

**Analyse medizinischer, sozialer und regionaler Aspekte
von Kindesmisshandlung in Thüringen - Retrospektive
Untersuchung des Patientenguts der Thüringer Ambulanz
für Kinderschutz unter besonderer Berücksichtigung von
Misshandlung in Patchworkfamilien**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

doctor medicinae (Dr. med.)

Vorgelegt dem Rat der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena

von Mirjam Noemi Rapoport

geboren am 6. August 1990 in Bonn

Gutachter

1 Prof. Dr. Felicitas Eckoldt-Wolke, Direktorin der Klinik für Kinderchirurgie,
Universitätsklinikum Jena, Am Klinikum 1 07747 Jena

2 Prof. Dr. Guido Fitze, Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, TU
Dresden, Fetscherstraße 74 01307 Dresden

3 Prof. Dr. Florian Zepf, Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Universitätsklinikum Jena, Philosophenweg 3-5/Am Steiger 607743 Jena

Tag der öffentlichen Verteidigung: 2. November 2021

Abschluss Staatsexamen: 22. November 2018

Inhaltsverzeichnis

1	Abkürzungsverzeichnis	7
2	Zusammenfassung	8
3	Einleitung	10
3.1	Hintergrund dieser Arbeit	10
3.2	Kindesmisshandlung - Definition des Begriffes	10
3.2.1	Körperliche Misshandlung	11
3.2.2	Sexueller Missbrauch	11
3.2.3	Vernachlässigung	12
3.2.4	Seelische Misshandlung	13
3.3	Kindesmisshandlung in Familien	13
3.3.1	Gewalt in der Erziehung	13
3.3.2	Familienmodelle - Definition der Begriffe	14
3.3.3	Verteilung der Familienmodelle in der Gesellschaft	15
3.3.4	Konflikte in Patchworkfamilien	15
3.4	Kinderschutz in der Medizin	16
3.4.1	Gesellschaften für Kinderschutz in der Medizin	16
3.4.2	AWMF-Leitlinie	16
3.5	Kinderschutz im Freistaat Thüringen	17
3.5.1	Rechtliche Grundlagen des Kinderschutzes in Thüringen	17
3.5.2	Organe des Kinderschutzes in Thüringen	17
3.5.3	Kinderschutzambulanzen und -gruppen in Thüringen	20
4	Ziele der Arbeit	23
5	Patienten und Methodik	24
5.1	Patientengruppe	24
5.2	Thüringer Ambulanz für Kinderschutz - Vorgehen und Dokumentation	24
5.3	Untersuchungsmethoden	25
5.3.1	Die körperliche Untersuchung	25
5.3.2	Apparative Untersuchungsmethoden	31

5.3.3	Ergänzende Diagnostik	32
5.4	Sozialanamnese	33
5.5	Methodisches Prozedere	34
5.5.1	Studienablauf	34
5.5.2	Statistische Auswertung	34
6	Ergebnisse	36
6.1	Patientenkollektiv	36
6.1.1	Geschlecht und Alter	36
6.1.2	Vorerkrankungen und mentale Retardierung	37
6.2	Vermutete Misshandlung	38
6.2.1	Vermutete Misshandlungsarten	38
6.2.2	Vermutete Täter	39
6.2.3	Vermutete/Erfasste Verletzungsarten	40
6.2.4	Verdachtserfassung	41
6.2.5	Vermutete/Erfasste Tatorte	42
6.3	Verwendete diagnostische Verfahren	43
6.3.1	Ärztliche Untersuchung	43
6.3.2	Apparative Diagnostik	44
6.3.3	Ergänzende Diagnostik	44
6.4	Körperliche Befunde	45
6.4.1	Hämatome	45
6.4.2	Petechien	47
6.4.3	Frakturen	47
6.4.4	(Innere/Äußere) Blutungen	48
6.4.5	Verbrennungen/Verbrühungen	48
6.4.6	Schwellungen	49
6.4.7	Rötungen	49
6.4.8	Wunden	50
6.4.9	(Ano-)Genitale Verletzungen	50
6.4.10	Sonstige körperliche Befunde	51
6.5	Sozialanamnese	51

6.5.1	Familienkonstellation	51
6.5.2	Hintergrundanamnese der leiblichen Eltern	53
6.5.3	Psychische Erkrankungen der Eltern	55
6.5.4	Häusliche Gewalt in der Familie	56
6.5.5	Kontakt zum Jugendamt, Kontakt zur TAKS	56
6.6	Auswertung der Verdachtsfälle	57
6.6.1	Beurteilung	57
6.6.2	Auswertung der Beurteilungen	58
6.6.3	Befunde in bestätigten Verdachtsfällen	62
6.7	Ergriffene Maßnahmen	65
6.7.1	Juristische Maßnahmen	65
6.7.2	Sozialpädagogische Maßnahmen	65
6.8	Patchworkfamilien	66
6.8.1	Patientenstamm innerhalb der Familienmodelle	66
6.8.2	Vermutete Misshandlung innerhalb der Familienmodelle	67
6.8.3	Hintergrundanamnese innerhalb der Familienmodelle	69
6.8.4	Bestätigung der Verdachtsfälle innerhalb der Familienmodelle	70
6.8.5	Ergriffene Maßnahmen innerhalb der Familienmodelle	71
6.8.6	Risikoermittlung	72
7	Diskussion	76
7.1	Zusammenfassung der Hauptergebnisse	77
7.1.1	Die Patienten	77
7.1.2	Die Täter	79
7.1.3	Die mental retardierten Patienten	79
7.1.4	Der väterliche Drogenabusus	79
7.1.5	Die Befunde	79
7.1.6	Die Familienmodelle	80
7.1.7	Die geographische Verteilung	80
7.2	Diskussion der Methoden	80
7.3	Diskussion der Ergebnisse	83
7.3.1	Das Geschlecht der Patienten	83
7.3.2	Das Alter der Patienten	84

7.3.3	Die Täterschaften	85
7.3.4	Die mental retardierten Patienten	85
7.3.5	Der väterliche Drogenabusus	86
7.3.6	Die Befunde	87
7.3.7	Die Familienmodelle	87
7.3.8	Die geographische Verteilung	88
7.4	Ausblick	89
8	Schlussfolgerungen	90
9	Literatur- und Quellenverzeichnis	92
10	Anhang	101
10.1	Sozialanamnesebogen	101
11	Danksagung	104
12	Eidesstattliche Erklärung	105

1 Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
aPTT	Partielle Thromboplastinzeit
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
cMRT	cranielle Magnetresonanztomographie
CT	Computertomographie
DGfPI	Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung und sexualisierter Gewalt e.V.
DGKCH	Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V.
DGKiM	Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin
DGKJ	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
DGRM	Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin
DGSPJ	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.
DNA	Deoxyribonucleic acid (Desoxyribonukleinsäure)
GPR	Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
INR	International Normalized Ratio
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
OR	Odds Ratio
SGB	Soziales Gesetzbuch
SPFH	Sozialpädagogische Familienhilfe
TAKS	Thüringer Ambulanz für Kinderschutz
ThürKJHAG	Thüringer Kinder- und Jugendhilfe-Ausführungsgesetz

2 Zusammenfassung

Kindesmisshandlung stellt im klinischen Alltag für Ärzte in vielerlei Hinsicht eine Herausforderung dar. Daher ist eine wissenschaftliche Erforschung der Hintergründe und möglicher Präventions- und Interventionsmöglichkeiten notwendig.

Mit Hilfe der hier vorliegenden Arbeit sollten mögliche Ursachen bzw. tendenzielle Risikofaktoren für Gewalt in Familien und für Kindesmisshandlung im Allgemeinen für die Patienten dieses Kollektivs untersucht werden. Ein Schwerpunkt wurde auf die Analyse von Patchworkfamilien gelegt.

Es wurden die Daten der Thüringer Ambulanz für Kinderschutz aus den Jahren 2014, 2015 und 2016 retrospektiv ausgewertet und dargestellt.

Dabei wurden die folgenden Fragen behandelt:

- Welche sozialanamnestische und -medizinische Einflüsse können ein Risiko für Kindesmisshandlung für Patienten dieses Kollektivs darstellen?
- Haben die Patienten dieses Kollektivs, die in einer Patchworkfamilie aufwachsen, ein erhöhtes Risiko für Kindesmisshandlung?

Dass die Beantwortung dieser Fragen besonders problematisch ist, ist dadurch belegt, dass die Anzahl der ungeklärten Fälle, bei denen der Verdacht auf Kindesmisshandlung weder eindeutig ausgeschlossen noch bestätigt werden konnte, sehr hoch ist. Von 273 Fällen mit Kenntnis über den Ausgang blieben 120 (44 %) ungeklärt. Häufig handelte es sich bei diesen ungeklärten Fällen um den Verdacht auf sexuellen Missbrauch. Die Feststellung eines stattgehabten sexuellen Missbrauchs ist auf Grund der Vielfältigkeit der Formen sexueller Gewalt und der häufig verspätet erfolgten Vorstellungen der Kinder erschwert.

Gleichwohl ergab die Auswertung, dass bei Patienten dieses Kollektivs, die in Patchworkfamilien aufwachsen, kein erhöhtes Risiko für Kindesmisshandlung festgestellt werden konnte. Auch bei Patienten, die eine mentale Retardierung hatten, konnte kein erhöhtes Risiko für Kindesmisshandlung gegenüber nicht mental retardierten Patienten ermittelt werden. Es zeigte sich jedoch, dass bei männlichen Patienten 3,6-mal häufiger eine Kindesmisshandlung bestätigt wurde als bei weiblichen Patienten. Weiterhin ergab sich eine

tendenzielle Risikoerhöhung für Kindesmisshandlung bei Patienten, deren Väter regelmäßig Drogen konsumierten.

3 Einleitung

3.1 Hintergrund dieser Arbeit

Kindesmisshandlung ist ein Problem, das es seit Jahrhunderten in unserer Gesellschaft gibt. Basierend auf der Tatsache, dass sich die gesellschaftliche und rechtliche Stellung des Kindes in unserer Gesellschaft verändert hat, hat sich auch die Bewertung der Thematik in den letzten Jahrzehnten deutlich gewandelt (Fürniss 2005). Kinder werden heute mehr als gleichberechtigter Teil der Gesellschaft gesehen, der unter dem besonderen Schutz des Staates steht. Basis für diese rechtliche Absicherung sind die UN-Kinderrechtskonventionen, die 1992 auch in Deutschland in Kraft getreten sind (Walhalla Fachredaktion 2019, United Nations 1992). Auch in der medizinischen Fachwelt hat die Bedeutung des Erkennens und Behandeln von Kindesmisshandlung in den letzten Jahrzehnten zugenommen. Medizinische Fachgesellschaften wurden gegründet und Leitlinien für den Umgang mit Kindesmisshandlung entwickelt. Als Ausdruck der gestiegenen Bedeutung wurde das Erkennen und Bewerten von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung nun auch Gegenstand der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (Herrmann 2019, Bundesärztekammer 2018). Gleichwohl ist Kindesmisshandlung im klinischen Alltag für Ärzte in vielerlei Hinsicht eine Herausforderung. Die größte Herausforderung ist die Furcht vieler Ärzte und anderer Fachkräfte vor „falscher Beschuldigung von Tätern“ (Herrmann et al. 2008), welche eine zu zögerliche Intervention zur Folge haben kann (Thüringer Landesärztekammer et al. 2007). Daher ist eine multiprofessionelle Zusammenarbeit und wissenschaftliche Erforschung der Ursachen sowie möglicher Präventions- und Interventionsmöglichkeiten nötig.

Ein besonderer Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit liegt auf der Gefährdung des Kindeswohls in Patchworkfamilien. Die Formulierung der Fragestellung basierte auf der These, dass die Hemmschwelle, das Wohl eines nicht leiblichen Kindes zu gefährden, niedriger sei als bei einem leiblichen Kind.

Um einen Beitrag zur wissenschaftlichen Erschließung dieser Thematik zu leisten, werden die Daten der Thüringer Ambulanz für Kinderschutz aus den Jahren 2014 - 2016 mit dem Ziel ausgewertet, sozialanamnestische und -medizinische Risikofaktoren zu ermitteln und diese mit der relevanten Fachliteratur zu vergleichen und zu diskutieren.

3.2 Kindesmisshandlung - Definition des Begriffes

Unter Kindesmisshandlung wird die Anwendung von physischer oder emotionaler Gewalt gegen Kinder verstanden. Es wird hierbei zwischen verschiedenen Formen von

Kindesmisshandlung unterschieden (in der hier vorliegenden Arbeit als Misshandlungsarten bezeichnet):

- Körperliche Misshandlung
- Sexueller Missbrauch
- Vernachlässigung
- Seelische Misshandlung

3.2.1 Körperliche Misshandlung

In der neu veröffentlichten AWMF- Leitlinie, einer fachlichen Empfehlung der Arbeitsgruppe der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. zur Diagnostik und zum Umgang mit Kindesmisshandlung, werden unter körperlicher Misshandlung „alle Handlungen von Eltern oder anderen Bezugspersonen verstanden, die durch Anwendung von körperlichem Zwang bzw. Gewalt für einen einsichtigen Dritten vorhersehbar zu erheblichen physischen oder psychischen Beeinträchtigungen des Kindes und seiner Entwicklung führen oder vorhersehbar ein hohes Risiko solcher Folgen bergen“ (Kindler 2006, Blesken et al. 2019). Bei der körperlichen Misshandlung kann zwischen den folgenden Formen von Gewalteinwirkung unterschieden werden: stumpfe Gewalt, spitze Gewalt und thermische Einwirkung (Mützel 2011). Als stumpfe Gewalt wird eine flächige, mechanische Krafteinwirkung auf den Körper verstanden, wie zum Beispiel beim Schlagen mit Händen, Fäusten oder Gegenständen, beim Treten, beim Schubsen oder beim Schütteln (Banaschak et al. 2016). Unter spitzer Gewalt wird die Einwirkung spitzer, scharfer Gegenstände (z.B. mit einem Messer) verstanden. Eine thermische Einwirkung kann entweder durch den Kontakt mit trockener oder mit feuchter Hitze zu leichten bis sehr schweren Schäden der Haut führen (Mützel et al. 2011). Angelehnt an Kellogg (2007) kann die Einwirkung verschiedener Gewaltformen zu folgenden Verletzungen führen (s. **Abb. 3.2.1.1**):

Hauterscheinungen <ul style="list-style-type: none">• Hämatome• Schwellungen• Rötungen• Wunden (inkl. Bisswunden)• Thermische Läsionen	Cranielle Verletzungen <ul style="list-style-type: none">• Retinale Blutungen• Subdurale Hämatome• Subarachnoidale Hämatome	Sonstige Verletzungen <ul style="list-style-type: none">• Skelettale Verletzungen (z.B. Frakturen)• Läsionen innerer Organe• Innere Blutungen
---	--	--

Abbildung 3.2.1.1 Mögliche Verletzungen nach Gewaltanwendung

3.2.2 Sexueller Missbrauch

In der neu veröffentlichten AWMF-Leitlinie ist sexueller Missbrauch oder sexuelle Gewalt an Kindern definiert als „jede sexuelle Handlung, die an oder vor Mädchen und Jungen gegen deren Willen vorgenommen wird“ (Blesken et al. 2019, Unabhängiger Beauftragter für Fragen

des sexuellen Kindesmissbrauchs 2020 (a)). Bei Kindern unter 14 Jahren wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass sie sexuellen Handlungen auf Grund ihrer seelischen, geistigen oder sprachlichen Unterlegenheit nicht bewusst zustimmen können. Um betroffene Kinder und deren Eltern zu unterstützen, hat die Bundesregierung einen unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs ernannt. Dieser hat die Aufgabe, sich für die Anliegen der betroffenen Kinder und ihrer Angehörigen einzusetzen. Er soll darüber hinaus für Experten/-innen aus Praxis und Wissenschaft und für Menschen in Politik und Gesellschaft in Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs als Ansprechpartner zur Verfügung stehen (Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs 2020 (b)). Er unterscheidet bei sexuellem Missbrauch zwischen sexueller Gewalt in Form von nicht-penetrierenden Handlungen bzw. sexuellen Übergriffen und dem „strafbaren sexuellen Missbrauch“ (Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs 2020 (a)). Als sexuelle Übergriffe gelten verbale Belästigung und flüchtige Berührung des Genitalbereichs oder der kindlichen Brust. Als strafbarer Missbrauch gelten penetrierende Handlungen am Kind, die Manipulation des kindlichen Genitals und sexuelle Handlungen, in die das Kind nicht direkt mit eingebunden wird, wie z.B. Exhibitionismus, das Zeigen von Pornografie oder Masturbation in Gegenwart des Kindes. Im digitalen Zeitalter hat sich das Spektrum des sexuellen Missbrauchs um sogenannte Missbrauchsdarstellungen erweitert, wie z.B. das Weiterverbreiten und Konsumieren von Abbildungen, Filmen oder Texten, die sexuelle Handlungen an, von und mit Kindern zeigen (Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs 2020 (a)). Häufig treten durch den sexuellen Missbrauch neben körperlichen auch psychische Folgeerkrankungen auf. Insbesondere bei weiblichen Patienten, die Opfer sexueller Gewalt geworden sind, ist eine erhöhte Neigung zu Depressionen und Essstörungen sowie eine erhöhte Suizidalität verzeichnet worden (Tschumper et al. 1998).

3.2.3 Vernachlässigung

Vernachlässigung ist definiert als „eine ausgeprägte, andauernde oder wiederholte Beeinträchtigung bzw. Schädigung der Entwicklung von Kindern durch die sorgeberechtigten und -verpflichteten Personen“ (Deegener und Körner 2005). Vernachlässigung ist häufig dadurch charakterisiert, dass die Grundbedürfnisse des Kindes in unterschiedlicher Ausprägung nicht ausreichend erfüllt werden. Es wird zwischen körperlicher, emotionaler, bildungsbezogener, kognitiver, erzieherischer und medizinischer Vernachlässigung unterschieden. Auch die Vernachlässigung der mentalen Gesundheit ist hierbei inkludiert (Sierau et al. 2014). In der hier vorliegenden Arbeit ist vor allen Dingen die körperliche und medizinische Vernachlässigung relevant, sodass auf die Begriffsbildung der übrigen Subtypen

an dieser Stelle verzichtet wird. Angelehnt an Sierau et al. (2014) wird die körperliche Vernachlässigung in der AWMF-Leitlinie als das „Unterlassen der minimalnotwendigen Befriedigung physischer Bedürfnisse“ verstanden, wie z.B. eine länger andauernde Mangelversorgung des Kindes mit Nahrung und Flüssigkeit, mangelnde Versorgung des Kindes mit einer Unterkunft und Kleidung sowie der mangelnde Schutz vor Gefahren oder Schäden (Blesken et al. 2019). Unter medizinischer Vernachlässigung wird das Unvermögen oder der Unwille der Eltern verstanden, sich um die medizinischen Bedürfnisse der Kinder adäquat zu kümmern. Hierbei kommt es besonders auf den Zeitpunkt der Vorstellung beim Arzt nach dem Auftreten der ersten Symptome an, da gerade bei jungen Kindern zeitnahe Konsultationen lebenswichtig sein können (Sierau et al. 2014).

3.2.4 Seelische Misshandlung

Seelische Misshandlung ist definiert als „wiederholtes Verhaltensmuster der Betreuungspersonen oder Muster extremer Vorfälle, die Kindern zu verstehen geben, sie seien wertlos, voller Fehler, ungeliebt, ungewollt, sehr in Gefahr oder nur dazu nütze, die Bedürfnisse eines anderen Menschen zu erfüllen“ (Kindler 2006). Konkret kann sich seelische Misshandlung durch die Anwendung herabwürdigender Sprache oder dem Verhängen inadäquater Strafen äußern (Blesken et al. 2019). Im Rahmen der hier vorliegenden Arbeit wird die emotionale Vernachlässigung, im Sinne einer Vernachlässigung der emotionalen Bedürfnisse, als seelische Misshandlung verstanden.

3.3 Kindesmisshandlung in Familien

3.3.1 Gewalt in der Erziehung

In ihrer Dankesrede „NIEMALS GEWALT“ für den Friedenspreis des deutschen Buchhandels im Jahr 1978, forderte Astrid Lindgren zu einer gewaltfreien bzw. un-autoritären Erziehung auf (Lindgren 2007). In ihrer Ansprache stellte sie die These auf, dass die Anwendung von Gewalt in der Erziehung „immer wieder nur Gewalt“ erzeuge und Kinder mit solchen Gewalterfahrungen später in ihrem Erwachsenenleben ähnliche Verhaltensmuster zeigen könnten. Cierpka (2001) beschreibt diesen Kreislauf der Gewalt als eine mehrgenerationale Dynamik, bei der das eigene Erfahren von Gewalt später reinszeniert wird. Er verweist hierbei auf Studien, die zeigen, dass Straftäter häufig selbst Opfer von Gewalt in ihrer Kindheit waren. Laut einer von Cierpka (2001) zitierten Studie von Engfer aus dem Jahr 1996 misshandelten 30 % der Eltern, die als Kinder selbst misshandelt wurden, ebenfalls ihre Kinder.

Als weitere mögliche Gewalt verursachende innerfamiliäre Stressfaktoren gelten (Buchner et al. 2001):

- Niedriges Einkommen
- Geringe Bildung
- Arbeitslosigkeit
- Beengte Wohnverhältnisse
- Probleme/Konflikte am Arbeitsplatz
- Probleme/Konflikte in der Familie
- Ungewollte Schwangerschaft/Elternschaft
- Alkohol-/Drogenabusus
- Trennung/Scheidung

Gewalt als Erziehungsmittel wurde lange Zeit kaum hinterfragt, da sie zur Gewährleistung von Disziplin und Gehorsam geeignet schien. Die körperliche Züchtigung sollte auch den eigenen Willen des Kindes sofort unterbinden und brechen (Buchner et al. 2001). Dieser Erziehungsansatz geriet in den 1990er Jahren immer mehr in die Kritik, da Untersuchungen zur Gewaltbereitschaft bzw. Gewaltanwendung von Jugendlichen ergaben, dass das Erfahren von Gewalt in der Familie auf andere soziale Bereiche (z.B. Schule) ausstrahlt und so ein gesamtgesellschaftliches Problem darstellt. In den darauf folgenden Jahren zeigte sich eine tendenzielle Abnahme von Gewaltanwendung in der Erziehung (Luedtke 2003, Bussmann 2003). Ein möglicher Grund dafür ist laut Luedtke (2003), dass sich die öffentliche Meinung immer mehr gegen den Einsatz von Gewalt in der Erziehung gerichtet hat und so die Legitimationsgrundlagen für die Anwendung von Gewalt in der Erziehung an Gewicht verloren haben. Eine große Rolle wird auch dem seit 2000 geltenden Gesetz zur Ächtung von Gewalt in der Erziehung (Bürgerliches Gesetzbuch 2000) zugemessen. Sowohl körperliche als auch seelische Verletzungen sowie andere entwürdigende Maßnahmen gegen Kinder sind seither gesetzeswidrig und strafbar.

3.3.2 Familienmodelle - Definition der Begriffe

In der hier vorliegenden Arbeit wird zwischen zwei verschiedenen Familienmodellen unterschieden: Patchworkfamilien und Non-Patchworkfamilien.

Für den Begriff der Patchworkfamilie wurde die Definition des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) verwendet: „Eine Stieffamilie (bzw. Patchworkfamilie) ist eine um Dauer bemühte Lebensgemeinschaft, in die mindestens einer der Partner mindestens ein Kind aus einer früheren Partnerschaft mitbringt, wobei das Kind bzw. die Kinder zeitweise auch im Haushalt des jeweils zweiten leiblichen Elternteils leben kann bzw. können“ (Döring 2002). Für die hier vorliegende Untersuchung ist die in der

soziologischen Forschung gängige weitere Differenzierung des Begriffs der Stieffamilie (Steinbach et al. 2015) nicht relevant. Auch der in der Soziologie verwendete Begriff der haushaltsübergreifenden Familienstrukturen (Steinbach 2008) spielt hier keine Rolle.

Der in der hier vorliegenden Arbeit verwendete Begriff der Non-Patchworkfamilie lässt sich in folgende soziologische Kategorien unterteilen (Steinbach et al. 2015).

- Kernfamilie: Zwei leibliche Elternteile leben mit ihren leiblichen Kindern in einem Haushalt zusammen.
- Einelternfamilie: Ein leibliches Elternteil lebt mit seinen leiblichen Kindern in einem Haushalt zusammen, ohne in einer neuen Partnerschaft zu leben.

