

Aus dem Institut für Rechtsmedizin der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf

Direktorin: Univ.- Prof. Dr. Stefanie Ritz-Timme

Medizinische Versorgung von Kindern als Gewaltopfer in Düsseldorf

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

Der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Annika Elisa Gölz

2011

„Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf“

gez.: Univ.-Prof. Dr. med. Joachim Windolf

Dekan

Referentin: Priv.-Doz. Dr. med. Hildegard Graß

Korreferent: Prof. Dr. med. Thomas Höhn

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG.....	1
1.1	Gewalt an Minderjährigen	1
1.2	Geschichtliches zur Entwicklung des Kinderschutzes	1
1.2.1	Wahrnehmung von Kindesmisshandlung in der Medizin	2
1.2.2	WHO-Resolution: Auftrag an das Gesundheitswesen	4
1.3	Definitionen von Gewalt und Kindesmisshandlung.....	4
1.4	Ausmaß von Kindesmisshandlung.....	5
1.5	Formen der Kindesmisshandlung.....	7
1.5.1	Körperliche Misshandlung	8
1.5.2	Sexueller Missbrauch	9
1.5.3	Seelische Misshandlung/ emotionale Kindesmisshandlung/ psychische Misshandlung.	10
1.5.4	Vernachlässigung	10
1.5.5	Zeugenschaft von Gewalt	11
1.6	Folgen der Kindesmisshandlung	12
2	ZIEL DER UNTERSUCHUNG UND FRAGESTELLUNG	14
3	MATERIAL UND METHODE	16
3.1	Material	16
3.2	Methode	17
3.3	Exzerptbogen	20
3.3.1	Teil 1-1: Opfer, Zeit und Erstversorgung	22
3.3.2	Teil 1-2: Gewaltgeschehen – Beteiligte und Motivlage	22
3.3.3	Teil 2-1: Beschreibung der Gewalt	22
3.3.4	Teil 2-2: Art der Befunderhebung	23
3.3.5	Teil 2-3: Weiteres Vorgehen und Nachsorge	23
3.3.6	Teil 3: Besondere Hergangsumstände	23
3.3.7	Teil 4: Psychisch-psychiatrische Befundlage (oder Lebenssituation)	24
4	ERGEBNISSE	25
4.1	Kinderklinik des Universitätsklinikums Düsseldorf.....	25
4.1.1	Fallzahlen.....	25
4.1.2	Einzelfalldarstellungen UKD	26
4.1.3	Alter, Geschlecht und Nationalität	37
4.1.4	Art der Beziehung zwischen Opfer und Schädiger	37
4.1.5	Angaben zum Gewaltgeschehen und Zeitverhältnisse	37
4.1.6	Formen der Gewalt, erhobene Untersuchungsbefunde	39
	Körperliche Gewalt.....	39
	Sexuelle Gewalt	39
	Seelische Gewalt	40
	Vernachlässigung	40
4.1.7	Befunderhebung, Dokumentation	41
4.1.8	Weitere Opferversorgung, Nachsorge, weiteres Vorgehen.....	41
4.1.9	Familiensituation	42
4.2	Kinderschutzambulanz des Evangelischen Krankenhauses Düsseldorf	42
4.2.1	Fallzahlen.....	42
4.2.2	Opfermerkmale: Alter, Geschlecht, und Nationalität	43
4.2.3	Tätermerkmale: Alter, Geschlecht, Nationalität	44

4.2.4	Art der Beziehung zwischen Opfer und Schädiger	46
4.2.5	Angaben zum Gewaltgeschehen und Zeitverhältnisse	47
4.2.6	Formen der Gewalt, erhobene Untersuchungsbefunde	50
	Körperliche Gewalt.....	51
	Sexuelle Gewalt	52
	Seelische Gewalt	55
	Vernachlässigung	56
4.2.7	Befunderhebung, Dokumentation.....	57
4.2.8	Weitere Opferversorgung, Nachsorge, weiteres Vorgehen.....	59
4.2.9	Spezifische Befunderhebung, Rechtliches Vorgehen	60
4.2.10	Familiensituation.....	61
4.2.11	Angaben zum Konsumverhalten des Schädigers.....	62
5	DISKUSSION	65
5.1	Fallzahlen.....	66
5.1.1	Fallzahlen Kinderklinik des UKD.....	66
5.1.2	Fallzahlen Kinderschutzambulanz des EVK.....	67
5.2	Opfermerkmale.....	68
5.2.1	Alter.....	68
5.2.2	Geschlecht.....	69
5.2.3	Nationalität.....	69
5.3	Tätermerkmale	70
5.3.1	Alter.....	70
5.3.2	Geschlecht.....	71
5.4	Angaben zum Geschehen und Zeitverhältnisse.....	71
5.4.1	Ort, Verbindung/ Verwandtschaftsverhältnisse zum Kind	71
5.4.2	Mehrzeitigkeit.....	72
5.4.3	Zeitintervall zwischen Tat und Vorstellung	73
5.5	Ursachen und Risikofaktoren für Kindesmisshandlung	73
5.5.1	Erhobene Risikofaktoren	73
5.5.2	Möglichkeiten zur Erkennung von Risikofamilien, Präventions- und Hilfestrategien.....	76
5.6	Formen der Kindesmisshandlung.....	79
5.6.1	Körperliche Misshandlung	79
5.6.2	Sexueller Missbrauch	82
5.6.3	Vernachlässigung	83
5.6.4	Zeugenschaft von Gewalt	85
5.7	Diagnosestellung, Befunderhebung, Befunddokumentation	86
5.7.1	Gerichtsfeste Dokumentation, Dokumentationsschemata	86
5.7.2	Ansätze zur Verbesserung von Diagnosestellung und Fallmanagement.....	88
5.8	Rolle der Ärzteschaft.....	91
5.8.1	Barrieren seitens der Ärzteschaft im Umgang mit Kindesmisshandlung.....	91
5.8.2	Ansätze zur Reduktion von Barrieren.....	92
5.9	Weitere Maßnahmen, Nachsorge	95
6	FAZIT	100
7	ZUSAMMENFASSUNG	104
8	LITERATURVERZEICHNIS	106
9	ANHANG.....	124

9.1	Exzerptbogen	124
9.2	Lebenslauf	137
9.3	Abstract	138
10	DANKSAGUNG	139

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AAP	American Academy of Pediatrics
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
DGSPJ	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin
ESPED	Erhebungseinheit seltene pädiatrische Erkrankungen in Deutschland
EVK	Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf
Kinder KOMPT	Kinder Kompetenzzentrum UKE
KSA	Kinderschutzambulanz
MIGG	Modellprojekt „Medizinische Intervention gegen Gewalt“
NYSPCC	New York Society for the Prevention of Cruelty to Children
PKS	Polizeiliche Kriminalstatistik
RKI	Robert-Koch-Institut
StGB	Strafgesetzbuch
UKD	Universitätsklinikum Düsseldorf
UKE	Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf
WHO	World Health Organization

TABELLENVERZEICHNIS

Tab. 1: Inhaltszusammenfassung des Exzerptbogens	21
Tab. 2: Altersverteilung Patienten UKD 2004	25
Tab. 3: Übersichtstabelle Fälle UKD.....	26
Tab. 4: Fall Nr. 1 UKD	27
Tab. 5: Fall Nr. 2 UKD	28
Tab. 6: Fall Nr. 3 UKD	29
Tab. 7: Fall Nr. 4 UKD	30
Tab. 8: Fall Nr. 5 UKD	31
Tab. 9: Fall Nr. 6 UKD	32
Tab. 10: Fall Nr. 7 UKD	33
Tab. 11: Fall Nr. 8 UKD	34
Tab. 12: Fall Nr. 9 UKD	35
Tab. 13: Fall Nr. 10 UKD	36
Tab. 14: Motiv für Gewaltanwendung UKD	38
Tab. 15: Alter und Geschlecht Opfer KSA.....	43
Tab. 16: Nationalität der Opfer KSA	43
Tab. 17: Alter und Geschlecht Schädiger KSA.....	44
Tab. 18: Anzahl der Schädiger in Bezug auf das Geschlecht des Opfers	45
Tab. 19: Nationalität der Schädiger KSA	45
Tab. 20: Beziehung zwischen Opfer und schädigender Person	46
Tab. 21: Motiv für Kindesmisshandlung.....	47
Tab. 22: Ort des Vorfalls.....	48
Tab. 23: Ein- und Mehrzeitigkeit.....	49
Tab. 24: Erstversorgung des Opfers.....	49
Tab. 25: Art und Häufigkeit der Gewalt.....	50

Tab. 26: Körperliche Misshandlung	51
Tab. 27: Sexueller Missbrauch	53
Tab. 28: Genauere Spezifizierung sexueller Übergriffe	53
Tab. 29: Zusatzangaben sexueller Übergriffe.....	54
Tab. 30: dokumentierte körperliche Untersuchungsbefunde bei Sexualdelikten.	55
Tab. 31: Vernachlässigung	56
Tab. 32: Spezifizierung Vernachlässigung.	57
Tab. 33: Objektivierung der Gewalt	57
Tab. 34: Schriftliche Befunde.....	58
Tab. 35: Befundbeschreibung.....	58
Tab. 36: Weitere Opfernachsorge	59
Tab. 37: Rechtliches Vorgehen.	60
Tab. 38: Lebenssituation Opfer	62
Tab. 39: Konsumverhalten Schädiger	62
Tab. 40: Nähere Angaben Konsumverhalten.....	63
Tab. 41: Vorerkrankungen des Schädigers	64

1 Einleitung

1.1 Gewalt an Minderjährigen

Jahrzehnte lang wurde Gewalt in der Familie von der Gesellschaft nicht wahrgenommen. Die Enttabuisierung des Themas durch die Gesetzgebung („Gewalttäuschungsgesetz“ s.u.) und das Aufsehen in den Medien um besonders tragische Fälle von Kindesmisshandlung hat nicht nur die Bevölkerung aufgeschreckt, sondern auch die Politik aktiv werden lassen. Kinderschutz ist heute zum gesellschaftlichen und politischen „Top“-Thema geworden.

Die Öffentlichkeit unterstellt einen starken Anstieg an Gewaltdelikten (Pfeiffer, Windzio, Kleinmann 2004; Pfeiffer 2004), und tatsächlich könnte der Eindruck entstehen, Kindesmisshandlung sei ein Phänomen des 21. Jahrhunderts. Misshandlung von Kindern hat es im Laufe der Geschichte aber schon immer in Form von Mord, Ritualopfern, Aussetzung, Missbrauch, schwerer Züchtigung und Kinderarbeit gegeben (Bange: in Deegener 2005). Das Bewusstsein, dass Kinder schutzbedürftig sind, entwickelte sich aber erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts.

1.2 Geschichtliches zur Entwicklung des Kinderschutzes

1874 wurde mit dem Fall der 10-jährigen Mary Ellen (USA) das Thema Kindesmisshandlung erstmals öffentlich und erregte großes Aufsehen.

Das Mädchen war unterernährt und wurde von seinen Adoptiveltern eingesperrt, geschlagen und ausgepeitscht. Die Polizei sah aufgrund der Rechtslage keine Möglichkeit einzugreifen. Erst die Intervention des Präsidenten der Tierschutzorganisation (die bereits 5 Jahre zuvor gegründet worden war!) brachte die Eltern vor Gericht (Matschke 2007). Daraufhin wurde in den USA 1875 der erste Verein zum Schutz der Kinder gegründet: die „New York Society for the Prevention of Cruelty to Children“ (NYSPCC), die bereits im ersten Jahr ihres Bestehens 300 Fälle von Kindesmisshandlung untersuchte. Von dort breitete sich der Kinderschutzgedanke rasch

in andere Länder aus. 1898 wurde auch in Berlin ein „Verein zum Schutze der Kinder gegen Ausbeutung und Misshandlung“ gegründet (Wetzels 1997; Franke Seifert et al. 2004). Er wurde zum Vorläufer des 1953 in Hamburg gegründeten Kinderschutzbundes mit heute über 400 Ortsverbänden. Das erste Kinderschutzzentrum entstand 1976 in Berlin.

Die Wende in der öffentlichen Wahrnehmung wurde begleitet von juristischen Reformen. Mit Einführung des BGB am 1.1.1900 wurden erstmals Sanktionen für misshandelnde Eltern eingeführt. Das Züchtigungsrecht für Lehrkräfte an Schulen („Prügelstrafe“) wurde in der BRD aber erst 1973 abgeschafft. Im September 1924 wurde vom Völkerbund eine „Children´s Charta“ veröffentlicht, in der die grundlegenden Rechte der Kinder formuliert wurden. Diese wurde 1959 von der UNO in eine Erklärung der Rechte des Kindes überführt. 1989 wurde bei einer Vollversammlung der Vereinten Nationen das „Übereinkommen über die Rechte des Kindes“ (UNKinderrechtskonvention 1989) verabschiedet. Seit der Reform des Kindschaftsrechts 1998 räumt das BGB Kindern ein Recht auf gewaltfreie Erziehung ein und präzisiert dies im Jahr 2000 im „Gesetz zur Ächtung von Gewalt in der Erziehung“. Der dadurch neu gefasste § 1631 Abs. 2 BGB formuliert eindeutig: „Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig.“ (<http://bundesrecht.juris.de>).

1.2.1 Wahrnehmung von Kindesmisshandlung in der Medizin

Kindesmisshandlung war kein Thema in der Medizin, sondern wurde als soziales Problem angesehen. 1857 erschien das Buch des französischen Professors für Rechtsmedizin Ambroise Tardieu „Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs“ mit der ersten umfassenden medizinischen Darstellung von körperlicher Misshandlung, sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung. Die beschriebenen Kriterien sind bis heute gültig. Von der medizinischen Fachwelt wurden seine Erklärungen für die pathologische Befunde bei Kindsobduktionen jedoch verlacht und nach anderen Ursachen geforscht.

1946 beschrieb erstmals der Kinderradiologe John Caffey einen Zusammenhang zwischen Frakturen der langen Röhrenknochen und subduralen Hämatomen. Vor der öffentlich geäußerten Vermutung einer Misshandlung als Ursache für diese Verlet-

zungen schreckte Caffey jedoch zurück. Erst 1972, nachdem die Auseinandersetzung mit dem Thema Kindesmisshandlung bereits begonnen hatte, veröffentlichte er seine Beobachtungen als Schütteltrauma-Syndrom, eine schwere Misshandlungsform bei Säuglingen (Caffey 1972).

1962 sorgte Kempe mit seinem Artikel "The battered Child Syndrome" für große Beachtung des Themas Kindesmisshandlung und leitete die wissenschaftliche Auseinandersetzung hiermit ein. Zunächst war vor allem die Rechtsmedizin mit der Erforschung körperlicher Verletzungsmuster durch äußere Gewalteinwirkung befasst und dominierte das Thema mit zahlreichen Veröffentlichungen und Vorträgen (z.B. Trube-Becker 1982 und 1992). In Amerika folgten zahlreiche Forschungsarbeiten zur Problematik; 1974 wurde dort die Meldepflicht eingeführt.

In Deutschland erlangte das Thema Kindesmisshandlung erst in den 80er Jahren deutliches Interesse. Zu dieser Zeit führte die Professorin für Rechtsmedizin, Elisabeth Trube-Becker aus Düsseldorf, die medizinische Auseinandersetzung mit Kindesmisshandlung an (Trube-Becker 1982 und 1992). Kindesmisshandlung war 1985 Hauptthema auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde in Frankfurt, 1986 erschien in der Monatsschrift „Kinderheilkunde“ eine Sammlung von Übersichtsarbeiten zu Kindesmisshandlung, sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung.

Die Bundesärztekammer gab nach einer Sitzung im Jahr 1992 ein Konzept »Zum Problem der Misshandlung Minderjähriger aus ärztlicher Sicht« mit Texten und Materialien zur Fortbildung und zur Diagnostik von Misshandlung Minderjähriger aus ärztlicher Sicht heraus (überarbeitete 2. Auflage: Bundesärztekammer 1998). Das alles führte aber nicht zu einer spürbaren Auswirkung auf die Wahrnehmung dieses Themas in der Pädiatrie.

In der Kinderheilkunde nahm der medizinische Kinderschutz bis Ende der 1990er Jahre nur einen unbedeutenden Raum ein. Es gab seit Beginn der 80er Jahre zwar einige Initiativen zu einem verstärkten medizinischen Engagement im Kinderschutz, beispielsweise auch die Gründung der KSA am EVK in Düsseldorf im Jahre 1989, doch von der breiten medizinischen Fachwelt wurde der Kinderschutzgedanke nicht aufgegriffen (Herrmann und Eydam 2010).

1.2.2 WHO-Resolution: Auftrag an das Gesundheitswesen

Während der Weltgesundheitsversammlung 1996 in Genf verabschiedete die World Health Organisation eine Resolution, in der sie Gewaltprävention zu einer vorrangigen Aufgabe des öffentlichen Gesundheitswesens erklärte, resultierend aus der Erkenntnis, dass Gewalterfahrung eines der größten Gesundheitsrisiken für Frauen und Kinder sei (Krug, Dahlberg et al. 2002). Die Mitgliedstaaten wurden angehalten, das Ausmaß der Gewaltproblematik in ihrem Land zu erfassen, Konzepte zur Gewaltbeseitigung und präventive Programme zu erarbeiten und die Ergebnisse der WHO mitzuteilen (WHO 2003, Hornberg et al. 2008).

In der Bundesrepublik wurde daraufhin 1999 in einem ersten Aktionsplan ein Konzept zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen entwickelt, dessen Umsetzung bis zum Jahr 2004 die Entwicklung von Kooperationsmodellen zwischen Kommunen und Institutionen vorsah, um häusliche Gewalt zu erfassen und Ansätze zur Gewaltprävention zu entwickeln. Zahlreiche Modelle wurden auf regionaler Ebene entwickelt (Kavemann 2001). Dabei wurde das Gesundheitswesen nur am Rande integriert.

Im Ausland wurde die Schlüsselrolle der Ärzteschaft für die Früherkennung und Behandlung von Gewaltopfern früher erkannt. Patienten, deren körperliche und/oder seelische Gesundheit unmittelbar oder langfristig durch Gewaltfolgen belastet ist, werden irgendwann zur ärztlichen Untersuchung vorgestellt. Der Arzt als erste Anlaufstelle sollte auch an Gewalt als mögliche Ursache denken. Programme zur Sensibilisierung von Ärzten für Erscheinungsformen und Folgen von Gewalt wurden im Ausland erfolgreich eingeführt, mit der Folge, dass wesentlich mehr Gewaltopfer erkannt und zu Beratungs- und Hilfeeinrichtungen vermittelt werden konnten (Hagemann-White 2003).

1.3 Definitionen von Gewalt und Kindesmisshandlung

Die WHO definiert Gewalt folgendermaßen: *„Der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen*

Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt.“ (World Health Organisation Europa 2002). Gemeint ist hier vor allem physische Gewalt mit dem Merkmal körperlicher Verletzung, aber eben auch schon nicht körperliche Gewalt und deren Folgen.

Eine weiter gefasste Definition von Gewalt schließt alle Geschehnisse ein, die dem Opfer in irgendeiner Weise schaden und absichtlich durch Machtmissbrauch eines Täters geschehen (Kiefl und Lamnek 1986).

Dieser erweiterte Gewaltbegriff wird auch zur Definition von Kindesmisshandlung angewandt. So definiert der Deutsche Bundestag: *„Kindesmisshandlung ist eine nicht zufällige (bewusste oder unbewusste) gewaltsame körperliche und/oder seelische Schädigung, die in Familien oder Institutionen (z. B. Kindergärten, Schulen, Heimen) geschieht und die zu Verletzungen, Entwicklungsverzögerungen oder sogar zum Tode führt und die somit das Wohl und die Rechte eines Kindes beeinträchtigt oder bedroht“.*

Kindesmisshandlung meint also alle Formen von Gewalt durch Eltern oder Erziehungsberechtigte, sei es aktiv durch schädliches Verhalten oder passiv durch Vernachlässigung, die absichtlich geschieht und eine erhebliche Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen (kognitiven) oder psychischen Entwicklung eines Kindes zur Folge hat.

1.4 Ausmaß von Kindesmisshandlung

In der Bundesrepublik besteht, anders als in vielen westlichen Industrienationen, keine Meldepflicht von Kindesmisshandlungen und es werden keine nationalen Statistiken zur Häufigkeit erhoben.

Die jährlichen Polizeilichen Kriminalstatistiken (PKS) geben Auskunft über das so genannte Hellfeld, erfassen also nur die Gewalttaten, die zur Anzeige gekommen sind. So wurden beispielsweise im Jahre 2004 laut PKS 22.500 Kinder Opfer von körperlicher Misshandlung (3.409) und sexuellem Missbrauch (19.091). Laut aktueller PKS waren 2009 insgesamt 18.164 Kinder Opfer körperlicher Misshandlung (4.126) und sexuellen Missbrauchs (14.038). Es muss aber von einer weitaus höheren Dunkelziffer nicht erkannter Delikte ausgegangen werden, da Gewalt in erster

Linie zuhause in der Familie stattfindet und die Opfer noch zu klein sind, um auf sich aufmerksam zu machen.

Zur Erhellung dieses Dunkelfeldes wurden Befragungsstudien in Auftrag gegeben. Das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN) führte 1992 eine repräsentative Erhebung durch. Personen zwischen 16 und 59 Jahren wurden zu Gewalterfahrungen in ihrer Kindheit befragt. Die Mehrheit der Eltern (74,9 %) wendeten zumindest minderschwere Formen physischer Gewalt an, etwa leichte Ohrfeigen oder einen Klaps (Pfeiffer und Wetzel 1997). Ungefähr 10-15 % der Eltern wenden schwere und häufigere Bestrafungen an (Engfer 2005).

Um Auswirkungen des Gewalttächtungsgesetzes zu erfassen, wurden Befragungen von Jugendlichen und Eltern in den Jahren 2001, 2002 und 2005 miteinander verglichen, mit dem Ergebnis, dass eine Entwicklung zu einer gewaltfreieren Erziehung stattgefunden hat und ein deutlicher Rückgang körperlicher Bestrafungen festzustellen war (Bussmann 2002, 2003, 2005). Die Zahl der schwereren Formen blieb in gewaltbelasteten Familien aber auf gleich hohem Niveau (Bussmann 2005). Auch die PKS wies eine nahezu gleichbleibende Zahl schwerer angezeigter Gewaltdelikte an Kindern aus (Bundeskriminalamt 2004, 2005, 2006, 2009).

Weltweit sterben jährlich ca. 50.000 Kinder durch Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung. Das wären 2-3 Kinder pro Woche in Deutschland (UNICEF 2003). Die Tendenz ist in den letzten Jahren deutlich abnehmend. Seit 1980 haben sich die Fallzahlen halbiert. Waren es 1980 noch 120 Kinder (unter 15 Jahren) die aufgrund von Kindesmisshandlung verstarben, so waren es 2009 nur noch 68 Kinder (Polizeiliche Kriminalstatistiken, Todesursachenstatistik Angaben nach ICD9/ICD10, www.destatis.de).

Neben den Körperverletzungsdelikten ist zum Aspekt der Gewalt gegen Kinder auch der sexuelle Missbrauch beachtlich. Die Polizeiliche Kriminalstatistik erfasste für 2004 insgesamt 19.091 sexuell missbrauchte Kinder und Jugendliche, für 2009 insgesamt 14.038 (PKS 2004 und 2009).

Auch bezüglich sexuellen Missbrauchs wurden zur Erhellung des Dunkelfeldes Befragungen von Erwachsenen durchgeführt, wobei man auf deren Erinnerungsvermögen und Bereitschaft zur Offenbarung angewiesen ist. Dunkelfeldstudien ergaben je nach Definition, was als sexuelle Gewalt anzusehen war, eine Frequenz bis in den zweistelligen Prozentbereich (Raup und Eggers 1993, Herrmann et al. 1997, 2002, Herrmann und Navratil 2005). Internationale Studien ergaben eine Betroffenheitsquo-

te von 10-15 % bei Mädchen und 5-8 % bei Jungen (Wetzel 1997 b), in den USA 27 % bei Mädchen, 16 % bei Jungen (Finkelhor 1989). Befragungen in Deutschland variierten von 9 % bei Mädchen, 3 % bei Jungen (Wetzel 1997 b) und 25 % bei Mädchen, 8 % bei Jungen (Bange und Deegener 1996). Laut der aktuellen AWMF-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) zum Thema Kindesmisshandlung und Vernachlässigung (AWMF Leitlinie: Thyen, Herrmann, Frank 2008) „werden sexuelle Misshandlungen mit Körperkontakt in der Kindheit von 2,8 % der befragten Männer und 8,6 % der Frauen zwischen 16 und 69 Jahren berichtet“.

Die Häufigkeit von emotionaler und körperlicher Vernachlässigung wird in den USA mit mehr als 50 % beschrieben (Kaplan et al. 1999, US Department of Health and Human Services 2006). Im Unterschied zu anderen westlichen Demokratien fehlen in der Bundesrepublik statistisch erhobene Daten über die Anzahl der von Vernachlässigung betroffenen Kinder. Eine Befragung von über 300 Jugendamtsfachkräften im Jahr 2000 zu Misshandlungsfällen, bei denen das Familiengericht eingeschaltet worden war, ergab bei zwei Drittel Vernachlässigung und bei einem Drittel seelische Misshandlung als Gefährdungskategorie, deutlich mehr als körperliche Misshandlung (20,6 %) oder sexueller Missbrauch (16,7 %) (Münder, Mutke und Schone 2000). Die überwiegende Zahl der Fälle von Vernachlässigung werden aber mutmaßlich weder den Jugendämtern noch der Polizei bekannt. Zum Dunkelfeld liegen nur Schätzungen vor, die eine Prävalenz von 5 –10 % ergaben (Esser und Weinel 1990, Deegener 2006). Das entspricht einer Größenordnung von 250.000 bis 500.000 der unter Sechsjährigen in Deutschland. Dabei ist die Abgrenzung von Vernachlässigung zu einem Verhalten schwierig, das man noch als „normal“ bezeichnen könnte (Frank und Kopecky-Wenzel 2002). Dennoch sind sich die meisten Autoren einig, dass es sich hierbei um die häufigste Form von Kindesmisshandlung mit den gravierendsten langfristigen Auswirkungen (s. Abschnitt 1.6) handelt (Deegener und Körner 2005, Jacobi 2006, Krug et al. 2002, Thyen 2008, Ziegenhain und Fegert 2007).

1.5 Formen der Kindesmisshandlung

Gewalt kann auf vielfältige Art und Weise ausgeübt werden. Einheitliche Definitionen für die unterschiedlichen Formen von Gewalt existieren weder auf nationaler noch

internationaler Ebene (Hornberg et al. 2008). Häufig wird zwischen folgenden Formen von Gewalt unterschieden (Kindler 2006):

- Körperliche Misshandlung
- Sexueller Missbrauch
- Seelische Misshandlung
- Vernachlässigung
- Zeugenschaft von Gewalt

Die einzelnen Formen werden im Folgenden näher beschrieben.

1.5.1 Körperliche Misshandlung

Körperliche Gewalt umfasst alle direkt auf das Kind ausgeübten, gewaltsamen Handlungen, die dem Kind körperliche Verletzungen und Schäden zufügen. Diese geschehen nicht zufällig oder akzidentiell (Kempe 1972). Hier sei angemerkt, dass ein Unfallgeschehen oft als „Ausrede“ zur Erklärung von misshandlungsbedingten Verletzungen vorgetragen wird.

Erwachsene üben körperliche Gewalt an Kindern in vielen verschiedenen Formen aus. Verbreitet sind Prügel, Schläge mit Gegenständen, Kneifen, Treten und Schütteln des Kindes. Daneben werden Stichverletzungen, Vergiftungen, Würgen und Erstickten sowie thermische Schäden (Verbrennen, Verbrühen, Unterkühlen) beobachtet.

Eine Sonderform der körperlichen Misshandlung stellt das Schütteltraumasyndrom dar. Dieses setzt sich zusammen aus dem oft gemeinsamen Auftreten von Subduralblutung, retinaler Blutung und Frakturen der langen Röhrenknochen, oder von Rippen und z. T. unter Ausbildung von sogenannten Griffmarken durch ein starkes Festhalten des Kindes beim Schütteln (Blumenthal 2002, Matschke und Glazel 2008, Herrmann 2008) und präsentiert sich oft äußerlich und bei einer körperlichen Untersuchung sehr spurenarm. Bei leichterem Schütteltrauma können unspezifische Symptome wie zum Beispiel Erbrechen und Schläfrigkeit als Enteritis fehlinterpretiert werden (Matschke 2009). Oft fehlt typischerweise eine zum Zustand des Kindes passende Anamnese (Duhaime et al. 1998, AAP 2001).

Eine sehr seltene Sonderform körperlicher Kindesmisshandlung ist das Münchhausen-by-proxy-Syndrom in seiner artifiziellen Form. Die Bezugsperson, in der Regel die Mutter, schädigt ihr Kind bewusst, z.B. durch Medikamentengabe oder Manipulationen, um Symptome hervorzurufen, die einer intensiven ärztlichen Zuwendung und differentialdiagnostischer Maßnahmen bedürfen (Eckhardt-Henn 1999). Die Diagnose ist schwierig und praktisch nur zu stellen, wenn man die Mutter dieser Manipulationen überführen kann (z.B. Videoüberwachung). Die Kinder werden - wie auch bei anderen Misshandlungsformen - typischerweise aber bei wechselnden Ärzten oder in verschiedenen Kliniken vorgestellt, so dass der Verdacht aufgrund des Verlaufs nicht aufkommen kann.

1.5.2 Sexueller Missbrauch

Sexueller Missbrauch eines Kindes liegt vor, wenn sexuelle Handlungen mit oder ohne Einverständnis des Kindes am Kind vorgenommen werden oder der Schädiger diese an sich vornehmen lässt (§ 176 StGB).

Schwerer sexueller Missbrauch umfasst alle Handlungen, die mit dem Eindringen in den Körper des Kindes verbunden sind, gemeinschaftlich von mehreren Schädigern begangen werden oder mit der Gefahr einer erheblichen Schädigung der körperlichen oder seelischen Entwicklung des Kindes verbunden sind (§ 176 a StGB).

Im Unterschied zu körperlicher oder seelischer Gewalt gegen Kinder, die häufig aus Hilflosigkeit und Überforderung ausgeübt wird, ist die sexuelle Gewalt an Kindern in der Regel ein planvolles, oft über Jahre andauerndes Verhalten, das sich in seiner Intensität allmählich steigert. Während Kindesmisshandlung von Männern und Frauen verübt wird, geht die sexuelle Gewalt überwiegend von Männern bzw. männlichen Jugendlichen aus.

Formen der sexuellen Gewalt sind: das Berühren des Kindes an den Geschlechtsteilen, die Aufforderung, den Schädiger anzufassen, Zungenküsse, oraler, vaginaler und analer Geschlechtsverkehr, Penetration mit Finger oder Gegenständen. Auch Handlungen ohne Körperkontakt wie Exhibitionismus, Darbieten von Pornografie, sexualisierte Sprache und Herstellung von Kinderpornografie sind sexuelle Gewaltakte (s. § 176 StGB).

1.5.3 Seelische Misshandlung/ emotionale Kindesmisshandlung/ psychische Misshandlung

Seelische oder psychische Gewalt wird definiert als *„Haltungen, Gefühle und Aktionen, die zu einer schweren Beeinträchtigung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Bezugsperson und Kind führen und dessen geistig-seelische Entwicklung zu einer autonomen und lebensbejahenden Persönlichkeit behindern“* (Eggers 1994).

Seelische Gewalt liegt z. B. dann vor, wenn dem Kind ein Gefühl der Ablehnung vermittelt wird. Diese Ablehnung wird ausgedrückt, indem das Kind gedemütigt und herabgesetzt, durch unangemessene Anforderungen überfordert oder durch Liebesentzug, Zurücksetzung, Gleichgültigkeit und Ignorieren bestraft wird.

Ebenfalls schwerwiegend sind Handlungen, die dem Kind Angst machen oder es terrorisieren: Einsperren in einen dunklen Raum, Alleinlassen, Drohungen, Anbinden. Vielfach beschimpfen Eltern ihre Kinder in einem extrem überzogenen Maß oder brechen in Wutanfälle aus, die für das Kind nicht nachvollziehbar sind.

Mädchen und Jungen werden auch für elterliche Bedürfnisse missbraucht, indem sie gezwungen werden, sich elterliche Streitereien anzuhören, oder indem sie in Beziehungskonflikten instrumentalisiert werden. Auch überbehütendes und überfürsorgliches Verhalten kann zu seelischer Gewalt werden, wenn es Ohnmacht, Wertlosigkeit und Abhängigkeit vermittelt. Ein weiterer hier zu nennender Punkt ist die Isolation, z.B. das Fernhalten des Kindes von altersentsprechenden sozialen Kontakten (Kindler 2006).

1.5.4 Vernachlässigung

„Der Begriff der Vernachlässigung umfasst das ganze Spektrum relevanter Unterlassungen fürsorglichen Handelns sorgeverantwortlicher Personen, welches zu Sicherstellung der physischen und psychischen Versorgung des Kindes notwendig wäre“ (Kindler 2006).

Die Vernachlässigung stellt eine Besonderheit sowohl der körperlichen als auch der seelischen Kindesmisshandlung dar. Diese andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns kann aktiv oder passiv (unbewusst), aufgrund unzurei-

chender Einsicht oder unzureichenden Wissens erfolgen und ist Ausdruck einer stark beeinträchtigten Beziehung zwischen Eltern und Kind.

Kinder werden vernachlässigt, wenn ihre grundlegenden Bedürfnisse nicht gewährleistet sind. Das bedeutet, dass Eltern oder andere Sorgeberechtigte Kinder vernachlässigen können, indem sie ihnen Zuwendung, Liebe und Akzeptanz, Betreuung, Schutz vor Gefahren und Förderung verweigern oder wenn die Kinder physischen Mangel erleiden müssen. Dazu gehören mangelnde Ernährung, unzureichende Pflege und gesundheitliche Fürsorge bis hin zur völligen Verwahrlosung.

Dieses elterliche Verhalten führt zu einer Beeinträchtigung der physischen und /oder psychischen Entwicklung des Kindes (Brisch 2008) und kann sich klinisch äußern als:

- Nicht organische Dystrophie
- Vermeidbare Gesundheitsschäden (z.B. unerkannte/unbehandelte Stoffwechselerkrankungen und deren Folgen, fehlende Impfungen)
- Frühkindliches Deprivationssyndrom
- Emotionale Verwahrlosung
- Minderwuchs

Grundsätzlich gilt: Je jünger die betroffenen Kinder sind und je tiefgreifender sie vernachlässigt werden, desto größer ist das Risiko nachhaltiger Schädigungen. Für Säuglinge können Versorgungsmängel schon nach kurzer Zeit lebensbedrohlich sein (Techniker Krankenkasse Landesvertretung NRW 2006, BMFSFJ 2008).

1.5.5 Zeugenschaft von Gewalt

Zeugenschaft von Gewalt meint das passive Miterleben häuslicher Gewalt, insbesondere von Gewalt zwischen den Bezugspersonen von Kindern. Die Relevanz dieser Form der Gewalt für Entwicklung der Betroffenen wurde erst in den letzten Jahren erkannt und erforscht. Jeder vierte bis siebte Befragte war von dieser Gewaltform betroffen (Schröttle und Müller 2004, Enzmann und Wetzels 2001, Kavemann und Kreyssing 2006). Interpersonelle Gewalt zwischen den Eltern kann sowohl passiv als auch aktiv eine Schädigung von Kindern bedingen. Sowohl seelische als auch kör-

perliche Schäden können die Folge sein. Die Kinder erleben unter anderem eine belastende und bedrohliche Atmosphäre, größtenteils existenzielle Ängste (z.B. dass die Mutter getötet wird, der Vater sich umbringt), Loyalitätskonflikte, Schuldgefühle und Hilflosigkeit (Strasser 2006, Kavemann 2008). Viele Kinder mischen sich in die Konflikte ein und erfahren somit selbst Gewalt gegen sich.

