problem, dem Ärzte (speziell auch Kinderärzte) meist unsicher gegenüberstehen. Dies gilt in Bezug auf die Diagnosestellung, Dokumentation, Schweigepflicht sowie erforderliche und praktikable Schritte zum vitalen Schutz und im wohlverstandenen Interesse der hilflosen und schutzlosen kleinen Patienten. Angesichts eines zunehmend mehr psychosozial und gesellschaftskritisch ausgerichteten Engagements vor allem außerhalb, aber auch innerhalb der Ärzteschaft sollte die ärztliche Position bei der Früherkennung, Diagnose und Betreuung misshandelter Kinder stärker hervorgehoben werden.

Im Zusammenhang mit körperlichen Sofortuntersuchungen misshandelter Kinder im Auftrag der Polizei sowie mit kindlichen Todesfällen ist die Rolle des Rechtsme-

diziners als Sachverständiger für Staatsanwaltschaft und Gericht von vornherein klar definiert. Bei klinischen Konsiliaruntersuchungen (z.B. im Krankenhaus, für niedergelassene Ärzte oder auch für Kinderheime und soziale Dienste) stellen sich demgegenüber stets Fragen der Schweigepflicht bzw. bezüglich einer Meldung und der interdisziplinären Kooperation mit Hilfseinrichtungen und Behörden. Diesbezüglich hat es in den letzten Jahren relevante gesetzliche Veränderungen gegeben. Beispielsweise regelt § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) vom 22. Dezember 2011 die Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung. Zu diesem Zweck sind Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und andere Angehörige von Heilberufen befugt, zu einem wirksamen Schutz des Kindes oder des Jugendlichen dem Jugendamt die erforderlichen Daten mitzuteilen.

Definition, Formen der Misshandlung

Eine verbindliche Definition für Kindesmisshandlung gibt es nicht. Umfassend und weitreichend ist folgende Formulierung des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit (schon aus 1979): Kindesmisshandlung ist eine nicht zufällige (bewusste oder unbewusste) gewaltsame körperliche und/oder seelische Schädigung, die in Familien oder Institutionen (z.B. Kindergärten, Schulen, Heimen)

geschieht, zu Verletzungen, Entwicklungsverzögerungen oder sogar zum Tode führt und die somit das Wohl und die Rechte eines Kindes beeinträchtigt oder bedroht.

Diese Definition stimmt nicht mit den entsprechenden gesetzlichen Anforderungen überein und ist im Hinblick auf Beweisfragen im forensischen Sinn kaum brauchbar. Sie ist jedoch Ausgangspunkt für die Frage, wann aus der Sicht der helfenden Berufsgruppen (z.B. Ärzte, Sozialarbeiter) von Kindesmisshandlung gesprochen werden kann. Unter pragmatischen Gesichtspunkten kann Gewalt gegen Kinder folgendermaßen unterteilt werden:

- körperliche Misshandlung,
- seelische Misshandlung,
- Vernachlässigung und
- sexueller Missbrauch

Mehrere Formen der Misshandlung können bei einem Kind auch gleichzeitig vorkommen.

Epidemiologie, internationaler Vergleich

Es ist praktisch unmöglich, einen zuverlässigen Überblick über die Häufigkeit von Gewaltanwendung gegenüber Minderjährigen in Deutschland zu gewinnen. Die „Epidemiologie“ ist in beeindruckender Weise unbekannt. Bei allen Angaben über die Häufigkeit von Kindesmisshandlungen spielt die wesentliche Rolle, mit

welcher Begriffsdefinition und mit welcher Methode gearbeitet wird und von wem die Statistik erhoben wurde. Eine erste Orientierung ermöglicht die polizeiliche Kriminalstatistik. Insgesamt hat die Polizei jährlich mehrere Zehntausend Straftaten mit Kindern als Opfer zu bearbeiten. Den größten Anteil machen die Fälle von sexuellem Missbrauch aus. Hierbei sind Mädchen häufiger (Verhältnis etwa 2:1) betroffen als Jungen. Im Hinblick auf Beweisfragen und körperliche Untersuchungsbefunde ist zu berücksichtigen, dass ca. 80 % dieser Geschehnisse nicht mit körperlicher Gewalt einhergehen. Bei körperlicher Misshandlung und Vernachlässigung sind Säuglinge und Kleinkinder besonders gefährdet. Sexueller Missbrauch betrifft überwiegend (jedoch keineswegs ausschließlich) Schulkinder. Die polizeiliche Kriminalstatistik hat sich in den letzten Jahren nicht wesentlich verändert. Allerdings ist ein sehr großes Dunkelfeld zu konstatieren (vgl. Tsokos/Guddat 2015).

