



Schweizerische Gesellschaft
für Rechtsmedizin
SGRM

Société Suisse
de Médecine Légale
SSML

Società Svizzera
di Medicina Legale
SSML

Sektion Medizin

section médecine forensique

Arbeitsgruppe "Qualitätsmanagement
in der Forensischen Medizin"

Untersuchung von Kindern und Jugendlichen im Zusammen- hang mit körperlicher und/oder sexueller Gewalt

Ausgabe November 2015



INHALTSVERZEICHNIS

1	VORWORT	3
2	THEORETISCHE GRUNDLAGEN	4
2.1	Einleitung.....	4
2.2	Rechtliche Grundlagen.....	4
2.3	Berufsrechtliche Aspekte.....	5
2.3.1	Untersuchung im Rahmen eines forensisch-medizinischen Konsiliums.....	5
2.3.2	Untersuchung im behördlichen Auftrag	6
2.3.3	Untersuchung als ärztliches Konsilium	7
2.4	Begriffe / Definitionen.....	7
3	PRAKTISCHE VORGEHENSWEISE.....	8
3.1	Grundsätze.....	8
3.1.1	Organisatorisches	9
3.1.2	Material	10
3.2	Untersuchungsablauf	10
3.2.1	Aufklärung und Einverständniserklärung	10
3.2.2	Anamnese.....	10
3.2.3	Körperliche Untersuchung	11
3.2.4	Shaken Baby Syndrome	12
3.2.5	Münchhausen-Syndrom-by-Proxy (MSbP)	13
3.2.6	Kindergynäkologische (genitale) Untersuchung	14
3.2.7	Genitale Untersuchung beim männlichen Jugendlichen.....	14
3.2.8	Gesäss- und Analregion	14
3.2.9	Dokumentation.....	14
3.2.10	Spurenkundliche Asservierung	15
3.2.11	Urin- und Blutentnahme, mikrobiologische Probenahme	15
3.3	Verwaltung der Asservate	15
3.4	Behandlung und Weiterbetreuung	15
4	INTERPRETATION.....	16
4.1	Vorbemerkung.....	16
4.2	Extragenitale Befunde	16
4.2.1	Kindliche Frakturen	16
4.2.2	Shaken-baby-Syndrome	16
4.2.3	Münchhausen-Syndrom-by-Proxy (MSbP)	17
4.3	Genitale und anale Befunde.....	17
5	WEITERFÜHRENDE UNTERLAGEN	19
6	ANHANG	20



1 Vorwort

Dieses Dokument wurde von den Mitgliedern der Arbeitsgruppe "Qualitätsmanagement in der Forensischen Medizin" der Sektion Medizin der Schweizerischen Gesellschaft für Rechtsmedizin (SGRM) erarbeitet. Es basiert auf der Arbeit einer früheren Arbeitsgruppe der SGRM. Dieses Konsenspapier dient der Harmonisierung von Arbeitsabläufen und der Terminologie innerhalb der SGRM. Gleichzeitig definiert es die Minimalanforderungen und stellt damit die Grundlage für das Qualitätsmanagement in der Forensischen Medizin dar.

Mitglieder der Arbeitsgruppe:

- IRM Aarau, vertreten von Herrn Dr. Th. Ketterer,
- IRM Basel, vertreten von Herrn Dr. H. Wittig,
- IRM Bern, vertreten von Frau Dr. C. Schön
- IRM Graubünden, vertreten von Herrn Dr. D. Wyler,
- CURML Lausanne, vertreten von Herrn Dr. M. Bollmann,
- IRM St. Gallen, vertreten von Herrn Prof. R. Hausmann,
- IRM Zürich, vertreten von Herrn Dr. St. Bolliger,
- Hôpital Valaisan, vertreten von Frau Dr. B. Schrag,
- Herr Prof. Th. Sigrist, Tübach

In diesem Dokument gilt für Personen die geschlechtsneutrale Formulierung; der Einfachheit halber wird zumeist die männliche Form angewandt.

Danksagung

Die Arbeitsgruppe bedankt sich bei Herrn Dr. med. Walter Bär, Chefarzt Kinderklinik, Kantonsspital Graubünden für die pädiatrisch-fachliche Durchsicht dieses Dokumentes.



2 THEORETISCHE GRUNDLAGEN

2.1 Einleitung

Kinder und Jugendliche, die angeblich körperliche und/oder sexuelle Gewalt erfahren haben, sollen in der ganzen Schweiz nach einheitlichen Standards untersucht werden. Dieses Dokument beschränkt sich im Wesentlichen auf die für Kinder und Jugendliche zutreffenden Aspekte der Erhebung der Anamnese, der körperlichen und kinder-gynäkologischen Untersuchung, der Spurenesservierung, der Befunddokumentation und Begutachtung. Es ergänzt das Dokument «Forensisch-klinische Untersuchung von Personen nach Gewalteinwirkung», nachfolgend «Basisdokument» genannt, und stützt sich auf die Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaften für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Kinderpsychiatrie (siehe Punkt 5).

