

Rezidivierende Misshandlung eines Säuglings ohne erkennbare familiäre Risikofaktoren

Bianca Navarro-Crummenauer

Institut für Rechtsmedizin, Forensische Ambulanz, Universitätsmedizin, Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

Einleitung

Im Jahr 2000 wurde in Deutschland nach langer Diskussion das Recht der Kinder auf gewaltfreie Erziehung in das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) aufgenommen. Dort heißt es nun: „Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig.“ Dennoch sind die Zahlen der Kindesmisshandlungsfälle in den letzten Jahren, teils explosionsartig, angestiegen, wie z. B. die Polizeiliche Kriminalstatistik zeigt. Für das Jahr 2012 weist diese aus, dass deutschlandweit 4.565 Fälle der Misshandlung Schutzbefohlener zur Anzeige gebracht wurden, darunter 3.450 Fälle der Misshandlung an Kindern unter 14 Jahren [10]. Diese Zahlen spiegeln naturgemäß lediglich das Hellfeld wider. Eine vom Bundesjustizministerium in Auftrag gegebene Studie des Kriminologen und Rechtswissenschaftlers Prof. Dr. K. Bussmann zu Dunkelfeldzahlen aus dem Jahr 2005 kommt im „Report über die Auswirkungen des Gesetzes zur Ächtung der Gewalt in der Erziehung“ zu dem Ergebnis, dass von den 12,2 Millionen in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen (unter 18 Jahre) 2 bis 3 Millionen mindestens einmal in ihrem Leben Formen von Misshandlungen durch ihre Eltern erfahren haben [2]. Nach Oppermann sind insbesondere Kinder in der Altersgruppe vom Neugeborenen bis zu etwa drei Jahren betroffen (etwa 15,7 auf 100.000 Kinder) [9].

Der im Bundeskinderschutzgesetz formulierte, professionsübergreifende Auftrag zum Schutz von Kindern durch Ämter, Dienste und Einrichtungen wie z. B. durch Jugendamt, Gesundheitswesen, Bildungssystem und Justiz, macht die notwendige Verantwortungsgemeinschaft hinsichtlich des besonderen Schutzauftrages für Kinder deutlich. Da die Notwendigkeit der interdiszi-

plinären Zusammenarbeit zwischen Gesundheitshilfe, Jugendhilfe und Justiz als wichtiger Baustein im Kinderschutz auch in der Rechtsmedizin schon früh erkannt wurde, wurden in den letzten Jahren in Deutschland zunehmend mehr Forensische Ambulanzen (sog. Opferambulanzen) an rechtsmedizinischen Instituten gegründet, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, kindliche Verletzungen gerichtsverwertbar zu dokumentieren und den beteiligten Institutionen damit ein Werkzeug an die Hand zu geben, die Gefährdung des Kindeswohls besser einschätzen und ihr mit geeigneten Maßnahmen entgegenwirken zu können. So wurde auch am Institut für Rechtsmedizin in Mainz im Jahr 2007 die „Forensische Ambulanz für Opfer häuslicher Gewalt“ eingerichtet und im Verlauf institutionalisiert. Seither sind die Begutachtungszahlen kindlicher Opfer explosionsartig angestiegen. Wurden im Jahr 2002 nur 30 Kinder begutachtet, so waren es im Jahr 2012 bereits knapp 500.

Allerdings ist in der klinischen Rechtsmedizin immer wieder zu beobachten, dass, trotz eindeutiger medizinischer Diagnose einer Kindesmisshandlung, Kinder in der Folge in ihrer Herkunftsfamilie belassen werden oder zeitnah durch Entscheidungen des Jugendamtes oder des Familiengerichtes in ihre Familien zurückgegeben werden, wo es in der Folge in einigen Fällen zu erneuten, oft schwerwiegenden und teils auch tödlichen Kindesmisshandlungen kommt.

Im Folgenden soll der Fall eines Säuglings vorgestellt werden, der im häuslichen Umfeld, ohne bekannte Risikofaktoren, zweifach schwer misshandelt wurde. Die zweite Misshandlung wurde möglich, weil das Kind aufgrund einer höchstrichterlichen Entscheidung nach der ersten Misshandlung in die Herkunftsfamilie zurückgegeben wurde.

Kasuistik

Erstes Misshandlungsereignis – Klinische Befunde und weiterer Verlauf

Ein acht Wochen alter männlicher Säugling wurde, nach bisher unauffälliger Entwicklung, von den Eltern, aufgrund einer Schonhaltung des rechten Beines und einer Berührungsempfindlichkeit seit dem Vortag, in der Kinderklinik vorgestellt. Der Säugling wies keine äußeren Verletzungen auf. Der Neurostatus wurde als altersentsprechend dokumentiert. In radiologischen Untersuchungen wurde eine zweizeitige proximale Oberschenkelschrägfraktur rechts (sog. Re-Fraktur) diagnostiziert (Abb. 1a).

