

Leitfaden für Kinderschutzgruppen

INHALTSVERZEICHNIS

INHALTSVERZEICHNIS	1
VORWORT	2
VORWORT	3
EINLEITUNG	4
DOKUMENTATION UND SPURENSICHERUNG	6
TYPISCHE VERHALTENSWEISEN VON KINDERN MIT MISSHANDLUNGS- / MISSBRAUCHSERLEBNISSEN	13
KINDERSCHUTZGRUPPEN	16
KINDERSCHUTZGRUPPEN	16
STRATEGIEPLAN FÜR KINDERSCHUTZGRUPPEN	18
GESETZLICHE BESTIMMUNGEN	22
KINDERSCHUTZGRUPPEN	24
KINDER- UND JUGENDANWALTSCHAFTEN	28
KINDERSCHUTZZENTREN	30

ANHANG

DOKUMENTATIONSBLATT
MELDEFORMULAR
ERFASSUNG VON BCS/ICD 995.5

IMPRESSUM:

Medieninhaber und Herausgeber:

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Abteilung II/2
Franz Josefs-Kai 51, 1010 Wien

Beiträge von:

Dr. Günter Fasching, Dr. Elisabeth Friedrich, Dr. Werner Leixnering,
Dr. Harald A. Zaunschirm, Dr. Michael Engels, Dr. Johannes Baubin

VORWORT

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
sehr geehrte Leserinnen und Leser!

Gewalt gegen Kinder, speziell Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch als komplexes Geschehen erfordert interdisziplinäre Zusammenarbeit und koordiniertes Vorgehen. Diesen Prinzipien wird die Arbeit der Kinderschutzgruppen an Krankenanstalten gerecht.

Kinderschutzgruppen an Krankenanstalten in Österreich wurden Anfang der 90er Jahre gegründet. Seither kam es aufgrund einer gemeinsamen Initiative der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde, der Österreichischen Gesellschaft für Kinderchirurgie und dem Jugend- und Familienministerium, zu einer bemerkenswerten Ausweitung dieser Einrichtungen in nahezu allen Bundesländern. Eine Übersicht über den aktuellen Stand finden Sie im Adressteil.

Dieser Leitfaden ist ein Beitrag zur Sensibilisierung auf Anzeichen von Gewalt an Kindern, seien sie physischer oder psychischer Art. Er soll das Erkennen von Gewaltsymptomen erleichtern und Hilfestellung zur Dokumentation der Befunde geben. Die Formblätter im Anhang sollen daher die Erstdokumentation bzw. die Befassung der Gerichtsmedizin erleichtern.

Das Erhebungsblatt im Mittelteil soll einer künftigen Evaluation der Kinderschutzgruppenarbeit zu Grunde gelegt werden. Mit dem Formular zur „Meldung an den Jugendwohlfahrtsträger über Gewalt an einem Kind oder Jugendlichen“ können Meldepflichtige ihre Beobachtungen anzeigen.

Wir wollen mit dieser Publikation engagierte Ärztinnen und Ärzte an Kinderspitälern, aber auch an Krankenhäusern mit Kinderabteilungen, gemeinsam mit ihrem medizinischen Mitarbeiterstab, unter Einbeziehung psychosozialer Experten/innen, ermutigen, Kinderschutzgruppen an Krankenanstalten zu gründen bzw. sie zu einem festen Bestandteil Ihrer Arbeit zu machen.

VORWORT

Gewalt in der Familie ist seit vielen Jahren ein wichtiges gesellschaftspolitisches Thema. Das spiegelt sich auch deutlich in den Aktivitäten meines Ressorts wider. Enttabuisierung und Aufklärung haben als erste wichtige Schritte eine breite öffentliche Auseinandersetzung mit der Thematik ermöglicht. Mit zahlreichen Informationsveranstaltungen, Tagungen, Enqueten, der sehr erfolgreichen Wanderausstellung „(K)ein sicherer Ort“ oder der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Thema im Bericht „Gewalt in der Familie“ hat das Ressort wesentlich zur Sensibilisierung und im Bereich der familiären Gewalt beigetragen.

Ein Meilenstein im Bereich Gewalt in der Familie ist mit dem Bundesgesetz zum Schutz vor Gewalt – kurz Gewaltschutzgesetz – gesetzt worden. Mit dem fortschrittlichen Gesetz, das nicht mehr die Opfer von Gewalt zum Verlassen ihrer Wohnung zwingt, hat Österreich internationale Vorbildwirkung, viele andere europäische Länder arbeiten bereits an ähnlichen Regelungen.

Schließlich möchte ich auch darauf hinweisen, dass von meinem Ministerium seit vielen Jahren zahlreiche spezialisierte Hilfseinrichtungen gefördert werden – Kinderschutzzentren, Frauenhäuser, Familien-, Frauen- und Männerberatungsstellen. Sie unterstützen Betroffene bei der Bewältigung ihrer Gewalterfahrungen und helfen ihnen bei der Entwicklung neuer und gewaltfreier Zukunftsperspektiven.

Aber auch die Aus- und Fortbildung von Fachkräften, die Qualitätssicherung und die Entwicklung von Standards im Umgang mit Opfern und Tätern von familiärer Gewalt sowie die Bildung und Förderung von Netzwerken und Kooperation sind mir ein wichtiges Anliegen.

Die 23 Kinderschutzgruppen in den Krankenhäusern in ganz Österreich leisten mit ihrer interdisziplinären Zusammenarbeit und dem koordinierten Vorgehen die professionelle Arbeit, die Kindern mit Gewalterfahrung am besten gerecht wird. Der vorliegende Leitfaden soll es allen Krankenanstalten erleichtern, Gruppen einzurichten und neue Fachkräfte anzuleiten.

Abschließend möchte ich all jenen danken, die mit ihrem Engagement zur zunehmenden Professionalisierung der Expertinnen und Experten im Gewaltbereich beitragen und sich für die Betroffenen einsetzen. Der Rückblick auf bisher Geleistetes ist geeignete Motivation, die Arbeit gegen Gewalt in der Familie gemeinsam fortzusetzen.

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend

EINLEITUNG

H.A. Zaunschirm

Bereits in historischen Gesellschaften gab es Menschen, denen der Schutz von Kindern, den Schwächsten einer menschlichen Gemeinschaft, ein Anliegen war. So gab es bereits vor 2500 Jahren im antiken Griechenland, wo es üblich war, dass sich Menschen höher gestellten Bürgern als Sklaven verkauften, ein Athener Gesetz, in dem es heißt "ein jeder, der einen Knaben unter 14 Jahren kauft, werde mit dem Tode bestraft". +

Einzelne Fälle von sexuellem Kindesmissbrauch werden schon in der Genesis erwähnt. Kindesmisshandlung ist ein Problem, das seit Menschengedenken existiert, und wenn man die Vernachlässigung dazuzählt, ist sie eine der Haupttodesursachen im Kindesalter in den vorangegangenen Jahrhunderten gewesen. Die Ignoranz der Gesellschaft für dieses Phänomen zeigt sich an der Tatsache, dass erst im Jahre 1962 durch den amerikanischen Radiologen Kempe der Begriff des "battered-child-syndromes" Eingang in die medizinische Literatur gefunden hat. Dadurch fand in den 60er Jahren die Thematik der Kindesmisshandlung und der Vernachlässigung deutlich zunehmendes Interesse, während in den 70er und 80er Jahren der sexuelle Kindesmissbrauch vermehrt ins öffentliche Bewusstsein rückte. Erfahrungen in den USA und in weiterer Folge in Zentraleuropa – in der Schweiz und in Deutschland – haben gezeigt, dass neben der professionellen Kinderschutzarbeit in öffentlichen Einrichtungen wie den Jugendwohlfahrtseinrichtungen oder Kinderschutzzentren es von großem Vorteil ist, wenn interdisziplinär zusammengesetzte, speziell ausgebildete Kinderschutzeinrichtungen auch in Kinderabteilungen und in Kinderkliniken tätig sind. Denn häufig werden misshandelte Kinder Kinderabteilungen zugewiesen oder gleich direkt dort vorgestellt.

ZUR BEGRIFFLICHEN BESTIMMUNG VON KINDESMISSHANDLUNG

Kindesmisshandlung im weiteren Sinn umfasst nach einer Definition des Kinderschutzzentrums Berlin aus dem Jahre 1976 die "Gesamtheit der Lebensbedingungen, der Handlungen und Unterlassungen, die dazu führen, dass das Recht der Kinder auf Leben, auf Erziehung und wirkliche Förderung beschnitten wird. Das Defizit zwischen den Rechten und der tatsächlichen Lebenssituation der Kinder macht die Gesamtheit der Kindesmisshandlungen aus." Diese Definition betrachtet die Gesamtheit der Lebensbedingungen von Kindern in ihren Familien und ihrem engeren und weiteren Lebensmilieu; der politische Charakter dieser Definition beruft sich auf die verbrieften Rechte, wie sie in einer nationalen Verfassung oder in den Artikeln des Übereinkommens über die Rechte des Kindes festgehalten sind und hat deshalb für die Alltagsarbeit der Kinderschutzarbeit eine zu breite Basis.

Geeigneter für die tägliche Kinderschutzarbeit ist die Definition nach Wittenhagen (Bonn 1980): "Kindesmisshandlung ist eine nicht zufällige, bewusste oder unbewusste, gewaltsame körperliche und seelische Schädigung, die in Familien und Institutionen geschieht und die zu Verletzungen und Entwicklungshemmungen oder sogar zum Tode führt, und die das Wohl und die Rechte eines Kindes beeinträchtigt oder bedroht."

Im Mittelpunkt dieser Definition, sozusagen als Bezugspunkt, ob eine Misshandlung vorliegt, steht der Begriff der Schädigung. Eine Misshandlung ist etwas, was ein Kind schädigt. Es kann sich um körperliche Schädigungen handeln oder um seelische.