Zeugenschaft erhöht das Risiko für Mädchen, im Erwachsenenalter selbst Opfer von Partnerschaftsgewalt zu werden (Schröttle und Müller 2004, Kavemann und Kreysing 2006), für Jungen, später als Täter in Familie und Partnerschaft diese Gewalterfahrung weiterzugeben (Wetzels 1997 a, Hartwig 2006).

1.6 Folgen der Kindesmisshandlung

In der hier vorgestellten Untersuchung werden vor allem die akuten Folgen der Gewalt analysiert, die in der Regel einen ärztlichen Kontakt bedingen, behandelbar sind und einer kurativen Behandlung zugeführt werden können.

Die oft langwierigen psychischen Folgen konnten in dieser Untersuchung nicht umfänglich abgebildet werden. Diese sind aber meist von größerer Bedeutung für die Betroffenen und das Gesundheitswesen, da sie sich oft erst allmählich in Form von körperlichen und seelischen Schäden entwickeln, die die betroffenen Kinder häufig ein Leben lang prägen.

Einen Überblick über Forschungsergebnisse zu den akuten, mittel- und langfristigen Folgen der einzelnen Gewaltformen gibt Kindler (2006). Kindesmisshandlung kann eine Vielzahl von Störungen der Entwicklung verursachen, wie Rückstände in der sprachlichen, motorischen und kognitiven Entwicklung, Verhaltensstörungen, emotionaler Störungen, Bindungsstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen. Soziale und psychoemotionale Spätfolgen manifestieren sich oft erst im Erwachsenenalter (Thun-Hohenstein 2008) z.B. als verminderte psychische Belastbarkeit, chronische Depressionen (Wiersma et al. 2009), Suizidalität (Dube et al. 2001), Angststörungen, hyperaktive Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, Bindungsstörung, Alkohol- und Drogen-Abusus. Traumata im Entwicklungsalter erhöhen das Morbiditätsrisiko psychiatrischer und somatischer Störungen im Erwachsenenalter

weit über das gesundheitliche Risiko hinaus, das ohne Missbrauchserfahrungen zu erwarten gewesen wäre (Neigh 2009).

Das Ausmaß der Folgeschäden hängt unter anderem von Dauer und Schwere der Traumatisierung ab (Barth 2008) und verstärkt sich erheblich, wenn mehrere Misshandlungsformen kombiniert auftreten. Und die Folgen sind umso gravierender, je früher die Gewalterfahrung beginnt.

Neben den individuellen und sozialen Folgen für Gewaltopfer entstehen aber auch erhebliche gesellschaftliche und ökonomische Folgekosten durch gesundheitliche Schäden körperlicher oder psychischer Art, gescheiterte Lebensläufe, Gerichtsverhandlungen etc. Internationale Studien zur Abschätzung der Höhe dieser Kosten liegen unter anderen für Finnland, die Schweiz und die USA vor (Beckmann, Böhne und Brandfaß 2008, Hagemann-White 2006). Für Großbritannien wurden direkte und indirekte Kosten von 23 Mrd. Pfund pro Jahr ermittelt (Walby 2004, WHO 2004). In den USA wurden direkte Gesundheitskosten von 3,4 Mrd. €/Jahr geschätzt (Waters et al. 2004) und in Frankreich 14,8 Mrd. € pro Jahr für Justiz, Polizei, Arbeitsausfälle und ärztliche Behandlung (www.terre-des-femmes.de). Obwohl keine Daten für Deutschland vorliegen, würden die internationalen Ergebnisse umgerechnet auf Deutschland ca. 30 Mrd. Euro an direkten oder indirekten Kosten bedeuten (Herrmann et al. 2008).

Da ein wesentlicher Teil der Kosten auf den Gesundheitssektor entfällt, muss gerade das Gesundheitswesen ein besonderes Interesse an der Verhütung von Gewalt haben (WHO 2002). Die Aufmerksamkeit der Ärzteschaft für das Problem der häuslichen Gewalt ist seit 2002 auch in den Gremien der Bundesärztekammer gewachsen (Clade 2002; Seifert, Heinemann und Püschel 2006).

2 Ziel der Untersuchung und Fragestellung

Die vorliegende Studie ist Teilprojekt einer retrospektiven Fallanalyse in allen Fachbereichen des UKD, die erwartungsgemäß viele Gewaltopfer versorgen. Sie erstellt eine Ist-Stand-Erhebung zur Qualität der medizinischen Versorgung im Jahre 2004, und zwar hinsichtlich Diagnosestellung, Befunddokumentation, akutmedizinischer Versorgung und Vermittlung der Betroffenen an weitere qualifizierte Hilfemaßnahmen.

Diese Ist-Stand-Erhebung soll Basisdaten aus dem Zeitraum vor Etablierung einer interdisziplinären Verbundversorgung unter Integration einer Gewaltopferambulanz am Rechtsmedizinischen Institut des UKD im Jahr 2006 als Grundlage für deren wissenschaftliche Begleitung liefern.

Die Akten aller Behandlungsfälle in den ausgewählten Fachbereichen (Pädiatrie, Gynäkologie, Unfallchirurgie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Rechtsmedizin) am UKD wurden nach einem einheitlichen Schema analysiert, um solche Fälle zu extrahieren, in denen eine Gewalthandlung als Ursache der behandelten Gesundheitsstörung offensichtlich wurde. Dieses Analyseschema wurde in Anlehnung an vergleichbare Fallerfassungen am Hamburger und Kölner Institut für Rechtsmedizin entwickelt, die vor allem Gewalt an Frauen untersuchten. Dadurch sollte später eine projektübergreifende vergleichende Datenauswertung ermöglicht werden.

Im Rahmen des Gesamtprojektes beschäftigt sich die hier vorliegende Untersuchung mit der Fallanalyse von Kindern, die mit der gesicherten Diagnose „Kindesmisshandlung“ an der Kinderklinik des UKD im Jahre 2004 behandelt wurden. Die Universitätskinderklinik versteht sich im ärztlichen Versorgungsangebot als Notfallambulanz sowie als Zuweisungsklinik aus ambulanten Versorgungsstrukturen und regionalen kleineren Kliniken.

In Düsseldorf steht mit der Kinderschutzambulanz (KSA) eine bereits 1989 gegründete Institution mit speziellen Kenntnissen und langjähriger Erfahrung im Umgang mit Kindesmisshandlung zur Verfügung. Sie bietet ein spezifisches medizinisch-fachtherapeutisches Angebot für die Abklärung bei Misshandlungsverdacht und die Betreuung von misshandelten Kindern und behandelt pro Jahr zwischen 250 bis 350

Patienten. Hierhin wurden auch Patienten der Kinderklinik zur erweiterten Diagnostik und Einleitung von Hilfemaßnahmen verwiesen.

Es lag daher nahe, die zunächst auf das universitäre Angebot fokussierte Analyse zu erweitern und auch Patienten der KSA ergänzend einzubeziehen, um einerseits die in Düsseldorf bereits bestehende Angebotsstruktur medizinischer Hilfen für misshandelte Kinder zu beschreiben, andererseits aber auch, um weitere Daten zu Frequenz und Erscheinungsformen von Kindesmisshandlung auf lokaler Ebene zu gewinnen. Hierzu wurden die Akten der KSA nach den gleichen Kriterien analysiert, wie sie für die klinische Fallauswertung erarbeitet wurden.

Das erstellte Untersuchungsschema wurde für die Analyse aller Gewaltopfer am UKD verwendet, ohne ganz speziell schon im Vorfeld der Erhebung nach Alter oder Geschlecht zu differenzieren. Hieraus entwickelten sich einige Fragen: Sind die abgefragten Kriterien auch für die Analyse von Kindesmisshandlung von Belang oder wurden unter Umständen für Kinder wesentliche Aspekte nicht berücksichtigt? Sind Kinder eine eigenständige Zielgruppe, die getrennt von erwachsenen Gewaltopfern betrachtet werden muss und anderer Zugänge und Interventionen bedarf? Zur Beantwortung dieser Frage sollen auch neuere Forschungsergebnisse und Ansätze zur Prävention von Kindesmisshandlung dargestellt werden.

Schließlich erhebt sich noch die Frage, ob, angesichts der bestehenden Versorgungsstruktur, noch Lücken in der Versorgung von Kindern bestehen, die durch die inzwischen implementierte Gewaltopferambulanz am UKD geschlossen werden können. Ist zu erwarten, dass das Versorgungsangebot in Fällen von Kindesmisshandlung wahrgenommen wird? Auch dieser Frage soll nachgegangen werden.

3 Material und Methode

3.1 Material

Ausgewertet wurden Patientenakten aus den Archiven der Kinderklinik des Universitätsklinikums Düsseldorf (UKD) und Patientenakten aus dem Archiv der Kinderschutzambulanz (KSA) des evangelischen Krankenhauses Düsseldorf (EVK).

Die **Kinderklinik des Universitätsklinikums Düsseldorf** unter der geschäftsführenden Leitung von Univ.-Prof. Dr. med. E. Mayatepek ist ein Haus der Maximalversorgung und genießt im Rahmen der universitären Versorgung eine besondere Funktion als diagnostisches und therapeutisches Zentrum mit kurativem Ansatz. Das Aufgabengebiet der Klinik ist breit gefächert und deckt sämtliche allgemeinpädiatrischen, onkologischen und kardiologischen Erkrankungen ab. Es werden Kinder und Jugendliche aller Altersklassen bis zum 18. Lebensjahr behandelt. Nicht nur regional, auch überregional werden Patienten von niedergelassenen Pädiatern und anderen Kliniken hierhin überwiesen. Zudem werden innerhalb der universitätsklinischen Versorgung auch Kinder aus anderen Disziplinen der Kinderklinik zugewiesen. Die Kinderklinik verfügt außerdem über ein Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ). Hier werden vor allem in ihrer Entwicklung beeinträchtigte Kinder mit chronischen Gesundheitsstörungen umfassend betreut und beraten. Im SPZ arbeiten daher Kinderärzte interdisziplinär mit unterschiedlichen Therapeutinnen und Betreuerinnen zusammen. Bei V. a. oder bei bestätigter Kindesmisshandlung ist hier der klinikeigene Sozialdienst zuständig.

Aufgrund der großen Patientenzahl, des großen Einzugsgebietes und weil ein multidisziplinäres Zentrum inklusive eines rechtsmedizinischen Institutes besteht, erschien die Auswertung von Patientenakten hier besonders sinnvoll.

Im Vergleich dazu ist die **Kinderschutzambulanz des Evangelischen Krankenhauses Düsseldorf** unter der Leitung von Dr. E. Motzkau eine spezialisierte Fachambulanz, die betroffenen Kindern und deren Familien Rat und Hilfe durch ein erfahrenes Team aus Kinderpsychologen, Psychiatern, Sozialpädagogen und Sozialwissenschaftlern bietet. Sie ist als solches Zentrum einzigartig in Düsseldorf und stellt eine wichtige Anlaufstelle dar. Die KSA besteht seit 1988 und sieht ihre Hauptaufga-

ben in der Beratung, Diagnostik, Einbindung in Hilfenetzwerke und Rechtsbeistand bezogen auf Gewalt gegen Kinder. Pro Jahr werden hier zwischen 250 bis 350 Kinder untersucht und betreut. Als Zuweiser fungieren hier neben Arztpraxen und Kliniken auch das Jugendamt, freie Träger, Heime, Erziehungseinrichtungen, Beratungsstellen und rechtliche Institutionen. Es besteht jedoch auch die Möglichkeit als Selbstmelder, also auf eigene Initiative von Familien und Kindern, hier gezielt Hilfe zu suchen.

Als Zeitfenster für die Aktenauswertung wurde das Jahr 2004 bestimmt. So war davon auszugehen, dass sowohl vollständige Patientenakten in den Archiven vorlagen als auch ein Zeitfenster bearbeitet werden konnte, welches den „Regelfall“ einer Patientenbetreuung abbildete. Nach 2004 erfolgte eine Modulation der Patientenbetreuung mit Gewalthintergrund am UKD durch den Aufbau einer interdisziplinären Arbeitsgruppe und eines neuen vernetzten Konzepts unter Implementierung einer Gewaltopferambulanz am Institut für Rechtsmedizin im UKD.

3.2 Methode

Zur Vorbereitung eines Datenbogens für die anonymisierte Datenerhebung und Auswertung wurde zunächst eine Stichwortsammlung für die Fallauswertung aus den Krankenakten erstellt. Als Basis hierfür dienten Erhebungsbögen aus ähnlichen Studien der Rechtsmedizin Hamburg und Köln (Seifert et al. 2006 a, Päsler 2010). Den so zusammengestellten Variablen wurden übergeordnete Begriffe zugeordnet, in einem Fragenkatalog strukturiert und stichwortartig zusammengefasst. Dieser Fragenkatalog wurde als schriftliche Dokumentationsvorlage für die Auswertung von Patientenakten genutzt. Auf weitere Details wird noch unter 3.3 „Exzerptbogen“ näher eingegangen.

Der Exzerptbogen wurde in einer studentischen Arbeitsgruppe gemeinsam erarbeitet, denn in den getrennt zu bearbeitenden Bereichen Unfallchirurgie, Gynäkologie, Pädiatrie, Psychosomatik, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sollten die vorhandenen Patientenunterlagen nach einem einheitlichen Schema ausgewertet werden, um eine konsistente Datenbank zu erhalten, die eine Vergleichbarkeit unterein-

ander sowie mit zwei entsprechenden Untersuchungen in Hamburg und Köln ermöglichen sollte.

Nach einem Pre-Test dieses Auswertungsschemas anhand von beispielhaften Auswertungen von je 20 zufällig ausgewählten Patientenakten pro Klinikbereich wurde der Exzerptbogen für eine optimierte Auswertung abschließend bearbeitet. Auf Grundlage dieser Endversion wurde analog eine PC-gestützte Datenmaske für die Eingabe erstellt, in die dann die extrahierten Falldaten eingegeben wurden. Die so erstellte Datenbank ermöglichte eine EDV-gestützte Auswertung der zusammengestellten Fakten.

In der vorliegenden Dissertation wurden Patientenakten aus dem Archiv der Kinderklinik des UKD und aus dem Archiv der KSA am EVK ausgewertet.

Um die Akten in die Auswertung aufnehmen zu dürfen, galt die schriftliche Dokumentation einer gesicherten Form von Kindesmisshandlung als Voraussetzung. Dieses Auswahlkriterium wurde durch die Ethikkommission der medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf festgelegt. Es sollte zu keiner nachträglichen, subjektiven Wertung auf alleiniger Basis der Patientenakten kommen. Unter dieser Maßgabe liegt für das Projekt ein positives Ethikvotum (Studiennummer 2783 Votum vom 08.09.2006) vor. In die Datenmaske wurden daher im Rahmen der eigenen Durchsicht nur solche Fälle aufgenommen, bei denen ein Erleben körperlicher Gewalt, sexuellen Missbrauchs, psychischer Misshandlung und/oder Vernachlässigung in den eingesehenen Unterlagen gesichert waren. Als gesichert galten unter Berücksichtigung der oben genannten Vorgaben solche Fälle, bei denen eine schriftliche Dokumentation von Verdachtsäußerungen und/ oder gestellte Diagnosen durch behandelnde Ärzte, Krankenschwestern oder andere Personen in Anamnesebögen, Arztbriefen, Sitzungsprotokollen psychologischer Sitzungen, Stationskurven und/oder Untersuchungsprotokollen gefunden wurden.

In der Kinderklinik des UKD wurden die zu sichtenden Akten anhand eines stationären Aufenthaltes vorselektiert, da hier das Klinikprozedere bei Verdachtsfällen von Missbrauch bzw. Misshandlung in der Regel eine stationäre Aufnahme vorsieht. Eine aufgrund von Mehrfachaufenthalten einzelner Patienten umfangreiche Fallliste wurde freundlicherweise von der Klinikverwaltung des UKD zur Verfügung gestellt. Aus dieser Liste konnten die Fälle auf einzelne Patienten reduziert werden. Eine weitere Selektion der Akten wurde nun anhand möglicher Diagnosen bei Kindesmisshandlung

getroffen, die nach ICD-10-2004 kodierten waren. Hierzu wurde der gesamte ICD-10-2004 Katalog nach relevanten Diagnosen durchsucht. Dazu zählen insbesondere Ziffern der Kapitel „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“, „Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität“ und einzelne Ziffern des Kapitels „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ und des Kapitels „Psychische und Verhaltensstörungen“. Nach dieser Selektion wurden letztendlich 542 Akten gesichtet, von denen unter Berücksichtigung der Einstellungskriterien 10 ausgewertet werden konnten.

In der Kinderschutzambulanz des EVK wurden im Jahr 2004 insgesamt 290 Fälle bearbeitet. Nach Sichtung dieser Akten, analog zur Sichtung der Akten der Kinderklinik, konnten 88 Fälle ausgewertet werden. 167 Akten waren für diese Fallanalyse nicht auswertbar. Als nicht auswertbar galten Fälle von Zeugenschaft familiärer Gewalt, unvollständige Akten, nicht bestätigter Verdacht auf Misshandlung und Fälle, bei denen Mitarbeiter der KSA lediglich als Gutachter vom Gericht eingesetzt wurden und keine eigentliche Patientenakte vorhanden war. Die restlichen 35 Fälle waren nicht auffindbar oder nur Erstmeldungen, ohne dass es zu einer tatsächlichen Behandlung bzw. weiteren Erfassung von Fakten in der KSA des EVK kam.

Die hohe Zahl an nicht auswertbaren Akten ergibt sich auch aus der breiteren Klientel der KSA. Hier werden zusätzlich zu bereits gesicherten Fällen von innerfamiliärer Gewalt auch Familien beraten, in denen verschiedenste Problemkonstellationen vorliegen (z.B. gewalttätiger Vater, sozial schlecht situierte Familien). Die KSA hat, anders als das UKD, neben dem therapeutischen/kurativen Ziel auch explizit eine beratende sowie eine gutachterliche Funktion.

Anhand der aufgenommenen Fälle wurde mit dem elektronischen Exzerptbogen eine Datenbank erstellt. Diese wurde mit dem Statistikprogramm SPSS Version 15.0 (Statistical Package for the Social Sciences, Studentenlizenz der Universität Düsseldorf) und Microsoft Excel 2007 ausgewertet. Aufgrund der geringen Fallzahl erfolgte diese Auswertung rein deskriptiv. Die Schriftfassung der Dissertation erfolgte in Microsoft Word 2003.

Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen wurden durch die anonymisierte Datenerfassung und Auswertung sowie durch eine persönliche Verschwiegenheitserklärung durch die Akteneinsicht nehmende Person eingehalten.

3.3 Exzerptbogen

Das Grundgerüst für die zusammengestellten Items bildeten Erhebungsbögen aus ähnlichen Studien in Hamburg (Seifert 2006 a). und Köln (Päsler 2010). Diese wurden dann an die Fragestellungen im aktuellen Projekt angepasst. So sollte zum einen eine Vergleichbarkeit mit anderen Erhebungen gewährleistet sein; zum anderen konnte so für alle hiesigen klinischen Erhebungen im Sinne eines Ist-Stands an der Uniklinik Düsseldorf für das Jahr 2004 eine gleichartige Datenerfassung erfolgen. Die Daten beziehen sich auf Fallzahlen, Geschlechterverteilung, Art und Zusammenhänge zwischen verschiedenen Gewaltformen, deren Erscheinungsform und der Art und Qualität der Befundssicherung an den verschiedenen Kliniken (Unfallchirurgie, Kinderklinik, Frauenklinik, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik).

Zunächst wurden Basisdaten zur Person (Alter, Geschlecht, Nationalität) aufgenommen, die vermutlich in jeder Krankenakte vorliegen sollten. Weitere Kernaspekte betrafen die Angaben zum Gewaltgeschehen, zur Diagnose und zum Zugangsweg in die medizinische Versorgung. Hierfür wurden folgende Items aufgenommen: Vorfall und Behandlung, Zeitintervall zwischen Ereignis und ärztlicher Vorstellung sowie Art der Erstversorgung. Neben den Basisdaten waren insbesondere rechtsmedizinische Aspekte von Interesse, wie Art der körperlichen Untersuchung mit Angaben genauer Verletzungslokalisationen (i. S. von Art und Qualität der Befunderhebung,) toxikologische Untersuchungen. Von besonderem Interesse waren abschließend die Besonderheiten im Zugang auf das und in der Inanspruchnahme des nicht-medizinischen Hilfeangebotes (Stichwort: Vermittlung in nachgelagerte Hilfeangebote).

In Bezug auf Kinder als Gewaltopfer wurden folgende Punkte ergänzt: Schulweg/Kindergartenweg als Ort der Gewalt, Untersuchungsbefund: Schütteltrauma, Verletzung retroaurikulär, gesamter Themenblock Vernachlässigung, Einschaltung des Jugendamtes, Unterbringung des Kindes, Nachsorge: Kinderschutzambulanz/Kinderberatungszentren, Unterbringung eines Kindes, Meldung an das Jugendamt, Familiensituation: Adoptivfamilie, Pflegefamilie, Heimunterbringung.

Der Exzerptbogen, welcher als Auswertungsinstrument genutzt wurde, besteht aus insgesamt 4 Hauptteilen und deren Unterpunkten und wird im Folgenden erläutert. In der unten stehenden Tabelle wurden einzelne Abschnitte und deren Fokus für die Aktenauswertung kurz zusammengefasst:

Exzerptbogen zur Aktenauswertung – Zusammenfassung* *Übersicht (Originalvorlage) siehe Anhang		
Fokus	Stichworte, Überbegriffe	Hintergrund
Opfer	Geschlecht, Nationalität, Alter	Basisfakten zur Person des Opfers
Geschehen und Zeitverhältnisse	Zeit des Vorfalls, Zeit der ärztlichen Vorstellung, Erstversorgung, besondere Umstände	Basisfakten zum Geschehen und zum Weg in ärztliche Versorgung
Beteiligte und Motivlage	Tatverdächtige/r, Anamnesequelle, Örtlichkeit des Vorfalls	Basisfakten zum Hergang
Gewalthandlung	Untersuchungsbefund, Behandlung, Qualitätsaspekte der Behandlung (forensisch)	Details zum Hergang und dessen Folgen, forensisch relevante Qualitätskriterien für die Befundssicherung
Betreuung	Spezifische Betreuung, Nachsorge, Anzeige, Jugendamt	Details zur ärztlichen Versorgung und Nachsorge unter dem „Opfer-Aspekt“
Psychische Befunde (dieser Teil wurde von den entsprechenden Doktoranden bearbeitet)	Besondere Aspekte zur Erfassung psychisch-psychiatrischer Befunde	Gesonderte Erhebung von Faktoren für die psychische, psychiatrische bzw. psychosomatische Beurteilung

Tab. 1: Inhaltszusammenfassung des Exzerptbogens

3.3.1 Teil 1-1: Opfer, Zeit und Erstversorgung

Teil 1-1 dient der Erfassung von Basisdaten zur geschädigten Person und der Erstvorstellung in einer medizinischen Einrichtung. Dazu gehören Geschlecht, Alter, Nationalität.

Bezüglich der Erstvorstellung wurden, soweit vorhanden, zeitliche Angaben zur Vorfallszeit und Behandlungszeit sowie zum Zeitintervall zwischen Vorfall und Behandlung aufgenommen.

Die Akten wurden nach Ort der Erstvorstellung, Art der medizinischen Einrichtung, Fachrichtung und Art, wie sich der Patient vorstellte bzw. vorgestellt wurde (privat gekommen, eingewiesen, mit Polizei, RTW) ausgewertet.

3.3.2 Teil 1-2: Gewaltgeschehen – Beteiligte und Motivlage

Hier wurden die Akten nach Angaben zu Alter, Geschlecht und Nationalität der beschuldigten Person/en, Art der Beziehung zwischen Opfer und Tatverdächtigem/er sowie Ort der Gewalt gesichtet. In besonderem Hinblick auf Kinder wurde hier noch der Weg zum Kindergarten oder zur Schule aufgenommen. Ebenfalls wurde der Stichpunkt Anamnesequelle (wer gab die Informationen?) hinzugenommen.

3.3.3 Teil 2-1: Beschreibung der Gewalt

Die Stichpunkte in diesem Teil dienten zur Beschreibung der vorliegenden Gewaltform. Zunächst erfolgt hier die Festlegung der erlebten Gewaltform sowie Ein- oder Mehrzeitigkeit der Vorfälle. Von rechtsmedizinischem Interesse sind hier vor allem die Angaben der Verletzungslokalisation und spezifische Verletzungen besonderer Gewaltformen wie z.B. das Vorliegen von Petechien und deren Lokalisation bei V. a. Strangulation. In diesem Abschnitt wurde im Hinblick auf Kinder als Opfer von Gewalt der Unterpunkt „Vernachlässigung“ hinzugenommen. Zuletzt wird in diesem Abschnitt festgehalten, ob eine Objektivierung der Gewalt vorliegt, d.h. ob die entsprechenden Untersuchungsbefunde in der Krankenakte zu finden waren.

3.3.4 Teil 2-2: Art der Befunderhebung

Teil 2 soll eine Einschätzung von Qualität und Art der Befunderhebung ermöglichen. Von besonderem rechtsmedizinischem Interesse ist hier die Art der Befunde: wurden Fotos angefertigt oder andere ergänzende Dokumentationen wie Körperschemata genutzt, wurde der Befund mit Worten so beschrieben, dass auch rechtsrelevante Fragen nach der Art und der Zeit der Einwirkung beantwortet werden könnten, wurden toxikologische Untersuchungen veranlasst? Wurden Konsile angemeldet und durchgeführt? Wurden Abstriche zur spezifischen Befundsicherung entnommen? Wurden die Rechtsmediziner der Uniklinik Düsseldorf hinzugezogen?

3.3.5 Teil 2-3: Weiteres Vorgehen und Nachsorge

Der 3. Abschnitt befasst sich mit den Fragen, inwieweit Hilfsangebote genutzt und Opfernachsorge angeboten wurden und ob Angaben zum weiteren rechtlichen Vorgehen dokumentiert waren (Anzeige, Verletzungsgutachten). In Bezug auf Kinder wurde hier ein Item „Meldung an das Jugendamt“ eingefügt. Ein anderer Unterpunkt sollte dazu dienen, die Häufigkeit von Auswirkungen des Gewaltschutzgesetzes von 2002 in Fällen häuslicher Gewalt zu erfassen (Stichpunkt: Wegweisung nach Gewaltschutzgesetz).

3.3.6 Teil 3: Besondere Hergangsumstände

Da ein Zusammenhang zwischen Substanzmissbrauch und/oder Vorerkrankungen und Gewalt diskutiert wird, wurden hier die Patientenakten auf Hinweise zum Konsumverhalten der Opfer und Tatverdächtigen ausgewertet; ebenso, wenn möglich, auf deren Vorerkrankungen.

3.3.7 Teil 4: Psychisch-psychiatrische Befundlage (oder Lebenssituation)

Teil 4 diente der Erhebung von psychisch-psychiatrischen Befunden und war somit Schwerpunkt für die Auswertung der Patientenakten aus den Psychiatrischen und Psychosomatischen Bereichen. Für die hier vorliegende Auswertung waren insbesondere die Angaben zur Lebenssituation des Opfers von vorrangiger Bedeutung. Dezierte kinder- oder jugendpsychiatrische Befunde wären bei entsprechender Angabe so dokumentierbar gewesen.

4 Ergebnisse

4.1 Kinderklinik des Universitätsklinikums Düsseldorf

4.1.1 Fallzahlen

Im Jahr 2004 wurden in der Kinderklinik des UKD insgesamt 25.303 Fälle im Alter von 0-18 Jahren ambulant behandelt und 6.815 Fälle stationär aufgenommen. Von den stationär aufgenommenen Fällen waren 3.687 Jungen und 3.128 Mädchen. Die hohen Fallzahlen resultieren aus über das gesamte Jahr verteilten Mehrfachbesuchen einzelner Patienten.

Altersverteilung Patienten UKD						
Jahre	Gesamt		männlich		weiblich	
0-3	3210	47%	1851	58%	1359	42%
4-6	973	14%	533	55%	440	45%
7-10	979	14%	500	51%	479	49%
11-14	911	13%	476	52%	435	48%
15-18	742	11%	327	44%	415	56%
Gesamt	6815	100%	3687	54%	3128	46%

Tab. 2: Altersverteilung Patienten UKD 2004

Nach Sichtung der gemäß oben genanntem Verfahren selektierten Akten konnten 10 Fälle in die Datenbank aufgenommen werden.

4.1.2 Einzelfalldarstellungen UKD

Aufgrund der geringen Fallzahl von $n = 10$ folgt an dieser Stelle eine Einzelfalldarstellung:

Übersicht UKD Fälle			
Fall Nr.	m/w	Alter (Jahre)	Art der Gewalt
Fall 1	M	0,16	Körperliche Misshandlung
Fall 2	M	0,33	Körperliche Misshandlung, Vernachlässigung
Fall 3	W	2	Körperliche Misshandlung
Fall 4	W	4	Sexueller Missbrauch
Fall 5	W	5	Körperliche und Seelische Misshandlung
Fall 6	M	7	Sexuelle Misshandlung
Fall 7	W	11	Körperliche Misshandlung
Fall 8	W	13	Seelische Misshandlung, Vernachlässigung
Fall 9	W	13	Körperliche Misshandlung
Fall 10	W	13	Körperliche und Seelische Gewalt, Überfall

Tab. 3: Übersichtstabelle Fälle UKD

FALL 1	
Opfer und Zeit	
Geschädigte/r	M, 2 Monate, deutsch
Lebenssituation	Bei Eltern lebend, ohne Geschwister
Zeitintervall zw. Vorfall und Klinikbesuch	<12h, privat gekommen
Erstversorgung	Uniklinik
Beteiligte und Motivlage	
Tatverdächtige/r	M,32 J, deutsch, Vater
Motiv	Überforderung, Kind. Zu lang geschrien
Ort der Gewalt	Häusliche Umgebung
Anamnese	Nach Angaben d. Eltern
Beschreibung der Gewalt, Befunde	
Art der Gewalt	Körperliche Misshandlung (ohne Werkzeug), einmalig
Untersuchungsbefunde	Hämatome a. d. Ohren bds.
Art der Befunderhebung/ ärztl. Maßnahmen	
Diagnosesicherung	Bildgebende Diagnostik
Foto/Schemazeichnung	Foto, keine Schemazeichnung
Konsile	HNO, Augenklinik, Rechtsmedizin
Dokumentation	Durch Klinikarzt
Teil 2.3 Weiteres Vorgehen, Nachsorge	

Weitere Versorgung	Medizinisch stationär, Unterbringung v. Kind und Mutter in Kinder- und Jugendschutzeinrichtung
Polizeiliche Anzeige	Nein
Meldung an das Jugendamt	Ja, durch Ärzte
Klinikeigener Sozialdienst eingeschaltet	Ja
Teil 3 Besondere Hergangsumstände	
Konsumverhalten beschuldigte Person	k. A.
Vorerkrankungen beschuldigte Person	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ

Tab. 4: Fall Nr. 1 UKD

FALL 2	
Opfer und Zeit	
Geschädigte/r	m, 4 Monate, türkisch
Lebenssituation	Bei Mutter lebend, 2 Geschwister
Zeitintervall zw. Vorfall und Klinikbesuch	<12h, Einweisung
Erstversorgung	Niedergelassener Kinderarzt
Beteiligte und Motivlage	
Tatverdächtige/r	W, 23 J, türkisch, Mutter
Motiv	Überforderung
Ort der Gewalt	Häusliche Umgebung
Anamnese	Nach Angaben der Tante und der einweisenden Ärztin
Beschreibung der Gewalt, Befunde	
Art der Gewalt	Körperliche Misshandlung (ohne Werkzeug), Vernachlässigung Wiederholtes Ereignis
Untersuchungsbefunde	Bekleidung unangepasst und ungepflegt, Pflegemangel, Intellektueller Entwicklungsrückstand
Art der Befunderhebung/ ärztl. Maßnahmen	
Diagnosesicherung	Befundbeschreibung in Worten

	(Arztbrief)
Foto/Schemazeichnung	Nein
Konsile	Nein
Dokumentation	Durch Klinikarzt
Teil 2.3 Weiteres Vorgehen, Nachsorge	
Weitere Versorgung	Vorübergehend Pflegefamilie
Polizeiliche Anzeige	Nein
Meldung an das Jugendamt	Ja, durch Arzt
Klinikeigener Sozialdienst eingeschaltet	Ja
Teil 3 Besondere Hergangsumstände	
Konsumverhalten beschuldigte Person	k. A.
Vorerkrankungen beschuldigte Person	k. A.

Tab. 5: Fall Nr. 2 UKD

FALL 3	
Opfer und Zeit	
Geschädigte/r	W, 2 J, deutsch
Lebenssituation	Bei Mutter lebend, ohne Geschwister
Zeitintervall zw. Vorfall und Klinikbesuch	< 24h-3Tage, Einweisung
Erstversorgung	Niedergelassener Kinderarzt
Beteiligte und Motivlage	
Tatverdächtige/r	M, k. A., deutsch bekannte Person (Partner der Mutter)
Motiv	Anderer Konflikt, hohe Gewaltbereitschaft
Ort der Gewalt	Häusliche Umgebung
Anamnese	Nach Angaben Dritter und der Eltern
Beschreibung der Gewalt, Befunde	
Art der Gewalt	Körperliche Misshandlung (m. Werkzeug), mehrmaliges Ereignis
Untersuchungsbefunde	Doppelstriemen-Hämatom Gesicht und Oberschenkel; Fraktur des proximalen Femur; Griffspuren ohne Angabe der Lokalisation

Art der Befunderhebung/ ärztl. Maßnahmen	
Diagnosesicherung	Bildgebende Diagnostik, Befunde genau beschrieben
Foto/Schemazeichnung	Foto, keine Schemazeichnung
Konsile	HNO, Augenklinik, Hämatologie, Rechtsmedizin => Befunde nicht in der Akte
Dokumentation	durch Klinikarzt, Akte lückenhaft (kein Arztbrief in der Akte, keine Befunde der Konsile)
Teil 2.3 Weiteres Vorgehen, Nachsorge	
Weitere Versorgung	medizinisch stationär, Opferhilfe, Kontaktverbot zur beschuldigten Person
Polizeiliche Anzeige	ja, während der Behandlung durch Dritte (niedergel. Arzt)
Spezifische Befunderhebung	Verletzungsgutachten, Auftraggeber: UKD
Meldung an das Jugendamt	Ja, durch Ärzte
Klinikeigener Sozialdienst eingeschaltet	Ja
Teil 3 Besondere Hergangsumstände	
Konsumverhalten beschuldigte Person	k. A.
Vorerkrankungen beschuldigte Person	k. A.

Tab. 6: Fall Nr. 3 UKD

FALL 4	
Opfer und Zeit	
Geschädigte/r	W, 4J, deutsch
Lebenssituation	Bei Mutter lebend, ohne Geschwister
Zeitintervall zw. Vorfall und Klinikbesuch	12-24h, privat gekommen
Erstversorgung	Uniklinik
Beteiligte und Motivlage	
Tatverdächtige/r	M, 35 J, deutsch, Vater
Motiv	Sexuelles Motiv
Ort der Gewalt	Häusliche Umgebung
Anamnese	Nach Angaben der Mutter und der Oma
Beschreibung der Gewalt, Befunde	
Art der Gewalt	sexueller Missbrauch, mehrmaliges Ereignis
Untersuchungsbefunde	Unterlagen in der KSA des EVK
Sonderform Sexualdelikt	Manuelle Manipulation nachts im Beisein der Mutter
Art der Befunderhebung/ ärztl. Maßnahmen	
Diagnosesicherung	Gynäkologisches Konsil, Anamnesebogen
Foto/Schemazeichnung	nein
Konsile	Gynäkologie => Ergebnisse

	nicht in der Akte
Dokumentation	durch Klinikarzt
Teil 2.3 Weiteres Vorgehen, Nachsorge	
Weitere Versorgung	medizinisch stationär, psychologisch-psychiatrische Versorgung ambulant, Kinderschutzambulanz des EVK
Polizeiliche Anzeige	k. A.
Spezifische Befunderhebung	k. A.
Meldung an das Jugendamt	k. A.
Klinikeigener Sozialdienst eingeschaltet	Ja
Teil 3 Besondere Hergangsumstände	
Konsumverhalten beschuldigte Person	k. A.
Vorerkrankungen beschuldigte Person	k. A.

