

## 6 Die tödliche Kindesmisshandlung: kriminologische und rechtsmedizinische Aspekte

Rudolf Wegener, Fred Zack

### 6.1 Häufigkeitsangaben und reale Fallzahlen

Kindesmisshandlungen mit Todesfolge lösen öffentliche Bestürzung und Empörung aus. Jeder Fall wird in den Medien wiederholt ausgebreitet: Zunächst mit Auffinden des Opfers, später mit Eröffnung der Hauptverhandlung vor Gericht und schließlich mit der Urteilsverkündung. Bereits die Namen der getöteten Kinder, wie Nadine (Gifhorn 2007), Kevin (Bremen 2006) oder Jessica (Hamburg 2005) sind zum Synonym für bestimmte Begleitumstände eines Falles geworden.

Die Deutsche Kinderhilfe e. V. sieht vor dem Hintergrund regelmäßig wiederkehrender Pressemeldungen über tödliche Folgen die Misshandlung von Jungen und Mädchen als „nationale Katastrophe“ (Deutsche Kinderhilfe Direkt 2007); Angela Merkel (CDU) hat mehr gesellschaftliche Verantwortung angemahnt (Merkel 2006).

Indes liegen von amtlicher Seite keine statistischen Angaben zur Häufigkeit tödlicher Folgen der Kindesmisshandlung vor. Ein staatliches Meldesystem existiert nicht. Im Zweiten Periodischen Sicherheitsbericht der Bundesministerien des Inneren und der Justiz (Bundesministerium des Inneren, Bundesministerium der Justiz 2006) wird deshalb eine Studie der UNICEF beigezogen (UNICEF Innocenti Report Card Nr. 5 2003). Danach liegt Deutschland mit einer Inzidenz von 0,8 pro 100.000 Kinder im vorderen Mittelfeld der OECD-Länder. Mit den höchsten Raten sind Portugal (3,7), Mexiko (3,0) und die USA (2,4) belastet. In die UNICEF-Statistik gehen ebenso Fälle mit juristisch festgestellter Misshandlung

ein („death from maltreatment“), wie Kasuistiken ungeklärter Motivationsstruktur („death of undetermined intent“). Diese Angaben unterscheiden sich nicht grundlegend von den erfassten Straftaten der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) (Bundeskriminalamt 2006), in der die Opferzahlen für die Altersbereiche „< 6 Jahre“ und „< 14 Jahre“ nach den Tatbeständen Mord, Totschlag und Körperverletzung mit Todesfolge gelistet sind. Für das aktuelle Berichtsjahr 2005 sind 75 Kinder unter 6 Jahren und 30 Kinder unter 14 Jahren (insgesamt: 105 Opfer) an den Folgen von Misshandlung und Vernachlässigung gestorben. Die jährliche Inzidenzrate der Todesfälle beträgt danach *0,84 pro 100.000 Kinder*.

**Das Hellfeld der polizeilich registrierten Opfer der Misshandlung Schutzbefohlener hat in der Bundesrepublik Deutschland zwischen 1993 und 2005 von 2000 auf 3500 Fällen zugenommen (Bundeskriminalamt 2006). Daraus ist nicht zwingend ein Zuwachs der Opfergefährdung herzuleiten. Die verstärkte öffentliche Wahrnehmung der Kindesmisshandlung und die Novellierung des § 1631 Abs. 2 BGB im Jahre 2000 (Recht auf gewaltfreie Erziehung) mit einem deutlichen Anstieg der Fallzahlen in den Jahren 2001–2003 dürften auf eine erhöhte Bereitschaft zurückzuführen sein, einen Verdacht auf Kindesmissbrauch auch anzuzeigen (Bussmann 2002a).**

So besteht nach Schülerbefragungen (Bussmann 2005) ein stark rückläufiger Trend von Züchtigungshandlungen zwischen 1992–2005 bei folgenden Formen elterlicher Gewalt:

- schallende Ohrfeige: 43,6 % → 16,5 %
- kräftige Stockschläge auf den Po: 41,3 % → 4,5 %
- Tracht Prügel mit Bluterguss: 30,6 % → 4,9 %.