Kindesmisshandlung im engeren Sinne umfasst also die nicht zufällige, wie z.B. durch einen Unfall, Verletzung eines Kindes, wobei die Misshandlung physischer, psychischer oder sexueller Natur sein kann. Die Definition umfasst aber auch das Problem der Ablehnung des Kindes (im englischen Sprachraum "neglect"), die zur Verwahrlosung führt. Man begegnet gelegentlich in der Kinderschutzarbeit dem Irrtum, dass eine körperliche Misshandlung keine seelische Schädigung sei, und man beginnt die Schwere seelischer, körperlicher und sexueller Misshandlungen gegeneinander auszuspielen.

"Gewalt in der Familie, speziell Gewalt gegen Kinder und der Umgang mit diesem Problem, ist ein sensibler Indikator für die Befindlichkeit einer Gesellschaft" (Höllwarth, Graz). Während früher Kindermisshandlung oder sexueller Kindesmissbrauch entweder totgeschwiegen oder verharmlost wurden hat die Thematik in den letzten Jahren auch in unserem Land zunehmend an öffentlicher Aufmerksamkeit gewonnen. Dies stellt eine positive Entwicklung dar.

Angaben zur Person des Autors:
Prim. Dr. Harald A. Zaunschirm
St. Anna-Kinderspital
1090 Wien, Kinderspitalgasse 6

DOKUMENTATION UND SPURENSICHERUNG

Elisabeth Friedrich

Kindesmisshandlung im weitesten Sinn umfasst den Bereich der physischen und psychischen Misshandlung, den sexuellen Missbrauch und die Verwahrlosung.

WESENTLICH FÜR DIE PLANUNG DER FOLGENDEN SCHRITTE IM BEHANDLUNGSABLAUF SIND:

- 1) Erkennen, dass eine Kindesmisshandlung vorliegt
- 2) Dokumentation der erhobenen Befunde
- 3) Sicherstellung von Beweismaterial.

WICHTIGSTE SICHTBARE ZEICHEN VON GEWALTEINWIRKUNGEN AM KIND SIND:

- Verletzungen, Zustände nach Verletzungen,
- Veränderungen und Krankheiten als Folge von körperlicher und psychischer Traumatisierung sowie
- Spuren (Fremdkörper und biologische Spuren) am Opfer und im Umfeld des Opfers sowie am Verursacher/an der Verursacherin der Gewalt.

1) ERKENNEN, DASS EINE KINDESMISSHANDLUNG VORLIEGT

Um die Diagnose Kindesmisshandlung auf Grund von Verletzungen stellen zu können, sollte neben einer genauen Anamnese zur Abklärung vorbestehender Erkrankungen (z. B. Blutungsneigung), auch auf die detaillierte Schilderung über die Entstehung dieser Verletzungen von Seiten der Betreuerperson und des Kindes selbst (wenn möglich) geachtet werden. Eine Diskrepanz zwischen dem geschilderten „Unfallhergang“ und der Art und Lokalisation der Verletzungen kann als Hinweis für eine Kindesmisshandlung gewertet werden.

In solchen Fällen ist eine Ganzkörperuntersuchung zweckmäßig.

1998 wurden vom zuständigen Jugend- und Familienministerium zwei Folder herausgegeben, in denen in Form einer Checkliste die wichtigsten Hinweise für Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern nach Misshandlungen sowie auch Hinweise auf ein auffälliges Verhalten der Eltern/Erziehungsberechtigten aufgelistet wurden.

I. ALLGEMEINE HINWEISE UND VERHALTENS-AUFFÄLLIGKEITEN BEI DEN ELTERN/ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

- Klagen der Eltern über Überforderung bzw. Überlastung bei der Kinderbetreuung
- Hinweise auf unzureichendes Erziehungsvermögen bei Anwendung inadäquater Erziehungsmethoden (z. B. hochgradige Aggressivität)
- Misshandlungsspuren an weiteren Familienangehörigen
- verspätetes Aufsuchen des Arztes oder Zufallsbefund
- häufiger Arzt-, Spitalwechsel
- wechselnde Angaben über die Verletzungsentstehung
- Verletzungsbild im Widerspruch zur angegebenen Unfallursache
- Über- bzw. Unterreaktion auf die Verletzung (übertriebene Fürsorge oder Gleichgültigkeit)
- Erklärungsversuche der Eltern bezüglich der Entstehung von blauen Flecken (angebliche Disposition zu Hämatomen und Frakturen)
- häufiger Wechsel der Betreuungseinrichtungen und Bezugspersonen
- spontane Schilderungen über belastete eigene Kindheit
- psychopathologische Auffälligkeiten bei Erziehungsberechtigten

II. ALLGEMEINE HINWEISE FÜR MISSHANDLUNGEN BEI KINDERN

- mangelnde Pflege (Windeldermatitis, Kopfschorf)
- Mangelernährung, Gedeihstörung, Entwicklungsrückstand, Deprivationssyndrom, Minderwuchs
- alle Verletzungen bei Säuglingen
- altersunspezifische Verletzungen
- Mehrfachverletzungen
- Verletzungen unterschiedlichen Alters (verschieden gefärbte Hämatome, Brandwunden in unterschiedlichem Abheilungsstadium)
- unbehandelte Verletzungen
- geformte Verletzungen (Doppelkonturen, Abdruck des Tatwerkzeuges)
- untypische Lokalisation für unfallbedingte Verletzung (Gesäß-Rückenbereich, Hals, isolierte Gesichts- und Kopfverletzung)
- Abwehrverletzungen an der Ulnarseite der Unterarme
- plötzliche nicht nachvollziehbare Verhaltensänderung trotz gewohntem Umfeld (unklares Psychotrauma)
- Angst vor körperlicher Berührung
- aggressives Verhalten im Spiel, wobei Aggressionsobjekt nahe Bezugspersonen (Eltern) sind
- Hinweise auf aggressive Interaktion in der Familie
- Scheu von Kindern im frühen Volksschulalter vor Entkleidung
- ängstlich erhöhte Anpassungsbereitschaft gegenüber Angehörigen

III. ÄUßERLICH SICHTBARE VERLETZUNGEN/HINWEISE UND GESUNDHEITSSCHÄDIGUNG

a) äußerlich sichtbare Verletzungen

- geformte Blutunterlaufung (striemenartig, Hand- und Fingerabdrücke)
- Bissverletzungen (meist paarige halbmondförmige Blutunterlaufungen und Quetschungen entsprechend der Zahnstellung des Ober- und Unterkiefers)
- Mehrfachverletzungen, die durch eine einzige Gewalteinwirkung (Sturz) nicht erklärbar sind (zahlreiche Hämatome, Excoriationen, Rissquetschwunden, Kratzspuren)
- Verletzungen in verschiedenen Körperbereichen (z. B. Gewalteinwirkung aus verschiedenen Richtungen)
- Zwickverletzungen
- Ausriss von Haarbüscheln
- Monokelhämatom
- punktförmige Blutaustritte im Bereich der Augenbindehäute und in der oberen Gesichtspartie
- Verletzungen an den Lippen und in der Mundhöhle (z. B. fehlende oder abgebrochene Zähne vor Zahnwechsel, Einriss des Oberlippenbändchens, geschwollene Lippe)
- Mundwinkelrhagaden und Abschürfungen (Abdrücke von Knebeln)
- Hautabschürfungen und Blutunterlaufungen im Halsbereich (Würge- und Strangulationsmarken)
- flächenförmige Blutunterlaufungen und Schürfungen, vor allem im Gesäßbereich
- Fesselspuren (im Bereich von Hand- und Fußgelenken)
- thermische Schädigungen:
 - Verbrennungen und Verbrühungen, die nach Art und Lokalisation im Widerspruch zum geschilderten Unfallhergang stehen
 - geformte Brandwunden (Bügeleisen, Herdplatte, kreisrunde Brandwunden und Narben, die durch das Ausdämpfen von Zigaretten am Körper entstanden sind)
 - Brandwunden an Fingerspitzen und Zehen (Kerzenflammen und Feuerzeug)
 - geformte Verbrühung (handschuhartig an den Händen, sockenförmig an den Füßen, symmetrisch, kreisförmig im Gesäß- oder Genitalbereich (Eintauchen in heiße Flüssigkeit)
 - Hypothermie (Kälteexposition des Kindes durch Aussetzen im Freien oder längeres Abduschen mit kaltem Wasser)
 - Verätzungen (Ätzspuren im Bereich des Mundes und der Mundhöhle durch Einflößen von Säuren oder Laugen)

b) innere Verletzungen

- Subduralblutung oft in Kombination mit Retinalblutung und Spinalblutung bei Säuglingen (Schütteltrauma)
- Schädel-Hirntrauma und Verletzungen der Wirbelsäule und des Rückenmarks, die sich mit dem berichteten Unfallgeschehen nicht erklären lassen
- Dreh- und Querbrüche an den Extremitäten von Säuglingen und Kleinkindern
- metaphysäre Frakturen der langen Röhrenknochen
- Epiphysenlösungen
- subperiostale Blutungen (durch Zerren und Reißen an den Extremitäten)
- alle Rippenfrakturen bei Säuglingen und Kleinkindern
- multiple Frakturen
- verschieden alte Frakturen (mit normaler Kallusbildung)
- Abdominalverletzungen besonders entlang der Mittellinie (Duodenum, Jejunum, Pankreas, Harnblase)
- Intoxikation (z. B. Medikamentengabe zur Beruhigung)

c) am Kind beobachtbare Verhaltensweisen und vom Kind angegebene Beschwerden

- plötzlicher Hörverlust, Ohrensausen (Hinweis auf Trommelfellruptur)
- Schonhaltung (nach Prellungen und Knochentraumen)
- Inappetenz, Gewichtsabnahme
- Brennen beim Urinieren, Schmerzen beim Stuhlgang und Stuhlverhalten (z. B. sexueller Missbrauch)
- Ängste vor Erziehungsberechtigten (z. B. Angst vor Bestrafung, Angst vor dem Nachhausegehen, Angst vor dem Verlassenwerden)
- auffälliges Distanzverhalten
- Selbstmorddrohung, Selbstmordversuche
- Selbstverstümmelung

IV. RISIKOGRUPPE FÜR MISSHANDLUNGSGEFÄHRDUNG

- ausgeprägte Hyperaktivität
- Schreibabys
- schwer gestörter Schlaf-Wachrhythmus
- Frühgeborene
- geistig-/mehrfach-/ und sinnesbehinderte Kinder
- Kinder mit transkultureller Problematik

SEXUELLER KINDESMISSBRAUCH

Die Diagnose sexueller Kindesmissbrauch kann meist nur durch eine interdisziplinäre Ermittlungsarbeit gestellt werden, gestaltet sich in den meisten Fällen aber als sehr schwierig. In diesem Kapitel wird nur auf die physischen Veränderungen eingegangen.