Tab. 7: Fall Nr. 4 UKD

FALL 5	
Opfer und Zeit	
Geschädigte/r	W, 5 J, deutsch
Lebenssituation	Bei Eltern lebend, mit Geschwistern
Zeitintervall zw. Vorfall und Klinikbesuch	Monate, privat gekommen
Erstversorgung	Uniklinik
Beteiligte und Motivlage	
Tatverdächtige/r	W, k. A., k. A., Au-Pair Mädchen
Motiv	Hohe Gewaltbereitschaft, Überforderung
Ort der Gewalt	Häusliche Umgebung
Anamnese	Nach Angaben der Geschwister und Eltern
Beschreibung der Gewalt, Befunde	
Art der Gewalt	seelische Misshandlung, körperliche Misshandlung (mit und ohne Werkzeug), mehrmaliges Ereignis über Monate
Untersuchungsbefunde	Keine Beurteilung möglich, zu lange her
Art der Befunderhebung/ ärztl. Maßnahmen	
Diagnosesicherung	Bildgebende Diagnostik, Aus-

	schluss organischer Verletzungen
Foto/Schemazeichnung	Nein
Konsile	Gynäkologie
Dokumentation	Durch Klinikarzt, Unterlagen z. T. in der KSA
Teil 2.3 Weiteres Vorgehen, Nachsorge	
Weitere Versorgung	Medizinisch stationär und ambulant, Überweisung an KSA
Polizeiliche Anzeige	Ja
Meldung an das Jugendamt	Ja, durch Familie
Klinikeigener Sozialdienst eingeschaltet	k. A.
Teil 3 Besondere Hergangsumstände	
Konsumverhalten beschuldigte Person	k. A.
Vorerkrankungen beschuldigte Person	k. A.

Tab. 8: Fall Nr. 5 UKD

FALL 6	
Opfer und Zeit	
Geschädigte/r	M, 7J, deutsch
Lebenssituation	Bei Eltern lebend, ohne Geschwister
Zeitintervall zw. Vorfall und Klinikbesuch	12-24 Std., privat gekommen
Erstversorgung	Uniklinik
Beteiligte und Motivlage	
Tatverdächtige/r	M, fremd
Motiv	Sexuelles Motiv
Ort der Gewalt	Öffentliche Umgebung
Anamnese	Nach Angaben des Opfers und der Eltern
Beschreibung der Gewalt, Befunde	
Art der Gewalt	Sexuelle Misshandlung, einmaliges Ereignis
Untersuchungsbefunde	Keine Verletzungszeichen
SONDERFORM Sexualdelikt	
Art des Geschlechtsverkehrs	Anal
Manuelle Manipulation	Ja
Kondom	k. A.
Samenerguss	Ja
Anogenitale Symptome	Keine
Extragenitale Verletzungen	keine

Baden/Duschen nach dem Vorfall	Ja
Art der Befunderhebung/ ärztl. Maßnahmen	
Diagnosesicherung	Schriftliche Befunde, Dokumentation
Foto/Schemazeichnung	Nein
Laborchemische Untersuchungen	HIV negativ
Spurensicherung	Abstriche von der KRIPO entnommen
Konsile	k. A.
Dokumentation	Durch Klinikarzt, Unterlagen z. T. bei KRIPO
Teil 2.3 Weiteres Vorgehen, Nachsorge	
Weitere Versorgung	Medizinisch stationär, psychologisch-psychiatrisch ambulant
Polizeiliche Anzeige	Ja, liegt bei Behandlung vor, durch Mutter
Meldung an das Jugendamt	Ja, Familie dort schon bekannt
Klinikeigener Sozialdienst eingeschaltet	k. A.
Teil 3 Besondere Hergangsumstände	
Konsumverhalten beschuldigte Person	k. A.
Vorerkrankungen beschuldigte Person	k. A.

Tab. 9: Fall Nr. 6 UKD

FALL 7	
Opfer und Zeit	
Geschädigte/r	W, 11 J, türkisch
Lebenssituation	Bei Eltern lebend, 2 Geschwister
Zeitintervall zw. Vorfall und Klinikbesuch	k. A., privat gekommen
Erstversorgung	Uniklinik, Dermatologie dann Kinderklinik
Beteiligte und Motivlage	
Tatverdächtige/r	M, 18 J, türkisch, Bruder
Motiv	Hohe Gewaltbereitschaft
Ort der Gewalt	Häusliche Umgebung
Anamnese	Nach Angaben der geschädigten Person und Familie => Angaben widersprüchlich, passen nicht zur Verletzung
Beschreibung der Gewalt, Befunde	
Art der Gewalt	Körperliche Misshandlung (ohne Werkzeug), einmaliges Ereignis
Untersuchungsbefunde	Stumpfe, ungeformte Gewalt; Hämatom an Unterarm und Oberschenkel

Art der Befunderhebung/ ärztl. Maßnahmen	
Diagnosesicherung	Schriftliche Befunddokumentation
Foto/Schemazeichnung	Nicht i. d. Akte, Aufnahme des Fotos dokumentiert
Konsile	HNO, Psychologisch, Rechtsmedizin => Befunde nicht in der Akte
Dokumentation	Durch Klinikarzt, Arztbrief
Teil 2.3 Weiteres Vorgehen, Nachsorge	
Weitere Versorgung	Medizinisch stationär und ambulant
Polizeiliche Anzeige	Nein
Meldung an das Jugendamt	Ja, durch Sozialdienst
Klinikeigener Sozialdienst eingeschaltet	Ja
Teil 3 Besondere Hergangsumstände	
Konsumverhalten beschuldigte Person	k. A.
Vorerkrankungen beschuldigte Person	k. A.

Tab. 10: Fall Nr. 7 UKD

FALL 8	
Opfer und Zeit	
Geschädigte/r	W, 13 J, deutsch
Lebenssituation	Bei Onkel lebend, ohne Geschwister, Mutter im Gefängnis
Zeitintervall zw. Vorfall und Klinikbesuch	< 12h, privat gekommen
Erstversorgung	Uniklinik
Beteiligte und Motivlage	
Tatverdächtige/r	M, deutsch, Onkel
Motiv	Interesselosigkeit, kümmert sich nicht um Kind
Ort der Gewalt	Häusliche Umgebung
Anamnese	Nach Angabe des Opfers
Beschreibung der Gewalt, Befunde	
Art der Gewalt	Seelische Misshandlung, Vernachlässigung
Untersuchungsbefunde	k. A.
Spezifische Befunde	Unterernährung (BMI 18,75); Ungepflegte Kleidung, körperlicher Pflegemangel
Art der Befunderhebung/ ärztl. Maßnahmen	
Diagnosesicherung	Schriftliche Befunddokumentation
Foto/Schemazeichnung	Ja

Laborchemische Untersuchung	Drogenscreening: Cannabinoide positiv
Konsile	Rechtsmedizin
Dokumentation	Durch Klinikarzt
Teil 2.3 Weiteres Vorgehen, Nachsorge	
Weitere Versorgung	Medizinisch stationär, psychologisch-psychiatrisch ambulant
Polizeiliche Anzeige	Nein
Meldung an das Jugendamt	Ja, durch Ärzte
Klinikeigener Sozialdienst eingeschaltet	Ja
Teil 3 Besondere Hergangsumstände	
Konsumverhalten geschädigte Person	Akut und chronisch Drogen (Cannabis)
Konsumverhalten beschuldigte Person	k. A.
Vorerkrankungen beschuldigte Person	k. A.

Tab. 11: Fall Nr. 8 UKD

FALL 9	
Opfer und Zeit	
Geschädigte/r	W, 13 J, deutsch
Lebenssituation	Bei Mutter und Stiefvater lebend, 2 Geschwister
Zeitintervall zw. Vorfall und Klinikbesuch	<12Std., privat gekommen
Erstversorgung	Uniklinik
Beteiligte und Motivlage	
Tatverdächtige/r	M, 32 J, deutsch, Vater
Motiv	Elternstreit, hohe Gewaltbereitschaft
Ort der Gewalt	Häusliche Umgebung
Anamnese	Nach Angaben der geschädigten Person
Beschreibung der Gewalt, Befunde	
Art der Gewalt	Körperliche Misshandlung (ohne Werkzeug), einmaliges Ereignis
Untersuchungsbefunde	Stumpfe ungeformte Gewalt, Hämatom im Gesicht, Ritzverletzung (selbst beigesetzt), Commotio cerebri (SHT I°)

Art der Befunderhebung/ ärztl. Maßnahmen	
Diagnosesicherung	Schriftliche Befunddokumentation
Foto/Schemazeichnung	Nein
Konsile	Augenklinik
Dokumentation	Durch Klinikarzt
Teil 2.3 Weiteres Vorgehen, Nachsorge	
Weitere Versorgung	Medizinisch stationär sonst k. A.
Polizeiliche Anzeige	k. A.
Meldung an das Jugendamt	Ja, durch k. A.
Klinikeigener Sozialdienst eingeschaltet	Ja
Teil 3 Besondere Hergangsumstände	
Konsumverhalten beschuldigte Person	k. A.
Vorerkrankungen beschuldigte Person	k. A.

Tab. 12: Fall Nr. 9 UKD

FALL 10	
Opfer und Zeit	
Geschädigte/r	W, 13 J , deutsch
Lebenssituation	Im Heim lebend, ohne Geschwister
Zeitintervall zw. Vorfall und Klinikbesuch	<12 Std., mit RTW gekommen
Erstversorgung	Uniklinik, erst Unfallchirurgie dann Kinderklinik
Beteiligte und Motivlage	
Tatverdächtige/r	M, zwischen 18-19 J, drei Tatverdächtige, fremd
Motiv	Materielle Bereicherung, hohe Gewaltbereitschaft
Ort der Gewalt	Öffentliche Umgebung
Anamnese	Nach Angaben des Opfers
Beschreibung der Gewalt, Befunde	
Art der Gewalt	Körperliche Gewalt, seelische Gewalt. Einmaliges Ereignis
Untersuchungsbefunde	Gesichtsprellungen, stumpfe ungeformte Gewalt gegen den Bauch
Art der Befunderhebung/ ärztl. Maßnahmen	
Diagnosesicherung	Bildgebende Diagnostik (Sonor, Röntgen, CCT)

Foto/Schemazeichnung	Ja
Konsile	Unfallchirurgie, Neurologie, Gynäkologie, HNO, Augenkl-nik, Rechtsmedizin => nur Ergebnisse Unfallchirurgisches Konsil in Akte)
Dokumentation	Durch Klinikarzt und Rechtsmedizin (Rechtsmedizinische Befunde nicht in der Akte)
Teil 2.3 Weiteres Vorgehen, Nachsorge	
Weitere Versorgung	Medizinisch stationär
Polizeiliche Anzeige	k. A.
Meldung an das Jugendamt	Ja, durch Dritte (schon bekannt)
Klinikeigener Sozialdienst eingeschaltet	Nein
Teil 3 Besondere Hergangsumstände	
Konsumverhalten beschuldigte Person	k. A.
Vorerkrankungen beschuldigte Person	k. A.

Tab. 13: Fall Nr. 10 UKD

4.1.3 Alter, Geschlecht und Nationalität

Opfer

Bei den in die Auswertung aufgenommenen Fällen handelt es sich um 10 Kinder mit schriftlich geäußertem Verdacht auf Kindesmisshandlung. Darunter fallen insgesamt zwei Säuglinge unter einem Jahr, ein Kind unter 3 Jahren, 2 Kinder im Alter von 4-6 Jahren und 5 Kinder im Alter von 7-14 Jahren. Sieben von 10 Opfern waren weiblich und 3 männlich. Von den 5 Kindern unter 14 Jahren waren 4 weiblich. Acht Kinder waren deutscher und 2 Kinder türkischer Herkunft.

Tatverdächtige/r

In den zehn Fällen wurden 12 Personen als „Schädiger“ verdächtigt. Davon waren 10 männlich und 2 weiblich. Sieben Mal fanden sich Angaben zum Alter des Tatverdächtigen, vier davon waren 18 Jahre alt, zwei zwischen 30-35 Jahren und einer 23 Jahre alt. Von den 12 Schädigern waren 2 deutscher und 2 türkischer Herkunft. Acht Mal gab es über die Nationalität des Tatverdächtigen keine Angaben.

4.1.4 Art der Beziehung zwischen Opfer und Schädiger

Die Angaben zur Beziehung zwischen Opfer und Schädiger ergaben, dass in 5 Fällen Verwandte 1. Grades (3x Vater, 1x Mutter, 1x Bruder), in einem Fall Verwandte 2. Grades (Onkel), in einem Fall der Partner der Mutter, in einem Fall ein Au-pair-Mädchen und in zwei Fällen Unbekannte die Schädiger waren.

4.1.5 Angaben zum Gewaltgeschehen und Zeitverhältnisse

Zeitverhältnisse

Vier Kinder kamen in einem Zeitfenster von unter 12 Stunden nach dem Vorfall. Zwei Kinder wurden zwischen 12-24 Std. nach der Tat vorgestellt. Ein Kind kam in der Zeit

von 24 Stunden bis 3 Tage nach dem Vorfall, bei drei Kindern war der Zeitpunkt des Gewalterlebens nicht angegeben.

Erstversorgung

Vier der Opfer wurden von einem anderen Arzt eingewiesen, sechs kamen privat, also auf Veranlassung von Sorgeberechtigten, oder aus eigener Veranlassung (siehe Fall Nr. 9). Von den eingewiesenen Patienten kamen zwei vom niedergelassenen Kinderarzt, eines aus der Dermatologie der Uniklinik und eines per RTW. Das Kind, welches per RTW kam, war Opfer eines Überfalls in einem Park.

Motivlage

In Tabelle 14 sind die Motive für Gewaltanwendung aufgezählt. Es kam zweimal zu sexuellem Missbrauch mit entsprechendem Motiv, einmal zu einem Überfall mit materiellem Motiv. Überforderung konnte 4 Mal und hohe Gewaltbereitschaft 5 Mal als Ursache genannt werden. Zu beachten ist, dass es auch hier Mehrfachnennungen gab.

Ort			
Motiv	Gesamt	m	w
Sexuelles Motiv	2	1	1
Materielle Bereicherung	1		1
Überforderung	4	2	2
Hohe Gewaltbereitschaft	5	1	4
Gesamt	12	4	8

Tab. 14: Motiv für Gewaltanwendung UKD

*Anmerkung: Die Gesamtzahl 12 resultiert daraus, dass manche Kinder mehrere Formen der Gewalt erlebten und/oder mehrere Motive ermittelt wurden.

In 8 von 10 Fällen wurden die Kinder in häuslicher Umgebung misshandelt, zweimal in öffentlicher Umgebung.

4.1.6 Formen der Gewalt, erhobene Untersuchungsbefunde

Im Folgenden werden die einzelnen Formen von Gewalt hinsichtlich ihrer Befunddokumentation beschrieben. Es ist zu beachten, dass einige Kinder gleichzeitig Opfer verschiedener Formen von Gewalt wurden, wodurch die Gesamtfallzahl von 10 überschritten sein kann.

Körperliche Gewalt

Von zehn Fällen handelte es sich 7 Mal um körperliche Gewalt gegen das Kind. Zwei der Opfer waren männlich.

In 4 Fällen wurde der körperliche Untersuchungsbefund in Hinblick auf Verletzungen genauer beschrieben. Hämatome wurden zweimal im Gesicht, einmal am Oberschenkel und einmal am Bauch dokumentiert. In einem Fall wurde eine Oberschenkelfraktur bei einem 2-jährigen, weiblichen Kind diagnostiziert (s. Fall Nr.3), und in einem anderen Fall fanden sich Griffspuren am Ohr mit Hämatom hinter und im Ohr. Die Diagnose eines Schädel-Hirn-Traumas I° wurde einmal gestellt, dies bei einem 13-jährigen Mädchen (s. Fall Nr.10).

Die Aufnahme von Fotos war in 4 von 7 Fällen dokumentiert. Die entsprechenden Bilder lagen in 2 Fällen nicht in der Akte.

Sexuelle Gewalt

In den zwei oben schon erwähnten Fällen sexueller Gewalt handelte es sich einmal um manuelle Manipulation des leiblichen Vaters an seiner 4-jährigen Tochter und einmal um Vergewaltigung eines 7-jährigen Jungen durch einen Fremden (s. Fälle Nr. 4 und 6).

Dokumentationen körperlicher Untersuchungen waren in beiden Fällen nicht in der Akte zu finden. Jedoch fanden sich im Fall der Vergewaltigung Hinweise auf den Verbleib der Unterlagen bei der Kriminalpolizei. Die Entnahme von oralen und analen Abstrichen wurde schriftlich in der Akte dokumentiert.

Im Fall der manuellen Manipulation wurde laut schriftlicher Dokumentation ein Konsil in der Gynäkologie der Uniklinik durchgeführt. Dessen Ergebnisse waren aber nicht in der Akte zu finden.

Seelische Gewalt

Drei der 10 Kinder wurden Opfer seelischer Gewalt (s. Fälle Nr. 5, 8, 10). Eines davon wurde emotional und körperlich vernachlässigt, zwei wurden bedroht und gedemütigt.

Vernachlässigung

Als vernachlässigt wurden 2 von 10 Kindern bezeichnet (s. Fälle Nr. 2 und 8). Diese waren 4 Monate, weiblich und türkischer Herkunft sowie 13 Jahre, weiblich und deutscher Herkunft. Beide Kinder waren unterernährt, ungepflegt und wiesen einen körperlichen sowie intellektuellen Entwicklungsrückstand auf. Das 4 Monate alte Mädchen war im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung beim niedergelassenen Kinderarzt auffällig und in die Uniklinik überwiesen worden. Das andere Kind kam mit anderer Einweisungsdiagnose und fiel im Rahmen des stationären Aufenthaltes auf.

4.1.7 Befunderhebung, Dokumentation

In allen Fällen lagen schriftliche Unterlagen zur Objektivierung der Gewalt vor. Hierzu zählten Arztbriefe, Anamnese- und Untersuchungsbögen, Konsilscheine, Stationskurven und Schwesternprotokolle.

In 4 von 7 Fällen körperlicher Gewalt wurde beschrieben, wo sich welche Verletzungen befanden. Ein Mal davon wurden Größe, Form, Farbe und Rand genauer beschrieben. In 4 Akten gab es Hinweise auf Fotos. Zwei Mal lagen die Bilder in der Akte. Drei Mal wurde eine sonographische Untersuchung gemacht und in einem Fall eine Röntgenaufnahme und ein CT. Es wurde keine Schemazeichnung angefertigt.

Bei 8 Kindern wurden Konsile angeordnet, davon 4 bei der Rechtsmedizin, 4 in der Augenklinik, 4 in der Hals-Nasen-Ohren-Klinik, 3 in der Gynäkologie, eins in der Neurologie und eins in der Zahnklinik. Bei diesen insgesamt 17 Konsilen fanden sich nur 7 Mal Unterlagen zu den Ergebnissen in der Akte.

In 5 von zehn Fällen wurde die Diagnose im Arztbrief festgehalten.

4.1.8 Weitere Opferversorgung, Nachsorge, weiteres Vorgehen

Alle Kinder wurden nach dem stationären Aufenthalt in der Uniklinik in anderen Hilfe-einrichtungen weiterversorgt. Drei Kinder erhielten eine ambulante, psychologische Therapie.

7 Kinder wurden nach dem stationären Aufenthalt in ihre Familien entlassen. Ein Kind wurde mit seiner Mutter in das Raphael-Haus (Mutter-Kind-Heim) aufgenommen, ein Kind vorerst in einer Pflegefamilie und eines in einer betreuten Jugendwohngruppe.

Vier Kinder wurden an die Kinderschutzambulanz des EVK überwiesen.

In drei Fällen entschied man sich zur Anzeige, davon zwei Mal während oder nach der Behandlung durch Dritte (s. Fälle Nr. 3 und 5). Einmal lag die Anzeige schon vor Beginn der Untersuchung vor (Fall 6).

6 von 10 Familien wurden dem Jugendamt neu gemeldet. 2 waren dort schon bekannt. Die Meldung erfolgte in 5 Fällen durch Ärzte, in 2 Fällen durch Andere, nicht näher bezeichnete. Einmal war der Melder nicht bekannt.

In 7 von 10 Fällen wurde der klinikeigene Sozialdienst eingeschaltet, in 2 Fällen gab es hierzu keine Angaben, jedoch waren diese Kinder schon beim Jugendamt bekannt.

4.1.9 Familiensituation

Vier Kinder lebten zusammen mit beiden Eltern, davon zwei mit und zwei ohne Geschwister. Von vier Kindern, die nur bei der Mutter lebten, lebten zwei mit und zwei ohne Geschwister. Ein Kind wohnte ohne Geschwister alleine bei anderen Verwandten. Ein Kind lebte im Heim.

In den Fällen, wo die Kinder alleine mit der Mutter lebten, handelte es sich immer um körperliche Misshandlung. In einem Fall einer alleinerziehenden Mutter mit mehreren Kindern war das betroffene Kind zusätzlich vernachlässigt.

4.2 Kinderschutzambulanz des Evangelischen Krankenhauses

Düsseldorf

4.2.1 Fallzahlen

Im Jahr 2004 wurden in der Kinderschutzambulanz des EVK insgesamt 290 Fälle gemeldet. Von diesen Fällen wurden 88 in die Datenbank aufgenommen.

4.2.2 Opfermerkmale: Alter, Geschlecht, und Nationalität

Altersverteilung und Geschlecht Opfer					
Jahre	Gesamt		männlich		Weiblich
<1	2	2 %	2	5 %	
2-3	11	13 %	2	5 %	9 19 %
4-6	13	15 %	6	15 %	7 15 %
7-14	55	63 %	29	70 %	26 55 %
15-18	4	5 %			4 9 %
k. A.	3	3 %	2	5 %	1 2 %
Gesamt	88	100 %	41	47 %	47 53 %

Tab. 15: Alter und Geschlecht Opfer KSA

Von den 88 Kindern waren 41 männlich und 47 weiblich. Der Altersgipfel befand sich mit 63 % bei einem Alter von 7-14 Jahren. Bei den weiblichen Opfern gibt es einen zweiten Gipfel im Alter von 2-3 Jahren.

Nationalität Opfer					
	Gesamt		männlich		Weiblich
deutsch	68	77 %	34	39 %	34 39 %
afrikanisch	4	5 %	1	1 %	3 3 %
osteuropäisch	5	6 %	3	3 %	2 2 %
westeuropäisch	2	2 %	2	2 %	
k. A.	9	10 %	1	1 %	8 9 %
Gesamt	88	100 %	41	47 %	47 53 %

Tab. 16: Nationalität der Opfer KSA

77 % der Opfer waren deutscher, 6 % osteuropäischer und 5 % afrikanischer Herkunft. Bei 10 % fehlte eine Angabe der Nationalität.

4.2.3 Tätermerkmale: Alter, Geschlecht, Nationalität

Alters- und Geschlechtsverteilung Beschuldigte						
	Gesamt		männlich		Weiblich	
<21	6	5%	5	5%	1	1%
21-30	19	17%	8	7%	11	10%
31-40	26	23%	18	16%	8	7%
41-50	10	9%	9	8%	1	1%
51-60	1	1%	1	1%		
>60	1	1%	1	1%		
k.A.	48	43%	35	32%	13	12%
Gesamt	111	100%	77	69%	34	31%

Tab. 17: Alter und Geschlecht Schädiger KSA

Von 111 Schädigern waren 77 männlich und 34 weiblich. Die Altersverteilung der Schädiger zeigt, dass die Mehrzahl mit 23 % zwischen 31-40 Jahre alt war. 45 % der Schädiger waren unter 40 Jahre alt. Bei 48 Fällen war das Alter der tatverdächtigen Person in den Akten nicht angegeben. Männliche Schädiger waren mit 69 % insgesamt um 38 % häufiger vertreten als weibliche Schädiger (31 %). Die erhöhte Zahl der Beschuldigten (111) im Verhältnis zu den betrachteten Fällen (88) resultiert aus der Beschuldigung mehrerer Personen im Rahmen eines Falles. Dies traf auf 23 Fälle zu. In 65 Fällen wurde eine Person beschuldigt, in 19 Fällen zwei Personen. Von diesen 19 Fällen waren 16 Mal beide leiblichen Elternteile die Schädiger ihres Kindes.

Anzahl beschuldigter Personen				
	Gesamt		m	w
1 Person	65	74 %	27	38
2 Personen	19	22 %	11	8
> 2 Personen	3	3 %	3	
k.A.	1	1 %	0	1
Gesamt	88	100 %	41	47

Tab. 18: Anzahl der Schädiger in Bezug auf das Geschlecht des Opfers

Nationalität Schädiger						
	Gesamt		männlich		weiblich	
deutsch	69	61 %	48	42 %	19	17 %
afrikanisch	6	5 %	4	4 %	2	2 %
osteuropäisch (türk., jugosl.)	8	7 %	3	3 %	5	4 %
westeuropäisch (ital., franz.)	3	3 %	2	2 %	1	1 %
k. A.	28	25 %	20	18 %	7	6 %
Gesamt	114	100 %	77	68 %	34	30 %

Tab. 19: Nationalität der Schädiger KSA

Analog der Nationalität der Opfer (s. Tab 16) bildeten deutsche Schädiger mit 61 % die größte Gruppe. 7 % der Schädiger waren osteuropäischer, 5 % afrikanischer und 3 % westeuropäischer Herkunft.

4.2.4 Art der Beziehung zwischen Opfer und Schädiger

Art der Beziehung						
	Gesamt		männlich		weiblich	
Verwandte	50	57%	26	63%	24	51%
- davon beide Eltern	16	32%	10	38%	6	25%
- davon nur Vater	14	28%	8	31%	6	25%
- davon nur Mutter	12	24%	7	27%	5	21%
- davon Andere (Cousin, Opa, Bruder)	8	16%	1	4%	7	29%
Bekannte Person	34	39%	13	32%	21	45%
- davon Partner der Mutter	10	29%	3	23%	7	33%
- davon Ex-Partner der Mutter	4	12%	2	15%	2	10%
- davon Ex-Mann der Tante	3	9%	1	8%	2	10%
- davon Au-Pair Mädchen	4	12%	1	8%	3	14%
- davon andere	5	15%	1	8%	4	19%
- davon k.A.	8	24%	5	38%	3	14%
Unbekannte Person	3	3%	1	2%	2	4%
k.A.	1	1%	1	2%		
Gesamt	88	100%	41	---	47	---

Tab. 20: Beziehung zwischen Opfer und schädigender Person

Die Auswertung ergab, dass in 96 % der Fälle das geschädigte Kind seinen Schädiger kannte. 57 % davon waren nächste Verwandte des Kindes. In 42 Fällen (47,7 %) handelte es sich bei den Schädigern um ein oder beide Elternteile.

4.2.5 Angaben zum Gewaltgeschehen und Zeitverhältnisse

Motivlage

Motiv	Opfer									
	Gesamt				männlich			weiblich		
	ja	nein	k.A.	in %	ja	nein	k.A.	ja	nein	k.A.
Beziehungskonflikt	13	74	1	13 %	9	32		4	42	1
Sexuelles Motiv	33	52	3	33 %	9	31	1	24	21	2
Materielle Bereicherung	1	85	2	1 %	1	39	1		46	1
Überforderung	27	59	2	27 %	16	24	1	11	35	1
hohe Gewaltbereitschaft	16	70	2	16 %	11	29	1	5	41	1
Anderer Konflikt	10	76	2	10 %	4	36	1	6	40	1
Gesamt	100	416	12	100 %	50	191	5	50	225	7

Tab. 21: Motiv für Kindesmisshandlung

Anmerkung: Die Zahl 100 ergibt sich aus der möglichen Mehrfachnennung von Konflikten. Z.B. Beziehungskonflikt und Überforderung. Deswegen ist die Fallzahl von 88 überschritten. Entscheidend ist, dass die Summe aus den Spalten „ja“, „nein“ und „k.A.“ in „Gesamt“ immer die Gesamtfallzahl von 88 ergibt.

Das häufigste Motiv für Gewalt an Mädchen war ein sexuelles Motiv (24 positive Angaben von 47 Mädchen), als zweithäufigstes Motiv fand sich eine Überforderung der gewaltanwendenden Person (11 positive Angaben von 47 Mädchen).

Für Gewalt an Jungen war Überforderung mit 16 positiven Antworten von 41 männlichen Opfern häufigstes Motiv. Zweithäufigstes Motiv war eine hohe Gewaltbereitschaft des Misshandelnden (11 positive Angaben von 41 Jungen).

Insgesamt waren ein sexuelles Motiv mit 33 %, Überforderung mit 27 % und hohe Gewaltbereitschaft mit 16 % die häufigsten Motive für Gewalt an Kindern.

Ort des Geschehens und Mehrzeitigkeit

Ort				
	Gesamt		m	w
Häusliche Umgebung	75	85 %	37	38
mehrfache Orte	10	11 %	2	8
Andere	2	2 %	1	1
k.A.	1	1 %	1	
Gesamt	88	100 %	41	47

Tab. 22: Ort des Vorfalls

Kinder wurden zu 85 % in häuslicher Umgebung Opfer von Gewalt. In 11 % der Fälle ereignete sich das Geschehen an unterschiedlichen Orten (z.B. häusliche Umgebung bzw. Öffentlichkeit).

Das Gewalterleben fand in 59 % der Fälle wiederholt statt und in 7 % handelte es sich um einen einmaligen Vorfall. Die Zeitspanne, in der den Kindern Gewalt widerfuhr, war bei 23 % kürzer als 12 Monate, bei 6 % 1-2 Jahre lang und bei 19 % länger als zwei Jahre.

Mehrzeitigkeit				
	Gesamt		m	w
Einmaliges Ereignis	6	7 %	2	4
Wiederholtes Ereignis	52	59 %	26	26
- innerhalb >12] Monate	12	23 %	4	8
- innerhalb]12-24] Monate	3	6 %	2	1
- innerhalb >24 Monate	10	19 %	5	5
- k.A.	27	52 %	15	12
k.A.	30	34 %	13	17
Gesamt	88	100 %	41	47

Tab. 23: Ein- und Mehrzeitigkeit

Erstversorgung

Medizinische Erstversorgung					
	Gesamt		männlich		weiblich
ja	29	33 %	11	27 %	18 38 %
- Uni-Klinik	7	24 %	1	9 %	6 33 %
- niedergelassen	10	34 %	4	36 %	6 33 %
- Notarzt	3	10 %	1	9 %	2 11 %
- andere Klinik	9	31 %	5	45 %	4 22 %
nein	35	40 %	17	41 %	18 38 %
k. A.	24	27 %	13	32 %	11 23 %
Gesamt	88	100 %	41	---	47 ---

Tab. 24: Erstversorgung des Opfers

Anmerkung: die "kleinen" Prozentwerte sind als relative Werte von dem vorher stehenden Wert zu lesen. Also: 7 von 29 Opfern haben die Uniklinik aufgesucht, oder 24 % derjenigen die einen Arzt aufgesucht haben, sind in die Uniklinik gegangen.

Von 88 Kindern wurden 35 Kinder direkt in der KSA vorgestellt. Bei 29 Kindern erfolgte anderweitig eine vorhergehende Versorgung im Sinne einer Erstversorgung, so zum Beispiel in 10 Fällen beim niedergelassenen Kinderarzt. 7 der Kinder wurden zuerst im UKD versorgt, davon drei in der Kinderklinik und zwei in der Gynäkologie; bei zweien war keine Fachrichtung angegeben. Neun Kinder wurden in anderen Kliniken und 3 von einem Notarzt zuerst behandelt. 35 Kinder kamen direkt in die KSA ohne Erstversorgung an anderer Stelle. Bei 24 Kindern fanden sich keine Angaben zur Erstversorgung.

4.2.6 Formen der Gewalt, erhobene Untersuchungsbefunde

Art und Häufigkeit der Gewalt				
	Gesamt		m	w
seelische Gewalt	46	30%	25	21
Körperlicher Missbrauch	43	28%	23	20
Vernachlässigung	28	19%	15	13
Sexueller Missbrauch	34	23%	9	25
Gesamt	151	100%	72	79

Tab. 25: Art und Häufigkeit der Gewalt

Anmerkung: Die Möglichkeit von kombinierten Gewaltformen ergibt eine höhere Gesamttopferzahl.

Häufigste erhobene Gewaltform war mit 30 % seelische Gewalt gefolgt von körperlichem Missbrauch (28 %), sexuellem Missbrauch (23 %) und Vernachlässigung (19 %). Hierbei ergibt sich eine höhere Gesamttopferzahl aufgrund der Möglichkeit kombinierter Gewaltformen.

Körperliche Gewalt

körperliche Misshandlung				
	Gesamt		m	w
Ja	43	49%	23	20
- davon ohne Werkzeug	18	42%	10	8
- davon mit Werkzeug	19	44%	10	9
- k.A.	6	14%	3	3
Nein	42	48%	17	25
k.A.	3	3%	1	2
Gesamt	88	100%	41	47

Tab. 26: Körperliche Misshandlung

Die erlebte Gewaltform war in 43 Fällen körperliche Gewalt, 19 Mal davon wurden Werkzeuge wie Gürtel, Schuhe und ähnliches angewendet. Jungen waren geringfügig häufiger betroffen als Mädchen.

Dezierte Beschreibungen der Lokalisation von Verletzungen durch körperliche Gewalt lagen in 10 Fällen vor. Die Lokalisationen der bei der Untersuchung festgestellten Befunde waren wie in Abbildung 1 dargestellt. Häufigste Lokalisationen waren Gesäß, Rücken, Oberschenkel und Gesicht. Die Mehrzahl der dokumentierten Verletzungen bestand aus Hämatomen (insgesamt 37), drei Mal fand man Frakturen und zwei Mal Abwehrspuren sowie stumpfe geformte Gewalt. Jeweils einmal wurden Tritts Spuren, Fesselungsspuren, Griffspuren, stumpfe ungeformte Gewalt sowie eine Riss-Quetschwunde dokumentiert.

Die Verletzungen wurden in nur 4 Fällen näher in Bezug auf Größe, Form u. ä. beschrieben. In keinem Fall lag eine Schemazeichnung bei. Fotos wurden in 3 Akten gefunden. Zur genaueren Art der Befunderhebung siehe Abschnitt 4.2.7 „Befunderhebung und Dokumentation“.