Da die Eltern ein Trauma verneinten, kam der Verdacht auf eine Kindesmisshandlung auf, woraufhin ein komplettes Kindesmisshandlungsscreening



Abb. 1a: Röntgenaufnahme rechter Oberschenkel: proximale Oberschenkel-Re-Fraktur (Schrägfraktur)

durchgeführt wurde. In den durchgeführten Röntgenaufnahmen zeigten sich biparietale Schädelfrakturen (links: linear, 4,5 cm lang und auf 1,5 mm klaffend; rechts: rechtwinklig, 9,2 cm lang und auf 4,5 mm klaffend) sowie eine nicht mehr frische Fraktur der 7. Rippe links dorsal (Abb. 1b).

In einer MRT-Untersuchung des Schädels zeigte sich, korrespondierend zu den Schädelfrakturen, eine diskrete Weichteilschwellung links mehr als rechts. In der hämosiderinsensitiven T2-FFE-Sequenz zeigten sich occipital mehrere kleine Signalauslöschungen im Sinne von Blutungsresten sowie rechts parietal im Marklager Signalveränderungen in der FLAIR-Sequenz, in der T2-Sequenz und in der Diffusionsgewichtung, die als frische Ischämie gewertet wurden. Weitere pathologische Befunde zeigten sich im MRT nicht.

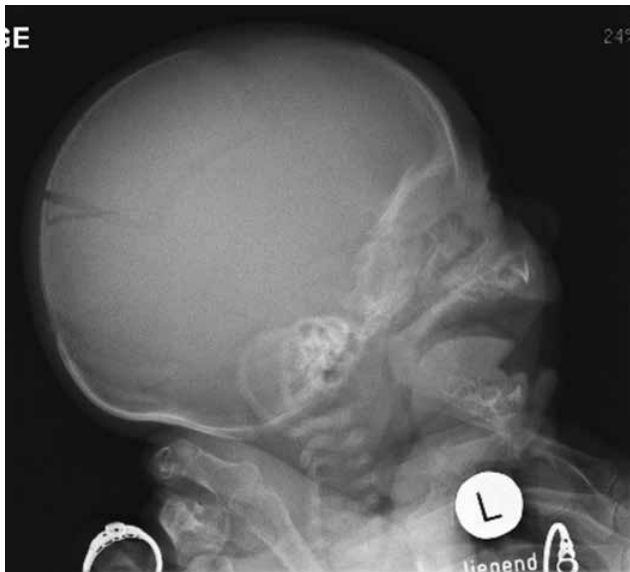


Abb. 1b: Seitliche Schädelaufnahme mit bilateralen Schädelfrakturen

Ein durchgeführtes EEG erbrachte, bei eingeschränkter Beurteilbarkeit (unruhiges Kind), keine sicheren Pathologien. Eine augenärztliche Untersuchung erbrachte einen regelrechten ophthalmologischen Befund, insbesondere ohne Blutungsnachweis. In Laboruntersuchungen lagen alle Knochenparameter (Calcium, Phosphat, alkalische Phosphatase, Vit. D) im Referenzbereich. Molekularbiologisch ergab sich kein Anhalt für das Vorliegen einer Osteogenesis imperfecta oder einer anderen ggf. auch seltenen endokrinologischen Störung oder Knochenstoffwechselstörung.

Im weiteren Verlauf gab die Kindesmutter als mögliche Ursache für die Oberschenkelfraktur an, dass sich die 5-jährige Schwester des Jungen etwa vier Wochen zuvor eventuell mit ihrem Ellenbogen auf ihm abgestützt habe. Am Tag vor der aktuellen Aufnahme habe sie den Jungen in ein Tragegestell setzen wollen, wobei sie seine Beine habe stark spreizen müssen. Dabei habe das Kind angefangen, stark zu weinen, sei danach unruhig gewesen und habe eine Schwellung des rechten Oberschenkels mit Schonhaltung entwickelt. Bezüglich der Verursachung der Schädelfrakturen gab der Kindesvater an, dass er einmal versehentlich mit dem Köpfchen des Kindes an eine offene Haustür gestoßen sei. Ein anderes Mal sei ihm der Säugling im Schlaf auf dem Sofa von der Brust gefallen und dabei vermutlich auch an den Couchtisch gestoßen. Er habe ihn „ruckartig vom Boden aufgehoben“. Die Kindeseltern teilten übereinstimmend mit, dass sie die 5-jährige Tochter nie unbeobachtet mit dem Säugling gelassen hätten.

Den Eltern wurde vom Familiengericht die elterliche Sorge gemäß § 1666 BGB für das Kind entzogen, das Kind in einer Pflegefamilie untergebracht. Die 5-jährige Schwester verblieb in der Familie. Ein Strafverfahren gegen beide Eltern wurde eingeleitet.

