

Reinhard Schumacher

Kindsmißhandlung – Erkenntnisse aus Gutachtertätigkeit

Auch Kinderradiologen werden als Gutachter im Rahmen von Ermittlungen bei Verdacht auf Kindsmißhandlungen von den Staatsanwaltschaften oder Gerichten herangezogen. Dabei geht es vorwiegend um die Beurteilung der Befunde und um die daraus zu folgernden Schlüsse bezüglich des Unfallmechanismus und ob die Verletzungen charakteristisch für eine vermutete Straftat sind. (Typische Verletzungen bei Kindsmißhandlungen sind metaphysäre Ausrißfrakturen der langen Röhrenknochen, posteriore Rippenserienfrakturen, Frakturen der kleinen Handknochen. Im Rahmen von Kindsmißhandlungen fehlt fast immer eine plausible Anamnese, wie sie bei sonstigen Verletzungen immer angegeben werden kann.)

Meist wird dem Gutachter dabei die bildgebende Diagnostik der Röntgenabteilungen des Krankenhauses vorgelegt, denn schwerwiegend, lebensbedrohlich verletzte Kinder befinden sich in Krankenhäusern. Dort erhalten sie dann die dort angebotene Versorgung mit bildgebender Diagnostik.

Ich will hier einige exemplarische Beispiele aus vorgelegten Fällen anführen: Wir müssen dabei immer im Gedächtnis haben, daß die Allgemeinradiologie nach Ansicht der Weiterbildungsordnung bzw. der KV die Grundversorgung in bildgebender Diagnostik bei Kindern sicherstellt. Nach der Weiterbil-

dungsordnung ist das aber nicht mehr der Fall.

Im ersten Fall handelt es sich um einen 4 Monate alten, weiblichen Säugling, der wegen einer ausgeprägten Schwellung des linken Beines in einer Kinderklinik vorgestellt wurde. Die Eltern konnten



■ Abb. 1a: Massives subcutanes Ödem. Metaphysärer Ausriß (Pfeil)

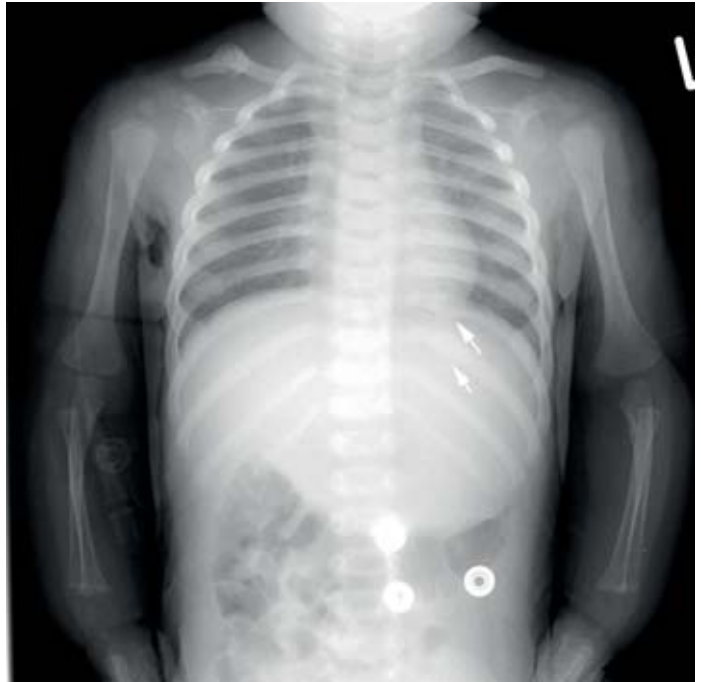


■ Abb. 1b: Starker Signalreichtum vorwiegend in der Subcutis, jedoch besonders auch paraossal des Unterschenkels links.

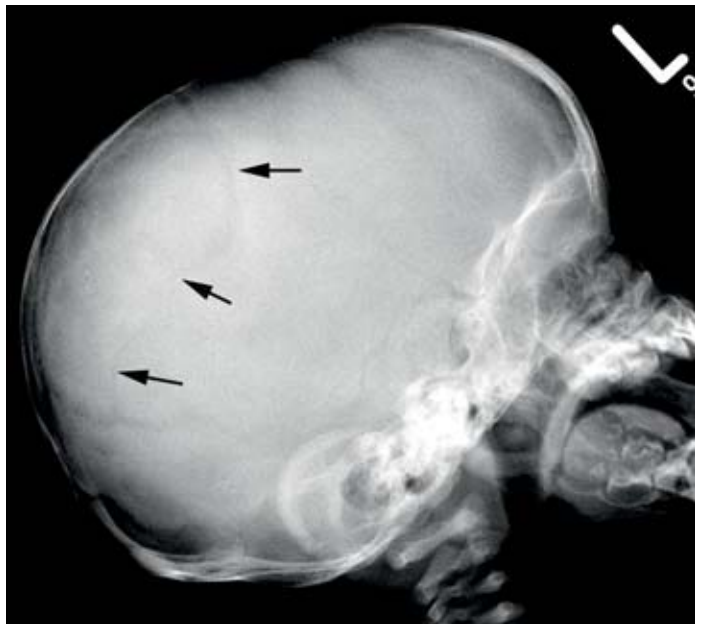
sich die Schwellung nicht erklären. Daraufhin wurde eine Aufnahme des rechten Beines angefertigt, die das massive subkutane Ödem zeigte (Abb. 1a). Da dies nicht zur Klärung des Befundes beitrug, wurde am nächsten Tag eine MRT abgeschlossen (Abb. 1b). Durch diese wurde eine Oseomyelitis ausgeschlossen.