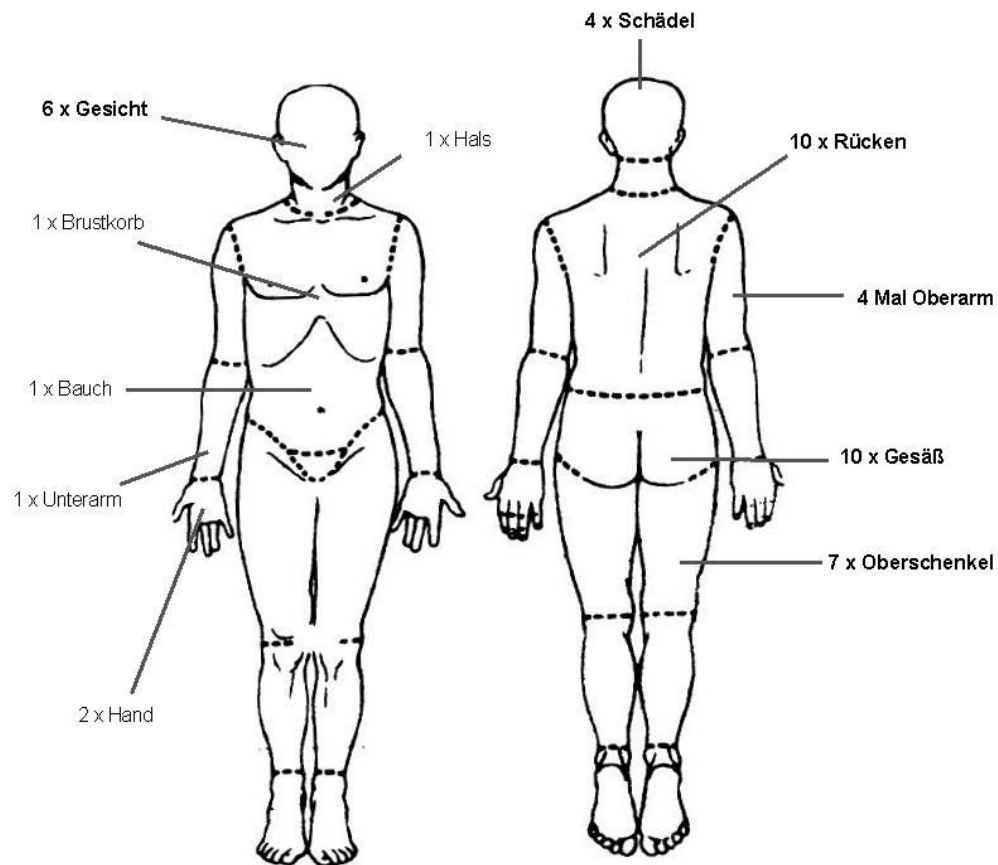


Abb. 1: Lokalisationen körperlicher Befunde, Body-Schema nach Herrmann, B. (2004, Kassel)

Sexuelle Gewalt

34 Kinder wurden Opfer sexueller Misshandlung. Von diesen Kindern waren 25 weiblich und 9 männlich.

Sexueller Missbrauch				
	Gesamt		m	w
ja	34	39%	9	25
nein	53	60%	32	21
k.A.	1	1%		1
Gesamt	88	100%	41	47

Tab. 27: Sexueller Missbrauch

Bei der näheren Auswertung der Beschreibung der erfahrenen sexualisierten Gewalt gaben 21 Kinder an, eine manuelle Manipulation erlebt zu haben, gefolgt von sexueller Nötigung wie zum Beispiel Pornofilme ansehen, beim Onanieren zusehen u. a. (20 %). In 16 Fällen kam es zum Geschlechtsverkehr, davon waren 13 Mal Mädchen betroffen.

Spezifizierung Sexualdelikt				
	Gesamt		m	w
GV Vaginal	9	24 %		9
GV Oral	4	11 %		4
GV Anal	3	8 %	3	
Nötigung	13			
Manuell	21	57 %	3	18
Gesamt	37	100 %	6	31

Tab. 28: Genauere Spezifizierung sexueller Übergriffe

Anmerkung: Die Zahl von 50 Sonderformen bei 34 Fällen sexueller Gewalt ergibt sich aus Kombinationen verschiedener Formen des Übergriffs.

Hinweise auf einen Samenerguss gab es in 12 Fällen, davon 3 Mal bei vaginalem, zwei Mal bei analem, einmal bei oralem Geschlechtsverkehr, 5 Mal bei manueller Manipulation und 1 Mal bei sexueller Nötigung in Form von Zusehen beim Onanieren.

Zusatzangaben bei Sexualdelikt				
	Gesamt		m	w
Kondom	1	7 %		1
Gleitmittel	1	7 %	1	
Samenerguss	12	86 %	3	9
Gesamt	14	100 %	4	10

Tab. 29: Zusatzangaben sexueller Übergriffe

Bei der Auswertung der Fälle sexualisierter Gewalt in Bezug auf die Dokumentation von Untersuchungsbefunden zeigte sich, dass 66 Mal überhaupt eine Angabe zu anogenitalen Verletzungen gemacht wurde („ja“ oder „nein“), während 429 Mal keine Angaben in den Unterlagen dokumentiert wurden.

Spezielle anogenitale Symptome bei sexuellen Übergriff									
	männlich			weiblich			Gesamt		
	ja	nein	k. A.	ja	nein	k. A.	ja	nein	k. A.
Blutung vaginal			9	1	2	21	1	2	30
Blutung anal			9		3	21	0	3	30
Blutung anderes			9	2	3	19	2	3	28
Schmerzen vaginal			9	1	2	21	1	2	30
Schmerzen anal	3		6		2	22	3	2	28
Schmerzen anderes		1	8		2	22	0	3	30
Einriss Scheide			9	1	3	20	1	3	29
Einriss Harnröhre		2	7		4	20	0	6	27
Einriss Anus	1	1	7		3	21	1	4	28
Schleimhaut Vaginal			9	1	1	22	1	1	31
Schleimhaut Anal			9		2	22	0	2	31
Schleimhaut Anderes			9		2	22	0	2	31
Körper Genital Reinigung			9	3	1	20	3	1	29
Extragenitale Verletzung		2	7		9	15	0	11	22
Körperverletzung		1	8		7	17	0	8	25
Gesamt	4	7	124	9	46	305	13	53	429

Tab. 30: dokumentierte körperliche Untersuchungsbefunde bei Sexualdelikten

Anmerkung: Die hohen Zahlen von Gesamtangaben resultieren aus Kombinationsmöglichkeiten der unterschiedlichen anogenitalen Verletzungen.

Seelische Gewalt

Seelische Gewalt erlebten Kinder in 30 %, also 46 von 151 Fällen (s. Tabelle 25). Hierbei gab es auch Mehrfachnennungen durch Kombinationen von körperlicher und seelischer Gewalt, wodurch die Gesamtfallzahl von $n = 88$ überschritten wurde (in Bezug auf $n = 88$ sind es 52,3 %).

Von den 46 Kindern wurden bei 20 Drohungen, bei 7 Kindern Entwertung, bei 3 Kindern Ablehnung und bei einem Kind Demütigungen angegeben. 10 Kinder wurden emotional vernachlässigt, erfuhren keine elterliche Zuwendung. In 28 Fällen fanden sich Hinweise auf Erleben elterlicher Gewalt (Zeugenschaft von Gewalt).

Vernachlässigung

Vernachlässigung				
	Gesamt		m	w
ja	28	32%	15	13
nein	60	68%	26	34
Gesamt	88	100%	41	47

Tab. 31: Vernachlässigung

Insgesamt wurden 28 Kinder vernachlässigt, davon 15 Jungen und 13 Mädchen. Am häufigsten fiel die Vernachlässigung durch mangelhaft gepflegte Kleidung und körperlichen Pflegemangel des Kindes auf (24 bzw. 23 Mal). In 17 Fällen wurde ein intellektueller Entwicklungsrückstand beschrieben, 14 Kinder trugen unangepasste Kleidung, 10 Kinder waren unterernährt und 6 Kinder zeigten einen körperlichen Entwicklungsrückstand.

Spezifizierung Vernachlässigung									
	Gesamt			männlich			weiblich		
	ja	nein	k. A.	ja	nein	k. A.	ja	nein	k. A.
Unterernährung	10	7	11	6	2	7	4	5	4
Bekleidung unangepasst	14	7	7	8	2	5	6	5	2
Bekleidung mangelhaft gepflegt	24	1	3	13		2	11	1	1
Körperlicher Pflegemangel	23	2	3	12	1	2	11	1	1
Körperlicher Entwicklungsrückstand	6	12	10	3	6	6	3	6	4
Intellektueller Entwicklungsrückstand	17	6	5	8	3	4	9	3	1

Tab. 32: Spezifizierung Vernachlässigung

Anmerkung: Insgesamt gab es 28 Fälle von Vernachlässigung (15 Jungen, 13 Mädchen). Tabelle 30 berücksichtigt nur diese Fälle in Hinblick auf die Spezifizierung von Vernachlässigung. Da Mehrfachnennungen möglich waren, ist die Gesamtzahl von 28 Vernachlässigungsoptionen in den einzelnen Spalten überschritten, die Summe der Zeilen unter „Gesamt“ ergibt immer 28.

4.2.7 Befunderhebung, Dokumentation

Objektivierung der Gewalt				
	Gesamt		m	w
ja	83	94 %	39	44
nein	5	6 %	2	3
Gesamt	88	100 %	41	47

Tab. 33: Objektivierung der Gewalt

In 83 von 88 Fällen befanden sich Unterlagen zur Objektivierung der Gewalt in der Akte. Hierzu zählten neben Befunden der klinischen Untersuchung auch Befunde aus psychologischen Sitzungen, wie sie in der Kinderschutzambulanz üblich sind. Eine schriftliche Diagnosesicherung lag in 98 % der Fälle vor.

Diagnosesicherung				
	Gesamt		m	w
schriftlich	86	98 %	40	46
- davon Arztbrief	71	83 %	36	35
- davon Gesprächsprotokoll	79	92 %	38	41
- davon Psychologische Sicherung	64	74 %	30	34
nicht schriftlich	2	2 %	1	1
Gesamt	88	100 %	41	47

Tab. 34: Schriftliche Befunde

Als schriftliche Dokumente zur Sicherung der Diagnose wurden in 71 von 86 Fällen Arztbriefe, in 79 Fällen Gesprächs-/Sitzungsprotokolle und in 64 Fällen Unterlagen zur psychischen Sicherung gefunden.

Genauere Angaben über diese schriftlichen Befunde zeigt Tabelle 22.

Diagnosesicherung - Detailangaben									
	Gesamt			männlich			weiblich		
	ja	nein	k. A.	ja	nein	k. A.	ja	nein	k. A.
Was ist der Befund?	47	18	23	19	10	12	28	8	11
Körperstelle	11	52	25	5	24	12	6	28	13
Befund-Details	5	57	26	2	26	13	3	31	13
Größe	2	2	84	1		40	1	2	44
Form	2	2	84	1		40	1	2	44
Farbe	2	2	84	1		40	1	2	44
Rand	1	3	84	1		40		3	44
Foto	3	85	0	1	40		2	45	

Tab. 35: Befundbeschreibung

Anmerkung: Durch kombinierte Angaben erhöht sich die Gesamtzahl.

In 47 von 88 Fällen wurden genaue Angaben zum Befund gemacht. In 11 dieser Fälle wurde angegeben, an welcher Körperstelle sich Hinweise auf Gewaltgeschehen befanden. Von diesen 11 handelte es sich in 10 Fällen um körperliche Gewalt und in einem Fall um sexualisierte Gewalt.

Genauer beschrieben wurde der Befund in 5 Fällen, in 57 wurde er nicht genauer beschrieben und in 26 Fällen lagen hierzu keine Angaben vor. In den Fällen, wo der Befund näher beschrieben wurde, wurden 2 Mal Angaben zu Größe, Form und Farbe gemacht. Insgesamt lagen den Akten 3x Fotos bei, keine Schemazeichnung.

4.2.8 Weitere Opferversorgung, Nachsorge, weiteres Vorgehen

Versorgung/Nachsorge									
	Gesamt			männlich			weiblich		
	ja	nein	k. A.	ja	nein	k. A.	ja	nein	k. A.
Nachsorge in die Wege geleitet	78	5	5	38	1	2	40	4	3
Psychiatrische Versorgung	58	20	10	32	6	3	26	14	7
- davon ambulant	54			30			24		
- davon stationär	4			2			2		
Psychosomatische Nachsorge	2	76	10		38	3	2	38	7
Unterbringung Kind	39	40	9	19	19	3	20	21	6
spezielle Kinderberatungszentren/KSA	67	12	9	33	5	3	34	7	6
andere Beratungsstellen	25	52	11	14	24	3	11	28	8
- davon Erziehungshilfe/-beratung für die Eltern	6			6			0		
- davon Andere	2			1			1		
- davon k. A.	17			7			10		
Sonstige Nachsorge	13			6			7		
- davon Kontaktverbot Schädiger	6			1			5		
- davon Heilpädagogischer Hort	7			5			2		

Tab. 36: Weitere Opfernachsorge

Anmerkung: Mehrfachnennungen waren möglich

Insgesamt wurde bei 78 Kindern eine weitere Versorgung in die Wege geleitet. Psychiatrisch wurden 58 Kinder weiter betreut, 4 davon stationär und 54 ambulant. Bei zwei Kindern erfolgte eine psychosomatische Weiterversorgung. 39 Kinder wurden in Pflegefamilien, Jugendwohngruppen oder Heimen untergebracht. 40 gingen zurück in ihre Familien, bei 9 Kindern gab es hierüber keine Angaben. Eine weitere Behandlung in der KSA oder anderen spezialisierten Kinderberatungszentren wurde 67 Mal fortgeführt.

4.2.9 Spezifische Befunderhebung, Rechtliches Vorgehen

Die genauere Betrachtung des weiteren rechtlichen Vorgehens ergab, dass es in 38 Fällen zu einer Anzeige kam, in 50 Fällen entschied man sich dagegen. Insgesamt 21 von 38 Mal erfolgte die Anzeige vor, 17 Mal während oder nach der ärztlichen Behandlung. Genauere Angaben zum Ersteller der Anzeige ließen sich nicht erheben.

Rechtliches Vorgehen									
	männlich			weiblich			Gesamt		
	ja	nein	k. A.	ja	nein	k. A.	ja	nein	k. A.
Anzeige	13	28		25	22		38	50	0
- davon <u>vor</u> Behandlung	6			15			21		
- davon <u>während/nach</u> Behandlung	7			10			17		
Meldung an Jugendamt	29	8	4	34	8	5	63	16	9
- davon durch Arzt	2			2			4		
- davon durch Polizei				4			4		
- davon durch Schule	3			1			4		
- davon durch Mutter	2			4			6		
- davon durch Eltern	1			3			4		
- davon durch Andere	1			2			3		
- davon durch k. A.	20			18			38		

Tab. 37: Rechtliches Vorgehen

Anmerkung: Mehrfachnennungen waren möglich.

In 63 Fällen erfolgte eine Meldung an das Jugendamt, in 16 Fällen nicht. In 9 Fällen gab es keine Angaben dazu, ob das Jugendamt eine Meldung erhielt oder nicht.

10 Mal erfolgte die Meldung durch ein oder beide Elternteile, jeweils 4 Mal durch einen Arzt, die Polizei oder die Schule. 38 Mal war der Auftraggeber in der Akte nicht angegeben.

4.2.10 Familiensituation

Die Lebenssituation der Opfer betrachtend fällt auf, dass 59 (67 %) bei beiden Eltern lebten. 28 Kinder lebten bei nur einem Elternteil, davon 27 (31 %) zum Zeitpunkt der Untersuchung bei der Mutter und eins (1 %) beim Vater. Ein Kind war in einem Heim untergebracht.

Von 59 Kindern, die bei beiden Eltern lebten, hatten 32 Geschwister. 22 Kinder waren Einzelkinder und bei 5 gab es dazu keine Angaben. Von 27, die nur bei der Mutter lebten, hatten 11 Kinder Geschwister und 15 lebten ohne Geschwister bei der Mutter, in einem Fall gab es keine Angaben zu eventuellen Geschwistern. Lediglich ein Kind lebte alleine und ohne Geschwister bei seinem Vater, dieses Kind war männlich.

Lebenssituation Opfer				
	Gesamt		Männlich	Weiblich
Mutter und Vater	59	67 %	27	32
- davon mit Geschwister	32		15	17
- davon ohne Geschwister	22		11	11
- davon k. A.	5		1	4
Nur Mutter	27	31 %	12	15
- davon mit Geschwister	11		6	5
- davon ohne Geschwister	15		5	10
- davon k. A.	1		1	
Nur Vater	1	1 %	1	
- davon ohne Geschwister	1		1	
Heimunterbringung	1	1 %	1	
- davon k. A.	1		1	
Gesamt	88	100 %	41	47

Tab. 38: Lebenssituation Opfer

4.2.11 Angaben zum Konsumverhalten des Schädigers

Angaben zum Konsumverhalten ließen sich nur in Bezug auf den Schädiger finden. Hier war bei 25 von 111 Schädigern eine positive Angabe vorhanden.

Konsumverhalten beschuldigte Person - Angaben vorhanden				
	Gesamt		m	w
ja	25	23 %	16	9
nein	86	77 %	61	25
Gesamt	111	100 %	77	34

Tab. 39: Konsumverhalten Schädiger

Genauer betrachtet stellte man fest, dass 2 männliche Schädiger akut unter Alkoholeinfluss standen, ohne Anhaltspunkte für einen chronischen Alkoholabusus. In einem

Fall war der Tatverdächtige chronisch alkohol- und in einem Fall chronisch drogenabhängig. Diese Personen standen aber nicht akut unter Einfluss von Alkohol oder Drogen. In 2 Fällen war eine weibliche Tatverdächtige alkoholabhängig, stand aber nicht unter akutem Alkoholeinfluss. Und in einem Fall war eine Schädiger/in chronisch drogenabhängig, ohne bei der Untersuchung/ oder bei der „Tat“ akut unter Einfluss der Drogen zu stehen.

Konsumverhalten (KV) beschuldigte Person						
	Gesamt		m		w	
	ja	nein	ja	nein	ja	nein
KV nur akut	2	23	2	14	9	
- davon Alkohol	2		2			
KV nur chronisch	3	22	1	15	2	7
- davon Alkohol	3		1		2	
- davon Drogen	2		1		1	
KV akut & chronisch	20	3	13	3	7	
- davon Alkohol	16		10		6	
- davon Drogen	4		3		1	
Gesamt	25	48	16	32	9	16

Tab. 40: Nähere Angaben Konsumverhalten

Insgesamt konnte in 20 Fällen sowohl eine chronische Abhängigkeit als auch ein akuter Einfluss von Alkohol und/oder Drogen festgestellt werden. In 16 Fällen handelte es sich um Alkohol, davon waren 10 männliche und 6 weibliche Tatverdächtige. In 4 Fällen waren die Tatverdächtigen drogenabhängig und standen akut unter Einfluss der Droge. Es handelte sich um 3 Männer und eine Frau.

Vorerkrankungen beschuldigte Person				
	Gesamt		m	w
Alkoholiker	2	2 %	1	1
Depression	2	2 %		2
psychische Erkrankung	1	1 %		1
ehemalig drogenabhängig	1	1 %	1	
Suizidalität	2	2 %	1	1
k.A.	101	93 %	69	32

Tab. 41: Vorerkrankungen des Schädigers

In Bezug auf Vorerkrankungen der Schädiger fanden sich wenige Angaben. Zwei tatverdächtige Frauen litten an Depressionen.

5 Diskussion

In der Diskussion werden zunächst die erhobenen Basisdaten mit Angaben in der Literatur verglichen und die Bedeutung der erfragten Kriterien für die Beschreibung von Gewalt an Kinder analysiert.

Risikofaktoren für Kindesmisshandlung wurden im Analyseschema nicht explizit (nur indirekt durch die Angaben zum Familienumfeld und zu Vorerkrankungen von Tatverdächtigen einschließlich Substanzmissbrauch) erhoben. Sie sind für die Erkennung und Prävention von Kindesmisshandlung aber von zentraler Bedeutung; darauf soll daher noch in einem eigenen Kapitel eingegangen werden.

Der Exzerptbogen wurde vor allem auch unter rechtsmedizinischen Gesichtspunkten erstellt. Daher fokussiert sich die Abfrage auf Gewaltformen, die vorrangig akute, sichtbare Folgen hinterlassen. Bei Kindern sind aber auch Gewaltformen, die diese Voraussetzung nicht erfüllen, hinsichtlich langfristiger Folgen bedeutsam. Sie sollen darum ebenfalls dargestellt werden.

Schließlich wurde noch untersucht, welche weiteren Maßnahmen eingeleitet wurden und welchen Stellenwert sie innerhalb der bestehenden Hilfestrukturen einnehmen.

Ein Hauptanliegen dieses Projektes ist es, die Qualität der Befunderhebung und Befunddokumentation an den verschiedenen Kliniken des UKD im Jahr 2004 zu beurteilen. Mögliche Schwächen des klinischen Managements in der Kinderklinik werden analysiert. Dabei werden die Schlüsselrolle der Ärzteschaft betont und Barrieren dargestellt, die sie daran hindern, diese Funktion wahrzunehmen. Alle Bemühungen, misshandelte Kinder optimal zu versorgen, müssen scheitern, wenn der erstbehandelnde Arzt Misshandlung als Ursache von Beschwerden nicht in Betracht zieht. Zur möglichen Verbesserung werden neue Ansätze zur Unterstützung von Ärzten aufgezeigt.

5.1 Fallzahlen

5.1.1 Fallzahlen Kinderklinik des UKD

Im UKD wurden im Jahre 2004 10 Patienten mit der gesicherten Diagnose Kindesmisshandlung stationär betreut, das sind etwa 0,146 % der in diesem Jahr stationär behandelten Patienten. Damit liegen die Fallzahlen deutlich unter den in der Literatur genannten Frequenzen.

Laut Erler (2006) und Herrmann et al. (2008) sowie gemäß der Leitlinien der Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (2008) sollen etwa 2-3 % aller stationär betreuten Kinder körperliche Symptome zeigen, die an Kindesmisshandlung und/oder Vernachlässigung denken lassen. Diese Zahl ließe sich sogar um das dreifache steigern, wenn man die Klinikpopulation systematisch und gezielt untersuche (Erler 2006). In zwei deutschen Universitätskliniken lag die Häufigkeit von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung bei 1-2 % aller stationär aufgenommenen Kinder (Frank 1995). Für die Uniklinik müssten daher gemäß dieser Zahlen bei 6815 stationär behandelten Kindern zwischen 68-204 Kinder auffällig gewesen sein.

Bei allen 10 Patienten der UKD erfolgte die stationäre Aufnahme wegen eines bereits geäußerten Verdachts auf Kindesmisshandlung. In keinem Fall wurde die Diagnose bei einem Kind gestellt, das sich wegen einer anderen Erkrankung in stationärer Behandlung befand. Akute Verletzungsfolgen durch körperliche Misshandlung bei Kindern werden im klinischen Bereich vor allem in Unfallambulanzen vorgestellt, dort aber häufig nicht als solche erkannt (Frank und Räder 1994).

Dass verdächtige Symptome am UKD nicht wahrgenommen oder übergangen wurden, erscheint jedoch unwahrscheinlich. Hauptgrund für die geringe Fallzahl sind am ehesten die Selektionskriterien, die dieser Auswertung zugrunde gelegt wurden. Nur solche Fälle durften in die Auswertung übernommen werden, bei denen eine schriftliche Dokumentation der gesicherten Diagnose in der Akte gefunden wurde. Eine Durchsuchung aller Akten auf Vermerke, die den „Verdacht auf Kindesmisshandlung“

nahe legen könnten, war nicht zulässig. Somit erfasst diese Studie streng genommen „nur“ das klinische „Hellfeld“.

In einer Studie des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin am Universitätsklinikum Leipzig wurden im Zeitraum von 1/2001 bis 6/2007 insgesamt 115 Verdachtsfälle aktenkundig. Dies entsprach in etwa 17,7 Fällen pro Jahr und 1,7 pro Monat (Landgraf und Zahnler 2010). Ebenso wurden im Zeitraum von 2004-2008 insgesamt 55 sichere Fälle schwerer Kindesmisshandlung, also 11 pro Jahr, durch den Jugendpsychiatrischen Konsildienst der Charité Berlin untersucht (Pfeiffer 2009). Diese Fallzahlen decken sich in ungefähr mit den hier erhobenen 10 Fällen.

5.1.2 Fallzahlen Kinderschutzambulanz des EVK

Im Jahr 2004 wurden in der KSA insgesamt 290 Patienten zur Abklärung eines Verdachts auf Kindeswohlgefährdung vorgestellt. Nach den Kriterien der Ethikkommission durften aber nur 88 Fälle mit gesicherter Diagnose für diese Studie ausgewertet werden (dies entspricht 30,34 %). Die Zahl der betreuten Patienten lag auch in den folgenden Jahren bei 250-350.

Zum Vergleich mit den hier erhobenen Daten der KSA wurde 2004 in der Kinderschutzgruppe des Kinderspitals Zürich bei insgesamt 458 Verdachtsfällen in 210 Fällen die Diagnose Kindesmisshandlung gesichert. Auch hier waren die Zahlen in den Folgejahren bis 2008 in etwa gleich bleibend (Jahresbericht Kinderschutzgruppe des Kinderspitals Zürich 2008).

Vergleichbar sind auch die 2008 veröffentlichten Daten des Kinder-Kompetenzzentrums am Universitätsklinikum-Hamburg UKE (das Kinder-KOMPT unter Leitung des rechtsmedizinischen Instituts wird später noch näher besprochen). Von März 2007 bis einschließlich Februar 2008 wurden hier 172 Kinder bis 14 Jahre mit Verdacht auf Kindesmisshandlung untersucht. Bei 29 Fällen konnte die Verdachtsdiagnose uneingeschränkt, bei 59 Fällen teilweise bestätigt werden (Pressekonferenz des Kinder-KOMPT 3/2008).

Insgesamt scheint der Anteil an gesicherter Misshandlungsdiagnose bei den in der KSA betreuten Kindern unter den Frequenzen vergleichbarer Ambulanzen zu liegen. Möglicherweise sind die Kriterien für die Aufnahme in die Statistik aber nicht vergleichbar.

5.2 Opfermerkmale

5.2.1 Alter

Für die Beurteilung einer Gewalthandlung und die Abgrenzung zu akzidentellen Verletzungen ist das genaue Alter des Kindes von Relevanz. Alterstypische Verletzungsmuster werden unter den einzelnen Formen der Gewalt noch beschrieben.

In einer Studie von Keshawarz et al. 2002 wurden epidemiologische Daten von Kindesmisshandlungsfällen in einer pädiatrischen Notfallambulanz im Raum New York beschrieben. Das Durchschnittsalter der misshandelten Kinder lag bei 6,4 Jahren. Für Deutschland wird angenommen, dass 2/3 der misshandelten Kinder jünger als 3 Jahre sind (Jacobi 2008). Diese Aussage konnte durch die vorliegende Studie nicht bestätigt werden. Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass Kinder im Jahre 2004 überwiegend erst mit vier Jahren in den Kindergarten kamen und es daher für die Säuglinge und jüngeren Kinder keine flächendeckenden institutionellen Versorgungseinrichtungen gab, in denen unterversorgte Kinder zwangsläufig auffielen. Der Kinderarzt war und ist auch heute noch die oft einzige außerfamiliäre Kontaktperson, die Kinder unter 3 Jahren sieht, wenn sie denn überhaupt vorgestellt wurden (Thyen 1998, Rodens 2009). So werden in dieser Altersgruppe vor allem schwerste, oft tödlich endende Formen von Gewalt bekannt, die dann vermutlich in der Rechtsmedizin vorgestellt oder obduziert werden. Die bereits erwähnte Kölner Studie (Päsler 2010) bestätigt dies. Von 43 Misshandlungsfällen im Kindesalter waren 32 unter 4 Jahre alt, davon 9 Todesfälle unter 3 Jahren. Im Münchner Rechtsmedizinischen Institut wurden im Zeitraum von 1989-2008 114 Obduktionen an Kindern durchgeführt, die sich als Tötungen durch Eltern oder Bezugspersonen herausstellten (Penning und Schöpfer 2009). Säuglinge waren mit 34 % am häufigsten betroffen, gefolgt von Kleinkin-

dern zwischen 1-2 Jahren mit 22 %. 80 % aller durch ein Schütteltrauma geschädigten oder verstorbenen Kinder sind unter 1 Jahr alt (Herrmann 2008, Minns und Browns 2005, Duhaime et al.1998). Mit zunehmendem Alter werden Todesfälle durch Kindesmisshandlung seltener. In der Uniklinik waren 50 % der misshandelten Kinder zwischen 6 und 14 Jahren alt, in der KSA 63 %.

In der Polizeilichen Kriminalstatistik von 2004 zeigte sich, dass von sexuellem Missbrauch Kinder zwischen 6 und 15 Jahren, von körperlicher Gewalt Kinder zwischen 0 und 14 Jahren betroffen sind und die Inzidenz danach deutlich abnimmt.

5.2.2 Geschlecht

Untersuchungen zu häuslicher Gewalt im Erwachsenenalter zeigen, dass die Opfer überwiegend weiblich sind. In der Hamburger Studie waren 92 % der Gewaltopfer Frauen, in der Kölner 71 %. Die niedrigere Zahl in Köln resultierte daraus, dass auch Kinder in die Analyse einbezogen wurden. Für Kindesmisshandlung gilt, dass Mädchen und Jungen etwa gleich häufig betroffen sind. Allerdings sind Jungen laut Literaturangaben stärker von körperlicher, Mädchen von sexueller Gewalt betroffen (Pinheiro 2006). Bei den in der KSA erhobenen Daten wurde dies bestätigt. Von 34 sexuell misshandelten Kindern waren 25 weiblichen Geschlechts (73,5 %). Bei den körperlich Misshandelten konnte jedoch keine signifikante Geschlechtsdifferenz festgestellt werden. Dieses Ergebnis bestätigt die Meinung, dass häusliche Gewalt und Kindesmisshandlung zwei unterschiedlich zu behandelnde Bereiche sind, auch wenn Kindesmisshandlung mit häuslicher Gewalt verbunden sein kann.

5.2.3 Nationalität

Deutscher Herkunft waren 77 % der Opfer in der KSA und 80 % am UKD. Studien zur Gewalt gegen Frauen ergaben Hinweise, dass Türkinnen und osteuropäische Migrantinnen deutlich häufiger von Gewalt betroffen waren als Deutsche (Müller et al.

2004, Schröttle und Kheleifat 2008). Für Kindesmisshandlungen scheint die Nationalität dagegen keine Rolle zu spielen (Becker und Brocki 2008, Kiess et al. 2009).

5.3 Tätermerkmale

5.3.1 Alter

In der Uniklinik gab es nur bei 7 von 12 Beschuldigten eine Angabe über das Alter. Hier waren alle Täter/innen unter 40 Jahre alt.

In der KSA waren von 111 Schädigern 45 % unter 40 Jahre alt. Der Mittelwert lag in dieser Untersuchung bei 33,72 Jahren. Bei 43 % gab es keine Altersangabe. Diese Zahlen decken sich mit denen offizieller Statistiken wie den polizeilichen Kriminalstatistiken. In einer amerikanischen Auswertung waren fast 75 % der Täter jünger als 40 Jahre (U.S. Department of Health 2009), bei Keshawarz et al. lag das Durchschnittsalter bei 27 Jahren (Keshawarz 2002).

Beim sexuellen Missbrauch gibt es laut Statistiken zwei Altersgipfel, zum einen 11-15-Jährige und zum anderen 31-40-jährige (PKS 2004). Bei körperlicher Misshandlung sind laut der polizeilichen Kriminalstatistik (PKS 2004) die meisten Tatverdächtigen im Alter von 30 bis unter 40 Jahren.

Bezüglich der Kindesvernachlässigung kann davon ausgegangen werden, dass sehr junge, alleinerziehende Eltern häufiger zum Täter/zur Täterin werden (Kiess et al. 2009), jedoch gibt es hier aufgrund des großen Dunkelfeldes keine repräsentativen, quantitativen Daten. Das Erscheinungsbild der Vernachlässigung als Form der Kindesmisshandlung wird in der PKS nicht erfasst.

5.3.2 Geschlecht

Nach einer Studie in den USA waren 2007 56,5 % der Tatverdächtigen Frauen und 42,4 % Männer (U.S. Department of Health 2009). Die Geschlechtsverteilung der Schädiger ist abhängig von der Art der ausgeübten Gewalt.

Sexualisierte Gewalt geht in 90 % von Männern aus (Herrmann 2004), was auch die Polizeilichen Kriminalstatistiken des Bundeskriminalamtes belegen (z.B. PKS 2004: 96,4%; PKS 2006: 95,6%; PKS 2009: 95,9%). Auch körperliche Gewalt gegen Kinder geht häufiger von Männern aus.

Für Vernachlässigung ist die Situation anders. Oft werden beide Eltern beschuldigt, sehr häufig aber alleinerziehende Mütter. Auch in der vorliegenden Analyse wurden 70 % von insgesamt 30 Fällen durch ihre alleinerziehende Mutter vernachlässigt. Dabei ist möglicherweise das Kriterium „alleinerziehend“, also ohne Unterstützung durch den Partner, von größerer Relevanz als das Geschlecht, was sich aber angesichts der relativ geringen Zahl von alleinerziehenden Vätern nicht überprüfen lässt.

5.4 Angaben zum Geschehen und Zeitverhältnisse

5.4.1 Ort, Verbindung/ Verwandtschaftsverhältnisse zum Kind

Bei 85 % der Patienten in der KSA fand Gewalt in der häuslichen Umgebung statt. Beschuldigt wurden bei 57 % der Fälle Familienangehörige und bei 39 % gute Bekannte.

Acht (80 %) der Opfer im UKD wurden in der häuslichen Umgebung misshandelt, 5 durch Familienangehörige und 3 durch Bekannte. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie bestätigen die in der Literatur berichtete Feststellung, dass die meisten Kindesmisshandlungen in der häuslichen Umgebung stattfinden und die Täter den Opfern meist bekannt sind.

So waren in den USA 2007 an die 80% (79,9%) der Schädiger/innen die Eltern der betroffenen Kinder (U.S. Department of Health 2009). Keshawarz fand in seiner Studie von 2002 in 41 % der Fälle die Mutter, in 21% den Vater und in 8% der Fälle einen Nicht-Verwandten als Täter.

Da der Begriff „Häusliche Gewalt“ in der Literatur meist Gewalt zwischen Partnern meint, wäre der Begriff „innerfamiliäre Gewalt“ für Kindesmisshandlung daher angemessener. Kinder werden in der Familie geschädigt, wo sie eigentlich Geborgenheit finden sollten. Die Täter sind meist Menschen, die sie lieben, denen sie vertrauen und von denen sie existentiell abhängig sind. Die Familie ist gemeinhin ein privater Ort. Außer den engsten Familienmitgliedern weiß niemand, was sich hinter den vier Wänden abspielt. Häusliche, innerfamiliäre Gewalt kann daher lange und wiederholt im Verborgenen geschehen.

5.4.2 Mehrzeitigkeit

Kindesmisshandlung ist ein typisches Wiederholungsdelikt. Unterschiedlich alte misshandlungstypische Verletzungen, insbesondere Frakturen, nebeneinander belegen diese These. Nach älteren Frakturen muss bei entsprechendem Verdacht gezielt gesucht werden (Kemp et al. 2008, Herrmann 2002, Rauch et al. 2006).

In 59 % der Fälle der KSA fand Gewalterleben wiederholt statt. Angaben hierzu fanden sich nicht bei den Fällen des UKD.

Die Zahl der mehrfach und wiederholt misshandelten Kinder wird in der Literatur als hoch eingeschätzt. Eine 2002 durchgeführte amerikanische Studie zeigte, dass von 2.030 befragten Kindern 22 % im Vorjahr mehrfachen Misshandlungen ausgesetzt waren (Edwards et al. 2003). Es ist davon auszugehen, dass auch die Intensität der Misshandlung mit der Zeit zunimmt (Hagemann-White u. Kavemann 2004, Hornberg et al. 2008, WHO 2003) und die Kinder häufig mehreren Formen der Gewalt ausgesetzt sind (Deegener 2006). Kinder, die wiederholt Opfer von Misshandlung werden, tragen ein besonders hohes Risiko der Traumatisierung (Finkelhor 2005).

5.4.3 Zeitintervall zwischen Tat und Vorstellung

Von fürsorglichen Eltern werden Kinder nach einer schwereren Verletzung sofort einem Arzt vorgestellt. Bei Verletzung infolge einer Misshandlung wird die Vorstellung aber mitunter um Stunden oder gar Tage verzögert und erfolgt erst, wenn sich der Zustand des Kindes soweit verschlechtert hat, dass eine ärztliche Untersuchung unvermeidlich wird. Die Vorstellung erfolgt häufig in Notfallambulanzen, bevorzugt spätabends, und oft passt die Schilderung des Unfallhergangs nicht zu den aufgetretenen Verletzungen. Eine solche Diskrepanz zwischen Anamnese und Verletzung ist höchstverdächtig für das Vorliegen einer Kindesmisshandlung (Duhaime et al. 1998, AAP 2001, Herrmann 2002, Herrmann et al. 2008).

Bei den Patienten der KSA war es erwartungsgemäß die Regel, dass die Kinder mit deutlicher zeitlicher Verzögerung zum Tathergang vorgestellt wurden, entweder weil die Akutversorgung bereits außerhalb durchgeführt worden war, oder weil es ohne Vorliegen einer akuten Verletzung galt, einen geäußerten Verdacht abzuklären.