Im Rahmen einer ambulanten neuropädiatrischen Vorstellung des Jungen im Alter von sechs Monaten wurden deutliche motorische Auffälligkeiten im Sinne einer zerebralen Schädigung (auffällige Bewegungsmuster, gestörte Feinmotorik, auffälliges Trinken und Schlucken, nur fragliche auditive Reaktionen, nur schwierige kurze visuelle Kontaktaufnahme) diagnostiziert.

Familienanamnese

Es handelt sich um eine gut situierte Familie, die Kindeseltern sind mittleren Alters. Die Kindesmutter ist selbständig, der Kindesvater Jurist. Der Kindesvater hat bereits Kinder aus einer ersten Ehe, bezüglich derer nie Kindeswohlgefährdungen bekannt geworden sind. Nach Angaben der Eltern waren beide Kinder Wunschkinder. In beiden Schwangerschaften besuchten die Eltern Geburtsvorbereitungskurse, postpartal wurde die Hilfe einer Hebamme

in Anspruch genommen. Die Hebamme hat nie Besonderheiten in der Familie beobachtet, die als Hinweis auf eine Kindeswohlgefährdung hätten angesehen werden können. Der Junge war, nach Angaben der Eltern, ein „einfaches Kind“, das insbesondere nicht viel schrie. Die Familie ist gut in ihr soziales Umfeld integriert, insbesondere bestanden Unterstützungsmöglichkeiten durch die Großeltern. Die Wohnverhältnisse und die finanziellen Verhältnisse waren gut, in der Partnerschaft gab es keine außergewöhnlichen Konflikte. Bezüglich der älteren Schwester kam es nie zu Auffälligkeiten, die den Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung begründet hätten.

Rechtliche Würdigung des ersten Ereignisses

Das eingeleitete Strafverfahren gegen beide Eltern wurde gemäß § 170 Abs. 2 StPO eingestellt, weil es nicht gelang, einem einzelnen beschuldigten Elternteil eine konkrete Straftat nachzuweisen.

Daraufhin beantragten die Kindeseltern die Anordnung der Herausgabe des Jungen durch das Jugendamt sowie die Aufhebung des ursprünglichen familienrechtlichen Beschlusses beim Familiengericht. Das Jugendamt beantragte eine Zurückweisung dieser Anträge. Knapp ein Jahr nach dem Misshandlungsereignis übertrug das Familiengericht, insbesondere gestützt auf ein eingeholtes Erziehungsfähigkeitsgutachten über die Kindeseltern, die elterliche Sorge zurück auf die leiblichen Eltern und entschied, dass der Junge an die Eltern herauszugeben sei. Im Folgenden finden sich die Gründe für diese Entscheidung in Form von Auszügen aus dem familienrechtlichen Beschluss:

„Dennoch ist abschließend immer noch nicht geklärt, wer dem Säugling die Misshandlung zugefügt hat: beide Kindeseltern gemeinsam, einer der Elternteile oder aber keiner der Elternteile. Die Rückschau auf in der Vergangenheit liegende Ereignisse vermag somit nicht die Frage der Kindeswohlgefährdung in der Zukunft zu lösen. Insoweit hat das Gericht ein psychologisches Gutachten zur Erziehungsfähigkeit der Eltern eingeholt. Der Sachverständige kommt in ihrem Gutachten zu dem Ergebnis, dass, unter Ausklammerung der ungeklärten Ursache der diagnostizierten Verletzungen des Kindes, bei beiden Elternteilen keine Einschränkung der Erziehungsfähigkeit vorliegt, sondern es sich vielmehr um überaus kompetente Eltern handele. Beide Eltern seien reife Persönlichkeiten ohne Hinweis auf psychopathologisch akzentuierte Anteile. Beide Elternteile verfügen über ausgesprochen hohe Kompetenzen und Fähigkeiten der Erziehungsfähigkeit und seien feinfühlig Bezugspartner für ihre Kinder mit großem emotionalem Engagement sowie hoher Bereitschaft zur Förderung der kindlichen Bedürfnisse. Das Bindungsangebot beider Elternteile sie als in hohem Maße geeignet anzusehen für die Ausbildung gesunder Persönlichkeiten bei den Kindern. Zur Rückführung des Kindes in den

elterlichen Haushalt hat der Sachverständige ausgeführt, dass bei den Eltern keiner der in der Fachliteratur bekannten Risikofaktoren auffindbar sei... Die Ergebnisse der durchgeführten Verfahren ließen keine belastbaren Belege für eine erhöhte Gefährdung des Kindes bei einer Rückführung ins elterliche Umfeld erkennen. Die Entscheidung, das Kind unter Rückübertragung des Sorgerechtes an die Kindeseltern herauszugeben, entspricht dem Wohl des Kindes gem. § 1697 a BGB am besten.“