Sehr viel höhere Zahlen werden von verschiedenen Kinderschutzeinrichtungen, von Ministerien und auch vom Deutschen Kinderschutzbund genannt. Extreme Einschätzungen sprechen von mehreren Hunderttausend Fällen von Kindesmisshandlung jährlich. Hier ist allerdings ausdrücklich vor der unkritischen Übernahme von geschätzten Zahlen zu warnen, die durch keine wissenschaftlich fundierte Dunkelfeldforschung belegt sind. Auch ein realer Anstieg der Prävalenz von Kindesmisshandlungen ist in den letzten beiden Jahrzehnten nicht zu objektivieren. Steigende Fallzahlen (z.B. beim sexuellen Missbrauch) sind nach Einschätzung von Fachleuten einer höheren Aufdeckungsrate sowie verstärkter öffentlicher Diskussion zuzuschreiben.

Bedenklich erscheint, dass bei Umfragen bei niedergelassenen Ärzten (auch Kinderärzten) ein hoher Prozentsatz der Befragten angab, noch nie mit dem Problem konfrontiert worden zu sein. Andererseits zeigte ein früheres kinderärztliches Projekt mit sogenannten Beobachtungspraxen in Hamburg, dass die Zahl der festgestellten Verdachtsfälle bei vermehrter Sensibilität der Untersucher deutlich zunahm.

Völlig ungeklärt ist die Häufigkeit seelischer Misshandlung. In der Literatur wer-

¹ Senatsdrucksache Nr. 2014/01366 vom 18.06.2014.

Lieblingsorte für Stressgeplagte

So schön sind Lokstedts Parks

Das althochdeutsche "Lo" im Namen Lokstedt weist auf Wald hin, was viele Hamburger durchaus für eine kurze Auszeit zu schätzen wissen. Noch 1922 gab es acht größere Parks in Lokstedt, die von reichen Hamburger Kaufleuten als Sommer-sitz genutzt wurden. Drei von ihnen sind erhalten geblieben: der Von-Eicken-Park, indem die Schillingbek, ein Nebenbach der Kollau, zu einem Teich aufgestaut ist, der heute verwilderte Willinks Park und auf der Lieth, einem Hügel an der Grenze zu Stellingen, der großzügige Amsinckpark. In den 1960er Jahren entstand an einem Zufluss der Schillingbek der Lohbekpark. In unserer Serie über Lokstedts Parks präsentiert sich heute der Amsinckpark.



Malerisch ragt die Wald-buche mit ihrem üppigen Wuchs über alle Bäume im Amsinck Park hinweg

Der Amsinckpark

Allein beim Betrachten der wohlthuenden Umgebung mit einer sonnigen hügeligen Wiese auf dem Hügel, von Hecken und Bäumen umsäumt, steigt die Stimmung. Betritt man den 5,9 Hektar großen Amsinckpark von der U-Bahnstation Hagendeel aus, so lässt sich kaum erahnen, dass es auf einer kleinen Anhöhe eine wunderschöne Villa gibt, in der Kaiser Wilhelm II gern zu Gast war.



Acht farbige Metallskulpturen von Arthur Boltze schmücken seit 1991 den Park

Verfügung gestellt. Seitdem ist das Gelände, das zu einem Waldkauz-Revier gehört, frei zugänglich und wird von Kunstobjekten geprägt, die von den Bildhauern Arthur und Martin Boltze 1991 aufgestellt wurden. Die Stahlskulpturen wurden im Jahr 2000 bunt angestrichen und seitdem nicht mehr gepflegt. Seit 1993 stehen sowohl der Park als auch die Villa unter Denkmalschutz.

Nach jahrelangem Leerstand soll sich nun der trostlose Zustand der Villa ändern. Die Rudolf-Ballin-Stiftung wird in dem Gebäude eine Kindertagesstätte mit 90 Plätzen unterbringen. Außerdem möchte die Stiftung die Räume im Erdgeschoss Bürger- und gemeinnützigen Vereinen zur Verfügung stellen. Ferner soll im Turm ein kleines Trauzimmer eingerichtet werden. Die Sanierungsarbeiten der geschichts-trächtigen neoklassizistischen Villa ziehen sich aber auch schon seit geraumer Zeit in die Länge.