In der Kinderklinik wurden 5 Kinder mit deutlicher zeitlicher Verzögerung (zwischen 2 Tagen und mehreren Monaten) vorgestellt, darunter vor allem die mehrfach misshandelten. In einem Fall führte die Diskrepanz zwischen Anamnese und Befund zur Diagnose einer Misshandlung.

5.5 Ursachen und Risikofaktoren für Kindesmisshandlung

5.5.1 Erhobene Risikofaktoren

Von herausragender Bedeutung für das Erkennen und die primäre Prävention von Kindesmisshandlung ist die Identifizierung von Risikofaktoren, bei deren Vorliegen eine Gefährdung für die Entwicklung einer Vernachlässigungs- oder Misshandlungssituation besteht. Risikofaktoren wurden in den letzten 30 Jahren systematisch erforscht und weitgehend identifiziert (Forschungsübersichten siehe Remschmidt 1986,

Finkelhor 1986; Connell-Carrick 2003, Rightland et al. 2003, Black et al. 2001, Schuchter et al. 2001, Laucht 1999). Die Kenntnis der Risikofaktoren ist aber auch für die Prognose ebenso wichtig wie für die Abschätzung des Wiederholungsrisikos und damit für die Entscheidung, welche weiteren Maßnahmen im Fall einer Kindesmisshandlung eingeleitet werden müssen.

Die für Kindesmisshandlung typischen Risikofaktoren konnten im Exzerptbogen, der vorrangig auf die Auswertung von klinischen Patientendokumentationen Bezug zu nehmen hatte, nicht ausreichend erfasst werden.

In Teil 1-2 wurde nach dem Tatmotiv gefragt, wobei die Kriterien Beziehungskonflikt oder materielle Bereicherung für Kindesmisshandlung keine Relevanz haben.

Bei sexuellem Kindesmissbrauch allerdings dominieren, wie auch bei sexueller Gewalt gegen Frauen, sexuelle Motive, die in der Person des Täters begründet sind, unabhängig vom sozioökonomischen Status. Für diese Gewaltform lassen sich nur vereinzelt weitere Risikofaktoren erheben (Kindler, Lillig et al. 2006). Die bei Kindern relevanten Motivlagen fielen in die Kategorie „Andere Konflikte“.

In der vorliegenden Studie wurde Überforderung als häufigstes Motiv genannt (30 % in der KSA, 40 % im UKD). Die Eltern lieben ihr Kind, aber sie sind überfordert, oft psychisch labil und haben sich nicht unter Kontrolle.

Die Lebenssituation des Kindes wurde in einer Ergänzung für die Fallanalyse in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfasst. Bei einem alleinerziehenden Elternteil lebten 28 von 88 (32 %) der Opfer in der KSA und 4 von 10 (40 %) im UKD. Eine retrospektive Analyse aller Misshandlungsfälle über 6 1/2 Jahre an der Universität Leipzig ergab, dass bei alleinerziehenden Elternteilen - 53 % Mütter und 10 % Väter - die Gefahr steigt, dass sie ihre Kinder misshandeln. Die alleinige Erziehung durch einen Elternteil war nach dieser Studie der bedeutendste potentielle Risikofaktor für Kindesmisshandlung (Landgraf und Zahner 2010).

In Teil 3 des Exzerptbogens wird nach Konsumverhalten (Alkohol, Drogen) und psychiatrischen Vorerkrankungen bei Täter und Opfer gefragt. Die Forschung hat gezeigt, dass psychische Erkrankungen der Eltern, insbesondere das Vorliegen einer mütterlichen Depression, aber auch chronische Alkohol- und Drogenabhängigkeit zu

den Hochrisikofaktoren für eine Kindswohlgefährdung zählen. Die Betroffenen haben bereits große Schwierigkeiten, ihr eigenes Leben in den Griff zu bekommen und sind nicht in der Lage oder bereit, die Signale und Bedürfnisse ihres Kindes wahrzunehmen und angemessen darauf einzugehen (Herrmann 2005 a, Dubowitz und Bennett 2007, Laucht 1999). In 19 Fällen der KSA und einem des UKD war Alkohol- oder Drogenkonsum der beschuldigten Person bekannt. Bei 3 Personen bestand eine psychische Erkrankung oder Depression. Angaben hierzu waren jedoch lückenhaft und wurden bei der Anamnese nicht systematisch erfragt. Es ist von einer höheren Dunkelziffer auszugehen, da die Angaben freiwillig waren und möglicherweise wichtige Fakten nicht in jedem Fall offenbart wurden.

Zu den wichtigsten erkannten Risikofaktoren für Vernachlässigung und physische Misshandlung zählen Armut verbunden mit beengten Wohnverhältnissen, soziale Isolation, alleinerziehender Elternteil, frühe Elternschaft, niedriges Bildungsniveau, Arbeitslosigkeit, unerwünschte Schwangerschaft, rasche Geburtenfolge. Ein weiterer sehr wichtiger Risikofaktor ist eigene Gewalterfahrung in der Kindheit und/oder Zeugenschaft elterlicher Gewalt.

Diese Risikofaktoren müssen in einer erweiterten sozialpsychiatrischen Anamnese systematisch erfasst werden, nicht nur um Kenntnisse über Ursachen und Zusammenhänge zu gewinnen, sondern vor allem, um die Erfolgsaussicht einzuleitender Hilfemaßnahmen im konkreten Fall abschätzen zu können.

Je mehr von diesen Faktoren in einer Familie zusammentreffen, desto höher ist der theoretisch abschätzbare Gefährdungsgrad (Kiess 2009, Deutscher Kinderschutzbund 2000, AWMF Leitlinien, Meyer-Probst und Reis 2000). Längsschnittstudien fanden eine Zunahme der Kindswohlgefährdung von 10 % auf 25 % ab einem Schwellenwert von drei und mehr Risikofaktoren (Brown et al. 1998), und in einer Studie von Wu et al. (2004) zeigte sich, dass bei Familien von Neugeborenen mit drei und mehr Risikofaktoren in 50 % eine Kindswohlgefährdung in den ersten 3 Lebensjahren bekannt wurde. Die Erfassung derartiger Angaben in klinischen Unterlagen würde voraussetzen, dass eine entsprechend ausführliche Anamnese erhoben wird bzw. im klinischen Zeitmanagement, vor allem in einer Notfallversorgungssituation auch erhoben werden könnte.

5.5.2 Möglichkeiten zur Erkennung von Risikofamilien, Präventions- und Hilfestrategien

Ein wirksamer Kinderschutz bedeutet vor allem primäre Prävention mit dem Ziel, Kindesmisshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung zu verhindern. Hierzu müssen Risikofaktoren so früh wie möglich erkannt und Hilfen für die Familien angeboten werden, bevor eine Gefährdungssituation für das Kind entsteht. Diesbezüglich wurden zahlreiche Screeningverfahren entwickelt, mit denen gefährdete Familien bereits in der Schwangerschaft und Geburtshilfe identifiziert werden können (u. a. Cierpka und Eickhorst 2005). In dieser Phase wird davon ausgegangen, dass Eltern meist besonders aufgeschlossen für Unterstützungsangebote sind. Nach übereinstimmenden Erhebungen in Düsseldorf („Zukunft für Kinder“), Ludwigshafen („Guter Start ins Kinderleben“) und Hamburg („Babylotse“ von „See You“) lassen sich bei 7-8 % der Neugeborenen über ein solches Screening psychosoziale Risikofaktoren feststellen (Kratzsch 2010). Schätzungsweise 5 % aller Kinder, das sind ca. 30.000 pro Geburtsjahrgang, wachsen in so genannten Hochrisikofamilien auf (Laucht, Esser, Schmidt 1999), womit eine besondere Gefährdung für gravierende Vernachlässigung besteht.

Studien in den USA haben gezeigt, dass solche Screenings hoch sensitiv sind und sich so mit relativ einfachen Mitteln bereits bis zu 80 % der Fälle von Kindesmisshandlung vorhersagen lassen (Kempe RS und Kempe CH 1980). Auch die bereits erwähnten Langzeitstudien von Brown und Wu zeigen das Potential einer frühen selektiven Prävention. Untersuchungen zur Spezifität ergaben aber, dass nicht nur die „zukünftigen Misshandler“ identifiziert werden, sondern darüber hinaus auch risikobehaftete Eltern stigmatisiert werden, bei denen es auch ohne Hilfe nie zu Misshandlungen gekommen wäre (Murphy et al. 1985).

Das Projekt „Frühe Hilfen“ wurde 2007 unter dem Eindruck sich häufender Berichte über Fälle gravierender Kindesmisshandlung von politischer Seite ins Leben gerufen und mit großzügigen finanziellen Mitteln ausgestattet. Zielsetzung war die flächende-

ckende Etablierung eines systematischen, interdisziplinären Netzwerks für latent oder akut belastete Familien. Neben den beschriebenen Screeningmethoden zur primären Prävention wurden auch Maßnahmen der sekundären Prävention gefördert. Es galt, Präventionsnetzwerke aufzubauen durch verbindliche Zusammenführung bereits bestehender Hilfesysteme des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe, um bereits misshandelte Kinder und ihre Familien zu betreuen und die Kinder vor Wiederholungen und weiterer Traumatisierung zu schützen. Die Wirksamkeit früher Hilfen wurde in internationalen Studien belegt (Sweet und Appelbaum 2004, Geeraert 2004, Bilukha et al. 2005). Bundesweit wurden zahlreiche Modellprojekte, meist auf lokaler Ebene initiiert, in NRW alleine über 65 (Kratzsch 2010). Eine Darstellung der verschiedenen Projekte findet sich im Internet (www.soziale-fruehwarnsysteme.de). Psychosozial hochbelastete Familien sind für frühe Hilfemaßnahmen nur schwer erreichbar, da sie den Bedarf oft nicht erkennen oder leugnen (Snell-Johns et al. 2004). Fast alle in einer Evaluationsstudie untersuchten Projekte zu „Frühe Hilfe“ wenden sich selektiv an bestimmte Teilpopulationen mit identifiziertem Risiko. Die Teilnahme ist freiwillig und setzt voraus, dass die Eltern von sich aus kommen. Hochrisikofamilien werden so (leider) nicht erreicht.

In Finnland und Dänemark wurden Frühwarnsysteme von aufsuchendem Charakter etabliert. Sozialarbeiter besuchen ohne Selektion nach Risikofaktoren ausnahmslos alle Familien mit einem Neugeborenen, auch die dänische Königsfamilie, um sich einen Eindruck von der häuslichen Situation zu verschaffen. Dieses Vorgehen ermöglicht einen flächendeckenden Zugang zu allen Familien, also auch zu Hochrisikofamilien, ohne die Gefahr der Stigmatisierung. Nach diesem Vorbild arbeitet auch das Dormagener Modell (NeFF – Netzwerk frühe Förderung Dormagen, <http://www.dormagen.de/familiennetzwerk.html>), das Hausbesuche bei allen Familien rund um die Geburt durchführt.

Auch die Initiative des Bundesrats, verpflichtende Vorsorgen einzuführen, sollte einen systematischen und flächendeckenden Zugang zu allen Familien ermöglichen (Bundesrat Drucksache 56/06). Die Bundesregierung lehnte dies ab, unter anderem mit dem Hinweis, dass eine generelle Pflichtuntersuchung einen unangemessenen Generalverdacht gegenüber 95 % der Eltern darstelle, die diese Untersuchung freiwillig in Anspruch nähmen (Bundesrat Drucksache 864/06, Dietz 2007). In einer ret-

rospektiven Analyse aller Misshandlungsfälle über sechseinhalb Jahre an der Universität Leipzig hat sich gezeigt, dass die gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen von den betroffenen Familien oft gar nicht wahrgenommen wurden.

Wenn man also tatsächlich jedes einzelne Kind schützen will, müssen alle Familien verpflichtend an den Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen, auch die, in denen Kinder gut versorgt werden. Nur so kann verhindert werden, dass einzelne Kinder durchs Netz fallen, aber und auch, dass Familien mit Belastungsfaktoren gezielt aufgesucht und dadurch stigmatisiert werden (Kiess 2009).

Unterschiedliche Konzepte für verbindliche Vorsorgeuntersuchungen wurden inzwischen in vielen Bundesländern eingeführt (Bühning 2008). In den meisten meldet der Kinderarzt die Teilnahme an eine Leitstelle, die über das Einwohnermelderegister feststellt, welche Kinder nicht zur Vorsorge vorgestellt wurden. Eltern, die ihr Kind trotz nochmaliger Erinnerung nicht vorgestellt haben, werden ans Gesundheitsamt oder direkt ans Jugendamt gemeldet und zuhause aufgesucht.

Erste Analysen zeigen, dass das Meldesystem funktionieren könnte. Deutlich mehr Problemfamilien, die zuvor nicht in den Arztpraxen gesehen wurden, stellten ihre Kinder nun zu den Vorsorgeuntersuchungen vor.

Die Inanspruchnahme der U8 und U9 konnte bereits nach der ersten Erinnerung von 85 % auf über 90 % gesteigert werden. Nach Intervention des Gesundheitsamtes konnten sogar 96 % aller Familien erfasst werden. Die restlichen 4 % wurden dann an das Jugendamt gemeldet (Schmidt 2009).

In NRW ist seit Anfang 2009 ein ähnliches Meldesystem eingeführt worden.

5.6 Formen der Kindesmisshandlung

5.6.1 Körperliche Misshandlung

In Deutschland existieren bislang keine repräsentativen quantitativen Angaben über das Ausmaß körperlicher Verletzungen infolge von Kindesmisshandlung (Herrmann 2005 c, Kindler 2007; Wetzels 1997). In den Jugendhilfesystemen verschiedener Länder wurden bei etwa 40 – 60 % der bekannt gewordenen Fälle von körperlicher Misshandlung Verletzungsfolgen festgestellt; 4 – 6 % der Fälle waren so schwer, dass eine medizinische Behandlung erfolgte (Kindler 2007; Hornberg et al. 2008; Rosenthal 1988).

Körperliche Misshandlung war in dieser Studie die häufigste Form der Gewalt. Im UKD waren 70 %, in der KSA 49 % der Patienten davon betroffen.

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Gewaltopferstudien z.B. aus Leipzig, Köln, Zürich, Hamburg (Graß 2005, Jahresberichte der Kinderschutzgruppe des Kinderspitals Zürich 2003-2008, Landgraf und Zahner 2010, Seifert et al. 2004, 2005, 2006).

Aus rechtsmedizinischer Sicht wird zwischen vier Formen körperlicher Gewalt unterschieden (Rauch et al. 2006, Mützel 2007):

Stumpfe/schürfende Gewalt (durch Schläge, Tritte, Kratzen)

Scharfe und spitze Gewalt (durch Messer u. ä.)

Thermische Einwirkung (Verbrühung, Verbrennung)

„Komprimierende Gewalt gegen den Hals“/ Strangulation

Bei unseren Patienten fand sich nur die erste Form mit Hämatomen und Frakturen als Folge einer Kindesmisshandlung.

Hämatome waren sowohl in der UKD als auch in der KSA die häufigsten Zeichen körperlicher Gewaltanwendung. Sie fanden sich an Stellen, die in der Literatur als

typische misshandlungsverdächtige Lokalisation beschrieben werden wie Rücken, Gesäß, Wangen, Ohren, Oberarme und Oberschenkel (s. Abb. 2).

Die Häufigkeitsangaben können aufgrund ihrer geringen Zahl hier nur als Hinweise gewertet werden, stimmen aber mit den als misshandlungsverdächtigen Lokalisationen bekannten (Jenny 2001, Keshavarz et al. 2002, Banaschak und Madea 2007; Herrmann et al. 2008; Herrmann 2002, 2005 c, Jacobi 2008) überein.

Multiple Hämatome unterschiedlicher Lokalisation und unterschiedlichen Alters, Schwellungen und Narben finden sich bei Kindern, die wiederholt physischer Misshandlung ausgesetzt sind (Bariciak et al. 2003, Dunstan et al. 2002, Herrmann 2002, 2005 c, Jacobi 2008, Maguire et al. 2005 a und b). Insbesondere Verletzungen an eigentlich geschützten Körperregionen (z.B. am Auge), symmetrisch ausgeprägte Verletzungen sowie Abwehrverletzungen (so genannte Parierverletzungen am Unterarm) weisen auf Misshandlung hin.

Frakturen durch körperliche Misshandlung fanden sich bei 3 Patienten der KSA und einem des UKD. Ca. 8-12 % aller Frakturen im Kindesalter sind Folgen körperlicher Misshandlung (Kindler 2007). Frakturen sprechen für besonders gewalttätige Misshandlungen, da sie erhebliche Kräfte erfordern. In 55-70 % der Fälle werden sie bei Kindern unter 1 Jahr, bei 80 % unter 18 Monaten gefunden. Akzidentielle Frakturen finden sich in 85 % bei über 5-Jährigen (Coopermann et al. 2001; Herrmann 2005 c; Kemp et al. 2008; Kleinman 1998, Sorantin 2002). Als misshandlungstypisch gelten multiple Frakturen unterschiedlichen Alters.

Bei Kindern mit femuralen Frakturen besteht eine 1:3 Wahrscheinlichkeit, dass die Ursache physische Misshandlung war. Diese Wahrscheinlichkeit erhöht sich zusätzlich, wenn das Kind noch nicht laufen kann. Metaphysäre und epiphysäre Frakturen nach Ausschluss eines schweren Unfalls sind beinahe pathognomonisch, Rippenfrakturen und diaphysäre Frakturen bei Kindern unter 15 Lebensmonaten sind hochverdächtig für Misshandlungen. Multiple, komplexe Schädelfrakturen kommen in 8-10 % aller Misshandlungen vor (Cooperman et al. 2001, Kemp et al. 2008, Kleinmann 2001, Herrmann 2005 c).

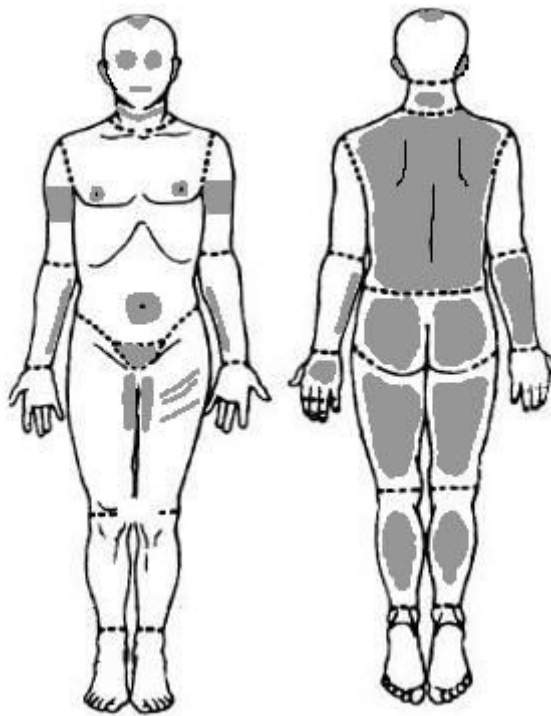


Abb.2 Typische Lokalisationen für Hämatome durch Misshandlung (Modifiziert nach Herrmann und Banaschak)

Im UKD wurde 2004 kein Fall eines Schütteltraumasyndroms diagnostiziert. Für Deutschland werden ca. 100-200 Fälle pro Jahr geschätzt (Matschke et al. 2009, Statistisches Bundesamt Deutschland, ESPED-Erhebung 2006-2008). Aufgrund der hohen Letalität werden Opfer dieser Misshandlungsform vermutlich häufig erst durch Rechtsmediziner im Rahmen einer Obduktion erkannt. Viele Fälle von Schütteltrauma bleiben wahrscheinlich aber unentdeckt. Als eine These könnte formuliert werden, dass eine Vielzahl von Kleinkindern mit Entwicklungsstörungen möglicherweise als Säuglinge Opfer eines Schütteltraumas geworden sind.

Unter den 2004 untersuchten Patienten war kein Kind mit der Diagnose eines Münchhausen-by-proxy-Syndroms.

5.6.2 Sexueller Missbrauch

In der vorliegenden Studie war sexueller Missbrauch die zweithäufigste Form von Kindesmisshandlung. Im UKD waren 20 %, in der KSA 38 % hiervon betroffen, Mädchen doppelt so häufig wie Jungen. Dieses Ergebnis entspricht den Angaben zu Häufigkeit und Geschlechtsverteilung in der Literatur (Wetzels 1997a, Wetzels 1997b, Herrmann und Navratil 2005, Unterstaller 2006).

Kinder werden selten akut durch Fremde vergewaltigt. Mediale Aufmerksamkeit kann jedoch für derartige Fälle eine scheinbare Häufigkeit vermuten lassen. Sexueller Missbrauch erfolgt meist durch Familienangehörige oder vertraute Erwachsene. Oft werden die betroffenen Kinder durch Drohungen eingeschüchtert und zur Geheimhaltung verpflichtet und wagen aus Angst nicht, sich jemandem anzuvertrauen. Daraus resultiert eine hohe Zahl nicht erkannter Misshandlungsfälle. Die Opfer sind auf Hilfe von außen angewiesen, auf die Aufmerksamkeit und Zivilcourage von Personen in ihrer Umgebung.

In der hier vorgestellten Studie fanden sich nur bei zwei Kindern der KSA anogenitale Verletzungen in Form von Einriss der Scheide oder des Anus; im Kollektiv des UKD/Kinderklinik fand sich kein Fall mit genito-analen Auffälligkeiten. Das Fehlen körperlicher Befunde schließt jedoch eine sexuelle Misshandlung nicht aus (Adams et al. 1994). Nach Angaben in der Literatur finden sich bei über 90 % aller missbrauchten Kinder keine somatischen Befunde (Bays et al. 1993, Berenson et al. 2000; De Jong 1989; Heger et al. 2002; Debertin 2007,). In der Mehrzahl der Fälle sexuellen Missbrauchs handelt es sich um verletzungsarme Übergriffe (z.B. Küssen, Masturbieren, Streicheln) (Bange und Deegener 1996).

Andererseits verheilen genitale und anale Verletzungen aufgrund der hohen Regenerationsfähigkeit des anogenitalen Gewebes sehr schnell und sind häufig schon wenige Tage nach dem Übergriff nicht mehr beurteilbar (Dubowitz 2007, Heppenstall-Heger et al. 2003, Herrmann et al. 1997, 2008, Herrmann und Navratil 2005, Rauch und Weissenrieder 2004, Zinka 2009). Um das potentielle Risiko einer Retraumatisierung zu vermeiden, sollte ein sexuell missbrauchtes Kind nur dann körperlich untersucht werden, wenn genitale Verletzungen wahrscheinlich sind und aus forensi-

schen Gründen gesichert werden müssen, z. B. Abstriche zur Sicherung von Fremd-DNA. Präpubertär ist dies nach bisheriger Einschätzung nur innerhalb der ersten 24 Stunden, bei Jugendlichen 72 Stunden nach dem Missbrauch gerechtfertigt (Herrmann et al. 1997, Herrmann und Navratil 2005) und sollte möglichst durch einen forensisch erfahrenen Arzt mit guten Kenntnissen der Kinder- und Jugendgynäkologie durchgeführt werden (AWMF 2009, De Jong 1989; Lazebnik 1994; Herrmann und Neises 1999, Herrmann 2002, Herrmann und Navratil 2005, Veit et al. 1997). Von allen 36 sexuell missbrauchten Kindern, die in der Auswertung der KSA-Daten selektiert werden konnten, wurden nur 3 innerhalb der ersten 12-24 Stunden nach der Tat vorgestellt, alle in einer Klinik. Über die Qualität der dort erfolgten Maßnahmen konnten jedoch keine Unterlagen eingesehen werden.

Der Verdacht auf sexuellen Missbrauch ergibt sich in der Mehrzahl der Fälle aber erst, wenn auffällige Verhaltensweisen, z.B. sexualisiertes Verhalten beobachtet werden, meist hervorgerufen durch wiederholte Missbrauchserfahrungen. Ein eindeutiger zeitlicher Zusammenhang zu einem akuten Vorfall besteht in der Regel nicht.

Daraus folgt, dass, anders als bei Frauen, die meisten Fälle sexuellen Missbrauchs von Kindern sich somatisch-medizinischen, speziell der rechtsmedizinischen Analyse entziehen, wie sie in dieser Studie ausgewertet werden konnten. Das gilt insbesondere für die Fälle der KSA, deren Arbeitsschwerpunkt die Abklärung eines oft nur vagen Verdachts auf Missbrauch ist. Da aber auch die Akten der KSA nach den gleichen Kriterien wie die der Kinderklinik ausgewertet wurden, wurde das diagnostischen Prozedere dieser spezialisierten Einrichtung nicht weiter erfasst.

5.6.3 Vernachlässigung

Im UKD lag bei 2 von 10 Fällen Kindesmisshandlung in Form von Vernachlässigung vor. Bei einem Kind waren die Anzeichen einer Vernachlässigung so offensichtlich, dass eine Meldung ans Jugendamt erfolgte. Das zweite, ein 4 Monate alter Säugling, war bei der Vorsorgeuntersuchung U4 aufgefallen und durch den Kinderarzt einge-

wiesen worden. In der KSA waren 28 Fälle (32 % bei 88 Fällen) von Vernachlässigung aktenkundig. Damit war Vernachlässigung im UKD gleich häufig wie sexueller Missbrauch und in der KSA die dritthäufigste Form erfasster Kindesmisshandlungen. In der Uniklinik Leipzig stellten sie nach körperlicher Misshandlung die zweithäufigste Form dar (Landgraf und Zahner 2010).

In der kinderärztlichen Praxis sind Vernachlässigung und psychische Misshandlung Umfragen zufolge die am häufigsten gesehenen Formen der Kindesmisshandlung (Kopecky-Wenzel et al. 2002, Brandenburger Leitfaden 2007). Die in den meisten Fällen fehlende eindeutige Hinweise und erschweren so die Aufdeckung oder machen sie sogar häufig unmöglich (Herrmann 2005 a).

Obwohl Vernachlässigung die wohl häufigste Form der Kindesmisshandlung darstellt, hat sie nie eine ähnliche Aufmerksamkeit auf sich ziehen können wie körperliche Misshandlung oder sexueller Missbrauch. Sie kann klinisch nur diagnostiziert werden, wenn sie bereits physische Symptome hervorgerufen hat (Unterernährung, mangelhafter Pflegezustand). Andernfalls kann eine Verdachtsdiagnose nur über psychische Auffälligkeiten oder Verhaltensstörungen gestellt werden, wie z. B. starke Angst und Anklammern an die Bezugsperson, Abwehr oder auch distanzloses Zutrauen zu unbekannten Personen, „frozen watchfulness“ (Herrmann 2005 a). Vernachlässigung zeichnet sich durch einen schleichenden Verlauf aus, bei dem sich eine Beeinträchtigung der kindlichen Entwicklung in der Regel erst allmählich zeigt. Je jünger vernachlässigte Kinder sind, desto schwerwiegender sind die Folgen (Brisch 2008).

Nur wenn massive körperliche Symptome einer Verwahrlosung und Mangelversorgung bestehen, wird gemäß bisher üblicher Praxis eine rechtsmedizinische Begutachtung eingefordert, zur Abklärung von Verdachtsfällen wird bis dato die Rechtsmedizin kaum zu Rate gezogen.

5.6.4 Zeugenschaft von Gewalt

Zeugenschaft von Gewalt meint das passive Miterleben häuslicher Gewalt, insbesondere von Gewalt zwischen den Bezugspersonen von Kindern. Diese Form der Gewalt gegen Kinder rückte erst in den letzten Jahren zunehmend in das Bewusstsein. Untersuchungen ergaben, dass jeder vierte bis siebte Befragte von dieser mittelbaren Gewaltform betroffen war (Schröttle und Müller 2004, Enzmann und Wetzels 2001, Kavemann und Kreyssing 2006).

Bei 36 (40 %) der ausgewerteten Fälle in der KSA fanden sich Hinweise auf das Erleben elterlicher Gewalt, in den 10 Fällen der DES UKD fanden sich hierüber keine Angaben. Obwohl im Exzerptbogen dieser Studie nicht ausdrücklich erfragt, fanden sich in etlichen Akten Hinweise hierzu. Die betroffenen Kinder wurden alle aufgrund anderer Gewaltdelikte vorstellig. Hier bestätigt sich die Beobachtung, dass Partnerschaftsgewalt oft mit anderen Formen der Gewalt gegen Kinder verbunden ist (Kavemann 2008, Christian et al. 2004), auch wenn die Art und Weise der Aktenanalyse hierzu keine explizite Erfassung ermöglichte.

Zeugenschaft von Gewalt wird heute als eine weitere eigenständige Form von Kindesmisshandlung betrachtet. Dieser Form wurde in der Forschung zur häuslichen Gewalt in den letzten Jahren zunehmende Aufmerksamkeit geschenkt (Kavemann u. Kreyssig 2007, Schröttle, Müller u. Glammeier 2004). Bezüglich der Häufigkeit ist auch hier das Dunkelfeld sehr hoch, da Gewalt in der Familie geheim gehalten wird. Jedoch weiß man aus der Gewaltforschung an Frauen, dass in Deutschland etwa jede 4. Frau Gewalt durch ihren Partner erfährt. Mehr als die Hälfte dieser Frauen lebt mit Kindern zusammen (Schröttle, Müller, Glammeier 2004). Bei Polizeieinsätzen mit Wegweisung des Täters nach dem Gewaltschutzgesetz waren in über 54 % Kinder anwesend, meist unter 12 Jahre alt (WIBIG 2004, Helfferich et al. 2004); dieser Umstand soll zumindest in NRW bei einer Meldung an das psychosoziale Hilfesystem (nur mit Zustimmung der betroffenen Person) mit kund getan werden, damit auf die Situation von Kindern in einer gewaltbelasteten Partnerschaft im Rahmen der Beratung auch eingegangen werden kann. Das Gewaltschutzgesetz wird von Frauen

mit Kindern häufiger in Anspruch genommen und dient somit auch dem Schutz von Kindern (Rupp 2005).

Interpersonelle Gewalt zwischen den Eltern kann sowohl passiv als auch aktiv eine Schädigung von Kindern bedingen. Die Kinder erleben unter anderem eine belastende und bedrohliche Atmosphäre, verbunden mit existenziellen Ängsten (z.B. dass die Mutter getötet wird, der Vater sich umbringt), Loyalitätskonflikten, Schuldgefühlen und Hilflosigkeit (Strasser 2007, Kavemann 2008). Viele Kinder mischen sich in die Konflikte ein und erfahren dadurch selbst Gewalt gegen sich. In zahlreichen Studien konnte gezeigt werden, dass Zeugenschaft von Gewalt und die damit verbundene bedrohliche Atmosphäre Kinder in hohem Maße in ihrer weiteren Entwicklung beeinträchtigt (Kavemann 2008, Kindler 2006, Kühne-Velten 2008). Es wurde zudem ein Zusammenhang zwischen dem Erleben elterlicher Gewalt und späterer eigener Gewalttätigkeit festgestellt (Pfeiffer und Wetzels 1997 und 1999). Für Mädchen besteht ein erhöhtes Risiko, im Erwachsenenalter selbst Opfer von Partnerschaftsgewalt zu werden (Schrötte und Müller 2004, Kavemann und Kreyssing 2006), für Jungen, später als Täter in Familie und Partnerschaft diese Gewalterfahrung weiterzugeben (Wetzels 1997 a, Hartwig 2007). Auch bei dieser Gewaltform sind keine akut zu beurteilenden Folgen zu erwarten und daher einer Analyse unter rechtsmedizinischen Gesichtspunkten nicht zugänglich. Die Bedeutung dieser Gewaltform liegt in der langfristig zu erwartenden Beeinträchtigung der kindlichen Entwicklung.

5.7 Diagnosestellung, Befunderhebung, Befunddokumentation

5.7.1 Gerichtsfeste Dokumentation, Dokumentationsschemata

In der Kinderklinik folgte die Erhebung der Anamnese keinem einheitlichen Schema. Angaben zur psychosozialen Situation der Familie und familiären Erkrankungen wurden nicht systematisch erfragt und waren lückenhaft.

Eine Dokumentation von Verhaltensauffälligkeiten oder Entwicklungsstörungen fand sich bei keinem Kind. Es wurden nur die körperlich sichtbaren Misshandlungsfolgen beschrieben.

Die Dokumentation sichtbarer Verletzungen kann in schriftlicher Form erfolgen und sollte eine detaillierte Beschreibung der Lokalisation, der Größe und Form sowie Beschreibung der Wundränder und Farbe beinhalten (Dettmeyer 2006; Herrmann 2005 c; Herrmann et al. 2008; Seifert, Heinemann und Püschel 2006). Die Befunde sollten in ein Körperschema eingezeichnet und fotografisch mit Maßstab dokumentiert werden (Rauch 2007, Mützel und Penning 2009). Für eine gerichtsfeste Dokumentation ist eine Kombination aller drei Formen ideal (Schulungsunterlagen MIGG-Projekt 2009).

Im UKD wurde in jedem der sieben Fälle mit äußerlich sichtbaren Verletzungen ein schriftlicher Befund niedergelegt. In Umfang und Detailbeschreibung ergaben sich aber große Unterschiede. Fotos wurden bei 4 Patienten angefertigt, Schemazeichnungen fanden sich nicht.

Eine gerichtsfeste Dokumentation mit detaillierter, deskriptiver Beschreibung der sichtbaren Gewaltfolgen, wie sie in der neueren Literatur empfohlen wird (Herrmann et al. 2008), erfordert neben fachlichen Kenntnissen einen erheblichen Zeitaufwand. Sie ist daher im Klinikalltag nur schwer zu erbringen. Dort, wo strukturell und räumlich ein rechtsmedizinisches Angebot zur Verfügung steht, wie am UKD, sollten sich die Ärzte für die Dokumentation von Verletzungsfolgen der Kompetenz der Rechtsmediziner bedienen und sie hinzuziehen. Bei vier Patienten wurde ein rechtsmedizinisches Konsil durchgeführt, allerdings fanden sich in keinem Fall schriftliche Aufzeichnungen der Ergebnisse.

Auch mit anderen Kliniken des UKD erfolgte eine fachübergreifende Zusammenarbeit. Es wurden weitere 13 Konsile angefordert. Allerdings fanden sich auch hier nur 7 schriftliche Berichte in den Akten. Es gab aber in einigen Akten Hinweise, dass die Originalunterlagen an weiterversorgende Institutionen mitgegeben wurden (KSA oder Kripo). Kopien wurden nicht angefertigt.

Basiskenntnisse der somatischen Befunde sind erforderlich, um typische Befunde und mangelnde Plausibilität in der Anamnese bei verschiedenen Verletzungskonstel-

lationen zu erkennen (Banaschak 2006, Kindler 2006). In einem Fall des UKD führte die Diskrepanz zwischen dem von den Sorgeberechtigten berichteten Verletzungshergang und dem medizinischen Befund zur Diagnose der Kindesmisshandlung.

In mehreren Akten war ein Formular abgeheftet, ein „Dokumentationsschema nicht-akzidenteller Verletzungen“ (nach B. Herrmann, Kassel), das jedoch in keinem Fall ausgefüllt war. Aus diesem Formular geht lediglich hervor, dass es Mitte 2003 erstellt und seitdem ein Kinderschutzteam an der Kinderklinik etabliert war. Auf den Dokumentationsbögen sollten Anamnese, Erstuntersuchung mit exakter Dokumentation und Schemazeichnung, Beurteilung des Allgemein- und Pflegezustands sowie Ge-
deih- oder Entwicklungsstörungen erfasst werden. Auch die vorgesehene weitere Diagnostik sollte schriftlich fixiert werden, und es bestand die Anweisung, immer den psychosozialen Dienst im Hause und das Kinderschutzteam der Kinderklinik zu informieren. Namentlich und mit Telefonnummer waren drei erfahrene leitende Ärzte der Kinderklinik genannt, ebenso die Ansprechpartner in der Rechtsmedizin und Kinder-gynäkologie. Damit gab es am UKD bereits früh erste Bemühungen zur Etablierung einer interdisziplinären Kinderschutzgruppe. Warum dieser Ansatz nicht weiter verfolgt und aufgegeben wurde, ist unbekannt. Das neue ab 2006 implementierte interdisziplinäre Betreuungskonzept für Gewaltopfer am UKD konnte allerdings hier anknüpfen und die Zusammenarbeit zwischen Kinderklinik und Rechtsmedizin systematisch vertiefen.