Gegen den Beschluss des Familiengerichtes hat das Jugendamt Beschwerde beim OLG eingelegt. Das OLG hat die Entscheidung des Familiengerichtes bestätigt. In der dortigen Entscheidung heißt es zu den Gründen wie folgt (auszugsweise):

„Auch wenn es in der Vergangenheit zu der von der Rechtsmedizinern N. angenommenen schweren Kindesmisshandlung gekommen sein sollte, handelte es sich insoweit um einen einmaligen Vorfall, der sich nicht wiederholen wird. Denn nach dem Gutachten des psychologischen Sachverständigen besteht gegenwärtig keine Gefahr für das Kind bei einer Rückführung in den elterlichen Haushalt. Nach seinen Feststellungen gehen beide Eltern liebevoll-fürsorglich, umsichtig und behutsam mit dem Kind um. Das Kind freut sich über den Kontakt mit den Eltern und lässt keinerlei Hinweise auf Abwehr, Suche nach Distanz oder Erstarren gegenüber den Eltern erkennen. Unter diesen Umständen ist eine weitere Trennung des Kindes von den Eltern nicht zu rechtfertigen.“

Zweites Misshandlungsereignis – Klinische Befunde und weiterer Verlauf

Wenige Tage, nachdem das nunmehr 13 Monate alte Kind aufgrund des Beschlusses des OLG wieder in seine Herkunftsfamilie zurückgeführt worden war, wurde es morgens von den Eltern bei einem niedergelassenen Kinderarzt vorgestellt. Die Eltern gaben an, dass sie nach dem Aufstehen einen „Ausschlag“ im Gesicht des Jungen festgestellt hätten, dessen Ursache sie sich nicht erklären könnten. Der Kinderarzt diagnostizierte „multiple petechiale Blutungen in der Gesichtshaut“ und überwies das Kind in die nächstgelegene Kinderklinik, wo der Befund bestätigt wurde. Eine Erklärung für die petechialen Blutungen konnten die Eltern nach wie vor nicht abgeben. Sie teilten mit, dass der Junge in einem sog. Beistellbett im Zimmer der Eltern schlafe. Seit er wieder zu Hause sei, sei er nachts sehr unruhig und schlafe kaum. Beim Zubettgehen am Vorabend habe der Junge keine Veränderungen im Gesicht aufgewiesen. Er habe die ganze Nacht ruhig durchgeschlafen, sich lediglich zweimal überstreckt und sich mit seinem Kopf über ein flaches Kissen, das im Bettchen liege, gedrückt, woraufhin die Mutter ihn jeweils wieder in die

korrekte Schlafposition verbracht habe. Der Junge schlafe stets in Rückenlage, da er aufgrund seiner zerebralen Beeinträchtigung nicht in der Lage sei, sich zu drehen.

In der Aufnahmeuntersuchung im Krankenhaus habe sich der Rachen des Kindes etwas gerötet dargestellt, es sei etwas verschnupft gewesen, habe jedoch nicht gehustet. Die Eltern gaben an, dass der Junge zwei Wochen zuvor von der Kinderärztin einen pflanzlichen Hustensaft verschrieben bekommen habe. Die Auskultation der Lunge erbrachte keinen pathologischen Befund, und in Laboruntersuchungen konnte keine Infektkonstellation nachgewiesen werden. Auch Hinweise für einen gastrointestinalen Infekt, insbesondere mit Erbrechen, lagen nicht vor.

Im Rahmen der rechtsmedizinischen Untersuchung wenige Stunden nach Einlieferung des Kindes wurde folgender Befund erhoben:

„Unzählige, disseminiert verteilte, petechiale Einblutungen in der Kopfhaut, betont im Bereich der Schläfen-/Scheitelregionen, in der gesamten Gesichtshaut, an den Rückseiten der Ohrmuscheln, in den Hinterohrregionen und in den Augenlidern. Vereinzelte petechiale Blutungen in der Mundvorhofschleimhaut. Augenbindehäute wegen Wehrigkeit des Kindes nicht sicher einsehbar. Ferner unzählige, disseminiert verteilte, petechiale Blutungen in der Hals- und vereinzelt in der Nackenhaut. Einzelne petechiale Blutungen in der oberen Brustregion und auf beiden Schulterhöhen. Zudem im Bereich des oberen Rückens fingerkuppengroße Areale dicht beieinander stehender petechialer Einblutungen.“ (Abb. 2a-b)

