

Interdisziplinäres Vorgehen bei einem Verdachtsfall von Kindesmissbrauch

Interdisciplinary approach in a case of suspected child abuse

H. Ruschulte¹, K. Albrecht², S. Büchner⁴, F. Logemann¹, S. Piepenbrock¹ und A. Lesinski-Schiedat³

¹ Zentrum Anästhesiologie (Direktor: Prof. Dr. S. Piepenbrock)

² Abteilung für Rechtsmedizin (Direktor: Prof. Dr. H. D. Tröger)

³ Abteilung für HNO-Heilkunde (Direktor: Prof. Dr. T. Lenarz)

Medizinische Hochschule Hannover

⁴ Rechtsanwaltskanzlei Schwarz, Kelwing, Wicker, Westpfahl, Berlin

Zusammenfassung: Bei der Betreuung einer sechsjährigen Patientin für einen elektiven HNO-Eingriff ergab sich der Verdacht des sexuellen Missbrauchs. Zufällig waren vor der geplanten Gabe eines Paracetamol-Suppositoriums auffällige anale und vaginale Dilatationen mit ringförmiger Narbenbildung gefunden worden. Noch während der Narkose erfolgten die telefonische Befragung des niedergelassenen Kinderarztes sowie klinische Untersuchungen durch einen Kinderarzt und einen Rechtsmediziner.

Im weiteren Verlauf wurde das Kind erneut inspiziert, erste Gespräche wurden mit der Mutter geführt. Letztendlich wurde der Fall vom zuständigen Jugendamt weiter verfolgt und nähere Ergebnisse nicht bekannt gegeben.

Das interdisziplinäre Vorgehen bei der weiteren Verfolgung des Verdachts und der Betreuung der Patientin und ihrer Familie wird beschrieben. Typische Befunde und ihre Erhebung werden erläutert. Ferner wird das Potential für juristische und Gewissenskonflikte, das sich aus ärztlicher Schweigepflicht einerseits und der Abwehr bzw. Aufdeckung einer Straftat andererseits ergeben könnte, diskutiert.

Summary: In a six-year-old girl undergoing elective tonsillectomy, suspicion of sexual abuse was raised incidentally when the child was to receive rectal paracetamol for postoperative analgesia. It was discovered that the anus and the vaginal vestibule were conspicuously dilated and rough and also marked by circular

scars which were thought to be suggestive of repeated penetration. While the girl was still under anaesthesia, the family's paediatrician was called and asked whether he had made any suspicious observations himself. In addition, the patient was examined by an experienced paediatrician and a forensic pathologist.

On the next day, the girl was seen again by a paediatric surgeon. The mother was then informed in a first discussion about the results of the physical examination and the suspicion of abuse. Finally, responsibility for the care of the child was transferred to the relevant local authority. No details were provided on the girl's further protection, however.

The following article describes the interdisciplinary approach that has been taken to deal with this case of suspected child abuse. The psychological sequelae and physical findings of abuse are characterized and potential legal and moral conflicts of the physicians arising from the collision between the duty of medical confidentiality on the one hand and the commitment to disclose and prevent a criminal offence on the other are discussed.

Schlüsselwörter: Sexueller Missbrauch von Kindern – Schweigepflicht – Rechtliche Verpflichtung – Moralische Verpflichtung – Strafrecht

Keywords: Sexual Abuse of Child – Confidentiality – Legal Obligations – Moral Obligations – Criminal Law.

Einführung

Sexueller Missbrauch verursacht langfristige und schwerwiegende negative seelische und körperliche Folgen. Die Straftatbestände des sexuellen Missbrauchs von Kindern (unter vierzehn Jahren; § 176 Strafgesetzbuch¹) [20]; § 176 Rdn. 1a m.w.N.) und Jugendlichen (unter sechzehn Jahren, § 182) dienen dem Schutz der sexuellen Selbstbestimmung und der von vorzeitigen sexuellen Erlebnissen ungestörten Gesamtentwicklung. Dabei versucht der Gesetzgeber weitestgehend, sämtliche gängigen sexuellen Variationen zu erfassen. Die Tatbestände umfassen also so-

wohl Handlungen mit Körperkontakt ("Hands-on-Taten") als auch solche ohne ("Hands-off-Taten") wie die Vornahme sexueller Handlungen vor einem Kind oder Erstellen, Verbreiten und Benutzen pornographischen Materials [10].

Die polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) des Jahres 2001 weist für das Erfassungsjahr 15.117 angezeigte Delikte des Kindesmissbrauchs aus [3], die Zahlen der

¹ Paragraphen ohne weitere Angaben sind im Folgenden solche des StGB.

Vorjahre bewegen sich in einem ähnlichen Bereich². Die Mehrheit der Betroffenen war weiblich, zwischen 20 und 25% lag der Anteil betroffener Jungen [2]. Nicht nur in der Pädiatrie, sondern in jeder klinischen Disziplin kann man unversehens mit sexuellem Missbrauch von Kindern konfrontiert werden. In der klinischen Routinearbeit ergab sich für die Autoren begründeter Anhalt für stattgefundenen sexuellen Missbrauch eines sechsjährigen Mädchens, das für einen elektiven Eingriff aufgenommen worden war. Anhand dieses Beispiels aus der Praxis werden typische Merkmale möglichen Missbrauchs und ein sinnvolles Vorgehen in einer solchen Situation dargestellt. Speziell werden Aspekte des akuten und langfristigen Patientenschutzes, der ärztlichen Schweigepflicht und der Zuständigkeiten in den einzelnen Stadien der Verfolgung eines Missbrauchsverdachts erörtert.

Fallbericht

Eine sechsjährige Patientin wurde bei chronisch-rezidivierender Tonsillitis zur elektiven Tonsillektomie stationär aufgenommen. Wegen der Versorgung einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte war das Kind seit frühester Kindheit interdisziplinär in chirurgischer und therapeutischer Betreuung. Das Mädchen litt aktuell unter Dauerschnupfen und rezidivierenden Tonsillitiden bei behinderter Nasenatmung, die Sprachentwicklung war verzögert. Hinsichtlich weiterer Vorerkrankungen, Unverträglichkeiten, evtl. familiärer Dispositionen und Medikamenteneinnahme erschien die Patientin unauffällig.