5.7.2 Ansätze zur Verbesserung von Diagnosestellung und Fallmanagement

Kinderschutzgruppen sind an Kinderkliniken in Österreich und in der Schweiz seit Jahren erfolgreich tätig und in Österreich verbindlich vorgeschrieben (Leitfaden des Österreichischen Bundesministeriums für Gesundheit, Familie u. Jugend 2008, Thun-Hohenstein 2005). Die Züricher Kinderschutzgruppe besteht bereits seit mehr als 40 Jahren. Auch in Deutschland setzen sich Kinderschutzgruppen an Kindermedizinischen Zentren als sinnvolles Instrument des Kinderschutzes vermehrt durch. Die erste wurde 2003 an der Kinderklinik Kassel von Herrmann gegründet. Seit 2005 folgten

weitere in München, Bonn und Berlin und inzwischen an 20 weiteren Kinderkliniken (Herrmann 2010). Kinderschutzgruppen arbeiten interdisziplinär und setzen sich zusammen aus Ärzten verschiedener Disziplinen, dem sozialen Dienst der Klinik, Psychologen und Psychotherapeuten sowie der Pflege. An der Uniklinik Bonn wurde ein Konzept mit strukturierten Abläufen in Form klinischer Pfade entwickelt. (www.kinderschutzgruppe.de). Für das Management auf allgemeinpädiatrischen Stationen ist entscheidend, dass ein standardisierter Aufnahme und Anamnesebogen und schriftlich fixierte Leitlinien zum Vorgehen bei Verdacht auf Kindesmisshandlungen vorliegen und allen Klinikärzten bekannt sind. Fortbildungen hierzu müssen kontinuierlich und wiederholt angeboten werden, da in einer Kinderklinik mit Weiterbildungsauftrag eine hohe Fluktuation bei den Ärzten besteht. Die erweiterte psychosoziale und entwicklungsneurologische Diagnostik erfolgt dann durch hierauf spezialisierte, meist langfristig tätige und erfahrene Mitarbeiter der Kinderschutzgruppe. Auch die noch zu beschreibenden weiteren Maßnahmen und Vermittlung von Hilfsangeboten ist Aufgabe der KSG. Das Angebot kann in der Regel auch von niedergelassenen Ärzten oder Betroffenen in Anspruch genommen werden.

Der Arbeitsansatz der Kinderschutzambulanz in Düsseldorf entspricht weitgehend dem einer Kinderschutzgruppe. Bei den dort vorgestellten Kindern war die Diagnose Kindesmisshandlung bereits gestellt oder es sollte der Verdacht darauf entkräftet oder bestätigt werden. 39 Patienten wurden nach akutem körperlichem oder sexuellem Missbrauch an die KSA überwiesen. Bei allen hatte eine medizinische Erstversorgung außerhalb stattgefunden, beim Kinderarzt oder in anderen Kliniken sowie dreimal im UKD. Zwar wurden die sichtbaren Verletzungsfolgen beschrieben, dreimal auch fotografiert, die gerichtsfeste Dokumentation war jedoch nicht vorrangiges Ziel der Befunderhebung.

Ca. 50 % der Patienten wurden ohne sichtbare Verletzungsfolgen vorgestellt, mit dem Verdacht auf Kindesmisshandlung. Sie waren in ihrem Umfeld (Kindergarten, Schule, Kinderarzt) durch Verhaltensstörungen oder Zeichen der Vernachlässigung aufgefallen und es galt, den Verdacht auf Kindesmisshandlung zu bestätigen oder zu entkräften. Die Durchsicht der Akten zeigte, dass die Diagnostik bei Kindesmisshandlung besonderer Kenntnisse und Erfahrungen bedarf und weder in einer allgemeinpädiatrischen Klinik noch in der kinderärztlichen Praxis erbracht werden kann.

Dokumentiert waren, neben einer ausführlichen Sozialanamnese, auch Verhaltensauffälligkeiten und Besonderheiten der Eltern-Kind-Interaktion. In fast allen Akten fanden sich Befunde zur Entwicklungs- und psychologischen Diagnostik oder Dokumentation einer kinder- und jugendpsychiatrischen Untersuchung. Bei 79 von 88 Fällen fanden sich Protokolle zu Elterngesprächen und Fallkonferenzen und der Entscheidungsprozeß für einzuleitende Hilfemaßnahmen war schriftlich festgehalten und nachvollziehbar.

Mit der Existenz der Kinderschutzambulanz, die seit Jahren etabliert ist und erfolgreich arbeitet, liegt in Düsseldorf ein besonderes Versorgungsangebot für misshandelte Kinder vor.

Die Auswertung der Daten der KSA erfolgte nach den gleichen rechtsmedizinischen Kriterien wie an allen Kliniken des UKD. Aspekte der spezifischen Befunderhebung und Befunddokumentation waren daher mit unserer Methode nicht analysierbar und somit auch nicht Ziel der vorliegenden Studie. Die Bearbeitung der Patientenakten der KSA bestätigt aber die Hypothese, dass Kinder als Misshandlungsoffer anderer Zugänge und Interventionen bedürfen, als die, die für die Versorgung von Erwachsenen, in der Regel Frauen, entwickelt wurden. Ein Vergleich der KSA Daten mit denen der Kinderklinik ist hinsichtlich der Diagnosestellung und Befunderhebung nicht sinnvoll.

In Hamburg wurde 2006 das Kinder-Kompetenzzentrum (Kinder-Kompt) an der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf (UKE) gegründet. Dies ist bundesweit die einzige Einrichtung, in der Rechtsmediziner und Kinderärzte zum Schutz der Kinder zusammenarbeiten. Es handelt sich um eine niederschwellige Anlaufstelle für alle Kinder mit Verdacht auf Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuellen Missbrauch. Organisation und Koordinierung, aber auch Zusammenarbeit mit Jugendämtern, Kinderärzten und anderen Hilfeeinrichtungen liegen in der Hand des rechtsmedizinischen Instituts. Durch die verstärkte Vernetzung von Rechtsmedizin und Kinderklinik wurde inzwischen auch am UKD eine rechtsmedizinische Unterstützung der pädiatrischen und sozialpädiatrischen Arbeit analog zum Prinzip von Kinderschutzgruppen angeboten.

5.8 Rolle der Ärzteschaft

5.8.1 Barrieren seitens der Ärzteschaft im Umgang mit Kindesmisshandlung

Ärzte haben eine Schlüsselrolle bei der Aufdeckung von Kindesmisshandlung jeder Art. Im Rahmen routinemäßiger ärztlicher Untersuchungen werden sie auch Zeichen einer möglichen Misshandlung oder Vernachlässigung sehen, dies vor allem auch im Rahmen einer kontinuierlichen Betreuung und Wahrnehmung von Veränderungen im Erscheinungsbild von Eltern und Kindern. Aber nicht alle Ärzte sind gleichermaßen für die Gewaltproblematik sensibilisiert.

Die Häufigkeit, mit der Vernachlässigung wahrgenommen wird, variiert sehr stark. Auf 100.000 Patientenkontakte wird 4-mal der Verdacht auf körperliche, 17-mal der Verdacht auf seelische und 3-mal der Verdacht auf sexuelle Misshandlung geäußert (AWMF). Erhebliche Defizite, Kindesmisshandlung zu erkennen, zeigte auch eine amerikanische Studie. Bei 2.863 wegen Misshandlung stationär behandelten Kinder wurde die Diagnose von der Hälfte der einweisenden Ärzte nicht vermutet (Markenson et al. 2007). In einer Studie der LMU München gaben von 500 teilnehmenden niedergelassenen Pädiatern und Kinder-Psychiatern 13 % an, keinen Fall von Misshandlung - einschließlich Vernachlässigung oder emotionaler Misshandlung - gesehen zu haben. 17 % beantworteten diese Frage nicht (Kopecky-Wenzel 2002 b). Eine vergleichbare Ärztebefragung in Brandenburg zeigte eine große Spannweite der Wahrnehmung von Gewalt an Kindern bezogen auf den einzelnen Arzt. Sie lag zwischen Null und 179 sicheren Fällen und zwischen Null und 120 Verdachtsfällen (Elsässer-Cartheuser 2006).

Fehlende Diagnosesicherheit durch geringe Kenntnisse und unzureichende Qualifikation werden als Problem benannt (Hagemann-White und Böhne 2003, Hellbernd, Brzank et al. 2004; Artus 2007).

Defizite bestehen aber auch in der Gesprächsführung, wenn es darum geht, sensibel seinen Verdacht zu äußern. In der Studie der LMU München gab jeder fünfte Arzt zu, nicht zu wissen, wie er Fälle von Misshandlungen ansprechen sollte (Kopecky-

Wenzel 2002 b). Es besteht einerseits eine große Unsicherheit im Umgang mit Familienkrisen, andererseits aber auch die Befürchtung, durch Ansprache eines Misshandlungsverdachts den engen zeitlichen Rahmen für einen Patientenkontakt nicht einhalten zu können und damit überfordert zu sein (Rönnberg und Hammarström 2000, Snugg und Inui 1992, Blättner 2008, Artus 2007).

Ärzte wissen zu wenig über Verfahrens- und Dienstwege, Hilfen zu initiieren. Befragte Ärzte gaben unzureichende Kenntnisse über bestehenden Hilfestrukturen vor Ort an oder die mangelhafte Kooperation zwischen diesen Institutionen. Eine amerikanische Studie konnte zeigen, dass Ärzte dann besonders bereit sind, sich mit dem Thema Gewalt in der Familie und sexueller Missbrauch zu befassen, wenn sie auf ein regionales Unterstützungssystem zurückgreifen können (Erickson, Hill et al. 2001).

Die Auswertung der UKD-Fälle vermag die hier dargelegten Thesen zu unterstützen und weist gleichermaßen darüber auf mögliche Verbesserungsmöglichkeiten hin, z.B. durch verstärkte Kooperation mit rechtsmedizinischen Institutionen, vermehrte Schulung und regelmäßiges Training zu Gesprächsführung und Befunddokumentation sowie zur Weiterleitung im jeweiligen regionalen Hilfenetzwerk.

5.8.2 Ansätze zur Reduktion von Barrieren

In verschiedenen Bundesländern wurden Leitlinien entwickelt, um Ärzte bei der Erkennung, Anamnese, Dokumentation und Vermittlung lokaler Hilfeangebote zu unterstützen. Auf Initiative der Techniker Krankenkasse wurde ein Leitfaden für Hessen entwickelt und in aktualisierter Form allen Kinderärzten in NRW kostenlos zugesandt.

Wie Erfahrungen in Bayern (Kopecky-Wenzel et al. 2002 a + b) und Brandenburg (Elsässer 2006) zeigten, reicht es aber nicht aus, solche Leitlinien lediglich zur Verfügung zu stellen. In Brandenburg wurde ein Fragebogen an alle ambulant und stationär tätigen Kinderärzte versandt, mit der Bitte, den Nutzen des kürzlich erhaltenen Leitfadens für ihre Praxisarbeit zu bewerten. Trotz zweimaliger Aufforderungen beteiligte sich nur ein Drittel. Ob der Leitfaden von den Übrigen überhaupt wahrgenom-

men wurde und die Praxisarbeit beeinflusst hat, blieb offen. Doch auch von den Rücksendern hielten etwa 60 % den Leitfaden allein für nicht ausreichend und gaben zusätzlichen Fortbildungsbedarf an. Neben spezifisch ärztlichen Fortbildungen zur Wissensvertiefung wurden auch fachübergreifende, interaktive Fortbildungen gewünscht, um die Zusammenarbeit mit bestehenden Hilfestrukturen vor Ort zu verbessern (Blättner et al. 2008, Selbmann und Kopp 2005).

Es ist sicher nur ein Teil der Kinderärzte, der seine Unsicherheit im Erkennen und Umgang mit mutmaßlichen Kindesmisshandlungen zugibt. Anderen ist die Existenz dieses Problems in ihrer täglichen Arbeit nicht einmal bewusst, wie die oben zitierten Erhebungen in Bayern und Brandenburg ergaben. In den USA, wo medizinische Fachverbände bereits früh begannen, Ärzte auf das Problem häusliche Gewalt aufmerksam zu machen, zeigte sich, dass es nur langsam gelang, die Ärzteschaft hierfür zu sensibilisieren (Seifert, Heinemann et al. 2006 b, Seifert 2004). Auch die Implementierung des SIGNAL-Interventionsprogramms am Universitätsklinikum Berlin zeigte die schwere Erreichbarkeit der Ärzte für die klinikinternen Fortbildungsprogramme auf. Erst nach erheblicher Kürzung der Fortbildungsmodule und laufender Intervention der Projektleitung konnten Klinikärzte zur Kooperation motiviert werden. Viele Ärzte sind durch Fortbildungsangebote nicht oder nur schwer zu erreichen, unter anderem weil die Teilnahme freiwillig ist und nur von denen wahrgenommen wird, die ein Problembewusstsein haben.

Wichtig wäre es daher, bereits Studierende der Humanmedizin für das Thema häusliche Gewalt/ intrafamiliäre Gewalt zu sensibilisieren und auszubilden (Hoffstetter et al. 2005). Dies belegte auch eine Studie in den USA von Erickson et al.. Es wurde ein Vergleich zwischen niedergelassenen Kinderärzten in Ohio und Kentucky angestellt, in wie weit diese ein von der AAP gefordertes Screening auf häusliche Gewalt in der Praxis durchgeführt hatten. In Ohio waren es nur 25 %, die restlichen gaben mangelnde Schulung bzw. Wissen als Grund an, ein solches Screening nicht durchzuführen. In Kentucky hingegen, wo häusliche Gewalt zum universitären Ausbildungskatalog gehört, wurde diese Screening von 80 % der Pädiater durchgeführt (Erickson et al. 2001).

In den USA wurde 2006 eine pädiatrische Schwerpunktsausbildung „Child Abuse Pediatrician“ eingeführt (Block und Palusci 2006).

In Deutschland kommt das Thema medizinischer Kinderschutz im Gegenstandskatalog des Medizinstudiums nicht vor. Aber auch in den Weiterbildungsordnungen für Kinder- und Jugendärzte, für Kinderchirurgen, für Kinder- und Jugendpsychiater sowie für Kinderradiologen ist Kindesmisshandlung als Lernziel nicht enthalten (Herrmann 2010). Nur in der Rechtsmedizin werden Kenntnisse von Verletzungsmustern durch Gewalt, auch bei Kindern, vermittelt.

Das Institut der Rechtsmedizin im Universitätsklinikum Düsseldorf (UKD) hat seit 2005 Module zur Versorgung von Gewaltopfern im Rahmen der rechtsmedizinischen Ausbildung von Studenten implementiert. Das Erkennen von Gewaltfolgen und deren Dokumentation, das sachgerechte Reagieren und Übungen zur Gesprächsführung durch Rollenspiele werden hierin vermittelt. Auch für approbierte Ärztinnen und Ärzte werden entsprechende Fortbildungsveranstaltungen angeboten und Hilfeeinrichtungen des lokalen Netzwerkes vorgestellt (Grass und Ritz-Timme 2006). „Wir sehen nur was wir kennen“ (Dr. E. Motzkau in Janke-Hoppe 2009) und „Hinsehen mit geschultem Blick“ sei das A und O, um Kindesmisshandlungen zu erkennen (Mitrenga in Brenn 2009).

Die bisherigen Bemühungen, Ärzte durch Fortbildungen und Handlungsempfehlungen in Leitlinien zu unterstützen, haben sich als nicht ausreichend wirksam erwiesen. Dem hat die Bundesregierung 2007 mit dem Beschluss des Modellprojekts „Medizinische Intervention gegen Gewalt“ (MIGG) Rechnung getragen. Es soll erarbeitet werden, mit welchen Maßnahmen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für das Erkennen, die Dokumentation und den sachgerechten Umgang mit Gewaltopfern geschult und unterstützt werden können. Die Leitung für den Raum Düsseldorf wurde dem rechtsmedizinischen Institut übertragen (Ritz-Timme u. Grass 2009). Eine spezialisierte Variante dieses Modellprojektes für die Schulung und Betreuung von Kinderärzten ist in Vorbereitung („Arbeitstitel „Mini-MIGG“).

5.9 Weitere Maßnahmen, Nachsorge

In der Uniklinik wurde bei 8 von 10 Kindern aktenkundig der Sozialdienst im Hause eingeschaltet. In welcher Form der Sozialdienst tätig wurde, welche Maßnahmen durch ihn eingeleitet und koordiniert wurden, war den Akten nicht zu entnehmen. Es gab keine Aufzeichnungen zu Elterngesprächen oder Helferbesprechungen.

Falls Eltern einsichtig und kooperativ sind, kann das Kind, unter Abwägen der Risikofaktoren und der familiären Ressourcen, in der Familie bleiben und ein Hilfeplan erstellt werden. 7 Kinder des UKD und 40 der KSA konnten mit ihren Familien ambulanten Hilfsangeboten zugeführt werden. Zwei Kleinkinder des UKD mit wiederholtem Missbrauch wurden zur weiteren Diagnostik und Abklärung des Hilfebedarfs an die KSA überwiesen. Bei etwa 60 % der Misshandlungsoffer der KSA wurde eine psychosomatische oder psychiatrische Diagnostik durchgeführt und bei Bedarf eine psychotherapeutische Behandlung begonnen, zum Teil in der KSA selbst. In der Regel wurde auch eine Entwicklungsdiagnostik durchgeführt und bei Defiziten Fördermaßnahmen wie Ergotherapie oder Logopädie eingeleitet. Von Seiten der Jugendhilfe wurden sozialpädagogische Familienhilfen installiert oder die Kinder in einer heilpädagogischen Tagesgruppe untergebracht.

8 Kinder des UKD wurden dem Jugendamt gemeldet. Davon waren 2 Kinder dort bereits bekannt. In der KSA erfolgte bei 63 Kindern eine Meldung ans Jugendamt, in den meisten Fällen durch enge Kontaktpersonen wie Erzieher oder durch die Eltern selbst, noch bevor das Kind in der KSA vorgestellt wurde. Wie viele von diesen dort bereits bekannt waren, ließ sich den Akten nicht entnehmen.

Eine Meldung an das Jugendamt kann nur erfolgen, wenn die Eltern einverstanden sind und eine Schweigepflichtentbindung vorliegt. Falls die Eltern sich als nicht kooperationsfähig oder -willig erweisen und das Wohl des Kindes als aufs höchste gefährdet eingeschätzt wird, kann das Jugendamt allerdings auch ohne Einverständnis der Eltern eingeschaltet werden („rechtfertigender Notstand“ nach § 34 StGB).

Mit der Meldung geht die Verantwortung für den Schutz des Kindes an das Jugendamt über. Es ist verpflichtet, jedem gemeldeten Verdacht auf Kindesmisshandlung

nachzugehen, eine Gefährdungseinschätzung vorzunehmen und für den Einzelfall geeignete Schutzmaßnahmen und Unterstützungsangebote für die Familie einzuleiten.

Bei dringender Gefahr ist das Jugendamt zur sofortigen Inobhutnahme verpflichtet, das heißt vorläufige Herausnahme aus der Familie durch stationäre Einweisung, Unterbringung in einer Pflegefamilie oder einer anderen geeigneten Einrichtung.

Durch Anrufung des Familiengerichts kann das Sorgerecht entzogen und das Kind dauerhaft aus der Familie herausgenommen werden. Dieses Vorgehen war bei zwei Patienten des UKD und 39 Patienten der KSA erforderlich. Die Herausnahme aus der Familie garantiert zwar die körperliche Integrität des Kindes, ist für das Kind möglicherweise aber genauso traumatisierend wie die häusliche Misshandlung.

Das statistische Bundesamt erfasste 2007 mehr als 33.000 Minderjährige, die von den Jugendämtern in Obhut genommen wurden. Das ist eine Steigerung von über 30 % gegenüber 2004. Die gestiegenen Zahlen belegen nicht etwa eine Zunahme von Misshandlungsfällen, sondern ein größeres Problembewusstsein in der Umgebung von Kindern und eine gestiegene Anzeigenbereitschaft.

Bei 6 Patienten der KSA und einem Patienten des UKD mit schweren Verletzungsfolgen aus mehrzeitigen Übergriffen und hoher Gewaltbereitschaft auch gegen die Mutter, wurde dem Täter jeglicher Umgang mit und Kontaktaufnahme zum Opfer untersagt. Diese Möglichkeit besteht, seit am 1. Januar 2002 das Gewaltschutzgesetz erlassen wurde. Anders als bei nachgewiesener Misshandlung aus Überforderung mit dem gemeinsamen Suchen nach Hilfen und Entlastung für die Familie muss bei wiederholter sexueller oder schwerer körperlicher Gewalt der Täter von seinem Opfer getrennt werden. Im Gewaltschutzgesetz gilt nach § 2 der Grundsatz „Der Täter geht, das Opfer bleibt“. Zwar gilt das Gewaltschutzgesetz nicht für Kinder, wird aber von Müttern, die Opfer partnerschaftlicher Gewalt wurden, in Anspruch genommen und dient damit auch dem Schutz der Kinder vor Zeugenschaft oder gar eigener Misshandlung. In Fällen von Kindesmisshandlung kann das Familiengericht/ die Polizei eine Wohnungswegweisung über die §§ 1666, 166a BGB veranlassen.

Ein Kind des UKD wurde mit seiner Mutter in einem Frauenhaus untergebracht, um beide vor dem Täter zu schützen.

Drei Misshandlungsfälle des UKD wurden bei der Polizei gemeldet, 38 Fälle der KSA. Bei den Patienten der KSA erfolgte die Anzeige in den meisten Fällen schon vor der Vorstellung oder nach Diagnosesicherung durch involvierte Personen oder Institutionen. Von der KSA selbst erfolgt aber in der Regel keine polizeilichen Meldung (Interview mit Dr. Motzkau: Janke-Hoppe 2004).

Anders als in den USA, Südkandinavien und Österreich besteht in Deutschland bisher keine bundesweit gleichartig geregelte Form einer Anzeigepflicht von Kindesmisshandlung, weder für Ärzte noch für das Jugendamt oder das Familiengericht. Jedoch haben einzelne Bundesländer eigene Regelungen eingeführt, sofern dringende Anhaltspunkte für Kindeswohlgefährdung vorliegen. Bisher gibt es in Bayern und Mecklenburg-Vorpommern eine gesetzlich festgelegte „unverzügliche“ ärztliche Mitteilungspflicht gegenüber dem Jugendamt (Bühning 2008). In Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt gibt es eine „abgestufte“ Meldepflicht d.h. es dürfen Daten weitergegeben werden, wenn die eigenen fachlichen Mittel nicht ausreichen oder die Personensorgeberechtigten nicht in der Lage oder nicht Willens sind, die Gefährdungslage zu beheben. Hessen und Thüringen erteilen eine Befugnis zur Datenweitergabe bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung. Schleswig-Holstein hat nur festgelegt wie Schulen, Polizei und Gerichte Daten weitergeben dürfen, nicht jedoch für das Gesundheitswesen. Noch keine gesetzliche Regelung zur Datenweitergabe bei Hinweisen auf Kindeswohlgefährdung gibt es in Brandenburg, Bremen, Niedersachsen, NRW, Saarland, Sachsen, (Nothafft 2008).

Gewalt gegen Kinder wird insgesamt und speziell von der Ärzteschaft wenig angezeigt (Goedelt 2004) und von den wenigen Gerichtsverfahren wegen Kindswohlgefährdung wird ein großer Teil zudem noch wegen mangelnden oder nicht nachweisbaren Tatverdachts ohne strafrechtliche Folgen eingestellt (Bund Deutscher Kriminalbeamter 2009). Ein solcher Ausgang bedeutet für das betroffene Kind, dass es einerseits der Gefährdungssituation mit hoher Wiederholungsgefahr weiter ausgesetzt ist (Wilson 2004), andererseits aber auch die zusätzlich belastende Erfahrung, dass es nicht ernst genommen, ihm nicht geglaubt wird und es in Zukunft besser schweigen sollte.

Ärztlicherseits kann die Hemmschwelle etwas verstanden werden, wenn die Sorge vor einer nachträglich fehlerhaften Einschätzung negative Folgen für den Ruf der Arztpraxis oder Klinik bedeuten könnte.

Jugendämter halten zudem eine strafrechtliche Verfolgung für ein ungeeignetes Mittel, das Wohl des Kindes zu verbessern, und befürchten, hierdurch das Vertrauensverhältnis zu Familien zu zerstören. Ihr Grundsatz lautet „Hilfe statt Strafe“ und setzt somit auf die heilende Wirkung der Familie, wenn diese in Hilfesysteme eingebunden wird.

Als Schwachstelle der bestehenden Hilfestrukturen wird häufig die fehlende oder schlechte Vernetzung und Zusammenarbeit mit dem Jugendamt genannt. Informationen über häusliche Zustände und Risiken sind vorhanden, werden aber nicht ausgetauscht und systematisch zusammengeführt. Beispielhaft waren bei dem Säugling Kevin, der 2006 tot im Kühlschrank seines drogensüchtigen Vaters entdeckt wurde, 25 Institutionen involviert. Bei der Obduktion zeugten über 20 Frakturen unterschiedlichen Alters von wiederholter Kindesmisshandlung über einen längeren Zeitraum (Bund Deutscher Kriminalbeamter 2009).

Die Notwendigkeit, einer stärkeren Vernetzung bestehender Hilfeangebote wurden erkannt und zahlreiche Projekte hierzu entwickelt und gefördert, meist auf lokaler Ebene (www.fruehehilfen.de). Auch das Düsseldorf Modell im Projekt www.miggfrauen.de arbeitet nach diesem Prinzip.

Als gutes Beispiel gilt ebenso und speziell das Präventionsprogramm „Zukunft für Kinder in Düsseldorf“ in dem eine frühe, fachliche und organisatorische Vernetzung aller bereits bestehenden Hilfestrukturen gelang. Das Konzept wurde 2005 von der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz entwickelt, einer vorbestehenden Arbeitsgruppe, in der alle relevanten Gruppen der Gesundheitshilfe zusammenarbeiten. Alle bereits bestehenden Angebote der Gesundheitshilfe und der Jugendhilfe wurden systematisch vernetzt mit dem Ziel, für Risikofamilien frühzeitig eine individuelle Hilfeplanung, Förderung und Betreuung zu gewährleisten. Jugendamt und Gesundheitsamt sind gemeinsam für die Programmkoordination verantwortlich. Eine übergeordnete gemeinsame Clearingstelle als eigenständige Organisationseinheit wurde eingerichtet, die während der ersten drei Lebensjahre, eine individuell angepasste Versorgung

koordinieren und sicherstellen soll. Ein Netz weiterer Kooperationspartner wurde eingebunden (Kliniken, Kinderärzte, Gynäkologen, Schwangerschaftsberatungsstellen und Krankenkassen). Das Institut für Rechtsmedizin der Düsseldorfer Uniklinik ist in dieses Präventionsprogramm nicht eingebunden, kann jedoch konsiliarisch jederzeit hinzugezogen werden. Mit den beteiligten Mitarbeitern der Institutionen wird ein Plan erstellt, welche Hilfen wann für erforderlich gehalten werden und wer diese Maßnahme kompetent übernehmen kann. Das Präventionsprogramm wurde wissenschaftlich evaluiert (Ziegenhain und Fegert 2007) und mit mehreren Preisen ausgezeichnet (2. Platz Deutscher Präventionspreis 2006, 1. Platz Gesundheitspreis NRW 2006, Qualitätspreis der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen 2006, Auszeichnung zum Best-Practice-Modell durch die Konrad-Adenauer-Stiftung 2007).

6 Fazit

Die vorliegende Studie ist Teil eines Projekts, das für das Jahr 2004 die Qualität der medizinischen Versorgung von Gewaltopfern an allen Kliniken des UKD untersucht. Alle Patientenakten wurden nach einem einheitlichen Schema unter rechtsmedizinischen Kriterien analysiert. Die vorliegende Studie befasst sich zunächst mit der Selektion von Misshandlungsfällen im Patientenkollektiv der Kinderklinik. Da in Düsseldorf, mit der Kinderschutzambulanz ein besonderes Versorgungsangebot für misshandelte Kinder besteht, wurde die Analyse auf die Patienten der KSA erweitert, um weitere Daten zu erhalten, und die bestehende Versorgungsstruktur darzustellen.

Für eine rechtsmedizinische Begutachtung sind sichtbare körperliche Verletzungen eine Voraussetzung. Bei Kindern finden sich sichtbare körperliche Symptome meist als Folge körperlicher Gewalt, sind aber nur in 4-6 % der Fälle so schwer, dass sie einer medizinischen Behandlung bedürfen (Kindler 2007). Für alle anderen Formen der Kindesmisshandlung, einschließlich der sexuellen Gewalt, ist das Fehlen körperlicher Symptome nahezu typisch. Die Qualität der Beschreibung der erlittenen Gewalt ist im Wesentlichen abhängig von der Ausführlichkeit der Anamnese und den Kenntnissen des aufnehmenden Arztes über Erscheinungsformen von Kindesmisshandlung. Es zeigten sich deutliche Defizite in der Befunddokumentation durch Ärzte der Kinderklinik. Klinikinterne Leitlinien zum systematischen und einheitlichen Vorgehen bei Kindesmisshandlung lagen zwar vor, wurden jedoch nicht genutzt.

Die 2006 am rechtsmedizinischen Institut etablierte Gewaltopferambulanz bietet m. E. zu einem gewissen Teil eine Verbesserung der lokalen Versorgungsstruktur für misshandelte Kinder, so besteht ein vermehrter interdisziplinärer Kontakt, rechtsmedizinische Kompetenz kann analog einer Kinderschutzgruppe in der pädiatrischen Fallbetreuung integriert werden, es können regelmäßige Schulungen und Beratungen angeboten werden, und es besteht die Möglichkeit zur vermehrten rechtsmedizinischen Dokumentation und Begutachtung per Konsil.

Dieses Konzept weist allerdings in all den Fällen, wo andere als körperliche Symptome eine Rolle spielen, seine Lücken auf, denn Kindesmisshandlung findet in der

Familie statt und Täter sind Bezugspersonen, auf die die Kinder angewiesen sind. Diese sind eher an einer Geheimhaltung interessiert, und werden weder eine allgemeine ärztliche Institution noch das Angebot einer Gewaltopferambulanz eigenständig wahrnehmen können. Die Kinder sind von sich aus nicht in der Lage, sich dort zu offenbaren. Sie sind auf Hilfe von außen angewiesen, darauf dass jemand in ihrer Umgebung Ihre Not erkennt.

Die Enttabuisierung des Themas „Häusliche Gewalt“, das Aufsehen in den Medien um besonders tragische Fälle von Kindesmisshandlung und die öffentliche Diskussion hat die Bevölkerung aufmerksamer gemacht und die Anzeigenbereitschaft erhöht. Bei vielen der gemeldeten Fälle handelt es sich aber zunächst nur um einen Verdachtsfall, der entweder bestätigt oder entkräftet werden muss. Dies ist eine interdisziplinäre Aufgabe und kann in Düsseldorf z.B. gut durch das Angebot der KSA übernommen werden, wenngleich auch hier eine vermehrte Integration rechtsmedizinischer Kompetenz wünschenswert erscheint.

Das Universitätsklinikum Düsseldorf bietet ideale Voraussetzungen, eine Kinderschutzgruppe aufzubauen. Alle erforderlichen Fachrichtungen für eine interdisziplinäre Abklärung von Kindesmisshandlungen sind vorhanden: Pädiatrie, Unfallchirurgie, Radiologie, bei Bedarf auch Gynäkologie und Augenklinik. Die Rechtsmedizin ist kompetent für die Bewertung von Verletzungsmustern und deren gerichtsfeste Dokumentation. Aber auch für die Diagnostik somatisch nicht fassbarer Verhaltensauffälligkeiten stehen alle Einrichtungen zur Verfügung: die Neuropädiatrie und das Sozialpädiatrische Zentrum für die entwicklungsneurologische und psychologische Diagnostik, die Kinder- und Jugendpsychiatrie für die Diagnostik und Behandlung psychiatrischer Folgen. In Fallkonferenzen könnte eine optimale Problemlösung im Sinne des Kindes erarbeitet werden, wobei der klinikinterne Sozialdienst für Maßnahmen der Jugendhilfe zuständig ist. Das bisher implementierte Betreuungskonzept für Gewaltopfer am UKD sollte zukünftig die Einrichtung einer Kinderschutzgruppe anstreben.

Kindesmisshandlungen werden zunehmend und m. E. auch richtiger Weise als eigenständiges Thema betrachtet. Für deren Bekämpfung sind andere Arbeitskonzepte

te erforderlich als bei der Bekämpfung häuslicher und partnerschaftlicher Gewalt, da – wie schon dargelegt – das Kind kaum eigene Möglichkeiten zur Inanspruchnahme von Hilfe hat und die Erscheinungsformen sehr variabel sein können.

Die Ansätze konzentrieren sich zum einen auf Möglichkeiten der primären Prävention, d.h. Risikofamilien frühzeitig zu identifizieren und in ein Hilfesystem einzubinden bevor eine Gefährdungssituation entsteht, zum anderen auf Ansätze der frühen Hilfen. Bereits bestehende Misshandlungssituationen müssen so früh wie möglich erkannt werden und die Familien in ein Hilfenetzwerk eingebunden werden, um die betroffenen Kinder vor fortlaufenden und neuen Misshandlung zu schützen und somit einer Chronifizierung vorzubeugen.

Mit dieser Zielsetzung wurde das Projekt „Frühe Hilfen“ von der Politik auf den Weg gebracht. Einige der entwickelten Maßnahmen, vom Screening zur Früherkennung bis zum Aufbau von interdisziplinären Betreuungsnetzwerken, wurden in dieser Arbeit dargestellt. Evaluationsstudien zeigten, dass hier noch erhebliche Schwachstellen bestehen, die es abzubauen gilt.

Die entscheidende Schwäche all dieser Projekte ist aber, dass diejenigen, die beruflich mit Kindern zu tun haben, nicht ausreichend geschult sind, Zeichen einer Kindesmisshandlung zu erkennen und sachgerecht darauf zu reagieren.

Dies gilt insbesondere für Ärzte, die bei der primären Erkennung von Misshandlungen und der Vermittlung der Patienten in Hilfemaßnahmen eine Schlüsselrolle einnehmen. Mangel an fachlicher Kompetenz und Qualifizierung führen zu einer Verunsicherung und Angst vor Konsequenzen bei Fehlentscheidungen.

In einem 2008 begonnenen Modellprojekt (MIGG) sollen Schwachstellen der ärztlichen Wahrnehmung bei Niedergelassenen analysiert und Möglichkeiten zur Verbesserung der ambulanten Versorgung erarbeitet werden. Träger für den Raum Düsseldorf ist das Rechtsmedizinische Institut des UKD unter Leitung von PD Dr. Grass. Langfristig kann eine Sensibilisierung der Ärzteschaft aber nur gelingen, wenn angehende Mediziner bereits zu einem frühen Zeitpunkt ihrer Ausbildung lernen, Gewalt als mögliche Ursache von Krankheitssymptomen in Betracht zu ziehen. Hierzu müsste das Misshandlungsthema in den Gegenstandskatalog des Medizinstudiums und der fachärztlichen Weiterbildung aufgenommen werden.

Folgen von Kindesmisshandlungen reichen bis ins Erwachsenenalter und verursachen nicht nur individuelles Leid, sondern bedeuten auch eine erhebliche ökonomische Belastung des Gesundheitswesens und der Gesellschaft.

Von besonderer Bedeutung ist aber die Erkenntnis, dass misshandelte Kinder häufig zu misshandelnden Eltern werden und somit ein Kreislauf von Gewalt über Generationen hinweg entsteht.

