



Kinderschutz Schweiz
Protection de l'enfance Suisse
Protezione dell'infanzia Svizzera

Kindsmisshandlung – Kinderschutz

Leitfaden zu Früherfassung und Vorgehen
in der ärztlichen Praxis

Ulrich Lips, Markus Wopmann, Andreas Jud, Roxanne Falta
2020

Kindsmisshandlung – Kinderschutz

Leitfaden zu Früherfassung und Vorgehen
in der ärztlichen Praxis

Ulrich Lips, Markus Wopmann, Andreas Jud, Roxanne Falta
2020

Impressum

Herausgeberin

Kinderschutz Schweiz

Schlösslistrasse 9a
3008 Bern
www.kinderschutz.ch

Autorinnen und Autoren

Dr. med. Ulrich Lips

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin,
ehemaliger Leiter der Kinderschutzgruppe
und Opferberatungsstelle des Kinderspitals
Zürich

Dr. med. Markus Wopmann

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin,
Leiter der Fachgruppe Kinderschutz der
schweizerischen Kinderkliniken, Chefarzt
der Kinderklinik Kantonsspital Baden

Prof. Dr. phil. Andreas Jud

Professur «Epidemiologie und Verlaufsforschung im Kinderschutz», Universitätsklinikum Ulm, Deutschland
Dozent und Projektleiter Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

Roxanne Falta MLaw

Wissenschaftliche Mitarbeiterin und
Projektleiterin bei Kinderschutz Schweiz

Projektleitung

Roxanne Falta, Rainer Kamber
Kinderschutz Schweiz

Gestaltung und Produktion

Patrick Linner (Gestaltung)
www.prinzipien.ch
Funke Lettershop AG (Produktion)
www.funkelettershop.ch

Zitiervorschlag

Kinderschutz Schweiz (Hrsg. 2020).
Ulrich Lips, Markus Wopmann,
Andreas Jud, Roxanne Falta.
Kindsmisshandlung – Kinderschutz.
Leitfaden zu Früherfassung und
Vorgehen in der ärztlichen Praxis.
Bern: Kinderschutz Schweiz,
2. überarbeitete Auflage.

2. überarbeitete Auflage deutsch

© 2020 | Stiftung Kinderschutz Schweiz
Alle Rechte vorbehalten

Diese Broschüre kann gedruckt und
digital in deutscher, französischer und
italienischer Sprache bezogen werden.
www.kinderschutz.ch

Inhaltsverzeichnis

Zur Publikationsreihe von Kinderschutz Schweiz	6
Vorwort der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH	7
Einleitung: Wozu dient dieser Leitfaden?	9
1. Epidemiologie von Kindsmisshandlungen in der Schweiz	10
2. Die Rolle von Ärztinnen und Ärzten	15
3. Definition und Formen von Kindsmisshandlung	17
3.1 Körperliche Misshandlung	18
3.2 Vernachlässigung	28
3.3 Psychische Misshandlung	29
3.4 Sexueller Missbrauch	30
3.5 Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom	32
3.6 Verhaltensauffälligkeiten als Hinweis auf eine Kindsmisshandlung	33
4. Dokumentation	35
5. Vorgehen	36
6. Risikofaktoren	37
7. Rechtssituation in der Schweiz	38
8. Informationen und weiterführende Literatur	42
9. Empfehlungen	45

Zur Publikationsreihe von Kinderschutz Schweiz

Die Früherkennung von gefährdeten Kindern bildet einen der wichtigsten Pfeiler im Kinderschutz. Fachpersonen, die in regelmässigem Kontakt mit Kindern und deren Familie stehen, spielen hierbei eine zentrale Rolle, auch wenn sie nicht täglich mit kinderschutzrelevanten Themen in Kontakt sind. Um in einem Verdachtsfall angemessen reagieren zu können, benötigt es eine Sensibilisierung für das Thema Kinderschutz und grundlegendes Hintergrundwissen dazu. Je nach Fachbereich stellen sich hierbei unterschiedliche Fragen und Herausforderungen.

Die von Kinderschutz Schweiz veröffentlichte Publikationsreihe bietet Fachpersonen aus dem Gesundheits-, Sozial- und Frühbereich einfach anwendbare Einschätzungshilfen zur Früherkennung von gefährdeten Kindern.

Die Publikationsreihe umfasst folgende Leitfäden:

- Kindsmisshandlung – Kinderschutz: Leitfaden zu Früherfassung und Vorgehen in der ärztlichen Praxis

- Kindeswohlgefährdung erkennen und angemessen handeln: Leitfaden für Fachpersonen aus dem Sozialbereich
- Früherkennung von Gewalt an Kleinkindern: Leitfaden für Fachpersonen im Frühbereich

Kinderschutz Schweiz ist eine unabhängige privatrechtliche Stiftung und gesamtschweizerisch tätig. Als gemeinnützige Fachorganisation machen wir uns dafür stark, dass alle Kinder in der Schweiz im Sinne der UN-Kinderrechtskonvention in Schutz und Würde aufwachsen. Für dieses Ziel setzen wir uns wissenschaftlich fundiert und konsequent mit Präventionsangeboten, politischer Arbeit und Sensibilisierungskampagnen ein. Kinderschutz Schweiz richtet sich an Fachpersonen und Erziehende, politische Akteurinnen und Akteure, private und staatliche Organisationen sowie an die breite Öffentlichkeit in der Schweiz. Für die Finanzierung ihrer Arbeit betreibt die Stiftung gezieltes Fundraising bei Privatpersonen, Unternehmen, Stiftungen und öffentlichen Institutionen.

www.kinderschutz.ch

Vorwort der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH

Alle Menschen auf dieser Welt haben Rechte, so auch die Kinder. Kinder brauchen aber zusätzlich besonderen Schutz. Deshalb hat die UNO-Generalversammlung 1989, also vor 30 Jahren, diese besonderen Rechte in der Konvention über die Rechte des Kindes in 54 Artikeln festgeschrieben. Kinder haben demzufolge das Recht, gesund und sicher aufzuwachsen, die eigenen Potenziale zu entfalten, angehört und ernst genommen zu werden. Sie haben ausserdem das Recht auf Spiel, Erholung und Freizeit sowie auf Privatsphäre, Familie und elterliche Fürsorge. Diese weltweit gültigen Grundwerte bilden die Basis, damit die Kinder dieser Welt sicher und behütet aufwachsen und von Beginn an als eigene Persönlichkeiten akzeptiert werden. Die Schweiz hat die Kinderrechtskonvention 1997 ratifiziert und damit die Rechte der Kinder gestärkt.

Die in der Konvention festgehaltenen Werte scheinen uns selbstverständlich, doch auch hierzulande werden die Rechte oft missachtet. Eine besondere Grenzerfahrung für Eltern kann beispielweise sein, wenn das Baby dauernd schreit, das Schulkind nicht gehorchen will oder Jugendliche ihren eigenen Kopf haben. Kommen

bei den Eltern Schlafmangel, persönliche Probleme oder anderweitige Belastungen hinzu, kann diese Kombination zu massiver Überforderung und im schlimmsten Fall zu Kindsmisshandlung führen. Solche Grenzüberschreitungen werden gesellschaftlich gerne tabuisiert und verschwiegen. Sie finden häufig im privaten Rahmen und für Aussenstehende unsichtbar statt.

«Wenn wir alle sensibilisiert sind für Warnsignale, gelingt es uns, die Gratwanderung zu meistern und Missachtungen von Kindeswohl und Gefährdungen möglichst frühzeitig zu erkennen und entsprechende Hilfeleistungen zu erbringen.»

Die Datenlage in der Schweiz spricht aber eine deutliche Sprache und fordert uns auf, hinzuschauen und, wo nötig, zu handeln. Denn psychische und physische Gewalt und Vernachlässigung haben für Kinder schwerwiegende Folgen und in vielen Fällen eine dauerhafte Auswirkung auf ihre Zukunft. Deshalb braucht es Institutionen auf Bundesebene, die sich der Kinderrechte annehmen, und es braucht Massnahmen für die Unterstützung von betroffenen Familien. Weiter sind Kantone und Gemeinden

gefordert, in Bezug auf Integration und Bildung entsprechende Partizipationsmöglichkeiten zu schaffen. Zudem braucht es eine Standardisierung von Massnahmen mit klaren Anleitungen zur Ermittlung des Kindeswohls.

«Der vorliegende Leitfaden bietet ein wichtiges Instrument im beruflichen Alltag, um Kindern Gesundheit und Sicherheit zu bieten und betroffene Eltern in der schwierigen Situation zu unterstützen.»

Da die Kinder in den ersten Lebensjahren schwergewichtig im familiären Kontext eingebettet sind, ist es schwierig, festzustellen, ob die Versorgungsrechte, die Schutzrechte und die Partizipationsrechte eingehalten werden. Hier kommen uns Ärztinnen und Ärzten – gemeinsam mit anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen – eine zentrale Rolle und besondere Verantwortung zu. Denn einer der wichtigsten regelmässigen Kontakte für Kinder ausserhalb der Familie findet bei Vorsorgeuntersuchungen und anderen ärztlichen Konsultationen statt. Wenn wir alle sensibilisiert sind für Warnsignale, gelingt es uns, die Gratwanderung zu meistern und Missachtungen von Kindeswohl und Gefährdungen möglichst frühzeitig zu erkennen und entsprechende Hilfeleistungen zu erbringen.

Die FMH unterstützt die Stiftung Kinderschutz Schweiz in ihren Bestrebungen, sich aktiv für das Wohl der Kinder einzusetzen und die Einhaltung der Kindsrechte zu sichern. Der vorliegende Leitfaden bietet ein wichtiges Instrument im beruflichen Alltag, um Kindern Gesundheit und Sicherheit zu bieten und betroffene Eltern in der schwierigen Situation zu unterstützen. Damit werden möglichst vielen Kindern eine unbeschwerte Kindheit und eine altersgerechte Entwicklung ermöglicht.



Dr. med. Carlos Quinto

Mitglied des Zentralvorstandes FMH,
Departementsverantwortlicher Public Health,
Gesundheitsberufe und Heilmittel

Einleitung

Wozu dient dieser Leitfaden?

Kindsmisshandlung ist häufig. Auch wenn genaue Statistiken aus verschiedenen Gründen fehlen (Dunkelziffer, Faldefinition usw.), ist diese Tatsache unumstösslich. Im nachfolgenden Kapitel «Epidemiologie von Kindsmisshandlungen in der Schweiz» werden die aktuellsten Zahlen der Forschung wiedergegeben. Diese Kinder¹ sehen wir täglich in der Praxis, in der Sprechstunde und im Spital, zusammen mit ihren nicht misshandelten Altersgenossen: wegen Beschwerden, Krankheiten und Unfällen, zur Vorsorgeuntersuchung und zum Impfen. Wir sollten sie als misshandelte Kinder erkennen, da ihre Gesundheit und Lebensqualität – akut und für das ganze zukünftige Erwachsenenleben – dadurch wesentlich verbessert werden kann.

Dieser Leitfaden ist kein Kurzlehrbuch über Kindsmisshandlung und Kinderschutz. Auf Details wird deshalb verzichtet, ebenso auf ein Literaturverzeichnis. Er ist für Sie, Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen in der Praxis, die mit dem Gebiet wenig vertraut sind, bestimmt. Ihnen, aber auch Ihren medizinischen Praxisassistentinnen und Praxisassistenten (nachfolgend MPA) soll der Leitfaden dazu dienen, nicht nur Fälle von erfolgter Kindsmisshandlung, sondern auch Verdachts- und Risikosituationen zu erkennen und zu erfassen. Und er soll Ihnen mögliche Wege im Umgang damit aufzeigen.