Im Operationssaal sollte das Kind nach unproblematischer Narkose-Einleitung ein Paracetamol-Suppositorium zur postoperativen Analgesie erhalten. Vor der Applikation fiel unerwartet ein deutlich geweiteter Analring mit einem "fransig" erscheinenden, geweiteten Sphincter auf. Dieser Befund entsprach nicht der Erfahrung aller beteiligten Behandler, eine traumatische Ursache erschien sehr plausibel. Während der operativen Versorgung wurde der niedergelassene Pädiater telefonisch befragt. Eine behandlungsbedürftige Darmerkrankung war nicht bekannt. Hinweise auf eine traumatische Verletzung des Analkanals waren ebenfalls nicht vorhanden. Gleiches galt für allgemeine und besondere eventuelle Hinweise auf sexuellen Missbrauch der jungen Patientin. Nach Durchführung der Tonsillektomie wurden bei dem noch narkotisierten Kind eine inspektorische und palpatorische vaginale und rektale Untersuchung durch erfahrene Kollegen der Abteilungen für Pädiatrie und Rechtsmedizin durchgeführt. Übereinstimmend ließ sich angesichts der gefundenen Auffälligkeit ein Missbrauch i. S. e. analen Penetration nicht ausschließen. Begleitende Verletzungen wie Hämatome oder Kratzspuren an den Oberschenkelinnenseiten oder Oberarmen wurden nicht gefunden.

Nach Ausleitung der Narkose und postoperativer Überwachung im Aufwachraum wurde das Kind auf

die Station verbracht. Die Mutter der Patientin wurde zunächst nicht informiert. Zur Vermeidung von Unsicherheiten wie auch zur Sicherstellung einer körperlich und seelisch möglichst unbeeinträchtigten Therapie wurde auf der Station von der Gabe rektaler Medikation (Begründung: anale Schlussinsuffizienz) abgesehen. Um die Persönlichkeit der Patientin und ihre Familie zu schützen, wurde Stillschweigen gegenüber allen nicht direkt an der operativen Behandlung Beteiligten vereinbart. Das Führen des Kindes hinsichtlich des Verdachts bzw. Ausschlusses des sexuellen Missbrauchs wurde der Oberärztin der HNO-Klinik übertragen.

Am Folgetag wurde die Mutter von der HNO-Ärztin und einer Kinderpsychologin mit dem Verdacht des Missbrauchs konfrontiert. Nach Darstellung des körperlichen Befundes konnte die Mutter keine Erklärung finden und bat um Unterstützung in der weiteren Aufklärung. Der gegenüber der Mutter ausgesprochenen Empfehlung, den Ehemann und Vater des Kindes nicht zu informieren, wurde nicht gefolgt.

Der Fall wurde über die Kinderpsychologen dem Jugendamt übergeben. Zunächst schien die Familie sehr aufgeschlossen und bat um umgehende körperliche Untersuchung auch der Schwester. In diesem Zusammenhang ließ sich auch die Patientin erneut körperlich pädiatrisch untersuchen. Bei beiden Kindern wurde inspektorisch kein wegweisender Befund gefunden. Im Nachgang versuchte die Familie dahingehend Druck auszuüben, dass die Anschuldigungen zurückgenommen werden sollten und das Verfahren abgebrochen werden sollte. Diesem Bestreben wurde nicht entsprochen. Das Kind wurde nach einem unauffälligen postoperativen somatischen Verlauf nach acht Tagen nach Hause entlassen. Inwieweit im vorliegenden Fall endgültig eine aufschlussreiche Aufklärung erfolgen konnte, durfte das Jugendamt nicht mitteilen.

Diskussion

Sexueller Missbrauch als Straftatbestand

Das Grunddelikt des sexuellen Missbrauchs von Kindern erfüllt, wer vorsätzlich sexuelle Handlungen an einem Kind vornimmt oder an sich von einem Kind vornehmen lässt (§ 176 Abs. 1), wer ein Kind dazu bestimmt, sexuelle Handlungen an einem Dritten vor-

² Zu beachten ist bei der Interpretation dieser Zahlen die Schwäche und damit verbundene eingeschränkte Aussagekraft der PKS: Die PKS erfasst das Anzeigeverhalten der Bevölkerung und unterliegt damit einer Reihe von intervenierenden Variablen. Ist beispielsweise ein Delikt verstärkt im Mittelpunkt der Medien und damit des öffentlichen Interesses, geht damit eine Sensibilisierung der Bevölkerung einher, die i.d.R. zu einem größeren Anzeigeaufkommen führt. Weiter ist zu beachten, dass gerade im Bereich der Sexualdelikte die Dunkelziffer sehr hoch ist.

zunehmen oder von einem Dritten an sich vornehmen zu lassen (Abs. 2), wer sexuelle Handlungen vor einem Kind vornimmt oder ein Kind dazu bestimmt, dies zu tun (Abs. 3 Nr. 1 und 2) beziehungsweise derjenige, der ein Kind pornographischem Material jedweder Art aussetzt (Abs. 3 Nr. 3). Dem Täter droht eine Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren, in minder schweren Fällen³ oder den Fällen des Absatzes 3 von Geldstrafe bis zu einer Freiheitsstrafe von fünf Jahren⁴. Der Begriff der sexuellen Selbstbestimmung ist in der juristischen Lehre umstritten [18]; Vorbem. §§ 174ff Rdn. 1), wobei hauptsächlich dessen Unbestimmtheit kritisiert wird. Zumindest hat der Gesetzgeber die Notwendigkeit erkannt, das einheitliche Rechtsgut in den einzelnen Tatbeständen in verschiedener Weise zu konkretisieren. Entscheidendes Kriterium ist die verschiedenartige Ausgestaltung des der Täter-Opfer-Konstellation zu Grunde liegenden Macht- und Autoritätsverhältnisses⁵. Auch etwaige zusätzliche Schutzgüter – wie beispielsweise im Fall der §§ 174a bis 174c das Vertrauen der Allgemeinheit in das Funktionieren institutionalisierter Abhängigkeits- und Unterordnungsverhältnisse oder der Jugendschutz in den §§ 174, 176ff, 182, 184 – erfordern eine Konkretisierung.