3.3.3 Verteilung der Familienmodelle in der Gesellschaft

Die Erfassung der Lebensumstände aller Bürger der Bundesrepublik Deutschland ist in amtlichen Statistiken nur annäherungsweise möglich, da hierfür die Erfragung der genauen Lebensumstände und Beziehungsstrukturen aller Haushaltsmitglieder notwendig wäre (Steinbach et al. 2015). In amtlichen Statistiken werden zwar alle im Haushalt lebenden Kinder erfasst, jedoch ohne Differenzierung nach den verschiedenen Familienmodellen. Daher ist eine valide Aussage über die Verteilung der einzelnen Familienmodelle in unserer Gesellschaft schwer zu treffen. Nach einer Studie von 55.350 Haushalten mit minderjährigen Kindern, die in 16 europäischen Ländern durchgeführt wurde, handelte es sich bei 70,8 % der Haushalte um Kernfamilien, bei 15,2 % um Einelternfamilien und bei 13,5 % um Stieffamilien (Steinbach et al. 2015). Dabei waren 10.017 dieser Haushalte in Deutschland.

3.3.4 Konflikte in Patchworkfamilien

Die Gründung einer Patchworkfamilie kann viele Probleme und Konflikte bergen, da sowohl die neu in die Familie kommenden Partner als auch die leiblichen Eltern und Kinder ihre Position in der neuen Familienkonstellation finden müssen. Wohlfahrt und Schmidt-Grünert (2010) haben die verschiedenen Konfliktthemen in Beratungsgesprächen mit Patchworkfamilien untersucht und zusammengefasst. Häufig wurden die Beziehungsbildung zwischen den einzelnen Familienmitgliedern und somit auch die Rollenfindung in der neuen Familienkonstellation sowie die Umgangsregelung der Kinder mit den nicht mit im Haushalt lebenden leiblichen Eltern thematisiert. Darüber hinaus wurde in diesen Gesprächen häufig der Umgang der Kinder mit der neuen Lebenssituation angesprochen. Die Kinder hatten häufig Anpassungsschwierigkeiten, zogen sich zurück und/oder zeigten ein rebellisches Verhalten.

Ein weiteres Konfliktthema war häufig die Konkurrenz zwischen „neu zusammengewürfelten Kindern“ sowie zwischen Kindern aus früheren Beziehungen und neu in die Patchworkfamilie hineingeborenen Kindern.

Vermutlich kann auch eine Konkurrenz um die Gunst des leiblichen Elternteils zu innerfamiliären Konflikten zwischen den neuen Lebensgefährten und den leiblichen Kindern führen.

3.4 Kinderschutz in der Medizin

Auf die Geschichte des Kinderschutzes in der Medizin wird im Rahmen dieser Arbeit nicht eingegangen, sondern auf die einschlägige Literatur verwiesen (Fürniss 2005). Für diese Arbeit relevant ist die Übersicht über die verschiedenen medizinischen und nicht-medizinischen Organe, die sich in Deutschland und insbesondere in Thüringen mit Kindesmisshandlung auseinandersetzen.

3.4.1 Gesellschaften für Kinderschutz in der Medizin

Ausdruck der gestiegenen Bedeutung des Kinderschutzes in der Gesellschaft und in der Medizin sind die sich diesem Ziel verschriebenen Fachgesellschaften. Eine dieser Gesellschaften ist die Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM). Sie ist die Vertreterin aller deutschen Kinderschutzgruppen und ärztlichen Kinderschutzambulanzen (Herrmann et al. 2008). Das Aufgaben- und Leistungsspektrum der Kinderschutzgruppen und -ambulanzen ist gemäß der Akkreditierungsbedingungen der DGKiM (Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin 2019) gestaltet. Ebenfalls gehört hierzu die Kommission Kinderschutz der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin. Gemeinsam haben beide Gesellschaften eine Empfehlung für Kinderschutz in Kliniken „Vorgehen bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung – Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken“ (Herrmann et al. 2016) verfasst.

Eine dritte Fachgesellschaft ist die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (DGfPI). Sie beschäftigt sich hauptsächlich mit der Ausbildung und Vernetzung von Fachleuten, die sich mit Kindesmisshandlung beschäftigen (DGfPI 2020).

3.4.2 AWMF-Leitlinie

Die wachsende Bedeutung des medizinischen Kinderschutzes findet auch in der Konzipierung einer entsprechenden fachgesellschaftsüberschreitenden Leitlinie ihren Niederschlag. Die

AWMF-Kinderschutzleitlinie dient als Entscheidungshilfe im diagnostischen Umgang mit dem Verdacht auf Kindesmisshandlung. Sie soll den Ärzten bei der Einschätzung des Grades der Kindeswohlgefährdung helfen (Blesken et al. 2019). Diese sind im Februar 2019 unter der Federführung der folgenden Gesellschaften als S3+-Leitlinie neu bearbeitet und herausgegeben worden:

- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)
- Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V. (DGKCH)
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)
- Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie (GPR)
- Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM)

3.5 Kinderschutz im Freistaat Thüringen

3.5.1 Rechtliche Grundlagen des Kinderschutzes in Thüringen

Der Kinderschutz im Freistaat Thüringen ist auf der Basis des achten Buchs des SGB geregelt, das mit Hilfe des Thüringer Kinder- und Jugendhilfe-Ausführungsgesetzes (ThürKJHAG 2008) den regionalen Bedürfnissen in Thüringen angepasst wurde. Dieses Gesetz dient dazu, eine effektive frühzeitige Förderung zu ermöglichen und rechtzeitig Hilfe für Familien zu gewährleisten, bei denen Risiken für das gesunde Aufwachsen der Kinder erkannt worden sind. Darüber hinaus sind die örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe dazu verpflichtet, geeignete Einrichtungen, Kinderschutzdienste, Schulungsangebote und Präventionsprogramme anzubieten. Diese Einrichtungen werden nach der Maßgabe des Landeshaushaltsplans finanziert.

3.5.2 Organe des Kinderschutzes in Thüringen

Netzwerke Frühe Hilfen

Die „Netzwerke Frühe Hilfen“ sind ein Zusammenschluss von Institutionen und Einrichtungen der öffentlichen und freien Jugendhilfe sowie von Sozialämtern, Schulen, der Polizei, Krankenhäusern und anderen vergleichbaren Einrichtungen (Walhalla Fachredaktion 2019), mit denen Verträge nach §75 Absatz 3 des zwölften Buchs des SGB bestehen. Sie dienen im Sinne eines präventiven Kinderschutzes dazu, werdende Eltern und Familien mit Kindern von 0-3 Jahren mit Informations- bzw. Beratungsangeboten sowie mit Hilfe von Familienhebammen, sozialpädagogischen Familienhilfen (SPFH) oder Familien-Gesundheits-

Kinderkrankenpflegerinnen bzw. -pflegern zu unterstützen. Mit Hilfe dieser Unterstützung sollen elterliche Beziehungs- und Erziehungskompetenzen gestärkt werden (Netzwerke Frühe Hilfen 2018). Weitere Aufgaben sind die Fortbildung kommunaler Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren aus allen Thüringer Landkreisen und kreisfreien Städten sowie die Förderung der Weiterqualifizierung von Fachkräften zu Familienhebammen oder Familien-Gesundheits-Kinderkrankenpflegerinnen bzw. -pflegern.

In Thüringen wurden die „Netzwerke Frühe Hilfen“ bereits 2008 in die Landesgesetzgebung aufgenommen. Seit 2013 (Netzwerke Frühe Hilfen 2018) wurden diese Netzwerke weiter ausgebaut und entwickelt. Gemäß der Verwaltungsvereinbarung zwischen Bund und Ländern finanziert das Land Thüringen die „Netzwerke Frühe Hilfen“ mit Bundesmitteln, die an die örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe verteilt werden.

Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) ist eine Einrichtung des BMFSFJ und unterstützt die „Netzwerke Frühe Hilfen“ bei ihrer Weiterentwicklung. Es bietet zudem durch Publikationen und die Bereitstellung von Arbeitsmaterialien Hilfestellungen für die Praxis an.

Kinderschutzdienste

Kinder- und Jugendschutzdienste dienen Kindern und Jugendlichen als Anlaufstelle, wenn sie von Kindesmisshandlung betroffen oder bedroht sind. Die Aufgaben der Kinderschutzdienste sind, gemäß der fachlichen Empfehlung der Thüringer Kinder- und Jugendschutzdienste, in der folgenden Abbildung (s. **Abb. 3.5.2.1**) zusammengefasst.

Aufgaben der Kinderschutzdienste

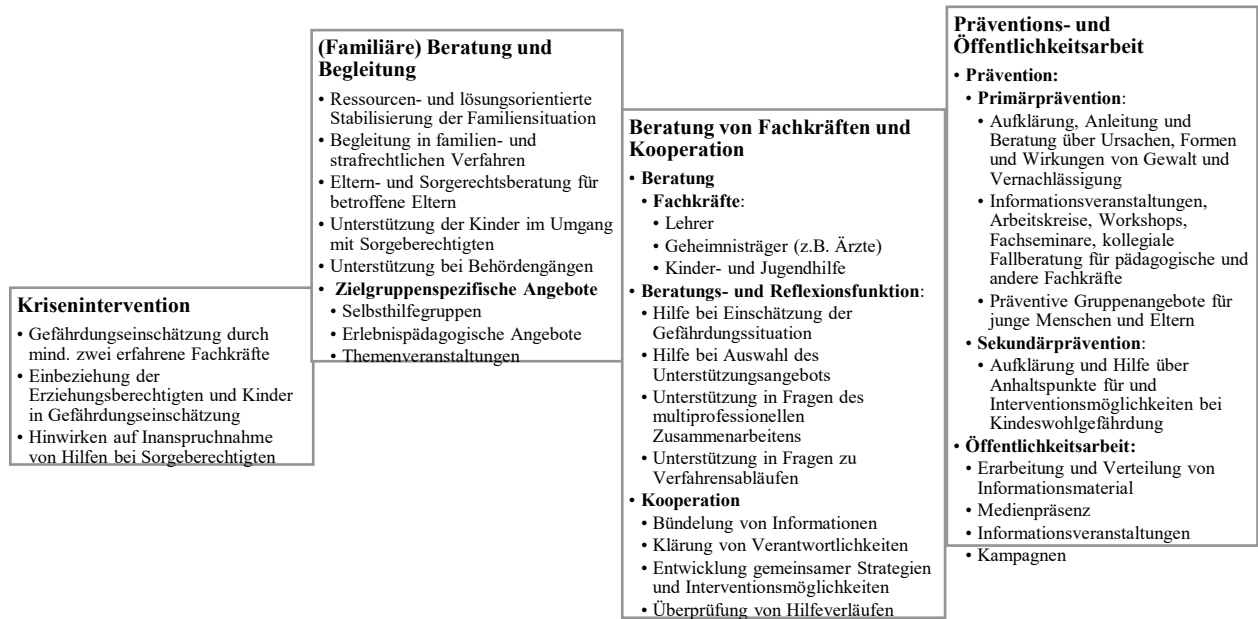


Abbildung 3.5.2.1 Aufgaben der Kinderschutzdienste (Thüringer Landesjugendhilfeausschuss 2016)

Die örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe sind dafür verantwortlich, dass Kinderschutzdienste und geeignete Einrichtungen zum Schutz der Kinder in Thüringen ausreichend (in jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt) zur Verfügung stehen. Diese Kinderschutzdienste werden über die „Richtlinie der Örtlichen Jugendförderung“ vom Freistaat Thüringen finanziert (Thüringer Landesjugendhilfeausschuss 2016).

Die Kinderschutzdienste sind über einen landesweiten Arbeitskreis miteinander vernetzt, der von der Landesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz Thüringen e.V. koordiniert wird. Diese Koordination beinhaltet die Organisation des überregionalen Austauschs zwischen den einzelnen Institutionen und Einrichtungen sowie die Organisation der Fort- und Weiterbildung von Fachkräften. Der Arbeitskreis befasst sich außerdem mit dem Qualitätsmanagement und der Erarbeitung einheitlicher Handlungsstrategien.

Weitere Beratungsstellen

Weitere Beratungsstellen sind die vier Interventionsstellen für Opfer häuslicher Gewalt, die in der Landesarbeitsgruppe der Thüringer Interventionsstellen zusammenarbeiten. Ihre Aufgaben bestehen in der Gefahreneinschätzung, Krisenintervention und Unterstützung bei der Einleitung rechtlicher Maßnahmen und der Ergreifung von Schutzmaßnahmen (Trägerwerke Soziale

Dienste 2020). Außerdem gibt es die Beratungs- und Unterstützungsangebote des Weißen Rings, der mit 21 Beratungsstellen in Thüringen vertreten ist (Weißer Ring 2020). Der Weiße Ring ist ein Verein zur Unterstützung von Kriminalitätsoptionen. Er bietet präventive Angebote und Hilfen in Krisensituationen an.

Schließlich steht der Deutsche Kinderschutzbund e.V. Thüringen den sozialpädagogischen Fachkräften, Lehrern und Geheimnisträgern (z.B. Ärzten) beratend zur Seite. Eine der Hauptaufgaben des Kinderschutzbundes ist die Schulung von Fachkräften im Umgang mit dem Verdacht auf Kindesmisshandlung.

Auf der Webseite des Thüringer Ministeriums für Bildung, Jugend und Sport (Ministerium für Bildung 2020) sowie auf der Webseite der Landesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz Thüringen e.V. kann man sich allgemein über Beratungsstellen und -angebote informieren (Thüringer LAG 2016).

3.5.3 Kinderschutzambulanzen und -gruppen in Thüringen

Kinderschutzambulanzen und -gruppen sind auf Kindesmisshandlung spezialisierte Einheiten in medizinischen Kliniken, in denen mehrere Professionen zusammenarbeiten (Schwier et al. 2019). In der Regel richten sich die Aufgaben und Anforderungen von Kinderschutzambulanzen und -gruppen nach den Akkreditierungsaufgaben und Fachempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin 2019, Herrmann et al. 2016, Kinderschutzambulanz Helios Klinikum Erfurt 2020). In Thüringen richtet sich die Zusammensetzung der interdisziplinären Teams der Kinderschutzgruppen nach den Ressourcen der jeweiligen Kliniken.

Den Akkreditierungsaufgaben und Fachempfehlungen folgend, ist die Thüringer Ambulanz für Kinderschutz (TAKS) eine Anlaufstelle für Mitarbeiter verschiedener Institutionen, die unter der Schirmherrschaft der Klinik für Kinderchirurgie am Universitätsklinikum Jena steht. An die TAKS können sich Mitarbeiter der Jugendämter, der Polizei, der Kindertagesstätten und Mitarbeiter anderer Thüringer Kliniken sowie niedergelassene Ärzte oder Privatpersonen wenden. Als medizinische Spezialambulanz soll die TAKS die Klärung eines Verdachts auf Kindesmisshandlung unterstützen. Die Kinder werden in den meisten Fällen in der Ambulanz vorgestellt, befragt und anschließend untersucht. Über das weitere Vorgehen und weitere mögliche Maßnahmen wird multidisziplinär unter Einbeziehung der Kinder und deren Sorgeberechtigter entschieden.

Die TAKS dient zudem als Beratungsstelle, die Schulungen zum besseren Erkennen von Kindesmisshandlung und für den Umgang mit Kindesmisshandlung für Personen aus pädagogischen oder sozialen Fachbereichen anbietet.

In Thüringen gibt es noch zwei weitere Kinderschutzambulanzen am Helios Klinikum in Erfurt und am St. Georg Klinikum in Eisenach sowie Kinderschutzgruppen in verschiedenen anderen Kliniken. Das Aufgabenprofil der Kinderschutzambulanz am Helios Klinikum in Erfurt ähnelt dem der TAKS, hat sich aber seit 2018 erweitert: mittels der Landesprogrammförderung baut die Ambulanz gemeinsam mit dem Deutschen Kinderschutz Bund e.V. Thüringen die Kooperation zwischen Thüringer Kinderschutzambulanzen und -gruppen und den Jugendämtern thüringenweit aus.

Aktuell (Stand 17.10.2019) gibt es Kinderschutzgruppen (mit unterschiedlicher Zusammensetzung) in den folgenden Thüringer Kliniken (Thüringer Fachstelle für Kooperation und Qualitätsentwicklung im medizinischen Kinderschutz 2019):

- Altenburg
- Apolda
- Arnstadt
- Bad Salzungen
- Gera
- Gotha
- Greiz
- Heilbad Heiligenstadt
- Hildburghausen
- Mühlhausen (2 St.)
- Nordhausen
- Saalfeld
- Sömmerda
- Stadtroda
- Suhl
- Weimar

Interventionsmöglichkeiten der Kinderschutzambulanzen

In Verdachtsfällen auf Kindesmisshandlung stellt sich häufig die Frage nach den Interventionsmöglichkeiten. Hierfür ist die Kenntnis rechtlicher Grundlagen von großer Bedeutung. Im § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz werden die Pflichten und Handlungsspielräume der Berufsgeheimnisträger/-innen festgelegt (Walhalla Fachredaktion 2019). In einem Verdachtsfall sollen Ärzte bzw. involvierte Fachkräfte zunächst das Gespräch mit den Sorgeberechtigten und mit den betroffenen Kindern suchen, allerdings nur, wenn keine akute Gefährdung für die betroffenen Kinder besteht oder in der Folge eines solchen Gesprächs entstehen könnte. Für Ärzte ist es rechtlich zulässig, sich durch weitere Fachkräfte beraten zu lassen. Informationen sollen im Rahmen dieser Beratung pseudonymisiert ausgetauscht werden. In Fällen, in denen ein Unterstützungsbedarf bei den

betroffenen Familien besteht, soll eine Vermittlung an Beratungsstellen erfolgen, sofern der Schutz des Kindes dadurch gewährleistet bleibt oder wird. Sollte das Einschalten von rechtlichen Institutionen wie zum Beispiel des Jugendamts notwendig werden, sind die Sorgeberechtigten über diesen Schritt vorab zu informieren, es sei denn, man befürchtet, dass das Wohl des Kindes hierdurch gefährdet wird.

In einigen Fällen kann eine kooperative Zusammenarbeit von Fachkräften verschiedener medizinischer Bereiche notwendig werden, was im Einverständnis mit den Kindern und Sorgeberechtigten stattfinden muss. In solchen Fällen ist eine Entbindung der Schweigepflicht von den Sorgeberechtigten zu unterschreiben.

4 Ziele der Arbeit

Ziel der hier vorliegenden Arbeit ist die retrospektive Analyse der Daten der Thüringer Ambulanz für Kinderschutz (TAKS) aus den Jahren 2014 - 2016. Die Darstellung der in dieser Spezialambulanz mit dem Verdacht auf Kindesmisshandlung erfolgten Konsultationen soll mit Fokus auf ihre medizinischen, sozialen und regionalen Aspekte erfolgen. Darüber hinaus wird das Patientengut mit Hauptaugenmerk auf Patchwork- und Non-Patchworkfamilien ausgewertet.

Die Auswertung wird wie folgt vorgenommen:

- Deskriptive Darstellung des Patientenguts der Thüringer Ambulanz für Kinderschutz.
- Unterscheidung nach den Familienmodellen: Patchworkfamilie und Non-Patchworkfamilie.

Folgende Fragestellungen werden herausgearbeitet:

- Gibt es allgemeine sozialanamnestische und -medizinische Einflüsse, die Risikofaktoren für Kindesmisshandlung darstellen?
- Stellt das Aufwachsen in einer Patchworkfamilie einen Risikofaktor für Kindesmisshandlung dar?

Nach Auswertung der Datenlage in Hinsicht auf die sozialanamnestischen und -medizinischen Einflüsse sowie auf mögliche Risikofaktoren soll ein im Alltag nutzbarer Bogen für die Erhebung der Sozialanamnese erstellt werden.

5 Patienten und Methodik

5.1 Patientengruppe

In der hier vorliegenden Arbeit wurden die Daten aller Patientenkonsultationen in der Thüringer Ambulanz für Kinderschutz in den Jahren 2014 - 2016 analysiert. In diesem Zeitraum wurden 362 Protokolle erstellt, wobei es sich bei 5 Protokollen um Duplikate handelte, die prinzipiell von der Datenanalyse ausgeschlossen wurden. Demnach erfolgten insgesamt 357 Konsultationen, von denen 9 Folgekonsultationen bzw. Wiedervorstellungen von Patienten in dem untersuchten Zeitraum waren. Das Patientenkollektiv umfasst also 348 Patienten, inklusive 27 Geschwister- und 3 Halbgeschwisterkindern, die mit in der TAKS vorgestellt wurden (s. **Abb. 5.1.0.1**).

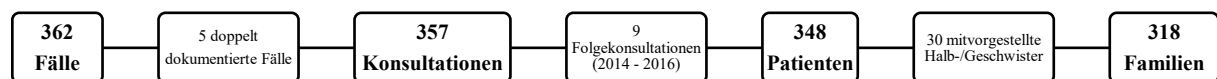


Abbildung 5.1.0.1 Übersicht des Datenkollektivs

5.2 Thüringer Ambulanz für Kinderschutz - Vorgehen und Dokumentation

Die TAKS ist eine Anlaufstelle am Universitätsklinikum Jena (Vgl. **Kap. 3.5.3**), die bei aufkommendem Verdacht auf körperliche oder seelische Misshandlung, sexuellen Missbrauch oder Vernachlässigung mittels interdisziplinärer Betreuung durch Kinderchirurgen, Kinderärzte, Rechtsmediziner, Kinderradiologen, Kinder- und Jugendpsychiater und sozialpädagogische Fachkräfte zur Aufklärung der Fälle beitragen soll.

Vorgestellt werden diese Kinder von Mitarbeitern verschiedener Institutionen oder in einigen Fällen von einzelnen Privatpersonen. Der Fall wird durch die TAKS-Koordinatoren aufgenommen und protokolliert. Das Protokoll enthält den Grund der Konsultation und die vom TAKS-Koordinator dokumentierte Anamnese und wird, solange der Fall in Bearbeitung ist, fortlaufend aktualisiert. Anschließend werden die Kinder von den zuständigen Ärzten der Kinderchirurgie körperlich untersucht. Die Ärzte dokumentieren den Untersuchungsbefund und evaluieren, ob es sich bei den Verletzungen um ein akzidentielles oder ein nicht-akzidentielles Trauma infolge körperlicher Misshandlung oder sexuellen Missbrauchs handelt. In Fällen, bei denen sich äußerliche körperliche Befunde feststellen lassen, erfolgt eine Fotodokumentation.

Je nach Art der vorliegenden Verletzung oder je nach Zweck der Untersuchung werden Ärzte der Kinderklinik oder der Kinder- und Jugendpsychiatrie konsiliarisch mit eingebunden. Es wird auch häufig mit Ärzten der Rechtsmedizin zusammengearbeitet, insbesondere dann, wenn es die Notwendigkeit eines vor Gericht verwertbaren Gutachtens oder der Asservation von Beweismaterial gibt.

In einigen Fällen werden die erhobenen Informationen anschließend gemäß § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (**Vgl. Kap 3.5.3**) in Absprache mit den Sorgeberechtigten an das Jugendamt, die Polizei oder an andere Institutionen, wie zum Beispiel Beratungsstellen, weitergegeben, die bereits in den Fall eingebunden waren oder mit eingebunden werden sollen.

5.3 Untersuchungsmethoden

5.3.1 Die körperliche Untersuchung

Bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung erfolgt zunächst eine anamnestische Befragung über den vermuteten oder vermeintlich beobachteten Tathergang sowie eine Ganzkörperuntersuchung inklusive der Beurteilung des Allgemeinzustands sowie des Ernährungs- und des Pflegezustands. In begründeten Verdachtsfällen ist bei der Ganzkörperuntersuchung auch eine Sichtung des (Ano-)Genitalbereichs inkludiert, sofern hierdurch keine weitere Traumatisierung des Kindes befürchtet wird. Hierbei wird der Introitus vaginae bei den Mädchen, die äußeren Genitalien des Jungen und der Anus bei beiden Geschlechtern betrachtet. Auf eine vaginale Palpation oder digitale rektale Untersuchung sowie auf die Verwendung von Untersuchungsinstrumenten, wie einem Spekulum oder ähnlichem, wird dabei meist verzichtet. Die Mädchen werden gebeten, sich auf den Rücken zu legen und die sog. Froschposition einzunehmen. In einem zweiten Untersuchungsgang werden die Mädchen in der Knie-Brust-Position untersucht. Es wird geprüft, ob es Anzeichen von akuten oder chronischen Verletzungen gibt (Herrmann et al. 2002).

Die körperlichen Befunde werden anschließend mit den Angaben zum Verletzungsmechanismus verglichen und auf ihre Glaubwürdigkeit geprüft. Im folgenden Abschnitt werden die möglichen Verletzungsformen im Einzelnen dargelegt.

Hämatome

Bei der Untersuchung von Hämatomen wird vor allem auf Größe, Form und Lokalisation geachtet.

Bei der Lokalisation (s. **Abb. 5.3.1.1**) gilt es zu beurteilen, ob es sich dabei um Prädilektionsstellen für akzidentiell oder nicht-akzidentiell entstandene Hämatome handelt.