¹ Mit dem Begriff «Kinder» sind Kinder und Jugendliche bis zum 18. Geburtstag gemeint (gültige juristische Definition).

1. Epidemiologie von Kindsmisshandlungen in der Schweiz

Autor: **Andreas Jud**

Für den Kinderschutz sind zwei Arten von Daten zur Häufigkeit von Kindsmisshandlungen wichtig: die Häufigkeit von Kindsmisshandlungen in der Bevölkerung sowie die Anzahl misshandelter Kinder, die von Fachkräften erkannt und unterstützt werden. Nur wenn die Daten zum Dunkelfeld mit der «Spitze des Eisberges» verglichen werden, können Versorgungslücken erkannt werden. Aus dem Vergleich können gezielte Anpassungen in den Strukturen und Prozessen abgeleitet werden, die eine verbesserte Prävention und Intervention ermöglichen. Jedoch klaffen sowohl im Dunkel- als auch im Hellfeld grössere Forschungslücken.

Wie gross ist das Problem wirklich?

Internationale Übersichtsarbeiten weisen auf eine beträchtliche Varianz in den Häufigkeitsangaben zu Kindsmisshandlung hin. Diese grossen Unterschiede zwischen Studien zeugen weniger von «tatsächlichen» Unterschieden zwischen verschiedenen

Ländern, sondern liegen vor allem auch in der grossen Bandbreite an verwendeten Definitionen begründet. Forschende aus Kriminologie, Medizin, Sozialarbeit und weiteren Disziplinen definieren Kindsmisshandlung und ihre Formen enger oder weiter. Manchmal wird z.B. nur sexueller Missbrauch mit Körperkontakt oder auch verbale sexuelle Gewalt gewertet, einige Definitionen beziehen sich nur auf Bezugspersonen, andere schliessen auch fremde Tatpersonen ein. Einigkeit herrscht jedoch dahingehend, dass es sich bei Kindsmisshandlung **nicht** um ein Phänomen handelt, von dem bloss einige wenige Kinder und Jugendliche betroffen sind. Vielmehr entspricht die Grössenordnung von Gewalterfahrungen in der Kindheit derjenigen von weit verbreiteten chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 1 oder übertrifft diese oft noch. Zudem sind mehrfache Gewalterfahrungen eher die Regel, denn die Ausnahme.

Häufigkeit von sexuellem Missbrauch

Am besten und längsten erforscht ist die Häufigkeit von sexuellem Missbrauch. Auch in der Schweiz liegt hierzu mit der Befragung von Schülerinnen und Schülern im Rahmen der Optimus-Studie ein umfangreicher, landesweiter Datensatz von 6749 Jugendlichen in neunten Klassen vor:¹

- 15% gaben an, mindestens einmal in ihrem Leben irgendeine Art eines sexuellen Übergriffs mit Körperkontakt erfahren zu haben.
- Gar 29% der Befragten berichteten von sexueller Gewalt ohne Körperkontakt.
- Auffällig ist der hohe Anteil an sexueller Gewalt unter Jugendlichen: In 11% der Übergriffe mit Körperkontakt war mindestens ein Täter (oder vereinzelt auch eine Täterin) unter 18 Jahre alt.

Die Angaben zur Betroffenheit von sexuellem Missbrauch schwanken, wie oben erwähnt, weltweit sehr deutlich. Dennoch zeigen Bevölkerungsstudien fast ausnahmslos, dass Mädchen weitaus häufiger betroffen sind; eine grosse Mehrheit der sexuellen Gewalttaten wird von Männern ausgeübt. Einige Gruppen sind ganz besonders stark von sexueller Gewalt betroffen:

So berichteten in einer deutschen Studie immense 79,4% der befragten Mädchen in Heimen und Internaten von sexuellen Gewalterfahrungen und 46,7% der befragten Mädchen von sexuellem Missbrauch mit Penetration.² Viel Gewalt wurde durch Gleichaltrige ausgeübt. Einige haben tragischerweise sexuelle Gewalt auch erstmalig in der stationären Einrichtung erfahren.

Häufigkeit von Vernachlässigung, körperlicher und psychischer Misshandlung

Für die weiteren Formen von Kindsmisshandlung fehlen Angaben zu ihrer Häufigkeit in der Schweizer Bevölkerung. Repräsentative Studien aus Deutschland weisen aber auch hier auf eine sehr hohe Betroffenheit hin. In den aktuellsten epidemiologischen Studien wurde einmalige und mildere Gewalt von schweren Formen unterschieden.³ Abbildung 1 fasst die Häufigkeiten für die deutschlandweite Befragung von 2510 Personen nach unterschiedlichen Schwellen zusammen.

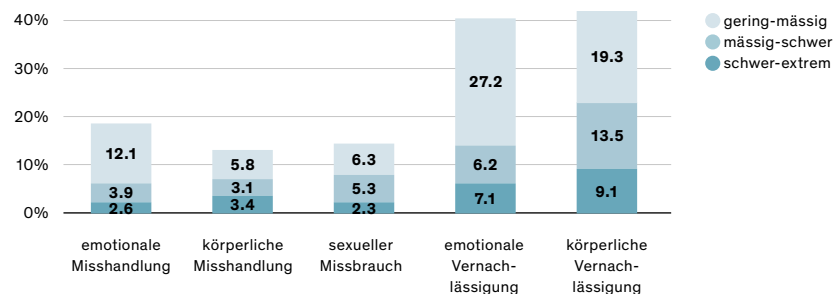
Vernachlässigung ist bisher am schlechtesten erforscht, wiederholt wird von der Vernachlässigung der Vernachlässigung gesprochen. Sowohl die Daten aus der erwähnten und deutschen Bevölkerungsstudie (Abb. 1) als auch die wenigen internationalen Studien weisen jedoch klar darauf hin, dass Vernachlässigung die häufigste Form der Kindsmisshandlung ist. Angaben zur Häufigkeit psychischer Misshandlung von Kindern und Jugendlichen schwanken besonders in Abhängigkeit davon, ob darunter auch Kinder erfasst werden, die Zeuge von Gewalt zwischen den Eltern wurden. Einige Studien erfassen diese sehr weit verbreitete Form des Gewalterlebens als separate Form der Kindeswohlgefährdung (z.B. auch die Studie zu Abb. 1).

Anders als bei sexuellem Missbrauch gibt es sowohl für Vernachlässigung als auch für die weiteren Formen der körperlichen und psychischen Kindsmisshandlung keine Hinweise auf eine unterschiedliche Prävalenz in der Betroffenheit der Geschlechter.

Wie häufig kommt das Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom vor?

Die spezifische Konstellation der körperlichen Schädigung eines Kindes im Rahmen eines Münchhausen-Stellvertreter-Syndroms (siehe auch Kapitel 3.5) kommt anders als die übrigen Formen der Kindsmisshandlung nur selten vor. Von vielen epidemiologischen Studien wird das Syndrom nicht

1 Häufigkeit von Kindsmisshandlung in einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung in Deutschland 2016*



* Angepasste Darstellung nach Witt A., Glaesmer H., Jud A., Plener P. L., Brahler E., Brown R. C., & Fegert J. M. (2018). Trends in child maltreatment in Germany: comparison of two representative population-based studies. Child Adolesc Psychiatry Ment Health, 12, 24. doi: 10.1186/s13034-018-0232-5

separat erfasst. In einer umfangreichen britischen und irischen Stichprobe verweisen die Forschenden auf Raten von 2,8 jährlich neu festgestellten Fällen pro 100 000 Kinder im ersten Lebensjahr und 0,4 jährlich neu festgestellten Fällen pro 100 000 Kinder zwischen 2 und 16 Jahren.⁴ Auch die Schweizer Kinderkliniken erfassen seit mehreren Jahren unter anderem die Häufigkeit von bekannt gewordenen Fällen des Münchhausen-Stellvertreter-Syndroms. Diese schwankte in den letzten fünf Jahren zwischen 2 und 14 Fällen pro Erhebungsjahr. Das entspricht zwischen rund 0,1 und 0,9 jährlich neu festgestellten Fällen an Schweizer Kinderkliniken pro 100 000 Kinder.

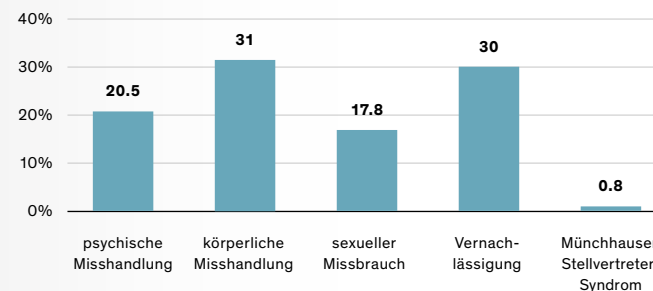
Wie viele misshandelte Kinder werden erkannt?

21 Kinderkliniken in der Schweiz haben 2019 1568 Fälle von Kindsmisshandlung festgestellt. Am häufigsten wurden Fälle körperlicher Misshandlung (31%) und von

Vernachlässigung (30%) erfasst. Häufigkeiten für die bekannt gewordenen weiteren Fälle sind in Abbildung 2 festgehalten.

Nicht nur Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegepersonal an Kliniken erkennen Kindsmisshandlung. Auch Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden (KESB), Opferhilfeberatungsstellen, Sozialdienste und viele weitere Organisationen schützen und unterstützen betroffene Kinder. Einige Fälle werden auch strafrechtlich verfolgt. 2016 wurden für die Schweiz erstmalig gleichzeitig die Häufigkeit bekannt gewordener Fälle von Kindeswohlgefährdung in unterschiedlichen Bereichen des Kinderschutzes festgehalten:⁵ Während dreier Monate wurden 10 065 Fälle neu oder erneut bei Organisationen im Kinderschutzsystem bekannt. Das entspricht hochgerechnet auf ein Jahr zwischen 2,3 und 3% der Bevölkerung unter 18 Jahren in der Schweiz, die bei einer Organisation im

2 Häufigkeit von bekannt gewordenen Fällen von Kindsmisshandlung an Schweizer Kliniken 2019



Kindesschutzsystem bekannt werden. Das scheint auf den ersten Moment viel. Die Angaben aus Abbildung 1 weisen jedoch darauf hin, dass auch von schwerer Misshandlung noch viel mehr Kinder und Jugendliche betroffen sind. Längst nicht alle Kinder und Jugendlichen erhalten dringend benötigten Schutz und benötigte Hilfen. Bedenklich ist etwa, dass körperlich misshandelte Kinder in der Schweiz im Schnitt 10,4 Jahre alt sind, wenn sie bei einer der verschiedenen Einrichtungen im Kindesschutzsystem bekannt werden.