Die Durchführung der körperlichen Untersuchung muss durch eine/n erfahrene/n Arzt /Ärztin erfolgen, da die Erhebung der körperlichen Befunde von der jeweiligen Untersuchungstechnik, vom Alter des Kindes abhängt und eine Reihe von anatomischen Normvarianten (z. B. unterschiedliche Form des Hymens) berücksichtigt werden müssen.

Bei einem erheblichen Prozentsatz sexuell missbrauchter Kinder finden sich *keine* körperlichen Symptome (psychische Symptome sind oft nur durch Veränderung bisheriger Lebensgewohnheiten aufzuspüren).

Befunde, die einen sexuellen Missbrauch beweisen, wenn es für sie keine anderwärtige stichhaltige Erklärung vorliegt:

- tiefe Einrisse oder Narben am Hymen, die bis zur hinteren Vaginalwand reichen können
- Verdünnungen des Hymens mit Gewebsverlust
- tiefe Einrisse oder Narben an der Analmukosa, die sich über den Analrand bis zur perianalen Haut ausdehnen
- Rissquetschwunde, Narben, Quetschungen, Hämatome im Genitalbereich
- Schwangerschaft
- Nachweis von Spermaflüssigkeit und Spermien
- Nachweis einer HIV-Infektion
- Nachweis einer Treponema pallidum Infektion (Syphilis)
- Nachweis von Neisseria gonorrhoe Infektion

Befunde, die auf einen sexuellen Missbrauch hinweisen:

- immer wieder kehrende Infektionen im Rektovaginalbereich
- chronische Obstipation
- persistierende perianale Venenfüllung
- innere Hämorrhiden
- Analfissuren oder Risse
- Condylomata accuminata
- Synechien

Extragenitale Begleitverletzungen:

- Hämatome, Rissquetschwunden, Schürfungen vor allem im Bereich der Innenseite der Oberschenkel, im Bereich des Gesäßes, Bissverletzungen, Halteverletzungen usw.

2) DOKUMENTATION DER ERHOBENEN BEFUNDE

Aus der Art und Beschaffenheit und Lokalisation der Verletzungen kann man in vielen Fällen auf die Art, Intensität und Häufigkeit der Gewalteinwirkungen schließen. Daher ist es unbedingt notwendig, bei geringstem Verdacht der Misshandlung die körperlichen Befunde genau (Lokalisation, Größenangabe, Farbe, Form) zu dokumentieren, wenn möglich auch zu fotografieren. Nur so können entsprechende Befunde als Unterlagen für später stattfindende Begutachtungen geschaffen werden.

Erfolgt eine Anzeige, so wird ein Sachverständiger Monate bis Jahre später mit der Erstattung eines Gutachtens betraut, in welchem festzustellen ist:

- welche Verletzungen das Kind erlitten hat (Art und Grad)
- wie lange die verletzungsbedingte Gesundheitsschädigung gedauert hat
- wodurch die Verletzungen entstanden sind
- ob bei der Zufügung dieser Misshandlungen Qualen (körperliche oder seelische) vorhanden waren

Bei Verdacht des sexuellen Missbrauchs geht es meist um die Fragen:

- ob und wie oft ein sexueller Missbrauch stattgefunden hat
- ob etwaige Verletzungen tatsächlich von einem sexuellen Missbrauch stammen
- ob man aus dem Untersuchungsergebnis ableiten kann, wer als Täter in Frage kommt.

Auch wenn **keine Anzeige** erstattet wird, ist eine **genaue Dokumentation** unbedingt erforderlich, um nachfolgende Vorgangsweisen begründen oder rechtfertigen zu können (z. B. Verständigung des Jugendamtes)

Jede/r, die/der nicht eindeutig von einem Unfall stammende Verletzungen eines Kindes nicht auch unter dem Aspekt einer Misshandlung in Betracht zieht, muss sich bewusst sein, dass er das Kind wieder in das es gefährdende Milieu entlässt.

3) Sicherstellung von Beweismaterial:

Spuren sind nicht nur sichtbare Beweise für Misshandlungen, sie können auch wie beim sexuellen Missbrauch Hinweise auf den/die Täter/in geben bzw. ihn/sie identifizieren.

Bei Kindern, die von Fremdtäter/innen missbraucht werden, kommt es fast immer zu einer Anzeige und zu entsprechenden Untersuchungen. Damit ist die Möglichkeit, frühzeitig Spuren zu erfassen, meist größer als bei Missbrauchsfällen im Familien- oder Bekanntenkreis.

Kinder können sich oft auf Grund ihres Alters und Entwicklungszustandes noch nicht artikulieren bzw. sind sie sich der Tragweite der an ihnen ausgeführten Taten noch nicht bewusst. Umso mehr ist man auf objektive Befunde angewiesen.

Welche Spuren können untersucht werden:

- Körpersekrete: Sperma, Speichel, Schweiß, Abstriche aus Mundhöhle, Scheiden- und Afteröffnung, Abstriche von der Haut (Besichtigung der kleinen Patienten vor der Reinigung)
- Haare (Kopf-, Körper- und Schamhaare)

Welche Spureträger können untersucht werden:

- Kleidung
- Windeln
- Gegenstände vom „Tatort“ (Leintuch usw.)

Wie sollen Spuren abgenommen werden:

- feuchte Spuren mit sterilen Tupfern oder sterilem weißen Stoffstück abnehmen (Abstriche aus Mundhöhle, Scheide, After)
- eingetrocknete Spuren mit feuchten sterilen Tupfern (mit destilliertem Wasser oder mit physiologischer Kochsalzlösung befeuchten) z. B. von der Genitalregion, oder an der Haut im Bereich von glänzenden Anlagerungen oder von frischen Bissspuren

Was soll mit den Sekretspuren geschehen:

- mit sterilen Handschuhen abnehmen
- trocknen lassen
- einzeln verpacken
- beschriften
- je nach Auftrag zur Untersuchung übermitteln (Gerichtsmedizin)

Welche Untersuchungen werden im Institut für Gerichtliche Medizin durchgeführt:

Voruntersuchungen (mit Mikroskop usw.)
Spezifische Untersuchungen (Serologische Methoden, DNA Analyse)

Ein Informationsblatt und ein Dokumentationsblatt für die Vorgangsweise nach sexuellen Missbrauch bei Kindern liegt in vielen Kinderspitälern und gynäkologischen Abteilungen auf.

Angaben zur Person der Autorin:
WOR Dr. Elisabeth Friedrich
Institut für Gerichtliche Medizin der Universität Wien
1090 Wien, Sensengasse 2

TYPISCHE VERHALTENSWEISEN VON KINDERN MIT MISSHANDLUNGS- / MISSBRAUCHSERLEBNISSEN

W. Leixnering

1. VORBEMERKUNG

Wie bereits im vorangehenden Kapitel (E. FRIEDRICH) ausgeführt, schließt das Fehlen von körperlichen (eindeutigen) Befunden - insbesondere beim sexuellen Missbrauch - das oder die *Ereignis/se* von Misshandlung/Missbrauch *keineswegs aus*. Zu bedenken ist vor allem, dass die ärztliche Untersuchung im Anlassfall oder als zufällige Befundaufnahme immer nur einen Querschnittstatus ermittelt und Längsschnittaspekte nicht zulässt, sofern nicht eine spezifische Dokumentation erfolgt bzw. ein Kind häufig im selben Krankenhaus vorgestellt wird. Umso wichtiger ist es daher, nicht nur möglichst exakt den somatischen Befund sowie die Anamnese zu erheben, sondern auch Verhaltensweisen von Kind und Angehörigen in der Untersuchungssituation zu beobachten und zu dokumentieren.

2. DEFINITIONEN

In diesem Zusammenhang wird insbesondere auf Definitionen des sexuellen Missbrauchs verwiesen:

Unter *sexuellem Missbrauch* versteht man die Beteiligung noch nicht ausgereifter Kinder und Jugendlicher an sexuellen Aktivitäten, denen sie nicht verantwortlich zustimmen können, weil sie deren Tragweite noch nicht erfassen. Dabei benutzen bekannte oder verwandte (zumeist männliche) Erwachsene Kinder zur eigenen sexuellen Stimulation und missbrauchen das vorhandene Macht- oder Kompetenzgefälle zum Schaden des Kindes (ENGFER 1997).

Unter *sexueller Misshandlung* (M. H. FRIEDRICH 1998) wird jene Steigerungsstufe des sexuellen Missbrauchs beschrieben, der mit körperlicher Verletzung und Grausamkeit bis zur Tötung einhergeht.

Fälle von sexueller Misshandlung nach diesen Definitionen sind daher im Krankenhaus grundsätzlich leichter zu erkennen bzw. aufzudecken als jene von Missbrauch, die jedoch nicht minder traumatische psychische Folgen nach sich ziehen.