2.2 Rechtliche Grundlagen

Die forensisch-medizinische Untersuchung von Kindern und Jugendlichen erfolgt entweder im Auftrag einer Behörde oder im Rahmen eines rechtsmedizinischen Konsiliums, z.B. einer Kinderklinik. Die rechtlichen Grundlagen sind im Basisdokument aufgeführt; sie gelten sinngemäss auch hier. Ein wichtiger Aspekt ist die Urteilsfähigkeit, insbesondere wenn es um die Einwilligung in Untersuchungen und Behandlungen geht.

Die Urteilsfähigkeit ist – nebst der Volljährigkeit¹ - rechtlicher Bestandteil der Handlungsfähigkeit, d.h. der Fähigkeit, durch eigene Handlungen Rechte und Pflichten zu begründen, namentlich Geschäfte abzuschliessen. Kinder und Jugendliche – selbst urteilsfähige - sind grundsätzlich nicht geschäftsfähig und können somit auch mit Ärzten keine Behandlungsverträge abschliessen. Es bedarf der Zustimmung der gesetzlichen Vertretung. Sie können jedoch selbständig Rechte ausüben, die ihnen aus den persönlichen Grundrechten zustehen (Art. 19c, Abs. 1 ZGB).

Eine Person ist urteilsfähig, wenn sie in einer konkreten Lebenssituation „vernunft-gemäss“ handeln kann, also die Tragweite des eigenen Handelns begreift und fähig ist, sich entsprechend dieser Einsicht zu verhalten. Das Vorliegen einer Urteilsfähigkeit beurteilt sich daher immer situativ. Bei Kindern orientiert sich die Gerichtspraxis gerne an Altersgrenzen. Gemeinhin werden sie dann als urteilsfähig betrachtet, wenn sie zwölf Jahre alt geworden sind (vgl. z.B. Entscheid (2009) des Kantonsgerichts St. Gallen²).

¹ Volljährig ist, wer das 18. Lebensjahr zurückgelegt hat (Art. 14 ZGB)

² http://www.gerichte.sg.ch/home/dienstleistungen/rechtsprechung/kantonsgericht/entscheide_2009/rf_2009_62.html



Die forensisch-medizinische Untersuchung erfolgt oft vor einem strafrechtlichen Hintergrund, den der Rechtsmediziner in seinen Grundzügen kennen soll, um die richtigen Untersuchungshandlungen vornehmen zu können. Nachfolgend die relevanten Rechtsbezüge:

Art. 154 StPO	Besondere Massnahmen zum Schutz von Kindern als Opfer	SR 311.0 ³
Art. 187 StGB	Sexuelle Handlungen mit Kindern (unter 16 Jahren)	
Art. 188 StGB	Sexuelle Handlungen mit Abhängigen	
Art 195 StGB	Ausnützung sexueller Handlungen, Pornographie, Vorführungen	
Bundesgesetz über das Jugendstrafrecht (Jugendstrafgesetz, JStG)		SR 311.1
Verordnung über Massnahmen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen sowie zur Stärkung der Kinderrechte		SR 311.039.1
Bundesgesetz über die Hilfe an Opfer von Straftaten, OHG		SR 312.5
Verordnung über die Hilfe an Opfer von Straftaten, OHV		SR 312.51
Art. 448 ZGB	Mitwirkungspflichten und Amtshilfe (betr. KESB)	SR 210
Art. 453 ZGB	Zusammenarbeitspflicht (betr. KESB)	
Art. 364 StGB	Mitteilungsrecht (betr. minderjährige Geschädigte)	
Art. 154 StPO	Besondere Massnahmen zum Schutz von Kindern als Opfern	

2.3 Berufsrechtliche Aspekte

2.3.1 Untersuchung im Rahmen eines forensisch-medizinischen Konsiliums

Im Falle einer konsiliarischen Untersuchung besteht ein Arzt-Patienten-Verhältnis, d.h. es gelten die Bestimmungen betreffend die ärztlichen Geheimhaltungspflichten, und es bedarf grundsätzlich der Einwilligung in die Untersuchung, und zwar unabhängig von der Urteilsfähigkeit des Kindes/Jugendlichen. Diese ist ab einem Alter von 12 Jahren zu vermuten, denn auch Kinder haben ihren eigenen Willen und sollen diesen entfalten können. In der konkreten Situation einer (vermut-

³ SR = schweizerisches Bundesrecht, Systematische Rechtssammlung, www.admin.ch/ch/d/sr/sr.html



lichen) Misshandlung, Vernachlässigung u/o sexuellen Fremdhandlung ist das Kind und ev. auch der Jugendliche bezüglich seiner Urteilsfähigkeit und damit auch seiner Einwilligung in die anstehende Untersuchung überfordert. Eine erwachsene Person, die offenkundig die Interessen des Minderjährigen wahrt, soll an seiner Stelle die wichtigen Entscheidungen fällen – nach vorgängiger aufklärender Information.