Nachdem die Stadt im Jahr 1956 den Park erworben hatte, wurde er in Teilen bebaut und ansonsten der Öffentlichkeit zur

den eklatante Fälle (Freiheitsbeschränkung, Diffamierung, Demütigung der Kinder von zum Teil sadistischem Ausmaß) beschrieben. Insbesondere kinderpsychiatrische Erfahrungen sprechen dafür, dass die Problematik der seelischen Misshandlung von erheblicher Relevanz ist.

Internationaler Vergleich: Im westlichen Ausland (z. B. USA, Großbritannien, Niederlande) ist das Thema der Misshandlung von Kindern und Jugendlichen in Wissenschaft, Öffentlichkeit und Politik schon viel früher aus dem Schattendasein eines gesellschaftlichen Tabuthemas herausgetreten. In den USA wird Kindesmisshandlung als sozialpolitisches Problem erster Ordnung („National Emergency“) eingeschätzt. Hier wurden auch umfangreiche Untersuchungen über die Inzidenz und Prävalenz von sexuellem Missbrauch durchgeführt.

In der öffentlichen Wahrnehmung (vor allem durch die Darstellung in den diversen Medien) entsteht der Eindruck, Fälle von Kindesmisshandlung seien in Hamburg besonders häufig. Zu diesem Eindruck trägt auch bei, dass einzelne spektakuläre Fälle hier sehr breit in den Medien und auch im politischen Raum diskutiert wurden (z. B. „Jessica“, „Lara Mia“, „Chantal“, „Yagmur“, „Tayler“).

Handeln bei Kindeswohlgefährdung aus Sicht der Jugendhilfe

So wie für einen Mediziner die Definition von Kindesmisshandlung, wie es das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (heutige Bezeichnung) bereits 1979 beschrieben hat, im Hinblick auf Beweisfragen im forensischen Sinn kaum brauchbar ist, so schwierig ist es für den Sozialpädagogen zu entscheiden, in welcher Form und zu welchem Zeitpunkt im Sinne des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung (§ 8a SGB VIII) entsprechende Maßnahmen bis hin zum Sorgerechtsverfahren eingeleitet werden müssen. Dies insbesondere deshalb, weil das Erkennen des richtigen Zeitpunktes von unterschiedlichen Faktoren abhängig ist.

Es ist für den einzelnen Sozialpädagogen sicherlich hilfreich, wenn durch gesetzliche Vorgaben, Verwaltungsvorschriften und Handlungsempfehlungen ein Handlungsrahmen zur Verfügung steht, wie bei Fragen der Kindeswohlgefährdung zu verfahren ist. Allerdings können sie auch zum Nachteil werden, wenn sie durch ihre Ausführlichkeit und Länge den Praktiker in ein Korsett zwingen, fehlervermeidend zu agieren. Dies könnte den Sozialpädagogen dazu verleiten, in kritischen Momenten der Kindeswohlgefährdung schon aus persönlichen Gründen heraus im Sinne der Vorschrift und nicht aus fachlicher Überzeugung zu handeln.

Pädagogische Entscheidungen unterliegen in erster Linie immer noch der fachlichen Einschätzung des verantwortlichen (fallzuständigen) Sozialpädagogen. So ist er vor dem Hintergrund des verfassungsrechtlichen Gebots, dass Pflege und Erziehung der Kinder das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht ist (Artikel 6 Absatz 2 GG), einerseits gehalten, alle Möglichkeiten der Jugendhilfe, wie sie im SGB VIII vorgesehen sind, auszuschöpfen mit dem Ziel, Eltern zu befähigen, ihre „Erziehungspflicht“ zum Wohle des Kindes eigenverantwortlich wahrzunehmen. Andererseits ist er im Sinne der „Garantenpflicht“ des Jugendamtes verpflichtet, den Anspruch des Kindes auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit (§ 1 Absatz 1 SGB VIII) sicherzustellen. Inwieweit Eltern vor dem Hintergrund ihrer sozialen Beziehungsfähigkeit dazu in der Lage sind und ob andererseits dem Kind ein solches „Hilfesetting“ noch zugemutet werden kann, unterliegt letzt-