Darüber hinaus wird bei der Beurteilung auf die Anzahl der Hämatome geachtet. Ein gleichzeitiges Vorhandensein mehrerer Hämatome ist häufig ein Hinweis auf körperliche Misshandlung (Kemp et al. 2014c).

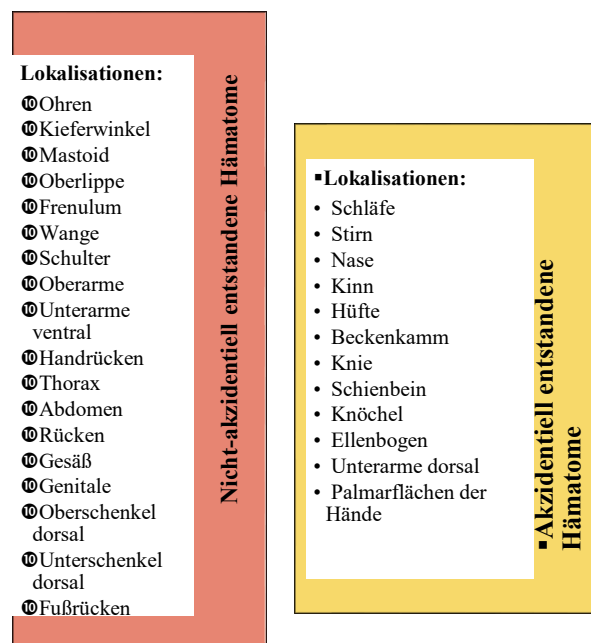


Abbildung 5.3.1.1 Hämatomlokalisierungen nach Herrmann et al. (2008)

Grundsätzlich werden Hämatome abseits von knöchernen Vorsprüngen als nicht-akzidentiell und somit als auffällig eingeschätzt. Treten Hämatome an knöchernen Vorsprüngen bei Kindern auf, die sich noch nicht selbstständig fortbewegen können, wird auch dies als auffällig eingeschätzt (Swerdlin et al. 2007). Darüber hinaus existieren spezifische Verletzungsmuster, die auf eine nicht-akzidentielle Genese schließen lassen können. Schläge mit schmalen Gegenständen wie einem Stock können zu einem typischen doppelstreifigem Muster führen (Rauch et al. 2006). Ein solches Muster entsteht dadurch, dass beim Auftreffen des Stockes das Blut verdrängt wird und dort ins Gewebe fließt. Durch Schläge auf die Ohrregion entstehen retroaurikuläre Hämatome, die nur langsam verheilen (Rauch et al. 2006). Des Weiteren sind zwei einander gegenüber liegende halbmondförmige Hämatome typisch für Bissspuren, wobei der Abstand der Halbmonde bei Bissen von Erwachsenen größer als 3 cm ist (Herrmann 2005).

Gemäß der AWMF-Leitlinie gelten Hämatome als misshandlungsverdächtig, wenn sie geformt sind, in Clustern oder in Kombination mit Frakturen, Verbrennungen, intracraniellen Blutungen oder unklaren Verletzungen auftreten (Blesken et al. 2019).

Petechien

Petechien, punktförmige Einblutungen in die Haut oder Schleimhaut, entstehen durch einen hohen auf die Kapillaren wirkenden Druck. Die Kapillaren können dieser Druckerhöhung nicht standhalten, sodass sie letztlich reißen und es zu den typischen Einblutungen kommt (Swerdlin et al. 2007). Petechien können zudem in den zentralen Aussparungen eines Hämatoms nach einem Biss festgestellt werden. In diesem Fall entstehen die Einblutungen durch einen Unterdruck, der beim Ansaugen während des Bissvorgangs erzeugt wird (Herrmann 2005, Tsokos und Etzold 2015).

Frakturen

Bei der Unterscheidung zwischen akzidentiell und nicht-akzidentiell verursachten Frakturen ist auf die Frakturart und -lokalisierung sowie auf Befundpluralität zu achten. Hinweisgebend auf nicht-akzidentiell entstandene Frakturen sind ein gleichzeitiges Bestehen multipler Frakturen oder anderer Verletzungen (Adamsbaum et al. 2019). Darüber hinaus gelten verschiedene Frakturarten als besonders verdächtig für eine erfolgte Misshandlung. Hierzu gehören insbesondere die metaphysären Frakturen der langen Knochen bei jungen Kindern, die auftreten können, wenn stark an den Extremitäten gedreht und gezerrt wird.

Angelehnt an Kemp et al. (2008) stellen sich Frakturen, die auf eine Kindesmisshandlung hinweisen, wie folgt dar:

- Rippenfrakturen
- Femurfrakturen, v.a. bei Kindern, die noch nicht laufen können
- Humerusfrakturen bei Kindern unter 3 Jahren
- Schädelfrakturen bei Säuglingen und Kleinkindern

Weniger spezifisch sind hingegen epiphysäre Frakturen (Flaherty et al. 2014) sowie diaphysäre Frakturen, die auch akzidentiell entstehen können. Hier muss immer die Glaubwürdigkeit des mutmaßlichen Entstehungsmechanismus der Fraktur geprüft werden (Herrmann et al. 2008). Typisch für nicht-akzidentielle metaphysäre Frakturen sind Eck- oder Korbhenkelfrakturen.

Blutungen und Wunden

Die Einwirkung von Gewalt kann verschiedene Formen von Wunden sowie von inneren oder äußeren Blutungen zur Folge haben. Platzwunden, Schürfwunden oder Kratzeffloreszenzen sind Verletzungen der Hautschichten, die durch mechanische Reize entstehen. Platzwunden entstehen beispielsweise durch eine kräftige, stumpfe Gewalteinwirkung, bei der die Elastizitätsgrenze der Haut und des Gewebes überschritten wird (Assadian 2006). Äußere Blutungen oder blutende Wunden (z. Bsp. Nasenbluten) können durch eine direkte Gewalteinwirkung mit der Faust oder nach Einwirkung von Gegenständen bzw. Tatwerkzeugen entstehen.

Zu inneren abdominellen Blutungen kann es durch Schläge oder Tritte in die Bauchregion kommen. Die plötzlichen Druckschwankungen im Abdomen können zu direkten Organkontusionen, Organeinrissen, Hohlorganrupturen oder Blutungen führen. Wird das Kind geschüttelt, kann es zu Akzelerations- und/oder Dezelerationskräften kommen, die zum Beispiel zu einem Abriss der Mesenterialwurzel, Traumata des linken Leberlappens, duodenale/jejunale Traumata oder zu Traumata der Nieren führen können. Bei Verletzungen des Dünndarms gilt das Duodenalhämatom als Hinweis für eine körperliche Misshandlung (Herrmann et al. 2008, Meyer et al. 2016). Die beim kraftvollen Schütteln entstehenden Akzelerations- und/oder Dezelerationskräfte können auch auf die den Subduralraum durchlaufenden Brückenvenen wirken. Das kindliche Gehirn wird durch das Schütteln stark in Bewegung gesetzt und prallt an die begrenzenden Schädelwände (Tutsch-Bauer et al. 2005). Hierdurch kann es zu einem Einriss der Brückenvenen kommen, der wiederum zu einem Einbluten in den Subduralraum mit einhergehendem steigenden cerebralen Druck führen kann. Darüber hinaus kann es zu einer Durchtrennung der Axone und somit zu einem diffusen Axonschaden kommen (Tutsch-Bauer et al. 2005).

Verbrennungen/Verbrühungen

Bei der Beurteilung thermischer Läsionen, die durch die Einwirkung von Hitze entstanden sind, ist auf das Verbrennungsmuster oder Verbrühungsmuster sowie auf die Tiefe der Hautschädigung zu achten. Bei Verbrennungen kommt es zu einer Einwirkung von „trockener Hitze“ (z.B. durch Kontakt mit heißen Gegenständen/Untergründen). Dabei entstehen nicht-akzidentielle trockene Verbrennungen vor allem durch das Aufdrücken von heißen Gegenständen auf die Haut (z.B. Zigaretten oder heiße Haushaltsgegenstände) oder durch forcierten Kontakt mit heißen Untergründen (z.B. Herdplatte) (Kemp et al. 2014b). Eine

Mehrzahl gleichzeitig bestehender Verbrennungen oder eine Kontinuität des Verbrennungsmusters über abgerundete Körperstellen hinaus sind ebenfalls häufig Zeichen für Kindesmisshandlung (Kellogg 2007). Bei Verbrühungen kommt es zu einer Einwirkung von „feuchter Hitze“ bzw. heißen Flüssigkeiten (Kemp et al. 2014a). Nicht-akzidentielle Verbrühungen der Haut haben häufig ein klar abgegrenztes Verbrühungsmuster mit wenigen oder keinen Spritzspuren (Kellogg 2007). Darüber hinaus sprechen Verbrühungen des Gesäßes und (Ano-)Genitalbereichs für einen nicht-akzidentiellen Ursprung (Kemp et al. 2014a, Hobbs und Osman 2007).

Akzidentielle trockene Verbrennungen zeigen sich häufig als inhomogene und streifige Verbrennungsmuster an den tastenden Handflächen (Fingerspitzen und/oder Palmarflächen). Typische Lokalisationen für akzidentielle Verbrühungen sind die oberen Extremitäten, Gesicht, Hals und der vordere Thorax.

Schwellungen und Rötungen

Schwellungen und Rötungen gehören zu den klassischen Entzündungszeichen (Pschyrembel 2020), können jedoch auch durch eine mittlere bis starke Krafteinwirkung auf Weichteile mit einhergehender Flüssigkeitseinlagerung im Gewebe (Austritt von Blut) oder als lokale Hautreaktion entstehen.

(Ano-)Genitale Verletzungen

(Ano-)genitale Verletzungen sind Verletzungen hymenaler und non-hymenaler Strukturen bei weiblichen Patienten, Verletzungen der äußeren Geschlechtsteile bei männlichen Patienten sowie Verletzungen des Anus bei beiden Geschlechtern.

Hymenale Verletzungen bei weiblichen Patienten lassen sich je nach Untersuchungsposition an unterschiedlichen Lokalisationen feststellen und beurteilen. Die Mehrheit der hymenalen Verletzungen befindet sich vorwiegend in den posterioren 180° des Hymenalrands zwischen vier und acht Uhr (Heppenstall-Heger et al. 2003). Bei Untersuchung in der Knie-Brust-Position können hymenale Verletzungen sogar am gesamten Hymenalrand festgestellt werden (McCann et al. 2007a). Angelehnt an die Adams Klassifikation stellen sich Hymenalverletzungen, die auf einen sexuellen Missbrauch bzw. eine erfolgte Penetration hinweisen können wie folgt dar (Adams et al. 2016):

- Verletzungen, Petechien oder Abrasionen am Hymen

- Akute Lazerationen (beliebiger Tiefe) am Hymen
- Vollständige (auch verheilte) Durchtrennung des Hymens
- (Auch verheilte) Durchtrennung des Hymens bis zu dessen Basis (zwischen 4 und 8 Uhr)
- Posterior (inferior) gelegener Defekt des Hymens mit fehlendem Gewebe an der Basis des Hymens (charakteristisch breiter als die vollständige Durchtrennung des Hymens)
- Irreguläre Kanten am Hymen; schmale Ränder an Verletzungsstellen (McCann et al. 1992)

Es ist zu bedenken, dass hymenale Verletzungen je nach Art und Schwere unterschiedlich schnell aber fast vollständig verheilen können (McCann et al. 2007a). Darüber hinaus muss eine stattgefundene Penetration nicht zwangsläufig zu einer genitalen Verletzung führen. Deshalb lassen sich oft keine Zeichen für einen sexuellen Missbrauch in der körperlichen Untersuchung feststellen (Swerdlin et al. 2007).

Angelehnt an die Adams Klassifikation (Adams et al. 2016) stellen sich non-hymenale Verletzungen weiblicher Patienten, die auf einen sexuellen Missbrauch bzw. eine erfolgte Penetration hinweisen können, wie folgt dar:

- Akute Lazeration/Verletzung der großen/kleinen Labien
- Akute Lazeration der posterioren Fourchette oder des Vestibulums vaginae ohne Beteiligung des Hymens
- Vernarbung der „posterioren Fourchette“ oder Fossa navicularis
- Vaginale Lazeration

Non-hymenale Verletzungen verheilen ebenso wie hymenale Verletzungen je nach Schwere und Lokalisation unterschiedlich schnell und häufig vollständig, sodass sie anschließend selten sichtbar sind (McCann et al. 2007b).

Verletzungen der äußeren männlichen Genitalien sind selten, werden jedoch häufig mit sexuellem Missbrauch oder körperlicher Misshandlung in Verbindung gebracht (Trübner et al. 2013). Verletzungen der äußeren männlichen Genitalien, die auf einen sexuellen Missbrauch hinweisen können, stellen sich wie folgt dar:

- Fissuren oder oberflächliche Abrasionen am Penis oder Skrotum (Adams et al. 2016)

- Petechiale Einblutungen am Penischaft und der Glans penis, die durch kraftvolles Zurückziehen der Vorhaut entstehen können (Hobbs und Osman 2007).
- Risse des Frenulums der Glans penis, die durch forcierte Masturbation entstehen können (Herrmann et al. 2008, Hobbs und Osman 2007).

Verletzungen des Anus oder der perianalen Region bei beiden Geschlechtern, die auf einen sexuellen Missbrauch bzw. eine erfolgte Penetration hinweisen können, stellen sich wie folgt dar:

- Perianale Vernarbung (Adams et al. 2016)
- Perianale Lazerationen mit Freilegung von Gewebe (Adams et al. 2016)
- Perianale venöse Stauung (Hobbs und Wright 2014)
- Komplette anale Dilatation mit Relaxation beider Sphinktere (extern und intern). Allerdings gilt dieser körperliche Befund nur dann als hinweisgebend auf sexuellen Missbrauch, wenn hier eine klare Aussage des Kindes bezüglich erfolgter analer Penetration vorliegt und wenn es keine prädisponierenden Faktoren (z.B. Obstipation, Enkopresis, Sedierung, Anästhesie oder neuromuskuläre Erkrankung) gibt (Adams et al. 2016).

Anale und perianale Verletzungen heilen, ähnlich wie die oben genannten Verletzungen, schnell und häufig vollständig. Eine Vernarbung entsteht nur nach tiefer Gewebeschädigung (Heppenstall-Heger et al. 2003).

5.3.2 Apparative Untersuchungsmethoden

Sonographieuntersuchungen

Sonographieuntersuchungen werden bei Verdacht auf abdominelle oder thorakale Verletzungen durchgeführt oder als cerebrale Bildgebung genutzt. Die Sonographie kann auch als Screeningmethode angewendet werden, da sie freie Flüssigkeit oder Organläsionen im Abdomen detektieren kann (Erfurt et al. 2008).

Mit Hilfe der Sonographie kann durch die offene Fontanelle oder durch die Parietalschuppen ein subdurales Hämatom festgestellt werden. Aufgrund der eingeschränkten Beurteilbarkeit des Gehirns sollte die Sonografie jedoch nicht als einziges diagnostisches Mittel verwendet werden

(Demaerel et al. 2002). Sie wird häufig auch für Verlaufskontrollen der Subdural- und Subarachnoidalräume eingesetzt (Erfurt et al. 2008).

Röntgenuntersuchungen

Besteht der Verdacht, dass sich das Kind eine Fraktur zugezogen hat, ist eine Bildgebung mittels Röntgen-Skelettscreening das Verfahren der ersten Wahl (Ajiri et al. 2019). Die Folgen einer übersehenen Fraktur werden hierbei als schwerwiegender gewertet als die Risiken, die durch eine Strahlenbelastung durch Röntgenstrahlen entstehen können (Herrmann et al. 2008). Bei dem Skelettscreening werden die Extremitäten a.p., das Becken a.p., Hände und Füße p.a. und der Thorax a.p. in einer Ebene geröntgt, der Schädel und die Wirbelsäule hingegen in zwei Ebenen (Herrmann et al. 2008).

Computertomographieuntersuchungen

Die cranielle Computertomographie ist eine wenig sensitive Untersuchungsmethode zur Detektierung cerebraler Blutungen. Sie ist aber wegen ihrer schnellen Durchführung bei kreislaufinstabilen Kindern dennoch zur Diagnostik cerebraler Blutungen geeignet (Erfurt et al. 2008, Thüringer Landesärztekammer et al. 2007).

Magnetresonanztomographieuntersuchungen

Die cranielle Magnetresonanztomographieuntersuchung (cMRT) ist ein sehr gutes diagnostisches Mittel zur Untersuchung intracranieller Blutungen, da sie Parenchymschäden sensitiver darstellen und mehrzeitige von einzeitigen Läsionen besser differenzieren kann als cranielle CT-Aufnahmen (Klee und Schaper 2011, Demaerel et al. 2002). Mit Hilfe einer cMRT können kleine intracranielle Hämatome und extraaxiale Flüssigkeitsansammlungen detektiert werden (Demaerel et al. 2002).

5.3.3 Ergänzende Diagnostik

Genitale Abstrichentnahme

Bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch mit Penetration erfolgt, abhängig vom angegebenen Tatzeitpunkt, eine forensische Abstrichentnahme. Genitale Abstriche dienen dem DNA-Nachweis des Täters sowie der Diagnostizierung von Sexually Transmitted Diseases, d.h. von sexuell übertragbaren Krankheiten, die einen stattgehabten Missbrauch wahrscheinlich erscheinen lassen (Herrmann et al. 2002). Hierzu gehören Infektionen mit *Neisseria gonorrhoe*,

Chlamydia trachomatis, Trichomonas vaginalis sowie eine serologisch nachgewiesene Syphilis oder HIV (Adams et al. 2016).

Augenhintergrunddiagnostik

Durch das Einwirken von Akzelerations- und/oder Dezelerationskräften kann es zu retinalen Blutungen kommen, die mittels der Fundoskopie einfach und schnell diagnostiziert werden können (Demaerel et al. 2002). Als weitere Ursachen für retinale Blutungen werden eine durch das Schütteln verursachte Erhöhung des zentralen Venendrucks bei Kompression des Thorax oder eine Erhöhung des intracraniellen Drucks vermutet (Tutsch-Bauer et al. 2005).

Gerinnungsdiagnostik

Um in Einzelfällen mögliche misshandlungsferne differentialdiagnostische Ursachen (z.B. von Willebrand-Faktor-Mangel, Hämophilie o.a.) für Hämatom- und/oder Petechienbildung ausschließen zu können, wird in einigen Fällen eine Gerinnungsdiagnostik durchgeführt (Swerdlin et al. 2007). Gemäß den Empfehlungen der AWMF-Leitlinie wird eine Gerinnungsanalyse in Stufen durchgeführt. Zur Basisdiagnostik werden INR, aPTT, Fibrinogen und ein Blutbild mit Leukozytendifferenzierung bestimmt. Bei Auffälligkeiten im Labor wird die Diagnostik um die Bestimmung der Einzelfaktoren und der von Willebrand-Diagnostik erweitert und die Thrombozytenfunktion überprüft (Blesken et al. 2019).

5.4 Sozialanamnese

Die Erhebung der Sozialanamnese wird vom TAKS-Koordinator durchgeführt und dient der Erfassung der Lebensumstände des Kindes und seiner Familie bzw. der engeren Bezugspersonen. Sie umfasst Informationen über die familiäre Konstellation, den Beziehungsstatus der Eltern, die familienrechtlichen Hintergründe sowie familiäre Konflikte. Darüber hinaus ist eine Hintergrundanamnese der Eltern (Alter, Schul- und Berufsausbildung sowie derzeitiger Beschäftigungsstatus) mit eingeschlossen. Im Einverständnis mit den Erziehungsberechtigten (Entbindung von der Schweigepflicht) werden gegebenenfalls weitere Informationen von den zuständigen Mitarbeitern des Jugendamts und von behandelnden (Kinder-)Ärzten oder näheren Bezugspersonen des Kindes eingeholt und in das Protokoll eingepflegt.

Sorge-, Aufenthaltsbestimmungsrecht und Umgangsrecht der Eltern

Mit dem Sorge-, Aufenthaltsbestimmungs- und Umgangsbestimmungsrecht sind die elterlichen Rechte und Pflichten gegenüber den Kindern geregelt. Das Sorgerecht, die Elterliche Sorge, ist in § 1626 BGB definiert. Es umschreibt die elterliche Pflicht für das physische, das psychische und das finanzielle Wohl der Kinder zu sorgen und zwar im Einvernehmen mit den Kindern, soweit deren Entwicklung eine Mit- bzw. Selbstbestimmung zulässt.

Mit dem Aufenthaltsbestimmungsrecht wird der Hauptwohnsitz des Kindes, insbesondere bei einer Trennungssituation der Eltern, geregelt. Das Umgangs- oder Besuchsrecht legt in dieser Situation das Recht auf Umgang zwischen den Kindern und den Eltern fest.

5.5 Methodisches Prozedere

5.5.1 Studienablauf

Bei dieser Arbeit handelt es sich um eine retrospektive Analyse von Konsultationen. Hierzu wurden die in den Protokollen schriftlich dargelegten Informationen und die ärztlichen Untersuchungsbefunde tabellarisch mit dem Excel-Programm (Version 16.27, Microsoft Excel für Mac, Microsoft Corporation) zusammengefasst. Diese Tabelle wurde anschließend in das SPSS Programm (Version 24, SPSS GmbH Software, an IBM Company; IBM Corporation) eingearbeitet (**s. Kap.5.5.2**).

Um einen Eindruck vom Patientenkollektiv und vom Vorgehen in der TAKS zu geben, wurden die Ergebnisse (**s. Kap. 6**) deskriptiv in der Reihenfolge des Ablaufs einer typischen Fallvorstellung dargelegt. Mit in die Analyse einbezogen wurden auch Fälle, bei denen der Verdacht auf Kindesmisshandlung bis zuletzt nicht eindeutig ausgeschlossen oder bestätigt werden konnte, um besser erkennen zu können, welche Formen der Misshandlung schwerer nachzuweisen sind.

5.5.2 Statistische Auswertung

Doppelt dokumentierte Konsultationsprotokolle wurden nicht in die Analyse mit einbezogen. Je nach Fragestellung wurde eine fallbezogene (Einschluss der Daten aller Konsultationen), eine patientenbezogene (Ausschluss aller Folgekonsultationen bzw. wiedervorgestellten Patientenfälle) oder eine familienbezogene Auswertung vorgenommen (Ausschluss aller (mitvorgestellten) Geschwister- und Halbgeschwisterfälle). Dies diente dazu, eine möglichst realistische und unverzerrte Darstellung der Datenlage zu gewährleisten.

Zur deskriptiven Darlegung des Patienten- bzw. Datenkollektivs wurden die errechneten Häufigkeitstabellen in Excel eingespeist und die Ergebnisse anschließend bildlich dargestellt.

Teilweise war die Anlegung von Mehrfachantwortensets bei SPSS notwendig, um die Häufigkeit einiger Merkmale aus zusammengehörigen Spalten errechnen zu können.

Zur Beantwortung der Frage, ob das Aufwachsen in einer Patchworkfamilie für Patienten dieses Kollektivs ein Risikofaktor für Kindesmisshandlung ist, wurde die binär-logistische Regression angewendet. Hierzu wurde entsprechend der Definition eine Einteilung in Patchworkfamilien und Non-Patchworkfamilien vorgenommen (s. **Kap. 3.3.2**). Als weitere potenziell erklärende Variablen wurden Faktoren ausgewählt, die Hinweise auf familiäre Konflikte sind und somit potenziell ein Risiko für Kindeswohlgefährdung darstellen könnten. Diese potenziell erklärenden Variablen wurden in neue Variablen umkodiert und vereinfacht. Alle nicht erhobenen Merkmale wurden ausgeschlossen. Als potenziell erklärende Variablen gelten Patchworkfamilie (ja, nein), Geschlecht (weiblich, männlich), Sorgerechtsverhältnisse (einzeln, gemeinsam), psychische Erkrankung der Mutter bzw. des Vaters (ja, nein), mentale Retardierung des Kindes (ja, nein), Beziehungsstatus der Eltern (getrennt lebend, verheiratet/zusammen lebend) und neue Partnerschaften der Eltern (Eltern verheiratet/zusammen lebend, getrennt mit neuem Partner, getrennt ohne neuen Partner).

Um die Unabhängigkeit der Beobachtungseinheiten gewährleisten zu können, wurden bei der Errechnung der binär-logistischen Regression alle Fälle ausgeschlossen, bei denen es sich um wiedervorgestellte Patienten handelte. Außerdem erfolgte der Ausschluss aller Halbgeschwister und Geschwister.