Der Rechtsmediziner als Konsiliararzt soll sich auf die objektive Befunderhebung und –dokumentation sowie auf die Spurensicherung beschränken und auf eine Interpretation im Sinne einer gutachtlichen Würdigung verzichten.

Der rechtsmedizinische Konsiliararzt kann - wie jeder andere Arzt - von seinem Melderecht Gebrauch machen; es ist kantonal geregelt.

Nachfolgend die relevanten strafrechtlichen Bestimmungen zu Geheimhaltung bzw. Melderecht:

Art. 320 StGB	Verletzung des Amtsgeheimnisses
Art. 321 StGB	Verletzung des Berufsgeheimnisses
Art. 364 StGB	Melderecht bei Minderjährigen

2.3.2 Untersuchung im behördlichen Auftrag

Das Kind resp. der Jugendliche und/oder seine Stellvertretung hat grundsätzlich das Recht, die Mitwirkung bei der Untersuchung zu verweigern. Die Schweizerische Strafprozessordnung (StPO) regelt in Art. 185 Abs. 5 dieses Recht und verpflichtet zugleich die sachverständige Person, die betroffene Person und/oder ihre Stellvertretung zu Beginn der Untersuchung auf dieses Recht hinzuweisen.

Art. 185 StPO	Ausarbeitung des Gutachtens, Aufklärungspflicht
-------------------------------	---

Dies bedeutet für den Rechtsmediziner, dass er seine Stellung und Funktion als sachverständige Person deutlich macht. Er soll klar zu erkennen geben, dass er nicht als behandelnder Arzt wirkt. Er soll auf das Verweigerungsrecht hinweisen und dies auch im Protokoll festhalten. Die Missachtung dieser Aufklärungspflicht könnte zur Unverwertbarkeit des Gutachtens in einem späteren Gerichtsverfahren führen.



2.3.3 Untersuchung als ärztliches Konsilium

Es wird auf das Basisdokument verwiesen.

2.4 Begriffe / Definitionen

Neugeborenes	Bezeichnung für ein Kind von der Geburt bis zum Ende des ersten Lebensmonats.
Säugling	Bezeichnung für ein Kind nach dem ersten Lebensmonat bis zum Ende des ersten Lebensjahrs.
Kleinkind	Bezeichnung für ein Kind zwischen dem zweiten und dem sechsten Lebensjahr.
Kindesmisshandlung, battered child	Nicht zufällige, bewusste oder unbewusste, gewaltsame, psychische oder physische Schädigung, die in Familien oder Institutionen (beispielsweise Kindergärten, Schulen, Heimen) geschieht, die zu Verletzungen, Entwicklungshemmungen oder sogar zum Tod führt, und die das Wohl und die Rechte eines Kindes beeinträchtigt oder bedroht.



3 PRAKTISCHE VORGEHENSWEISE

3.1.1 Grundsätze

- Unabhängig davon, ob Anzeige erstattet wurde, ist in jedem Fall mit Verdacht auf Kindesmisshandlung eine vollständige körperliche und bei entsprechender Fragestellung kindergynäkologische Untersuchung, Befunddokumentation und Spurensicherung nach forensisch-medizinischen Kriterien anzustreben.
- Das Untersuchungsumfeld sollte kindgerecht gestaltet werden. Eine eingespielte Kooperation mit Fachpersonen (Pädiater, Kinderchirurgen, Kinder- und Jugendpsychiater etc.) ist vorteilhaft.
- Bei der Untersuchung sind die Gesundheit und das Wohlergehen des Kindes oder Jugendlichen von übergeordneter Bedeutung. Ein einfühlsamer und respektvoller Umgang mit dem Kind/Jugendlichen und seinen Begleitpersonen ist wichtig und dient der Vertrauensbildung.
- Die oft emotionsgeladenen Fälle verlangen von den untersuchenden Personen eine besonders sachliche und distanzierte Haltung.
- Bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch von weiblichen Säuglingen, Kleinkindern oder Mädchen soll möglichst eine kindergynäkologische Fachärztin beigezogen werden. Für die Entscheidungsfindung, ob eine Jugendliche kindergynäkologisch oder gynäkologisch untersucht werden soll, ist das biologische und psychische Entwicklungsstadium wichtiger als das chronologische Alter. Bei der Untersuchung sollte eine weibliche Person anwesend sein (Rechtsmedizinerin, Pädiaterin, Pflegefachfrau).
- Bei Verdacht auf einen analen sexuellen Missbrauch ist der Beizug eines erfahrenen Proktologen anzustreben.
- Verletzungen sollen so rasch wie möglich untersucht und bei Bedarf ein oder zwei Tage später nachkontrolliert werden. Besonders nach Vorfällen mit mutmasslichem oder möglichem sexuellem Hintergrund, die nicht länger als 2 Tage zurück liegen, soll die Untersuchung zum Zweck der Spurensicherung ohne Zeitverzug vorgenommen werden. Dann bestehen die besten Chancen, dass biologische Spuren des Ereignisses vor dem Zerfall oder der Vernichtung gesichert und auch geringfügige Verletzungen noch erfasst werden können. Bei länger zurückliegendem Ereignis muss von Fall zu Fall abgewogen werden, ob eine sofortige Untersuchung notwendig ist oder nicht.
- Der Grund der Untersuchung und die Untersuchungsschritte sollen, wenn möglich, der zu untersuchenden Person, in jedem Fall aber deren stellvertretenden Begleitperson, vorgängig er-