3. ANAMNESTISCHE HINWEISE

Die Mitglieder einer Kinderschutzgruppe sind in besonderer Weise aufgerufen, für die Erstellung sorgfältiger Anamnesen im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich zu sorgen. Dabei kommt der zeitlichen Verlaufsdimension eine besondere Bedeutung zu. Oft lässt sich der Verdacht auf Misshandlung/Missbrauch erst im Längsschnitt eines (psycho-) diagnostischen Prozesses erhärten. Je öfter ein Kind gesehen wird, desto eher lassen sich "neue", ungewohnte Verhaltensmerkmale entdecken.

4. VERDÄCHTIGE SYMPTOME

Die Fachliteratur weist übereinstimmend darauf hin, dass typische "psychische Misshandlungs- bzw. Missbrauchssyndrome" nicht beschreibbar sind. Die Bewertung einzelner psychopathologischer Symptome bzw. psychodiagnostischer Befundergebnisse muss vor allem vor dem Hintergrund entwicklungs- und geschlechtsspezifischer Parameter von Kindern erfolgen.

Die im vorigen Abschnitt angeführten "Allgemeinen Hinweise und Verhaltensweisen bei den Eltern/Erziehungsberechtigten" sowie "Am Kind beobachtbaren Verhaltensweisen und vom Kind angegebenen Beschwerden" sind daher nur als allgemeine Leitlinien zu betrachten, die zumindest – nach Bewertung durch eine/n erfahrene/n Facharzt/Fachärztin – eine Befassung der Kinderschutzgruppe angezeigt erscheinen lassen. Symptome wie Lern- und Verhaltensstörungen, psychosomatische Reaktionsmuster sowie selbstdestruktives Verhalten sollten vor allem dann einem möglichen Missbrauchs-/ Misshandlungsgeschehen zugeordnet werden, wenn sich auch Hinweise für eine Milieubelastung finden.

FOLGENDE SYMPTOME UND SPUREN KÖNNEN PATHOGNOMONISCHEN CHARAKTER FÜR SEXUELLEN MISSBRAUCH / MISSHANDLUNG HABEN:

- Verletzungen im Genital- und Analbereich
- chronische Entzündungen, sexuell übertragbare Erkrankungen, Chlamydieninfektion im Genitalbereich
- Condylomata
- blutige Verschmutzungen der Unterwäsche, insbesondere der Unterhose
- Spermaspuren am Körper und an der Kleidung des Kindes
- Hämaturie
- abrupt einsetzende sekundäre Enuresis und Enkopresis
- abrupt einsetzendes psychogenes Erbrechen und Nahrungsverweigerung

5. DAS GESPRÄCH MIT DEN ANGEHÖRIGEN

Einige wünschenswerte Charakteristika seien angeführt: Das Gespräch sollte möglichst neutral, an Details orientiert und nicht beschuldigend sein, wenngleich dies emotional nicht immer leicht fällt. Wiederholtes, spontanes Berichten der Angehörigen ermöglicht oft die Überprüfung von Konsistenz und Plausibilität der Angaben. Wichtig ist auch die Beobachtung der Interaktion zwischen einzelnen beteiligten Erwachsenen einerseits sowie dem Kind andererseits. Je besser es gelingt, durch gleichsam "naives" Nachfragen die Perspektive der Angehörigen zu übernehmen, umso eher ergibt sich die Chance, Fakten zu ermitteln ohne zu "verhören" (was nicht Aufgabe des Medizinsystems ist).

6. DAS GESPRÄCH MIT DEM KIND

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass Kinder und Jugendliche nach erlittener Misshandlung/Missbrauch oft unter dem Eindruck stehen, die Ereignisse in irgendeiner Form mit "verschuldet" zu haben. Dieses Gefühl beeinflusst ihre verbalen und nonver-

balen Äußerungen. Jedes Gespräch ist daher sehr allgemein, möglichst einfühlsam zu beginnen. Es soll dem jungen Gesprächspartner vermitteln, dass der Untersucher primär an ihm als Mensch und nicht ausschließlich an den Geschehnissen interessiert ist. "Neutralität" der Erwartung ist auch hier angezeigt: Die Gewissheit, dass sich auch hinter einer etwaigen Pseudologie seelisches Leid verbirgt, relativiert den Druck der "Wahrheitsfindung". Darüber hinaus ist es wichtig, Kindern zu erklären, warum sie in welcher Form untersucht bzw. stationär aufgenommen werden. Als häufige "Träger familiärer Geheimnisse" haben sie nicht nur ein Recht auf Schutz sondern auch auf adäquate Information.

7. ZUM "MISSBRAUCH DES MISSBRAUCHS"

Durch die vermehrte öffentliche Befassung mit dem Thema Misshandlung/Missbrauch ergibt sich natürlich auch die Möglichkeit (besonders in strittigen Obsorgeverfahren), eine andere (Bezugs-)Person mit ungerechtfertigten Vorwürfen in eine schwierige Lage zu bringen. Grundsätzlich bedeutet dies für den Kinderschutz im Krankenhaus, dass außenanamnestische Angaben natürlich nicht immer der Wahrheit entsprechen müssen. In jenen Fällen, in denen sich in der Erstuntersuchung der Verdacht somatisch nicht objektivieren lässt, sollte jedoch dennoch - über die Kinderschutzgruppe - eine weitere Abklärung bzw. Befassung erfolgen: Gerade wenn Kinder zu "Instrumenten" in der Austragung von Streitigkeiten zwischen Erwachsenen gemacht werden, bedürfen sie unseres besonderen Schutzes.

Angaben zur Person des Autors:

OA Dr. Werner Leixnering

Heilpädagogik und Psychosomatik / Klinische Abteilung für Allgemeine Pädiatrie /
Univ.klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Wien

Währinger Gürtel 18-20, A 1090 WIEN

KINDERSCHUTZGRUPPEN

G. Fasching

Für Gewalt am Kind sind verschiedene gesellschaftliche Subsysteme zuständig: Rechtssystem (Polizei, Gericht), Medizinisches System (Spitäler, Ärzte in der Praxis), und das Sozial- und Hilffssystem (Jugendwohlfahrt). Diese Systeme sollten eng zusammenarbeiten.

Zum Thema Kinderschutz sind klare Richtlinien notwendig, doch ist die Umsetzung der komplexen Thematik schwierig.

Kindesmisshandlung ist sehr affektbetont und löst unterschiedliche Emotionen und Reaktionen bei den Betroffenen, den Misshandlern aber auch bei den Helfern aus. Eine Einzelperson ist daher meist überfordert, die Situation richtig einzuschätzen und die entsprechenden Schritte zu setzen.

Die persönliche Betroffenheit ist leichter zu ertragen, wenn ein professionelles Team sich der Problematik annimmt. Ein spezialisiertes Team von Expertinnen und Experten aus mehreren Berufsgruppen nimmt den Druck vom Einzelnen und kann die schwierige Herausforderung besser überblicken und effektiver bearbeiten. Aus diesem Grund sollten sich in Spitälern Kinderschutzgruppen etablieren, die nicht nur Misshandlungen erkennen und behandeln, sondern sich auch der Lösung des psychosozialen Problems annehmen.

ZUSAMMENSETZUNG EINER KINDERSCHUTZGRUPPE:

Eine Kinderschutzgruppe stützt sich im Wesentlichen auf 3 Säulen: Medizinisches Personal (Ärzte, Schwestern), Psychologe, Jugendwohlfahrt.

a) im Kinderspital:

- 1) Angehörige medizinischer Berufe:
 - Fachärzte (Pädiater, Kinderchirurgen, Kinder- und Jugendneuropsychiater, je nach Struktur Unfallchirurgen, Gynäkologen)
 - eventuell Dauersekundärärzte
 - Diplomierte Kinderkrankenschwestern aus stationärem und ambulantem Bereich und Intensivstation
- 2) 1 Sozialarbeiter:
 - Mitarbeiter des Amtes für Jugend und Familie / „Klinikverbindungsdienst,“
- 3) 1 Vertreter des psychologischen Dienstes:
 - Psychologe/Psychotherapeut des Krankenhauses oder externer Konsiliarpsychologe /-Psychotherapeut

b) im Krankenhaus mit Kinderabteilung:

- 1) 1 – 2 Kinderfachärzte und 2 Dipl. Kinderkrankenschwestern (Ambulanz und Station)
- 2) 1 Sozialarbeiter
- 3) 1 Psychologe / Konsiliarpsychologe oder eine psychologisch geschulte Person (z.B. Pädagoge)

TÄTIGKEIT DER KINDERSCHUTZGRUPPE:

Die Kinderschutzgruppe wird von einer/m Ärztin/Arzt geleitet. Ansonsten ist sie nicht hierarchisch strukturiert, sodass alle Mitglieder gleichwertig gehört werden. Man nimmt untereinander eine wertschätzende Haltung ein; dadurch können mehr Perspektiven zum Ausdruck gebracht werden.

Juridisch ist die Kinderschutzgruppe ein beratendes Gremium. Die Letztverantwortung liegt beim Abteilungsvorstand / ärztlichen Direktor.

Die Mitglieder der Kinderschutzgruppe sollten sich regelmäßig treffen, wobei die Frequenz von der Anzahl der Verdachtsfälle abhängt. In Krisensituationen muss das Team akut einberufen werden.

Für die Anamnese- und Befunderhebung sind standardisierte Erhebungsbögen für eine einheitliche und genaue Dokumentation empfehlenswert.

DIE HAUPTAUFGABEN EINER KINDERSCHUTZGRUPPE SIND

- die Früherkennung von Gewalt am Kind und
- die familienzentrierte interdisziplinäre Behandlung.

EINE WEITERE AUFGABE KANN

- die Aus- und Fortbildung für alle Berufsgruppen sein, die mit Kindern arbeiten. Diese Personen sollen für Warnsignale sensibilisiert werden und erhalten die wichtigsten Verhaltensmaßregeln übermitteln.
- Auch für Rat suchende Kinderbetreuer kann die Kinderschutzgruppe eine wichtige Anlaufstelle sein.

Für ein Krankenhaus ist es unerlässlich, dass es nicht nur einige Spezialisten gibt, sondern dass das Thema Kinderschutz von der ganzen Abteilung getragen wird.