Die Risikofaktorermittlung erfolgte in drei Schritten. Im ersten Schritt wurde der Einfluss der potenziell erklärenden Variablen auf die Eintrittswahrscheinlichkeit einer Kindesmisshandlung durch eine Chi-Quadrat nach Pearson Testung betrachtet. Im nächsten Schritt wurde die Eintrittswahrscheinlichkeit mit Hilfe eines Modells geprüft, welches die Variable Patchworkfamilie (ja, nein) gemeinsam mit weiteren potenziell erklärenden Variablen beinhaltet. Dies diente dazu, die Stärke des Zusammenhangs der Größen auf die Chance einer Kindesmisshandlung zu messen. Im letzten Schritt wurde ein Modell zur Risikoermittlung mit denjenigen Variablen gewählt, die einen signifikanten bzw. einen tendenziellen Einfluss auf die Eintrittswahrscheinlichkeit zeigten. Die Deutung der Chancen erfolgte unter Verwendung eines 95%-Konfidenzintervalls, insbesondere bei den Variablen, die einen p-Wert unter 0,2 hatten.

6 Ergebnisse

6.1 Patientenkollektiv

Die Falldaten der TAKS umfassen alle persönlichen und telefonischen Konsultationen in den Jahren 2014 - 2016 und sind in der hier vorliegenden Arbeit retrospektiv betrachtet worden. Wie bereits in **Kap. 5.1** erwähnt, wurden insgesamt 362 Fälle protokolliert, wobei 5 Fälle doppelt protokolliert und prinzipiell von der Datenanalyse ausgeschlossen wurden. Es handelte sich also um 357 Konsultationen, wovon 9 Fälle Folgekonsultationen von Patienten in dem untersuchten Zeitraum waren. Im Verlauf der untersuchten drei Jahre ist eine ausgeglichene Verteilung mit tendenzieller Abnahme der Konsultationshäufigkeiten zu erkennen (**s. Tab. 6.1.0.1**).

Tabelle 6.1.0.1 Jahresübersicht

Übersicht der Fälle		Gesamt	2014	2015	2016
Anzahl der Fälle	n	362	125	121	116
Davon Folgekonsultationen	n	9	keine	5	4
Davon Protokollduplikate	n	5	keine	1	4

6.1.1 Geschlecht und Alter

Nach Ausschluss der 18 anonym erfolgten telefonischen Konsultationen ohne Angabe des Geschlechts der Patienten, ergab sich bei Erstkonsultation eine Geschlechterverteilung von 183 (55,5 %) weiblichen und 147 (44,5 %) männlichen Patienten. Es wurden insbesondere Patienten jüngeren Alters vorgestellt, wobei eine Abnahme der Konsultationshäufigkeit mit zunehmendem Alter festzustellen war (**s. Abb. 6.1.1.1**). In 17 Fällen ist das Alter der Patienten nicht erhoben worden.

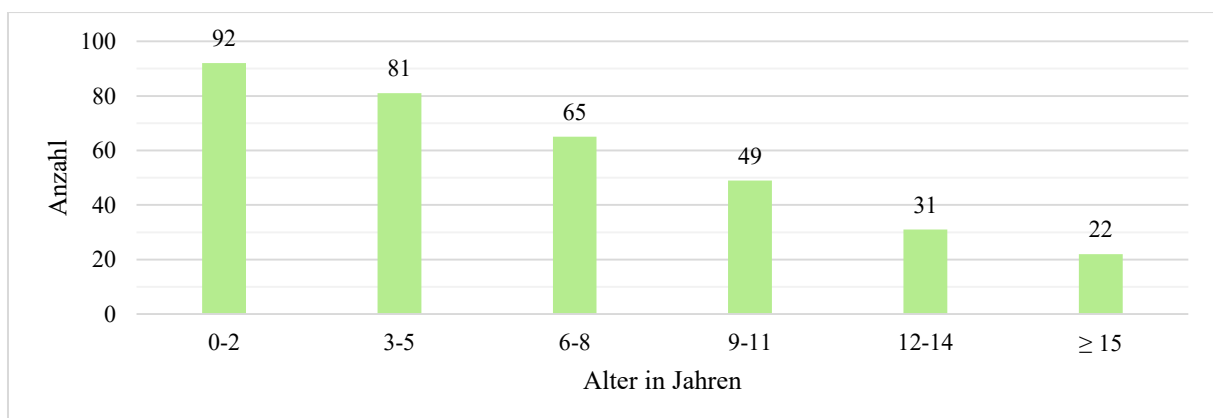


Abbildung 6.1.1.1 Allgemeine Altersgruppenverteilung

In der folgenden Abbildung sind die Patienten getrennt nach Geschlecht und in Bezug auf das Alter differenzierter aufgeführt (s. **Abb. 6.1.1.2**). Hier lässt sich eine Dominanz der weiblichen Patienten insbesondere jüngeren Alters erkennen. Eine Ausnahme bilden die ersten Lebensmonate in denen häufiger männliche Patienten vorgestellt wurden.

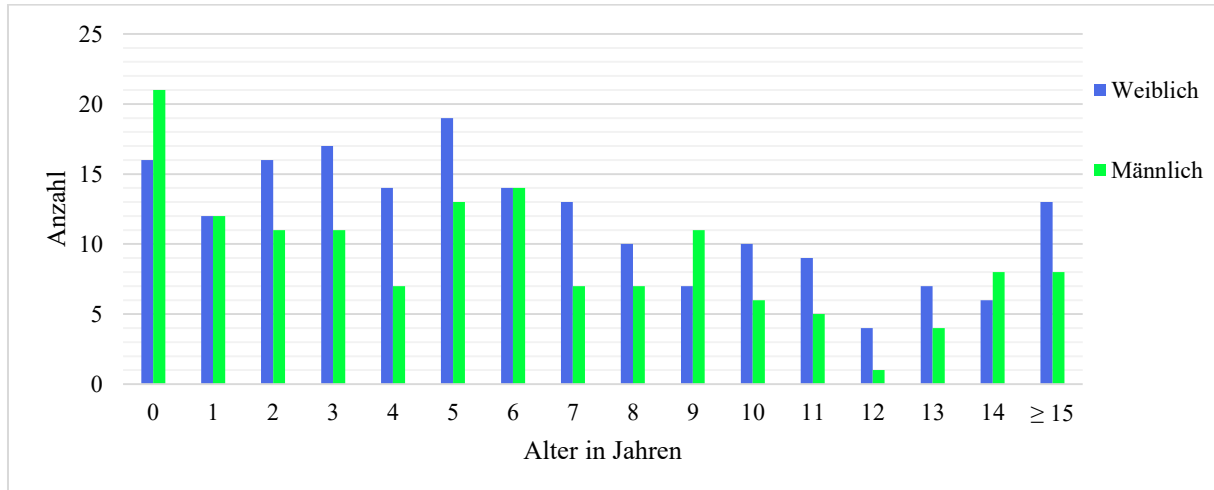


Abbildung 6.1.1.2 Geschlechter- und Altersverteilung

6.1.2 Vorerkrankungen und mentale Retardierung

Zum Zeitpunkt der Konsultation war in 69 (19,3 %) Fällen eine Vorerkrankung (s. **Abb. 6.1.2.1**) bekannt, wobei die Patienten am häufigsten von (Organ-)Fehlbildungen und -funktionen, wie zum Beispiel einer Pylorusstenose, eines Darmvolvulus oder einer Nierenhypoplasie betroffen waren.

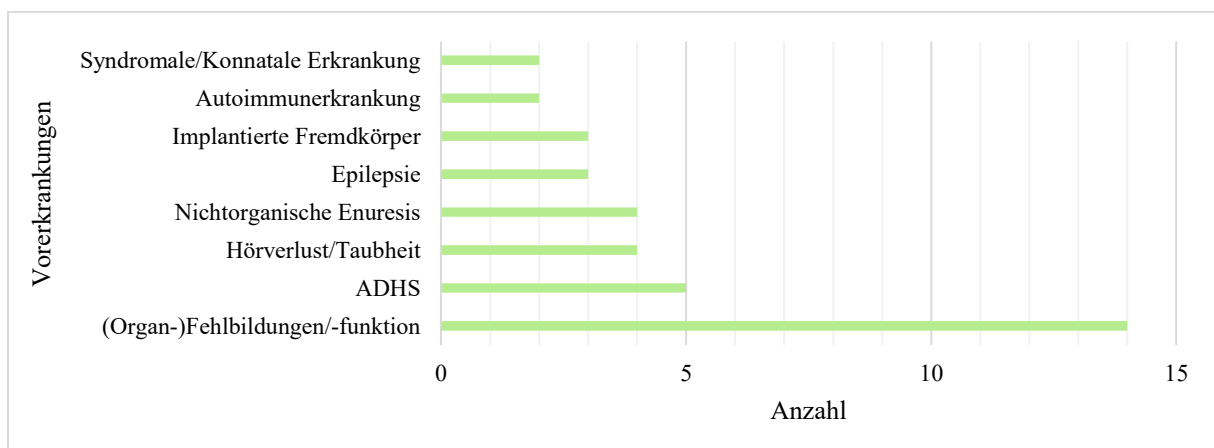


Abbildung 6.1.2.1 Bekannte Vorerkrankungen

Zu den konnatalen bzw. syndromalen Erkrankungen zählen der Diabetes mellitus Typ I, das fetale Alkoholsyndrom oder die Pierre-Robinson-Sequenz. Unter implantierten Fremdkörpern ist zum Beispiel eine eingepflanzte Medikamentenpumpe zu verstehen. In je einem Fall wurde

darüber hinaus ein von Willebrandt-Faktor-Mangel, eine Tetraspastik/Paralyse, eine Enkopresis und eine Parasomnie dokumentiert.

In 36 (10,1 %) der 357 Fälle wurde bei der Konsultation des Patienten eine mentale Retardierung dokumentiert. In 19 der 357 Fälle (5,3 %) war bei den Patienten bei der Konsultation eine diagnostizierte Entwicklungsverzögerung und in 2 Fällen eine Konzentrationsstörung bekannt.

6.2 Vermutete Misshandlung

Die Konsultation und/oder Meldung der Patienten in der Thüringer Ambulanz für Kinderschutz (TAKS) erfolgte mit Verdacht auf körperliche oder seelische Misshandlung, bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch oder bei Verdacht auf Vernachlässigung.

6.2.1 Vermutete Misshandlungsarten

Bei 357 Konsultationen wurden 383 Angaben über diverse Misshandlungsarten erfasst (s. **Abb. 6.2.1.1**). Bei der Auswertung wurden 13 Fälle ausgeschlossen, bei denen keine genauen Angaben bei der Meldung in der TAKS gemacht wurden, sodass von 370 Angaben bei 344 Konsultationen ausgegangen werden muss. Bei 23 (6,4 %) Konsultationen wurden gleichzeitig mehrere Misshandlungsarten vermutet und angegeben.

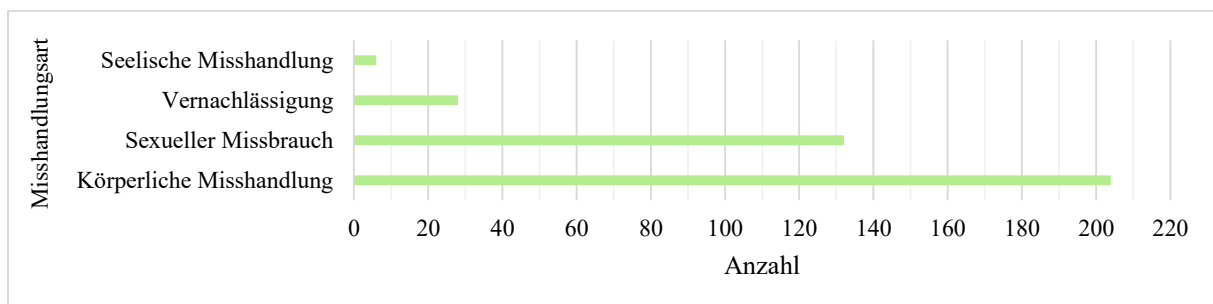


Abbildung 6.2.1.1 Vermutete Misshandlungsarten

Es wurden zudem die Arten der Misshandlung unter den Aspekten der Geschlechter- und Altersverteilung begutachtet. Eine Konsultation bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch erfolgte häufiger bei weiblichen Patienten, eine Konsultation bei Verdacht auf eine körperliche Misshandlung hingegen häufiger bei männlichen Patienten (s. **Abb. 6.2.1.2**).

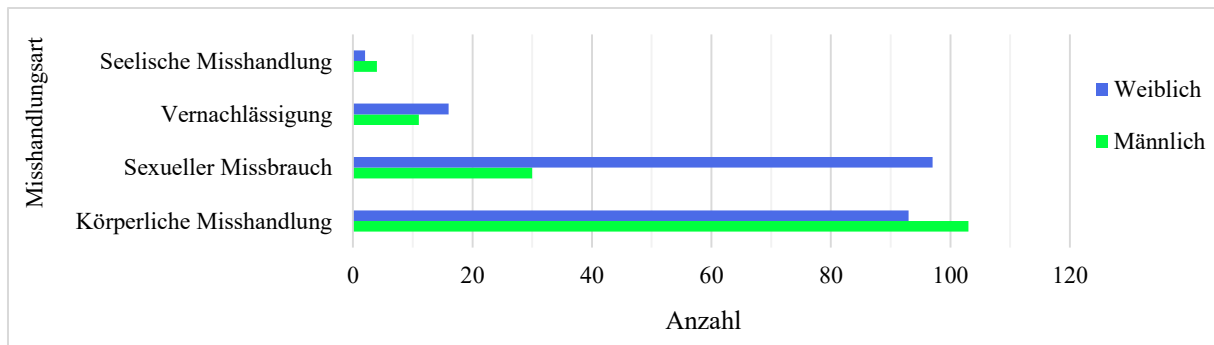


Abbildung 6.2.1.2 Vermutete Misshandlungsarten nach Geschlecht

Betrachtet man die Verteilung der insgesamt erhobenen Verdachte der Misshandlungsarten bezogen auf das Alter der Patienten (s. **Abb. 6.2.1.3**) so fällt auf, dass Patienten jüngeren Alters häufig mit dem Verdacht auf körperliche Misshandlung oder Vernachlässigung vorgestellt wurden. Hingegen stieg mit zunehmendem Alter der Patienten die Konsultationsrate bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch an.

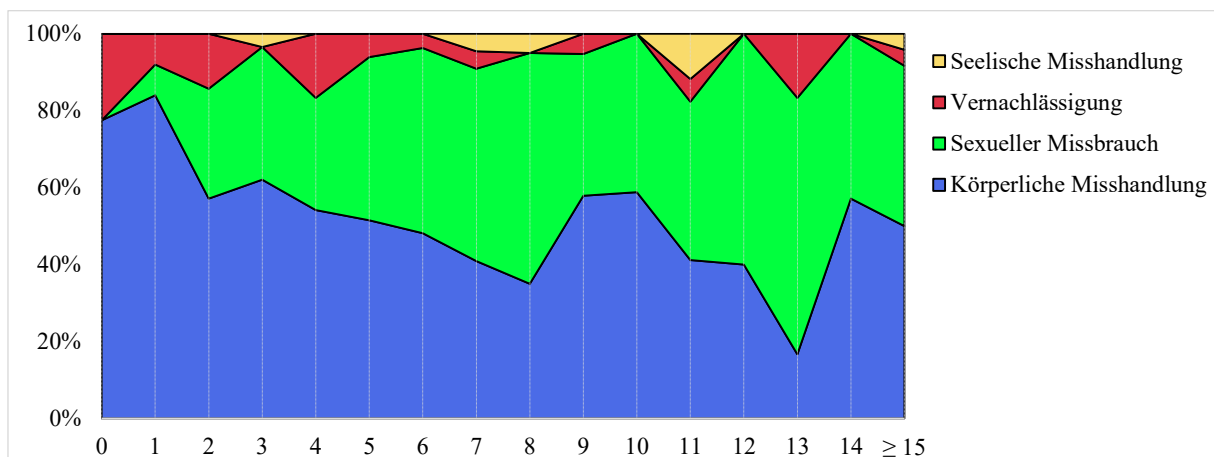


Abbildung 6.2.1.3 Misshandlungsarten und Alter

6.2.2 Vermutete Täter

Die bei der Konsultation am häufigsten angegebenen bzw. vermuteten Täter waren die leiblichen Eltern des Kindes. In ca. 15 % der Fälle wurde der Lebensgefährte der Mutter als Täter genannt (s. **Abb. 6.2.2.1**). Insgesamt wurden 407 Täter angegeben, wobei in einigen Fällen mehr als ein Täter genannt bzw. vermutet wurde. 65,3 % (n=230) der erfassten vermeintlichen Täter, deren Geschlecht bekannt war, waren Männer und 34,7 % (n=122) Frauen. Bei 48 vermeintlichen Tätern war das Geschlecht unbekannt, bei 6 Tätern wurde das Geschlecht nicht erhoben.

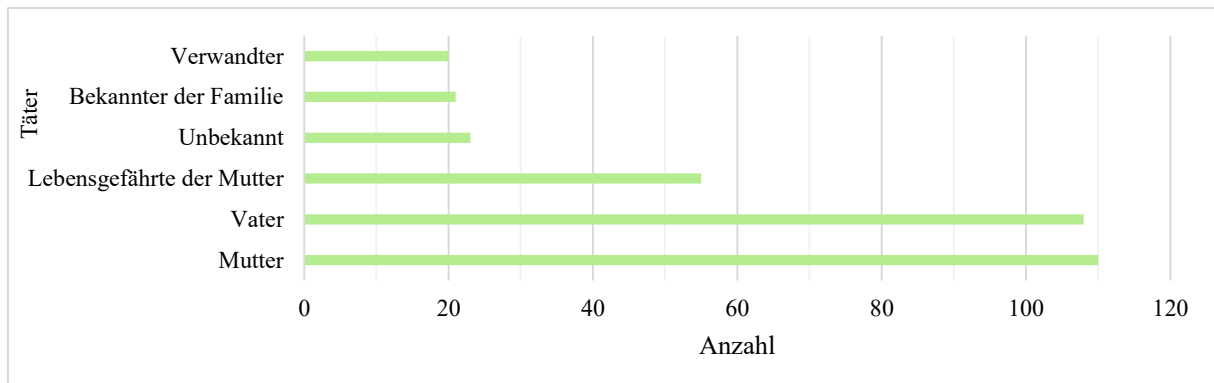


Abbildung 6.2.2.1 Vermutete/Erfasste Täter

In 29 (8,1 %) Fällen gab es keine Angaben darüber, wer als Täter vermutet worden war. Mit niedrigeren Fallzahlen wurden Erzieher/-in im Kindergarten (n=8), Pflegemutter/-vater (n=7), Bruder des Kindes (n=5), Mitarbeiter im Kinderheim/Jugendhilfeeinrichtung (n=5), Stief-/Halbbruder (n=3), Lehrer/-in (n=2), Lebensgefährtin des Vaters (n=1) als Täter genannt.

Bei den Konsultationen in der TAKS wurde eine körperliche Misshandlung durch die leiblichen Eltern oder durch den Lebensgefährten der Mutter vermutet, wohingegen ein sexueller Missbrauch meist durch den leiblichen Vater vermutet wurde (s. **Abb. 6.2.2.2**).

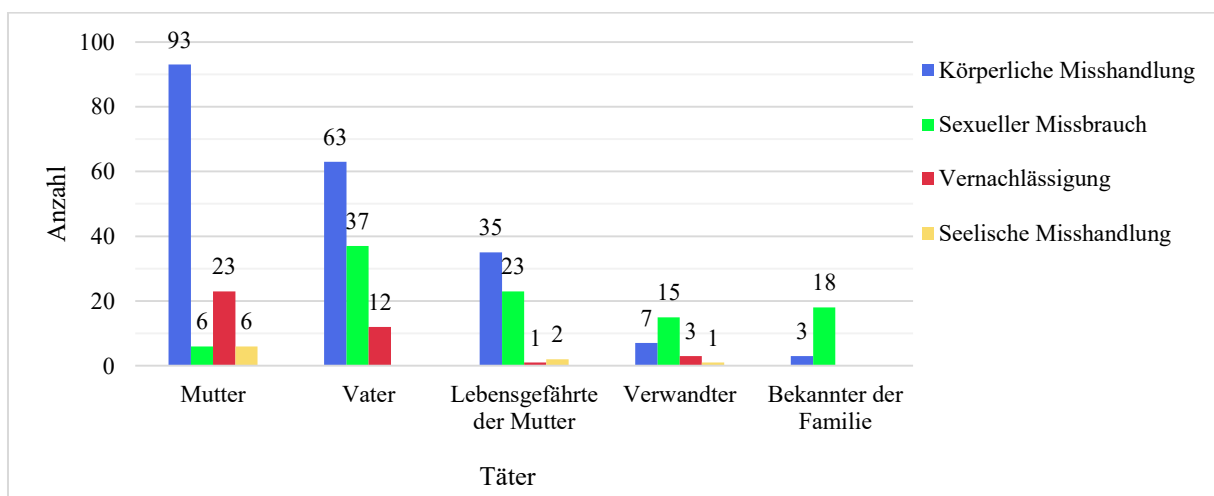


Abbildung 6.2.2.2 Misshandlungsarten und Täter

6.2.3 Vermutete/Erfasste Verletzungsarten

Die Betrachtung der erfassten Verletzungsarten erfolgte fallbezogen. Insgesamt wurden bei den 357 Konsultationen 458 Angaben zu den vermuteten Verletzungsarten von meldenden Personen gemacht (s. **Abb. 6.2.3.1**).

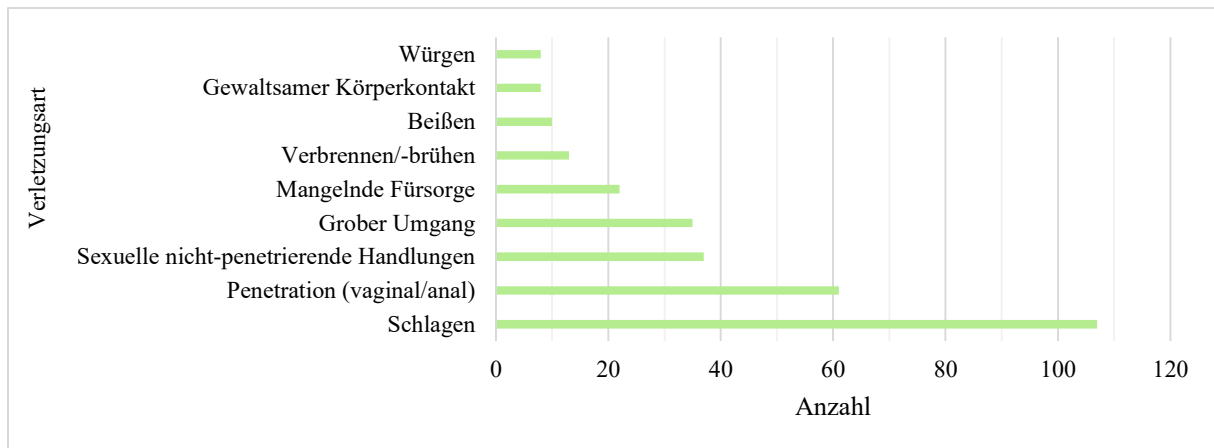


Abbildung 6.2.3.1 Vermutete/Erfasste Verletzungsarten

Bei 123 (34,5 %) Konsultationen sind keine Angaben zum Tathergang und somit zur Verletzungsart gemacht worden. In der Abbildung beschreibt die Verletzungsart „Mangelnde Fürsorge“ eine Verletzung der Aufsichtspflicht oder mangelnde Hygiene der Kinder. Die Verletzungsart „Gewaltsamer Körperkontakt“ fasst Drücken, Schmeißen, Schubsen und Einklemmen der Kinder zusammen.

Neben den in der Abbildung dargestellten Verletzungsarten sind mit niedrigeren Fallzahlen forcierter Oralverkehr (n=7), Treten (n=7), Schütteln (n=6), Drogenintoxikation (n=4), Freiheitsberaubung (n=2), sexualisiertes Verhalten des Kindes (n=2), Kratzen (n=2), Bewerfen (n=1), Erstechen (n=1), Münchhausen by Proxy-Syndrom (n=1) und Fixieren (n=1) als Verletzungsarten vermutet bzw. erfasst worden.

In einigen Fällen wurde die Verwendung von Tatwerkzeugen angegeben. Hierbei handelte es sich zum einen um anale/vaginale Penetration mit dem Penis (n=42), dem Finger (n=13) oder einem Gegenstand (n=4). In einem Fall war eine Penetration mit einem Messer als Verletzungsmechanismus angegeben worden. Zum anderen gab es Angaben über das Schlagen des Kindes mit einem Gegenstand (n=5) oder Gürtel (n=2) sowie Angaben über Verbrennungen mit einer Herdplatte (n=2) oder glimmenden Gegenständen (n=4), wie z.B. einem Feuerzeug oder einer Zigarette. In 6 Fällen wurden die Kinder wegen Verletzung der Aufsichtspflicht eines Erwachsenen vorgestellt, da die Kinder in deren Beisein von einem Hund oder einer Katze gebissen wurden.