Akute Folgen sexuellen Missbrauchs sind neben den körperlichen Schmerzen und Verletzungen seelische Störungen wie die Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls, Ohnmachtsgefühle, Misstrauen, Resignation und Depression; darüber hinaus können soziale Auffälligkeiten wie Rückzug, schulische Schwäche und Versagen und akute Suizidalität entstehen. Längerfristig kann es zu Störungen der Identitätsentwicklung, der Beziehungsfähigkeit und Sexualität, letztlich auch zu manifesten seelischen Erkrankungen kommen [7, 9, 11]. Nach kriminologischer Erfahrung fallen diese ohnehin schon massiven seelischen Folgen für die Opfer beim sexuellen Missbrauch innerhalb der Familie besonders schwer ins Gewicht. Denn hier ist nicht nur das sexuelle Moment, sondern das gesamte Beziehungs- und Vertrauensgefüge der Familie tangiert, was nachhaltige Veränderungen der kognitiven und emotionalen Orientierung hervorrufen kann. Unterschieden werden dabei vier "traumatogene Dynamiken": Die traumatische Sexualisierung, der Vertrauensmissbrauch, die Lähmung als Folge des Eindringens in die Körpersphäre des Kindes und die Stigmatisierung, die sich überwiegend in Schuld- und Schamgefühlen äußert, wobei die Kooperation des Kindes bei der Tatbegehung eher zur Verstärkung des Traumas beitragen soll [8].

Körperliche Merkmale und rechtsmedizinische Untersuchung

Die rechtsmedizinische Untersuchung soll Befunde systematisch deskriptiv erfassen und klären, wo und wodurch Verletzungsfolgen entstanden bzw. lokalisiert sind. Neben der Aufgabe des Arztes, eine forensische Beweiserhebung in Form einer standardisierten Spurensuche und Asservierung vorzunehmen, muss mit gleicher Priorität eine exakte Anamnese sowie

eine Inspektion des gesamten Körpers erfolgen. Grundsätzlich gilt hier der Leitsatz: "Life before investigation", d.h. nach einer Vergewaltigung oder einem sexuellen Missbrauch bzw. einer Kindesmisshandlung mit akut bestehender Lebensgefahr (z.B. massive Blutungen) werden zunächst die notfallmäßigen klinischen Maßnahmen (z.B. Pädiatrie, Gynäkologie, Kinderchirurgie, Anästhesie) durchgeführt. Die rechtsmedizinische Tätigkeit kann in dieser Situation in der Regel erst anschließend erfolgen. In Einzelfällen ist aber schon während der Behandlung beispielsweise die Anfertigung eines Vaginalabstriches oder eine perioperative Untersuchung möglich.

Vor der Untersuchung muss erfragt werden, ob zum Zeitpunkt der rechtsmedizinischen Begutachtung die Kleidung des Opfers, welche zum Vorfallszeitraum getragen wurde, schon asserviert worden ist (Spurenträger). Die Untersuchung selbst umfasst zunächst die extragenitale Inspektion gefolgt von der Untersuchung der Anogenitalregion. Wache Kinder sollten immer in Begleitung einer Vertrauensperson untersucht werden, wobei beiden das Vorgehen erläutert wird. Abhängig vom Alter des Kindes findet der eigentliche Untersuchungsgang auf einer Liege, einem gynäkologischen Stuhl oder auf dem Schoß der Vertrauensperson statt. Zur Untersuchung werden Einmalhandschuhe getragen (Selbstschutz, Verhinderung des Einbringens von Fremd-DNA). Wichtige Inspektionspunkte sind insbesondere schwierig einzusehende Körperpartien wie die behaarte Kopfhaut oder die Mundschleimhaut. Bei allen Verletzungen werden Lokalisation, Größe, Beschaffenheit, Wundrandcharakter sowie etwaige Wundreaktionen (Granulationen) dokumentiert. Eine exakte Beschreibung der Verletzungsmorphologie erleichtert später Rückschlüsse auf das Entstehungsalter (z.B. Hämatome) und auf die möglichen Entstehungsursachen. Die Befunde werden unter Anlegen eines Maßstabes fotografisch dokumentiert und nach ihrer Erfassung in ein Körperschema eingetragen. Auch bei genitalem Missbrauch mit vermeintlichem Ausschluss einer extragenitalen Gewalteinwirkung ist eine Inspektion des gesamten Körpers erforderlich, da aus rechtsmedizinischer Sicht beispielsweise auch Schmutz- oder

³ Am 30. Januar 2003 fand im Bundestag die 1. Lesung eines von den Fraktionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen eingebrachten Gesetzentwurfs zur Änderung des Sexualstrafrechts statt (BT-Drucksache 15/350). Neben der Ergänzung um weitere Straftatbestände zur nochmaligen Erweiterung des Schutzes von Kindern vor Sexualstraftaten ist auch eine Strafverschärfung bei § 176 geplant. Die minder schweren Fälle sollen abgeschafft, der Strafrahmen für besonders schwere Fälle auf ein bis fünfzehn Jahre Freiheitsstrafe erweitert werden.

⁴ Bei mehrmaliger Tatbegehung in Tatmehrheit gem. § 53 wird aus den verhängten Einzelstrafen nach § 54 gebildet, die bei Freiheitsstrafe von über zwei Jahren nicht mehr zur Bewährung ausgesetzt werden kann.

⁵ vgl. etwa §§ 174a, 174b, 174c.

Naturstoffantragungen (Gras, Sand) wichtige Spuren für weiterführende Ermittlungen sind.