Es muß aber doch am Aufnahmetag ein Verdacht auf eine, wie man heute politisch korrekt sagt, nicht unfallbedingte Verletzung bestanden haben, denn es wurden Aufnahmen des Schädels, des Thorax und des Beckens angefertigt. Dabei fielen ältere Frakturen der 9. und 10. Rippe links auf (Abb. 2). Dem Gutachter wurden die Aufnahmen auf Veranlassung der Rechtsmedizin vorgelegt. Während sich die posterioren Rippenfrakturen auf den Herzschatten projizieren und erkannt wurden, blieb die Claviculafraktur rechts unbemerkt.

Weiterhin fand sich eine Schädelfraktur durch das linke Os parietale, von der Sagittalnaht bis zur Lambdanaht (Abb. 3). Sie zeigt reparative Veränderungen. Am linken Sprunggelenk zeigt sich ventral eine metaphysäre Ausrißfraktur eines kleinen Knochensplitters (Abb. 1a). Im MRT zeigt sich neben dem massiven Ödem vorwiegend der Subkutis, daß nicht nur die Ventralseite der distalen Tibiametaphyse traumatisiert ist, sondern auch die



■ Abb. 2: Ältere Frakturen der Rippen 9 u. 10 li. (Pfeile). Claviculafraktur rechts bei einem 4-jährigen Kind.



■ Abb. 3: Gleicher Patient wie Abb. 2. Frakturlinie zwischen Sagittal- und Lambdanaht. Die Verlaufskontrolle schloß die DD einer akzessorischen Sutura parietalis aus.



■ Abb. 4: Nicht ganz frische Metaphysenfraktur (Pfeil) und Fraktur der Basis des MC II. Verkalktes Periost (Pfeilspitzen)

Dorsalseite. Die Weichteilzeichen, bis in die Mitte des Oberschenkels ziehend, sind allein durch die distale Tibiaverletzung sicher nicht erklärbar, so daß die schädigende Handlung, ohne daß sie Spuren hinterlassen hat, viel ausgeprägter gewesen sein muß (Abb. 1b).

In diesem Fall wurden also bei der Erstbefundung 3 von 4 bildlich dokumentierten Befunden übersehen. Das hat dramatische Auswirkungen auf die Gefährdungssituation und damit auf die Gesundheit des Kindes, da Hilfsmaßnahmen für das Kind bezüglich seiner Pflegeumgebung beim Nichterkennen unterbleiben würden.

Ein anderer Säugling wird im Alter

von 2,5 Monaten in eine Klinik wegen Status epilepticus mit z. T. fokalen Krampfanfällen eingewiesen. Es stellten sich Retinablutungen dar. Ein MRT des Schädels ergab intracranielle Blutungen.

Unter dem Verdacht auf Kindsmißhandlung wurde das Skelett des Kindes radiologisch dokumentiert. Bei ansonsten unauffälligem Skelettbefund ergaben sich auffällige Befunde des rechten Armes an der Radialseite der distalen Radiusmetaphyse und an der Basis des Metacarpale II am Rand der Aufnahme (Abb.4). Neben einer nicht frischen Salter II Fraktur an der Radiusmetaphyse mit Periostreaktion am Radius läßt sich trotz Überlagerung durch ein adultes

Skelett an der Basis des Metacarpale II eine haloartige Umhüllung durch eine subperiostale Knochenneubildung nach subperiostaler Einblutung erkennen. Das MC II ist leicht nach ulnar hin abgewinkelt. Diese Traumafolgen haben zusammen mit der intracraniellen Blutung einen dramatischen Einfluß auf die strafrechtliche Würdigung, denn sie belegen mit an Sicherheit grenzender Gewißheit die Kindsmißhandlung.