Abnehmende Trends

Erfreulich ist, dass die kontinuierlichen Bemühungen um einen verbesserten Kinderschutz zumindest in einigen Ländern bereits zu greifen scheinen. So ist z.B. in den USA die Häufigkeit von sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung von Kindern in den letzten zwei Jahrzehnten deutlich zurückgegangen – wenn auch nicht die Häufigkeit von Vernachlässigung.^{6,7}

¹ Averdijk, M., Müller-Johnson, K., & Eisner, M. (2012). Sexuelle Viktimisierung von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: Schlussbericht für die UBS Optimus Foundation. Zürich: UBS Optimus Foundation

² Allroggen, M., Rau, T., Ohlert, J., & Fegert, J. M. (2017). Lifetime prevalence and incidence of sexual victimization of adolescents in institutional care. *Child Abuse Negl*, 66, 23–30. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.02.015

³ Witt, A., Glaesmer, H., Jud, A., Plener, P. L., Brahler, E., Brown, R. C., & Fegert, J. M. (2018). Trends in child maltreatment in Germany: comparison of two representative population-based studies. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 12, 24. doi: 10.1186/s13034-018-0232-5

⁴ McClure, R. J., Davis, P. M., Meadow, S. R., & Sibert, J. R. (1996). Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Arch Dis Child*, 75(1), 57–61

⁵ Schmid, C., Jud, A., Mitrovic, T., Portmann, R., Knüsel, R., Ben Salah, H., Kosirnik, C., Koehler, J. & Fux, E. (2018). Kindeswohlgefährdung in der Schweiz: Formen, Hilfen, fachliche und politische Implikationen. Zürich: UBS Optimus Foundation. Verfügbar unter www.kinderschutz.ch/de/fachpublikation-detail/optimus-studie.html

⁶ Jones, L. M., Finkelhor, D., & Halter, S. (2006). Child maltreatment trends in the 1990s: why does neglect differ from sexual and physical abuse? *Child Maltreat*, 11(2), 107–120. doi: 10.1177/1077559505284375

⁷ Finkelhor, D., Saito, K. & Jones, L. (2018) Updated Trends in Child Maltreatment, 2016. Durham, NH: Crimes against Children Research Center

2. Die Rolle von Ärztinnen und Ärzten

Ärztinnen und Ärzte, die regelmässig Kinder betreuen

Sie sind die einzigen Fachpersonen, die Säuglinge und Kleinkinder mehr oder weniger regelmässig sehen, bevor sie in einen institutionellen Kontext eingebunden sind, also vor dem Krippen- oder gar noch später, dem Kindergarten Eintritt. Fast alle Eltern bringen ihre Kinder zu den Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, während die Mütter-Väter-Beratung zwar regional auch sehr gut, aber doch insgesamt weniger oft konsultiert wird. Zudem sehen Sie Kind und Eltern in einem vertraulichen Setting, hinter verschlossenen Türen, länger als die Mütterberaterin, und Sie haben jederzeit die Möglichkeit, das Kind ganz entkleidet zu untersuchen.

Sie haben somit nicht nur eine grosse Verantwortung, besonders gegenüber der Patientengruppe der Säuglinge und Kleinkinder, Sie haben auch ein enormes Potenzial, familiäre Fehlentwicklungen, die schlimmstenfalls zu einer Misshandlung führen könnten, früh zu erfassen.

Fachlich ist vieles, was in dieser Broschüre erwähnt wird, für Sie nicht neu. Somit bleibt nur:

- Setzen Sie Ihr Wissen bezüglich Kindsmisshandlung um! Kindsmisshandlung ist häufig und hat bei rechtzeitigem und adäquatem Handeln eine gute Chance erkannt und eliminiert zu werden.
- Beachten Sie insbesondere frühe Hinweise auf Bindungsstörungen und familiäre Fehlentwicklungen, also potenzielle oder effektive Gefährdungen des Kindeswohls.
- Vergewissern Sie sich, dass Sie eine Fachgruppe (Kinderschutzgruppe) in der Nähe Ihres Praxisstandortes haben. Etablieren Sie regelmässige Kontakte zu dieser Gruppe – falls das nicht schon geschehen ist.
- Wenn es in Ihrer Nähe keine interdisziplinäre Kinderschutzgruppe gibt: Gründen Sie sie!

Medizinische Praxisassistentinnen und Praxisassistenten (MPA)

Oft machen die MPA Beobachtungen und Feststellungen, die wir Ärztinnen und Ärzte nie zu sehen oder zu hören bekommen: Sie sehen das Verhalten der Eltern und Patientinnen und Patienten im Wartezimmer oder in Stresssituationen wie bei Blutentnahmen und Impfungen. Sie bekommen Telefonate, die Eltern oder jugendliche Patienten im Wartezimmer führen, mit,

beobachten den Umgang der Eltern mit den Kindern oder anderen Begleitpersonen usw. Nicht selten sprechen die Eltern unsere MPA auch direkt an, mit Fragen, die sie uns Ärztinnen und Ärzten nicht zu stellen wagen, etwa nach dem «Normverhalten» von Kindern, Entlastungsmöglichkeiten, Babysitterinnen und Babysittern usw. Solche Beobachtungen können von unschätzbarem Wert für die Erfassung von Risikosituationen sein und die Feststellungen von uns Ärztinnen und Ärzten ergänzen bzw. unsere Eindrücke bestätigen oder relativieren.

Geben Sie deshalb diese Broschüre auch Ihren MPA zu lesen, und ermuntern Sie sie, entsprechende Beobachtungen mit Ihnen zu besprechen.

Ärztinnen und Ärzte, die keine Kinder betreuen

Je nach Altersstruktur und Lage Ihrer Praxis hat ein unterschiedlich grosser Prozentsatz Ihrer Patientinnen und Patienten minderjährige Kinder. Denken Sie daran, dass viele Diagnosen Ihrer erwachsenen Patientinnen und Patienten für deren minderjährige Kinder von eminenter Bedeutung sind, eventuell sogar Risikofaktoren für Kindsmisshandlung darstellen. Letzteres gilt für psychische Erkrankungen und (Ausnahme-)Zustände, für Suchterkrankungen, aber auch für schwere chronische körperliche Krankheiten sowie Paarkonflikte. Ein besonders

häufiger und wichtiger Risikofaktor, ja sogar eine Kindsmisshandlung per se (nämlich eine psychische Kindsmisshandlung) stellt häusliche Gewalt dar, von der Sie oft erfahren. In solchen Situationen sollten Sie immer auch die Kinder Ihrer Patientinnen und Patienten in Ihre Überlegungen mit einbeziehen (siehe Kapitel 6). Vergewissern Sie sich, dass eine Fachperson (Kinderärztin oder Kinderarzt, eventuell schon involvierte Behörden, Schulsozialarbeit usw.) das Kindeswohl im Auge hat. Sie selbst sind die primäre Bezugs- und Supportperson des Erwachsenen und müssen seine Interessen vertreten; bedenken Sie aber, dass Kinder ihre eigenen Bedürfnisse und Rechte haben und niemals als «stabilisierender Faktor» oder gar Therapieelement eines kranken Elternteils gelten dürfen.

Eltern mit den oben erwähnten Krankheiten und/oder in konfliktbeladenen Beziehungen sind in aller Regel nicht in der Lage, das Kindeswohl abzusichern! Sie sind Ihnen dankbar für Ihre diesbezügliche Frage und/oder Intervention, denn sie möchten für ihre Kinder das Beste.

3. Definition und Formen von Kindsmisshandlung

Definition von Kindsmisshandlung

Kindsmisshandlung ist die nicht zufällige, bewusste oder unbewusste körperliche und/oder seelische Schädigung (durch aktives Handeln oder durch Unterlassung) durch Personen (Eltern, andere Erziehungsberechtigte, Dritte), Institutionen und gesellschaftliche Strukturen, die zu Entwicklungshemmungen, Verletzungen oder zum Tode führt, eingeschlossen die Vernachlässigung kindlicher Bedürfnisse.

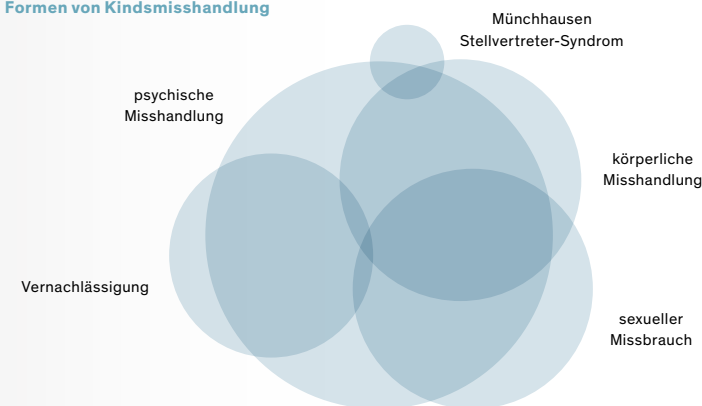
Formen von Kindsmisshandlung

In der medizinischen Fachwelt hat sich die Einteilung von Kindsmisshandlung in folgende fünf Formen etabliert:

- Körperliche Misshandlung
- Sexueller Missbrauch
- Psychische Misshandlung
- Vernachlässigung
- Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom (Synonym: «fabricated or induced illness»)

Die Einteilung in diese verschiedenen Misshandlungsformen hat statistische und didaktische Bedeutung und ist in der Praxis wenig relevant: Es liegt fast immer mehr als eine Misshandlungsform vor, und die verschiedenen Misshandlungsformen überschneiden sich.

3 Formen von Kindsmisshandlung



3.1 Körperliche Misshandlung

Es findet sich ein breites Spektrum von Schlägen, Verbrennungen oder Verbrühungen, Quetschungen, Stichen oder Schütteln eines Kindes. Daraus resultieren Verletzungen von Haut, Weichteilen und Knochen. Als schwere Verletzungen resultieren z.B. Hirnverletzungen, subdurale Hämatome oder Netzhautblutungen sowie Verletzungen der ORL-, Thorax- und Abdominalorgane.

Allgemeine Hinweise

Folgende Angaben, Verhaltensweisen und Befunde sind allgemeine Hinweise auf das Vorliegen einer körperlichen Kindsmisshandlung:

Verzögertes Aufsuchen ärztlicher Hilfe

Kinder werden selbst mit ernsthaften Verletzungen oder Schmerzzuständen nicht unverzüglich, sondern verzögert erst dann vorgestellt, wenn die Situation eine Arztkonsultation unabwendbar macht.

Ungereimtheiten in der Anamnese

- Es werden unwahrscheinliche, nicht zum Verletzungsmuster passende anamnestische Angaben gemacht (Beispiel: isoliert striemenförmige Hämatome an der linken Wange, sonst keinerlei Läsionen am Körper; Angabe: Sturz vom Dreirad). Dieselbe Person erklärt die Entstehung der Verletzungen zu verschiedenen Zeitpunkten abweichend (Beispiel: Verbrühung durch heißen Tee verursacht, später: durch heiße Suppe).
- Verschiedene, angeblich beim Unfall anwesende Personen machen voneinander abweichende Angaben.

Verschieden alte Verletzungen

Das Vorliegen verschieden alter Verletzungen (Hämatome in unterschiedlichem Verfärbungsstadium, verschieden alte Frakturen usw.) ist v.a. dann auffällig, wenn nur ein Unfallereignis angegeben wird, was meistens der Fall ist. Cave: Motorisch aktive Kinder haben an den typischen Anschlagstellen (Schienbeine!) fast immer verschieden alte Hämatome.

Unbegründete Arztwechsel / Absage von Konsultationen

Unbegründete Arztwechsel können ein Hinweis darauf sein, dass Eltern etwas verbergen möchten. Konsultationen für Vorsorgeuntersuchungen und/oder Impfungen werden immer wieder kurzfristig abgesagt. Ein Grund dafür kann das Vorliegen von Hämatomen oder anderen Bagatelverletzungen sein, die die Ärztin oder der Arzt nicht sehen soll.

Inadäquates Verhalten der Eltern / Begleitpersonen

Auffallend ist v.a., wenn Eltern oder Begleitpersonen bei relativ schweren Verletzungen wenig beeindruckt oder teilnahmslos erscheinen. Cave: Eltern können durch einen Unfall so schockiert sein, dass sie sich in einem psychischen Ausnahmezustand befinden und sich eigenartig oder auffallend verhalten.