Charakteristische Verletzungsformen, die sich beliebig miteinander kombinieren lassen, sind:

- **Hämatome:** Haut-/Unterhauteinblutungen als Folge stumpfer Gewalteinwirkung in verschiedenen Größen- und Farbvarianten (Alterseingrenzung); häufig als Griff- oder Fixierverletzungen an den Innenseiten der Oberarme, auch über knöchernen Widerlagern (Wirbelsäule, Gesichtsschädel) als Korrelat bei Bodenlage des Opfers auf einem harten Untergrund.
- **Hautkratzer:** oberflächliche Hautdefekte mit unterschiedlich konfigurierter Randbegrenzung, die mit frischem Wundschorf belegt sein können; am Hals als Hinweis für Würgegriffe, am Unterbauch, in der Gesäß- und Lendenregion typisch für Entkleidungsverletzungen.
- **Rötliche streifenartige Hauterscheinungen bzw. Abschürfungen:** Zeichen stumpfer und tangentialer Gewalt (Würgevorgang bei Spurenvorkommen am Hals); geformt, z.T. doppeltkonturiert als Zeichen eines Schlagens mittels eines Gegenstandes (Stockhieb).
- **Schnitte und Stiche:** Folgen scharfer Gewalteinwirkung; wichtig: Dokumentation der Schnittländer und -enden sowie Form und Länge zur späteren Charakterisierung des Werkzeuges.
- **Petechien (punktförmige Stauungsblutungen):** Zeichen nach komprimierender Gewalteinwirkung z.B. gegen den Hals oder den Thorax; mögliches Auftreten in Augenlidern, Konjunktiven, Mundschleimhaut und Hinterohrregionen.
- **Gewalt gegen den Mund:** Defekte von Lippenbändchen oder Mundschleimhaut bei Kontakt mit Zähnen nach Einwirkung stumpfer Gewalt.
- **Brustverletzungen:** Griff- und Bissverletzungen
- **Oberschenkel:** Abdruck von Fingern im Sinne von streifenartigen Rötungen oder Hämatomen durch starkes Auseinanderdrängen der Oberschenkelinnenseiten beim Penetrationsversuch.
- **Abwehrverletzungen:** bei einer körperlichen Auseinandersetzung an typischen Körperregionen v.a. an den streckseitigen Unterarmen (Parierverletzungen).
- **Bekleidung:** Abdruckmuster der getragenen Bekleidung als Negativabdruck nach Gewalteinwirkung hervorgerufen durch eine lokal auftretende Hyperämie.
- **Sonstige Befunde:** Bissverletzungen, Brandmale (Zigarette), "Battered-Child-Syndrome" (Subdurales Hämatom durch Einreißen von Brückenvenen nach heftigem Schütteln des Kindes; begleitend: oft Retinaeinblutungen).
- **Radiologische Befunde:** z.B. Grünholzfrakturen, Epiphysen- und Metaphysenablösungen, subperiostale Kallusbildung.

Bei der anogenitalen Untersuchung werden zunächst angrenzende Oberschenkel- und Gesäßregionen inspiziert, um Spuren durch das Auseinanderdrücken der

Oberschenkel bei einem Penetrationsversuch zu erfassen. Danach erfolgt die Besichtigung des äußeren Genitale, wobei hier Fremdmaterial (Ejakulatsspuren, Fremdhare) asserviert werden kann. Nachfolgend werden von innen nach außen die Labia majora et minora untersucht. Hierbei ist insbesondere auf die entsprechenden Umschlagsfalten zu achten: Rötungen, prägnante Gefäßzeichnungen, Hautdefekte oder ein bestehender Ausfluss werden hierbei erfasst. Anschließend erfolgt die Inspektion des Vestibulum vaginae auf Verletzungsspuren. Dazu eignen sich sterile Abstrichtupfer zum Aufspreizen, um selbst kleinste Hautschürfungen an der Innenseite der Schamlippen und im Scheidenvorhof zu diagnostizieren. Das nun einsehbare Hymen wird auf Anzeichen der Defloration untersucht werden, wobei diesbezüglich insbesondere auf eine ödematöse Schwellung der Wundränder, Hämatome, frisch blutige Einrisse oder verschorfte Hautdefekte zu achten ist. Aufgrund der engen anatomischen Verhältnisse bei jungen Mädchen können durch vaginale Penetration ausgedehnte Zerreißungsverletzungen (Dammrisse) entstehen [4, 13].

Die Untersuchung des Verletzungsmusters erfolgt in Steinschnittlage. Im weiteren Untersuchungsverlauf werden vorsichtig mindestens zwei Abstriche mittels steriler Abstrichtupfer, zunächst aus den hinteren, dorsalen Vaginaanteilen sowie vom äußeren Genitale (Scheidenvorhof, Schamlippen, Umschlagsfalten) entnommen und auf Objektträgern nacheinander einzeln ausgerollt. Die verwendeten Abstrichutensilien werden anschließend luftgetrocknet und beschriftet asserviert. Diese Asservate sind Bestandteil der Untersuchung und dürfen nach der Übertragung auf die Objektträger nicht vernichtet werden; denn sie können zu einem späteren Zeitpunkt als Beweismittel für die Untersuchung auf Fremd-DNA dienen. Die Objektträger werden in Folge angefärbt (z.B. nach Stiasny) und auf Spermatozoen untersucht.

Als mögliches Nativpräparat kann Vaginalsekret direkt, verdünnt mit 0,9% NaCl-Lösung, auf den Objektträger gebracht werden, um unter Umständen noch bewegliche Spermien unter dem Lichtmikroskop zu sehen. Bewegliche Spermien lassen sich in der Regel nur 5 bis 8 Stunden nachweisen. Zu der Lebens- und Nachweisbarkeitsdauer der Spermatozoen finden sich in der Literatur unterschiedliche Angaben. Bis zu 12 Stunden sind regelmäßig reichlich Spermatozoen nachweisbar, nach 24 - 48 Stunden nur noch, wenn überhaupt, vereinzelt. Als maximale Zeitspanne der Nachweisdauer findet sich in der Literatur ein Zeitraum von bis zu 6 Tagen [5]. Eine erste Spurensuche nach Sperma ist noch während der Untersuchung möglich (Phosphatase-Schnelltest). Die saure Phosphatase im Ejakulat ist eine von der Prostata gebildete unspezifische Hydrolase und zeigt im Test demzufolge auch bei einer bestehenden Azoospermie ein positives Ergebnis an. Daher gilt ein positiver Phosphatase-Test zwar als Hinweis auf ein Spermavorkommen, aber nicht als rechtskräftiger Beweis [17]. Dieser setzt den lichtmikroskopischen Nachweis von Spermatozoen

voraus. Die weitere Identifizierung nachgewiesener Spermatozoen erfolgt heute nahezu ausschließlich über die DNA-Technologie.