endlich nicht formalen Kriterien, sondern dem „Gespür“ des Sozialpädagogen. Solche Entscheidungen sind geprägt von den Erfahrungswerten des einzelnen Sozialpädagogen ebenso wie von den organisatorischen und strukturellen Rahmenbedingungen des Alltags. Nicht zuletzt erfordert es neben seiner fachlichen Kompetenz auch Mut und Selbstbewusstsein, sich gegen die Eltern in der entstehenden Konfliktlage durchzusetzen. Es gilt der folgende Grundsatz: Im Mittelpunkt steht das Wohl des Kindes. Denn ein solches Abwägen zwischen den unterschiedlichen Interessenlagen der Beteiligten und den denkbaren Handlungsmöglichkeiten, die ggf. situationsbedingt auch von unzureichenden diagnostischen Informationen geprägt sind, unterliegt auch dem Risiko des Scheiterns.

In solchen Momenten muss der für das Wohl des Minderjährigen verantwortliche Akteur der Jugendhilfe wissen, dass Dienstvorgesetzte und politisch Verantwortliche anerkennen, dass er mit seinen Bemühungen, im Sinne des Kindeswohles zu handeln, scheitern kann. Dies bedeutet nicht, dem Sozialarbeiter für sein Handeln eine generelle Absolution zu erteilen. Vielmehr muss er auch alle Anstrengungen unternehmen, sich in seiner Haltung in Bezug auf seine Rolle und Funktion als Verantwortlicher eines öffentlichen Trägers der Jugendhilfe immer wieder neu zu qualifizieren. Dies gilt auch und insbesondere für das Kennen der rechtlichen Handlungsspielräume im Spannungsfeld zwischen dem Eltern- und Kindesrecht.

Die Kooperationsvereinbarung zwischen dem UKE (Institut für Rechtsmedizin) und der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BAS-FI), dem Kinder- und Jugendnotdienst (KJND) des Landesbetriebes Erziehung und Beratung sowie den Bezirksämtern der Freien und Hansestadt Hamburg vom Mai 2014

Sowohl aus rechtsmedizinischer Sicht als auch aus Sicht der Jugendhilfe ist festzustellen, dass in Hamburg eine vorbildliche Regelung für die Zusammenarbeit zwischen den Fachkräften des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD) der Bezirksämter, des Familieninterventionsteams der BASFI (FIT) sowie des KJND einerseits und den Ärztinnen und Ärzten des Kinder-

kompetenzzentrums am Institut für Rechtsmedizin andererseits im Hinblick auf Verdachtsfälle einer Kindeswohlgefährdung existiert. Die Kooperationsvereinbarung aus dem Jahre 2014 (erarbeitet nach dem Tod der 3-jährigen Yagmur) strukturiert das Handeln im fachlichen Alltag und unterstützt eine transparente, nachvollziehbare und verbindliche Zusammenarbeit. Die Kenntnis und Akzeptanz der jeweiligen Aufgaben und Zuständigkeiten, der Handlungsmöglichkeiten und Grenzen beider Fachdisziplinen wurden hierdurch wesentlich gestärkt.

Zielgruppe sind Kinder und Jugendliche ab der Geburt bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,

- bei denen Verdacht besteht, dass sie vernachlässigt, misshandelt, sexuell missbraucht worden sind,
- die selbstverletzendes Verhalten zeigen und/oder
- Verletzungen mit ungeklärten Ursachen aufweisen.

Im Rahmen einer Inobhutnahme ist bei Hinweisen auf körperliche Misshandlung oder Vernachlässigung in der Vorgeschichte oder mit Bezug zu dem aktuellen Anlass grundsätzlich eine Vorstellung im Kinderkompetenzzentrum des Instituts für Rechtsmedizin anzustreben. Hierzu zählt z.B. auch der Verdacht auf eine nicht altersgerechte und/oder nicht medizinisch

indizierte Gabe von Medikamenten oder schädlichen Substanzen. In der Kooperationsvereinbarung sind auch die rechtlichen Voraussetzungen für die Einschaltung des Kinderkompetenzzentrums durch den ASD und weitere Aufgaben des Kinderkompetenzzentrums detailliert niedergelegt.

Die in Hamburg unterzeichnete Kooperationsvereinbarung wird nach unseren Erfahrungen in der Rechtsmedizin bundesweit als vorbildlich eingeschätzt. Ähnlich weitgehende Vereinbarungen sind uns aus anderen Bundesländern nicht bekannt. Die Zahl der ärztlichen (rechtsmedizinischen) Untersuchungen bei Verdacht auf Kindesmisshandlung, Vernachlässigung oder sexuellen Missbrauch ist in Hamburg eindeutig höher als anderswo.