Spezielle Befunde

A Hautläsionen

Hämatome

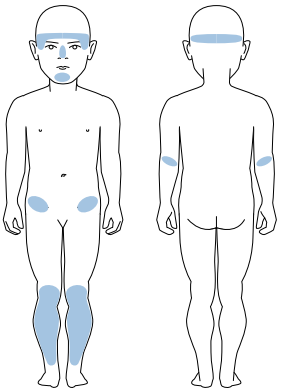
Hämatome sind bei motorisch aktiven Kindern häufig. Die Zuordnung zu einer Misshandlung bedarf der Berücksichtigung der folgenden Punkte:

Alter und psychomotorischer Entwicklungsstand des Kindes

Für die Entstehung eines Hämatoms ist eine gewisse Krafteinwirkung notwendig: Ein Kind muss stürzen oder sich heftig anschlagen, damit ohne Fremdeinwirkung ein Hämatom entsteht. Dies ist nur möglich, wenn das Kind einen entsprechenden motorischen Entwicklungsstand erreicht hat: Säuglinge können sich ohne Fremdeinwirkung keine Hämatome zuziehen, bettlägerige Kinder mit eingeschränkter Motorik auch nicht. Daher sind Hämatome bei Kleinkindern unter 6 Monaten misshandlungsverdächtig und stets genauer zu untersuchen.

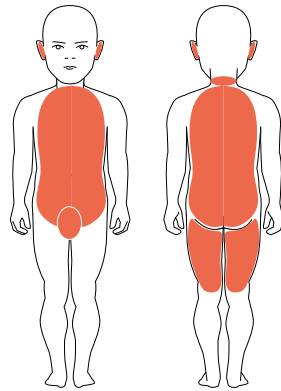
Lokalisation

Bezüglich Misshandlung **unverdächtige** Hämatome befinden sich an den typischen Anschlagstellen: Stirn, Jochbein, Nase, Kinn, Ellbogen, Beckenkamm, Knie, Schienbein (Abb. 4 und 5).



4 Typische Lokalisationen (Kleinkind im Gehbeginn: häufiges Anschlagen / Stürzen) von unfallbedingten Hämatomen

Verdächtig sind Hämatome oberhalb des «Hutrandes», an Hals, Nacken, Brust, Rücken, Bauch, Gesäss und Extremitäteninnenseiten (Abb. 6 und 7).



6 Typische Lokalisationen von misshandlungsbedingten Hämatomen



5 Hämatom an «typischer» Anschlagestelle



7 Hämatom an höchst misshandlungsverdächtigster Lokalisation (Kleinkind, angeblich unbeobachtet gestürzt)

Alter

Alle Hämatome, die von einem einzigen Unfallereignis stammen, haben in der Regel die gleiche Farbe; das ist aber nur eine Faustregel: Die Menge der Blutansammlung und das umgebende Gewebe beeinflussen die Farbe. Somit können verschieden gefärbte Hämatome auch gleichzeitig entstanden sein. Motorisch gesunde Kinder haben ab einem gewissen Alter häufig verschiedenfarbige Hämatome (durch rezidivierende Bagatellverletzungen). Diese Hämatome befinden sich aber dann an den typischen Anschlagstellen! Cave: Die Altersbestimmung von Hämatomen aufgrund der Verfärbung hat in letzter Zeit an Wertigkeit stark eingebüsst. Geblieben ist einzig: Gelbverfärbung bedeutet, dass das Hämatom mehr als drei Tage alt ist.

Spuren

Spuren, die einem Gegenstand oder Körperteil zugeordnet werden können, sind praktisch beweisend für Misshandlung; Beispiele: Gürtelschnalle, Stock (= lineäre Doppelkontur), Draht oder Seil (= Schleife), Kleiderbügel, Hand/Finger, Bissspuren usw. (Abb. 8 – 10).

Gerinnungsstörung

Selbstverständlich ist beim Vorliegen einer Gerinnungsstörung die Wertigkeit von Hämatomen eine ganz andere. Aber: Auch Kinder mit einer Gerinnungsstörung können misshandelt sein!

Andere Differentialdiagnosen

- > Mongolenflecken (z.T. ganzer Rücken, Oberarme, bis auf Handrücken)
- > Purpura Schönlein-Henoch und andere Vaskulitiden



8 Spuren von Schlägen mit einem Elektrokabel



9 Spur einer massiven Ohrfeige



10 Spur eines Menschenbisses

- › Lichen sclerosus et atrophicus
- › Mastozytose/Urticaria pigmentosa
- › Erythema nodosum
- › Vaskuläre Malformationen und Tumore
- › Striae rubrae

B Thermische Verletzungen

Verbrühungen

Die meisten unfallbedingten Verbrühungen entstehen, indem ein (Klein-)Kind heiße Getränke und Speisen von Tisch oder Küchenablage herunterzieht. Dafür braucht es einen entsprechenden psychomotorischen Entwicklungsstand. Es entstehen typische Verbrühungsmuster: Betroffen sind Brust, Bauch, eventuell Schultern und Kinn. Der Tiefegrad der Verbrühung nimmt von cranial nach caudal ab. Ebenfalls häufig kommt es zu einer Verbrühung, wenn Eltern/Betreuungsper-

sonen ihren Säugling auf dem Arm oder auf den Knien und gleichzeitig ein heißes Getränk in der anderen Hand halten. Misshandlungsbedingte Verbrühungen sind in der Regel scharf abgegrenzt und v.a. an Händen, Füßen und im Anogenitalbereich lokalisiert. Dies sind Regionen, wo sich Kinder ohne Fremdeinwirkung keine Verbrühungen zufügen oder, falls eventuell an den Händen oder Füßen, ganz anders konfigurierte (Abb. 11 und 12).

Verbrennungen

Wenn Kinder Kontakt mit heißen Gegenständen oder Feuer haben, dann nur, weil sie die Gefahr nicht erkennen (heiße Herdplatte, heiße Backofentüre usw.) oder weil sie stürzen oder stolpern. Beim akzidentellen Kontakt mit heißen Gegenständen befinden sich die Läsionen somit meistens an der Handfläche oder



11 Akzidentelle Verbrühung durch sehr heißes Getränk, das das Kind vom Tisch heruntergezogen hat (Tasse auf Tischset)



12 Verbrühung durch Misshandlung: Eintauchen der Füße in heißes Wasser

Fusssohle, bei Stürzen sind die Verbrennungen oft mit anderen Verletzungen kombiniert. Spuren von heißen Gegenständen (Grill, Bügeleisen, Zigarette usw.) sind immer misshandlungsverdächtig.

Differentialdiagnosen

- › Impetigo bullosa
- › Staphylococcal scalded skin syndrome
- › Epidermolysis bullosa
- › Phyto-phototoxische Dermatosen
- › Fernöstliche Volksheilverfahren (Bestreichen der Haut mit heißem Löffel gegen Fieber: Cao Gio oder Cupping)

C Frakturen

Der Nachweis von Frakturen am kindlichen Skelett ist ein gewichtiger Baustein zur Diagnosestellung Kindsmisshandlung, insbesondere wenn die Frakturen in einem ungewöhnlich jungen Alter auftreten oder der angegebene Unfallmechanismus nicht zur vorliegenden Fraktur passt. Zu berücksichtigen sind die folgenden Faktoren:

Misshandlungsverdächtig sind:

- › alle Frakturen vor dem 1. Geburtstag
- › Femurfrakturen vor dem 4. Geburtstag
- › Rippenfrakturen bei Säuglingen und Kleinkindern
- › komplexe Schädelfrakturen mit einer angegebenen Fallhöhe ≤ 1 Meter

- › metaphysäre Frakturen
- › mehrere, verschieden alte Frakturen (bei Angabe eines einseitigen Traumas)

Alter / motorische Entwicklung des Kindes

Aus biomechanischen Gründen kann sich ein Kind durch eigene Aktivität erst eine Fraktur zuziehen, wenn es frei geht, also kaum im 1. Lebensjahr. Frakturen vor dem 1. Geburtstag gelten deshalb primär als sehr verdächtig und bei sorgfältiger Untersuchung der Umstände resultiert, dass jede zweite Fraktur vor dem 1. Geburtstag durch eine Misshandlung verursacht wird. Einzelne Studien bezeichnen gar Frakturen vor dem 4. Geburtstag als sehr verdächtig und in jedem Fall ätiologisch genau zu hinterfragen.

Multiple Frakturen / unterschiedliches Alter der Frakturen

Nach Unfällen liegt in 80% eine einzige Fraktur vor, misshandelte Kinder weisen im Durchschnitt drei Frakturen auf. Verschieden alte Frakturen sind ein starkes Argument für das Vorliegen einer (mehrzeitigen) Misshandlung.

Prädilektionsstellen / Frakturtyp

Hochverdächtig sind Frakturen der Rippen und der langen Röhrenknochen sowie meta- und epiphysäre Frakturen bei Kleinkindern («corner fracture» bzw. «bucket handle fracture») (Abb. 13 und 14).

Gegenstand kontroverser Diskussionen ist, ab welcher Fallhöhe Schädelfrakturen bei Säuglingen entstehen (z.B. durch Sturz vom Wickeltisch): Als grobe Faustregel kann gelten, dass ab der Fallhöhe von einem Meter sogenannte einfache, d.h. lineare, die Schädelnähte nicht kreuzende Schädelfrakturen auftreten können. Zu berücksichtigen ist dabei die Beschaffenheit der Aufprallfläche und ob der Schädel eventuell auf ein kleines hartes Objekt aufschlug, was auch bei geringerer Fallhöhe zu Impressionsfrakturen führen kann. Jedenfalls verursacht ein «Sturz vom

Wickeltisch» (Wickeltischhöhe 80–90 cm) kaum je eine Schädelfraktur. Noch seltener sind Frakturen des übrigen Skelettes nach «Stürzen vom Wickeltisch».

Differentialdiagnosen

Frakturen, die wegen einer Osteopenie durch ein sehr geringes Trauma oder sogar spontan entstehen, werden immer wieder als mögliche Differentialdiagnose zu einer Misshandlung erwähnt.

Infrage kommen die folgenden Zustände:

- Osteogenesis imperfecta
- Osteopenie bei extremer Frühgeburtlichkeit (<32 SSW); erste Lebensmonate
- Osteopenie bei Inaktivität (gehunfähige, behinderte Kinder)
- Rachitis
- Osteopenie bei renalem Leiden



13 Metaphysäre Fraktur («bucket handle fracture»)

Man bedenke aber, dass alle diese Zustände entweder anamnestisch und klinisch klar sind (Frühgeburtlichkeit, Rachitis, Inaktivität, Nierenleiden) oder dann viel seltener als Kindsmisshandlung vorkommen (Osteogenesis imperfecta).

D Innere Verletzungen

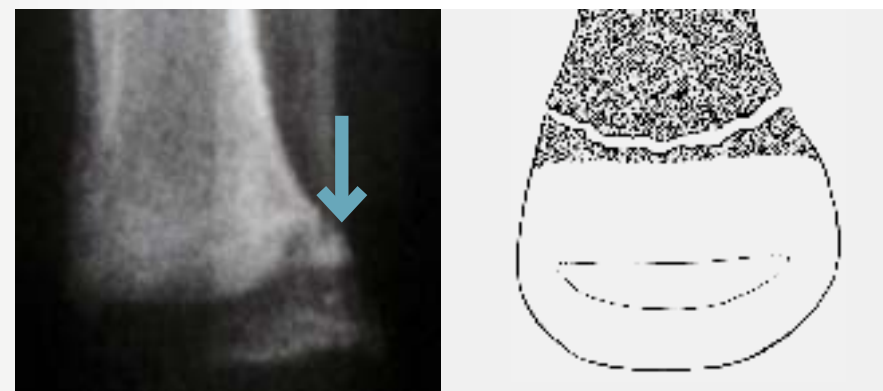
Innere Verletzungen führen in der Regel zu schwerwiegenden Krankheitsbildern, die eine unmittelbare Hospitalisation notwendig machen. Deshalb wird hier nur auf einzelne, leichtere Verletzungen eingegangen und auf das Schütteltrauma, bei dem der Hauptfokus in der Praxis auf der Prävention liegt (Umgang mit schreiendem Säugling).