Bei Annahme einer Dunkelziffer von mehr als 90 % nach Gewalthandlungen gegen Kinder mit erkennbaren Verletzungsfolgen könnte die Relation zwischen tödlichen und nicht-tödlichen Folgen schwerer physischer Gewalt gegen Kinder auf 1:300 (500) geschätzt werden. Dieses Verhältnis steht zwar in Übereinklang mit Studien aus Frankreich und Kanada (UNICEF Innocenti Report Card Nr. 5 2003), ist jedoch bei stark divergierenden kriminologischen Angaben zum Dunkelfeld mit einem erheblichen Fehlrisiko belastet.

Todesfälle infolge von Mord, Totschlag und Körperverletzung sind in Deutschland gemäß PKS von 1,2 (1994) auf 0,7 (2005) pro 100.000 Einwohner zurückgegangen. Dieser Rückgang betrifft etwa in gleicher Anteiligkeit die Tötung nach Kindesmissbrauch. Im diametralen Widerspruch dazu steht die Medienpräsenz derartiger Fälle.

Allerdings geben die im rechtsmedizinischen und forensisch-psychiatrischen Schrifttum benannten Häufigkeiten von etwa 10–12 Tötungen im Jahr nicht annähernd die reale Dimension wieder (Banaschek und Madea 2007).

Diese nicht verifizierten Zahlenangaben sind vermutlich Herleitungen aus Verurteiltenstatistiken oder internen Umfragen. Allein die hohen Beweisforderungen im Strafverfahren können eine Verurteilung unmöglich machen, obwohl der polizeilich ermittelte Sachverhalt nicht in Zweifel zu ziehen ist.

## 6.2 Zum Ursachengefüge

Massive wiederholte physische Gewalt gegen Kinder findet bevorzugt im sozialen Nahbereich statt und richtet sich häufig auch gegen die Mutter: Kindesmissbrauch ist mithin Ausdruck der Schädigung von Familien- bzw. Partnerschaftsstrukturen. Die Ursachen gehen weit über den Nahbereich hinaus („WHO-Report *Global Burden of Disease*“). Bereits die deutlich erhöhte Rate an Gewaltopfern in Ländern mit niedrigem und mittlerem Pro-Kopf-Einkommen gegenüber finanzstarken Staaten (32,1 versus 14,4 pro 100.000 Einwohner) (World Health Organization 2002) verdeutlicht den sozioökonomischen Hintergrund von Aggressionshandlungen. Der WHO-Report versteht Gewaltfolgen als „social diseases“ und definiert für die Verursachung von familiärer Gewalt 4 Ebenen (*ecological model*):

- Individuum
- sozialer Nahbereich
- soziales Umfeld
- Gesellschaft

Das weit gefasste WHO-Gewaltmodell lässt sich durch kriminologische Forschungsergebnisse untersetzen (modifizierte Übersicht nach Schneider 2001, Franke et al. 2004):

### (I) Persönliche Ebene (Individual) → Alter, Bildung, Einkommen

- psychopathologische Komponente (relevant)
  - Persönlichkeitsstörungen von Krankheitswert
  - Einflussgröße: Alkohol-/Drogenmissbrauch
- ökonomische Deprivation (hoch relevant)
  - „sozialer Stress“, ökonomische Zwänge
  - Einflussgröße: Alkohol-/Drogenmissbrauch
- Psychodynamische Theorien → Zurückweisung des Täters in der Kindheit, Suche nach entgangener Zuwendung (Stellenwert umstritten)

### (II) Sozialer Nahbereich (Relationship) → Familie, Intimpartner, Kollegen, Bekannte

- Übertragung von Gewalterfahrungen (relevant)
  - „Familien-Gewalt-Zyklus“
  - Einflussgröße: Alkohol-/Drogenmissbrauch

- sozialpsychologische Ressourcen-Theorie → Gestörter Zusammenhalt der Partnerschaft/Familie durch physische Gewalt (relevant)
  - Täter ohne „Machtressourcen“
  - Einflussgröße: Alkohol-/Drogenmissbrauch
- Lern- und Interaktionstheorien → Kausalkette von Fehlhandlungen und Fehlreaktionen (relevant)
  - Erfahren der „Nützlichkeit“ von Gewalt
  - Erlernen des „Hinnehmens“ von Gewalt
  - Einflussgröße: Alkohol-/Drogenmissbrauch