klärt werden. Die Aufklärung und die Einwilligung in die Untersuchung sollen dokumentiert werden (siehe Anhang).

- Eine Untersuchung soll nicht unter Zeitdruck erfolgen, damit sich alle Beteiligten auf die Situation einstellen können.
- Auf eine Narkotisierung oder eine Fixierung, z.B. wegen Unruhe oder fehlender Kooperation, ist zu verzichten.
- Eine interdisziplinäre Besprechung des Ablaufes (Untersuchung, Asservierung, Dokumentation) vor und eine weitere nach der Untersuchung (Diskussion der Befunde, Interpretation, weiteres Prozedere, Kinderschutz) ist anzustreben.
- Im Falle einer konsiliarischen Untersuchung soll ein Befundbericht erstellt werden. Eine forensische Interpretation ist nicht angezeigt.
- Alle Befunde sollen in einer einzigen Sitzung dokumentiert und Spuren sichergestellt werden können. Deshalb soll für ein zeitlich und örtlich koordiniertes Vorgehen der verschiedenen Partner (Polizei, Kriminaltechnik, Kinderklinik) gesorgt werden.

3.1.2 Organisatorisches

Der Untersuchungsablauf soll schon im Voraus geplant werden (vgl. Basisdokument) – d.h. es sollten bereits die Rollen und Aufgaben klar verteilt sein; im Idealfall stehen eingespielte Teams zur Verfügung:

- Fallverantwortliche Person,
- Inhalt und Reihenfolge der Untersuchungs- und Asservierungsschritte,
- Gesprächsführer,
- Teilverantwortliche (z.B. Rechtsmedizin, Pädiatrie, Gynäkologie, Proktologie),
- beigezogene Spezialisten (z.B. Infektiologie, Kinderpsychiatrie/-Psychologie),
- Kriminaltechnik,
- organisatorische und logistische Besonderheiten (z.B. Spezialuntersuchungen, Ersatzkleider, Hospitalisation, Heimfahrt),
- Festlegen der Vorgehensweise nach der Untersuchung je nach Auftragslage (z.B. forensisches Gutachten, Konsiliarbericht, Kinderschutz, medizinische und/oder psychologische Behandlung/Betreuung, Einschalten der KESB).



3.1.3 Material

In Ergänzung zu den im Basisdokument aufgelisteten Materialien sind folgende Gegenstände oder Hilfsmittel empfehlenswert:

- Kindesalter-entsprechendes Untersuchungsset (auf den Einsatz eines Spekulums ist im Regelfall zu verzichten),
- Ballonkatheter,
- Spielzeug (z.B. Stofftier).

3.2 Untersuchungsablauf

Für die gesamte Untersuchung soll genügend Zeit zur Verfügung stehen. Bei Verständigungsschwierigkeiten empfiehlt sich der Beizug eines Dolmetschers.

Falls die Untersuchung in einer Kinderklinik durch eine Fachärztin oder einen Facharzt in Zusammenarbeit mit der Rechtsmedizin erfolgt, gelten die Untersuchungsregeln der Klinik.

3.2.1 Aufklärung und Einverständniserklärung

Im Falle einer *klinisch-konsiliarischen Untersuchung* ist die Aufklärung des Kindes bzw. des Jugendlichen resp. seiner Stellvertretung unerlässlich. Dabei sind die Rollen der beteiligten Ärzte darzulegen ebenso der Ablauf der Untersuchung, und es ist auf die Möglichkeit hinzuweisen, dass die Untersuchung verweigert werden kann. Das Gespräch soll schriftlich dokumentiert werden.

Bei einer *behördlich angeordneten Untersuchung* kann auf die Aufklärung und Einwilligung, wie sie im klinischen Alltag geboten ist, verzichtet werden. Wird die Untersuchung jedoch verweigert, muss die auftraggebende Behörde unverzüglich orientiert werden. Diese entscheidet über das weitere Vorgehen (siehe Anhänge Basisdokument).