Verletzungen im ORL-Bereich

Insbesondere Säuglinge werden gelegentlich mit Blutungen im Mundbereich vorgestellt. Diese können durch gewaltsames Füttern oder Schläge auf den Mund entstehen.

Daraus resultieren:

- Schleimhautläsionen in der Mundhöhle/ auf der Zunge
- Verbrühungen in der Mundhöhle/ an den Lippen
- Abriss des Oberlippen- und/ oder des Zungenbändchens
- Othämatom
- Nasenbluten
- Hämatome, Verbrühungen, Bissmarken im Gesicht
- Zahndislokationen und -avulsionen

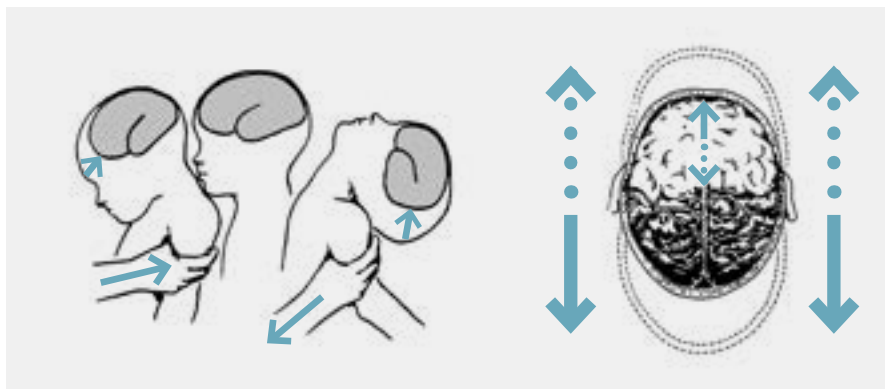


14 Metaphysäre Fraktur («corner fracture»)

Schütteltrauma

Das Schütteltrauma ist eine besondere Form der nicht akzidentellen Schädelhirntraumata («abusive head trauma»). Das Schütteln in sagittaler Richtung eines Kindes, das seinen Kopf nicht stabilisieren kann, führt zu schweren intrakraniellen und intracerebralen Verletzungen, ohne dass der Schädel zusätzlich irgendwo aufschlägt (und somit weder Prellmarken noch Frakturen aufweist). Hauptverletzungsmuster sind Subduralhämatome, «shearing injuries» im Hirnparenchym (beides führt zusätzlich schädigend zu erhöhtem intrakraniellen Druck) sowie Retina- und/oder Glaskörperblutungen (Abb. 15).

Betroffen sind Säuglinge, Knaben mehr als Mädchen, Häufigkeitsgipfel: fünf Monate. Auslösender Faktor ist in aller Regel das (vermehrte) Schreien des Säuglings (deshalb sind die Knaben häufiger betroffen). Die klinische Präsentation besteht aus der Symptomentrias eingeschränktes Bewusstsein (Irritabilität bis Koma), Atemstörung (Bradypnoe bis Apnoe) und Krampfanfälle. Die Prognose ist äusserst ungünstig: 20–25% der Kinder sterben unmittelbar nach dem Trauma, die Überlebenden sind fast ausnahmslos in unterschiedlichem Ausmass behindert.



15 Mechanismus des Schütteltraumas

E Exkurs: weibliche Genitalverstümmelung («female genital mutilation»)

Einige Formen von Mädchenbeschneidung¹ (Infibulation, Exzision, gewisse Formen der Inzision) können bei der Genitaluntersuchung des Mädchens leicht erkannt werden, z.B. das Fehlen von Klitoris und/oder kleinen Schamlippen sowie vernähte Vulvaränder. Wenig ausgeprägte Inzisionen oder «Miniformen» der Mädchenbeschneidung (Ritzen der Klitoris, bis ein Tropfen Blut fliesst) entgehen meist der Untersuchung. Bei unklaren Befunden sollen die Mädchen einer erfahrenen Kindergynäkologin zugewiesen werden.

In der Schweiz ist die Rechtslage klar: Die Mädchenbeschneidung ist als schwere Körperverletzung strafbar, und Eltern, die diese Straftat veranlassen oder zulassen, machen sich ebenfalls strafbar, auch wenn sie die Beschneidung im Ausland durchführen lassen. Das konkrete Vorgehen in solchen Situationen ist aber äusserst heikel: Konsultieren Sie eine der in der Schweiz bestehenden Fachstellen,² die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde oder eine Kinderschutzgruppe.

¹ Es werden heute gemäss WHO die folgenden Formen von Mädchenbeschneidung («female genital mutilation» [FGM]) unterschieden:

A (Typ 1 «Klitoridektomie»): Exzision der Vorhaut mit oder ohne Klitoris

B (Typ 2 «Exzision»): Exzision von Klitoris und kleinen Schamlippen

C (Typ 3 «Infibulation»): Entfernung der Klitoris, der Schamlippen und der angrenzenden Teile mit anschliessendem Zuziehen der Vagina bis auf eine kleine Öffnung

² Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz: www.maedchenbeschneidung.ch/netzwerk.

Für weitere Informationen siehe auch: Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz, Leitfaden für Fachpersonen, Weibliche Genitalbeschneidung (FGM/C) & Kinderschutz, 2020

3.2 Vernachlässigung

Der Begriff der Vernachlässigung bezeichnet das Nichterfüllen kindlicher Bedürfnisse, z.B. bezüglich Ernährung, Hygiene, Kleidung, Erziehung, Fürsorge und Aufsicht. Dies äussert sich z.B. in ungenügender oder gar fehlender Gewichtszunahme (besonders bei Säuglingen), schlechter Haut- und Zahnpflege sowie inadäquater Kleidung. Auch die emotionale Vernachlässigung fällt unter diese Misshandlungsform. Vernachlässigung kann bewusst oder unbewusst erfolgen, Letzteres häufig dann, wenn die Eltern selbst belastet und mit der Sorge für ihre Kinder überfordert sind (z.B. Suchterkrankungen, psychische Erkrankungen, hohe Arbeitsbelastung, finanzielle Situation). Schliesslich kann eine erzieherische Vernachlässigung vorliegen, wenn Kinder nicht altersgemäss sich selbst überlassen werden, Zugang zu Suchtmitteln haben und unkontrolliert elektronische Medien konsumieren können.

Mangelnde Aufsicht kann zu körperlichen Schädigungen führen (Treppenstürze, Verbrennungen, Verbrühungen usw.) sowie zu Vergiftungen durch Medikamente oder toxische Substanzen. Hinweise auf Vernachlässigung können unter anderem ausgeprägte Karies, häufige Notfallkonsultationen wegen Schmerzen oder wiederholt versäumte und abgesagte Konsultationen sein.

Malcompliance im Sinne der nicht korrekten Befolgung von Therapieanweisungen bei körperlichen oder psychischen Krankheiten stellt auch eine Form von Vernachlässigung dar. Sie kann bis zur gänzlichen Verweigerung (schulmedizinischer) Therapien gehen, mit schweren Folgen für die kindliche Gesundheit, ja bis zum Tod des Kindes führen.

3.3 Psychische Misshandlung

Die psychische Misshandlung ist eine oft schwer fassbare Misshandlungsform, deren Auswirkungen nicht weniger bedeutsam sind, als bei den anderen Misshandlungsformen. Kinder gelten als psychisch misshandelt, wenn sie wiederholt eine negativ-destruktive Einstellung der Erziehungspersonen erleben mit kontinuierlichem Herabsetzen des Kindes (Beschimpfungen, Entwürdigungen, Demütigungen, Drohungen) sowie wiederholte negative Zuschreibungen, die das Selbstwertgefühl des Kindes nachhaltig vermindern. Zugleich wird dem Kind andauernd eine negative Erwartungshaltung über seine Zukunft vermittelt.

Ein grosser Teil der psychischen Misshandlung betrifft Kinder, die verbale, psychische oder physische Auseinandersetzungen ihrer Eltern miterleben müssen. Solche Kinder gelten als psychisch misshandelt und werden statistisch so erfasst, auch wenn sie selbst ins Konfliktgeschehen nicht direkt einbezogen sind (häusliche Gewalt, Fachbegriff: «witnessing intimate partner violence», auch Mitbetroffenheit von Partnerschaftsgewalt).

3.4 Sexueller Missbrauch

Der Begriff des sexuellen Missbrauchs bezeichnet den Einbezug von Kindern oder Jugendlichen in sexuelle Handlungen, zu denen sie kein wissentliches Einverständnis geben können oder die sie aufgrund ihres Entwicklungsstandes nicht verstehen, oder in sexuelle Handlungen, die soziale Tabus verletzen.

Sexueller Missbrauch umfasst viele Formen wie z.B. (nicht abschliessend):

- Übergriffe in elektronischen Medien
- Exhibitionismus, Voyeurismus
- Berührungen im Intimbereich
- das Verlangen, masturbiert oder gestreichelt zu werden
- sexuelle Nötigung
- Konfrontation mit Pornografie
- Einführung in die Prostitution
- anale, orale und vaginale Penetration

Initiales Vorgehen nach mutmasslichem sexuellem Missbrauch

Bei der Aufarbeitung einer Situation von sexuellem Missbrauch muss durch die damit betrauten Fachpersonen festgelegt werden, ob eine körperliche (genitale) Untersuchung des Opfers angezeigt ist. Falls ein vermuteter Übergriff weniger als 72 Stunden zurückliegt, sollte dies unverzüglich geschehen, da in diesem Zeitintervall noch am ehesten Tatspuren identi-

fiziert werden können. Bei urteilsfähigen Patientinnen oder Patienten muss deren Zustimmung zur Untersuchung vorliegen.

Die breite Definition des sexuellen Missbrauchs, die oft nicht einer vaginalen oder analen Penetration entspricht, hat zur Folge, dass körperliche Befunde nach sexuellen Übergriffen äusserst selten sind. Liegen Befunde vor, sind sie oft derart diskret, dass deren Abgrenzung von unspezifischen Befunden oder Normvarianten nur der erfahrenen Fachperson gelingt. Zu solchen Spezialistinnen sind Kinder bei vermutetem sexuellem Missbrauch zuzuweisen. Als erfahrene Fachpersonen können nur Kinderärztinnen mit gynäkologischer Zusatzausbildung gelten sowie Gynäkologinnen, die regelmässig Kinder mit diesem Befund untersuchen. Zusätzlich zur vorhandenen Erfahrung muss die Möglichkeit bestehen, die Befunde kolposkopisch zu untersuchen und zu dokumentieren.

Wenn der Verdacht auf sexuellen Missbrauch besteht, ist die Dokumentation von Aussagen der betroffenen Person von grösster Bedeutung. Die Protokollierung muss «im Originalton» erfolgen (d.h. wörtlich, unter Umständen in Mundart) unter Angabe der Aussagesituation (während der Konsultation, beim Herausgehen, im Wartezimmer; welche Personen sind anwesend, wie

verhalten sich diese usw.). Auf diese exakte Protokollierung hat sich die Ärztin oder der Arzt zu beschränken, niemals sollen Kinder zu eventuellen sexuellen Übergriffen «befragt» werden; dies kommt einzig und allein einer spezialisierten Fachperson der ermittelnden Behörde zu (Art. 154 Abs. 4 lit. d StPO). Es ist bekannt, dass «Vorbefragungen» das Aussageverhalten der Kinder beeinflussen können. Durch eine solche Befragung erweist die Ärztin oder der Arzt dem betroffenen Kind somit keinen Dienst. Es gilt zu beachten, dass der Erstkontakt nach einem traumatisierenden Erlebnis wie sexuellen Übergriffen entsprechend achtsam und einfühlsam erfolgt.