6.2.4 Verdachtserfassung

Eine Konsultation in der TAKS wurde in der Regel von Mitarbeitern verschiedener öffentlicher Institutionen oder, in einigen Fällen, von einzelnen Privatpersonen ersucht (s. **Abb. 6.2.4.1**). Am häufigsten erfolgte die Vorstellung der Kinder durch Mitarbeiter Thüringer Jugendämter, Mitarbeiter des Universitätsklinikums Jena oder durch Personen aus dem näheren Umfeld des

Kindes, wie z.B. durch die Mutter (n=33) oder den Vater (n =8).

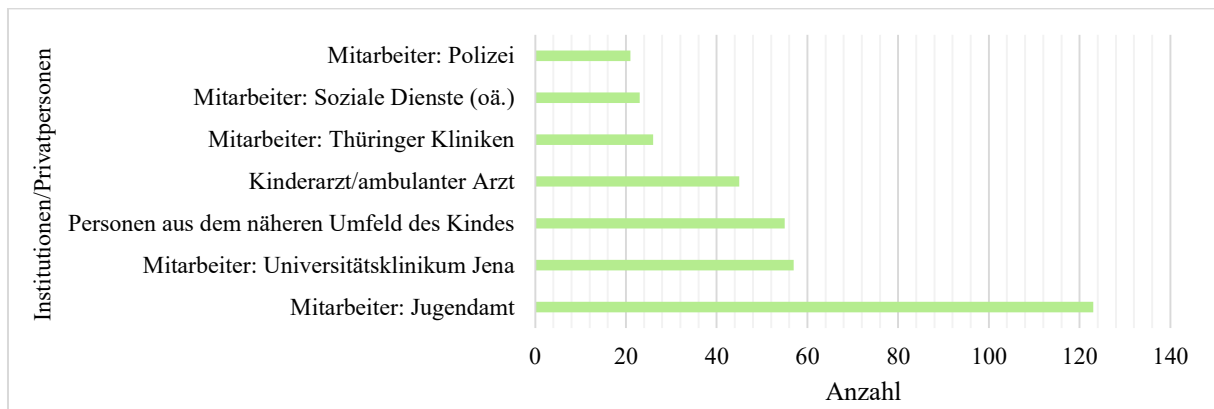


Abbildung 6.2.4.1 Vorstellende Institutionen/Privatpersonen

Die Jugendämter, die sich am häufigsten an die TAKS gewandt haben, sind der folgenden Abbildung (s. **Abb. 6.2.4.2**) zu entnehmen.

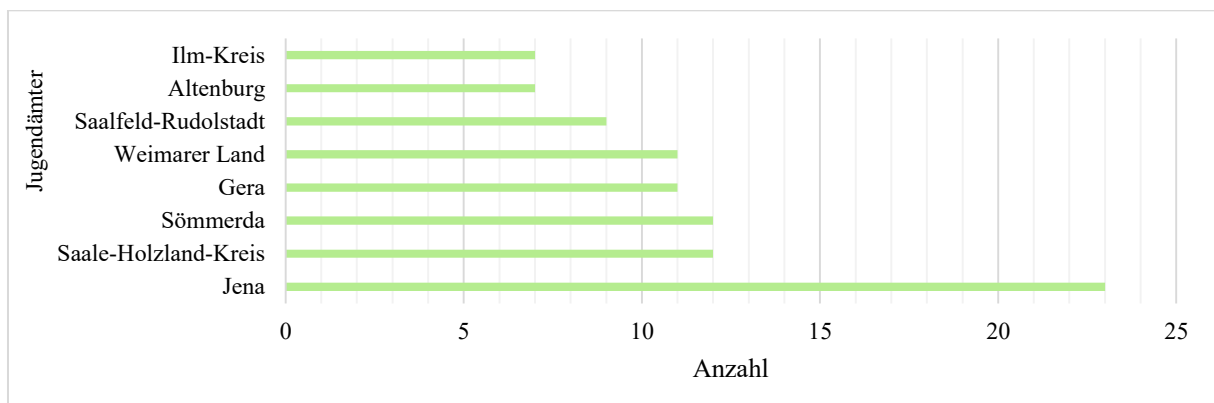


Abbildung 6.2.4.2 Vorstellende Jugendämter

Mit niedrigeren Fallzahlen erfolgte die Konsultation durch Mitarbeiter der Jugendämter Saale-Orla-Kreis (n=6), Weimar (n=5), Greiz (n=4), Kyffhäuser-Kreis (n=3), Eisenach (n=2), Erfurt (n=2), Schmalkalden-Meinigen (n=2), Sonneberg (n=2), Wartburgkreis (n=2), Eichsfeld (n=1), Ilmenau (n=1) und Sangershausen (n=1).

Darüber hinaus suchten einige Mitarbeiter Thüringer Kliniken Konsultationen durch die TAKS. Zu diesen Thüringer Kliniken gehörten die Kliniken in Weimar (n=8), Nordhausen (n=4), Arnstadt (n=2), Gera (n=2), Meinigen (n=2), Saalfeld (n=2) und Suhl (n=2) sowie in je einem Fall die Kliniken in Eichsfeld, Apolda und Sangershausen und die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Gera.

6.2.5 Vermutete/Erfasste Tatorte

Bei 237 (66,4 %) Konsultationen wurde das heimische Umfeld als Tatort vermutet bzw. von den vorstellenden Personen angegeben. Mit großem Abstand dazu ist der Kindergarten als Tatort genannt worden (n=21). Deutlich seltener wurden das Universitätsklinikum in Jena (n=9), die Wohnung von Bekannten (n=7) oder Verwandten (n=7), die Schule (n=6), das Frauenhaus bzw. Mutter-Kind-Heim (n=5) oder öffentliche Plätze, wie die Straße (n=5), die Spielplätze bzw. der Park (n=4), als Tatort genannt. In 55 (15,4 %) weiteren Fällen waren keine Informationen über den (mutmaßlichen) Tatort verfügbar.

6.3 Verwendete diagnostische Verfahren

6.3.1 Ärztliche Untersuchung

Wie in **Tab. 6.3.1.1** dargestellt, erfolgte eine körperliche Untersuchung der Kinder bei 219 (61,3 %) der 357 Konsultationen. Bei 130 (59,4 %) der 219 Konsultationen ist eine fotografische Dokumentation der äußeren körperlichen Symptome gemacht worden. In 138 (38,7 %) Fällen erfolgte eine telefonische Konsultation. Bei 6 dieser telefonischen (Fern-) Beratungen fand eine ärztliche Beurteilung anhand von Fotografien statt.

Tabelle 6.3.1.1 Übersicht der Vorstellungen

Vorstellungen		Gesamt	2014	2015	2016
Körperliche Untersuchung	n	219	77	84	58
Telefonische Beratung	n	138	48	36	54

Zustandsbeurteilung

Bei 166 (75,8 %) der 219 Konsultationen, bei denen eine körperliche Untersuchung durchgeführt wurde, wurde der Allgemeinzustand der Patienten dokumentiert. Hierbei hatten die Patienten in 157 (32,5,7 %) von 166 Fällen einen guten und in 8 Fällen einen reduzierten Allgemeinzustand.

Um ein vollständiges Bild des Kindes zu bekommen, wurde auch der Ernährungszustand beurteilt und bei 138 (63,0 %) der 219 Konsultationen dokumentiert. Hierbei war der Ernährungszustand der Patienten in 124 (89,9 %) der 138 Fälle gut und in 9 Fällen schlecht. Hinzu kamen 5 Fälle, in denen die Patienten als adipös eingeschätzt wurden.

Ergänzend zum Allgemein- und Ernährungszustand wurde der Pflegezustand des Kindes erhoben, was bei 77 der 219 Konsultationen erfolgte. Hierbei war der Pflegezustand in 45 (58,4 %) der 77 Fälle gut, in 17 (22,1 %) schlecht und in 15 (19,5 %) ausreichend.

Einschätzungen der Psyche

Eine Einschätzung der psychischen Verfassung wurde bei 77 (35,2 %) der insgesamt 219 Konsultationen, bei denen eine körperliche Untersuchung stattfand, dokumentiert (s. **Abb. 6.3.1.1**). Insgesamt sind 106 psychische Befunde vermerkt worden, wobei die meisten Patienten als psychisch unauffällig eingeschätzt wurden.

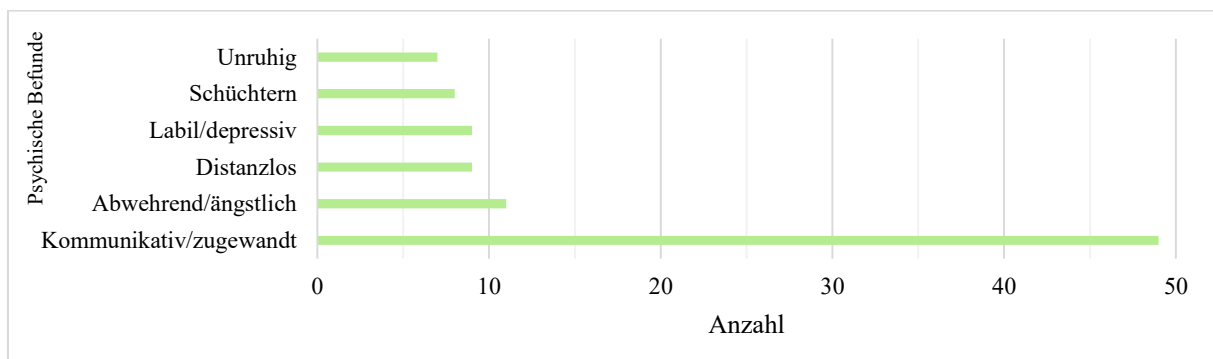


Abbildung 6.3.1.1 Dokumentierte psychische Befunde

Deutlich seltener wurden die Kinder als unkommunikativ (n=3), aggressiv (n=2) bzw. impulsiv (n=2) oder als emotionslos (n=1) eingeschätzt. In zwei Fällen beurteilte man das Schamverhalten des Kindes als zu gering.

6.3.2 Apparative Diagnostik

Eine apparative Diagnostik war nur bei wenigen der 219 persönlichen Konsultationen indiziert. In 13 Fällen wurde eine Sonografie und in 5 Fällen eine MRT durchgeführt. In 2 dieser 5 Fälle war ein Schütteltrauma vermutet und die cranielle MRT zur Abklärung einer möglichen Hirnblutung durchgeführt worden. Die Untersuchungen ergaben Ischämie-Zonen von Diffusionsstörungen. Eine weitere MRT wurde bei einem Kind durchgeführt, das mit einer Balkonstirn und fluktuierendem Hämatom beim Kinderarzt aufgefallen und von ihm an die TAKS verwiesen worden war. Eine daraufhin erfolgte Röntgenaufnahme des Schädels zeigte eine Fraktur und eine anschließende durchgeführte MRT zeigte intraparenchymatöse Einblutungen unbekanntes Alters. Darüber hinaus führte man bei 11 Konsultationen eine Röntgenuntersuchung durch, wobei in 4 Fällen eine Fraktur festgestellt wurde. Eine Computertomografie wurde in nur einem Fall als Ergänzung zu einer MRT durchgeführt.

6.3.3 Ergänzende Diagnostik

Als ergänzende Diagnostik wurde bei 10 der 219 Konsultationen, bei denen eine körperliche Untersuchung vorgenommen wurde, ein genitaler Abstrich durchgeführt. Es handelte sich hierbei ausschließlich um weibliche Patienten. Eine Gerinnungsdiagnostik wurde bei 4 Konsultationen durchgeführt. Auch die Spiegelung des Augenhintergrunds wurde nur selten (n=3) durchgeführt. In jedem der drei Fälle bestätigte sich letztlich der Verdacht auf Kindesmisshandlung.

6.4 Körperliche Befunde

Im folgenden Abschnitt werden die dokumentierten körperlichen Befunde der 219 Konsultationen, bei denen eine körperliche Untersuchung durchgeführt wurde, dargelegt (s. **Abb. 6.4.0.1**). Es sind insbesondere Verletzungen der Haut oder Weichteile bei den körperlichen Untersuchungen festgestellt worden.

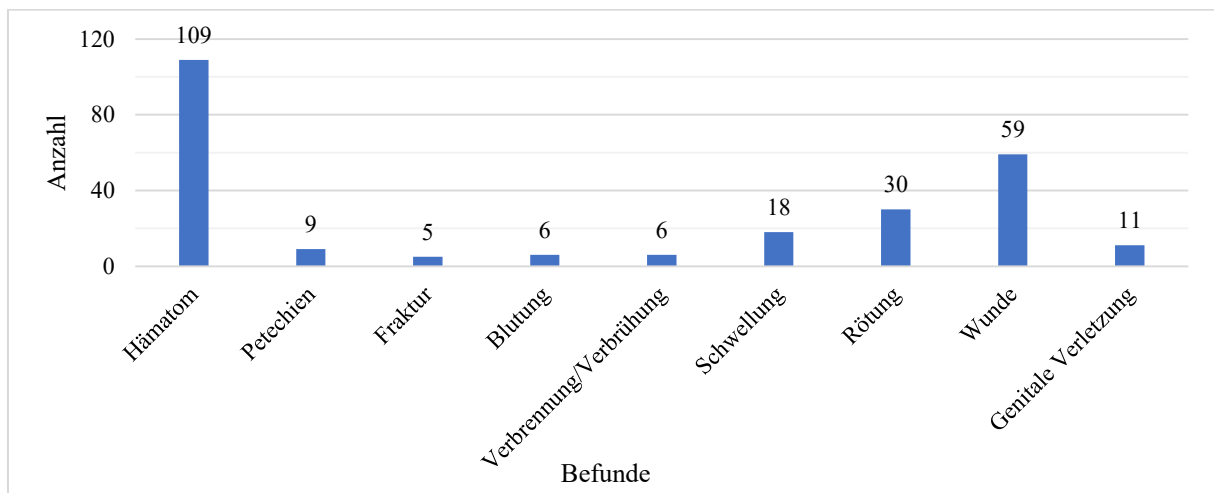


Abbildung 6.4.0.1 Allgemeine Befundübersicht

6.4.1 Hämatome

Es wurden 287 Hämatome bei 109 (49,8 %) der 219 Konsultationen festgestellt. Häufig wurden Patienten mit mehr als einem Hämatom vorgestellt (s. **Abb. 6.4.1.1**), wobei bei einer Konsultation bis zu 17 Hämatome bei einem Patienten festgestellt wurden.

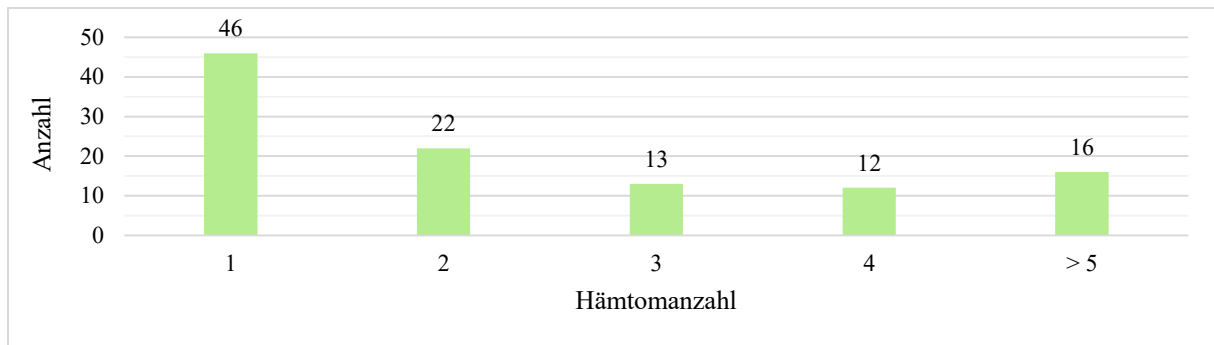


Abbildung 6.4.1.1 Hämatomanzahl bei Konsultation

Hämatomformung und – gröÙe

Bei den festgestellten Hämatomen wurde häufig die Formung und Größe der Hämatome dokumentiert. (s. Abb. 6.4.1.2).



Abbildung 6.4.1.2 Hämatomformung (Häufigkeit in %)

Die Dokumentation der Größe ist bei 142 Hämatomen (49,1 %) erfolgt. Am häufigsten wurden Patienten mit kleineren Hämatomen vorgestellt. In selteneren Fällen waren die Hämatome größer als 10 cm² (s. Abb. 6.4.1.3).

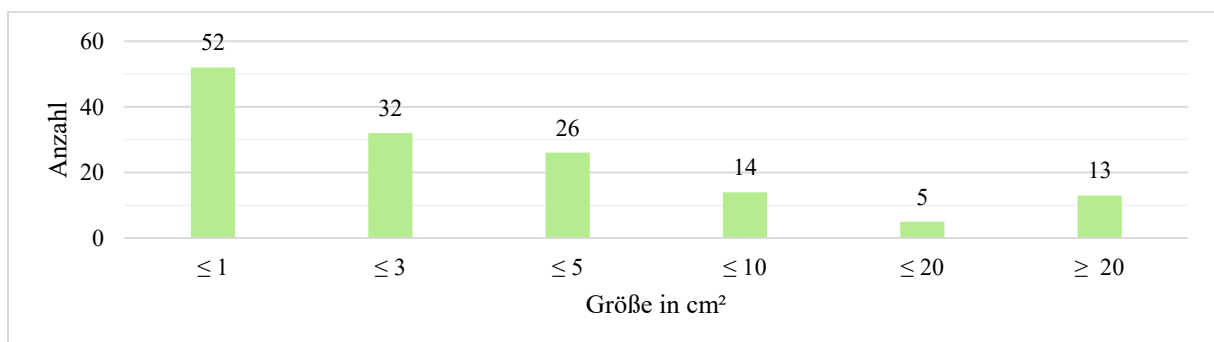


Abbildung 6.4.1.3 Hämatomgröße

Hämatomlokalisierung

Die Körperstellen, an denen Hämatome am häufigsten festgestellt wurden, befanden sich meist in der Gesichtsregion, an den Armen, an den Oberschenkeln oder am Gesäß (s. Abb. 6.4.1.4).

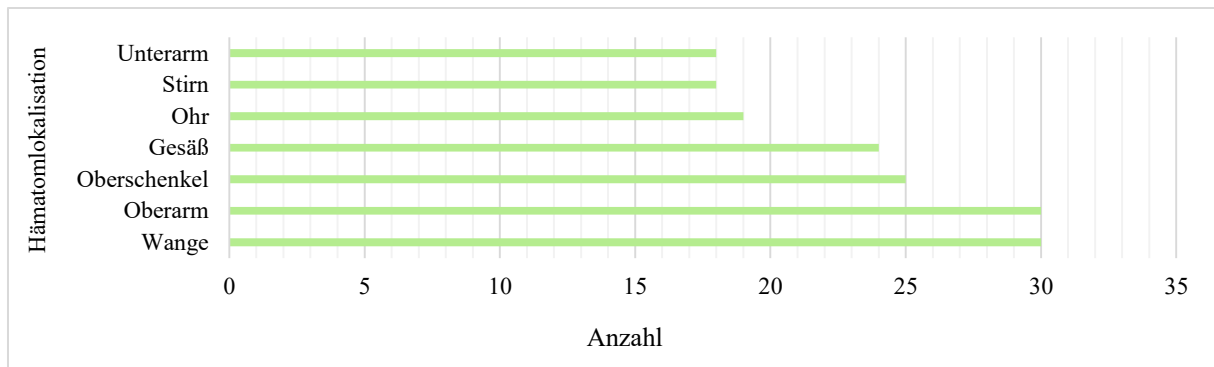


Abbildung 6.4.1.4 Hämatomlokalisierung

Seltener wurden Hämatome am Beckenkamm (n=15), am Rücken (n=15), am Unterschenkel (n=13), periorbital (n=12), an der Schulter (n=11), am Hals (n=10), am Thorax (n=9) oder am dorsalen Oberschenkel (n=5) festgestellt. Darüber hinaus waren Hämatome jeweils dreimal in der Achsel, retroaurikulär oder an der Schläfe und jeweils zweimal am Fuß, an der Nase, an der Ober- und Unterlippe, am dorsalen Unterschenkel, am Abdomen oder am Knie aufgefallen. Jeweils einmal wurde ein Hämatom am Handgelenk, Kiefer, Kieferwinkel, Kinn, Kopf dorsal, Nacken, Genitale, Leiste, am ventralen Unterarm oder intraoral festgestellt.

6.4.2 Petechien

In 9 Fällen sind Petechien an einer oder mehreren Körperstellen (s. **Abb. 6.4.2.1**) festgestellt worden. Ebenso wie die Hämatome waren Petechien insbesondere in der Gesichts- oder Gesäßregion aufgefallen.

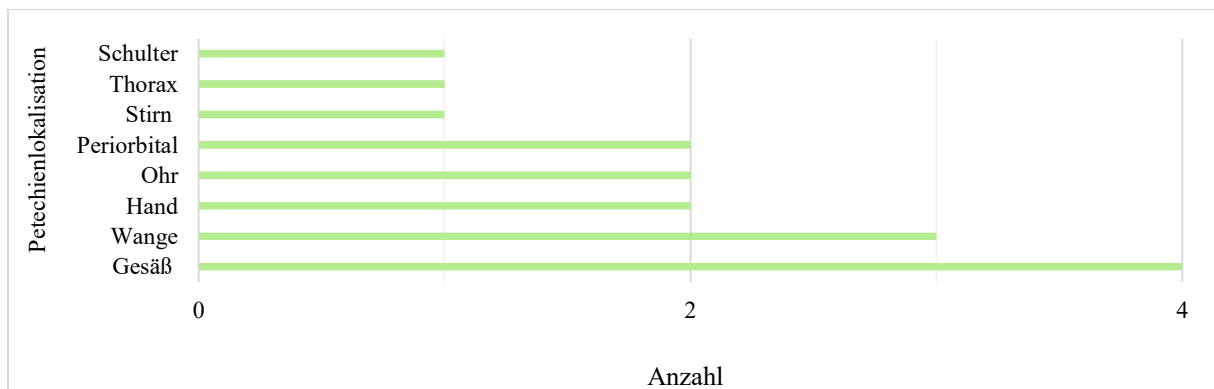


Abbildung 6.4.2.1 Petechienlokalisierung

6.4.3 Frakturen

Insgesamt wurden 17 Knochenfrakturen bei 5 der 219 Konsultationen, bei denen eine körperliche Untersuchung durchgeführt wurde, festgestellt. Bei 4 der 5 Konsultationen wurde die Fraktur röntgenologisch bestätigt. Im 5. Fall war die zuvor röntgenologisch extern festgestellte Fraktur der Grund für die Überweisung an die TAKS. Alle 5 Patienten hatten

mindestens zwei zeitgleich bestehende Frakturen. Ein Patient hatte 5, ein weiterer 6 verschiedene Frakturen.

Frakturart

Bei insgesamt 5 der oben genannten 17 Frakturen ist die Art der Fraktur dokumentiert worden. Bei diesen Frakturen handelte es sich zweimal um metaphysäre Frakturen und zweimal um metaphysäre Ausrissfrakturen. In einem Fall fand man eine Korbhenkelfraktur.

Frakturlokalisierung

Die Lokalisationen der röntgenologisch festgestellten Frakturen sind der folgenden Abbildung (s. **Abb. 6.4.3.1**) zu entnehmen.

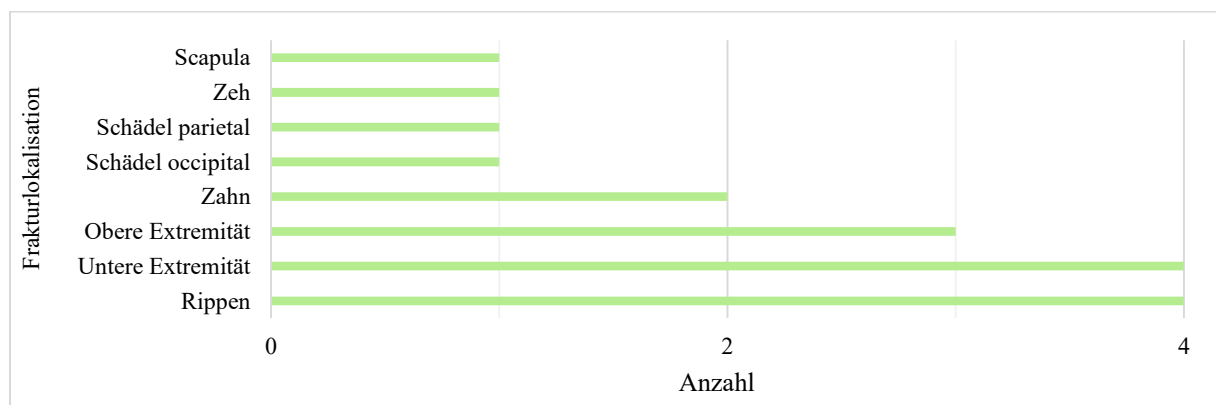


Abbildung 6.4.3.1 Frakturlokalisierung

6.4.4 (Innere/Äußere) Blutungen

Blutungen sind bei 6 Konsultationen aufgefallen. Hierbei handelte es sich in 2 Fällen um Subdural- und in 2 weiteren Fällen um vaginale Blutungen. Es wurde zudem ein Patient mit einer blutenden Wunde am Oberschenkel und ein weiterer mit Nasenbluten dokumentiert.