VORTEILE EINER KINDERSCHUTZGRUPPE:

1. **Entlastung des einzelnen Arztes,**
der mit der komplexen emotional stark belastenden Situation allein überfordert wäre.
2. **Rasche Abklärung durch verbesserte Kommunikation:**
Eine raschere Abklärung von Verdachtsfällen ist möglich, da die Betreuer/innen des Kindes, obwohl sie verschiedenen Berufsgruppen angehören, sich persönlich kennen, oft treffen und in Krisenfällen rasch eine gute Kommunikation und Handlungsfähigkeit resultiert. Es entstehen keine Zeit- oder Informationsverluste durch ausschließlich schriftliche Zuweisungen und schriftliche Empfehlungen.
3. **Erweiterung des persönlichen und beruflichen Horizonts:**
In den Diskussionen bringt jedes Teammitglied seine persönliche und berufliche Erfahrung ein; dadurch kann eine Situation aus mehreren Gesichtspunkten betrachtet werden.

Durch die regelmäßigen Teambesprechungen erfolgt ein Kennenlernen der Sichtweise anderer Berufsgruppen zur gleichen Fragestellung, man lernt gewissermaßen eine gemeinsame Sprache und lernt auch andere Sichtweisen für dieselbe Problematik kennen und verstehen.

4. **Erfahrungsgewinn:**

Alle Verdachtsfälle von Misshandlung/Missbrauch der einzelnen Abteilungen werden im Team vorgestellt und besprochen. Der Erfahrungszuwachs ist für die Teammitglieder sehr groß, da eine größere Zahl von Fällen besprochen wird als einzelne Ärzte/innen selbst auf der Station behandeln würden.

5. **Verstärkte Sensibilisierung für Verdachtsfälle an der Abteilung:**

Die Existenz einer Kinderschutzgruppe führt generell zu einem Anstieg der Meldefrequenz durch Ambulanzärzte/innen. Bei Unsicherheit und bloßem Verdacht ist der/die Einzelne üblicherweise überfordert und neigt dazu, den Verdacht zu verdrängen. Eigene Betroffenheit und die Befürchtung, durch falsche Handlungen das Leid der Patienten noch zu vergrößern, führen zu Angst vor der Diagnose und zur Unsicherheit in der Betreuung und Begleitung der Kinder und Jugendlichen. Durch die Existenz einer Kinderschutzgruppe ist jedem/r Arzt/Ärztin klar, dass er sich im Verdachtsfall an ein spezialisiertes Team wenden kann und es wird daher ein Verdacht auch häufiger ausgesprochen.

Das Vorgehen bei Verdacht auf Kindesmisshandlung kann nach folgendem Algorithmus erfolgen:

STRATEGIEPLAN FÜR KINDERSCHUTZGRUPPEN

ABKLÄRUNGSPHASE

Wenn die/der erstuntersuchende Ärztin/Arzt bei der Anamnese oder bei der klinischen Untersuchung den Verdacht auf Kindesmisshandlung/-missbrauch hat, wird ein erfahrener Kollege kontaktiert. Die relevanten Daten bezüglich Anamnese und Verletzungen werden nach Formblatt erhoben und das Kind wird stationär aufgenommen. Damit wird das Kind vorerst in Sicherheit gebracht und man hat Zeit, in Ruhe die Situation abzuklären, den medizinischen Verdacht zu erhärten (ergänzende Untersuchungen, Röntgen, Szintigrafie) oder auch zu entkräften (Blutgerinnungsstörungen, Erkrankungen der Haut oder der Knochen). Die Angaben des Kindes und der Eltern, das Verhalten des Kindes und der Umgang der Eltern mit dem Kind werden beobachtet und dokumentiert. Bei schweren Verletzungen ohne Angaben eines Traumas kann es auch notwendig sein, die Polizei frühzeitig einzuschalten, um eine kriminalistische Erhebung nicht zu verzögern. Die Entscheidung muss in jedem Fall individuell getroffen werden. Eine polizeiliche Anzeige wird in extrem unklaren Fällen mit schwerer Körperverletzung unumgänglich sein.

Wird eine stationäre Aufnahme von den Eltern abgelehnt, so wird bei Vorliegen von schweren Verletzungen und Gefährdung des Kindes ein Ausfolgeverbot vom zuständigen Gericht eingeholt. Sind die Verletzungen leicht oder handelt es sich um Zeichen der

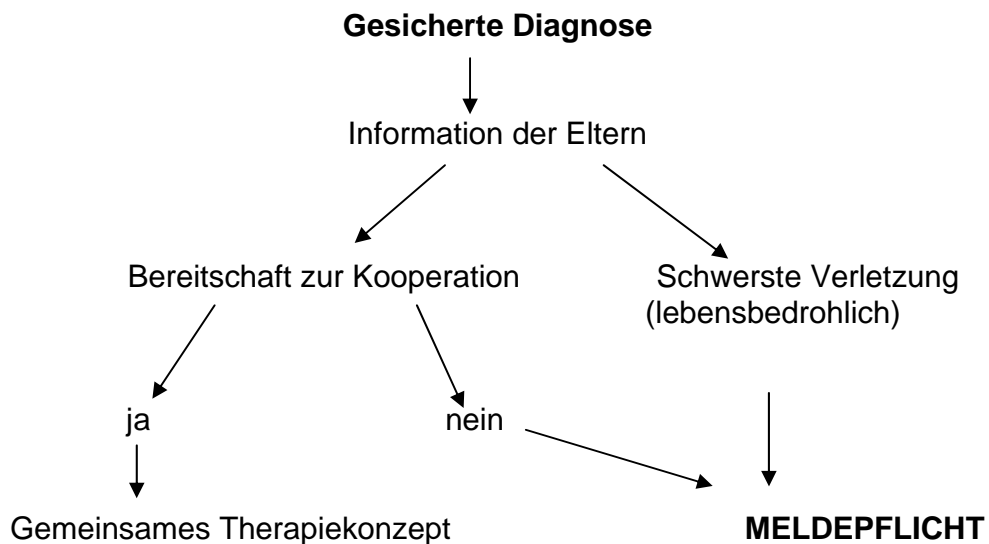
Vernachlässigung so kann die weitere Abklärung ambulant erfolgen. Es wird das Jugendamt informiert; die Mitarbeiter dieses Amtes übernehmen die weitere Betreuung der Familie.

Sobald ein Kind wegen Verdachts auf Misshandlung stationär aufgenommen wird, wird die Kinderschutzgruppe informiert. Es wird vorher festgelegt, wie in jedem konkreten Fall vorzugehen ist. Ist das Team sehr groß, bewährt es sich, dass sich ein Kleinteam bestehend aus Arzt, Kinderkrankenschwester, Psychologe und Sozialarbeiter primär um die Betreuung des Kindes und die Abklärung bemüht. Die gewonnenen Erkenntnisse werden dann dem Gesamtteam präsentiert. In der Kinderschutzgruppe erfolgt die Reflexion der bisher vorliegenden Fakten und das weitere Vorgehen wird festgelegt.

HILFSPHASE

Das erste Konfrontationsgespräch mit den Eltern oder einem Elternteil wird von einer kleinen Gruppe – am besten Arzt/Ärztin und Psychologe/in - geführt. Die Planung des Konfrontationsgesprächs erfolgt meist in der Teamsitzung. Es ist entscheidend, seine eigene Betroffenheit, Wut, Angst, Verzweiflung und Hilflosigkeit zu unterdrücken und das Problem Gewalt sachlich nüchtern ohne Schuldzuweisungen und Aggressionen anzusprechen.

Die Eltern werden mit dem Verdacht konfrontiert und gleichzeitig wird die Möglichkeit einer Hilfestellung in Aussicht gestellt. Häufig ist in dieser Phase noch kein konstruktives Gespräch möglich. Man gibt den Eltern einige Tage Bedenkzeit und lädt sie danach zu einem weiteren Gespräch ein. Besteht eine Tateinsicht und der Wille nach Veränderung, so wird versucht, die Ursachen der Gewalt zu ergründen und gemeinsam eine Lösung des Problems zu finden.



SOZIALPLANPHASE

Mit kooperativen Eltern wird ein Plan erstellt, wie nicht nur den Kindern, sondern der gesamten Familie geholfen werden kann. Dabei werden die verschiedenen Angebote der sozialen Hilfsdienste in Anspruch genommen. Wenn die kontinuierliche Behandlung und Kontrolle gesichert sind, kann auch von einer Anzeige Abstand genommen werden, da ein Vertrauensverhältnis zu schützen ist.

In der ersten Helfer/innenkonferenz mit Mitgliedern der Kinderschutzgruppe, einer/m Sozialarbeiter/in des zuständigen Amtes für Jugend und Familie, zukünftig integrierten sozialen Institutionen, die therapeutisch eingeschaltet werden und bei Bedarf dem/r Kinder- und Jugendanwalt/anwältin erfolgt die weitere Therapieplanung für Kind und Familie.

Es wird erörtert, welche weiteren psychosozialen Institutionen kontaktiert und einbezogen werden müssen. Vernetzungstreffen mit den involvierten Helfern/innen sind notwendig. Eine rasche Übernahme durch extramurale psychosoziale Einrichtungen kann durch frühzeitige Einbindung dieser Organisationen ermöglicht werden.

In einer zweiten Helferkonferenz wird den Eltern und im Familienverbund lebenden Erwachsenen das geplante Familientherapiekonzept vorgestellt und die Akzeptanz evaluiert. In dieser Phase ist es entscheidend, ob für das Kind bei einer Rückkehr in die eigene Familie eine Gefahr besteht. Daraus ergibt sich im günstigen Fall die soziale und therapeutische Rehabilitation oder im ungünstigen Fall bei mangelnder Kooperation die Entscheidung zur Trennung des Kindes von seiner Familie und die Fremdunterbringung.