Bei der Untersuchung des Anus ist genau wie bei der Genitaluntersuchung auf etwaig auftretende Rötungen, Defekte, Narben, aber auch Erkrankungen zu achten. Eine massive Aufweitung des Anus führt häufig zu ausgedehnten Schleimhaupteinrissen. Erschwert werden kann die Diagnostik beim wachen Patienten durch ein reflektorisches Zusammenziehen des Sphincter ani externus. Dieser Reflex kann in manchen Fällen durch die Aufforderung des Pressens "wie zum Stuhlgang" unterdrückt werden. Analfissuren oder eine reflektorische Analdilatation können ebenfalls Hinweise auf einen analen Missbrauch geben. Die reflektorische Analweitung, deren Ursache noch nicht gänzlich geklärt ist, führt zu einem bis zu 30 Sekunden anhaltenden Spasmus des äußeren Schließmuskels, dem anschließend eine Aufweitung des Anus folgt. Die Lagerung bei der Untersuchung, die Füllung des Enddarmes und die Konsistenz des Stuhlgangs haben hierbei Einfluss auf die Ausprägung dieses Reflexes. Bei einer positiven Anamnese für den erfolgten analen Missbrauch muss zusätzlich ein Abstrich erfolgen und dieser lichtmikroskopisch auf Spermatozoen untersucht werden. Am Analabstrich kann der Spermanachweis oft auch noch nach 24 Stunden geführt werden.

Konflikt: Ärztliche Schweigepflicht

Sexueller Missbrauch von Kindern löst Emotionen wie Entsetzen und Mitleid, aber auch Wut über die eigene Ohnmacht und Hilflosigkeit aus. Das Bedürfnis, dem Kind helfen zu wollen, muss daher erkannt und in nüchterne Bahnen gelenkt werden. Diesem Schutzbedürfnis steht an vorderster Stelle die ärztliche Verschwiegenheitspflicht entgegen. Deren Einhaltung wird strafrechtlich durch § 203 Abs. 1 Nr. 1 gewährleistet, der die Offenbarung fremder Geheimnisse, die dem Arzt anvertraut oder anderweitig bekannt geworden sind, mit Strafe von Geld- bis Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr bewehrt. Strafprozessual erfolgt die Absicherung durch § 53 Strafprozessordnung (StPO), der Ärzten und anderen Geheimnisträgern von Berufs wegen gegenüber den Ermittlungsbehörden und Gerichten ein Zeugnisverweigerungsrecht einräumt. Es besteht aber keine Zeugnisverweigerungspflicht. Entscheidet sich ein Arzt also, obwohl er nicht von der Schweigepflicht entbunden worden ist, dennoch in Kenntnis seiner Schweigepflicht für eine Aussage, führt dies nicht zu einer Unverwertbarkeit der Aussage, zieht aber eben grundsätzlich die strafrechtliche Folge des § 203 nach sich. Ein Arzt, der auf einen Fall sexuellen Missbrauchs stößt, scheint sich also entscheiden zu müssen, ob er die Schweigepflicht beachtet oder sich möglicherweise strafbar macht.

Auch kommt man bei dieser Abwägung nicht mit allgemeinen Überlegungen zum Opferschutz weiter. Denn was schützt das Opfer mehr: Die Strafverfolgung, die zum Zerbrechen der Familie führen kann

und traumatische Erlebnisse erneut in Erinnerung ruft? Oder das Schweigen und die damit gebotene Möglichkeit, als Vertrauensperson betreuen und helfen zu können – unter Inkaufnahme, dass der Täter dem Zugriff des Rechtsstaates entzogen bleibt?

In diesem Zusammenhang muss erneut auf den derzeit zur Entscheidung vorliegenden Gesetzentwurf⁶ eingegangen werden, der auch gerade für diese Abwägung Anhaltspunkte bietet. Dieser räumt dem Opferschutz stärkeres Gewicht bei: Verschiedene Delikte, unter anderem auch § 176, sollen in den Katalog des § 138 (Nichtanzeige geplanter Straftaten) aufgenommen werden mit der Folge, dass sich derjenige, der von einem Missbrauchsfall Kenntnis erlangt, dies aber nicht anzeigt, strafbar macht. Zugleich soll § 139 (Straflosigkeit bei Nichtanzeige geplanter Straftaten) um weitere Berufsgruppen erweitert werden, bei denen Missbrauchsoffer häufig besonders Schutz und Hilfe suchen, etwa Psychotherapeuten, anerkannte Familienberater oder Erzieher. Die Sinnhaftigkeit dieser Regelung liegt auf der Hand: Kinder sollen die Möglichkeit haben, sich unbefangen anderen Menschen anvertrauen zu können, ohne gleich die oben skizzierten Folgen einer Strafverfolgung des Täters befürchten zu müssen. Der Schutz des minderjährigen und vom Täter oftmals (vor allem emotional) abhängigen Opfers soll verstärkt werden, das Strafverfolgungsinteresse hat vor diesem Hintergrund zunächst zurückzutreten. Da gem. § 78b bei Taten nach §§ 176 bis 179⁷ die Verjährung bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres des Opfers ruht, ist damit eine Strafverfolgung nicht per se ausgeschlossen, sondern nur bis zu dem Zeitpunkt verzögert, in dem das Abhängigkeitsverhältnis Opfer/Täter nicht mehr die vormalige Intensität aufweist. Diese juristischen Wertungsaspekte spielen auch bei dem vorliegenden Fall und der damit verbundenen Frage einer Strafbarkeit des Arztes gem. § 203 eine Rolle.

Schutzgut der ärztlichen Schweigepflicht ist das allgemeine Vertrauen in die Verschwiegenheit des Arztes und das Individualinteresse des betroffenen Patienten. Somit verwirklicht jeder Arzt, der ohne Entbindung von der Schweigepflicht durch den Entbindungsberechtigten einen ihm bekannt gewordenen Kindesmissbrauch anderen außerhalb der zur Verschwiegenheit verpflichteten Institution (z.B. Krankenhaus) offenbart, den Tatbestand des § 203.