Am übrigen Körper zeigten sich keine Verletzungszeichen. Der Junge war hochgradig körperlich und geistig entwicklungsretardiert. Er reagierte nicht auf Kontaktaufnahme, beide Arme waren muskulär hypoton. Er war nicht in der Lage, sich umzudrehen oder beim Hinstellversuch Gewicht auf die Beine zu übernehmen. Neuropädiatrisch wurde ein Entwicklungsstand entsprechend dem eines drei Monate alten Säuglings festgestellt. Eine kraniale MRT-Untersuchung am Aufnahmetag erbrachte keinen abweichenden Befund zu den vorausgegangenen MRT-Untersuchungen, insbesondere keine Hinweise auf eine neu aufgetretene zerebrale Ischämie. Eine augenärztliche Untersuchung am 5. stationären Tag zeigte einen regelrechten ophthalmologischen Befund, insbesondere ohne Blutungen am Augenhintergrund oder im Augapfel. Ein EEG zeigte keine Hinweise auf eine erhöhte zerebrale Anfallsbereitschaft; Krampfanfälle waren bei dem Jungen bisher nicht beobachtet worden. Aufgrund des wiederum hochgradigen Verdachtes auf eine Kindesmisshandlung wurde der erneute Verbleib des Kindes in einer Pflegefamilie richterlich beschlossen. Dort traten zu keinem Zeitpunkt neuerliche Blutungsereignisse



Abb. 2a: Disseminierte Petechien in der Gesichtshaut



Abb. 2b: Fingerkuppengroße Areale aus Petechien in der oberen Rückenhaut

auf. Ausführliche Analysen der Blutgerinnung des Kindes in einem großen Hämophiliezentrum erbrachten keine Hinweise auf eine hämorrhagische Diathese.

Diskussion

Aufgrund der Vielzahl, Vielfältigkeit und Schwere der Verletzungen und des jungen Alters des Kindes bestand aus rechtsmedizinischer Sicht kein Zweifel an einer stattgehabten Gewalteinwirkung von dritter Hand gegen den Körper des Jungen. Die isolierte Rippenfraktur dürfte am ehesten Folge einer sehr umschriebenen direkten stumpfen Gewalteinwirkung (z. B. eines Schlages oder einer Quetschung durch Fingerkuppen) gewesen sein. Aufgrund

der Elastizität kindlicher Rippen bedarf es einer großen Krafteinwirkung, um Frakturen zu verursachen. Rippenfrakturen bei Säuglingen sind hochgradig spezifisch für eine Kindesmisshandlung [8].

Schädelfrakturen resultieren aus einem direkten Impact gegen den Schädel durch Aufschlagen auf eine harte Unterlage oder einen Schlag mit einem harten Gegenstand. Die Mehrzahl der häuslichen Unfälle sind Stürze aus weniger als 1,50 m Höhe und resultieren, da nur die Schwerkraft wirkt, nicht in einer Schädelfraktur. In der Literatur werden nur wenige Fälle berichtet, in denen kurzstreckige Stürze zu Schädelfrakturen führten. So berichteten Warrington et al. über die Ergebnisse einer Umfrage bezüglich der Folge von Stürzen prämobiler Kinder. Von 2.554 Kindern unter sechs Monaten (3.357 Stürze vom Bett, vom Arm etc.) zogen sich weniger als 1 % eine Gehirnerschütterung oder Frakturen zu; ernsthafte Verletzungen waren die Folge komplexer Unfälle [13]. Meservy und Kollegen kamen in einer Studie an 134 Kindern unter zwei Jahren mit Schädelfrakturen zu dem Ergebnis, dass 29 % der Frakturen misshandlungsbedingt waren [6].

Im vorliegenden Fall lagen biparietale Frakturen vor, so dass es zu einer zweifachen traumatischen Einwirkung auf den Schädel des Kindes gekommen sein muss, wobei die im MRT abgrenzbaren korrespondierenden Weichteilschwellungen für ein Verletzungsalter von höchstens zehn Tagen sprechen. Komplexe bilaterale Schädelfrakturen eines Säuglings sind stets hochgradig verdächtig auf eine nicht-akzidentelle Kopfverletzung in Form eines Mittellinien-Impacts in Höhe der Lambda-Naht, einer Schädelkompression bzw. -stauchung oder in Form eines zweifachen Impactes gegen beide Kopfseiten [7, 8]. Da es sich um einen sehr jungen Säugling handelte, bei dem die Schädelnähte noch offen und damit der Schädel sehr verformbar war, erklären die Angaben des Vaters die Verletzungen nicht plausibel. Infolge eines banalen Anstoßens des Köpfchens an eine Tür bzw. einen kurzstreckigen Sturz sind derart schwere Schädel-Hirn-Traumata nicht zu erwarten. Vergleichbare Verletzungen entstehen erst ab Fallhöhen über 1,80 m [8]. Die Oberschenkelschrägfraktur ist als Folge einer erheblichen Biege-/Drehkrafteinwirkung anzusehen. Akzidentelle Oberschenkelfrakturen sind zumeist im mittleren oder distalen Drittel lokalisiert. Akzidentell verursachte proximale Femurfrakturen sind selten und setzen ein hochenergetisches Trauma voraus [5], so dass die Angaben des Vaters zur Verletzungsentstehung die Fraktur aus rechtsmedizinischer Sicht nicht plausibel erklären. Aufgrund des vorangegangenen (nicht-akzidentellen) Traumas mit noch nicht vollständiger knöcherner Konsolidierung der Fraktur kann allerdings ein Verbringen in ein Tragegestell mit Spreizen der Beine des Kindes durch die Mutter die Re-Fraktur herbeigeführt haben, so dass diese auch akzidentell erklärbar wäre.