Fremdunterbringung: Diese Entscheidung wird vom Amt für Jugend und Familie getroffen, Die Kinderschutzgruppe hat eine beratende Funktion, es können nur Empfehlungen ausgesprochen werden.

Anzeige: Wird in Absprache mit dem Amt für Jugend und Familie entschieden. Sie ist in manchen Fällen von schwerster Körperverletzung und fehlender Einsicht unerlässlich. Die Verantwortung der Kinderschutzgruppe ist groß, da im Falle einer falsch positiven Entscheidung Unschuldige einer Tat bezichtigt werden und im Falle einer falsch negativen Entscheidung Kinder möglicherweise weiteren Misshandlungen ausgesetzt sein können.

Ein kinder- und familienzentrierter Weg, der medizinisches und psychosoziales Handeln kombiniert, ist eine wirkungsvolle Strategie zur Bekämpfung der Gewalt am Kind.

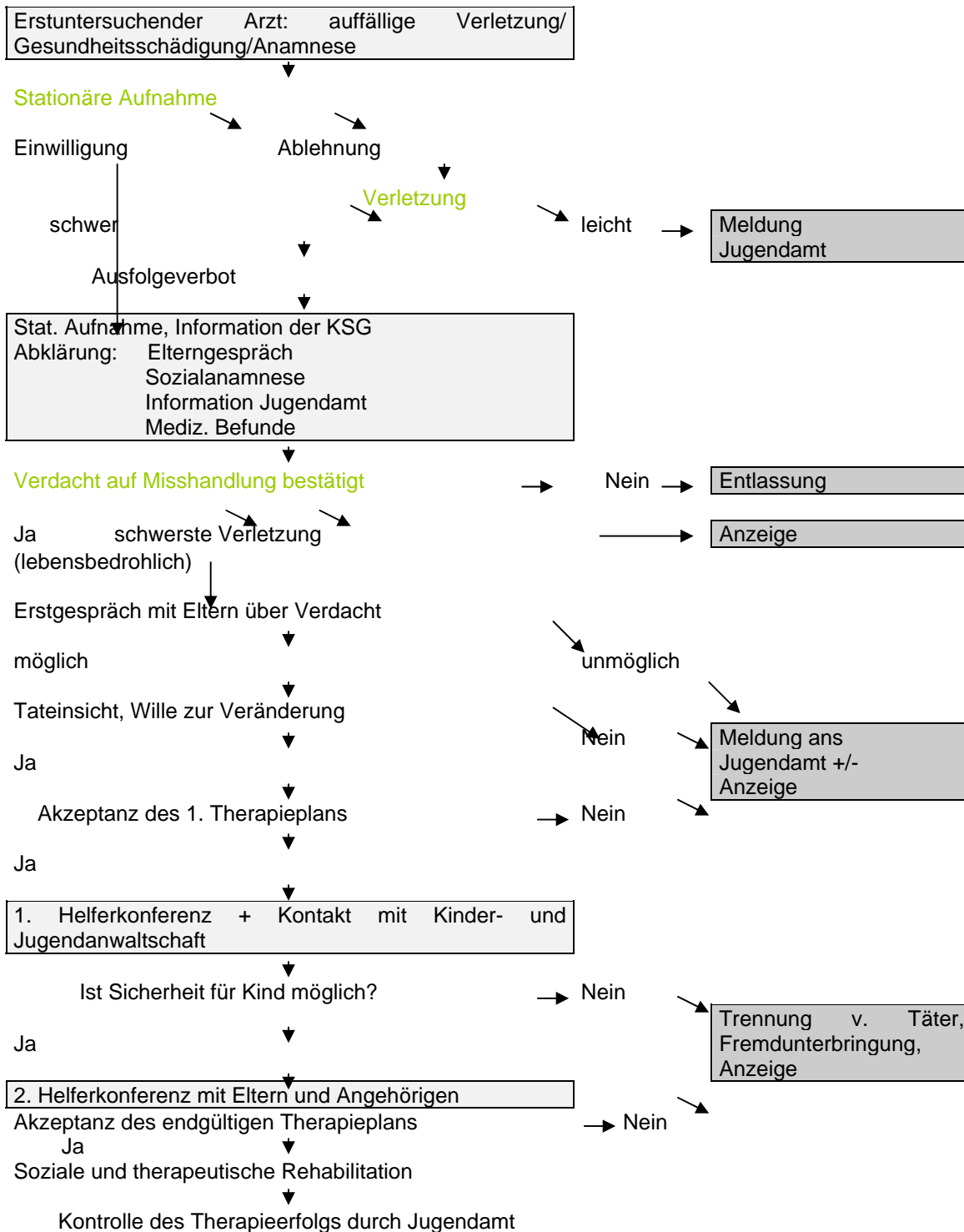
Angaben zur Person des Autors:

Univ.Doz. Prim. Dr. Günter Fasching

Gottfried von Preyer'sches Kinderspital der Stadt Wien, Kinderchirurgie

1100 Wien, Schrankenberggasse 31

STRATEGIEPLAN FÜR KINDERSCHUTZGRUPPEN



GESETZLICHE BESTIMMUNGEN

DOKUMENTATIONSPFLICHT UND AUSKUNFTSERTEILUNG

§ 51 Ärztegesetz 1998 i.d.F. BGBl. I Nr. 91/2002

(1) Der Arzt ist **verpflichtet**, Aufzeichnungen über jede zur Beratung oder Behandlung übernommene Person, insbesondere über den Zustand der Person bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneyspezialitäten und der zur Identifizierung dieser Arzneyspezialitäten und der jeweiligen Chargen im Sinne des § 26 Abs. 8 des Arzneimittelgesetzes, BGBl. Nr. 158/1983, erforderlichen Daten zu führen und hierüber der beratenden oder behandelten oder zu ihrer gesetzlichen Vertretung befugten Person alle Auskünfte zu erteilen. In Fällen des Verdachts im Sinne des § 54 Abs. 4 sind Aufzeichnungen über die den Verdacht begründenden Wahrnehmungen zu führen. Den gemäß § 54 Abs. 5 oder 6 verständigten Behörden oder öffentlichen Dienststellen **ist hierüber Auskunft zu erteilen**.

VERSCHWIEGENHEITS-, ANZEIGE- UND MELDEPFLICHT

§ 54 Ärztegesetz 1998 i.d.F. BGBl. I Nr. 91/2002

Verschwiegenheits-, Anzeige- und Meldepflicht

§ 54. (1) Der Arzt und seine Hilfspersonen sind zur Verschwiegenheit über alle ihnen in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse verpflichtet. (...)

(4) Ergibt sich für den Arzt in Ausübung seines Berufes der Verdacht, dass durch eine gerichtlich strafbare Handlung der Tod oder die schwere Körperverletzung herbeigeführt wurde, so hat der Arzt, sofern Abs. 5 nicht anderes bestimmt, der Sicherheitsbehörde unverzüglich Anzeige zu erstatten. Gleiches gilt im Fall des Verdachts, dass eine volljährige Person, die ihre Interessen nicht selbst wahrzunehmen vermag, misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden ist.

(5) Ergibt sich für den Arzt in Ausübung seines Berufes der Verdacht, dass ein Minderjähriger misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden ist, so hat der Arzt Anzeige an die Sicherheitsbehörde zu erstatten. Richtet sich der Verdacht gegen einen nahen Angehörigen (§ 166 StGB), so kann die Anzeige so lange unterbleiben, als dies das Wohl des Minderjährigen erfordert und eine Zusammenarbeit mit dem Jugendwohlfahrtsträger und gegebenenfalls eine Einbeziehung einer Kinderschutzeinrichtung an einer Krankenanstalt erfolgt.

(6) In den Fällen einer vorsätzlich begangenen schweren Körperverletzung hat der Arzt auf bestehende Opferschutzeinrichtungen hinzuweisen. In den Fällen des Abs. 5 hat er überdies unverzüglich und nachweislich Meldung an den zuständigen Jugendwohlfahrtsträger zu erstatten.

JUGENDWOHLFAHRTSGESETZ 1989

§ 2 Jugendwohlfahrtsgesetz 1989 i.d.F. BGBl. I Nr. 53/1999

... (4) Der Jugendwohlfahrtsträger hat Meldungen über den Verdacht der Vernachlässigung, Misshandlung oder des sexuellen Missbrauchs von Minderjährigen, welche gemäß § 37 oder auf Grund berufsrechtlicher Ermächtigungen oder Verpflichtungen an den Jugendwohlfahrtsträger erstattet werden, personenbezogen zu erfassen und unverzüglich zu überprüfen. Diese Daten sind nur zur Wahrnehmung von Aufgaben der öffentlichen Jugendwohlfahrt zu verarbeiten, zu benützen, zu übermitteln oder zu überlassen. Unrichtige Daten sind von Amts wegen zu löschen.

§ 37 Jugendwohlfahrtsgesetz 1989 i.d.F. BGBl. I Nr. 53/1999

...(2) Ergibt sich für in der Begutachtung, Betreuung und Behandlung Minderjähriger tätige Angehörige eines medizinischen Gesundheitsberufes sowie für in der Jugendwohlfahrt tätige oder beauftragte Personen, die auf Grund berufsrechtlicher Vorschriften zur Verschwiegenheit verpflichtet sind, der Verdacht, dass Minderjährige misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden sind, haben sie, sofern dies zur Verhinderung einer weiteren erheblichen Gefährdung des Kindeswohles erforderlich ist, dem Jugendwohlfahrtsträger Meldung zu erstatten¹.

(3) Soweit die Wahrnehmungen der in der Jugendwohlfahrt tätigen oder beauftragten Personen, die auf Grund berufsrechtlicher Vorschriften zur Verschwiegenheit verpflichtet sind, drohende oder sonstige bereits eingetretene Gefährdungen des Kindeswohles betreffen, sind diese zur Mitteilung an den Jugendwohlfahrtsträger berechtigt, soweit die Wahrnehmungen Minderjährige betreffen und die Information der Abwendung oder Beseitigung der Gefährdung dient. Weitergehende Ausnahmen von bestehenden Verschwiegenheitspflichten bleiben unberührt.