### (III) Soziales Umfeld (Community) → Schulen, Arbeitsplätze, Nachbarn

- Ausgrenzung und kulturelle Viktimisierung von (Migranten-)Familien (relevant)
  - Anwendung von Gewalt als Gegenentwurf zu Stereotypen von öffentlicher und staatlicher Gewalt
- Setting für Gewalt → Ballungsgebiete, Arbeitslosigkeit, Drogenhandel, Kriminalität (hoch relevant)

### (IV) Gesellschaftliche Faktoren (Society) → Gesundheits- und Bildungspolitik, soziale und kulturelle Normen, Konfession

- nachrangige Beachtung des Kindeswohls → Mangel an Hilfsangeboten, strukturelle Defizite bestehender sozialer Dienste (relevant)
- kulturelle Verwurzelung des „Züchtigungsgebotes“ als Erziehungsmaßnahme (Stellenwert umstritten)

Die vorstehend skizzierten Einflussfaktoren/Hypothesen sollen das komplexe Ursachegefüge aufzeigen.

**Rasch wirksame Präventionsansätze müssen folglich den gesamten sozialen Nahbereich einschließen. Dazu gehören insbesondere Maßnahmen der Partner- bzw. Familientherapie. Medienberichte, die die Datenlage verzerren oder durch Gräuelerichterstattung so genannte Problemfamilien ausgrenzen, erschweren den Zugang zur Präventionsarbeit.**

Inwieweit ein nach dem Tode von Kevin aus Bremen 2006 erneut gefordertes, bereits in der Schwangerschaft einsetzendes Risikomanagement angemessen und politisch umsetzbar ist (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2007), bleibt abzuwarten. Staatliche Präventionsprogramme sollten jedoch zumindest

- eine jährliche kinderärztliche Pflichtuntersuchung umfassen und
- verbesserte juristische Voraussetzungen für eine aufsuchende Hilfe in Verdachtsfällen schaffen.

Gewalt gegen Kinder geht in vergleichbarem Ausmaß von Männern und Frauen aus, wenn die sexualisierte Gewalt außer Acht gelassen wird (Bundeskriminalamt 2006). Die tödlichen Misshandlungen werden bevorzugt von dem aktuellen Lebensgefährten der Kindesmutter verursacht, der mindestens in der Hälfte der Fälle nicht Erzeuger des Opfers ist. Die Getöteten sind in über 90 % der Fälle in dem besonders schutzbedürftigen Alter unter 3 Jahre (Franke et al. 2004, Püschel 2004, Trube-Becker 1982). Die Mutter ist Mitopfer, wenn sie Misshandlungen gegen ihr Kind, die nicht selten auch gegen die eigene Person gerichtet sind, aus physischer Unterlegenheit oder aus sonstigen Gründen nicht verhindern kann. Sie wird jedoch zur Mittäterin, wenn sie die Gewalthandlungen gegen das Kind billigend duldet. Hierzu existiert eine umfangreiche Kasuistik.

In den selteneren Fällen der tödlichen Vernachlässigung dominieren die Tatanteile der Kindesmütter (Banaschek und Madea 2007, Püschel 2004, Trube-Becker 1982).

### 6.3 Rechtsmedizinische Typologie letaler Kindesmisshandlungen

Kindesmissbrauch manifestiert sich in vielen Varianten physischer, psychischer und sexueller Traumatisierung – letztere nicht Gegenstand dieses Beitrages –, die fließend ineinander übergehen können. Um das breite Schädigungsspektrum zu erfassen, hat Herrmann angeregt (Herrmann 2005), den klassischen Terminus „battered child syndrome“ nach Kempe et al. (1962) durch den nicht präjudizierenden, aus dem angelsächsischen Sprachraum stammenden Oberbegriff „nicht unfallbedingte Verletzung“ („non accidental injury“) zu ersetzen.

Das tödlich verlaufende „Syndrom der Kindesmisshandlung“ ist durch folgende Typologie gekennzeichnet:

- *direkte Gewaltausübung*, neben der „klassischen“ mechanischen Gewalt auch Formen der thermischen Einwirkung (Hypothermie, Hyperthermie ggf. mit Verbrühungen sowie Intoxikationen, Verätzungen etc.)
- *indirekte Schädigung* durch Entzug des erforderlichen Mindestumfangs an Pflege einschließlich Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr → Todesursächliche Ereignisse: interkurrende Infekte, Verdursten ggf. in Kombination mit Inanition, Hypothermie etc.