6.4.5 Verbrennungen/Verbrühungen

Verbrennungen bzw. Verbrühungen wurden bei 6 der 219 Konsultationen festgestellt. In 5 dieser 6 Fälle wurde eine Einschätzung des Verbrennungsgrades dokumentiert. Bei einem dieser 6 Fälle wurde außerdem das Ausmaß der verbrannten Körperoberfläche mit insgesamt 3 % angegeben.

Am häufigsten wurden Verbrennungen bzw. Verbrühungen am Fuß festgestellt. Die übrigen Lokalisationen sind in der folgenden Abbildung (s. **Abb. 6.4.5.1**) dargestellt.

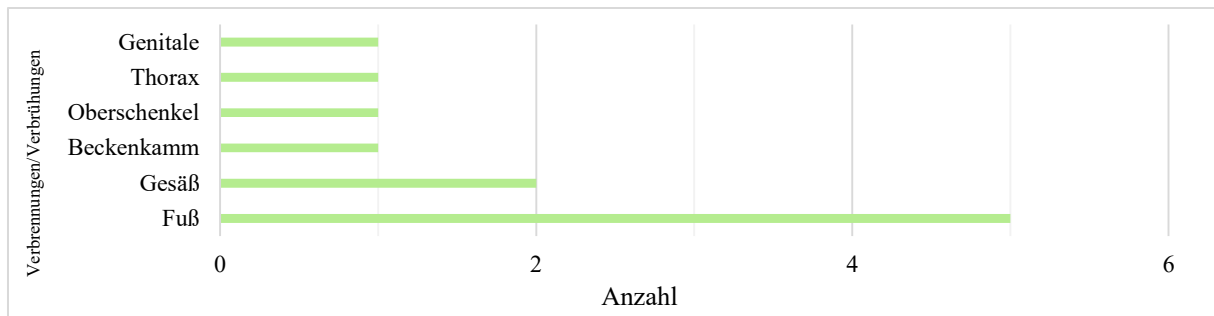


Abbildung 6.4.5.1 Lokalisation von Verbrennungen/Verbrühungen

6.4.6 Schwellungen

Bei 18 Konsultationen wurde mindestens eine Schwellung an diversen Körperteilen insbesondere jedoch in der Gesichtsregion (s. **Abb. 6.4.6.1**) dokumentiert.

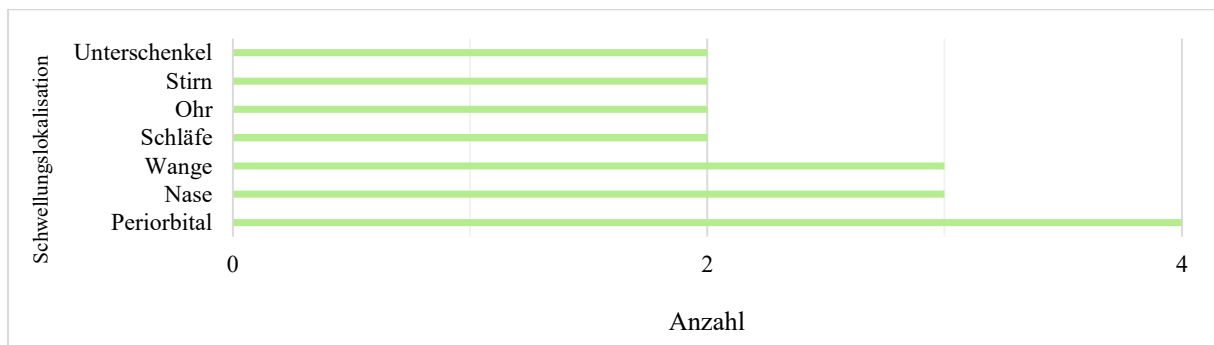


Abbildung 6.4.6.1 Schwellungslokalisation

Jeweils einmal wurden Schwellungen am dorsalen Kopf, an der Oberlippe, der Unterlippe sowie am Genitale festgestellt.

6.4.7 Rötungen

Bei 30 (13,7 %) Konsultationen waren bei der Sichtung der Patienten durch den Arzt Rötungen an verschiedenen Körperstellen aufgefallen (s. **Abb. 6.4.7.1**). Ähnlich wie bei den anderen Hautverletzungen sind Rötungen häufig im Gesicht festgestellt worden. Darüber hinaus fiel häufig eine Rötung des Genitales auf.

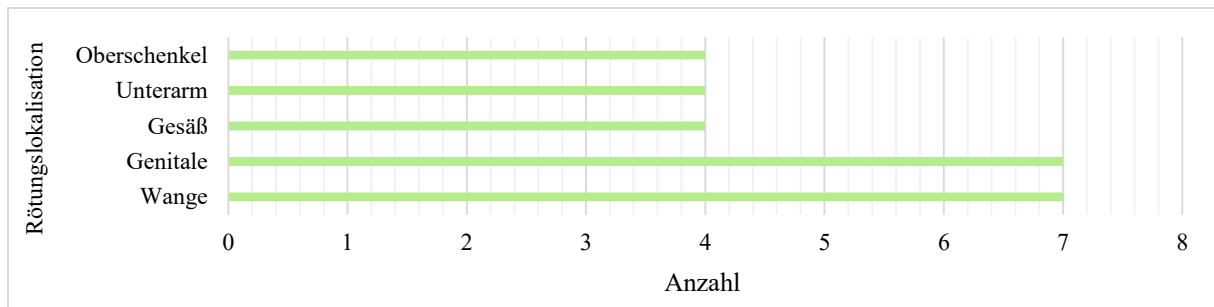


Abbildung 6.4.7.1 Rötungslokalisation

Seltener wurden Rötungen am Fuß (n=2), Ohr (n=2), dorsalen Kopf (n=2), periorbital (n=2), Unterschenkel (n=2), Hals (n=1), Kieferwinkel (n=1), Rücken (n=1), Kinn (n=1), Abdomen (n=1), Nase (n=1), Thorax (n=1), Unterlippe (n=1), Schulter (n=1), Oberarm (n=1), Unterarm ventral (n=1) dokumentiert.

6.4.8 Wunden

Bei 59 (26,9 %) der 219 Konsultationen wurden Wunden, besonders im Gesichtsbereich oder an den Armen (s. **Abb. 6.4.8.1**), dokumentiert. Dabei handelte es sich 47-mal um eine Kratzeffloreszenz, 22-mal um Schürf-, 4-mal um Platz- und dreimal um Risswunden. Darüber hinaus wurden 5 Biss- und eine Stichwunde festgestellt.

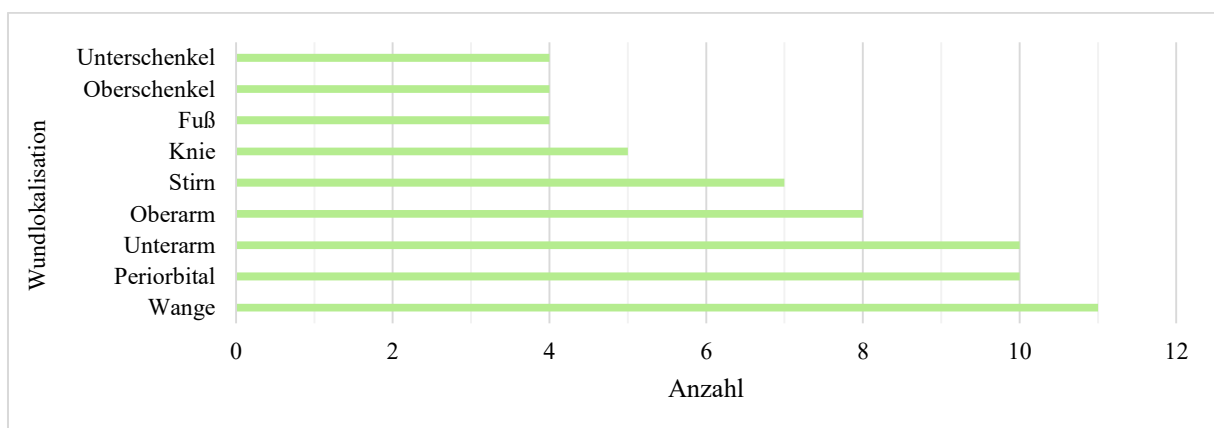


Abbildung 6.4.8.1 Wundlokalisierung

Mit geringeren Fallzahlen wurden Wunden am Gesäß (n=3), Hals (n=3), Thorax (n=3), perioral (n=3), Handgelenk (n=2), Nacken (n=2), Schulter (n=2), Oberschenkel dorsal (n=2), Frenulum (n=2), Achsel (n=1), Beckenkamm (n=1), Genitale (n=1), Kopf dorsal (n=1), Oberlippe (n=1), Nase (n=1), Rücken (n=1), Schläfe (n=1), Unterlippe (n=1) und am Unterarm ventral (n=1) festgestellt.

6.4.9 (Ano-)Genitale Verletzungen

Bei 4 (1,8 %) der 219 Konsultationen wurden (ano-)genitale Verletzungen festgestellt, wobei es sich in 3 dieser 4 Fälle um weibliche Patienten handelte. Eine genitale Infektion wurde in 2 Fällen festgestellt. Hierbei wurde bei einer weiblichen Patientin eine vaginale Infektion mit *Gardnerella vaginalis* und bei einem männlichen Patienten eine Infektion mit *Condylomata acuminata* am Skrotum und am Penis festgestellt.

Hymenalverletzungen

Eine Verletzung des Hymens wurde bei 6 Konsultationen festgestellt, wobei 6 mal eine Unterbrechung des hymenalen Randsaums beobachtet wurde. Bei einer weiteren Patientin konnte das Hymen nicht eindeutig beurteilt werden, allerdings wurde eine ödematöse Schwellung des Hymens festgestellt. Bei einer weiteren Konsultation wurde der (Ano-)Genitalbereich gesichtet, jedoch keine Beurteilung des Hymens dokumentiert.

6.4.10 Sonstige körperliche Befunde

Die körperliche Untersuchung der Kinder ergab noch weitere Auffälligkeiten. Bei 12 Konsultationen wurde eine Dermatose der Haut diagnostiziert. Als Nebebefund war bei 4 Konsultationen eine Windeldermatitis aufgefallen. Bei weiteren 8 Konsultationen wurde ein schlechter Zahnstatus der Kinder festgestellt. In 3 dieser Fälle war die Vorstellung des Kindes mit Verdacht auf Vernachlässigung erfolgt.

6.5 Sozialanamnese

6.5.1 Familienkonstellation

Beziehungsstatus der Eltern

Der Beziehungsstatus der leiblichen Eltern war bei 246 (68,9 %) von 357 Konsultationen erhoben worden. In einem Fall war der Beziehungsstatus unklar, in 3 weiteren Fällen war ein Elternteil verstorben. Bei 64 (26 %) der 246 Fälle wurde bei Konsultation angegeben, dass die leiblichen Eltern in einer Beziehung lebten oder verheiratet waren. Bei 178 (72,4 %) der 246 Fälle wurde angegeben, dass die leiblichen Eltern voneinander getrennt lebten.

Neue Partner der Eltern

Von den getrennt lebenden Eltern lebten 62,4 % (n=111) mit neuen Partnern in einer Beziehung. Bei 89 Konsultationen wurde angegeben, dass die Mutter einen neuen Partner und bei 10 Konsultationen dass der Vater eine neue Partnerin hatte. Bei 12 Konsultationen lebten

beide leiblichen Elternteile in einer neuen Partnerschaft. Nur 27 (15,2 %) der 178 getrennt lebenden Elternteile hatten bei Konsultation keinen neuen Partner und lebten allein.

Sorge-, Aufenthaltsbestimmungsrecht und Umgangsrecht der Eltern

Bei 216 (60,5 %) der 357 Konsultationen wurde dokumentiert, bei wem das Sorgerecht für die Kinder lag. In der Mehrheit der Fälle lag das Sorgerecht für das Kind zum Zeitpunkt der Konsultation bei beiden leiblichen Elternteilen (n=106). In 85 Fällen lag das alleinige Sorgerecht zum Zeitpunkt der Konsultation bei der leiblichen Mutter. Weitaus seltener lag das alleinige Sorgerecht beim leiblichen Vater des Kindes (n=7). In 11 Fällen hatte das Jugendamt das Sorgerecht für das Kind und in jeweils zwei Fällen lag das Sorgerecht bei einem Amtsvormund oder bei den Großeltern. In 3 Fällen war unklar, wer das Sorgerecht inne hatte. Bei der Betrachtung der getrennt voneinander lebenden Eltern lag das alleinige Sorgerecht in der Mehrheit der Fälle bei der leiblichen Mutter (s. **Abb. 6.5.1.1**).

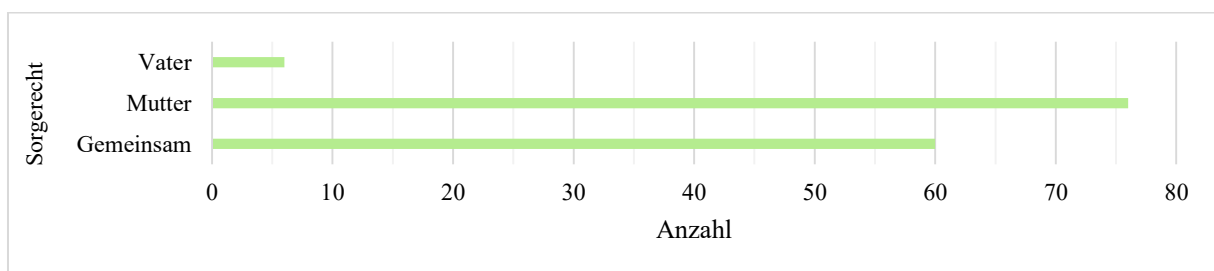


Abbildung 6.5.1.1 Sorgerechtsverteilung getrennt lebender Eltern

Das Aufenthaltsbestimmungsrecht ist bei 247 (69,2 %) der 357 Konsultationen dokumentiert worden und lag in der Mehrheit der Fälle bei der Mutter (s. **Abb. 6.5.1.2**). In zwei Fällen lag das Aufenthaltsbestimmungsrecht bei den Großeltern.

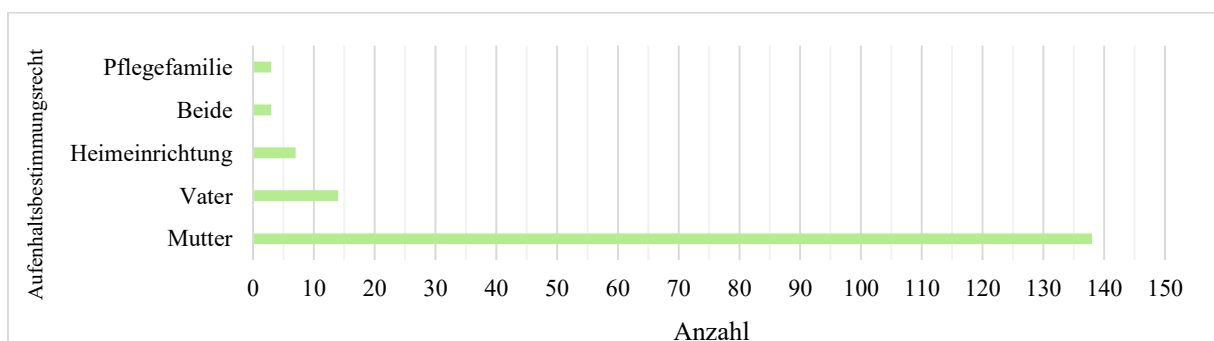


Abbildung 6.5.1.2 Aufenthaltsbestimmungsrecht getrennt lebender Eltern

Wer das Umgangsrecht allgemein inne hatte, wurde bei 207 (58 %) der 357 Konsultationen erfasst. Hierbei hatte der Vater das Umgangsrecht in 92 Fällen, die Mutter in 14 Fällen und

beide zusammen in 12 Fällen. In 88 (24,6 %) Fällen hatte keiner der beiden Elternteile zum Zeitpunkt der Konsultation das Recht auf Umgang mit dem Kind. In einem Fall durfte die ehemalige Pflegefamilie Umgang mit dem Kind haben.

Region

Die folgende Abbildung (**s. Abb. 6.5.1.3**) gibt eine Übersicht über die regionale Verteilung der Wohnorte des Patientenkollektivs der TAKS innerhalb der Landkreise und kreisfreien Städte des Freistaats Thüringen.

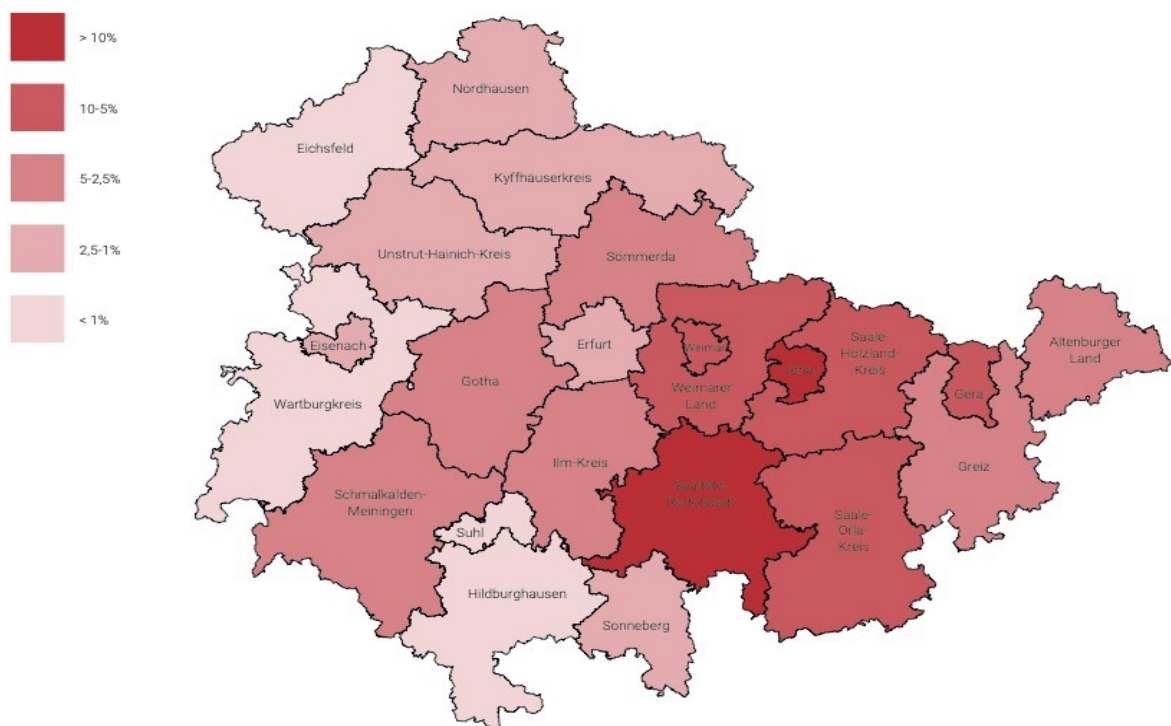


Abbildung 6.5.1.3 Regionale Verteilung der Wohnorte der Patienten (Häufigkeit in %); Kartenquelle: Thüringer Landesamt für Statistik

6.5.2 Hintergrundanamnese der leiblichen Eltern

Alter der Eltern

Das Alter der Mutter ist bei 49 Konsultationen und das Alter des Vaters bei 18 Konsultationen erhoben worden. Bei der Betrachtung sind die Fälle der Geschwister- und Halbgeschwisterkinder nicht mit berücksichtigt worden. **Abb. 6.5.2.1** zeigt, dass es sich häufig um jüngere Eltern im Alter von 20 bis zu 30 Jahren handelte.

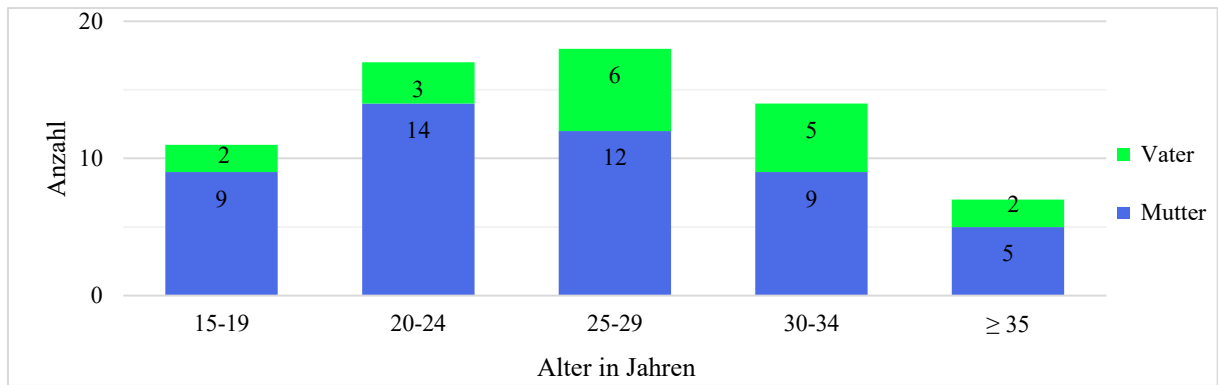


Abbildung 6.5.2.1 Alter der Eltern

Schulabschlüsse der Eltern

Bei 23 der 357 Konsultationen wurde der Schulabschluss der Mutter und bei 7 Konsultationen der des Vaters erhoben (s. **Abb. 6.5.2.2**). Bei der Betrachtung wurden die Fälle der mitvorgestellten Geschwister- und Halbgeschwisterkinder ausgeschlossen.

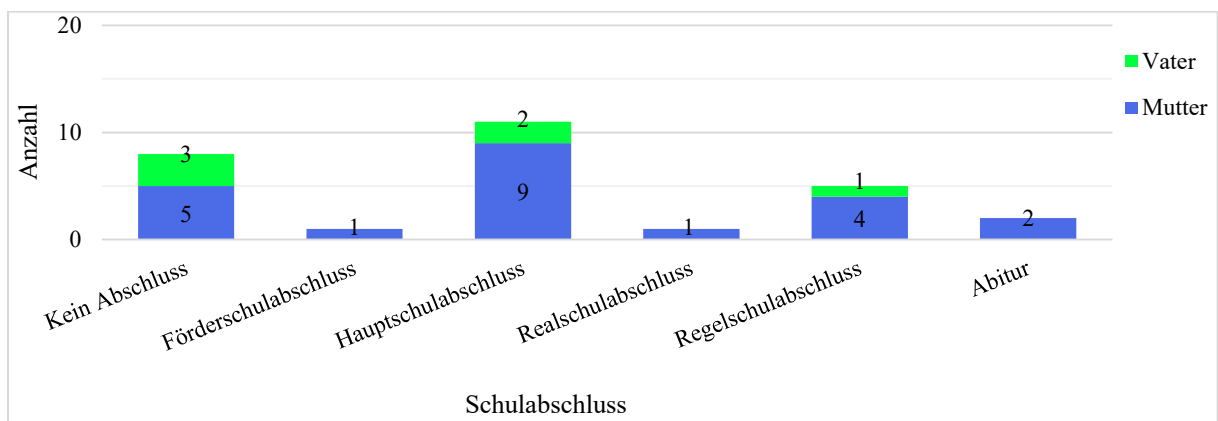


Abbildung 6.5.2.2 Schulabschlüsse der Eltern

Berufsabschlüsse

Die Berufsabschlüsse der Eltern sind fallbezogen unter Ausschluss der Fälle der Geschwister- und Halbgeschwisterkinder betrachtet worden (s. **Abb. 6.5.2.3**). In 42 Fällen wurden die Berufsabschlüsse bei den Müttern und in 18 Fällen bei den Vätern erhoben. Etwa ein Drittel der erfassten Eltern hatte zum Zeitpunkt der Konsultation keinen Berufsabschluss. Der Großteil der Eltern hatte jedoch eine abgeschlossene Ausbildung oder befand sich in einem Ausbildungsverhältnis.