3.2.2 Anamnese

Die detaillierte Befragung ist Aufgabe der Kindesschutzspezialisten (Videobefragung) oder der Polizei. Kenntnisse über den Ereignishergang sind aber eine wichtige Voraussetzung für eine optimale Spurensicherung und die Beurteilung von Verletzungen. Informationen über den Grund der Konsultation sollten von der erwachsenen Begleitperson – ohne Anwesenheit des Kindes – eingeholt werden. Falls ein polizeiliches Befragungsprotokoll schon zur Verfügung steht oder falls



das Kind vorgängig von der Kinderschutzgruppe befragt worden ist, kann auf eine weitere Befragung weitgehend verzichtet werden. Man soll sich auf ergänzende Fragen z.B. hinsichtlich der Spurensicherung oder des Wundalters beschränken.

Suggestive Fragen sind unzulässig. Spontane Aussagen des Kindes und alle weiteren Angaben sollen wortgetreu dokumentiert werden.

3.2.3 Körperliche Untersuchung

Das Untersuchungssetting richtet sich grundsätzlich nach den Regeln der Klinik. Dabei soll die körperliche Untersuchung wenn möglich durch eine pädiatrische Fachperson im Beisein des Rechtsmediziners/der Rechtsmedizinerin durchgeführt werden. Auch bei der Untersuchung von Kindern und Jugendlichen gelten die im Basisdokument formulierten Anforderungen. Darüber hinaus sind bei Kindern und Jugendlichen einige Besonderheiten zu beachten.

- Der Untersuchungsgang und die Einbeziehung der Kinder sollten entsprechend ihrer Entwicklungsphase (Säugling, Kleinkind, Schulkind, Teenager) gestaltet werden.
- In jedem Fall soll eine Ganzkörperuntersuchung (von Kopf bis Fuss) unter Einbezug der von aussen nicht einsehbaren Körperregionen (behaarte Kopfhaut, Mundhöhle, Augenbindehäute, Gehörgänge, Haut hinter den Ohren) erfolgen.
- Neben dem Pflege- und Ernährungszustand und dem Zustand des Gebisses sollte auch auf den Zustand der Bekleidung (jahreszeit-entsprechend?) und deren Pflegezustand geachtet werden als Hinweise auf eine Vernachlässigung.
- Die Beurteilung des körperlichen und geistigen Entwicklungsstands erfolgt idealerweise durch einen Pädiater entsprechend den Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie. Bei Säuglingen und Kleinkindern sollte geprüft werden, ob sich die Angaben zum Ereignis mit dem festgestellten Entwicklungsstand des Kindes vereinbaren lassen.
- Finden sich bei Säuglingen und Kleinkindern äusserliche Hinweise auf eine fremdbeigebrachte Gewalteinwirkung, sollten frische oder ältere Frakturen ausgeschlossen werden.
- Zu einer vollständigen Befunddokumentation gehören auch Übersichts- und Detailfotos relevanter Befunde. Die Verwendung von Körperschemata und Skizzen helfen, die Befunde zu veranschaulichen.

- Hinweise auf eine Vernachlässigungssituation können sich ergeben bei der Gesamtbetrachtung von:
 - Pflegezustand (z.B. ungewaschen bei geplantem Arzttermin, ungeschnittene Zehen-/Fingernägel, längeres Tragen eingenässter/eingekoteter Windeln, intertrigo-artige entzündliche Hautveränderungen),
 - Ernährungszustand (z.B. Unter-/Übergewicht, Mangelerscheinung, Perzentilenkurve,...),
 - Gebiss (z.B. mangelnde Zahnhygiene, unbehandelte Karies,...),
 - Bekleidung (Verschmutzung, zu klein/zu gross, nicht der Jahreszeit entsprechend,...),
 - medizinische Versorgung (Nichterkennen von Erkrankungen, Unterlassen von Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen, Non-Compliance...).

3.2.4 Shaken Baby Syndrome

Ein Verdacht auf ein Shaken baby Syndrome entsteht meist bei folgender Konstellation:

- Konsultation mit Latenz zum Ereignis,
- Zeichen einer gravierenden Hirnverletzung eines meist unter 18 Monate alten Säuglings/Kleinkindes (Krämpfe, Atemprobleme, Apnoe, Koma),
- Subduralhämatom(e) und Retinablutungen,
- Erwähnung eines Trauma durch die Person, in dessen Obhut sich der Säugling/das Kleinkind befand,
- fehlende, nicht ausreichende oder widersprüchliche Erklärung der Befunde durch die Schilderung des Vorfalles.

Die Anamnese sollte die Schilderung des geltend gemachten Vorfalles, den zeitlichen Ablauf und die medizinische Vorgeschichte umfassen. Bei der Untersuchung ist besonders auf Folgendes zu achten:

- Ganzkörperuntersuchung,
- Kopf-, Thorax- und Extremitätenverletzungen (Halteverletzungen / Aufschlagen des Kopfes),
- frische und/oder alte Frakturen (klinisch, radiologisch),
- Beschreiben und datieren von intrakraniellen Blutungen (Bildgebung),
- ophthalmologische Untersuchung des Augenhintergrunds, wenn möglich Fotodokumentation,
- Verletzungen der Halswirbelsäule (MRI),
- Ausschluss/Nachweis krankhafter innerer Ursachen.