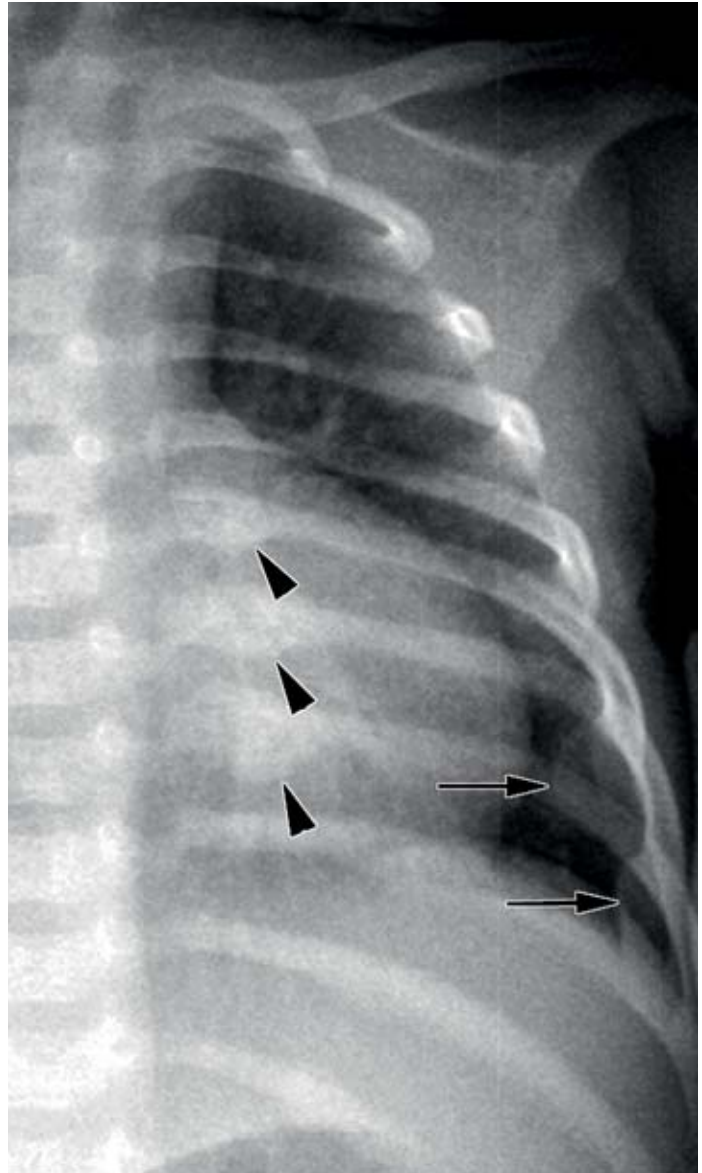
Rippenfrakturen werden oft nicht vollständig erfaßt. Bei diesem Säugling mit insgesamt 14 Frakturen waren die älteren posterioren Rippenfrakturen erkannt worden. Aber die ventralen wurden übersehen (Abb. 5). Bei nahezu allen vorgelegten Aufnahmen waren weitere technische Auffälligkeiten zu bemerken: Als Fixationshilfe diente nahezu ausschließlich eine adulte Hand (hier sichtbar auf den Abb. 2-4), mangelhafte Einblendung, fehlende Seitenangabe, fehlender Gonadenschutz. Der entsprechende Körperteil wurde zur Aufnahme nicht entkleidet, mangelhafte Fokussierung (auf einer Handaufnahme (Phalangen abgeschnitten) war der Arm einschließlich Humerus mit abgebildet).

Schlußfolgerungen aus meinen Erfahrungen sind: Verletzungen in Folge von Kindsmißhandlungen werden oft übersehen. Allgemeinradiologen haben oft Probleme bei

der Interpretation konventioneller Bilder und insbesondere bei Aufnahmen von Kindern.

Das Erkennen und die korrekte Beurteilung dieser Befunde haben eine dramatische Auswirkung für das mißhandelte Kind. Es muß in jedem Fall dafür gesorgt werden, daß das Kind aus der lebensbedrohlichen Lebenssituation herauskommt. In dem ersten Fall ist erst aufgrund der Aufmerksamkeit des Kinderradiologen eine Alarmmeldung erfolgt. Das Kind ist in der Familie verblieben; weitere Mißhandlungen sind jedoch ausgeblieben. Es ist also nicht nur eine Besserwissererei, wenn mehr Befunde erkannt werden, sondern auch ein Akt der Prävention.

Ich empfehle auch im Sinne des Mottos: „Kinderradiologie muß sichtbar und attraktiver werden“, wenn sich Kinderradiologen bei den Staatsanwaltschaften und rechtsmedizinischen Instituten melden, um ihre Kompetenz bei den Ermittlungen im Rahmen von Kindsmißhandlungen anzubieten. Darüber hinaus findet all dies nicht, wie in der Pädiatrie und unter Pädiatern sonst gern geübt, als „Vergelt's-Gott-Radiologie“ statt.



■ *Abb. 5: Klassische dorsale Rippenfrakturen mit Kallus (Pfeilspitzen) der Rippen 6-8. Zusätzliche ventrale Frakturen am chondro-ossären Übergang der Rippen 6 u. 7 (Pfeile)*

► Prof. Dr. Reinhard Schumacher
An der Krimm 15
D - 55124 MAINZ