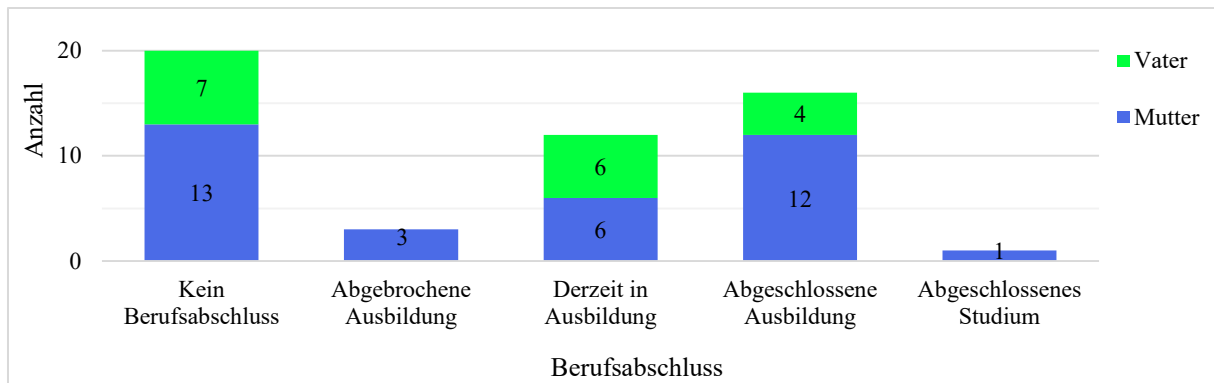


Abbildung 6.5.2.3 Berufsabschlüsse der Eltern

Berufsstatus der Eltern

In welchem Beschäftigungsverhältnis sich die Eltern zum Zeitpunkt der Konsultation befanden, wurde fallbezogen mit Ausschluss der Fälle der Geschwister- und Halbgeschwisterkinder betrachtet (s. Tab. 6.5.2.1). Die Mehrheit der erfassten Eltern, insbesondere die Väter, war berufstätig. Jedoch waren viele der erfassten Eltern, insbesondere die Mütter, in keinem Beschäftigungsverhältnis.

Tabelle 6.5.2.1 Berufsstatus der Eltern

Berufsstatus	Mutter	Vater
Arbeitslose/-r	42	12
Schulgänger/-in	1	0
Praktikant/-in	0	1
Student/in	1	0
Berufstätige/-r	24	35
Berufsunfähige/-r	1	0
Rentner/-in	0	2

6.5.3 Psychische Erkrankungen der Eltern

Bei 24 Konsultationen war eine psychische Erkrankung der Mutter und bei 8 Konsultationen eine psychische Erkrankung des Vaters dokumentiert worden. Von 24 Fällen, in denen die Mütter an einer psychischen Erkrankung litten, wurde in 10 Fällen eine körperliche Misshandlung des Kindes bestätigt, wobei die Mutter in 8 Fällen die Täterin war. Von den 8 Fällen, in denen der Vater psychisch erkrankt war, war in 3 Fällen eine körperliche Misshandlung bestätigt worden. In 2 dieser 3 Fälle war der Vater der Täter.

Drogenabusus der Eltern

Ein regelmäßiger Konsum von Drogen durch die Mutter war bei 23 Konsultationen dokumentiert worden. Von den 23 Fällen, in denen die Mutter regelmäßig Drogen konsumierte, bestätigte sich in 10 Fällen der Verdacht auf Kindesmisshandlung. Hierbei handelte es sich in 9 der 10 Fälle um eine körperliche Misshandlung und in einem weiteren Fall um Vernachlässigung des Kindes. Ein Drogenkonsum durch den Vater war bei 19 Konsultationen dokumentiert worden. In 10 Fällen, bei denen der Konsum von Drogen durch den Vater bekannt war, bestätigte sich der Verdacht auf Kindesmisshandlung. Bei 5 dieser 10 bestätigten Fälle handelte es sich um körperliche Misshandlung durch den Vater.

6.5.4 Häusliche Gewalt in der Familie

Bei 41 (11,5 %) der 357 Konsultationen wurde von Gewalt zwischen den im Haushalt lebenden Erwachsenen berichtet. Jedoch handelte es sich bei 6 dieser 41 Fälle um mitvorgestellte Geschwister und in einem Fall um eine Folgekonsultation.

6.5.5 Kontakt zum Jugendamt, Kontakt zur TAKS

Ein vor der Vorstellung in der TAKS bestehender Kontakt der Familien zum Jugendamt war bei 218 (61,1 %) der 357 Konsultationen bekannt. Bei 18 dieser 218 Konsultationen handelte es sich um mitvorgestellte Geschwister- und bei 3 Konsultationen um mitvorgestellte Halbgeschwisterkinder. In 64 (17,9 %) Fällen bestand kein Kontakt zum Jugendamt vor der Konsultation in der TAKS, wobei es sich bei 5 dieser 64 Konsultationen um mitvorgestellte Halbgeschwisterkinder handelte. Bei 39 Konsultationen, inklusive der Vorstellung eines mitvorgestellten Geschwisterkindes, war eine installierte sozialpädagogische Familienhilfe zur Unterstützung der Eltern dokumentiert worden.

Eine Kontaktierung des Jugendamts erfolgte nach 271 (75,9 %) Konsultationen, wobei es sich bei diesen Konsultationen in 27 Fällen um mitvorgestellte Geschwister- und in 3 Fällen um mitvorgestellte Halbgeschwisterkinder handelte.

Bei den 271 Konsultationen, bei denen im Anschluss an die Vorstellung das Jugendamt kontaktiert wurde, war in 92 (33,9 %) Fällen eine Kindesmisshandlung bestätigt und in 44 (16,2 %) Fällen ausgeschlossen worden. Bei 109 (40,2 %) Konsultationen konnte der Verdacht auf Kindesmisshandlung weder eindeutig bestätigt noch eindeutig ausgeschlossen werden und blieb somit ungeklärt. In 12 Fällen, einschließlich eines Falls eines Geschwisterkindes, wurde das Jugendamt nicht kontaktiert.

6.6 Auswertung der Verdachtsfälle

6.6.1 Beurteilung

Fallausgang

Der Ausgang des Falls ist bei 273 (76,5 %) der 357 Konsultationen dokumentiert worden (s. **Abb. 6.6.1.1**), unabhängig davon, ob das Kind persönlich oder nur telefonisch in der TAKS vorgestellt wurde. Bei 84 weiteren Konsultationen war der Ausgang des Falls nicht ins Protokoll eingetragen worden.

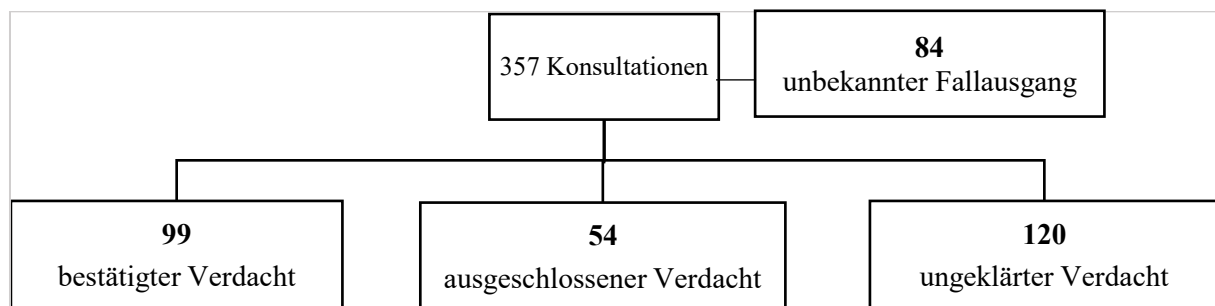


Abbildung 6.6.1.1 Übersicht über Fallausgang

Ärztliche Beurteilung

Bei 219 der 357 Konsultationen erfolgte eine körperliche Untersuchung durch einen Arzt der Kinderchirurgie, wobei eine abschließende ärztliche Beurteilung bei 143 (65,3 %) der 219 Konsultationen schriftlich dokumentiert wurde. Bei den 138 Konsultationen, bei denen keine persönliche Vorstellung stattfand, wurde in 23 (16,7 %) Fällen eine ärztliche Ferneinschätzung anhand von Fotodokumentationen gegeben. Bei den übrigen nicht körperlich untersuchten Fällen fand eine Beratung durch den/die TAKS-Koordinator/-in über mögliche Vorgehensweisen bei Verdachtsfällen statt. Somit gaben die Ärzte der Kinderchirurgie bei insgesamt 166 Konsultationen eine (schriftliche) Einschätzung bzw. eine Beurteilung des betreffenden Falls ab (s. **Tab. 6.6.1.1**).

Tabelle 6.6.1.1 Ärztliche Beurteilung

Ärztlich (fern-) beurteilt	Verdacht bestätigt	Verdacht ausgeschlossen	Verdacht ungeklärt	Gesamt
n (%)	53 (31,9 %)	46 (27,7 %)	67 (40,4 %)	166 (100 %)

Darüber hinaus wurde bei 24 Konsultationen die Rechtsmedizin zur Asservation belastender Proben und/oder Gegenstände und bei 6 weiteren Konsultationen konsiliarisch zur Mitbeurteilung hinzugezogen.

6.6.2 Auswertung der Beurteilungen

Geschlecht und Alter

In die Betrachtung der Fallausgänge bezogen auf das Geschlecht der Patienten wurden alle Konsultationen, also auch die Folgekonsultationen, mit einbezogen. In der folgenden Abbildung (s. **Abb. 6.6.2.1**) zeigt sich, dass bei weiblichen Patienten der Verdacht auf Kindeswohlgefährdung häufig weder eindeutig ausgeschlossen noch bestätigt werden konnte und somit ungeklärt blieb. Bei männlichen Patienten hingegen wurde der Verdacht auf Kindeswohlgefährdung häufig bestätigt.

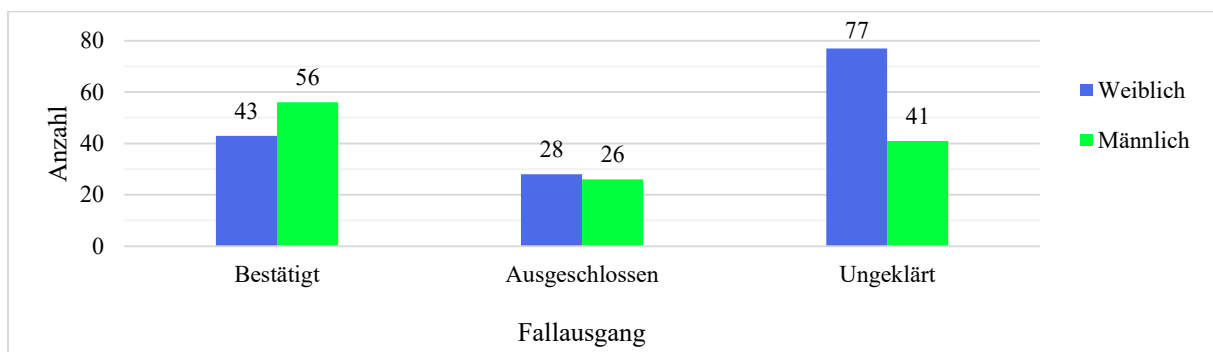


Abbildung 6.6.2.1 Fallausgang nach Geschlecht

Darüber hinaus bestätigte sich der Verdacht auf Kindeswohlgefährdung häufig bei Kindern in jüngerem Alter von bis zu 5 Jahren. Der Verdacht blieb insgesamt jedoch weitaus häufiger ungeklärt, wobei die Anzahl der Fälle mit zunehmendem Alter geringer wurde (s. **Abb. 6.6.2.2**). In einem bestätigten Fall und in drei ungeklärten Fällen war das Alter des Patienten nicht dokumentiert.

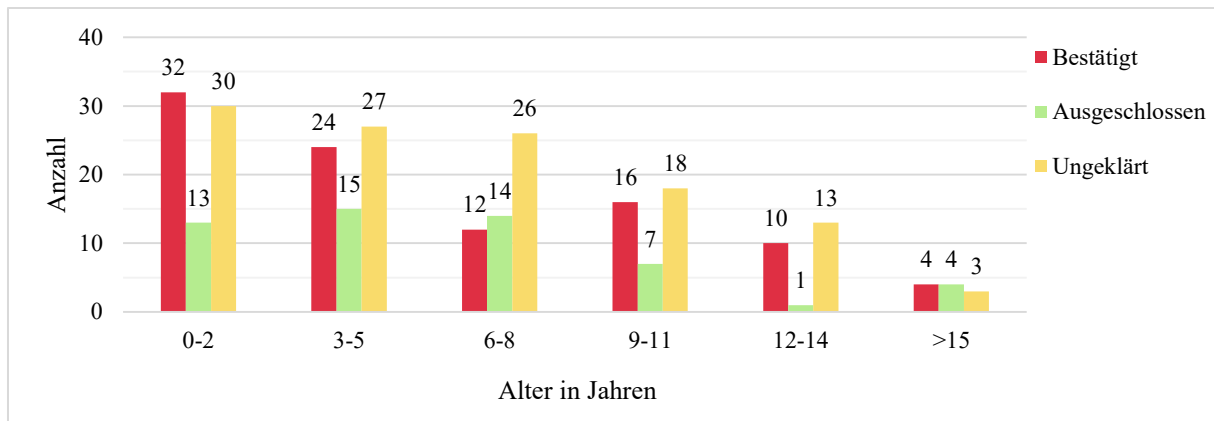


Abbildung 6.6.2.2 Fallausgang nach Alter

Mentale Retardierung und Nebendiagnosen

In unserem Patientenkollektiv gab es 36 mental retardierte Patienten, von denen keiner wiedervorge stellt wurde. Unter den 99 bestätigten Verdachtsfällen waren 7 Patienten (7,1 %) mental retardiert. Bei den 54 widerlegten Fällen waren es 8 (14,8 %) mental retardierte Patienten. Unter den Fällen, in denen keine eindeutige Beurteilung abgegeben werden konnte, gab es 17 Patienten (14,2 %), die eine mentale Retardierung hatten. Vier der 36 mental retardierten Patienten gehörten in die Gruppe der Fälle, bei denen keine abschließende Bewertung bezüglich der Kindeswohlgefährdung vorgenommen werden konnte.

Misshandlungs- und Verletzungsarten nach Fallausgang

Welche Verdachtsformen sich letztlich am häufigsten bestätigt haben oder widerlegt wurden, wird in der folgenden Abbildung (s. **Abb. 6.6.2.3**) dargelegt. Hierbei wurden auch die geäußerten Zweit- und Drittverdachtsformen mit einbezogen. Insbesondere der Verdacht auf sexuellen Missbrauch blieb häufig ungeklärt, wohingegen der Verdacht auf körperliche Misshandlung häufig bestätigt wurde.

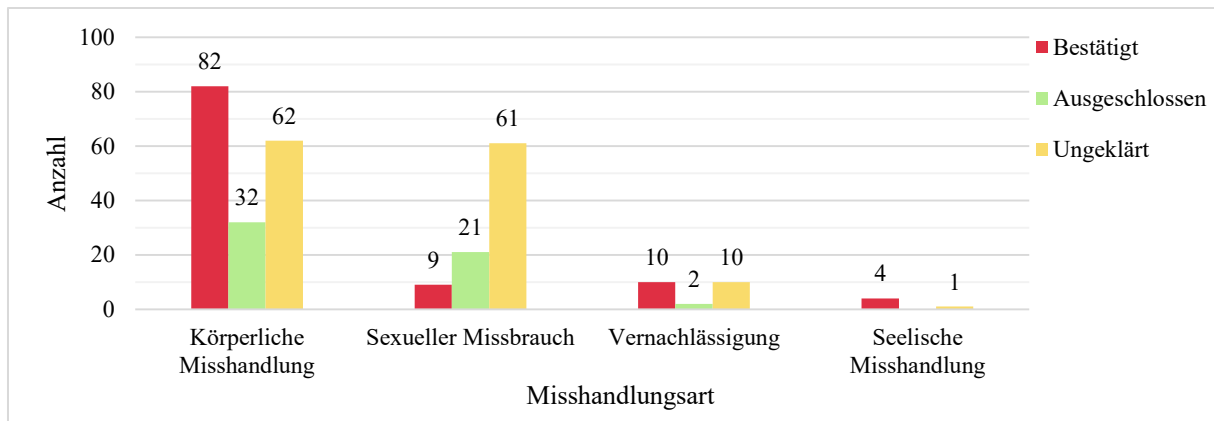


Abbildung 6.6.2.3 Misshandlungsarten nach Fallausgang

Bei den Konsultationen, bei denen der Verdacht auf körperliche Misshandlung bestätigt wurde, handelte es sich häufig um männliche Patienten, wohingegen es ausschließlich weibliche Patienten waren, bei denen der Verdacht auf sexuellen Missbrauch bestätigt wurde (s. **Abb. 6.6.2.4**).

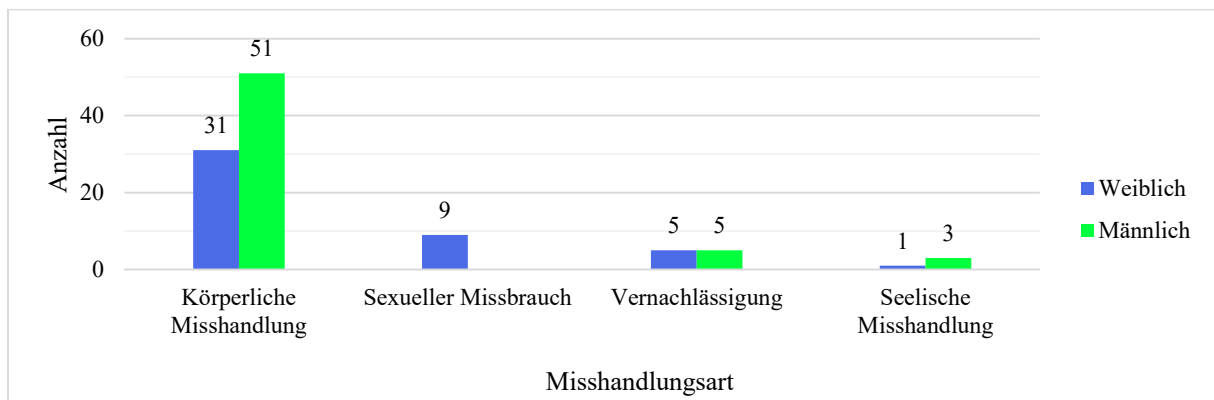


Abbildung 6.6.2.4 Bestätigte Misshandlungsarten nach Geschlecht

Die am häufigsten vermuteten Verletzungsarten, bei denen der Ausgang der Konsultation bekannt ist, sind in der folgenden Abbildung (s. **Abb. 6.6.2.5**) dargestellt, aufgeschlüsselt nach ihrer Abschlussbeurteilung. Speziell körperliche Tätlichkeiten wie Schlagen oder ein grober Umgang mit dem Kind wurden häufig bestätigt, hingegen konnten nicht-penetrative sexuelle Handlungen sowie anale oder vaginale Penetration häufig nicht eindeutig bestätigt oder ausgeschlossen werden.

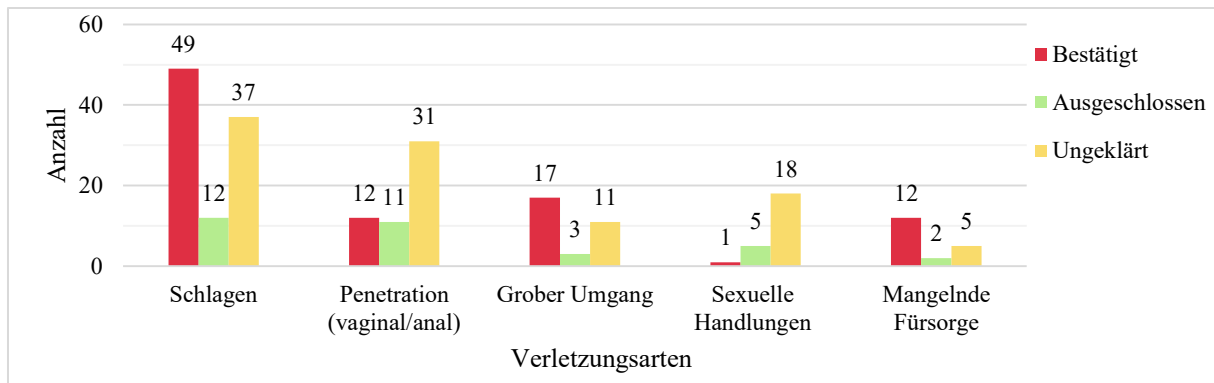


Abbildung 6.6.2.5 Verletzungsarten nach Fallausgang

Mit niedrigeren Fallzahlen wurden diese Verletzungsarten als bestätigt gewertet: Drücken (n=6), Treten (n=4), Schütteln (n=3), Kratzen (n=2), Erstechen (n=1), forcierter Oralverkehr (n=1), Drogenintoxikation (n=1) und Bewerfen (n=1).

Beurteilung der Täterschaft

Insbesondere in Fällen, bei denen die Mutter oder der Vater als Täter vermutet wurden, wurde der Verdacht auf Kindesmisshandlung bestätigt (s. **Abb. 6.6.2.6**). Bei 25 Konsultationen wurde eine Kindeswohlgefährdung durch beide leibliche Elternteile vermutet, was sich in 15 Fällen bestätigte.

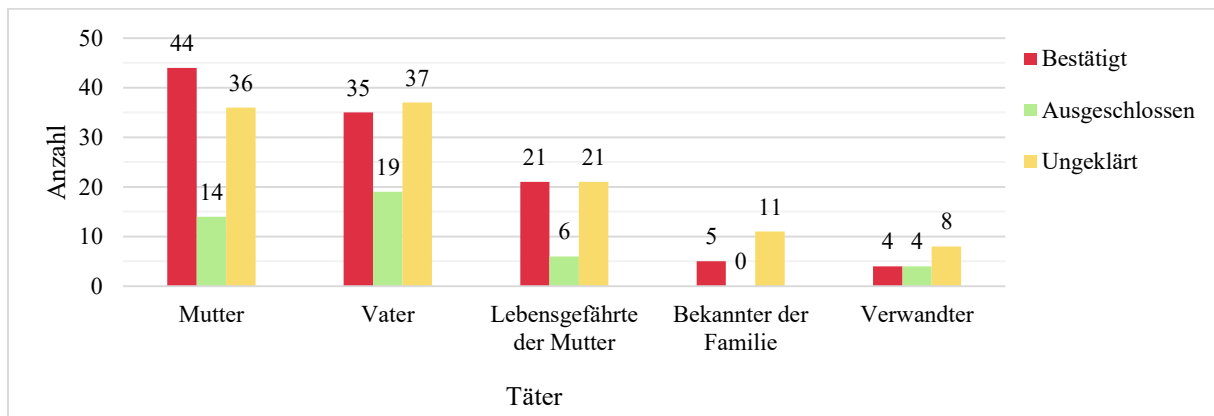


Abbildung 6.6.2.6 Vermutete Täter nach Fallausgang

In selteneren Fällen bestätigte sich eine Täterschaft durch Mitschüler des Kindes (n=3), die Pflegemutter (n=2) sowie in je einem Fall durch den Bruder, den Erzieher im Kindergarten und einen Unbekannten.

In den Fällen, in denen sich der Verdacht bestätigte, handelte es sich in 59,3 % um einen männlichen und in 37,4 % um einen weiblichen Täter. In vier Fällen war das Geschlecht des Täters nicht bekannt, in zwei Fällen war das Geschlecht nicht erhoben worden.

6.6.3 Befunde in bestätigten Verdachtsfällen

Die bei den bestätigten Verdachtsfällen (99 Fällen) festgestellten Befunde werden nun gesondert dargestellt. **Abb. 6.6.3.1** gibt einen Überblick darüber, an welchen Körperstellen Hautbefunde wie Hämatome, Schwellungen oder Rötungen besonders häufig festgestellt wurden.