Viel eher als mit körperlichen Symptomen manifestiert sich sexueller Missbrauch durch Verhaltensveränderungen der Opfer (s. unten). Diese Veränderungen sind allerdings unspezifisch und können viele andere Ursachen haben.

Differentialdiagnosen

Spezielle Befunde im Anogenitalbereich, die gegen einen sexuellen Missbrauch abgegrenzt werden sollten:

- Genitaler Lichen sclerosus et atrophicus
- Perianale Streptokokkendermatitis
- Condylomata accuminata¹

¹ Mögliches Vorgehen bei Condylomata accuminata im Anogenitalbereich:

– Bis zum 3. Geburtstag können Condylomata accuminata noch subpartal übertragen worden sein (bei vaginaler Entbindung); somit erübrigen sich in der Regel – ausser einer sorgfältigen Anamnese inkl. Sozialanamnese – weitere Abklärung in Richtung sexuellen Missbrauchs.

– Papillomaviren können von Warzen an anderen Körperstellen des Kindes oder von Betreuungspersonen in den Anogenitalbereich übertragen werden. Das Kind selbst ist also genauestens auf das Vorhandensein von Warzen zu untersuchen, ebenso die Betreuungspersonen (insbesondere diejenigen, die das Kind waschen oder wickeln).

– Wenn ein Kind selbst keine Warzen hat (oder in jüngster Vergangenheit gehabt hat) und die Körperpflege selbst macht, sind Condylomata accuminata sehr verdächtig für sexuelle Übergriffe. Eine vertiefte Evaluation in diese Richtung ist angezeigt. Schalten Sie eine Kinderschutzgruppe ein.

– Die Typisierung des Papillomavirus bringt keine Klärung: Nachdem man lange geglaubt hat, es gebe «spezifische sexuell übertragene» Typen, bestätigt das die neuere Literatur nicht.

3.5 Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom

Betroffene Eltern (meist Mütter), erwecken beim medizinischen Personal oft ein sehr positives Bild von sich selbst, erfinden Symptome, die ihr Kind haben soll (Fieber, Krämpfe, Blutungen usw.) oder erzeugen diese durch verschiedenste Manipulationen. Diese Personen wirken/sind oft medizinisch kompetent. Dieses Verhalten bewirkt zahlreiche unnötige medizinische Abklärungen und Eingriffe. Der betroffene Elternteil rückt damit ins Zentrum als besorgte Betreuungsperson eines Kindes, dessen Krankheit niemand kennt und dem folglich nicht geholfen werden kann. Daraus zieht sie einen sekundären «Krankheits»-Gewinn. Diesem Handeln liegen meist eine schwere psychiatrische Pathologie, oft auch eigene Erfahrungen als Opfer von Misshandlung oder ein Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom zugrunde (synonym auch: «fabricated or induced illness» und «medical child abuse»).

Konkret: Wenn Sie im Laufe der Betreuung eines Kindes damit konfrontiert sind, dass immer wieder neue Krankheitssymptome geschildert werden – und alte unerklärt und unbehandelt verschwinden –, denken Sie an dieses Syndrom. Dies insbesondere, wenn die Symptome aussergewöhnlich sind (z.B. Säugling, der alle paar Wochen blutet, einmal aus dem Mund, dann vaginal, Hämoptyse, Blut ab ano) und ganz besonders, wenn Sie jeweils keinen Befund erheben können (im obigen Beispiel: keine Blutspuren, Hämoglobin normal, Blutgerinnung normal usw.). Dasselbe gilt für Krankheitsbilder, die Sie selbst und erfahrene Ärztinnen und Ärzte noch nie gesehen haben: Entweder haben Sie eine neue Krankheit entdeckt (was heutzutage eher selten ist) oder es liegt ein Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom vor. Sollten Sie diesen Verdacht haben, sind Sie mit einer der schwierigsten medizinischen Situationen konfrontiert: Lassen Sie sich unverzüglich von einer Kinderschutzgruppe einer Kinderklinik beraten, wie weiter vorzugehen ist. Nie sollten die Mütter oder andere Familienmitglieder vorgängig konfrontiert werden.

3.6 Verhaltensauffälligkeiten als Hinweis auf eine Kindsmisshandlung

Das Konzept der Adverse Childhood Experiences (ACE) beruht darauf, ACE, die ein Kind durchgemacht hat, mit seiner späteren Lebensqualität als Erwachsener zu korrelieren. ACE sind sämtliche negativen Erfahrungen, die ein Kind durchgemacht hat: alle Formen von Kindsmisshandlung, aber auch Kriegs- und Katastrophenerlebnisse. In vielen Studien konnte nachgewiesen werden, dass ACE vielfältige Auswirkungen auf das spätere Leben haben, sowohl im somatischen als auch im psychischen und ökonomischen Bereich. Dazu gehören auch kindliche Verhaltensauffälligkeiten. Diese sind Folge der erlittenen Traumata und somit die Art des Kindes, damit umzugehen. Entsprechend den ganz unterschiedlichen Schutzfaktoren (Resilienz), die Kinder haben, sehen die Verhaltensänderungen – auch bei vergleichbarer Traumatisierung – ganz verschieden aus; zudem hängen sie vom Alter des Kindes und von der Stellung und Beziehung des Täters zum Kind ab.

Verhaltensauffälligkeiten als Hinweis auf Kindsmisshandlung sind praktisch nie spezifisch für die Art der Traumatisierung: So können im Rahmen einer Kampfscheidung, die für das Kind eine psychische Traumatisierung darstellt, dieselben Symptome auftreten wie nach chronisch sexuellem Missbrauch, nach lange dauerndem Mobbing in der Schule oder nach Verlust eines Elternteils durch Tod. Man hüte sich also davor, einzelne Symptome zu deuten, ohne die Lebensgeschichte und den Gesamtkontext, in dem das Kind lebt, genau zu kennen; Symptomlisten sind mit äusserster Vorsicht anzuwenden und zu interpretieren. Der Einbezug einer Fachperson aus dem psychologischen oder psychiatrischen Bereich ist in solchen Situationen immer sinnvoll.

Mögliche psychosomatische Symptome

- › Schlafstörungen
- › Essstörungen (Gewichtszunahme oder -abnahme)
- › Chronische Schmerzen wie Bauchweh, Kopfweh
- › Einnässen

Mögliche psychische Symptome / Reaktionen

- › Depressive Reaktion, Rückzug, Anpassung
- › Distanzlosigkeit, Berührungsangst
- › Nicht dem Alter entsprechende Beschäftigung mit Sexualität, exzessives (eventuell öffentliches) Masturbieren
- › Sexuelle Übergriffe auf jüngere Kinder
- › Aggressives Verhalten
- › Selbstverletzung, Substanzmissbrauch
- › Suizidalität
- › Weglaufen, Lügen, Leistungserweigerung, Delinquenz
- › Zurückfallen in Verhalten einer jüngeren Entwicklungsstufe
- › Schulleistungsabfall

Mögliche längerfristige psychische Folgen

- › Gestörte Beziehungsfähigkeit
- › Störung der Persönlichkeitsentwicklung
- › Entwicklungsstillstand, Gedeihstörung
- › Sprach-, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen
- › Anwendung von Gewalt als Erwachsene in der Elternrolle

4. Dokumentation

Dokumentation im Akutfall

Aussagen

Insbesondere beim sexuellen Missbrauch, aber auch bei anderen Formen von Kindsmisshandlung, kommt der Aussage des Kindes zentrale Bedeutung zu. Spontane Äußerungen in diesem Zusammenhang sollen deshalb unverzüglich wortgetreu in der Patientendokumentation festgehalten werden, in der Sprache des Kindes (also z.B. in Mundart) und unter Angabe, in welchem Kontext die Aussage gemacht wurde (z.B. bei der Untersuchung des Abdomens oder des Genitales) und in wessen Gegenwart (Mutter, Vater, Drittperson). Auch erfragte Äußerungen können bedeutungsvoll sein, dann muss aber – neben den oben erwähnten Umständen – angegeben werden, wie die Frage lautete und wer sie stellte. Ton- und/oder Bildaufnahmen von aussagenden Kindern haben keinen juristisch verwertbaren Stellenwert und interferieren eventuell mit in der Folge durchgeführten formellen Befragungen durch die Justizorgane (s. unten).

Befunde

Der Dokumentation von sichtbaren Befunden kommt nur eine Bedeutung zu, wenn sie präzise und aussagekräftig ist. Dann allerdings ist sie von unschätzbarem Wert, da gerade Schleimhaut- und Hautbefunde

in kurzer Zeit heilen oder sich stark verändern. Die Dokumentation kann mit Fotos, Zeichnungen oder Videos erfolgen.

Dokumentation im Langzeitverlauf

In der Langzeitbetreuung eines betroffenen Kindes und dessen Familie kommt es immer wieder vor, dass sich die Kinderärztin oder der Kinderarzt über Aussagen und Befunde wundert, sozusagen innerlich die Stirne runzelt. Im Moment ist meist zu wenig Grund vorhanden, den Verdacht auszusprechen, oft kommt das ungute Gefühl auch erst, wenn die Familie schon wieder weg ist. Solche Befunde, Gedanken und Gefühle sollen in der Patientendokumentation festgehalten werden, mit einer anderen Farbe vielleicht, mit einem speziellen Signet versehen: Jeder hat da seine eigene Methode. Die meisten dieser Notizen wird man nie mehr suchen und lesen, da die Verdachtsituation einmalig bleibt. Wenn sie sich aber wiederholt, werden die alten Notizen zu einer unschätzbaren Hilfe, und nur dank ihnen gelingt es, ein meist komplexes Geschehen zu objektivieren und einzuordnen. Dies gilt insbesondere, wenn Eltern den Kontakt abbrechen.

5. Vorgehen

Ziel und Grundprinzip des Kinderschutzes

Ziel aller Bemühungen ist es, eine Gefährdung oder Verletzung des Kindeswohls abzuwenden oder zu beenden. Zu diesem Ziel führen viele Wege, die individuell evaluiert werden müssen. Nie sind Standardlösungen hilfreich bzw. zielführend. Nach dem Grundprinzip «Nie allein» muss mit erfahrenen Fachpersonen nach der im gegebenen Fall besten Lösung gesucht werden. Bei akuter Gefährdung ist der unmittelbare Schutz des Kindes die dringlichste Massnahme.

Umgang mit dem Verdacht in der Praxis

Wenn der Verdacht einmal aufgekommen ist, muss schon einiges passiert sein, denn wir alle haben die Tendenz, die Wahrnehmung von Kindsmisshandlung erst einmal zu verdrängen oder zu verharmlosen. Der Verdacht muss also ernst genommen und zugelassen werden, und es muss gehandelt werden.

Handeln heisst:

- frühere oder aktuelle Dokumentationen zusammentragen, die Gesamtsituation zurechtlegen und für sich einordnen;
- Kontakt zu einer Fach-/Beratungsstelle aufnehmen, die mit dem Vorgehen in

Fällen von Kindsmisshandlung Erfahrung hat. Solche Organisationen gibt es schweizweit.¹ Die Beratung kann anonym, d.h. ohne die Nennung des Patientennamens erfolgen. Gedanken über eine eventuelle Verletzung des Berufsgeheimnisses sind also (noch) nicht angezeigt.