Die beim zweiten Ereignis festgestellten petechialen Blutungen sind, sieht man von akuten oder chronischen, oftmals systemischen und zum Teil schwerwiegenden Erkrankungen ab, äußerlich erkennbares Merkmal eines Stauungssyndroms. Hierfür sind eine venöse Stauung und eine arterielle Drucksteigerung bei gleichzeitig zunehmender Hypoxie sowie hieraus resultierend eine Überschreitung der Gefäßwandresistenz maßgeblich. Dieser erhöhte Druck wird meist durch eine akute (generelle oder nur isoliert am Kopf wirkende) abnorme Kreislauftsituation aktiv aufgebaut, so dass petechiale Blutungen grundsätzlich erst einmal als Zeichen einer Zirkulationsstörung anzusehen sind. Punktblutungen sind für sich alleine genommen und ohne jegliche Kenntnis der Gesamtumstände, kein spezifisches Zeichen der Asphyxie und damit nicht von vorneherein beweisend für ein mechanisches Ersticken [1]. Eine Einschätzung des Entstehungsmechanismus beruht auf dem Ausschluss natürlicher und akzidenteller Ursachen sowie auf medizinischen Rückschlüssen aus der Intensität und Verteilung der Punktblutungen. Bei fremdhändigen Angriffen treten petechiale Blutungen typischerweise oberhalb der Kompressionsebene auf und gelten dann als Beleg für eine zirkulatorisch wirksame Brustkorb- oder Halskompression. Im vorliegenden Fall ergeben sich aus der Anamnese und der klinisch-pädiatrischen Untersuchung keine Hinweise für eine innere Ursache der Punktblutungen des Jungen. Auch ein adäquates akzidentelles Ereignis als Ursache für die Petechien wurde von den Eltern nicht geschildert. Die von den Kindeseltern abgegebenen Erklärungen zur möglichen Entstehung sind aus medizinischer Sicht nicht plausibel. In Anbetracht der Zerebralparese des Jungen kommt als Ursache ebenso nicht in Betracht, dass er sich eventuell von der Rückenlage in die Bauchlage gedreht und so in eine ungünstige Körperposition gekommen sein könnte, die geeignet gewesen wäre, die Atemwege des Kindes zu verlegen und zu einem Stauungssyndrom zu führen. Die festgestellten Befunde belegen vielmehr eine von außen kommende, komprimierende Gewalteinwirkung gegen den Brustkorb des Jungen mit Druckerhöhung im venösen Blutgefäßsystem. Die im oberen Rücken des Kindes nachgewiesenen Verletzungen dürften entweder durch Druck mit Fingerkuppen oder als Widerlagerverletzungen im Rahmen der Brustkorbkompression entstanden sein.

Nun stellt sich die Frage, welche Versäumnisse im vorliegenden Fall begangen wurden, die dazu führen konnten, dass das Kind, trotz eindeutiger medizinischer Diagnose einer schweren Misshandlung mit hieraus resultierenden schwersten körperlichen und geistigen Defiziten, in die Familie zurückgegeben wurde und damit die Möglichkeit einer zweiten Misshandlung geschaffen wurde. Die Einholung von sog. Erziehungsfähigkeitsgutachten durch Psychologen hat mittlerweile nahezu routinemäßig Eingang gefun-

den in familienrechtliche Verfahren nach § 1666 BGB. Münder et al. haben die Altersstruktur betroffener Kinder in familienrechtlichen Verfahren nach § 1666 BGB untersucht und fanden eine deutliche Überrepräsentation von Kleinkindern in der Altersspanne von 0-3 Jahren (25 % der Fälle) [4]. Kindler geht davon aus, dass bei jüngeren Kindern tendenziell häufiger eine größere Ernsthaftigkeit der Gefährdung anzunehmen sei, was sich aus der größeren körperlichen Verletzlichkeit und der Abhängigkeit jüngerer Kinder von elterlicher Fürsorge ergebe. Auch finde dies darin Bestätigung, dass in allen westlichen Demokratien Säuglinge und Kleinkinder mehr als die Hälfte bis zwei Drittel der Opfer tödlicher Misshandlung stellen [4]. Belastungsfaktoren können im Kind, in der Familie oder in den Rahmenbedingungen liegen [12]. Wann Belastungsfaktoren zu Risikofaktoren werden, ergibt sich aus der individuellen Situation des Kindes in seinem sozialen Umfeld (Tab. 1).