Bislang behilft sich die Rechtsprechung dabei meist mit einer Konstruktion über einen rechtfertigenden Notstand, auf den von rechtsmedizinischer Seite unlängst erneut hingewiesen wurde [14]. Der tatbestandlich handelnde Arzt wäre also gerechtfertigt und damit nicht zu bestrafen, wenn die Voraussetzungen

⁶ BT Drucksache 15/350.

⁷ Geplant ist auch hier eine Erweiterung auf § 174 (Missbrauch von Schutzbefohlenen), BT-Drucksache 15/350.

des § 34 vorliegen. Problematisch ist dabei aus juristischer Sicht nicht die notwendige Güterabwägung; denn dass der Schutz der körperlichen Unversehrtheit eines Kindes in der Rechtsordnung höher steht als die ärztliche Schweigepflicht, bedarf keiner weiteren Erörterung. Doch setzt § 34 eine gegenwärtige, nicht anders abwendbare Gefahr voraus.

Gegenwärtig ist eine Gefahr, wenn bei natürlicher Weiterentwicklung der Dinge der Eintritt eines Schadens sicher oder doch höchst wahrscheinlich ist, falls nicht bald Abwehrmaßnahmen ergriffen werden, oder wenn der ungewöhnliche Zustand nach menschlicher Erfahrung und natürlicher Weiterentwicklung der gegebenen Sachlage jederzeit in einen Schaden umschlagen kann. Auch eine Dauergefahr kann als gegenwärtig gelten. Von einer solchen Gegenwärtigkeit dürfte zumindest dann auszugehen sein, wenn der Arzt feststellt, dass unterschiedliche Verletzungen ähnlicher Erscheinungsart, aber verschiedenen Heilungsgrades vorliegen [1].

Daneben wäre überlegenswert, ob bereits aufgrund der Eigenart des sexuellen Missbrauchs nicht grundsätzlich von einer Dauergefahr ausgegangen werden kann: Selten handelt es sich bei sexuellem Missbrauch um eine Einzeltat. Das lässt sich zum einen damit erklären, dass bei der ersten Tatbegehung die Hemmschwelle am größten ist, Folgetaten also leichter erfolgen können, und dies zu dem wachsenden Wunsch nach erneuter Erfüllung des (strafbaren) sexuellen Begehrens gegenübersteht [6]. Das sexuelle Verlangen wächst, die Hemmschwelle sinkt angesichts der von Tat zu Tat zunehmenden Konditionierung des Täters, seinem Tun ungestraft nachgehen zu können.

Demnach könnte aufgrund einer statistischen Wahrscheinlichkeit bereits die Annahme einer notstandsbe gründenden Dauergefahr möglich sein. Doch würde dies eine Ausdehnung des Gegenwärtigkeitsbegriffes bedeuten, die lediglich bei weiteren Indizien ausreichen dürfte, um die Rechtfertigung des § 34 durchgreifen zu lassen. Beispielsweise kann von einer Tat nicht auf weitere Taten geschlossen werden, wenn kein hinreichender Täterverdacht besteht. Bei einem möglichen außerfamiliären Täter könnte lediglich eine einmalige Gelegenheit Handlungsmotivation sein, so dass bei Fehlen von weiteren solcher Gelegenheiten auch keine Dauergefahr für das Kind bestehen dürfte. Abgesehen davon dürfte in einem solchen Fall das Gespräch mit den Eltern Erfolg zeigen, da diese in solchen Konstellationen regelmäßig ein eigenes Interesse an der Strafverfolgung haben dürften und somit den Arzt von der Schweigepflicht entbinden würden.

Andernfalls sind dem Arzt hingegen die Hände gebunden: Ohne das Vorliegen einer Dauergefahr ist eine Rechtfertigung nach § 34 für ihn nicht möglich. Und auch das Institut der mutmaßlichen Einwilligung kann nicht durchgreifen, weil er sich des Willens der Eltern versichert hat oder zumindest hätte versichern können.

Im Familienkreis wäre durchaus überlegenswert, ob aufgrund statistischer Wahrscheinlichkeit vom Vorliegen einer Dauergefahr ausgegangen werden kann. Auch hier könnte gegebenenfalls ein Gespräch mit den Eltern – das in der Praxis wohl ohnehin unumgänglich sein wird – aber den Rechtfertigungsgrund entfallen lassen, da die Kenntnis des nun erhöhten Entdeckungsrisikos schnell zu einer Aufgabe weiterer Taten führen kann. Auch dann ist nicht auszuschießen, dass, durch den Arzt veranlasst, die Wahrscheinlichkeit der Begehung weiterer Missbrauchstaten sinkt, damit aber auch die den § 34 auslösende Dauergefahr wegfällt. Dies ist zumindest im rechtstechnischen Sinne zu befürworten, da der Begriff der Dauergefahr bei näherer Betrachtung ohnehin eine von Sach- und Einzelfallerwägungen getragene Tatbestandsmerkmalsausdehnung darstellt, die daher auf wenige Fälle beschränkt sein sollte.

Praktisch bieten sich vor allem zwei Möglichkeiten an, diesem Problem im Hinblick auf einen Gewissenskonflikt aus ärztlicher Sicht zu begegnen: So könnte mit dem das Kind dauerhaft behandelnden (Haus-) Arzt in Verbindung getreten werden mit der Maßgabe, ein besonderes Augenmerk auf Anzeichen sexuellen Missbrauchs bei weiteren Zusammentreffen zu legen [15, 16]. So kann man sich Gewissheit über das Vorliegen einer Wiederholungsgefahr verschaffen – nimmt aber im Zweifelsfall in Kauf, nicht die gewollte sofortige und unmittelbare Hilfe leisten zu können.