Politik und Gesundheitsdienste sollten bemüht sein, für benachteiligte Familien ein besseres und gewaltfreies Umfeld zu schaffen und sich auf Maßnahmen zur primären Prävention und frühe Hilfen konzentrieren. Ein Rückgang von Kindesmisshandlung würde wegen der transgenerationalen Weitergabe langfristig sicher auch zu einer Verminderung von Gewalt in Familien führen.

7 Zusammenfassung

Medizinische Versorgung von Kindern als Gewaltopfer in Düsseldorf

A. Gölz

Hintergrund: Um die medizinische Versorgung von Gewaltopfern zu verbessern und um weitere sinnvolle Angebote für die Opferbetreuung erarbeiten zu können, bedarf es neben der konkreten Vernetzung von Hilfeangeboten vor Ort auch einer vertiefenden Kenntnis über die Zusammenhänge von häuslicher Gewalt, deren Erscheinungsformen und Folgen und insbesondere deren möglichen Besonderheiten im Zugang auf das und in der Inanspruchnahme des medizinischen Hilfeangebotes. Für die Erhebung solcher Daten bieten sich verschiedene Methoden an. Im Auftrag der Bundesregierung wurde beispielsweise eine Repräsentativ-Befragung durchgeführt. Aus dem europäischen und außereuropäischen Ausland liegen ebenfalls derartige Untersuchungen vor. Eine detaillierte Datenlage – insbesondere für Deutschland - ist aber bisher nicht vorhanden. Daher sind weitere Projekte aus unterschiedlichen Perspektiven sinnvoll, um die Facetten der Gewalt speziell in ihrer jeweiligen Repräsentanz auch im Gesundheitswesen erfassen zu können. Die vorliegende Studie erstellt eine Ist-Stand-Erhebung zur Qualität der medizinischen Versorgung im Jahre 2004 in Düsseldorf, und zwar hinsichtlich Diagnosestellung, Befunddokumentation, akutmedizinischer Versorgung und Vermittlung der Betroffenen an weitere qualifizierte Hilfemaßnahmen. **Methode:** Retrospektive Fallanalyse von Patientenakten der Kinderklinik des UKD (UKD) und der Kinderschutzambulanz des EVK (KSA) aus dem Jahr 2004 anhand eines elektronischen Datenerfassungsbogens/Fragebogens. Erfragt werden u. a. Basisdaten zu Opfer und Tatverdächtigen (Geschlecht, Alter), Gewalthergang, Verletzungen, Befunddokumentation und Opfernachsorge. Die so erstellte Datenbank wurde mit Hilfe deskriptiver Statistik ausgewertet. **Ergebnisse:** 2004 wurden an der Kinderklinik des UKD 10 Kinder mit gesicherter Diagnose Kindesmisshandlung stationär betreut, von der KSA konnten 88 Fälle in diese Studie aufgenommen werden. 50% der Kinder des UKD waren 7-14 Jahre alt, (7 w., 3 m.). Häufigste Gewaltform war hier Körperliche Misshandlung (7 x). 63% der KSA-Opfer wa-

ren zwischen 7-14 Jahren alt, ungefähr gleichviel männliche und weibliche Opfer (41:47). An der KSA waren häufigste Gewaltformen: seelische Gewalt (30%), Körperliche Gewalt (28%), sexueller Missbrauch (23%) und Vernachlässigung (19%). Die Verletzungslokalisationen und das Alter der Schädiger deckten sich mit Angaben der Literatur. Gewalt fand zu 85% in häuslicher Umgebung statt und wurde zu 96% von dem Opfer bekannten Personen begangen (57% Verwandte). Häufigste Motive waren Überforderung und sexuelle Motive. Die Befunddokumentation variierte von Fall zu Fall. Die Erhebung von Risikofaktoren unterlag stark der Anamneseform des aufnehmenden Arztes. 78% der Kinder wurden einer Opfernachsorge zugeführt.

Schlussfolgerung: 2004 befand sich die medizinische Auseinandersetzung mit Kindesmisshandlung noch in Teilen in den „Kinderschuh“. Die Qualität der Beschreibung der erlittenen Gewalt ist im Wesentlichen abhängig von der Ausführlichkeit der Anamnese und den Kenntnissen des aufnehmenden Arztes über Kindesmisshandlung. Es zeigten sich deutliche Defizite in der Befunddokumentation durch Ärzte der Kinderklinik. Mehr Fortbildung der Ärzteschaft und Aufnahme in das ärztliche Ausbildungscurriculum sind für die Erkennung von Misshandlungsfällen vonnöten. Die Kompetenzen der Rechtsmediziner sollten regelmäßig, auch im Verdachtsfall, zur Hilfe gezogen werden. Zur Verbesserung der medizinischen Versorgung sollte eine Kinderschutzgruppe am UKD gegründet werden. Diese sollte wissenschaftlich begleitet werden. Eine Einbindung der KSA und die Einrichtung einer klinischen Kinderschutzgruppe erscheinen sinnvoll.

8 Literaturverzeichnis

- Adams JA, Harper K. (1994). Examination findings in confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal. *Pediatrics* 94, 310–317.
- AG-KiM: *Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin e.V.* URL: <http://ag-kim.de/> [Stand 2010-06-03]
- Ambroise Tardieu (1957). *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs*.
- American Academy of Pediatrics AAP (2000). Diagnostic imaging of child abuse: Statement from the Section on Radiology. *Pediatrics* 105, 1345–1348.
- American Academy of Pediatrics AAP (2001). Shaken baby syndrome: rotational cranial injuries-technical report. *Pediatrics* 108(1), 206–210.
- Artus, J. (2007). Qualitative Untersuchung zur Rolle häuslicher Gewalt in der allgemeinenmedizinischen Praxis. Med. Dissertation. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.
- AWMF (2007). *Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Kindesmisshandlung und Vernachlässigung*. URL: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/028-034.htm> [Stand 2009-11-07]
- AWMF (2009). *Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin: Kindesmisshandlung und Vernachlässigung*. URL: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/071-003.htm> [Stand 2009-11-07]
- Banaschak, S & Madea, B (2007). Kindesmisshandlung, in Madea, B (Hg.): *Praxis Rechtsmedizin*. Heidelberg: Springer Medizin, 265–276.
- Banaschak, S & Mall, G (2006). Häusliche Gewalt. *Ärzteblatt Thüringen* 17(4), 166–169
- Bange, Dirk (1992). *Die dunkle Seite der Kindheit. Sexueller Missbrauch an Mädchen und Jungen: Ausmass - Hintergründe - Folgen*. Köln: Volksblatt Verlag.
- Bange, Dirk, Deegener, Günther & Bange-Deegener (1996). *Sexueller Mißbrauch an Kindern: Ausmaß, Hintergründe, Folgen*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union. URL: <http://www.gbv.de/dms/hebis-darmstadt/toc/49432281.pdf>.
- Bariciak, ED, et al. (2003) Dating of bruises in children: an assessment of physician accuracy. *Pediatrics* 112, 804–807.

- Barth, Nikolaus (2008). Als Kind misshandelt oder missbraucht - Psychische Folgen reichen bis ins Erwachsenenalter. *Pädiatrie hautnah*(1), 25–27
- Bays, J. & Chadwick, D. (1993). Medical diagnosis of the sexually abused child. *Child Abuse & Neglect* 17, 91–110.
- Becker, Rainer & Brocki, Markus (2008). *Gleichstellung von Frauen und Integration von Ausländern gescheitert?: Alarmierende geschlechts- und herkunfts-spezifische Unterschiede bei vorläufigen Schutzmaßnahmen für Kinder und Jugendliche durch die Jugendämter.*
- Beckmann, S., Böhne, Sabine & Brandfaß, U. (2008). *Gewalt im Geschlechterverhältnis: Erkenntnisse und Konsequenzen für Politik, Wissenschaft und soziale Praxis.* Opladen: Barbara Budrich.
- Berendes, L. (2003). Häusliche Gewalt erkennen. *Westfälisches Ärzteblatt*(5), 10.
- Bilukha, O., et al. (2005). The Effectiveness of Early Childhood Home Visitation in Preventing Violence. *American Journal of Preventive Medicine*(28), 11–39.
- Black, D. A., Heyman, R. E. & Smith Slep, A. M. (2001). Risk factors for child physical abuse. *Aggression and Violent Behavior* 6, 121–188.
- Blättner, Beate, Frerick, Birte & Müller, Irina (2008). Ärzte sollten ganz genau hinschauen: Gesundheitliche Folgen häuslicher Gewalt. *Deutsches Ärzteblatt* 105(1-2), A 23 - A 26
- Block, R. W. & Palusci, V. J. (2006). Child Abuse Pediatrics: A new pediatric subspecialty. *Journal of Pediatrics* 148, 711–712.
- Blumenthal, I. (2002). Shaken baby syndrome. *Postgraduate medical journal* 78, 732–735.
- BMFSFJ (2004). *WiBIG Gemeinsam gegen häusliche Gewalt.*
- BMFSFJ (2007). *Daten und Fakten Kindesvernachlässigung und –misshandlung.* Berlin
- BMFSFJ (2008). *Daten und Fakten zu Kindesvernachlässigung und -misshandlung*
- Brandau, H. & Ronge, K. (1997). *Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich. Alte Wege - Neue Ziele.* Berlin: BIG e.V. – Berliner Initiative gegen Gewalt gegen Frauen. Eigenverlag
- Braun, A. K. & Bock, J. (2008). Hirnstrukturelle Konsequenzen perinataler Stress- und Deprivationserfahrungen. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 156, 629–634.

- Brenn, J. (2009). Kindesmisshandlung: erkennen - behandeln - verhindern. *Rheinisches Ärzteblatt*(5), 12–15.
- Brisch, Karl H. (2008). Psychisch kranke Kinder - Elterliches Fehlverhalten erkennen und verhindern. *Pädiatrie hautnah*(1), 18–22
- Brown, J., et al. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment. Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect* 22, 1065–1078.
- Bühning, Petra (2008). Das Ziel: ein flächendeckendes Netz für Hilfsangebote. *Deutsches Ärzteblatt* 7(6), 257–260
- Bund Deutscher Kriminalbeamter (Hg.) (2009). *Kindesmisshandlung [Stand 2010-06-26]*
- Bundesärztekammer. *Übersicht Leitfäden BRD*. URL:
<http://www.arzt.de/page.asp?his=1.117.6920&all=true-Gewaltleitfäden für Kinderarztpraxen> [Stand 2010-06-03]
- Bundesärztekammer (Hg.) (1998). *Zum Problem der Misshandlung Minderjähriger aus ärztlicher Sicht (Diagnostik und Interventionsmöglichkeiten): Konzept der Bundesärztekammer, Texte und Materialien zur Fortbildung und Weiterbildung*.
- Bundesärztekammer (2002). Entschlüsse zum Tagesordnungspunkt VI: Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer. *Deutsches Ärzteblatt* 99(24), A1653-8
- Bundeskriminalamt (Hg.) (2004). *Polizeiliche Kriminalstatistik 2004: Bundesrepublik Deutschland*. Wiesbaden.
- Bundeskriminalamt (Hg.) (2005). *Polizeiliche Kriminalstatistik 2005: Bundesrepublik Deutschland*. Wiesbaden.
- Bundeskriminalamt (Hg.)(2006) *Polizeiliche Kriminalstatistik 2006 Bundesrepublik Deutschland*. Wiesbaden.
- Bundeskriminalamt (Hg.)(2009) *Polizeiliche Kriminalstatistik 2009 Bundesrepublik Deutschland*. Wiesbaden.
- Bundesrat (2006). *Entscheidung des Bundesrates für eine höhere Verbindlichkeit der Früherkennungsuntersuchungen im Sinne des Kindeswohls: Antrag. Bundesrat Drucksache 56/06*
- Bundesrat (2006). *Stellungnahme der Bundesregierung zu der Entscheidung des Bundesrates für eine höhere Verbindlichkeit der Früherkennungsuntersuchungen im Sinne des Kindeswohls. Bundesrat Drucksache 864/06*

- Bussmann, K. D. (2002). Schlussbericht. Studie zu den Auswirkungen des Gesetzes zur Ächtung der Gewalt in der Erziehung und der begleitenden Kampagne "Mehr Respekt vor Kindern". Eltern-Studie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- BVKJ Landesverband Brandenburg (Hg.) (2007). *Früherkennung Gewalt gegen Kinder und Jugendliche: Brandenburger Leitfaden*. 2. Aufl. Potsdam
- Caffey, J. (1972). On the theory and practice of shaking infants. Its potential residual effects of permanent brain damage and mental retardation. *American journal of diseases of children* 124, 161–169.
- Christian, C. W., et al. (2004). Pediatric injury resulting from family violence. *Pediatrics* 99(8).
- Cierpka, M. & Eickhorst, A. (2005). *Keiner fällt durchs Netz (KFDN): Ein Präventionsprojekt für Familien und ihre Kinder im ersten Lebensjahr*. Baden Württemberg, Hessen, Saarland. URL: <http://www.keinerfaelltdurchsnetz.de/>
- Clade, Harald (2002). Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer: Ethische Fragen, Ärztemangel, Arbeitsbedingungen, GOÄ. *Deutsches Ärzteblatt* 99(24), A 1651.
- Connell-Carrick, K. (2003). A Critical Review of the Empirical Literature: Identifying Risk Factors for Child Neglect. *Child and Adolescent Social Work* 20(5), 389–425.
- Cooperman & Merten DF (2001). Skeletal manifestations of child abuse, in Reece, R. M. & Ludwig, S. (Hg.): *Child abuse - Medical diagnosis and management*. Philadelphia, Baltimore, New Your, London: Lippincott Williams & Wilkins, 123–156.
- Daphne - EU programme to combat violence against children, young people and women (2003)
http://europa.eu/legislation_summaries/human_rights/fundamental_rights_within_european_union/l33062_de.htm [Stand 2010-10-13]
- De Jong, AR & Rose, M (1989). Frequency and significance of physical evidence in legally proven cases of child sexual abuse. *Pediatrics* 84, 1022–1026.
- Deegener, Günther (2006). Erscheinungsformen und Ausmaße von Kindesmisshandlung, in Heitmeyer, Wilhelm & Schröttle, Monika (Hg.): *Gewalt: Beschreibungen, Analysen, Prävention*. Bonn. (Schriftenreihe der Bundeszentrale für politische Bildung, 563), 26–44.
- Deegener, Günther & Körner, Wilhelm (2005). *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: Ein Handbuch*. Göttingen

- Dettmeyer, Reinhard (Hg.) (2006). *Medizin & Recht: Rechtliche Sicherheit für den Arzt*. 2., vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Dettmeyer, Reinhard (2006). Medizinische Maßnahmen zum Zwecke der Beweissicherung, in Dettmeyer, Reinhard (Hg.): *Medizin & Recht: Rechtliche Sicherheit für den Arzt*. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag Heidelberg. 311–336.
- Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung e.V. URL: <http://www.dgfpi.de/startseite.html> [Stand 2010-06-03]
- Deutscher Kinderschutzbund Landesverband NRW e.V. und Institut für Soziale Arbeit e.V. (Hg.) (2000). *Kindesvernachlässigung. Erkennen Beurteilen Handeln*
- Dietz, D. (2007). Früherkennung von Kindesmisshandlung. *Die Krankenversicherung*(4), 120–122.
- Dube, S R., et al. (2003). Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug Use: The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics* 111(3564-572).
- Duhaime, A. C., et al. (1998). Nonaccidental head injury in infants - the "shaken-baby syndrome". *The New England Journal of Medicine* 338, 1822–1829.
- Dunstan, Frank, et al. (2002) A scoring system for bruise patterns. A tool for identifying abuse. *Archives of Diseases in Childhood* 86, 330–333.
- Eckhardt-Henn, A. (1999). Artifizielle Störungen und Münchhausen-Syndrom. Gegenwärtiger Stand der Forschung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*(49), 75–89.
- Edwards, V., et al. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry* 160, 1453–1460.
- Egle, U. T., et al. (Hg.) (2005). *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen*. Stuttgart: Schattauer
- Ellsäßer, G & Cartheuser, C (2006). Befragung zur Wahrnehmung von Gewalt gegen Kinder und zur Nutzung des Leitfadens „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“ durch Brandenburger Kinder- und Jugendärzte. *Gesundheitswesen* 68, 265–270

- Engfer, A. (2005). Formen der Misshandlung von Kindern - Definitionen, Häufigkeiten, Erklärungsansätze, in Egle, U. T., et al. (Hg.): *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen*. Stuttgart: Schattauer, 3–19.
- Enzmann, D. & Wetzels, P. (2001). Das Ausmaß häuslicher Gewalt und die Bedeutung innerfamiliärer Gewalt für das Sozialverhalten von jungen Menschen aus kriminologischer Sicht. *Familie, Partnerschaft und Recht* 7, 246–251.
- Erickson, MJ, Hill, TD & Siegel, RM (2001). Barriers to Domestic Violence Screening in the Pediatric Setting. *Pediatrics* 108(1), 98–102
- Erler, Thomas (2006). Ärztliche Aufgaben bei einem Verdacht auf Kindesmisshandlung. *Brandenburgisches Ärzteblatt* 16(6), 205–207
- Erler, Thomas, et al. (2007). *Früherkennung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche: Brandenburger Leitfaden*. 2. Aufl. Potsdam
- Esser, G. & Weinel, H. (1990). Vernachlässigende und ablehnende Mütter in Interaktion mit ihren Kindern. In . Bern: Huber, 22–30, in Martinius, J. & Frank, R. (Hg.): *Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung von Kindern*. Bern: Huber, 22–30.
- Fegert, J. M., et al. (2006). *AWMF - Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Kinder-Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch*. Düsseldorf. URL: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/028-034.htm>
- Finkelhor, D. (2005). Measuring poly-victimization using the Juvenile Victimization Questionnaire. *Child Abuse and Neglect* 29(11), 1297–1312.
- Finkelhor, D. & Baron, L. (1986). High-risk children. In: FINKELHOR, D.: *Sourcebook on child sexual abuse*. Newbury Park.
- Finkelhor, D., et al. (1989). Sexual abuse and its relationship to later sexual satisfaction, marital status, religion, and attitudes. *Journal of Interpersonal Violence* 4(4), 379–399.
- Finkelhor, David (1986). *Sourcebook on child sexual abuse*. Newbury Park: Sage.
- Finkelhor, David, et al. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse & Neglect* 14(1), 19–28.
- Frank, R. (1995). Kinderärztlich-kinderpsychiatrische Untersuchungen an mißhandelten und vernachlässigten Kindern und deren Familien. Medizinische Habilitation. Universität München.

- Frank, R. & Kopecky-Wenzel, M. (2002). Vernachlässigung von Kindern. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 150, 1339–1343
- Frank, R. & Räder, K. (1994). *Früherkennung und Intervention bei Kindesmißhandlung: Forschungsbericht*. München.
- Frühe Hilfen für Kinder und Familien. Soziale Frühwarnsysteme in Nordrhein-Westfalen* 2010. URL: <http://www.soziale-fruehwarnsysteme.de/> [Stand 2010-08-05]
- Gahr, Britta, et al. (2005). Untersuchung von Gewaltopfern („Lebendbegutachtungen“) in rechtsmedizinischen Instituten von Hannover, Köln und Leipzig. *Archiv für Kriminologie* 216(1-2), 7–14
- Geeraert, L., et al. (2004). The Effects of Early Prevention Programs for Families with Young Children at Risk für Physical Child Abuse and Neglect: A Meta-Analysis. *Child Maltreatment*(9), 277–291.
- Gesine Netzwerk Frauen und Gesundheit.EN (2008). *Dokumentation zum 3. Fachtag - Häusliche Gewalt macht Kinder krank!*
- Gewaltschutzgesetz (2002). *Gesetz zum zivilrechtlichen Schutz vor Gewalttaten und Nachstellungen*. Berlin. URL: <http://www.bundesrecht.juris.de/gewschg/> [Stand 2008-12-06]
- Goedelt, C. (2004). Gewalt gegen Frauen und Kinder, insbesondere sexuelle Gewalt: Ein Überblick aus staatsanwaltschaftlicher Sicht., in Oehmichen, M., Kaatsch, H. J. & Bosinski, H. A. (Hg.): *Gewalt gegen Frauen und Kinder: Bestandsaufnahme - Diagnose - Prävention*. Lübeck: Schmidt-Römhild. (Research in legal medicine, 32), 47–55.
- Graß, H., Kummer, E. & Rothschild, M.A. (2006). Häusliche Gewalt - Untersuchungen am Institut für Rechtsmedizin 2000 - 2004. *Rechtsmedizin* 2006, 257.
- Graß, Hildegard & Ritz-Timme, Stefanie (2005). Rechtsmedizinische Kompetenz im Netzwerk gegen häusliche Gewalt. *Journal Netzwerk Frauenforschung NRW*(19), 49–51.
- Graß, Hildegard & Ritz-Timme, Stefanie (2006). Frauen- und Geschlechterforschung, Gewaltopfer und Rechtsmedizin. *Jahrbuch der Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf*, 107–118.
- Graß, Hildegard & Rothschild, M.A. (2004 a). Klinische Rechtsmedizin: Aufgaben und Herausforderungen im Rahmen der medizinischen Betreuung von Opfern häuslicher Gewalt. *Rechtsmedizin* 3(14), 188–192

- Hagemann-White, Carol & Böhne, Sabine (2003). *Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen und Anforderungen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Expertise im Auftrag der Enquetekommission "Zukunft einer Frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen"*. Osnabrück/Düsseldorf.
- Hagemann-White, Carol, Katenbrinck, Judith & Rabe, Heike (2006). *Combating violence against women: Stocktaking study on the measures and actions taken in Council of Europe member States*. Strasbourg
- Hagemann-White C & Kavemann B (2004). *Gemeinsam gegen häusliche Gewalt: Kooperation, Intervention, Begleitforschung. Forschungsergebnisse der Wissenschaftlichen Begleitung der Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt (WiBIG)*.
- Hartwig, L. (2007). Zusammenhänge zwischen Gewalt gegen Frauen und Gewalt gegen Kinder – Der Zusammenhänge zwischen Gewalt gegen Frauen und Gewalt gegen Kinder – Der Blick der Forschung, in Kavemann, Barbara & Kreyssig, Ulrike (Hg.): *Handbuch Kinder und häusliche Gewalt*.
- Heitmeyer, Wilhelm & Schröttle, Monika (Hg.) (2006). *Gewalt: Beschreibungen, Analysen, Prävention*. Bonn. (Schriftenreihe der Bundeszentrale für politische Bildung, 563).
- Helfferich, Cornelia, et al. (2004). *Abschlussbericht: Forschungsprojekt wissenschaftliche Untersuchung zur Situation von Frauen und zum Beratungsangebot nach einem Platzverweis bei häuslicher Gewalt. "Platzverweis – Beratung und Hilfen"*. Freiburg.
- Hellbernd, H., Branzk, P. & Wieners, Karin (2004). *Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L.-Interventionprogramm. Handbuch für die Praxis, wissenschaftlicher Bericht; gefördert durch das BMFSFJ, Berlin*. Berlin.
- Helming, Elisabeth, et al. (2006). *Kurzevaluation von Programmen zur Frühen Hilfe für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern: Abschlussbericht. Laufzeit: 01.08.2006 bis 31.12.2006*. München.
- Heppenstall-Heger, A, et al. (2003). Healing patterns in anogenital injuries: a longitudinal study of injuries associated with sexual abuse, accidental injuries, or genital surgery in the preadolescent child. *Pediatrics* 112, 829–837.
- Herrmann, Bernd (2002). Körperliche Misshandlung von Kindern. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 150(11), 1324–1338
- Herrmann, Bernd (2004). *Dokumentationsschema bei Verletzungen, Hämatomen, Verbrennungen: bei V.a. Nicht-akzidentellem Unfallmechanismus*. Kassel.

URL: <http://dggkv.de/download/Body-Schema-KKM.pdf> [Stand 2008-02-18]

- Herrmann, Bernd (2005 a). Vernachlässigung und emotionale Misshandlung von Kindern und Jugendlichen. *Kinder- und Jugendarzt* 36(6), 393–402.
- Herrmann, Bernd (2005 b). *Kurzgefasste Interpretationshilfe medizinischer Befunde bei Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch*. URL: http://www.kindesmisshandlung.de/mediapool/32/328527/data/Adams-Schema_Revision_2005-Ausfuehrlich.pdf
- Herrmann, Bernd (2005 c). Medizinische Diagnostik bei körperlicher Kindesmisshandlung. *Kinder- und Jugendarzt* 36(2), 96–107.
- Herrmann, Bernd (2008). Nichtakzidentelle Kopfverletzungen und Schütteltrauma-Syndrom: Klinische und pathophysiologische Aspekte. *Rechtsmedizin*(18), 9–16
- Herrmann, Bernd (2010). *Kindesmisshandlung.de - childabuse.de - Home*. URL: <http://kindesmisshandlung.de/> [Stand 2010-06-03]
- Herrmann, Bernd & Navratil, F. (2004). Sexual abuse in prepubertal children and adolescents, in Sultan, C. (Hg.): *Pediatric and Adolescent Gynecology: Evidence-Based Clinical Practice*. Basel: Karger. (7), 77–105.
- Herrmann, Bernd & Navratil, F. (2005). Medizinische Diagnostik bei sexuellem Kindesmissbrauch. *Kinder- und Jugendarzt* 36(3), 181–189
- Herrmann, Bernd & Neises, M. (1999). Der Stellenwert medizinischer Diagnostik bei sexuellem Kindesmissbrauchschädlich, überflüssig oder sinnvoll ? Eine Bestandsaufnahme für Deutschland. *DGgKV-Fachzeitschrift Kindesmisshandlung und –vernachlässigung* 2, 112–122
- Herrmann, Bernd, Veit, S. & Neises, M. (1997). Medizinische Diagnostik bei sexueller Misshandlung. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 145(11), 1219–1226
- Herrmann, Bernd, et al. (2008). *Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention, rechtliche Grundlagen*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Herrmann, Bernd & Eydam, Anne-Kathrin (2010). Neue Entwicklungen im medizinischen Kinderschutz. *Kinderärztliche Praxis* 81(3), 173–176.
- Herrmann, Bernd, Navratil, F. & Neises, M. (2002). Sexueller Missbrauch von Kindern: Bedeutung und Stellenwert der klinischen Diagnostik. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 150(11), 1344–1356

- Hoffstetter, S. E., et al. (2005). Medical student identification of domestic violence as measured on an objective, standardized clinical examination. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*(193), 1852–1855.
- Hornberg, Claudia, et al. (2008). *Gesundheitliche Folgen von Gewalt: unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen*. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Berlin.
- <http://www.esped.uni-duesseldorf.de/> [Stand 2010-09-07]
- Jacobi, Gert & Bratzke, Hansjürgen (2008). *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: Epidemiologie, Diagnostik und Vorgehen*. 1. Aufl. Bern
- Janke-Hoppe, K. (2004). Rasche Hilfe bei kindlichen Traumata. Interview mit Dr. E. Motzkau. (3), 14–15
- Janke-Hoppe, K. (2009). Bewährte Hilfe bei kindlichen Traumata. Interview mit Dr. E. Motzkau. *Rheinisches Ärzteblatt*(5), 13.
- Jenny, C. (2001) Cutaneous manifestations of abuse, in Reece, R. M. & Ludwig, S. (Hg.): *Child abuse - Medical diagnosis and management*. Philadelphia, Baltimore, New Your, London: Lippincott Williams & Wilkins, 23–46.
- Kaplan, S., Pelcovitz, D. & Labruna, V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect.38: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*(38), 1214–1222.
- Kavemann, B., et al. (2001). *Modelle der Kooperation gegen häusliche Gewalt. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Berliner Interventionsprojekts gegen häusliche Gewalt (BIG) – Universität Osnabrück*. Stuttgart, Berlin, Köln.
- Kavemann, Barbara (2008). Kinder und häusliche Gewalt: Auswirkungen von Gewalt in der Partnerschaft der Eltern und ihrer Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche: *Dokumentation zum 3. Fachtag - Häusliche Gewalt macht Kinder krank!*, 3–9.
- Kavemann, Barbara & Kreyssig, Ulrike (Hg.) (2007). *Handbuch Kinder und häusliche Gewalt*. 2., durchgesehene Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden. (Springer-11776 /Dig. Serial]).
- Kemp, Alison M., et al. (2008). *Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review*. *BMJ* 2008;337:a1518
- Kempe, C. H., et al. (1962). The battered-child syndrome. *Journal Of the American Medical Association* 181, 17–24

- Kempe, R. S. & Kempe, C. H. (1980). *Kindesmisshandlung*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Keshavarz, Reza, Kawashima, Rebekah & Low, Chris (2002). Child Abuse and Neglect Presentations to a Pediatric Emergency Department. *The Journal of emergency medicine* 23(4), 341–345
- Kiefl, W. & Lamnek, S. (1986). *Soziologie des Opfers*. München: Fink
- Kiess, W., et al. (2009). Kinderschutz: Prävention von Kindesveranlässigung und Kindesmisshandlung. *Kinder- und Jugendmedizin*(2), 93–99.
- Kinderkompetenzzentrum Uniklinik Hamburg Eppendorf "Kinder KOMPT" (2008). *Ergebnisse der Studie zu Misshandlung, Vernachlässigung und Missbrauch von Kindern in Hamburg UKE-Kinder-KOMPT Hamburg*. URL: http://www.uke.de/medien/index_49656.php [Stand 2010-10-13]
- Kinder-KOMPT. URL: http://www.uke.de/institute/rechtsmedizin/index_41720.php [Stand 2010-10-10]
- Kinderschutzgruppe des Universitätsklinikums Bonn (2010). *Universitätsklinikum Bonn - KinderSchutzGruppe*. URL: <http://www.kinderschutzgruppe.uni-bonn.de/> [Stand 2010-06-03]
- Kindler, Heinz (2006). Aktueller stand des Wissens zur Frühintervention bei Risikokindern in Deutschland und im internationalen Vergleich, in Düsseldorf Gesundheitskonferenz und Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes NRW (Hg.): *Neue Wege in der Prävention: Düsseldorfer Vorsorgeprojekt für Kinder und Eltern mit erhöhtem Risiko in der gesundheitlichen und psychosozialen Entwicklung*. Bielefeld: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (lögD), 37–50.
- Kindler, Heinz, et al. (Hg.) (2006). *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*. München.
- Kopecky-Wenzel, M., Frick, U. & Frank, R. (2002 a). Evaluation des „Leitfadens für Kinderarztpraxen in Bayern Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“. Teil 1: Häufigkeiten von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. *Kinderärztliche Praxis* 6, 388–393.
- Kopecky-Wenzel, M., Frick, U. & Frank, R. (2002 b). Evaluation des „Leitfadens für Kinderarztpraxen in Bayern Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“. Teil 2: Einstellungen der Ärzte und Bedarf an Unterstützung bei der Anwendung. *Kinderärztliche Praxis* 6, 394–403.
- Kratzsch, W. (2010). Aufbau eines flächendeckenden Netzes früher Hilfen im Gesundheitswesen. *Kinderärztliche Praxis* 81, 151–156.

- Krug, Etienne G., et al. (2002). *World report on violence and health*. Geneva
- Kühne-Velten, J. (2008). Wie krank macht Gewalt? Häusliche Gewalt und ihre Folgen für die Gesundheit der Kinder: *Dokumentation zum 3. Fachtag - Häusliche Gewalt macht Kinder krank!*, 10–14.
- Landeshauptstadt Düsseldorf - Präventionsprogramm Zukunft für Kinder in Düsseldorf (2009). URL: http://www.duesseldorf.de/gesundheit/zukunft_fuer_kinder/index.shtml [Stand 2010-06-26]
- Landgraf, M., Zahner, L. et al. (2010). Kindesmisshandlung: Soziodemografe, Ausmaß und medizinische Versorgung - retrospektive Analyse von 59 Patienten/innen. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 158(2), 149–156
- Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M. H. (1999): Was wird aus den Risikokindern? Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie im Überblick. In: Opp, G., Fingerele M., Freytag A.: Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München Basel: Ernst Reinhardt Verlag
- Maguire, Sabine, et al. (2005 a). Are there patterns of bruising in children which are diagnostic or suggestive of abuse: A systematic review. *Archives of Diseases in Childhood* 90, 182–186.
- Maguire, Sabine, et al. (2005 b). Can you age bruises accurately in children?: A systematic review. *Archives of Diseases in Childhood* 90, 187–189.
- Markenson, D., et al. (2007). A National Assessment of Knowledge, Attitudes, and Confidence of Prehospital Providers in the Assessment and Management of Child Maltreatment. *Pediatrics* 119(1), e103-108
- Matschke, Jakob (2007). Der Fall Mary Ellen und die medizinische Entdeckung der Kindesmisshandlung. *Kinder- und Jugendarzt* 38, 688–690.
- Matschke, Jakob & Glatzel, Markus (2008). Neuropathologische Begutachtung des nicht-akzidentellen Schädel-Hirn-Traumas bei Säuglingen und Kleinkindern. *Rechtsmedizin* 18(1), 29–35.
- Matschke, Jakob, et al. (2009). Das Schütteltrauma-Syndrom. *Deutsches Ärzteblatt* 106(13), 211–217.
- Meyer-Probst, B. & Reis, O. (2000). Risikofaktoren und Risikobewältigung im Kontext – Schlußfolgerungen aus der Rostocker Längsschnittstudie nach 25 Jahren. *Frühförderung interdisziplinär*(19), 109–118.
- MIGG-Projekt (Hg.) (2009). *Schulungsunterlagen MIGG*. Düsseldorf. URL: <http://www.uniklinikduesseldorf.de/deutsch/unternehmen/institute/institutfrre>

- Ministerium für Justiz, Arbeit G. (Hg.) (2009). *Leitfaden - Gewalt gegen Kinder [Stand 2010-02-25]: Früherkennung, Handlungsmöglichkeiten und Kooperation im Saarland*. 2. Aufl. Saarbrücken
- Minns, Robert A. & Brown, J K. (2005). *Shaking and other non-accidental head injuries in children*. London: Mac Keith. (Clinics in Developmental Medicine).
- Müller, U., et al. (2004). *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse*.
- Münder, Johannes, Mutke, Barbara & Schone, Reinhold (2000). *Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz: Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren*. Münster: Votum
- Murphy, S., Orkow, B. & Nicola, R. M. (1985). Prenatal prediction of child abuse and neglect: a prospective study. *Child Abuse & Neglect* 9(2), 225–235.
- Mützel, Elisabeth & Penning, Randolph (2009). Aspekte der klinischen rechtsmedizin bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, insbesondere beim Schütteltrauma, in Peschel, Oliver, et al. (Hg.): *Das Kind in der Forensischen Medizin: Festschrift für Wolfgang Eisenmenger*. Landsberg/Lech: Ecomed-Medizin-Verl., 167–186.
- Nothhafft, S. (2008). *Landesgesetzliche Regelungen im Bereich des Kinderschutzes bzw. der Gesundheitsvorsorge*. München.
- NeFF Dormagen: - *Das Dormagener Modell - Netzwerk Frühe Förderung - Netzwerk Für Familien* (2010). URL: <http://www.dormagen.de/familiennetzwerk.html>
- Neigh, G. N., Gillespie, C. F. & Nemeroff, C. B. (2009). The Neurobiological Toll of Child Abuse and Neglect. *Trauma Violence Abuse*
- Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit, Familie u. (Hg.) (2008). *Gewalt gegen Kinder und Jugendliche: Leitfaden für Kinderschutzarbeit in Gesundheitsberufen*. Wien. URL: www.kinderrechte.gv.at/home
- Päsler, Esther (2009). Häusliche Gewalt - ein Phänomen im Spiegel der Rechtsmedizin Rechtsmedizinische Fallanalyse zur Thematik „Gewalt in Partnerschaften“ für die Jahre 2000 bis 2004. Dissertation. Universität zu Köln
- Penning, R. & Schöpfer, J. E. (2009). Tötungsdelikte an Kindern und tödliche Kindesmisshandlung, in Peschel, Oliver, et al. (Hg.): *Das Kind in der Forensi-*

schen Medizin: Festschrift für Wolfgang Eisenmenger. Landsberg/Lech: Ecomed-Medizin-Verl., 187–195.

Peschel, Oliver, et al. (Hg.) (2009). *Das Kind in der Forensischen Medizin: Festschrift für Wolfgang Eisenmenger*. Landsberg/Lech: Ecomed-Medizin-Verl.