Die Untersuchung und Diagnostik solcher Verdachtsfälle soll gemeinsam von erfahrenen Spezialisten in Pädiatrie, Radiologie und Rechtsmedizin durchgeführt werden. Falls sich der Verdacht erhärtet oder die Diagnose eines Shaken baby Syndromes gestellt wird, braucht es umfassende polizeiliche und kriminaltechnische Ermittlungen.

3.2.5 Münchhausen-Syndrom-by-Proxy (MSbP)

Beim Münchhausen-Syndrom-by-Proxy (auch Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom genannt) werden unterschiedlichste Krankheiten bei Kindern vorgetäuscht oder bestehende Symptome verschlimmert, was durch entsprechende Manipulationen oder Gabe von Medikamenten erreicht wird. Die Schädigung des Kindes erfolgt insbesondere auch durch die häufig unnötigen, teils invasiven und somit unter Umständen auch schmerzhaften diagnostischen Massnahmen am Kind. In den meisten, jedoch insgesamt seltenen Fällen handelt es sich bei der Tatperson um die Mutter, die über dieses Verhalten Anerkennung erlangen und als „Museumutter“ angesehen werden möchte. Häufiger sind mündliche Darstellungen einer Symptomatik als das Vorliegen realer Symptome.

Bei einem Münchhausen-Syndrom-by-Proxy können folgende charakteristische Merkmale oder Warnhinweise gefunden werden:

- häufige Vorstellung des Kindes für medizinische Untersuchungen,
- Diskrepanz zwischen Schilderungen der Tatperson und den klinischen Befunden/diagnostischen Ergebnissen,
- Auftreten der Symptome/Rezidive im Spital nur in Anwesenheit der Tatperson,
- Abklingen der Beschwerden im Krankenhaus,
- keine krankhaften Befunde trotz intensiver Diagnostik,
- kein Erfolg einer etablierten Therapie bezüglich der Symptomatik,
- unklare Todesfälle von Kindern der gleichen Familie,
- Tatperson oftmals im Medizinbereich ausgebildet,
- ständige Anwesenheit der Tatperson beim Kind,
- Entwicklung einer engen Beziehung der Tatperson zum Klinikpersonal,
- ungewöhnliche Gelassenheit der Tatperson bei akuten Krisenzuständen.



3.2.6 Kindergynäkologische (genitale) Untersuchung

Solche Untersuchungen erfordern eine grosse Erfahrung, ganz besonders bei forensischen Fragestellungen, und sollen deshalb von einer Fachperson mit kindergynäkologischer Erfahrung möglichst in Anwesenheit eines Rechtsmediziners durchgeführt werden.

Nach Information und Vorbereitung des Kindes soll die Untersuchung chronologisch nach folgendem Schema erfolgen:

- Untersuchung des äusseren Genitales, der Analöffnung und der Dammregion.
- Spreizen der grossen Schamlippen und Inspektion der hinteren Kommissur.
- Inspektion des Hymens, speziell des Hymenalsaumes, durch die Traktionstechnik. Der Einsatz von Instrumenten (Glaskugel, Ballonkatheter) ist in der Regel nicht notwendig. Bei Verdacht auf eine Unregelmässigkeit des Hymens soll die Untersuchung in Knie-Ellbogen-Position erfolgen, um eine Entrollung des Hymens in Richtung der Schwerkraft zu erreichen.
- Auf eine intravaginale Untersuchung kann in der Regel verzichtet werden, ausser es bestehen Verdacht auf Fremdkörper oder unklare Blutungen.

Optimal ist der Einsatz eines Kolposkops (mit Photographie).

3.2.7 Genitale Untersuchung beim männlichen Jugendlichen

Bei der Untersuchung des männlichen Genitales ist besonders auf Hautdefekte und Blutunterlaufungen an Penis und Skrotum, entzündliche Veränderungen sowie auf normabweichende anatomische Befunde und Anhaftungen von Sekret oder Fremdmaterial zu achten.

3.2.8 Gesäss- und Analregion

Bei der Untersuchung der Gesässregion sollen in erster Linie Hautveränderungen und Anhaftungen von Fremdmaterial erfasst werden. Die Untersuchung des Anus kann in Seitenlage mit angezogenen Beinen oder Knie-Brust-Lage erfolgen. Instrumentale rektale Untersuchungen sollten einem Proktologen überlassen werden.

3.2.9 Dokumentation

Die Befunde der Untersuchung sind im Untersuchungsprotokoll genau und ausschliesslich deskriptiv festzuhalten; hierher gehören keine Diagnosen. Allfällige Verletzungen sollen genau



beschrieben werden, wobei auf eine exakte Beschreibung der Wundmorphologie und der Lokalisation zu achten ist.