Todesfälle durch Kindesmisshandlung sind die führende Differenzialdiagnose bei Verdachtsfällen des „Plötzlichen Kindstodes“ (SID). Daher sollte bei unerwarteten Todesfällen im Kindesalter die Todesart als „ungeklärt“ kategorisiert werden (siehe hierzu auch den anderen Beitrag von Wegener und Zack in diesem Band).

Als Folgen des tödlichen Kindesmissbrauchs ohne äußerlich erkennbare Verletzungen kommen in Betracht:

- Schütteltrauma
- intrakranielle Blutungen nach stumpfer Gewalt

- Erstickten durch weiche Bedeckung
- breitflächig einwirkendes Drosselwerkzeug
- Umfassen des kindlichen Hals mit flächiger Druckausübung
- Thoraxkompression durch großflächige Druckausübung oder Körperlast
- Ertränken durch Flüssigkeitszufuhr
- Hyperthermie
- Intoxikation

***Bei tödlichem Kindesmissbrauch mit bereits äußerlich erkennbaren Verletzungen*** ist das Schädigungsmuster nach Beschaffenheit, Lokalisation, Gruppierung, Ausformung sowie Färbung zu beschreiben sowie fotografisch und metrisch zu dokumentieren, da der Befund als Beweismittel gemäß §§ 244, 245 StPO vor Gericht Bedeutung erlangen kann. In allen Bundesländern Deutschlands sind von Behörden, Opferorganisationen und Kinderschutzverbänden etc. Informationsbroschüren veröffentlicht worden, die das Prozedere der ärztlichen Untersuchung und die damit verbunden juristischen Fragen umfassend darstellen.

Auf die aufwändige rechtsmedizinische Befundung von äußeren und inneren Verletzungen soll hier deshalb verzichtet werden. Nachfolgend sind die relevanten Schädigungsszenarien kategorisiert:

- stumpfe Gewalt überwiegend ohne geformte Verletzungen
  - Schleudern, Werfen, Stoßen etc. gegen ein flächiges Widerlager
  - direkte Schlagfolgen nach Einwirkung durch Faustschlag, Fußtritt o. ä.
  - Würgen, Halskompression durch starken Andruck mit und ohne Strangwerkzeug
- stumpfe Gewalt überwiegend mit geformten Verletzungen
  - Schlagen mit festen Werkzeugen, wie Stock, Handfeger etc.
  - Schlagen mit Band, Kabel etc.
  - einschnürendes Strangwerkzeug
  - Anprall gegen ein geformtes Widerlager
  - Bissverletzungen
- thermische Läsionen
  - Immersions- und Übergießungsverbrühungen
  - Kontaktverbrennungen
  - lokale Erfrierungen
- andere Gewalteinwirkungen
  - Einwirkung von Chemikalien
  - scharfe Gewalt, Schussverletzungen (selten)
  - Elektrizität (selten)

## 6.4 Sonderfall: Tödliches Schütteltrauma (SBS)

Spätestens seit dem Freispruch des britischen Au-Pair-Mädchens Louise Woodward, welche das Baby einer amerikanischen Anwaltsfamilie zu Tode geschüttelt haben soll, ist das Schütteltrauma (Synonyma: „Shaken Baby Syndrom“ (SBS), „Shake Impact Trauma“, „Abusive Head Injury“, „Inflicted Childhood Neutrauma“ etc.) einer weiten Öffentlichkeit bekannt (Lips 2002). Es waren in erster Linie Verfahrensmängel und wohl auch die Unkenntnis der Beschuldigten zur Gefährlichkeit dieser Gewaltanwendung, die zu dem überraschenden Verfahrensausgang geführt haben. Seither sind zahlreiche Informationskampagnen zum Schütteltrauma auf den Weg gebracht worden (Herrmann 2005). Das „Shaken Baby Syndrom“ wurde bereits in den 70er Jahren von Caffey (1972) und von Gutkelch (1971) beschrieben, denen die Koinzidenz von Subduralhämatomen, retinalen Blutungen und prognostisch ungünstigen diffusen Hirnschäden aufgefallen war. Etwa 10 % aller Todesfälle nach Kindesmisshandlungen werden dem Schütteltrauma zugerechnet (Herrmann und Sperhake 2005, Lips 2002). Wenngleich ein derartiger Anteil sehr hoch erscheint, ist er jedoch schwerlich zu widerlegen. So ist die morphologische Abgrenzung zu einem direkten Schädel-Hirn-Trauma, das etwa 75 % der Todesursachen nach Kindesmisshandlungen ausmachen soll (Lips 2002), insbesondere bei Verletzungen mit subduraler Blutung nicht immer möglich. Äußere Befunde können vollständig fehlen; die hinweisenden so genannten Haltegriffspuren im Schulter-Oberarm-Bereich werden aufgrund uncharakteristischer Ausformung und diskreter Ausprägung nicht selten verkannt. Schließlich kann das Schütteltrauma von einem Aufschlagen („impact“) auf eine weiche Oberfläche begleitet sein. Als finale Handlung eines Syndroms der Kindesmisshandlung kann es durch multiple vorbestehende Verletzungen überdeckt sein. Hierzu gehören u. v. a. Rippenfrakturen und verschiedene Frakturformen der langen Röhrenknochen (American Academy of Pediatrics 2000, Banaschek und Madea 2007, Böhm et al. 2006, Herrmann 2005, Trube-Becker 1982).