Die Untersuchungszahlen und eingesetzten Ressourcen im Kinderkompetenzzentrum des Instituts für Rechtsmedizin sind seit Unterzeichnen der Kooperationsvereinbarung nochmals sprunghaft angestiegen. Zuletzt wurden im Jahre 2016 875 Untersuchungen durchgeführt. Für die Untersuchung der Kinder und Jugendlichen stehen neben Ärztinnen/Ärzten mit der Facharztqualifikation Rechtsmedizin jetzt auch zwei Ärztinnen für Kinderheilkunde zur Verfügung. Es besteht eine 24-h-Dienstbereitschaft.



Rechtsmedizinisches Untersuchungsspektrum

Das Kinderkompetenzzentrum im Institut für Rechtsmedizin ist jederzeit erreichbar, verfügt über eine eigene Ambulanz im Institut für Rechtsmedizin sowie eine Dienstbereitschaft, um jederzeit z.B. auch in anderen Hamburger Krankenhäusern Untersuchungen von Kindern durchzuführen. Hervorzuheben ist, dass alle Kinderkliniken in Hamburg inzwischen sogenannte Kinderschutzgruppen eingerichtet haben. Hier kümmern sich Pädiater, Psychologen, Sozialarbeiter und ggf. auch andere Fachdisziplinen sehr engagiert um alle Verdachtsfälle von Kindesmisshandlung. Standardisierte Handlungsabläufe und diagnostische Maßnahmen sind etabliert; hierin einbezogen ist auch das Kinderkompetenzzentrum am Institut für Rechtsmedizin, welches konsiliarisch hinzugezogen wird.

Besteht ein Verdacht auf Kindesmisshandlung, geht die Rechtsmedizin folgendermaßen vor:

- Ganzkörperuntersuchung des vollständig entkleideten Kindes mit Wiegen und Messen
- sehr kritische Prüfung/Rekonstruktion des Verletzungsmusters im Hinblick auf die geschilderte Version des Geschehens
- Dokumentation sämtlicher Verletzungen (Fotos mit Maßstab)
- Spurensicherung, z.B. Abstriche bei Sexualdelikten
- unter Umständen Laboruntersuchungen zur Überprüfung einer eventuellen Blutungsneigung
- radiologische Untersuchungen unter dem Aspekt eines sogenannten „Battered Child Syndrom“.

Neuroradiologische Untersuchungen speziell bei Verdacht auf Schütteltrauma

- eventuelle Konsiliaruntersuchungen (z.B. durch Chirurgie, innere Medizin, Kinderarzt, Dermatologie, Augenarzt)
- in fraglichen oder unsicheren Fällen wiederholte Kontrolluntersuchungen
- Untersuchung der Geschwisterkinder
- Hinzuziehen der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Beratung mit den sozialen Diensten (Jugendamt) zur Abklärung der häuslichen Situation
- als Ultima Ratio bei konkreter Gefährdungslage für das Kind ausnahmsweise auch Information von Polizei und Staatsanwaltschaft (hierfür wurde ein differenzierter Entwicklungskatalog abgestimmt)

Auf die notwendigen Untersuchungen bei Verdacht auf sexuelle Gewalteinwirkung sei gezielt hingewiesen: Besteht der Verdacht auf einen sexuellen Missbrauch, ist eine Untersuchung des Kindes zwingend notwendig. Diese darf aber nie gegen den Willen des Kindes stattfinden. Die Ärztinnen im Institut für Rechtsmedizin haben sich inzwischen ein umfangreiches Erfahrungsspektrum und alle notwendigen Untersuchungstechniken auch bezüglich der Untersuchung kleiner Mädchen angeeignet. Hingewiesen sei darauf, dass objektive Untersuchungsbefunde (z.B. Genitalverletzungen, Geschlechtskrankheiten, Spermienachweis) nur extrem selten erhoben werden, dies schließt nicht aus, dass es zu einem sexuellen Missbrauch gekommen ist, da die meisten Missbrauchsformen keine Spuren am kindlichen Körper hinterlassen.