Eine andere Möglichkeit könnte in einem Vorgespräch mit der zuständigen Staatsanwaltschaft liegen⁸: Dort könnte ohne Nennung von Namen der Sachverhalt abstrakt erläutert werden und die Einschätzung der Staatsanwaltschaft hinsichtlich der Strafbarkeit des Arztes wie auch weiterer Hilfsangebote (Kinderschutzbund, Jugendamt, Sorgentelefon u.ä.) erörtert werden. Dies kann zwar keine rechtsverbindliche Abrede sein. Sollte es aber doch noch zu einem Verfahren gegen den anzeigenden Arzt kommen, kann dieser seine Straflosigkeit darauf stützen, einem unvermeidbaren Verbotsirrtum nach § 17 anheim gefallen zu sein⁹.

Aus standesrechtlicher Sicht dürfte sich, einer persönlichen Anfrage an die Geschäftsführung der Ärztekammer Niedersachsen zufolge, kaum Veranlassung für eine weitere Verfolgung ergeben, sofern ein begründeter Verdacht gegeben war. Dringend empfohlen wird allerdings – auch für den wohl unwahrscheinlichen Fall, dass Beteiligte standesrechtlich

⁸ Auch das Gespräch mit einem Rechtsanwalt hätte den gleichen Erfolg, dürfte aber für den behandelnden Arzt mit entsprechenden privat zu begleichenden Kosten verbunden sein.

⁹ Allgemein wünschenswert wäre natürlich, wenn solche Gespräche nicht einzelfallbezogen stattfänden, sondern die Staatsanwaltschaft von sich aus Ärzte und Krankenhäuser informierte und diesen eine Reihe von Kriterien an die Hand geben würde, wie man sich in solchen Fällen eine Kooperation vorstellen kann.

gegen den behandelnden Arzt vorgehen lassen wollten – die nachvollziehbare, sorgfältige Dokumentation des Vorgehens.

Konflikt: Stigmatisierung der Familie

Wird eine Mutter oder eine Familie mit dem Verdacht des Kindesmissbrauchs konfrontiert, sind Abwehr, Abstreiten und Verleugnen aus Scham, Angst vor öffentlichem Bekanntwerden und Stigmatisierung denkbare Reaktionen. Vorstellbar ist auch Erleichterung über eine Entdeckung bislang mitverheimlichter Missbrauchs durch Täter aus dem sozialen Umfeld und die Chance, durch einen Anstoß von außen eine Verbesserung der Lebenssituation zu bewirken.

Abermals muss man sich den Schutz des Kindes als Leitlinie der eigenen Entscheidungen vergegenwärtigen. Im Anfangsstadium eines Verdachts ist daher ein möglichst nüchternes, "somatisches", nichtsdestoweniger vertrauensvolles Auftreten wichtig; der Verdacht muss u.E. nicht vor Erhalt weiterer Untersuchungsergebnisse sofort artikuliert werden. Vielmehr müssen zeitig professionelle Mitarbeiter (Psychologen, Sozialarbeiter) hinzugezogen und das weitere Vorgehen gemeinsam abgestimmt werden. Die Vermutung eines Kindesmissbrauchs und ihre Verfolgung rechtfertigt nicht, umgehend ein ganzes Behandlungsteam (alle ärztlichen Mitarbeiter einer Station, alle Schwestern aller Schichten einer Station) über einen noch näher zu belegenden Verdacht zu informieren. Allerdings sind Maßnahmen einzuleiten, die die Verdachtsklärung zeitlich zielstrebig herbeiführen (Erstuntersuchung noch in Narkose, stationärer Aufenthalt, Kontaktsperre zu (denkbaren) Verdächtigen). Stellt sich im weiteren Verlauf ein Verdacht als unbegründet heraus, hat man mit konsequent ruhigem Vorgehen unproduktive, unnötige und vermeidbare Konflikte umgehen und dem Kind und seiner Familie die Belastung einer Stigmatisierung ersparen können.

Denkbarer Algorithmus

Sowohl aus psychologischer wie juristischer Sicht ist der Schutz des Kindes vor seelischer und körperlicher Verletzung führendes Kriterium, an dem sich das Handeln im Verdacht eines (sexuellen) Missbrauchs orientieren muss. In der längerfristigen Aufarbeitung nach Abwehr akuter Gefahr gilt das Prinzip "Helfen statt Strafen": Dem betroffenen Kind soll ein Leben in einer Familie oder einem familiären Umfeld, in dem eine weitere ungestörte Entwicklung zumindest denkbar ist, ermöglicht werden. Diese langfristig zu bearbeitende Aufgabe können nur psychologisch geschulte, einfühlsame Spezialisten, nicht aber ein Operations-Team bewältigen.

Einem Verdacht muss, das Wohl des Kindes im Auge behaltend, ruhig, zügig, diskret und nüchtern nachgegangen werden. Das Gespräch mit dem Kinderarzt der Familie und einem zuständigen Krankenhaus-(Kinder-)Arzt kann hier erste Informationen liefern. Wiederholtes Wechseln des Kinderarztes kann ein Zeichen von Angst, entdeckt und konfrontiert zu wer-

den, sein. Ein Kinderarzt kann zu auffälligem Verhalten, nicht-akzidentell erlittenen Verletzungen und Infektionen im Anogenitalbereich und der familiären Situation Stellung nehmen.

Besteht die Möglichkeit, ohne weitere körperliche Belastung das Kind objektiv zu untersuchen, können noch unter Narkose objektive Untersuchungsbefunde erhoben und dokumentiert werden. Im vorgelegten Fall arbeiteten wir mit den Kollegen der Kinderheilkunde und der Rechtsmedizin zusammen. Da v. a. letztere nicht überall vorhanden ist, ist eine fotografische Sicherung zur späteren Stellungnahme empfehlenswert. Das Einholen einer weiteren Meinung kann hilfreich sein: *Myhre* et al. fanden bei nicht-missbrauchten, wach untersuchten Kindern eine erhebliche Variationsbreite bei der Inspektion und Palpation der analen Anatomie im Zusammenhang mit Geschlecht und der Untersuchungsposition [12]. Am Folgetag wurden die in Narkose erhobenen Befunde noch einmal von einer Kinderchirurgin ohne erneute bzw. weitere invasive Untersuchung dahingehend bestätigt, dass ein Missbrauch nicht auszuschließen sei. Danach kann entweder über (Kinder-)Psychologen oder das Jugendamt die weitere, kind- und sachgerechte Verfolgung des Verdachts erfolgen. Auch eine Kontaktaufnahme zur Erörterung in der zunächst eine abstrakte Schilderung ohne Preisgabe der persönlichen Daten des Kindes erfolgt, ist nach der Sicht etlicher Jugendämter eine Variante, die dem Kind helfen und es gleichzeitig schützen kann, was ja der Intention der Helfenden entsprechen dürfte.