Die *Verursachung des Schütteltraumas* setzt ein *massives, wiederholtes Hin- und Herschütteln* des Kopfes bei Haltegriff an den Oberarmen/Schultern, seltener am Thorax voraus. Nach Schilderungen geständiger Täter und Berechnungen am Modell sollen die heftigen Schüttelbewegungen mit einer Frequenz von 2–3/ Sekunde etwa 5–10 Sekunden andauern. Der überproportional schwere Kopf bei noch schwach ausgeprägter Hals-/Nackenmuskulatur mit fehlender Kontrolle der Kopfhaltung einerseits und die erhöhte Vulnerabilität des flüssigkeitsreichen Gehirnes mit seiner entwicklungsbedingt verringerten Myelinisierung und Gliabildung andererseits begünstigen die Entstehung schwerer Hirnschäden (Herrmann und Sperhake 2005, Saternus et al. 2000). Die Übermächtigkeit des Täters kann allein daran deutlich gemacht werden, dass seine Körpermasse (Prämisse: 80 kg) zu der eines Säuglings (Prämisse: 4 kg) das 20-fache beträgt (Herrmann und Sperhake 2005).

Der nach vorn und hinten bis in eine Extremposition pendelnde Kopf wird abrupt gebremst, wobei erhebliche seitliche Auslenkungen aus der Sagittalebene hinzukommen. Die Abfolge von Akzeleration und Dezeleration in Kombination mit Rotationsbewegungen lässt durchaus einen Vergleich mit der biomechanischen Belastung eines nicht angeschnallten Pkw-Fahrers bei Kollisionsgeschwindigkeiten ( $\Delta t$ ) von 30–50 km/h zu.

Die Scherkräfte bewirken multiple Zerreißen der senkrecht verlaufenden venösen Gefäße zwischen den Hirnhäuten mit Ausprägung von subduralen und/oder subarachnoidalen Hämatomen. Unklar ist der Entstehungsmodus der etwa in 80 % der Fälle auftretenden begleitenden retinalen Blutungen (Herrmann 2005).

Gegenstand der wissenschaftlichen Diskussion sind unvermindert die *Mechanismen der Hirnschädigung*: Die klassische Theorie der „diffusen axonalen Traumatisierung“ geht von Rotations- und Scherkräften zwischen den Hirnstrukturen unterschiedlicher Architektur und Dichte aus. Durch multiple Abrisse von neuronalen Verbindungen kommt es zum diffusen axonalen Trauma („shearing injury“, „diffuse axonal injury“, „DAI“) (Duhaime 1992, Haseler et al. 1997, Saternus et al. 2000).

Die Theorie der „lokalisierten axonalen Traumatisierung“ am Übergang vom Hirnstamm zum Halsmark („Unified hypothesis“ nach Geddes [Geddes et al. 2001a, 2001b]) postuliert eine Schädigung des Atemzentrums mit konsekutiver traumatischer Apnoe. Dieses Konzept ist nicht unumstritten, weil es die häufig zu beobachtenden subduralen Blutungen nicht schlüssig erklären kann. Auch die in zwischen 65–95 % der SBS-Fälle nachweisbaren ophtalmologischen Blutungen lassen sich nicht als ausschließliche Hypoxiefolge interpretieren. Blutungen des Augenhintergrundes können einseitig vorkommen und – unabhängig von ihrer Massivität und Ausdehnung – prä-, intra- und subretinal auftreten. Netzhautablösungen und begleitende Glaskörperblutungen kommen wohl nur durch eine direkte Traumatisierung zustande (Herrmann und Sperhake 2005, Punt et al. 2004).