Es muss eine ausführliche schriftliche Dokumentation aller Befunde sowie farbtreue Fotodokumentation (mit Maßstab!) erfolgen. Pauschale Beschreibungen wie „zahlreiche Prellungen und Schürfungen“ sind als Grundlage der Diagnosestellung einer Kindesmisshandlung und insbesondere auch als eventuelles Beweismittel ungeeignet. Röntgenologische Untersuchungen des gesamten Skelettsystems zum Nachweis alter Frakturen können insbesondere bei Kindesmisshandlung durch stumpfe Gewalteinwirkung notwendig werden. Bei unklaren neurologischen Symptomen (z.B. bei einem sogenannten Schütteltrauma der Säuglinge) sowie zur differentialdiagnostischen Abklärung von Hauterkrankungen und Blutungsneigung sind in Einzelfällen weitere konsiliarische Zuweisungen und Laboruntersuchungen nötig. Neben der selbstverständlichen medizinischen Versorgung gehört die Berücksichtigung der weiteren Situation des Opfers zur sozialmedizinischen Verantwortung des Arztes. Jeder Einzelfall bedarf einer sorgfältigen Abwägung nach Schweregrad der Verletzungen, Wiederholungsgefahr, häuslichem Milieu ect. Dem Arzt wird die immer stärker werdende, u. U. vitale Gefährdung des Kindes besser bewusst als den Sozialarbeitern.

Der nicht rechtsmedizinisch ausgebildete Arzt soll deskriptiv dokumentieren, auf unmittelbare Schlussfolgerungen und Bewertungen jedoch verzichten. Im Prinzip kann allerdings jeder Arzt die rechtsmedizinische Untersuchungstechnik und Dokumentation anwenden, wenn er sich entsprechend weiterbildet. Zu bedenken ist, dass gerade im Zusammenhang mit Gewalt (dies gilt insbesondere für Kindesmisshandlung und sexuellen Missbrauch, speziell z.B. auch beim sogenannten Münchhausen-Syndrom) sehr häufig falsche Angaben zur Vorgeschichte gemacht werden. Der Arzt darf Schilderungen über angebliche Verletzungsmechanismen nicht ungeprüft übernehmen (z.B. Sturz vom Wickeltisch, Fahrradunfall, Auseinandersetzung mit anderen Kindern), sondern er muss sie in Beziehung setzen zur rekonstruktiven Analyse des Verletzungsmusters – im Hinblick auf die sogenannten „W-Fragen“: Wer hat wann und wo wie oft, wie heftig und womit und in welcher Reihenfolge auf welche Körperregionen eingewirkt?

Das Kinderkompetenzzentrum (Kinderkompt) am Institut für Rechtsmedizin des UKE (Adresse: Butenfeld 34, 22529 Hamburg) ist für die Untersuchung von Kindern beim Verdacht auf Vernachlässigung, Kindesmisshandlung und sexuellen Missbrauch folgendermaßen zu erreichen: Koordinatorin: PD Dr. Dragana Seifert, Tel.: 040 7410-53132/-52127, mobil: 0172 4268090 (auch nachts und am Wochenende), E-Mail: d.seifert@uke.de – kostenlose gerichtsmedizinische Untersuchung, Beweismittelsicherung und -dokumentation, keine Anzeigepflicht. Ärzte können sich kollegialen Rat einholen – auch ohne Nennung des Patientenmens. Für eine gerichtsmedizinische Untersuchung bedarf es der Zustimmung der Eltern – gegen ihren Willen nur über einen familiengerichtlichen Beschluss oder über eine Inobhutnahme des Jugendamtes.

Sozialpädagogisches Verfahrensspektrum bei Kindeswohlgefährdung

Grundlage für die Wahrnehmung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung ist § 8a SGB VIII. Er beschreibt sehr präzise, wie beim Erkennen gewichtiger Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen zu verfahren ist. Ein Kernstück der Abklärung ist, das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte einzuschätzen. Dies kann beim Erkennen von körperlicher oder seelischer Misshandlung, von Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch bedeuten, eine medizinische Untersuchung im Sinne der Kooperationsvereinbarung anzustreben. Und dies wiederum schließt nach vorliegendem Ergebnis nicht aus, ein Sorgerechtsverfahren gegen die Eltern beim Familiengericht einzuleiten. Dies erfolgt in der Regel durch den ASD. In einer solchen Situation ist es notwendig, dass der das Sorgerechtsverfahren initiiierende Sozialpädagoge über