Heutige Erklärungsansätze gehen davon aus, dass weder genetische Vorgaben noch sozioökonomische Bedingungen alleine das Zustandekommen von Misshandlungen erklären. Gewalt ist eher ein Ausdruck von Benachteiligung, Hilflosigkeit und Unfähigkeit, mit den Bedürfnissen des Kindes angemessen umzugehen. Wenn der Druck und die Belastungen von außen zu stark werden, entlädt sich die familiäre Aggression am schwächsten Glied der Familie, dem Kind [11]. Kindesmisshandlung kommt am häufigsten in sozial niedrigen Schichten vor. Hopf bemerkte hierzu: *„In Zeitungsberichten über Gewalt gegen Kinder liest man mitunter, dass diese in allen gesellschaftlichen Schichten vorkommt. Dies ist so nicht falsch, lenkt aber von einer Auseinandersetzung mit den quantitativen Relationen ab. Verschiedene sozialwissenschaftliche und kriminologische Untersuchungen belegen, dass Kinder aus den unteren sozialen Schichten signifikant häufiger misshandelt werden als die Kinder anderer Schichten... Das Risiko misshandelt zu werden steigt insbesondere in den so genannten Randschichten der Gesellschaft... in Schichten mit besonders niedrigem Einkommen, hoher Arbeitslosigkeit, niedrigem Bildungsstand und besonders ungünstigen Wohnverhältnissen. Dabei sind – gegen die Erwartung – Frauen relativ häufig Täterinnen, insbesondere junge, allein erziehende Mütter der unteren sozialen Schichten“* [3].

Im vorliegenden Fall lagen, zumindest den Ausführungen der psychologischen Sachverständigen zufolge, keine der bekannten Belastungsfaktoren evident in der Familie vor. Es bleibt Spekulation, ob die Erwartungen der Eltern an das Kind inadäquat waren oder ob doch eine psychische Erkrankung eines Elternteils vorlag. Trotz fehlender evidenter Risikofaktoren kam es zu mindestens zwei schweren Misshandlungsereignissen innerhalb der Kernfamilie. Nach den Ausführungen des Familiengerichtes *„war ein weiterer Verbleib des Kindes in der Pflegefamilie mit dem Kindeswohl nicht mehr zu*

Tab. 1: Belastungsfaktoren im Hinblick auf eine Kindesmisshandlung (mod. nach [11])

Kind	Familie	Rahmenbedingungen
Unerwünschtheit	Misshandlung in der Herkunftsfamilie	Arbeitslosigkeit
Abweichendes und unerwartetes Verhalten z. B. durch Regulationsstörungen im Säuglingsalter („Schreikind“)	Akzeptanz körperlicher Züchtigung	Fehlen sozialer Unterstützungsnetze
Entwicklungsstörungen	Hohe, unrealistische Erwartungen an das Kind	Ausgrenzung als ethnische Minderheit
Fehlbildungen	Kinderreichtum	Schlechte Wohnsituation
Niedriges Geburtsgewicht und daraus resultierende körperliche und geistige Schwäche	Mangel an erzieherischer Kompetenz	Isolation
Stiefkinder	Unkenntnis über Pflege, Erziehung und Entwicklung von Kindern	Unzureichende familienbezogene Hilfeangebote
	Aggressives Verhalten	Konflikte mit Institutionen, Behörden, Schulen, Kindergarten
	Niedriger Bildungsstand	Wirtschaftliche Notlage
	Suchtkrankheiten	Existenzunsicherheit
	Bestimmte Persönlichkeitszüge, wie mangelnde Impulssteuerung, Sensitivität, Isolationstendenzen oder ein hoher Angstpegel	
	Psychische Erkrankung der Eltern	
	Alleinerziehende oder minderjährige Eltern	
	Partnerschaftliche Auseinandersetzungen	
	Gewalt in der Partnerschaft	
	Besonders kritische Lebensereignisse (beispielsweise Tod in der Familie, Erkrankung, Trennung, Scheidung)	

vereinbaren. Dies, obwohl nach wie vor ungeklärt ist, woher die massiven Verletzungen des Kindes stammen. Gemäß §1666 BGB hat das Familiengericht, wenn das körperliche, geistige oder seelische Wohl eines Kindes... gefährdet wird...die zur Abwendung der Gefahr erforderlichen Maßnahmen zu treffen....Für die leiblichen Eltern ist die Trennung von ihrem Kind der stärkste vorstellbare Eingriff in ihr Elternrecht, der nur bei strikter Wahrung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit mit dem Grundgesetz vereinbar ist. Eine solche vom Familiengericht festzustellende Gefährdung erfordert eine gegenwärtige, in einem solchen Maße vorhandene Gefahr, dass sich bei der weiteren Entwicklung des Kindes eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Sicherheit voraussehen lässt... Die Rückschau auf in der Vergangenheit liegende Ereignisse vermag jedoch vorliegend nicht die Frage der Kindeswohlgefährdung in der Zukunft zu lösen.“