Vorgestellter Fall

Bei dem hier geschilderten Fall fand sich der Verdacht als Zufallsbefund bei einem Kind in Narkose. Anästhetika und oder Relaxanzien könnten zwar durch das Herabsetzen des Muskeltonus einen Effekt auf den körperlichen Befund insofern haben, dass auch die Sphinctermuskulatur entspannt ist. Ausprägung und Ausmaß der anatomischen Auffälligkeit im beschriebenen Fall waren allerdings auch den im Umgang mit (narkotisierten) Kindern Erfahrenen in seiner Ausprägung derart suspekt, dass rückblickend ein weiteres Verfolgen nachvollziehbar erschien. Für die Beteiligten des Operationsteams war es die jeweils erste, persönliche Konfrontation mit dem Verdacht des Kindesmissbrauchs. Nach dem Schrecken über einen solchen Verdacht mussten sich alle Beteiligten darüber klar werden, dass alle weiteren Maßnahmen im Hinblick auf den Schutz des Kindes zu erfolgen hatten.

Hierzu war – und ist - trotz aller Emotionen überlegtes und züiges Handeln und strikte Verschwiegenheit notwendig. Damit konnten Hintergrundinformationen (Telefonat mit Kinderarzt) beschafft und objektive körperliche Befunde (Kinderheilkunde, Rechtsmedizin) erhoben werden, ohne dass das Kind einer belastenden Befragung ausgesetzt gewesen wäre. Der körperlichen Untersuchung am OP-Tag und der Untersuchung am ersten postoperativen Tag lag eine betont "somatische" Fragestellung zugrunde.

Insgesamt war es sinnvoll, die Organisation des weiteren Procedere in einer Hand zu bündeln, da so konzentriert, zügig und objektiv Informationen zusammengestellt werden konnten, bevor Kinderpsychologen und Jugendamt miteinbezogen wurden. Eine Befragung des Kindes und der Familie und die Konfrontation mit dem Verdacht, die die Autoren vermutlich überfordert hätte, konnten dann gestützt auf Befunde von hierin geschulten Personen erfolgen. Darüber hinaus erscheint es prinzipiell gegenüber dem Kind, der Familie und den weiteren Hinzugezogenen professioneller, ehrlicher und diskreter, statt verschiedener nur einen Ansprechpartner bzw. Verantwortlichen zu treffen.

Literatur

1. Bender D. Grenzen der Schweigepflicht des Arztes bei Kenntnis von Misshandlungen oder entwürdigenden Behandlungen durch Eltern. *Med R* 2002;12:62-30.
2. Bundeskriminalamt. Polizeiliche Ermittlungsstatistik 1991-2001. Wiesbaden: 2002.
3. Bundesministerium des Innern. Polizeiliche Kriminalstatistik 2001. Berlin: 2002.
4. Bussen S, Rehn M, Haller A, Weichert K, Dietl J. Kindergynäkologische Aspekte des sexuellen Missbrauchs. *Zentralbl Gynäkol* 2001;123:562-7.
5. Eungprabhanth V. Finding of the Spermatozoa in the Vagina Related to Elapsed Time of Coitus. *Z Rechtsmedizin* 1974;74:301-304.
6. Fagan P J, Wise T N, Schmidt jr. C W, Berlin F S. Pedophilia. *JAMA* 2002;288:2458-65.
7. Fegert J M, Tiedtke K, Frank R. Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch. In: *Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie (Hrsg.). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes und Jugendalter*. Köln: Dt. Ärzte Verlag; 2000.
8. Göppinger H. *Kriminologie*. 5. Auflage. München: Beck Verlag; 1997.
9. Johnson CF. Child maltreatment 2002: Recognition, reporting and risk. *Pediatrics International* 2002;4:554-60.
10. Klosinski G. Sexueller Kindesmissbrauch: Was tun beim Verdacht? *MMW Fortschr Med* 2001;143:63-5.
11. Leeners B, Richter-Appelt H, Schönfeld K, Neumaier-Wagner P, Görres G, Raht W. Schwangerschaft und Mutterschaft nach sexuellen Missbrauchserfahrungen im Kindesalter. *Dt. Ärztebl* 2003;100:606-10.
12. Myhre A K, Berntzen K, Bratild D. Perianal anatomy in non-abused preschool children. *Acta Paediatr* 2001; 90: 1321-8.
13. Penning R, Betz P. Die körperliche Untersuchung des Opfers beim Vergewaltigungsvorwurf. *Geb Fra* 1992;52: 59-61.
14. Rauch E, Graw M. Rechtliche und rechtsmedizinische Aspekte bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch. *Gynäkologe* 2003;36:18-24.
15. Riem S. Wie Sie Kindesmisshandlungen auf die Spur kommen. *MMW Fortschr Med* 2002;143:10.
16. Riem S. So erkennen Sie Kindesmisshandlungen. *MMW Fortschr Med* 2002;144:16.
17. Schneider V, Smerling M. Gerichtsärztliche Untersuchung im Rahmen fraglicher Sexualdelikte. *Kriminalist* 1984;7/8:323-326.
18. Schönke A, Schröder H. *Strafgesetzbuch: Kommentar*. 26. Auflage. München: Beck Verlag; 2001.
19. Topley J, Thomas A, Hobbs C, Wynne J. Detection of child sexual abuse. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:1043-5.
20. Tröndle H, Fischer T. *Kommentar zum Strafgesetzbuch*. 50. Auflage. München: Beck Verlag; 2001.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. *Heiner Ruschulte*
 Zentrum Anästhesiologie, OE 8050
 Medizinische Hochschule Hannover
 Carl-Neuberg-Straße 1
 D-30625 Hannover
 Tel.: 0511 / 532 3561
 Fax.: 0511 / 532 5649
 E-Mail: ruschulte.heiner@mh-hannover.de