¹ Die Meldepflicht betrifft folgende Personen:

Arzt/Ärztin und Zahnarzt/Zahnärztin, Dentist/Dentistin, Diplomierter Kardiotechniker/Diplomierter Kardiotechnikerin, Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger/Diplomierter Gesundheits- und Krankenschwester/Diplomierter Kinderkrankenpfleger/Diplomierter Kinderkrankenschwester, Diplomierter psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger/Diplomierter psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwester, Pflegerhelfer/Pflegehelferin, Hebamme, Diplomierter medizinisch-technische Fachkraft, Diplomierter Physiotherapeut/Diplomierter Physiotherapeutin, Diplomierter medizinisch-technischer Analytiker/Diplomierter medizinisch-technische Analytikerin, Diplomierter radiologisch-technischer Assistent/Diplomierter radiologisch-technische Assistentin, Diplomierter Diätassistent und ernährungsmedizinischer Berater/Diplomierter Diätassistentin und ernährungsmedizinische Beraterin, Diplomierter Ergotherapeut/Diplomierter Ergotherapeutin, Diplomierter Logopäde/Diplomierter Logopädin, Diplomierter Orthoptist/Diplomierter Orthoptistin, Sanitätsgehilfe/Sanitätsgehilfin, Operationsgehilfe/Operationsgehilfin, Laborgehilfe/Laborgehilfin, Prosekturgehilfe/Prosekturgehilfin, Ordinationsgehilfe/Ordinationsgehilfin, Heilbadegehilfe/Heilbadegehilfin, Heilbademeister und Heilmasseur/Heilbademeister und Heilmasseurin, Ergotherapiegehilfe/Ergotherapiegehilfin, Desinfektionsgehilfe/Desinfektionsgehilfin

KINDERSCHUTZGRUPPEN

KÄRNTEN

Landeskrankenhaus Klagenfurt

9020 Klagenfurt, St. Veiter Straße 47

AnsprechpartnerIn: Prim. Univ.Prof. Dr. Günter FASCHING

Tel.: 0463/538-2300, E-mail: g.fasching@lkh-klu.at

OA Dr. Eberhard Wächter

Tel.: 0463/538-24303, E-mail: eberhard.waechter@lkh-klu.at

NIEDERÖSTERREICH

Krankenhaus Wiener Neustadt

2700 Wiener Neustadt, Corvinusring 3-5

AnsprechpartnerIn: Prim. Dr. Olaf Arne JÜRGENSSEN

Tel.: 02622/321-2400, E-mail: prim-juergenssen@kh-wrn.ac.at

Sr. Anna Maria KUCHNER, Tel.: 02622/321-2745

Landeskrankenhaus Tulln

3430 Tulln, Alter Ziegelweg 50

AnsprechpartnerIn: Prim. Univ. Doz. Dr. Hans SALZER

Tel.: 02272/601-441, E-mail: kinder@donauklinikum.at

Krankenhaus der Landeshauptstadt St. Pölten

3100 St. Pölten, Propst Führer-Straße 4

AnsprechpartnerIn: Prim. Univ. Prof. Dr. Karl ZWIAUER,

Tel.: 02742/300-2021, E-mail: k.zwiauier@kh-st-poelten.at

Dr. Rosa MATZENBERGER,

Tel.: 02742/300-2039, E-mail: rosa.matzenberger@kh-st-poelten.at

Landeskrankenhaus Krems

Kinder- und Jugendabteilung

3500 Krems, Mitterweg 10

AnsprechpartnerIn: Dr. Helene GRÖBLACHER-ROTH

Tel.: 02732/804-801, E-mail: Kinderstation@Sekretariat@khkrems.at

Krankenhaus Mistelbach

Kinderabteilung

2130 Mistelbach, Lichtensteinstraße 67

AnsprechpartnerIn: Prim. Dr. Hermann KORADELLO; Tel.: 02572/3341-9400

Dr. Michaela MOSER, Tel.: 02572/3341-9408, E-mail: paediatric_sek@khmistelbach.at

OBERÖSTERREICH

Landeskinderklinik Linz

4020 Linz, Krankenhausstraße 26

AnsprechpartnerIn: OA Dr. Johannes BAUBIN

Tel.: 0732/6923-5536, E-mail: ArztChirurgie.post@kk.lkh.ooe.gv.at

Landeskrankenhaus Kirchdorf/Krems

4560 Kirchdorf/Krems, Hausmanningerstraße 8

AnsprechpartnerIn: Prim Dr. Friedrich HÄCKEL, Tel.: 07582/696

Ass. Dr. Romana PAPEK, Tel.: 07582/696-886510, E-mail: romana.papek@gespag.at

Landeskrankenhaus Steyr

4400 Steyr, Sierninger Straße 170

AnsprechpartnerIn: OA Dr. Ludwig DORNINGER,

Tel.: 07252/880-1374, E-mail: ludwig.dorninger@gespag.at

OA Dr. Gabriela SCHADENBÖCK-KRANZL,

Tel. 07252/880-0, E-mail: kindersekretariat@gespag.at

Landeskrankenhaus Vöcklabruck

4840 Vöcklabruck, Hatschekstraße 24

AnsprechpartnerIn: Prim. Dr. Franz PAKY

Tel.: 07672/700/4810, E-mail: franz.paky@gespag.at

Krankenhaus Wels

4600 Wels, Grieskirchner Straße 42

AnsprechpartnerIn: OA Dr. Christoph OFFENBERGER,

Tel.: 07242/415-2377, E-mail: christoph.offenberger@khwels.at

SALZBURG

Landeskrankenanstalten Salzburg, Kinderspital

5020 Salzburg, Müllner Hauptstraße 48

AnsprechpartnerIn: Ltd. OA Dr. Leonhard THUN-HOHENSTEIN

Tel.: 0662/4482-2640, E-mail: l.thun-hohenstein@lks.at

Kinderspital Schwarzach

5620 Schwarzach, Kardinal Schwarzenberg-Straße 2-6

AnsprechpartnerIn: Mag. Ingrid WAGNER

Tel.: 06415/7101-3232, E-mail: ki.psychologie@kh-schwarzach.at

STEIERMARK

Kinderklinik Graz

8036 Graz, Auenbruggerplatz 34

AnsprechpartnerIn: Univ. Prof. Dr. Michael E. HÖLLWARTH, Tel.: 0316/385-3762

Dr. Andrea HUBER-ZEYRINGER,

Tel.: 0316/385-83683, E-mail: andrea.huber@klinikum-graz.at

OSr. Irmgard STESSL, Tel.: 0316/385-3760, E-mail: irmgard.stessl@klinikum-graz.at

OSr. Christa TAX, Tel.: 0316/385-83683, E-mail: christa.tax@klinikum-graz.at

Univ. Prof. Dr. Marija TROP, Tel.: 0316/385-83683, E-mail: marija.trop@uni-graz.ac.at

Landeskrankenhaus Leoben

8700 Leoben, Vordernbergerstraße 42

AnsprechpartnerIn: DSA, Psychotherapeutin Christine SCHMIDT,

Tel.: 03842/401-2438, E-mail: christine.schmidt@lkh-leoben.at

TIROL

Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Innsbruck

6020 Innsbruck, Anichstraße 35

AnsprechpartnerIn: Dr. Estrid-Maria ROSENKRANZ

Tel.: 0512/504-3507 (3600), E-mail: estrid.rosenkranz@uklibk.ac.at

VORARLBERG

Landeskrankenhaus Feldkirch

6800 Feldkirch, Carinagasse 46

AnsprechpartnerIn: Dr. Ingo KITZELMANN

Tel.: 05522/303-2906, E-mail: ingo.kitzelmann@lkhf.at

Prim. Univ.Do. Dr. Burkhard SIMMA

Tel.: 05522/303-2991, E-mail: burkhard.simma@lkhf.at

Landeskrankenhaus Bregenz, Kinderabteilung,

6900 Bregenz, Carl-Pedenz Str. 2

AnsprechpartnerIn: OA Dr. Kurt SCHLACHTER

Tel.: 05574/401-6503, E-mail: Kurt.Schlachter@lkhb.at

Krankenhaus der Stadt Dornbirn

6850 Dornbirn, Lustenauerstraße 4

AnsprechpartnerIn: DSA Marlies RINNHOFFER,

Tel.: 05572-303-2200, E-mail: Marlies.Rinnhofer@spital.dornbirn.at

OA Dr. Anneliese Waldner,

Tel.: 05572-303-2303, E-mail: Anneliese.Waldner@spital.dornbirn.at

WIEN

Gottfried von Preyer`sches Kinderspital der Stadt Wien

1100 Wien, Schrankenberggasse 31
AnsprechpartnerIn: OA Dr. Alfred Dilch
Tel.: 01/60113-0, E-mail: alfred.dilch@wienkav.at

Wilhelminen-Spital der Stadt Wien, Kinderklinik Glanzing

1160 Wien, Montleartstraße 37
AnsprechpartnerIn: Dr. Josephine SCHWARZ-GERÖ
Tel.: 01/49 150-2920, E-mail: josephine.schwarz-geroe@wienkav.at

Sozialmedizinisches Zentrum Ost – Donauspital

1220 Wien, Langobardenstraße 122
AnsprechpartnerIn: OA Dr. Wolfgang NOVAK
Tel.: 01/28 802-4316, E-mail: wolfgang.novak@wienkav.at

St. Anna-Kinderspital

1090 Wien, Kinderspitalgasse 6
AnsprechpartnerIn: Dr. Michaela MÜLLNER,
Tel.: 40 170-231, E-mail: müllner@stanna.at
Dr. Reinhard TOPF, Tel.: 01/40 170-250, E-mail: r.topf@stanna.at

Hilfe und Beratung erhalten Sie bei den MitarbeiterInnen der **Jugendämter** in den Städten und Bezirkshauptmannschaften sowie bei den im Anschluss angeführten Hilfseinrichtungen.