Im vorliegenden Fall lag retrospektiv zweifelsfrei eine Fehleinschätzung der psychologischen Gutachterin und, basierend hierauf, auch des Familiengerichtes und des Oberlandesgerichtes vor. Nach forensischer Erfahrung haben Kinder, die bereits einmal Opfer einer (schweren) Kindesmisshandlung durch die Eltern/ein Elternteil geworden sind, insbesondere Säuglinge, eine hohe Wiederholungsgefahr für weitere, ggf. wiederum schwerwiegende und sogar tödliche Verletzungen, sollten sie in ihr soziales Umfeld zurückgegeben werden. Dies gilt insbesondere, wenn von keinem Elternteil Verantwortung für die Verletzungen übernommen wird, so dass nicht geklärt werden kann, wie und in welcher Situation sie verursacht wurden und dann auch nicht mit diesem Elternteil präventiv gearbeitet werden kann. In Fällen schwerer Kindesmisshandlung sollte somit weniger der Eindruck, den die Eltern von sich und ihrer Lebenssituation vermitteln, als Prädiktor für oder gegen eine Kindeswohlgefährdung angesehen werden, sondern vielmehr das Alter des Kindes, die Schwere der Verletzungen und die Tatsache, ob die Misshandlung eingeräumt wird oder nicht, stärker ins Gewicht fallen. Die Aussagekraft von Erziehungsfähigkeitsgutachten in derartigen Fällen ist nach medizinisch-forensischer Erfahrung als kritisch zu betrachten.

Fazit

Der Fall soll aufzeigen, dass Kinder, insbesondere Säuglinge, nach einer ersten Misshandlung in der Herkunftsfamilie ein hohes Wiederholungsrisiko für weitere Misshandlungen haben, selbst, wenn scheinbar keiner der anderen bekannten Risikofaktoren für eine Kindeswohlgefährdung vorliegt. Misshandlungen geschehen zwar vorwiegend in niedrigen sozialen Schichten, können jedoch auch in höheren sozialen Schichten beobachtet werden. Da

es sich bei misshandelnden Eltern durchaus um Eltern handelt kann, die kognitiv stark und differenziert sind, ihre Kinder lieben und eine feste Bindung zu ihnen haben, kann ein Erziehungsfähigkeitsgutachten, trotz stattgehabter Misshandlung, zu einem günstigen Ergebnis kommen und sollte daher nie als einziger Aspekt für eine Entscheidung bezüglich des Risikos des Kindes herangezogen werden. Vielmehr sind aus medizinischer Sicht die Schwere der Verletzungen und das Alter des Kindes als besondere Risikofaktoren für eine neuerliche Kindesmisshandlung zu berücksichtigen.

Literatur

1. Brinkmann B, Madea B (2004): Handbuch gerichtliche Medizin, Bd. 1. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
2. Bussmann K (2005) Report über die Auswirkungen des Gesetzes zur Ächtung der Gewalt in der Erziehung. Bundesministerium der Justiz, Berlin (<http://www.uni-bielefeld.de/ikg/zick/Bussmann-Report.pdf>)
3. Hopf C (2005) Frühe Bindungen und Sozialisation: Eine Einführung. (Hrsg Hopf C) Juventa Verlag Weinheim, München, S 153
4. Kindler H, Lillig S, Blüml H, Meysen T, Werner A (2006) Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ADS). Verlag Deutsches Jugendinstitut, München
5. Kleinman PK (1998) Diagnostic Imaging Of Child Abuse. Second Edition. Mosby-Verlag, S 34
6. Meservy CJ, Towbin R, McLaurin RL, Myers PA, Ball W (1987) Radiographic characteristics of skull fractures resulting from child abuse. *Am J Roentgenol* 149:173-175
7. Minns RA, Brown JK (2005) Shaking and Other Non-Accidental Head Injuries in Children. *Clinics in Developmental Medicine* 162, Mac Keith Press, London, S 37
8. Offiah AC, Hall CM (2009) Radiological Atlas of Child Abuse. Radcliff Publishing, S 48ff.
9. Oppermann HC (2004) Röntgenmorphologische Skelettbefunde beim Battered Child Syndrome. In: Oehmichen M, Kaatsch HJ, Bosinski HAG (Hrsg) Gewalt gegen Frauen und Kinder. Bestandsaufnahme – Diagnose – Prävention. *Research in Legal Medicine* 32, Schmidt-Römhild, Lübeck, S 169
10. Polizeiliche Kriminalstatistik (2011/3) <http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/2013/PKS2012.html>
11. Remschmidt H (1986) Elterliche Kindesmißhandlung, *MMW* 128:33-36
12. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz: Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Was ist zu tun? Ein Leitfaden für Berlin, Berlin: 2002, S 15
13. Warrington SA, Wright CM, Team AS (2001) Accidents and resulting injuries in premobile infants: data from the ALSR. *Arch Dis Child* 85:104-107