Es erscheint unwahrscheinlich, dass das heterogene klinische Bild eines überlebten Schleudertraumas mit leichten Auffälligkeiten wie Trinkschwäche, Schläfrigkeit etc. bis hin zu schweren neurologischen Schädigungen unterschiedlicher Provenienz wie Krampfanfälle, Bewusstseins- und Atemstörungen einer lokalisierten neuronalen Traumatisierung nach der Gedde-Hypothese zugeordnet werden kann.

**Der Sachverständige in foro muss sich mit den Entstehungsmechanismen und Begleitumständen im Detail auseinandersetzen, um etwaigen Schutzbehauptungen entgegentreten zu können. Grundsätzlich gilt, dass der zweifelsfreie Beweis einer tödlichen Kindesmisshandlung mit Zunahme des Kindesalters schwieriger wird:**



- Ein banaler Sturz aus geringer Höhe (< 120 cm) oder eine im Spiel ausgeübte mechanische Belastung (Hochwerfen und Auffangen etc.) ist nicht geeignet, tödliche Subduralblutungen oder sonstige todeswürdige Verletzungen herbeizuführen (Herrmann 2005, Lips 2002, Püschel 2004).
- Es ist unbelegt geblieben, dass Bagateltraumata nach einem längerem symptomfreien Intervall zu einer subduralen Nachblutung („rebleeding“) führen können (Hymel et al. 2002).
- Der Gutachter hat – wie der behandelnde Arzt – zahlreiche Differenzialdiagnosen zu berücksichtigen, wenn die diagnostische Trias „Subdurales Hämatom + Retinale Blutungen + Zeichen äußere Gewalt“ nicht vorliegt. Hierzu gehören Gerinnungsstörungen, Glutarazidurie Typ I, Hirngefäßaneurysmen, Folgen geburtstraumatischer intrakranieller Blutungen u. v. a. Ursachen intrakranieller Blutungen (Herrmann 2005, Lips 2002).

Der *akute Tod* entwickelt sich aus einem prozesshaft fortschreitenden Hirn-ödem mit nachfolgender hypoxischer Hirnschädigung. Der Ablauf kann durch die meningealen Blutungen und durch den Liquoreinstrom über Einrisse der Arachnoidea beschleunigt werden. Etwa 25 % der Kinder versterben innerhalb von 14 Tagen (Lips 2002). In der Fachliteratur wird einhellig davon ausgegangen, dass eine Brückensymptomatik zwischen Gewalteinwirkung und Todes-eintritt vorliegt.

Der *Spättod* kann nach Monaten oder Jahren eintreten und ist durch den Umbau nekrotischen Hirngewebes gekennzeichnet. Dabei sind pathologisch-anatomische Befunde, wie eine multizystische Enzephalopathie, Porenzephalie und Hirnatrophie mit Mikrozephalie beobachtet worden. Der klinische Verlauf kann durch mentale Retardierung, spastische Paresen, Spätepilepsien, Sehstörungen neuronaler Genese bis hin zur Optikusatrophy und schweren zerebralen Anfallsleiden begleitet sein (American Academy of Pediatrics 2000, Banaschek und Madea 2007, Böhm et al. 2006, Herrmann und Sperhake 2005, Lips 2002, Trube-Becker 1982).

## 6.5 Abschließende Anmerkung: Das Fallmanagement

Nahezu jeder Fall von Kindesmisshandlung mit Todesfolge hat eine lange Vorgeschichte. In Deutschland besteht abweichend von vielen entwickelten Industriestaaten trotz aller öffentlichen Rhetorik keine Meldepflicht von Verdachtsfällen. Aufsuchende Sozialdienste wie in England („home help visitors“) oder ein integriertes staatliches und soziales Fürsorgesystem wie in Frankreich („protection maternelle et infantile“) sind nicht eingerichtet (Thyen und Dörries 2005). Trotz aufwändiger verdienstvoller Informationskampagnen durch die zuständigen Bundesministerien in Deutschland bleiben viele Bürger im Verdachtsfall passiv. Der Schutz der Privatsphäre ist ein hohes, durch das Grundgesetz geschütztes Rechtsgut. Dem entgegen steht die Wächterfunktion des Staates für Leib und Leben. Auch wenn die Abwägung im Einzelfall schwie-

rig ist: Das Kindeswohl ist die leitende ethische Norm in der klinischen und sozialen Pädiatrie (Stuhlinger 2005).