Alle Verletzungen (auch Narben) sollen in der Übersicht und im Detail mit Massstab fotografisch dokumentiert werden. Bei ausgedehnten oder komplexen Verletzungsmustern empfiehlt sich zur Wahrung der Übersicht eine Handzeichnung oder ein Schema.

3.2.10 Spurekundliche Asservierung

Siehe Basisdokument

3.2.11 Urin- und Blutentnahme, mikrobiologische Probenahme

Siehe Basisdokument

3.3 Verwaltung der Asservate

Siehe Basisdokument

3.4 Behandlung und Weiterbetreuung

Siehe Basisdokument



4 INTERPRETATION

4.1 Vorbemerkung

Die forensisch-medizinische Untersuchung dient der objektiven Befunderhebung. Sie ist die Grundlage für die rechtsmedizinische Verletzungsbegutachtung, die im Zusammenhang mit der Untersuchung von Kindern und Jugendlichen speziell auf folgende Aspekte eingehen sollte:

- Beurteilung von Reifegrad und sexueller Entwicklung,
- Hinweise auf Pflegemängel, Verwahrlosung, Mangelernährung, Retardierung, Krankheiten,
- Zeichen körperlicher Gewalteinwirkung (Art, Wundalter),
- Hinweise auf die Einwirkung geformter Gegenstände (Tatwerkzeuge),
- Beurteilung von Verletzungsmustern (battered child vs. akzidentelle Entstehung),
- Beurteilung des Genitalbefundes hinsichtlich Entwicklungsstadium, Normvarianten, Krankheitsprozesse, traumatische Veränderungen.

4.2 Extragenitale Befunde

Für Befunderhebung und Interpretation von Verletzungsbefunden gelten die gleichen Grundprinzipien wie bei der forensisch-klinischen Untersuchung von erwachsenen Personen. Besonderheiten ergeben sich bei der Beurteilung von Frakturen in Kindesalter sowie bei der Interpretation altersspezifischer Traumafolgen (z.B. shaken baby Syndrom).

4.2.1 Kindliche Frakturen

Frakturen im Kindesalter unterscheiden sich von denen im Erwachsenenalter aufgrund unterschiedlicher biomechanischer Eigenschaften und besonderer Umstände (Ereignisabläufe, Traumaexpositionen). Daraus können charakteristische Frakturen resultieren, deren Kenntnis für die rechtsmedizinische Begutachtung Voraussetzung ist.

4.2.2 Shaken-baby-Syndrome

Die Besonderheiten bei der Beurteilung von Verletzungsfolgen durch ein Schütteltrauma bestehen darin, dass sich die Diagnose auf nur wenige objektive Befunde stützen kann, denen jeweils auch andere, z.T. nichttraumatische Ursachen zugrunde liegen können. Richtungsweisend für die Diagnose sind subdurale und subarachnoidale Blutungen in Kombination mit Retinahämorrhagien bei einem Säugling. Differenzialdiagnostisch müssen Stürze aus geringer Höhe, vorbestehende

internistische Erkrankungen wie Infektionen, systemische metabolische Erkrankungen und Gerinnungsstörungen ausgeschlossen werden.

4.2.3 Münchhausen-Syndrom-by-Proxy (MSbP)

Das Erkennen dieser Verdachtsfälle ist in Abhängigkeit von den Fallgegebenheiten sehr schwierig und insbesondere langwierig – Diagnoseverzögerungen von bis zu Jahren sind häufig. Aufgrund der Vielzahl der unterschiedlichen Ausprägungen dieses Syndroms kann eine konkrete Interpretationshilfe an dieser Stelle nicht aufgeführt werden. Wichtig ist, bei einem Vorliegen der oben aufgeführten Charakteristika überhaupt an ein MSbP zu denken und entsprechend zu reagieren. Neben der detaillierten Anamnese kommt der Einbeziehung früherer Befunde und Berichte sowie fremdanamnestischer Angaben eine grosse Bedeutung zu. Allenfalls kann eine verdeckte Videoüberwachung ein MSbP belegen.

4.3 Genitale und anale Befunde

Bei der Interpretation von genitalen Befunden sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- In der weit überwiegenden Mehrheit der bestätigten Opfer sexuellen Kindesmissbrauchs werden keine Verletzungen, Verletzungsfolgen oder nur unspezifische Befunde erhoben.
- Das Fehlen genitaler Verletzungen schliesst eine vorausgegangene sexuelle Misshandlung nicht aus.
- Der Beweiswert frischer genitaler Verletzungen ist in der Regel höher als derjenige von abgeheilten Läsionen, denn jene sind meistens zeitlich im kritischen Zeitfenster einzuordnen.
- Die Feststellung eines sexuellen Missbrauches sollte sich nicht alleine auf einen Genitalbefund abstützen. Dies gilt in besonderem Masse bei nicht mehr frischen Läsionen.