ausreichende verfahrensrechtliche Kenntnisse verfügt, um im familiengerichtlichen Verfahren die Kindeswohlinteressen vertreten zu können. Andererseits sind Familiengerichte aufgefordert, ihre Entscheidungspraxis mehr am Kindeswohl zu orientieren und familienrechtliche Ermessensspielräume zu nutzen. Denn auch Kinder haben Grundrechte auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Absatz 2 GG). Um die Praxis und das gegenseitige Verständnis zu verbessern, sollten regelmäßige und anlassbezogene interdisziplinäre Fachkonferenzen mit Jugendämtern (ASD), Familiengerichten, Polizei, Staatsanwaltschaft und Ärzten/Gerichtsmedizinern zur Qualifizierung im Umgang mit Kindeswohlgefährdung und Verbesserung der Zusammenarbeit unter Berücksichtigung der jeweiligen Rollen und Verantwortlichkeiten stattfinden.

Um so frühzeitig wie möglich Sozialpädagogen mit den realen Problemen der Kindeswohlgefährdung vertraut zu machen, sollte im Kontakt zu Hochschulen für Sozialpädagogik Einflussnahme auf den Studienplan genommen werden. Dies kann über die Vergabe von Bachelor-Arbeiten oder in Form von Seminarangeboten mit Praktikern der Jugendhilfe und aus dem Gesundheitssystem erfolgen. Darüber hinaus sollten Themen aus den Rechtsbereichen (SGB VIII, BGB, FamFG, KKG und des Gesundheitswesens) eine stärkere Berücksichtigung finden sowie Seminare in Gesprächsführung im Zusammenhang mit Kontroversen mit Eltern, Anwälten, Familiengerichten unter Berücksichtigung der jeweiligen Rollen angeboten werden.

Fazit

Für uns gilt, was der Präsident der Ärztekammer Hamburg und der Bundesärztekammer, Professor Dr. Frank Ulrich Montgomery, klar ausgesprochen hat: „Kinderschutz und Schweigepflicht dürfen

nicht gegeneinander ausgespielt werden. Das Kindeswohl kommt zuerst.“ (Hamburger Ärzteblatt 11/14, 20.11.2014.) Nur durch eine multiprofessionelle Kooperation kann das komplizierte Bedingungsgefüge von Gewalt in der Familie durchbrochen werden. Ein Netzwerk der Hilfe ist aufzubauen. Der einzelne Arzt ist hierbei überfordert. Der konsiliarisch hinzugezogene Rechtsmediziner kann aufgrund seiner Unabhängigkeit sowie durch viele spezielle Kontakte zu den verschiedenen sozialen Diensten und zum Familiengericht eine sehr wichtige Position im Fallmanagement einnehmen. Die in Hamburg prinzipiell vorhandenen sehr guten Kooperationsmöglichkeiten zwischen den sozialen Diensten und der Rechtsmedizin sollten zukünftig durch weiter intensivierete Dialoge, Fortbildungsmaßnahmen und vertrauensvolle Kooperation weiter verbessert werden.



Prof. Dr. Klaus Püschel

Direktor des Instituts für Rechtsmedizin – Uni-Klinik Hamburg



Helmut Eidenmüller

Deutscher Familienverband, Landesverband Hamburg e.V.

Literatur

1. Kooperationsvereinbarung zwischen dem Institut für Rechtsmedizin am UKE und der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASFI), dem Kinder- und Jugendnotdienst (KJND) des Landesbetriebes Erziehung und Beratung sowie den Bezirksämtern der Freien und Hansestadt Hamburg vom Mai 2014
2. Püschel, K., (2004) Kindesmisshandlung. In: Brinkmann, B., Madea, B., „Handbuch gerichtliche Medizin“, S. 1.153–1.170. Springer Verlag, Berlin/Heidelberg
3. Püschel, K., Görndt, J., (2008) Sexueller Kindesmissbrauch – Die Perspektive der Rechtsmedizin. In: Weisser Ring (Hrsg.), „Kinder und Jugendliche als Opfer von Sexual- und Gewaltdelikten“, S. 56–62
4. Püschel, K., Kröger, A., Schröder, C., (2014) Wie können wir Kinder besser schützen? Hamburger Ärzteblatt 68 (11), S. 15–18
5. Püschel, K., Seifert, D., Heinemann, A., (2006) Rechtsmedizinische Hilfe für Gewaltopfer. die neue polizei 56 (3), S. 24–27
6. Tsokos, M., Guddat, S., (2014) Deutschland misshandelt seine Kinder. Droemer Verlag, München 2014