Pfeiffer, C., Windzio, M. & Kleinmann, M. (2004). Die Medien, das Böse und Wir. zu den Auswirkungen der Mediennutzung auf Kriminalitätswahrnehmung, Strafbedürfnisse und Kriminalpolitik. *Monatszeitschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 6, 415–435.

Pfeiffer, Christian & Wetzels, Peter (1997). *Kinder als Täter und Opfer*. (KFN Forschungsberichte)

Pfeiffer, Christian, Wetzels, Peter & Enzmann, Dirk (1999). *Innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und ihre Auswirkungen*. (KFN Forschungsberichte). Hannover

Pfeiffer, E. (2009). Kindesmisshandlung: Wie diagnostizieren, was tun? *consilium infectiorum Pädiatrie*(2), 13–16.

Pinheiro, Paulo S. (2006). *World report on Violence against children*. Genf.

Rauch, E. & Weissenrieder, N. (2004). Verdacht auf sexuellen Missbrauch. *Rechtsmedizin* 14(3), 209–220

Rauch, E., Weissenrieder, N. & Peschels, U. (2004). Sexualdelikte – Diagnostik und Befundinterpretation. *Deutsches Ärzteblatt* 101(40), 2682–2688

Rauch, E., et al. 2006. Indizien der Kindesmisshandlung. *MMW Fortschritte der Medizin* 148(24), 27, 29–32.

Raupp, U. & Eggers, C. (1993). Sexueller Mißbrauch von Kindern. Eine regionale Studie über Prävalenz und Charakteristik. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 141, 316–322.

Remschmidt, H. (1986). Elterliche Kindesmißhandlung. *Münchner Medizinische Wochenschrift* 128, 33–36.

Righthand, S., Kerr, B. & Drach, K. (2003). *Child maltreatment risk assessments. An evaluation guide* Haworth. New York: Haworth.

Rodens, Klaus (2009). Vortrag: Was ist Kindesvernachlässigung?, in Landtag von Baden-Württemberg (Hg.): *Sozialausschuss: Teil I – öffentlich Anhörung zum Thema „Maßnahmen zum Schutz vernachlässigter Kinder“*. Stuttgart, 29–34.

- Rönnberg, A. K. & Hammarström, A. (2000). Barriers within the health care system to dealing with sexualized violence: a literature review. *Scandinavian Journal of Public Health*(28), 222–229.
- Rosenthal, J. A. (1988). Patterns of reported child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect* 12(2), 263–271.
- Rupp, Marina (2005). *Rechtstatsächliche Untersuchung zum Gewaltschutzgesetz: Begleitforschung zum Gesetz zur Verbesserung des zivilgerichtlichen Schutzes bei Gewalttaten und Nachstellungen sowie zur Erleichterung der Überlassung der Ehewohnung bei Trennung*. Köln: Bundesanzeiger-Verl.-Ges. (Rechtstatsachenforschung)
- Schmidt, Raimund (2009). Vorsorgen mit Nachdruck: Erste Erfolge im Saarland. *Kinderärztliche Praxis* 80(6), 389.
- Schröttle, M. & Khelaifat, N. 2008. *Gesundheit - Gewalt - Migration. Eine vergleichende Sekundäranalyse zur gesundheitlichen und Gewaltsituation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland: Kurzzusammenfassung zentraler Ergebnisse*.
- Schröttle, M., Müller, U. & Glammeier, S. (2004). *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland*.
- Schumacher, J. A., Smith Slep, A. M. & Heyman, R. E. (2001). Risk factors for child neglect. *Aggression and Violent Behavior* 6, 231–254.
- See You - Familienorientierte Nachsorge Hamburg (2010). *Babylotse Hamburg*. URL: http://www.nachsorge-hamburg.de/seeyou/projekt_babylotse.html
- Seifert, D, et al. (2004). Modellprojekt zur Implementierung eines medizinischen Kompetenzzentrums für Gewaltopfer in Hamburg. *Rechtsmedizin* 14(3), 182–187
- Seifert, Dragana, et al. (2006 a). Vergleichende klinisch-rechtsmedizinische Analyse von Verletzungsmustern: Charakteristika bei Opfern von Partnerschaftskonflikten. *Rechtsmedizin* 16(4), 205–212.
- Seifert, Dragana, Heinemann, Axel & Püschel, Klaus (2006 b). Frauen und Kinder als Opfer häuslicher Gewalt. *Deutsches Ärzteblatt* 103(33), A 2168 - A 2173
- Selbmann, H. K. & Kopp, I. (2005). Implementierung von Leitlinien. *Die Psychiatrie*(2), 33–38.
- Snell-Johns, J., Mendez, J. L. & Smith, B. H. (2004). Evidence-Based solutions for overcoming access barriers, decreasing attrition, and promoting change with underserved families. *Journal of Family Psychology*(18), 19–35.

- Sorantin, E. & Lindbichler, F. (2002). Die nicht unfallbedingte Verletzung (battered child). *Monatsschrift Kinderheilkunde* 150, 1068–1075.
- Statistisches Bundesamt Deutschland. URL: www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/ [Stand 2010-05-10]
- Strasser, Philomena (2007). „In meinem Bauch zitterte alles.“ Traumatisierung von Kindern durch Gewalt gegen die Mutter, in Kavemann, Barbara & Kreysig, Ulrike (Hg.): *Handbuch Kinder und häusliche Gewalt*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Sugg, N. K. & Inui, T. (1992). Primary care physicians' response to domestic violence. Opening pandora's box. *Journal Of the American Medical Association* 267(23), 3157–3160.
- Sweet, M. A. & Appelbaum, M. I. (2004). Is Home Visiting an Effective Strategy? A Meta-Analytic Review of Home Visiting Programs for Families with Young Children. *Child Development* 75, 1435–1456.
- Techniker Krankenkasse Landesvertretung NRW (Hg.) (2006). *Gewalt gegen Kinder: Ein Leitfaden für Früherkennung, Handlungsmöglichkeiten und Kooperation*. Düsseldorf
- Thun-Hohenstein, L. (2005). Kinderschutzgruppenarbeit in Österreich. *Wiener Medizinische Wochenschrift* 155(15-16), 365–370.
- Thun-Hohenstein, L. (2008). Folgen von Gewalt am Kind. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 156, 654–661.
- Thyen, U (2008). Neglect of neglect: Umgang mit Vernachlässigung von Kindern in der ärztlichen Praxis. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 156, 654–661
- Thyen, Ute (1998). Frühererkennung von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung in der kinderärztlichen Praxis: *Sozialpädiatrie*. Stuttgart, 155–159.
- Trube-Becker, Elisabeth (1964). Die Kindesmisshandlung in gerichtlich-medizinischer Sicht. *Deutsche Zeitschrift für die gesamte Gerichtsmedizin*, 173–183.
- Trube-Becker, Elisabeth (1982). *Gewalt gegen das Kind: Vernachlässigung, Mißhandlung, sexueller Mißbrauch und Tötung von Kindern*. Heidelberg: Kriminalistik-Verl. (Kriminalistik, Wissenschaft & Praxis, 14).
- Trube-Becker, Elisabeth (1992). *Mißbrauchte Kinder: Sexuelle Gewalt und wirtschaftliche Ausbeutung*. Heidelberg: Kriminalistik-Verl. (Kriminalistik-Diskussion, 8).

- UNICEF (Hg.) (2003). *A league table of child maltreatment deaths in rich nations*. Innocenti Report Card No. 5. Florence
- UN-Kinderrechtskonvention im Wortlaut mit Materialien: Übereinkommen über die Rechte des Kindes* (1989). URL: http://www.unicef.de/fileadmin/content_media/Aktionen/Kinderrechte18/UN-Kinderrechtskonvention.pdf [Stand 2010-07-24]
- Unterstaller, Adelheid (2006). Was ist unter sexuellem Missbrauch zu verstehen?, in Kindler, Heinz, et al. (Hg.): *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*. München, 6-1.
- U.S. Department of Health and Human Services (Hg.) (2006). *Child maltreatment 2004*. Washington DC.
- U.S. Department of Health and Human Services, Administration o. (Hg.) (2009). *Child Maltreatment 2007*. Washington, DC.
- Walby, Sylvia (2004). *The Costs of Domestic Violence*. Leeds.
- Waters, H., et al. (2004). *The economic dimensions of interpersonal violence*. Geneva.
- Weltgesundheitsorganisation (2003). *Weltbericht zu Gewalt und Gesundheit: Zusammenfassung. Durch das WHO-Regionalbüro für Europa autorisierte Veröffentlichung der Originalpublikation World report on violence and health: Summary 2002*
- Wetzels, Peter (1997 a). *Gewalterfahrungen in der Kindheit: Sexueller Mißbrauch, körperliche Mißhandlung und deren langfristige Konsequenzen*. 1. Aufl. Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges. (Interdisziplinäre Beiträge zur kriminologischen Forschung, Bd. [3. Folge], Bd. 8 /// 8Bd).
- Wetzels, Peter (1997 b). *Zur Epidemiologie physischer und sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit: Ergebnisse einer repräsentativen retrospektiven Prävalenzstudie für die BRD*. (Forschungsbericht). Hannover
- Wetzels, Peter (2001). *Jugend und Gewalt: Eine repräsentative Dunkelfeldanalyse in München und acht anderen deutschen Städten*. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges. (Interdisziplinäre Beiträge zur kriminologischen Forschung, 17).
- Wiersma, J. E., et al. (2009). The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression in adults. *Journal of clinical Psychiatry* 70(7), 983–989.
- Wilson, R. F. (2004). Recognizing the Threat Posed by an Incestuous Parent to the Victim's Siblings: Appraising the Risk. *Journal of Child and Family Studies*(13), 143–162.

Wu, S., et al. (2004). Risk factors for infant maltreatment. A population- based study. *Child Abuse & Neglect* 28, 1253–1264.

www.terre-des-femmes.de. -> *Themen/Aktionen* -> *Häusliche Gewalt* [Stand 2010-06-02]

Ziegenhain, Ute & Fegert, J. M. (2007). *Abschlussbericht zur Evaluation des Präventionsprogramms „Zukunft für Kinder in Düsseldorf“*. Ulm.

Ziegenhain, Ute & Fegert, Jörg M. (2008). *Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung*. 2., durchges. Aufl. München: Reinhardt. (Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär, 15)

Zinka, B. (2009) Verdacht auf Kindesmisshandlung: Was sie zum Wohl der Kinder tun müssen. *MMW Fortschritte der Medizin*

9 Anhang

9.1 Exzerptbogen

0 * Fallnummer

laufende Nummer mit genereller **Kenn-Ziffer** für die Klinik/Fachbereichszuordnung,

- 1 Unfallchirurgie je Fachbereich: Ambulant /// Stationär
- 2 Pädiatrie
- 3 Gynäkologie
- 4 Psychiatrie
- 5 Psychosomatik
- 6 Ki.Ju.Psychiatrie
- 7 Rechtsmedizin hier Sektion /// Lebendbegutachtung

Teil 1: allgemeine Angaben

Teil 1-1 Person und Zeit

geschädigte Person:

- 8 Geschlecht: m/w
- 9 Nationalität: Freitextfeld
- 10 Altersgruppe [Jahre]: numerisch
- 11 Körperlänge [cm]: numerisch
- 12 Körpergewicht [kg]: numerisch
- 13 Status bei Entlassung:
 - Lebend
 - verstorben,
aufgrund der Gewalteinwirkung ja / nein

- 14 Jahr: 2004
Bei Rechtsmedizin: 2000 // 2001 // 2002// 2003// 2004

- 15 Vorfall:
 - Monat (Jan.=01),
 - Wochentag (Montag=1),
 - Tageszeit 0 – 5:59 // 6 – 11:59// 12 – 17:59// 18 – 23:59 Uhr
 - k.A.

16 Behandlungsdatum:

- Monat (Jan.=01),
- Wochentag (Montag=1),
- Tageszeit 0 – 5:59 // 6 – 11:59// 12 – 17:59// 18 – 23:59 Uhr
- k.A.

17 Zeitintervall zwischen VD und BD

- 12 h
- >12 -24 h
- >24 h – 3 Tage
- >3 Tage – 1 Woche
- 1 Woche

18 Wie ist der Verletzte gekommen:

- Einweisung, RTW, KTW, Privat, Taxi, Polizei, Notarzt
- Freitextantwort

19 Erstversorgung:

- Wurde nach dem Vorfall ein Arzt aufgesucht: ja/nein/kA.
- Uniklinik Düsseldorf: ja/nein/k.A.
- Wenn ja, welche Fachrichtung: UC, Gyn, Pädiatrie, Psychiatrie, Psychosomatik, andere: Text
- Wenn nein, wo dann: niedergelassen, andere Klinik, Notarzt, k.A.

Teil 1-2 Angaben zum Gewaltgeschehen – Beteiligte & Motivlage

Beschuldigte Person:

20 Geschlecht: m/w/k.A.

21 Alter _____

22 Nationalität: s.o.

23 bekannt, nur flüchtig bekannt, fremd, k.A.

24 Art der Beziehung:

- Lebenspartner/in
- Ex-Partner/in
- Anderes Familienmitglied 1. Verwandtschaftsgrad (z.B. Geschwister/Kinder)
- Anderes Familienmitglied 2. Verwandtschaftsgrad (Tante, Onkel...)
- Freund/In
- Bekannte Person
- Unbekannte Person
- Freitext

25 Zahl der beschuldigten Personen: Zahlenfeld_____

a. (1 – 99 [99= keine Angaben aber mehrere Personen])

26 Geschlechterkonstellation:

(T)m → (O)w,
m → m,

$w \rightarrow m,$

$w \rightarrow w$

27 Motiv:

Beziehungskonflikt: ja/nein/k.A.

Sexuelles Motiv: ja/nein/k.A.

Materielle Bereicherung: ja/nein/k.A.

anderer Konflikt: ja/nein/k.A.; Spezifizierung: Text

Bemerkungen

28 Ort der Gewalt:

- häusliche Umgebung
- öffentlicher Raum „draußen“
- öffentlicher Raum „Gebäude, geschlossene Räume“
- besondere öffentlicher Räumlichkeiten (z.B. Polizei/ Justiz, Gefängnisse)
- Arbeitsplatz oder Arbeitsweg der geschädigten Person
- Schule/ Schulweg, oder Kindergarten /wege
- Im Fahrzeug
- mehrfache Orte
- k.A.
- Freitextfeld

29 Anamnese:

- nach Angaben der geschädigten Person
- nach Angaben von anderer anwesender Personen (z.B. Angehörige)
- Freitextfeld

30 Gewalteinwirkung: gesicherte durch (nur diese Fallakten werden selektiert)

- Pat. selbst Gewaltwirkung angegeben
- Gewaltbenennung durch Dritte /Fremdanamnese
- Gewaltopferverführung/begleitung durch die Polizei
- Arzt Verdacht dokumentiert
- bei Rechtsmedizin: durch Polizei // nach re.med. Gutachten
- Anhaltspunkte für Selbstbeibringung:
 - a) ja/nein/nicht bestimmbar/k.A.
- Zeichen früherer Verletzungen
 - a) (selbst beigebracht / fremd beigebracht)
 - b) ja/nein/ nicht bestimmbar

Teil 2 : Befunderhebung zum Stichwort Gewalt

2-1 Beschreibung der Gewalt

31 Art der Gewalt:

- a) seelische G./ Gewaltandrohung
- b) körperlich:
 - a. ohne Werkzeug
 - b. mit Werkzeugja: Art des Werkzeugs als Freitextfeld

32 einmaliges Ereignis

33 wiederholtes Ereignis

- benanntes Zeitfenster _____ (Angabe in Monaten oder Anteile eines Monats)

34 Sonderform: Sexualdelikt:

- ja/nein/k.A.
- Art des Geschlechtsverkehrs: vaginal, oral, anal
- Manuelle (genitale) Manipulation: ja/nein/k.A.
- Einführen von Gegenständen: ja/nein/k.A.
- (andere) sexuelle Nötigung: ja/nein/k.A., (welche? Text)
- andere (ungewöhnliche) Handlungen: Text
- Kondom: ja/nein/k.A.
- Gleitmittel: ja/nein/k.A.
- Samenerguss: ja/nein/k.A.
- k.A.
- Freitext

35 Sonderform des Übergriffs: Strangulation/ mechanische Asphyxie:

- ja/nein/k.A.
- Zugriffsart:
 - würgen: ja/nein/k.A.
 - drosseln: ja/nein/k.A.
 - (auf)hängen: ...
 - bedecken der Atemwege: ...
 - Knebeln: ...
 - Brustkorbkompensation: ...
 - Schwitzkasten: ...
 - Freitext

36 Folgen/Symptome:

- Symptomatik nach angegebener Strangulation: ja/nein/k.A.
- Bewusstlosigkeit: ...
- Urin-/ Kotabgang: ...
- Heiserkeit: ...
- Halsschmerzen: ...
- Schluckbeschwerden: ...
- Freitext

37 Benutzte Gegenstände: Freitext

38 Untersuchungsbefund

1= Hirnschädel, 2= Gesichtsschädel, 3= Nacken, 4= Hals, 5= Brustkorb, 6= Brüste, 7= Abdomen,
8= Rücken, 9= Genitale, 10= Gesäß, 11= obere Extremität (a= Oberarm, b= Unterarm, c= Hand),
12= untere Extremität, (e= Oberschenkel, f= Unterschenkel, g= Fuß), 13= Wirbelsäule, 14=
Becken

– Lokalisation jeweils nach SCHEMA Zahl 1 – 14 + Buchstabe (bei 11 und 12)

- Stumpfe ungeformte Gewalt
- Schürfung
- -Ablederung
- -Hämatom
- -Riss-Quetschwunde
- stumpfe geformte Gewalt: ...
- halbscharfe Gewalt
- Stichverletzung: ...
- scharfe Gewalt
- Schnittverletzung: ...
- Schussverletzung: ...
- Hitzeschaden: ...
- Kälteschaden
- Stromschädigung
- Freitext

➤ Besondere Verletzungen:

- Frakturen: ...
- Bissverletzung: ...
- Fesselungsspuren: ...
- Widerlagerverletzung: ...
- Griffspuren: ...
- Abwehrspuren: ...
- Ritzverletzung: ...
- Kratzspuren: ...
- Trittspuren: ...
- Andere Verletzungsarten: Text
- Andere besondere Lokalisationen: z.B. Auge, Zähne: Text
- Wundinfektion
- Commotio
- Schütteltrauma

39 speziell: Strangulationsbefunde:

- Würgemale
- Drosselmarke
- Petechien (Lokalisation):
Augenbindehäute, Lidhäute, Gesicht, Mundschleimhaut, Retroaurikulär
(hinter dem Ohr),
k.A.

40 speziell bei sexuellem Übergriff anogenitale Symptome.:

- Blutung – vaginal // anal // anderes
- Schmerzen – vaginal // anal // anderes
- Einrisse in Scheide/ Harnröhre/ Anus
- Schleimhautrötung – vaginal // anal // anderes

41 sexueller Übergriff ergänzende Angaben:

- Körper- und Genitalreinigung nach Vorfall
- extragenitale Verletzungen: ja/nein/k.A.
 - a) Körperverletzung: dann Angaben zuvor
 - b) Strangulation/mechanische Asphyxie: dann Angaben zuvor

42 Vernachlässigung (Wiedergabe der Einschätzung aus der Akte/beha. Arzt)

Unterernährung (Skala von 1(gering) – 5(schwerwiegend)

Bekleidung

- unangepasst (zu viel/ zu wenig/)
- mangelhaft gepflegt)

körperlicher Pflegemangel (Skala 1-5)

Parasiten

Körperl Entwicklungsrückstand

intellektueller Entwicklungsrückstand

Freitext

43 Objektivierung der Gewalt :

- Befund in der Akte (z.B. Verletzung oder psych. Sicherung) JA // NEIN
 - (NEIN : wenn Pat.-Angabe vorliegt, aber kein zugehöriger Befund in der Akte ist)

44 Patientenversorgung bei Stationär: Regelstation // Intensivstation

Teil 2-2 Art der Befunderhebung

(besonders relevant für RM-Daten, aber auch generell danach suchen)

45 Diagnosesicherung mittels

- Befund verbal

Unter Ausweisung welcher Angaben:

- a) WO genau benannt am Körper
- b) WAS genau liegt als Befund vor
- c) WIE wurde der Befund näher beschrieben
- d) (Größe, Form, Farbe, Rand, Tiefe weiteres
 _____ (hier bitte alles zutreffende markieren!!
- Foto: ja/nein/k.A.
- Eintragen der Befunde in eine Schemazeichnung Ja/Nein

- 46** - BAK: ja/nein/k.A. Befund _____
- 47** - Toxikologie: Urin, Blut Befund _____
- 48** - Tatwerkzeug _____
- 49** Spurensicherung
- - Blut-, Sperma-, Speichel-, Schweißspuren, Gewebspartikel
 - Abstriche: oral, vaginal, anal, andere (Text)
 - Nagelränder
 - (Scham)haare
 - Mikrobiologie: Hep., HIV, andere Virologie, andere Bakteriologie, keine k.A.
 - Kleidung: Text
 - Anderes: Text
 - (Remed. Sektionsfall)
- feingewebliche Untersuchung parenchymatöser Organe: ja/nein/k.A.

50 Bildgebende Diagnostik SONO RÖ CT .. JA // NEIN // k.A.

51 Konsile

- angeordnet ja/nein/k. A.
- auch durchgeführt ja/nein/k. A.
- Ggf. wichtige Ergebnisse in Textform

52 Befunddokumentation: Durch

- Klinikarzt
- Rechtsmedizin

Teil 2-3 weiteres Vorgehen

53 Weitere Versorgung/Nachsorge:

- medizinische Versorgung ambulant:
- med. Versorgung stationär wenn ja wohin andere Klinik// Reha// _____
- psychologisch-psychiatrische Versorgung : ja / nein, ambulant / stationär
- psychosomatisch: ja / nein, ambulant / stationär
- Frauenhaus/betreutes Wohnung für Erwachsene...
- Unterbringung eines Kindes
- Kinderschutzambulanz/spezielle Kinderberatungszentren: ...
- andere Beratungsstellen: ...
- k.A.
- Freitext _____

54 Finden sich in der Akte Aufträge für spezifische Befunderhebung/ Gutachten zum Kontext Gewalt: Nein // JA, dann:

- Art des Auftrags:
 - Ärztliches Attest,
 - ärztliches Verletzungsgutachten
 - anderes _____

dazugehöriger Auftraggeber:

- (Auswahl)

Ermittlungsbehörde, Klinik, Patient selbst, andere _____

55 Finden sich Häuslicher Gewalt Angaben dazu, ob eine Wegweisung nach Gewaltschutzgesetz vor:

➤ ja/nein/k.A.

➤

56 Liegt eine polizeiliche Anzeige bezogen auf Untersuchungsanlass vor?

- nein/k.A.
- polizeiliche Anzeige liegt bei Behandlung vor
- polizeiliche Anzeige wird während Behandlung gemacht
 - durch Arzt
 - durch Patient
- wird nach Behandlung gemacht
 - durch Arzt
 - durch Patient
 - durch Dritte
- k.A.
- Freitext

57 speziell bei Kindern:

- Meldung an das Jugendamt:
 - ja/ nein/ k.A.
 - Meldung durch Arzt
 - Meldung durch andere
 - Freitext
 - Und/Oder Einschalten des Klinikeigenen Sozialdienstes
 - a) JA // NEIN

Teil 3: besondere Hergangsumstände

58 Konsumverhalten: geschädigte Person:

- a. akut:
- b. Alkohol: ja/nein/k.A. ,
- c. Medikamente: ja/nein/k.A.
- d. Drogen: ja/nein/ k.A.
- e. chronisch:
- f. Alkohol: ja/nein/k.A. ,
- g. Medikamente: ja/nein/k.A.
- h. Drogen: ja/nein/ k.A.

59 Konsumverhalten beschuldigte Person:

- a) akut:
- b) Alkohol: ja/nein/k.A. ,
- c) Medikamente: ja/nein/k.A.
- d) Drogen: ja/nein/ k.A.
- e) chronisch:
- f) Alkohol: ja/nein/k.A. ,
- g) Medikamente: ja/nein/k.A.
- h) Drogen: ja/nein/ k.A.

60 Vorerkrankungen:

beschuldigte Person:

Freitextfeld

k.A.

beschädigte Person:

Freitextfeld

k.A.

Teil 4: psychisch-psychiatrische Befundlage

Einweisung

(Auswahlmöglichkeit, eines davon muss ja zutreffen)

Art des Zugangs

- ohne – eigene Vorstellung des Patienten
- mit geplanter Zuweisung nach Voranmeldung
- NOTFALLEINWEISUNG
- Keine Angaben ersichtlich

Zuweisende Professionen

- Praxis fachspezifisch
- Praxis nicht fachspezifisch
- Notärztlicher Dienst
- Sozialpsychiatrischer Dienst

- UKD-fachspezifische (eigene) Ambulanz
- UKD nicht fachspezifische Ambulanz
 - KONSIL Ja/Nein
- andere/externe nicht fachspezifische Ambulanz
- andere UKD- nicht fachspezifische Fachklinik
 - KONSIL Ja/Nein
- andere/externe nicht fachspezifische Klinik

- anderes

Einweisungsbesonderheit/Aktuelle Anamnese

KRISENINTERVENTION

ja-nein-unklar

SUIZIDALITÄT	ja-nein-unklar
--------------	----------------

Frühere Suizidversuche	ja-nein-unklar
------------------------	----------------

GEWALTEREIGNIS	ja-nein-unklar
----------------	----------------

Anderes selbst gefährdendes Verhalten	ja-nein-unklar
---------------------------------------	----------------

Suchterkrankung	ja-nein-unklar
-----------------	----------------

Wenn JA	Alkohol
---------	---------

	Drogen
--	--------

	Medikamente
--	-------------

Anderes:	_____
----------	-------

Spezifizierung GEWALT

Akutes Gewaltereignis	ja-nein-unklar
-----------------------	----------------

Körperliche Gewalt	ja-nein-unklar
--------------------	----------------

Seelische Gewalt	ja-nein-unklar
------------------	----------------

„zurückliegendes“ Gewaltereignis	ja-nein-unklar
----------------------------------	----------------

Körperliche Gewalt	ja-nein-unklar
--------------------	----------------

einmalig	ja-nein-unklar
----------	----------------

wiederholt	ja-nein-unklar
------------	----------------

Seelische Gewalt	ja-nein-unklar
------------------	----------------

einmalig	ja-nein-unklar
----------	----------------

wiederholt	ja-nein-unklar
------------	----------------

benanntes Gewalterleben objektivierbar ja-nein-unklar
(wenn nein – subjektives Erleben)

Psychiatrisch/psychosomatischer BEFUND

Psychiatrische Diagnose-Raster (Auswahl nur gemäß Ja-Nein-Unklar, siehe oben)

- Bewusstseinsstörung
- Orientierungsstörung
- Aufmerksamkeit/Gedächtnis-Störung
- Störung des Formales Denkens
 - o Flashback
 - o Intrusion
- Befürchtungen/Zwänge
- Wahn
- Sinnestäuschung
- Ich-Störung
 - o Dissoziation
- Störung der Affektivität
 - o Angst
- Phobie
- Panik
- Allgemeine Angst
 - o Depression
- Störung von Antrieb, Psychomotorik
- Störung des Circadianen Rhythmus
- Andere Störungen
- Schlaf/Vigilanz-Störung
- Hyperarousal (übermäßige Schreckhaftigkeit)
- Appetit-Störung
- Somatoforme Störungen
 - o Gastro-Intestinale Störung
 - o Kardio-Respiratorische Störung
- Andere vegetative Stör.
- Andere Missempfindungen
- Neurologische Stör.

Diagnosen

Ausweisung der aufgeführten ICD.Diagnose-Schlüssel: Anzahl der möglichen Felder 3 Typische CO-
DE z.B. „F01.10“

- Psychiatrische Diagnosen: Haupt Neben
 - o besonders auszuweisen: liegt eine (Auswahl siehe unten) vor?
- PTBS ja-nein-unklar
- F 62 (extreme Belastungsr.) ja-nein-unklar

- Akute Belastungsr. ja-nein-unklar
- Anpassungsstörung ja-nein-unklar

- Sozialer Rückzug Auswahl wie oben
- Körperliche Beschwerden
- Angststörung
- Depressivität
- Schizoide Störung
- Zwang
- Aufmerksamkeitsstörung
- Delinquentes Verhalten
- Aggressives Verhalten

- Somatische Diagnosen: Haupt Neben
- Psychosoziale Diagnosen: Haupt Neben

GAF Global assesement of function - Graduierung

Zahlenwert HZE – Dreistelliger ganzzahliger Wert muss eingetragen werden

Ki-Ju-Psychiatrie Ergänzungen:

- Lebenssituation: lebt bei
 - o Mutter und Vater
 - o Nur Mutter
 - o Nur Vater
 - o Nur andere Verwandte
 - o Adoptivfamilie
 - o Pflegefamilie
 - o Mit Geschwister (leiblich oder andere)
 - o Ohne Geschwister
 - o Heimunterbringung

Diagnosen nach dem Achsen-System

- Achse 1 klin.-psychiatrisch ICD-10 Schlüssel (Codierungsoption für Datenmaske mit Beispiel vorgeben!)
 - Keine Störung
 - Hauptdiagnose
- Achse 2 umschriebene Entwicklungsstörung
 - Keine Störung
 - unbekannt
 - Hauptdiagnose

- Achse 3 Intelligenzniveau
 - Zahlenwert

- Achse 4 körperliche Symptomatik
 - Keine Störung
 - unbekannt
 - Neurologisch
 - Somatisch

- Achse 5 aktuelle abnorme psychosozialen Umstände
 - Keine
 - unbekannt
 - Diagnose – gemäß Schlüssel (Zahlenfeld)

- Achse 6 globale Beurteilung der psychosozialen Anpassung
 - ZAHLENwert als Resultat

9.2 Lebenslauf

Persönliche Daten

Name	Annika Elisa Gölz
Geburtsdatum	10.04.1981
Geburtsort	Bonn (Nordrhein-Westfalen)

Schulabschluss

06/2000	Dietrich-Bonhoeffer-Gymnasium Hilden, Allgemeine Hochschulreife
---------	--

Studium

04/2001 – 06/2008	Studium der Humanmedizin an der Heinrich Heine Universität Düsseldorf
06/2004	Ärztliche Vorprüfung/ Physikum
02/2007-06/2007	Praktisches Jahr (PJ) am Universitätsklinikum Düsseldorf, Wahlfach Pädiatrie
10.06.2008	Ärztliche Prüfung (Hochschulabschluss)

Approbation

14.07.2008	Approbation als Ärztin
------------	------------------------

9.3 Abstract

Medizinische Versorgung von Kindern als Gewaltopfer in Düsseldorf

A. Götz

Hintergrund: Um die medizinische Versorgung von Gewaltopfern zu verbessern und um weitere sinnvolle Angebote für die Opferbetreuung erarbeiten zu können, bedarf es neben der konkreten Vernetzung von Hilfeangeboten vor Ort auch einer vertiefenden Kenntnis über die Zusammenhänge von häuslicher Gewalt, deren Erscheinungsformen und Folgen und insbesondere deren möglichen Besonderheiten im Zugang auf das und in der Inanspruchnahme des medizinischen Hilfeangebotes.

Für die Erhebung solcher Daten bieten sich verschiedene Methoden an. Im Auftrag der Bundesregierung wurde beispielsweise eine Repräsentativ-Befragung durchgeführt. Aus dem europäischen und außereuropäischen Ausland liegen ebenfalls derartige Untersuchungen vor. Eine detaillierte Datenlage – insbesondere für Deutschland – ist aber bisher nicht vorhanden. Daher sind weitere Projekte aus unterschiedlichen Perspektiven sinnvoll, um die Facetten der Gewalt speziell in ihrer jeweiligen Repräsentanz auch im Gesundheitswesen erfassen zu können. Die vorliegende Studie erstellt eine Ist-Stand-Erhebung zur Qualität der medizinischen Versorgung im Jahre 2004 in Düsseldorf, und zwar hinsichtlich Diagnosestellung, Befunddokumentation, akutmedizinischer Versorgung und Vermittlung der Betroffenen an weitere qualifizierte Hilfsmaßnahmen. **Methode:** Retrospektive Fallanalyse von Patientenakten der Kinderklinik des UKD (UKD) und der Kinderschutzambulanz des EVK (KSA) aus dem Jahr 2004 anhand eines elektronischen Datenerfassungsbogens/Fragebogens. Erfragt werden u. a. Basisdaten zu Opfer und Tatverdächtigen (Geschlecht, Alter), Gewalthergang, Verletzungen, Befunddokumentation und Opfernachsorge. Die so erstellte Datenbank wurde mit Hilfe deskriptiver Statistik ausgewertet. **Ergebnisse:** 2004 wurden an der Kinderklinik des UKD 10 Kinder mit gesicherter Diagnose Kindesmisshandlung stationär betreut, von der KSA konnten 88 Fälle in diese Studie aufgenommen werden. 50% der Kinder des UKD waren 7-14 Jahre alt, (7 w., 3 m.). Häufigste Gewaltform war hier Körperliche Misshandlung (7 x). 63% der KSA-Opfer waren zwischen 7-14 Jahren alt, ungefähr gleichviel männliche und weibliche Opfer (41:47). An der KSA waren häufigste Gewaltformen: seelische Gewalt (30%), Körperliche Gewalt (28%), sexueller Missbrauch (23%) und Vernachlässigung (19%). Die Verletzungslokalisationen und das Alter der Schädiger deckten sich mit Angaben der Literatur. Gewalt fand zu 85% in häuslicher Umgebung statt und wurde zu 96% von dem Opfer Bekannten begannen (57% Verwandte). Häufigste Motive waren Überforderung und sexuelle Motive. Die Befunddokumentation variierte von Fall zu Fall. Die Erhebung von Risikofaktoren unterlag stark der Anamneseform des aufnehmenden Arztes. 78% der Kinder wurden einer Opfernachsorge zugeführt. **Schlussfolgerung:** 2004 befand sich die medizinische Auseinandersetzung mit Kindesmisshandlung noch in Teilen in den „Kinderschuh“. Die Qualität der Beschreibung der erlittenen Gewalt ist im Wesentlichen abhängig von der Ausführlichkeit der Anamnese und den Kenntnissen des aufnehmenden Arztes über Kindesmisshandlung. Es zeigten sich deutliche Defizite in der Befunddokumentation durch Ärzte der Kinderklinik. Mehr Fortbildung der Ärzteschaft und Aufnahme in das ärztliche Ausbildungscurriculum sind für die Erkennung von Misshandlungsfällen vonnöten. Die Kompetenzen der Rechtsmediziner sollten regelmäßig, auch im Verdachtsfall, zur Hilfe gezogen werden. Zur Verbesserung der medizinischen Versorgung sollte eine Kinderschutzgruppe an der UKD gegründet werden. Diese sollte wissenschaftlich begleitet werden. Eine Einbindung der KSA und die Einrichtung einer klinischen Kinderschutzgruppe erscheinen sinnvoll.

Institut für Rechtsmedizin
des Universitätsklinikums Düsseldorf
Direktorin: Univ.-Prof. Dr. G. Ritz-Timme
Tele: (0211) 81-12345
Hausanschrift: Mönchstr. 1, 40225 Düsseldorf
Postfach 10 10 01, 40225 Düsseldorf

10 Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich gerne bedanken bei:

Frau PD Dr. med. H. Graß für die Überlassung des Themas sowie die gute und unkomplizierte Betreuung auf dem Weg zu dieser Arbeit.

Herr Prof. Dr. med. T. Höhn für seine Anregungen, die große Hilfsbereitschaft und das Korrekturlesen.

Herr Dr. med. E. Motzkau und den Mitarbeitern der Kinderschutzambulanz des EVK Düsseldorf für die Möglichkeit dort Akten auszuwerten.

Marc Koehler für seine wertvollen Hilfestellungen bei der technischen Auswertung der Ergebnisse.

Meiner Familie für Ihre Unterstützung.