Vaginale Befunde:

- Die Beurteilung von Hymenbefunden setzt die Kenntnis der Hymen-Typologie (z.B. semilunar, annular, cribriform etc.) und anatomischer Varianten (z.B. Spalte, Vorwölbung, periurethrale oder perivestibuläre Bänder), der altersabhängigen Hymen-Entwicklung (z.B. neo-natal wulstig, transitionell, pubertär wulstig) sowie von krankheitsbedingten Veränderungen und deren Folgen voraus. Anzustreben ist die Untersuchung in unterschiedlichen Positionen („frog-leg-position“, „knee-chest-position“, separation, labiale Traktion).
- Die Interpretation soll sich an die dreistufige Adams Klassifikation halten.



Anale Befunde:

- Das Auftreten analer Verletzungen hängt von zahlreichen Variablen ab (z.B. Grösse des eingeführten Objekts, Stärke der Gewaltnwendung, Häufigkeit eines analen Missbrauchs etc.).
- Der Sphinkter ist sehr dehnbar, sodass eine vollständige Penetration keine Verletzungen hinterlassen muss.
- Frische Verletzungen sind häufig als unspezifisch zu bewerten (z.B. Erythem, verdickte perianale Falten, Analfissuren).
- Einrisse der perianalen Haut bis hin zu Sphinctereinrissen sind pathognomonisch für eine gewaltsame Penetration.
- Weite der Analöffnung und Sphinctertonus sind bei der Beurteilung einer gewaltsamen Penetration nur begrenzt aussagekräftig.



5 WEITERFÜHRENDE UNTERLAGEN

- Adams JA (2005) Approach to interpreting physical and laboratory findings in suspected child sexual abuse: A 2005 Revision. APSAC Advisor 17:7-13
- Adams JA et al. (2007) Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused; J Pediatr Adolesc Gynecol 20:163
- Adams JA et al. (2015) Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1083318815000303>
- Born M (2015) Frakturen im Kindesalter. Rechtsmedizin 25:161-171
- Deegener / Körner (2006) Risikoerfassung bei Kindesmisshandlungen und Vernachlässigung; Pabst Science Publishers Lengerich; ISBN -10: 3-89967-318-2
- Fachgruppe Kinderschutz der schweizerischen Kinderkliniken (2005) Empfehlungen für die Kinderschutzarbeit an Kinderkliniken;
<http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/mt-ge.pdf>
- Gerlach K (2008) Kindliche Opfer sexueller und körperlicher Gewalt. Therapeutische Umschau; DOI 10.1024/0040-930.65.7.381 Verlag Hans Huber 2008
- Helfer ME, Kempe RS, Krugman RD (2002) Das misshandelte Kind. Suhrkamp Verlag
- Herrmann B, Navratil F, Neises M (2002) Sexueller Missbrauch von Kindern, Bedeutung und Stellenwert der klinischen Diagnostik. Monatsschr Kinderheilkd; 150:1344-1356
- Herrmann B, Dettmeyer R, Banaschak S, Thyen U (2008) Kindesmisshandlung, medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. Springer Verlag
- Jacobi G (2008) Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, Epidemiologie, Diagnostik und Vorgehen. Verlag Hans Huber
- Tutsch-Bauer E, Meyer HJ, Monticelli F (2005) Schütteltrauma. Rechtsmedizin 15:399-408



6 Anhang

Betrifft (Name/Vorname) _____
<p style="text-align: center;">AUFKLÄRUNG</p> <p>Vor Beginn der Untersuchung hat mich Herr/Frau _____ [Name der Ärztin/des Arztes]</p> <p>über folgendes informiert:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Die anstehende Untersuchung umfasst:<ul style="list-style-type: none">- die Befunderhebung,- die Dokumentation,- die Sicherstellung von Beweismitteln.<input type="checkbox"/> - Weitergabe von Beweismitteln<input type="checkbox"/> - die Erstattung eines Gutachtens.<input type="checkbox"/> Wenn ich das nicht will,<ul style="list-style-type: none">- muss ich keine Angaben zum Ereignis machen,- muss ich mich nicht untersuchen lassen.
<p style="text-align: center;">EINWILLIGUNG</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ich gebe meine Einwilligung in die forensisch-medizinische Untersuchung.<input type="checkbox"/> Ich verweigere die forensisch-medizinische Untersuchung
_____ [Unterschrift der untersuchten Person / Begleitperson]
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Aufgrund des aktuellen Gesundheitszustands der/des Untersuchten kann keine rechtswirksame Aufklärung zur forensisch-medizinischen Untersuchung vorgenommen werden. Die Untersuchung und Befunddokumentation, Spurensicherung und Gutachtenserstattung erfolgt im mutmasslichen Willen der/des Untersuchten.