KINDER- UND JUGENDANWALTSCHAFTEN

Österreichweit

Kinder- und Jugendanwaltschaft des Bundes

Franz-Josefs-Kai 51

1010 Wien

Tel. 0800 240 264

Burgenland

Hartlsteig 2

7001 Eisenstadt

Tel. 02682/17 08

Kärnten

8.-Mai-Str. 18

9020 Klagenfurt

Tel. 0800/221708

Niederösterreich

Tor zum Landhaus

Rennbahnstr. 29, Stg. B, 5. Stk.

3109 St. Pölten

Tel. 02742/90811

Oberösterreich

Starhembergstraße 14

4020 Linz

Tel. 0732/17 08

Salzburg

Strubergasse 4

5020 Salzburg

Tel. 0662/430550

Steiermark

Stempfergasse 8/ 3. Stk.

8010 Graz

Tel. 0810/500 777

Tirol

Sillgasse 8

6020 Innsbruck

Tel. 0512/17 08

Vorarlberg

Schießstätte 12
6800 Feldkirch
Tel. 05522/84 900

Wien

Sobieskigasse 31
1090 Wien
Tel. 01/17 08

KINDERSCHUTZZENTREN

Burgenland

Kinderschutz-Zentrum Burgenland
Haydng. 2/3/12
7000 Eisenstadt
Tel. 02682/642 14

Kärnten

Kinderschutz-Zentrum Kärnten
Kumpfgasse 20
9020 Klagenfurt
Tel. 0463/567 67

Niederösterreich

die möwe, Kinderschutz-Zentrum
Bräuhausgasse 3/1. Stock
3100 St. Pölten
Tel. 02742/31 11 11

die möwe, Kinderschutz-Zentrum Neunkirchen
Bahnstraße 12
2620 Neunkirchen
Tel. 02635/666 64

Kinderschutz-Zentrum Amstetten
Rathausstraße 23
3300 Amstetten
Tel. 07472/654 37

Krisen- und Beratungszentrum Wr. Neustadt
Neunkirchner Str. 65
2700 Wiener Neustadt
Tel. 02622/66980

Kinderschutzzentrum Waldviertel
Schremser Straße 4
3950 Gmünd
Tel. 02852/204 35

Oberösterreich

Kinderschutz-Zentrum Linz

Langgasse 10
4020 Linz
Tel. 0732/78 16 66

Kinderschutz-Zentrum WIGWAM, Steyr

Promenade 8
4400 Steyr
Tel. 07252/41 919

Kinderschutz-Zentrum Vöcklabruck

Brucknerstraße 27
4840 Vöcklabruck
Tel. 07672/277 75

Kinderschutz-Zentrum Wels

Pfarrgasse 8
4600 Wels
Tel. 07242/671 63

Kinderschutz-Zentrum Bad Ischl

Schützenbichl 4
4820 Bad Ischl
Tel. 06132/282 90-4

Kinderschutz-Zentrum Innviertel

Berggasse 17
5280 Braunau
Tel. 07722/855 50

Salzburg

Kinderschutz-Zentrum Salzburg

Ignaz Harrer-Straße 49
5020 Salzburg
Tel. 0662/44 911-0

Steiermark

Kinderschutz-Zentrum Graz

Mandellstraße 18/2
8010 Graz
Tel. 0316/83 19 41

Kinderschutz-Zentrum Oberes Murtal
Gaalstraße 2
8720 Knittelfeld
Tel. 03512/757 41

Kinderschutz-Zentrum Deutschlandsberg
Poststraße 3
8530 Deutschlandsberg
Tel. 03462/67 47

Kinderschutz-Zentrum Weiz
Florianigasse 3
8160 Weiz
Tel. 03172/ 42 559

Tirol

Kinderschutz-Zentrum Osttirol
Rechter Iselweg 5
9900 Lienz
Tel. 04852/71 44-0

Wien

Kinderschutz-Zentrum Wien
Kandlgasse 37/6
1070 Wien
Tel. 01/526 18 20

die möwe, Kinderschutz-Zentrum Wien
Börsegasse 9
1010 Wien
Tel. 01/532 15 15

DOKUMENTATIONSBLATT

(zum Anschluss an die Krankengeschichte)

ALLGEMEINE ANGABEN

vollständig unvollständig

Name	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Geburtsdatum	Verletzungsdatum Todesdatum
Opfer gefunden von	
Beziehung zum Opfer	Untersuchung (Beginn, wann)
Foto (von wem gemacht, wann)	
Erste Anamnese erhoben von	
Gerichtsmedizin eingeschaltet	Autopsie erwünscht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Untersucher	
Untersuchungsstelle	
Weitere Allgemeine Angaben	

BEWERTUNG DES UNFALLS/UNFALLSUMSTÄNDE

vollständig unvollständig

Ärztliche Hilfe angefordert?	Wenn ja, wer wurde angefordert?	
Wer hat Hilfe angefordert?		
Wurden Fotos gemacht? (Datum, Ort, Stunde)	Von wem? (Name, Adresse)	
War eine Wiederbelebung notwendig?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Genauere Beschreibung des Tat-/Fundortes		
Welche ungewöhnlichen Gegenstände wurden in der Umgebung gefunden?		
Von wem (Name)		
Ist das Opfer in ursprünglicher Lage belassen worden? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Angaben über Tätigkeit vor der Misshandlung/Tod		
Angaben über Bekleidung des Opfers		
Genauer Status des Opfers		
<input type="checkbox"/> Kopf	<input type="checkbox"/> Mund	<input type="checkbox"/> Obere Extremitäten
<input type="checkbox"/> Augen	<input type="checkbox"/> Hals	<input type="checkbox"/> Untere Extremitäten
<input type="checkbox"/> Ohren	<input type="checkbox"/> Thorax	<input type="checkbox"/> Rücken
<input type="checkbox"/> Nase	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Genitalien

ANGABEN ÜBER DIE VERLETZUNGSURSACHE

vollständig unvollständig

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Bisswunden |
| <input type="checkbox"/> Heißes Wasser/Öl | <input type="checkbox"/> Zigaretten |
| <input type="checkbox"/> Spitze/stumpfe Gegenstände | <input type="checkbox"/> Sexueller Missbrauch |
| <input type="checkbox"/> Verletzung durch Hände | <input type="checkbox"/> Sonstiges, was ... |

ALLGEMEINE LEBENSUMSTÄNDE

vollständig unvollständig

Eltern	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden	
	<input type="checkbox"/> leiblicher Vater	<input type="checkbox"/> leibliche Mutter	
	<input type="checkbox"/> Lebensgefährtin(e)		
Geschwister	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> eines	<input type="checkbox"/> mehrere
Wohnverhältnisse	<input type="checkbox"/> Eigentum	<input type="checkbox"/> Miete	
	<input type="checkbox"/> Haus	<input type="checkbox"/> Wohnung	
Arbeit	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> beide
	<input type="checkbox"/> arbeitslos, wenn ja	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter
		<input type="checkbox"/> beide	

AUFSICHT/HÄUSLICHE PFLEGE

vollständig unvollständig

<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Pflegeperson
<input type="checkbox"/> Elternteil zu Hause	<input type="checkbox"/> Kinderkrippe	<input type="checkbox"/> Kindergarten
<input type="checkbox"/> Tagesschule	<input type="checkbox"/> Hort	<input type="checkbox"/> Internat
Kulturelles Umfeld		
Wohnort	<input type="checkbox"/> Stadt	<input type="checkbox"/> Land

WESENTLICHE GRUNDSÄTZLICHE FRAGEN

Mutmaßlicher Verursacher der Verletzung
War das Kind schon wegen Verletzungen/Misshandlungen in ärztlicher Behandlung?
Sind die betreffenden Familien-/Lebensumstände behördlich bekannt?

WICHTIGE KOMMENTARE UND HINWEISE AUF

Herkunft (mit Namen) und Verhältnis zur Familie aller für die Misshandlung in Frage kommenden Personen
Beobachtungen von Nachbarn
Beobachtungen von Kindergärtnerinnen
Beobachtungen von Lehrern

ALS RESÜMEE:

Wo kann ich möglichst rasch Hilfe erhalten
Weitere Notizen:

MELDUNG AN DEN JUGENDWOHLFAHRTSTRÄGER ÜBER GEWALT AN EINEM KIND ODER JUGENDLICHEN

- Vernachlässigung
- Quälen
- Misshandlung
- sexuelle Gewalt

(bitte ankreuzen)

Name des Kindes: geb.:

Adresse:

Begleitperson (Name, Adresse, Beziehung zum Kind)

.....

Tel.:

- Art der Gesundheitsbeeinträchtigung

.....
.....
.....

- Was passierte laut Schilderung des Kindes? (wann, wie oft, wer war daran beteiligt etc.)

.....
.....
.....
.....

- Was passierte laut Schilderung der Begleitperson? (wann, wie oft, wer war daran beteiligt, etc.)

.....
.....
.....
.....

- Worauf stützt sich Ihr Verdacht? (bitte beschreiben Sie: z.B. Art der Verletzung, auffälliges Verhalten des Kindes, widersprüchliche Schilderungen des Hergangs, Diskrepanz zwischen der Schilderung und der Art der Verletzung etc.)

.....
.....
.....
.....

o Worin sehen Sie die weitere erhebliche Gefährdung des Kindeswohls?

.....
.....
.....
.....

o Sonstige auffällige Beobachtungen

.....
.....
.....
.....

o Eltern/Obsorgeberechtigte (soweit bekannt)

Name:

Adresse:

Tel.:

o Zusätzliche Informationen

.....
.....
.....

Name, Beruf, Adresse/Beschäftigungsort, Tel.Nr. der Melderin/des Melders

.....
.....

.....

Datum

.....

Unterschrift