***Der behandelnde Arzt ist die zentrale Figur bei der Abwendung einer potenziellen Lebensgefährdung.*** Insbesondere Pädiater, Kinderchirurgen und Röntgenologen haben eine besondere Verantwortung. Die medizinischen Fachgesellschaften haben Leitlinien entwickelt, die neben Empfehlungen zur medizinischen Diagnostik und Therapie auch Handreichungen für die Zusammenarbeit mit Kinderschutzverbänden und Opferhilfeorganisationen geben (Schumacher 2004, Straßburg 2002). Die Deutsche Gesellschaft für Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (DGgKV) bietet eine ständig aktualisierte Informationsplattform an (Deutsche Kinderhilfe Direkt 2007).

Dennoch gilt: Viele Ärzte fühlen sich in *Unkenntnis der Rechtslage* an ihre Schweigepflicht gebunden (siehe hierzu auch den Beitrag „Der Plötzliche Kindstod: alte Fragen – neue Antworten“ in diesem Buch). Die zahlreichen Möglichkeiten der Information bzw. Vermittlung an Einrichtungen zur Opferhilfe zunächst „unterhalb der strafrechtlichen Schwelle“ werden auch nach eigenen Erfahrungen seitens der behandelnden Ärzte nicht ausgeschöpft.

**Gibt es Anhaltspunkte einer zukünftigen Gefährdung des Kindes, ist der Arzt seiner Garantenstellung verpflichtet.** Dazu gehören die Wiedereinbestellung zur Prognoseabschätzung und – falls die Krisenintervention durch Beratungsstellen oder Ämter nicht erfolgreich war – letztendlich die Entscheidung zur Strafanzeige.

### Literaturverzeichnis

- American Academy of Pediatrics (AAP). Diagnostic imaging of child abuse. *Pediatrics* 105 2000: 1345–1348.
- Banaschek S, Madea B. Kindesmisshandlung. In: Madea B. (Hrsg.) *Praxis Rechtsmedizin*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 2007: 257–267.
- Böhm U, Hirsch W, Wutz S, Kleemann WJ. Kindesmisshandlung. Untersuchung, Dokumentation und Bewertung. *Kinder- und Jugendmedizin* 6 2006: 107–113.
- Bundeskriminalamt: Polizeiliche Kriminalstatistik 2005. 53. Ausg. Bundeskriminalamt Wiesbaden 2006.
- Bundesministerium des Inneren, Bundesministerium der Justiz: Zweiter Periodischer Sicherheitsbericht. 1. Aufl. 2006.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme. 04. April 2007 ([www.bmfsfj.de/Politikbereiche/Kinder-und-Jugend](http://www.bmfsfj.de/Politikbereiche/Kinder-und-Jugend)).
- Bussmann K. Familiengewaltreport (2005: [www.bussmann2.jura.uni-halle.de](http://www.bussmann2.jura.uni-halle.de)).
- Bussmann K. Studie zu den Auswirkungen des Gesetzes zur Ächtung der Gewalt in der Erziehung und der begleitenden Kampagne „Mehr Respekt vor Kindern“. Elternstudie, Halle u. a. 2002a.
- Caffey J. On the theory and practice of shaking infants. *Am J Dis Chil* 124 1972: 161–146.