Mit dieser Fach- / Beratungsstelle

zusammen wird das weitere Vorgehen festgelegt, insbesondere was die folgenden Fragen betrifft:

- Ist ein akuter Schutz des Kindes notwendig (z.B. durch Hospitalisation)?
- Soll ein Verdacht gegenüber den Eltern geäussert werden oder nicht?
- Müssen die Behörden involviert werden? (Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde oder Strafverfolgungsbehörde)? Cave: Wenn eine Strafanzeige auch nur im Entferntesten im Bereich des Möglichen liegt, dürfen potenzielle Täterinnen und Täter nicht informiert werden! Auch nicht Personen, bei denen keine Gewähr besteht, dass sie gegenüber den Tatverdächtigen verschwiegen sind.

Das gewählte Vorgehen muss in der Patientendokumentation oder in separaten Notizen festgehalten werden.

¹ www.opferhilfe-schweiz.ch

6. Risikofaktoren

Kindsmisshandlung ist immer multifaktoriell verursacht und nie Resultat eines einzigen Belastungs- oder Risikofaktors. Die Summation mehrerer Risikofaktoren führt zur Überforderung mit erniedrigter Stresstoleranz, mit Kontrollverlust und mit der Unfähigkeit, die kindlichen Bedürfnisse zu erfassen und/oder zu befriedigen. Dies gilt für alle Misshandlungsformen ausser dem sexuellen Missbrauch, bei dem ein ganz anderes Tatpersonenprofil und eine vollkommen andere Dynamik vorliegen.

Die häufigsten Risikofaktoren

Elterliche Faktoren

- Soziale Isolation, Ausgrenzung
- Finanzielle Schwierigkeiten (Arbeits-/Wohnsituation)
- Unerwünschte Schwangerschaft
- Sehr frühe Mutterschaft
- Rasche Geburtenfolge
- Soziale und/oder emotionale Verunsicherung
- Eigene Misshandlungserfahrung
- Suchtmittelabhängigkeit
- Psychische Krankheit/Auffälligkeit (postpartale Depression)

- Chronische Krankheit eines Elternteils
- Straffälligkeit eines Elternteils
- Paarkonflikte, Trennungs-, Scheidungssituationen
- Häusliche Gewalt
- Körperstrafe als Erziehungsmittel akzeptiert
- Unangemessen hoher Erwartungsdruck der Eltern

Kindliche Faktoren

- Mehrlinge
- Extrem Frühgeborene
- Schreibabys
- Kinder mit problematischem Essverhalten
- Kinder mit Schlafstörungen
- Behinderte Kinder
- Chronisch kranke Kinder

7. Rechtssituation in der Schweiz

Autorin: **Roxanne Falta**

Das Kindesschutzsystem in der Schweiz

Kindesschutz ist auch ein Oberbegriff für rechtliche Bestimmungen, die Kinder vor Beeinträchtigungen und Schädigungen schützen sollen. Zentraler Grundgedanke des Kindesschutzsystems ist, dass in erster Linie die Eltern für das Wohlergehen ihrer Kinder verantwortlich sind. Das so genannte **Kindeswohl** zu bewahren, ist der oberste Grundsatz im Kinderrecht und muss in sämtlichen Bereichen, die das Kind betreffen, umfassend berücksichtigt werden.

Die Eltern haben demnach Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen sich ihr Kind in körperlicher, psychischer, geistiger und sozialer Hinsicht bestmöglich entwickeln kann. Dafür werden den Eltern sowohl Rechte als auch Pflichten übertragen, damit sie die notwendigen Entscheidungen für das Kind treffen, es erziehen, vertreten und sein Vermögen verwalten können.

Freiwilliger Kindesschutz

Treten im Umgang mit dem Kind oder in der Familie generell Unsicherheiten oder Überforderungen auf, denen die Eltern nicht mehr begegnen können, sind sie auf Unterstützung von aussen angewiesen.

Nehmen Eltern externe Unterstützungsangebote von Beratungsstellen freiwillig in Anspruch, können diese ausreichen, um das Kindeswohl zu sichern. Man spricht von freiwilligem Kindesschutz, der beispielsweise Angebote wie Erziehungsberatung, Mütter- und Väterberatung, Leistungen von Sozialdiensten oder kinder- und jugendpsychiatrischen Diensten umfasst. Nicht selten lassen sich durch diese niederschweligen Unterstützungsangebote zivilrechtliche Kindesschutzmassnahmen vermeiden.

Zivilrechtlicher Kindesschutz

Wenn der freiwillige Kindesschutz nicht (mehr) greift und die Eltern der Verantwortung, umfassend für das Wohl ihres Kindes zu sorgen, nicht mehr nachkommen (können), kann das Wohl des betroffenen Kindes gefährdet sein. Es ist Aufgabe der **Kindesschutzbehörde (KESB)**, solche Gefährdungen abzuklären und gegebenenfalls Massnahmen anzuordnen, um eine Verschlimmerung der Situation und allenfalls eine künftige Schädigung des Kindes zu verhindern. Es ist besonders relevant, dass die Kindesschutzbehörde bereits in einem frühen Stadium über mögliche Gefährdungen informiert wird. Im Gegensatz zum Strafrecht geht es im zivilrechtlichen Kindesschutz nicht um eine Schuldzuweisung (beispielsweise an die Eltern).

Die Kindesschutzmassnahmen des ZGB sind verschuldensunabhängig und haben keinen strafenden Charakter. Sie dienen dazu, der Kindeswohlgefährdung entgegenzuwirken und das Familiensystem bestmöglich zu unterstützen und zu stärken.

Melderegelung für Ärztinnen und Ärzte (Art. 314c Abs. 2 ZGB i.V.m. Art. 321 StGB)

Stellen Ärztinnen und Ärzte bei einer Untersuchung fest, dass das Wohl eines Kindes oder dessen Entwicklung gefährdet sein könnte, haben sie eine Meldung an die Kindesschutzbehörde in Betracht zu ziehen.

Ärztinnen und Ärzte dürfen Patientendaten nur unter folgenden Voraussetzungen weitergeben, wenn:

- die Einwilligung der Patientin oder des Patienten dafür vorliegt (im Falle eines Kindes wird dies in der Regel die Zustimmung der erziehungsberechtigten Personen sein, was je nach Kooperationsbereitschaft der Eltern schwierig oder je nach Fallkonstellation nicht im Sinne des Kindeswohls sein kann);

- die vorgesetzte Behörde die Arztperson vom Berufsgeheimnis entbindet. Dies stellt regelmässig einen gewissen administrativen Aufwand dar, der zu zeitlichen Verzögerungen und allenfalls zu einer zunehmenden Verschlechterung der Situation des Kindes führen kann;
- ein Gesetz die Datenweitergabe vorsieht (Melderecht oder Meldepflicht wird in einem Gesetz statuiert).

Mit Einführung von Art. 314c Abs. 2 ZGB wurde neu eine gesetzliche Grundlage für ein **ärztliches Melderecht** im Kindesschutz geschaffen (in Kraft seit 1.1.2019). Dieser Artikel sieht vor, dass Ärztinnen und Ärzte berechtigt sind, Informationen in Form einer Meldung an die KESB weiterzugeben, **ohne sich vorgängig vom Berufsgeheimnis entbinden zu lassen** oder die Einwilligung des Patienten oder der Patientin einzuholen. **Eine generelle (bundesrechtliche) Meldepflicht besteht nicht.**

Achtung: Die Kantone haben das Recht, selbst Meldevorschriften zu erlassen. Daher besteht **in einigen Kantonen eine Meldepflicht für Ärztinnen und Ärzte** (und teilweise auch für ihre Hilfspersonen, siehe Folgeseiten), wenn sie Kenntnis über ein gefährdetes Kind haben.¹

¹ Eine Übersicht über die kantonalen Meldevorschriften finden Sie unter: www.kokes.ch/de/dokumentation/empfehlungen/meldrechte-und-meldepflichten; zuletzt aufgerufen am 1. Oktober 2019

Die Verletzung einer Meldepflicht ist für sich nicht strafbar. Wenn trotz Meldepflicht keine Meldung erstattet wird und es zu einer Schädigung kommt, kann eine Straftat durch Unterlassung relevant werden (Art. 11 Abs. 2 StGB). Voraussetzung dafür ist, dass der Schaden, den ein Opfer durch eine Straftat erlitten hat, mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit durch eine Meldung an die KESB hätte verhindert werden können.

Generell sollte eine Meldung erst nach einer eingehenden **Interessenabwägung**, welche die betroffene Arztperson durchzuführen hat, erfolgen. Sie hat stets zu prüfen, ob mit einer Meldung das Wohl des Kindes gewahrt bleibt oder wieder hergestellt werden kann. Das Kindeswohl ist in jedem Fall vordergründig zu gewährleisten. Es kann sein, dass zwischen der Arztperson und dem Kind oder dessen Eltern ein Vertrauensverhältnis besteht, das durch das Einreichen einer Meldung belastet werden könnte. Dies kann unter Umständen eine zusätzliche Gefährdung des Kindes nach sich ziehen (indem sich beispielsweise die Eltern aufgrund der Meldung weigern, das Kind künftig ärztlich untersuchen zu lassen, oder ständig den Arzt wechseln). Bei dieser Interessenabwägung sollten auch die Interessen weiterer Kinder (z.B. Geschwister) miteinbezogen werden. Je nach Fallkonstellation kann es auch zielführend sein, das Einverständnis des betroffenen, urteilsfähigen Kindes

einzuholen und dessen Eltern über die Meldung zu informieren. Es empfiehlt sich, den Ablauf dieser Interessenabwägung sowie den gefassten Entschluss zur oder gegen eine Meldung zu dokumentieren.

Kommt die Arztperson nach Abwägung der Interessen zum Schluss, dass eine Meldung dem Kind mehr nützt als schadet, kann sie eine Meldung bei der Kinderschutzhilfe am Wohnsitz des Kindes einreichen. In einem Notfall, bei dem sich der Wohnsitz des Kindes nicht eruieren lässt, kann auch bei der Kinderschutzhilfe am Aufenthaltsort des Kindes Meldung erstattet werden. Gegenstand der Meldung sind Angaben zur Identifikation des Kindes und dessen Familie sowie sämtliche relevanten Tatsachen und Beobachtungen, die das Wohl eines Kindes oder dessen Entwicklung als gefährdet erscheinen lassen.

Ist eine Meldung bei der KESB eingegangen, eröffnet diese ein Verfahren. In diesem Verfahren wird die Situation des Kindes abgeklärt und geprüft, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt und inwiefern die Familie unterstützt werden kann. Nach Abschluss dieses Verfahrens wird ein Entscheid gefällt, und es werden allenfalls Massnahmen zur Unterstützung der Familie oder zum Schutz des Kindes getroffen.

Medizinische Praxisassistent / innen sowie weitere Hilfspersonen

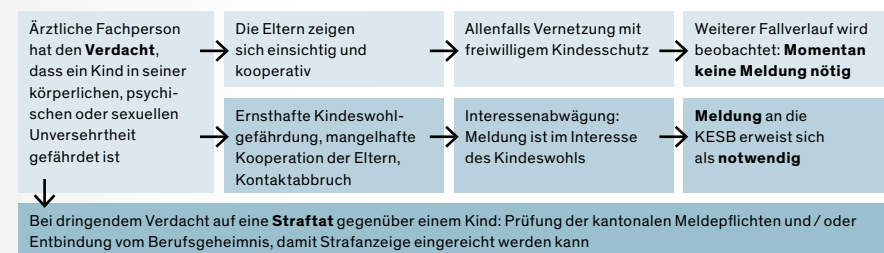
Fachpersonen, die Ärztinnen und Ärzte in ihrer Tätigkeit unterstützen (z.B. Pflegefachpersonen, medizinische Praxisassistentinnen und -assistenten, Ergo- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten usw.) sind im rechtlichen Sinne als «Hilfspersonen» zu qualifizieren. Für sie gilt nicht dasselbe Melderecht wie für Ärztinnen und Ärzte. Die Hilfspersonen unterstehen ebenso wie die Ärztinnen und Ärzte dem strafrechtlich geschützten Berufsgeheimnis (Art. 321 StGB). Wenn die Hilfsperson selbst eine Meldung einreichen möchte, muss sie sich von der vorgesetzten Behörde oder Aufsichtsbehörde von der Schweigepflicht entbinden lassen. In der Praxis ist es üblich, dass Hilfspersonen ihre Beobachtungen und Informationen mit den Ärztinnen und Ärzten teilen. Diese haben unter Einbezug dieser Informationen eine Interessenabwägung vorzunehmen, ob eine Meldung eingereicht werden soll oder nicht.

Strafrechtlicher Kinderschutz

Während das Zivilrecht bereits bei der «ernstlichen Möglichkeit einer Beeinträchtigung des Kindeswohls» greift, kommt das Strafrecht erst dann zum Zug, wenn der hinlängliche Verdacht vorliegt, dass eine strafrechtlich relevante Schädigung erfolgt sein könnte. Anzeigepflichten für Ärztinnen und Ärzte sind in kantonalen Gesetzen geregelt (meist Gesundheitsgesetz). So besteht in fast allen Kantonen eine Meldepflicht bei aussergewöhnlichen Todesfällen. Besteht keine Melde- oder Anzeigepflicht, ist die Arztperson an das strafrechtliche Berufsgeheimnis gebunden. Entschliesst sie sich dazu, eine Meldung einzureichen, muss sie sich vom Berufsgeheimnis entbinden lassen.

Die Untersuchungen in strafrechtlichen Verfahren führt die Polizei und/oder die Staatsanwaltschaft. So ist es auch deren explizite Aufgabe, Befragungen von Kindern durchzuführen.

Mögliche Abläufe bei einer Kindeswohlgefährdung:¹



¹ In Anlehnung an «Empfehlungen zur Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und KESB», Kindes und Erwachsenenschutzbehörden im Kanton Zürich

8. Informationen und weiterführende Literatur

Informationen

Fachorganisationen zu Kinderschutz und Medizin

Fachgruppe Kinderschutz der schweizerischen Kinderkliniken

Zusammenschluss der kinderschutzverantwortlichen Kinderkliniken aus der ganzen Schweiz. Sie veröffentlicht die jährliche nationale Statistik der Kinderschutzfälle an Kinderkliniken und hat zum Ziel, den Kinderschutz in der Schweiz zu verbessern. www.paediatricschweiz.ch

Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin e.V. (DGKiM)

Subspezialität der Kinderheilkunde, die sich aus mehreren Bereichen der Medizin und darüber hinaus zusammensetzt mit dem Ziel, die wissenschaftliche, klinische und praktische ärztliche Arbeit auf dem Gebiet der Früherkennung von Gewalt an Kindern und Jugendlichen zu fördern; Erarbeitung von Leitlinien im medizinischen Kinderschutz; Förderung von Kinderschutzgruppen www.dgkim.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ)

Dachverband der kinder- und jugendmedizinischen Gesellschaften www.dakj.de

Gesellschaft für seelische Gesundheit in der frühen Kindheit (GAIMH)

Tochtergesellschaft der World Association for Infant Mental Health (WAIMH) www.gaimh.org

The National Center on Shaken Baby Syndrome

Ressourcen, Konferenzen, Information, Präventionsprogramme und Materialien zum Schütteltrauma <https://dontshake.org/>

The Shaken Baby Alliance

Quellen und Hilfestellungen zum Schütteltrauma <https://shakenbaby.org>

Kinderschutz-Fachorganisationen:

In der Schweiz

Kinderschutz Schweiz

Unabhängige, gesamtschweizerisch tätige, privatrechtliche Stiftung. Als gemeinnützige Fachorganisation macht sie sich dafür stark, dass alle Kinder in der Schweiz im Sinne der UN-Kinderrechtskonvention in Schutz und Würde aufwachsen. www.kinderschutz.ch

Stiftung Kinder und Gewalt

Schweizerische Stiftung, die Projekte zur Verhütung, Früherfassung und Bekämpfung von Kindsmisshandlungen sowie zur Beratung, Betreuung und Behandlung von misshandelten Kindern unterstützt www.kinderundgewalt.ch

UNICEF Schweiz und Liechtenstein

www.unicef.ch

ECPAT Switzerland

Fachstelle der Stiftung Kinderschutz Schweiz gegen Kinderprostitution, Kinderpornografie und Kinderhandel www.kinderschutz.ch/de/ecpat.html

International

International Society for the Prevention of Child Abuse & Neglect (ISPCAN)

Interdisziplinäre Kinderschutz-Weltorganisation www.ispcan.org

American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC)

Amerikanische interdisziplinäre Kinderschutz-Dachorganisation www.apsac.org

Association of Child Protection Professionals

Britische interdisziplinäre Kinderschutzorganisation www.childprotectionprofessionals.org.uk

Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und sexualisierter Gewalt e.V. (DGfPI)

Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für Fachleute, die sich mit körperlicher und seelischer Misshandlung, sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung von Kindern beschäftigen; nationale Partnerorganisation der ISPCAN www.dgfpi.de

Deutscher Kinderschutzbund

Bundesverband für die Rechte aller Kinder und Jugendlicher in Deutschland mit dem Ziel, eine kinderfreundliche Gesellschaft, in der die geistige, seelische und körperliche Entwicklung von Kindern und Jugendlichen gefördert wird www.dksb.de

Beratungsstellen

Opferhilfe Schweiz

Übersicht über und Suche nach kantonalen Opferhilfe-Beratungsstellen: kostenlose, vertrauliche und anonyme Beratung schweizweit www.opferhilfe-schweiz.ch

Elternnotruf

24/7-Beratung für Rat suchende Mütter und Väter sowie Kurse, Vorträge und Workshops für Eltern oder Fachpersonen <https://elternnotruf.ch/>

147: Beratung der Pro Juventute

Kostenlose und vertrauliche Beratung für Kinder und Jugendliche. www.147.ch

Weiterführende Literatur

Hermann B., Dettmeyer R., Banaschak S., Thyen U. Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen, 3. Auflage, Berlin Heidelberg 2016

Fegert J. M., Hoffmann, U., König, E., Niehues, J., Liebhardt, H. (Hrsg.). Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen. Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich, Ulm 2015

Freund U., Riedel-Breidenstein D. Sexuelle Übergriffe unter Kindern. Handbuch zur Prävention und Intervention, Köln 2004

Eckert A., in: Niggli M. A. / Wiprächtiger H. (Hrsg.). Basler Kommentar Strafrecht II, 4. Auflage, Basel 2018

Botschaft zur Änderung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Kindesschutz) vom 15. April 2015

Sethi, D., Bellis, M., Hughes, K., Gilbert, R., Mitis, F., & Galea, G. (2013). European report on preventing child maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A., & van IJzendoorn, M. H. (2012). The universality of childhood emotional abuse: A meta-analysis of worldwide prevalence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21(8), 870–890

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2013). The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(3), 345–355. doi: 10.1007/s00127-012-0549-y

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Alink, L. R. A. (2013). Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. *International Journal of Psychology*, 48(2), 81–94. doi: 10.1080/00207594.2012.697165

Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat*, 16(2), 79–101. doi: 10.1177/1077559511403920

9. Empfehlungen

FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
www.fmh.ch

Pädiatrie Schweiz
Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie
www.paediatricschweiz.ch

Kinderärzte Schweiz
Berufsverband Kinder- und Jugendärzte in der Praxis
www.kinderaerzteschweiz.ch

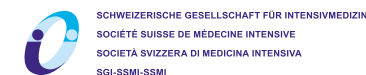
mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz
www.hausaerzteschweiz.ch

Schweizerische Gesellschaft für Kinderchirurgie
www.swiss-pediatricsurgery.org

Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychologie (SGKJPP)
www.sgkjpp.ch

Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie
www.neonet.ch

Interessengemeinschaft pädiatrische und neonatologische Intensivmedizin (IGPNI)
die der SGI zugehört www.sgi-ssmi.ch



**Schweizerische Vereinigung für
Kinderzahnmedizin (SVK ASP)**

www.kinderzahn.ch

SVK·ASP

Schweizerische Vereinigung für Kinderzahnmedizin
Association Suisse de Médecine Dentaire Pédiatrique
Associazione Svizzera di Odontoiatria Pediatrica

**Schweizerische Gesellschaft für
Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)**

www.sgaim.ch

SGAIM SSMIG SSGIM
Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin
Société Suisse de Médecine Interne Générale
Società Svizzera di Medicina Interna Generale
Swiss Society of General Internal Medicine

gynécologie suisse SGGG

Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG)
www.sggg.ch

**gynécologie
suisse**

**Schweizerische Gesellschaft für
Dermatologie und Venerologie (SGDV)**

www.derma.ch

**sgdv
ssdv**

**Schweizerische Gesellschaft für
Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP)**

www.psychiatrie.ch/sgpp

PSY & ASI SGPP Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
SSPP Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie
SSPP Società Svizzera di Psichiatria e Psicoterapia

**Schweizerischer Verband
Medizinischer Praxis-Fachpersonen (SVA)**

www.sva.ch

SVA Schweizerischer Verband
Medizinischer Praxis-Fachpersonen

**Foederation Medicorum
Chirurgicorum Helvetica (FMCH)**

www.fmch.ch

FMCH



Kinderschutz Schweiz
Protection de l'enfance Suisse
Protezione dell'infanzia Svizzera

Kinder, die physische, psychische oder sexuelle Gewalt erfahren oder aufgrund ungünstiger Erziehungsmethoden gefährdet sind, können verschiedenen Berufsgruppen in einem frühen Stadium auffallen. Insbesondere im Frühbereich (bis zum dritten Geburtstag) sind Kinderärztinnen und Kinderärzte sowie Hausärztinnen und Hausärzte zusammen mit der Mütter- und Väterberatung oft die einzigen Fachleute, die Kinder regelmässig sehen. Ihnen kommt deshalb eine besondere Verantwortung zu, eine Gefährdungssituation zu erfassen. Aber auch bei älteren Kindern haben Berufsleute eine Schlüsselfunktion für die weitere Entwicklung von Kindern, denn ihre Reaktion auf die vermutete oder sichere Kindeswohlgefährdung entscheidet in vielen Fällen, ob dem Kind der notwendige Schutz und den Eltern die nötige Hilfe zur Abwendung der Gefährdung zukommt, die ihm bzw. ihnen zusteht.

Der vorliegende Leitfaden richtet sich an Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen sowie an Medizinische Praxisassistentinnen und Praxisassistenten. Er zeigt die Formen von Kindsmisshandlungen auf und stellt ein praktisches Hilfsmittel dar, das es ermöglicht, Kindsmisshandlungen besser zu erkennen und die nötigen Massnahmen zum Schutz des Kindes in die Wege zu leiten. Dabei unterstützt er die Ärztinnen und Ärzte nicht nur darin, Fälle von tatsächlich erfolgter Kindsmisshandlung zu erfassen, sondern auch Verdachts- und Risikosituationen einzuschätzen und adäquat zu handeln.

Kinderschutz Schweiz

Schölllistrasse 9a | 3008 Bern
Telefon +41 31 384 29 29

www.kinderschutz.ch
info@kinderschutz.ch

[f](https://www.facebook.com/kinderschutzschweiz) / [i](https://www.instagram.com/kinderschutzschweiz) / [v](https://www.youtube.com/kinderschutzschweiz) / [/kinderschutzschweiz](https://www.linkedin.com/company/kinderschutzschweiz)
[/kinderschutz_ch](https://www.tiktok.com/@kinderschutz_ch)