- Deutsche Gesellschaft für Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (Stand 2007): DGgKV-webseite ([www.kindesmisshandlung.de](http://www.kindesmisshandlung.de)).
- Deutsche Kinderhilfe Direkt: Newsletter März 2007 ([www.dkhd.de/ueber-uns-newsletter-aktuell-clipping.php](http://www.dkhd.de/ueber-uns-newsletter-aktuell-clipping.php)).
- Duhaime AC, Alario AJ, Lewander WJ et al. Head injury in very young children: mechanisms, injury types and ophthalmologic findings in 100 hospitalized patients younger than 2 years of age. *Pediatrics* 90 1992: 179–185.
- Franke B, Seifert D, Anders S, Schroer J, Heinemann A. Gewaltforschung zum Thema „häusliche Gewalt“ aus kriminologischer Sicht. *Rechtsmedizin* 14 2004: 193–198.
- Geddes JF, Hackshaw AK, Vowles GH et al. Neuropathology of inflicted head injury in children I. Patterns of brain damage. *Brain* 124 2001a: 1290–1298.
- Geddes JF, Vowles GH, Hackshaw AK et al. Neuropathology of inflicted head injury in children II. Microscopic brain injury in infants. *Brain* 124 2001b: 1299–1306.
- Gutkelch AN. Infantile subdural haematoma and its relationship to whiplash injuries. *Br Med Jour* 2 1971: 430–434.
- Haseler LJ, Phil M, Arcune E et al. Evidence from proton magnetic resonance spectroscopy for a metabolic cascade of neuronal damage in Shaken baby Syndrome. *Pediatrics* 99 1997: 4–14.
- Herrmann B. Medizinische Diagnostik bei körperlicher Kindesmisshandlung. *Kinder und Jugendarzt* 36 (2005): 96–107.
- Herrmann B, Sperhake J. Das Shaken Baby Syndrom – Konzepte und forensische Kontroversen. *Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Zeitschrift der DGgKV* 8 2005: 4–17.
- Herrmann B. ZNS-Verletzungen bei Kindesmisshandlungen – das Shaken Baby Syndrom. *Kinder und Jugendarzt* 36 2005: 256–265.
- Hymel KP, Jenny C, Block RW. Intracranial hemorrhage and rebleeding in suspected victims of abusive head trauma: Addressing the forensic controversies. *Child maltreat* 7 2002: 329–348.
- Kempe CH, Silverman FN, Steele BF et al. The battered-child syndrome. *JAMA* 181 1962: 105–112.
- Lips U. Das Schütteltrauma – eine wenig bekannte Form der Kindesmisshandlung. *Schweiz Med Forum* 4 2002: 72–76.
- Maxeiner H. Zur Bewertung von Subduralblutungen bei Säuglingen nach angeblichen Bagateltraumen. *Der Unfallchirurg* 104 2001: 569–576.
- Merkel A. 60 Jahre UNICEF – Für jedes Kind. Gala-Veranstaltung vom 15. Mai 2006 ([www.bundestkanzlerin.de/nn\\_5296/Content/DE/Rede/2006/05/2006-05-15](http://www.bundestkanzlerin.de/nn_5296/Content/DE/Rede/2006/05/2006-05-15)).
- Punt J, Bonshek RE, Jaspan T et al. The „unified hypothesis“ of Geddes et al. is not supported by data. *Pediatric Rehabil* 7 2004: 173–184.
- Püschel K. Kindesmisshandlung. In: Brinkmann B, Madea B. (Hrsg.) *Handbuch gerichtliche Medizin I*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 2004: 1153–1170.
- Saternus KS, Kernbach-Wighton G, Oehmichen M. The shaking trauma in infants – kinetic chains. *Forens Sci Int* 109 2000: 203–213.
- Schneider HJ. Misshandlungsdelikte in der Familie. In: Schneider HJ. *Kriminologie für das 21. Jahrhundert*. LIT VERLAG, Münster, Hamburg, London 2001: 203–231.
- Schumacher R. (Koordinator) Verdacht auf Misshandlung – Bildgebende Diagnostik. Leitlinie für Bildgebende Diagnostik der Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie AWMF-Leitlinien-Register Nr. 064/014 2004 AWMF online.
- Straßburg HM. (Federführend): Vernachlässigung – Misshandlung. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin. AWMF-Leitlinien-Register 2002 Nr. 071/003.
- Stuhlinger M. Das Kindeswohl als zentrale ethische Norm in der Pädiatrie. *51 2005: 153–164.*
- Thyen U, Dörries A. Ärztliches Handeln bei Kindesmisshandlung. *51 (2005): 139–151.*
- Trube-Becker E. Gewalt gegen das Kind. Vernachlässigung, sexueller Missbrauch und Tötung von Kindern. *Kriminalistik*. Heidelberg 1982.
- UNICEF Innocenti Report Card Nr. 5. A League Table of Child Maltreatment Death in Rich Nations. UNICEF Press 2003.
- World Health Organization. The Global Burden of Disease Project. WHO Press 2002.
- World Health Organization. World report on violence and health. Chapter 3, Child abuse and neglect by parents and other caregivers. WHO Press, Nonserial publication 2002.