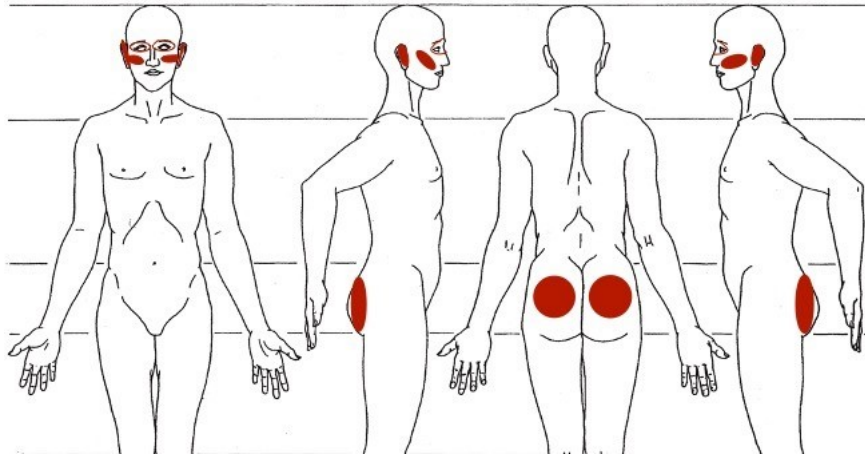


Abbildung 6.6.3.1 Häufigste Befundlokalisationen in bestätigten Verdachtsfällen; Bildquelle: Dokumentationsbogen der Ärztekammer Baden-Württemberg (Zeller et al. 2012)

Hämatome

In 61 (61,6%) der 99 bestätigten Fälle wurden Hämatome dokumentiert, wobei bei 40 Konsultationen mehrzeitig bestehende Hämatome (> 2 Hämatome) festgestellt wurden. Die häufigsten Lokalisationen, an denen Hämatome festgestellt wurden, waren die Oberschenkel oder Wangen (s. **Abb. 6.6.3.2**).

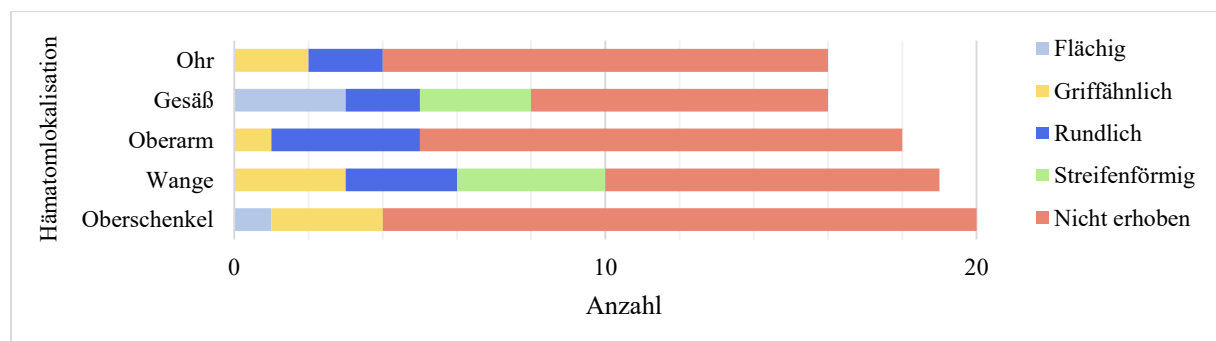


Abbildung 6.6.3.2 Hämatomformen und -lokalisationen in bestätigten Verdachtsfällen

Seltener wurden Hämatome an den folgenden Lokalisationen festgestellt: Unterschenkel (n=13), Stirn (n=12) Rücken (n=11), Schulter (n=11), Unterarm (n=9), Beckenkamm (n=7),

Hals (n=7), periorbital (n=7), Thorax (n=4), retroaurikulär (n=3), Schläfe (n=3), Achsel (n=2), Fuß (n=2), Oberschenkel dorsal (n=2), Unterlippe (n=2), Abdomen (n=2), Handgelenk (n=1), Kiefer (n=1), Kieferwinkel (n=1), Kinn (n=1), Kopf dorsal (n=1), Nacken (n=1), Nase (n=1), Oberlippe (n=1), Genitale (n=1), Leiste (n=1), Unterarm ventral (n=1), Knie (n=1).

Petechien

In 5 der 99 bestätigten Verdachtsfälle wurden Petechien festgestellt, die vom Untersucher als verdachtsbeweisend gewertet wurden. Hierbei handelte es sich um das Gesäß (n=2), das Ohr (n=1), die Wange (n=1), die Schulter (n=1).

Frakturen

In insgesamt 5 Fällen hat man Frakturen festgestellt (s. **Kap. 6.4.3**), die den Verdacht auf Kindesmisshandlung bestätigten.

Blutungen

In 4 Fällen wurde eine Blutung festgestellt (zweimal Subduralblutungen, einmal Nasenbluten, einmal blutende Wunde am Oberschenkel), die den Verdacht auf Kindesmisshandlung bestätigten.

Verbrennungen/Verbrühungen

In nur einem Fall der 99 bestätigten Verdachtsfälle war eine Verbrennung am Fuß festgestellt worden.

Schwellungen

In 11 Fällen wurden Schwellungen dokumentiert. Hierbei waren Schwellungen am häufigsten periorbital (n=3), an den Wangen (n=3), Ohren (n=2), Schläfen (n=2), Unterschenkeln (n=2), der Nase (n=1), der Unterlippe (n=1) und am dorsalen Kopf (n=1) festgestellt worden.

Rötungen

Eine Rötung ist in 21 der 99 bestätigten Verdachtsfälle festgestellt worden (s. **Abb. 6.6.3.3**).

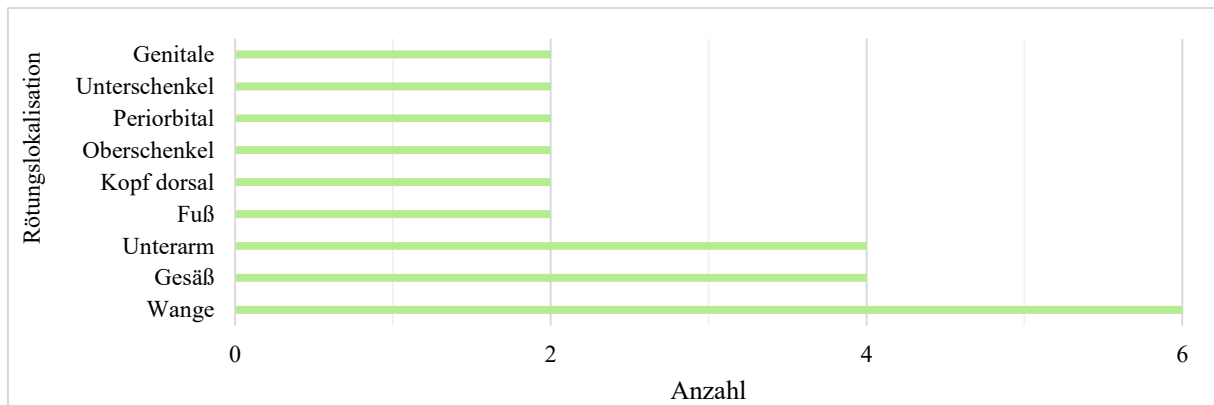


Abbildung 6.6.3.3 Rötungslokalisationen in bestätigten Verdachtsfällen

Seltener wurden Rötungen am Hals (n=1), der Nase (n=1), am Ohr (n=1), Kieferwinkel (n=1), Kinn (n=1), Unterlippe (n=1), Abdomen (n=1), Schulter (n=1) und am ventralen Unterarm (n=1) festgestellt.

Wunden

In 30 der 99 bestätigten Verdachtsfälle waren die Patienten mit Wunden in der TAKS vorgestellt worden. Die häufigsten Lokalisationen sind in der folgenden Abbildung dargestellt (s. **Abb. 6.6.3.4**).

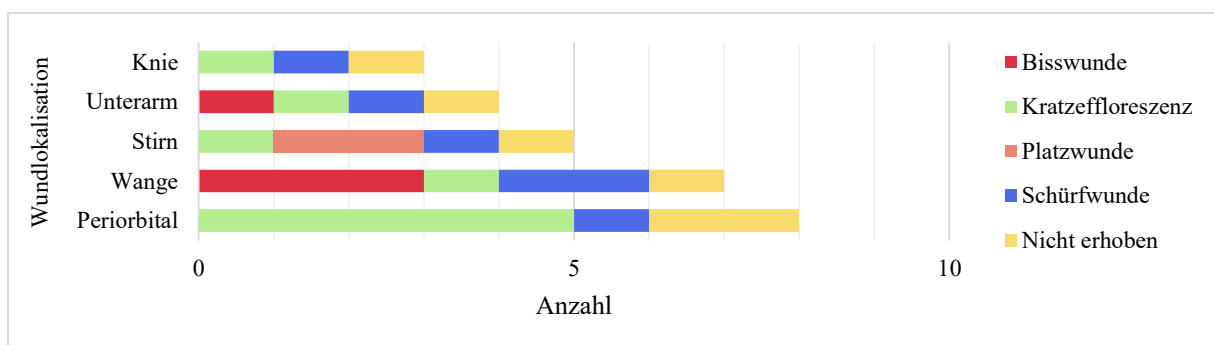


Abbildung 6.6.3.4 Wundarten und -lokalisierungen in bestätigten Verdachtsfällen

Mit niedrigeren Fallzahlen beobachtete man Wunden an den Unterschenkeln (n=2), Oberarm (n=2), Hals (n=2), Fuß (n=2), Nacken (n=2), Frenulum (n=2), perioral (n=2), Unterlippe (n=1), Achsel (n=1), Schläfe (n=1), Rücken (n=1), Schulter (n=1), Oberlippe (n=1), Handgelenk (n=1), Nase (n=1) und am dorsalen Kopf (n=1).

(Ano-)Genitale Verletzungen

Von den 99 Fällen, bei denen sich der Verdacht auf sexuellen Missbrauch bestätigte, war in 4 Fällen eine (ano-)genitale Verletzung und in 5 Fällen eine hymenale Verletzung

(Unterbrechung des Randsaums) bzw. in einem Fall eine ödematöse Schwellung des Hymens festgestellt worden.

6.7 Ergriffene Maßnahmen

In einigen Fällen wurde die Durchführung juristischer oder sozialpädagogischer Maßnahmen von der TAKS empfohlen oder eingeleitet.

6.7.1 Juristische Maßnahmen

Maßnahmen des Jugendamtes

Eine Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt fand nach 271 (75,9 %) der 357 Konsultationen statt. Bei 123 Konsultationen war der Kontakt zur TAKS von Seiten des Jugendamts gesucht und im Verlauf aufrechterhalten worden. In 2 der 271 Fälle entschied das Jugendamt, das Kind nicht weiter zu beobachten.

Nach Vorstellung der Kinder in der TAKS entschied das Jugendamt nach 58 (16,2 %) der 357 Konsultationen, die Kinder in Obhut zu nehmen. Hierbei waren die Patienten bei 52 (89,7 %) Konsultationen in der TAKS persönlich vorgestellt worden, in den verbleibenden Fällen stand die TAKS beratend zu Seite.

Von den 58 Fällen, bei denen es zu einer Inobhutnahme infolge des Verdachts auf Misshandlung kam, waren die Kinder in 48 Fällen dem Jugendamt bereits bekannt. In 8 Fällen war das Aufkommen des Verdachts und die damit verbundene Vorstellung in der TAKS Grund für den Erstkontakt zum Jugendamt. Bei den übrigen zwei Fällen ist nicht erhoben worden, ob die Kinder schon beim Jugendamt bekannt waren. Das Sorgerecht wurde den Eltern in 6 Fällen als Folge der Inobhutnahme entzogen.

Erstattung einer polizeilichen Anzeige

Eine Anzeige bei der Polizei erfolgte nach 63 (17,6 %) der 357 Konsultationen.

6.7.2 Sozialpädagogische Maßnahmen

Im weiteren Verlauf wurden zusätzlich zu den juristischen Maßnahmen weitere sozialpädagogische Maßnahmen durchgeführt, was der unteren Abbildung (s. **Abb. 6.7.2.1**), aufgeschlüsselt nach der endgültigen Bewertung des Falls, zu entnehmen ist. In einigen Fällen sind mehrere Maßnahmen durchgeführt worden. In Fällen, in denen der Verdacht auf Kindeswohlgefährdung ungeklärt blieb, wurden häufig präventive Maßnahmen wie eine

Unterbringung in einem Frauenhaus, die Installierung einer SPFH und Auflagen vom Jugendamt durchgeführt.

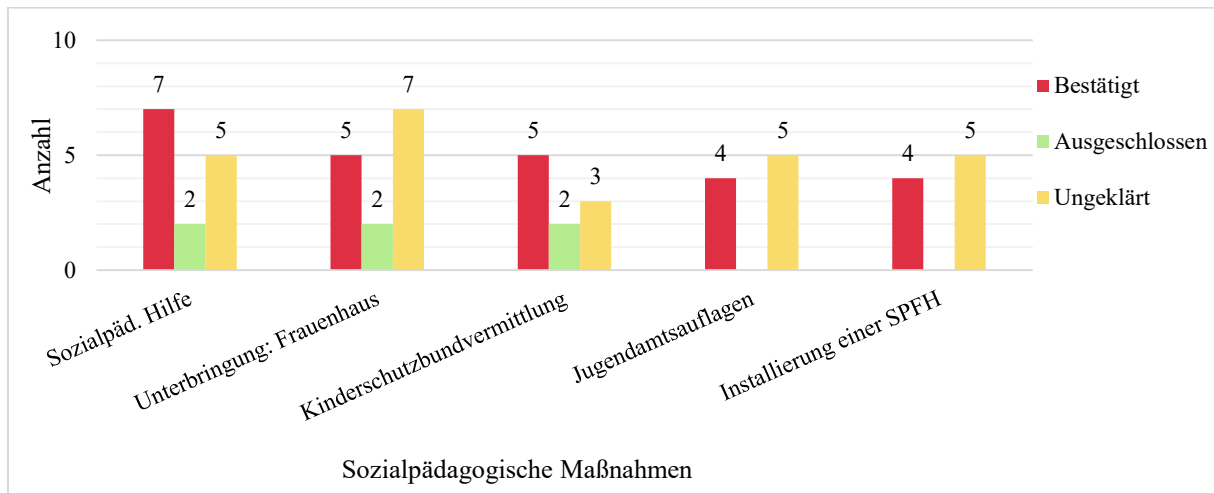


Abbildung 6.7.2.1 Sozialpädagogische Maßnahmen nach Fallausgang

Anschließende psychiatrische Beratung

Die Ärzte der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden bei 23 Konsultationen konsiliarisch mit einbezogen.

6.8 Patchworkfamilien

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse mit Hinblick auf die Familienkonstellation miteinander verglichen. Von der Betrachtung ausgeschlossen wurden die Fälle, bei denen keine eindeutige Einteilung in „Patchwork“- und „Non-Patchworkfamilie“ getroffen werden konnte. Zur besseren Vergleichbarkeit der Familienmodelle wurden ausschließlich die Merkmale mit den größten Häufigkeiten dargestellt.

Von den insgesamt 348 Patienten lebten 136 (39,1 %) in einer Patchworkfamilie, 77 Patienten (22,1 %) in einer Non-Patchworkfamilie; bei 135 Patienten (38,8 %) konnte eine eindeutige Zuordnung der Familienmodelle nicht vorgenommen werden. Fallbezogen betrachtet, gab es 142 (64,8 %) Fälle von Patienten aus Patchworkfamilien und 77 (35,2 %) Fälle von Patienten aus Non-Patchworkfamilien.

6.8.1 Geschlecht und Alter innerhalb der Familienmodelle

Die folgende Abbildung (s. Abb. 6.8.1.1) gibt eine fallbezogene Übersicht über die Geschlechterverteilung innerhalb der beiden Gruppen. Während es in den Non-

Patchworkfamilien eine annähernd ausgeglichene Verteilung beider Geschlechter gab, lebten mehr weibliche als männliche Patienten in einer Patchworkfamilie.

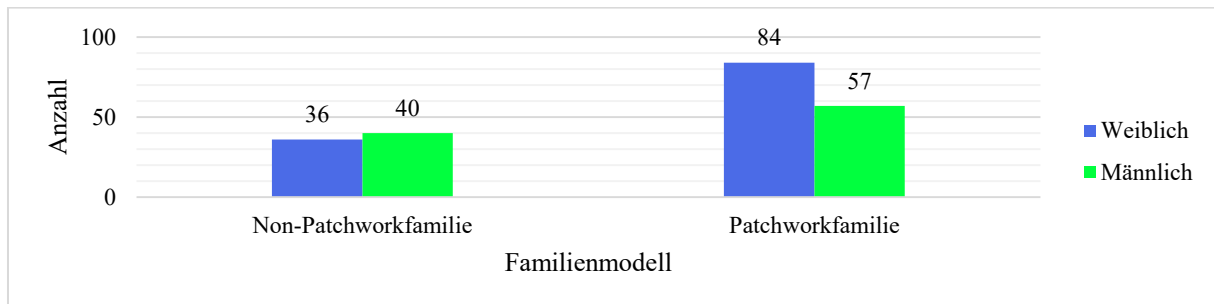


Abbildung 6.8.1.1 Geschlechterverteilung innerhalb der Familienmodelle

Das Patientenkollektiv der TAKS zeigte die unten dargestellte Altersverteilung (fallbezogen), aufgeschlüsselt nach Familienmodell (s. **Abb. 6.8.1.2**).

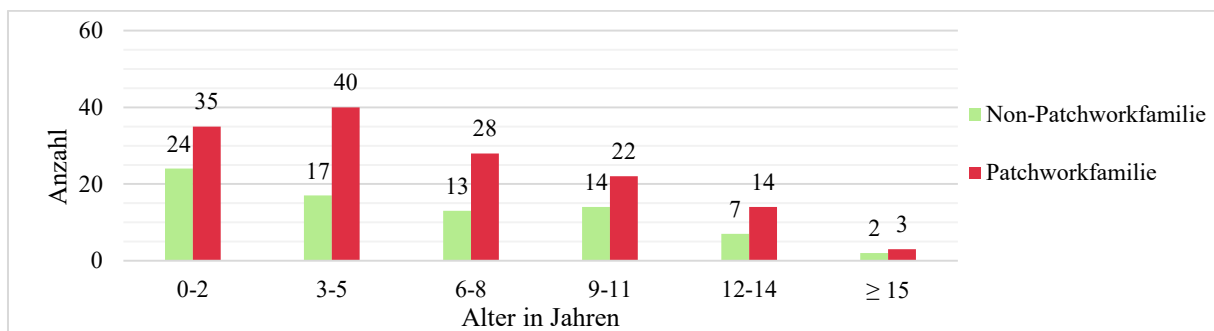


Abbildung 6.8.1.2 Altersgruppenverteilung innerhalb der Familienmodelle

6.8.2 Vermutete Misshandlung innerhalb der Familienmodelle

Im folgenden Abschnitt werden die beiden Familienmodelle, bezogen auf die vermuteten Misshandlungs- und Verletzungsarten und auf die Täter, miteinander verglichen.

Vermutete Misshandlungsarten innerhalb der Familienmodelle

Die Verteilung der vermuteten Misshandlungsarten innerhalb der verschiedenen Familienmodelle lassen sich der folgenden Abbildung (s. **Abb. 6.8.2.1**) entnehmen. Fallbezogen betrachtet wurde in beiden Familienmodellen am häufigsten eine körperliche Misshandlung oder ein sexueller Missbrauch vermutet. Sowohl die körperliche Misshandlung als auch der sexuelle Missbrauch wurden häufiger in Patchworkfamilien vermutet, wohingegen eine Vernachlässigung eher in Non-Patchworkfamilien vermutet wurde.

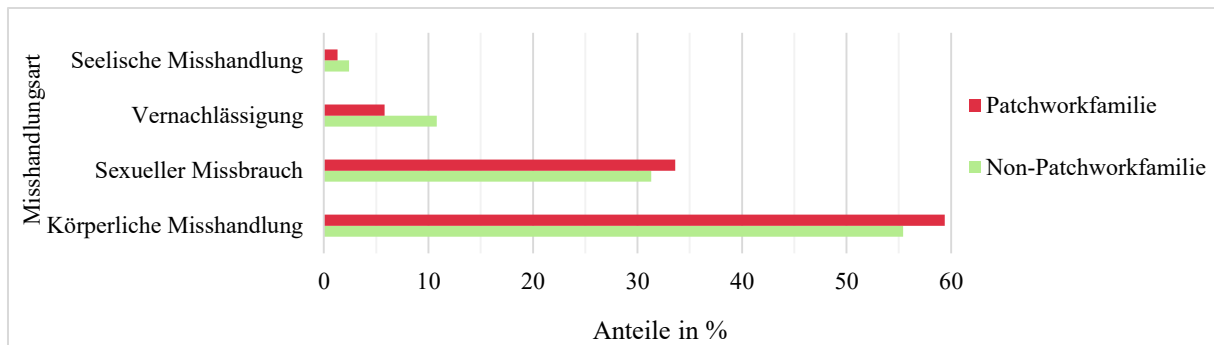


Abbildung 6.8.2.1 Vermutete Misshandlungsarten innerhalb der Familienmodelle

Es wurde außerdem geprüft, welche Verletzungsvorgänge innerhalb der verschiedenen Familienmodelle am häufigsten vermutet wurden (s. **Abb. 6.8.2.2**). Auch hierbei wurden alle Konsultationen, also auch die Folgekonsultationen, in die Analyse mit einbezogen. In Patchworkfamilien wurde häufig das Schlagen des Kindes vermutet, wohingegen in Non-Patchworkfamilien häufig eine (anale/vaginale) Penetration des Kindes vermutet wurde.

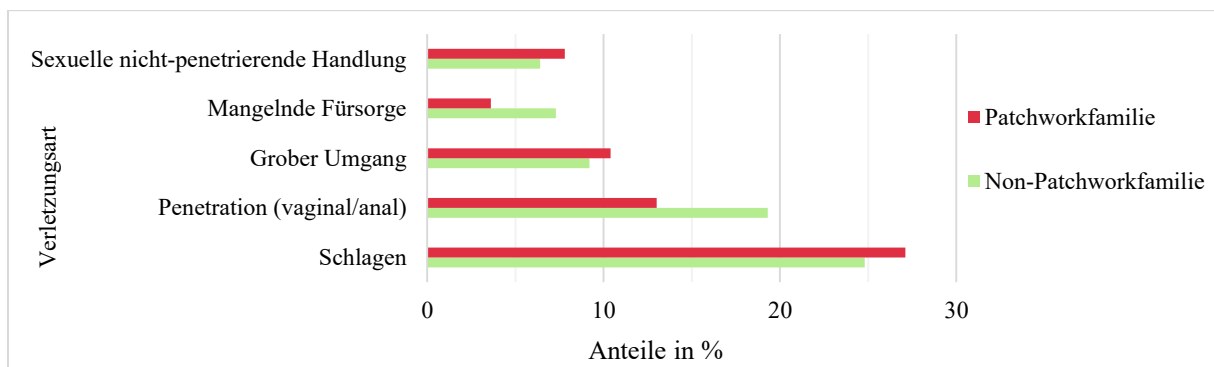


Abbildung 6.8.2.2 Vermutete Verletzungsarten innerhalb der Familienmodelle

Täter in Patchworkfamilien

Die häufigsten vermuteten Täter in beiden Familienmodellen waren die leiblichen Eltern oder der Lebensgefährte der Mutter, wobei der Vater deutlich häufiger in Non-Patchworkfamilien als möglicher Täter vermutet wurde als in Patchworkfamilien. Die Verteilung der übrigen Täter innerhalb der Familienmodelle wird unten (s. **Abb. 6.8.2.3**) dargestellt.

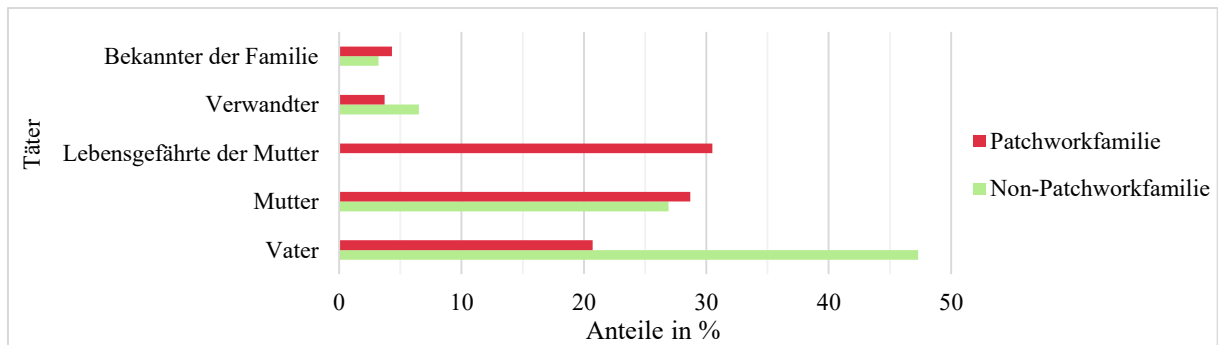


Abbildung 6.8.2.3 Vermutete Täter innerhalb der Familienmodelle

6.8.3 Hintergrundanamnese innerhalb der Familienmodelle

Psychische Erkrankungen und Drogenabusus der Eltern innerhalb der Familienmodelle

Die Verteilung der psychischen Erkrankungen innerhalb der Familienmodelle ist der folgenden Abbildung (s. **Abb. 6.8.3.1**) zu entnehmen. Die Betrachtung erfolgte fallbezogen.

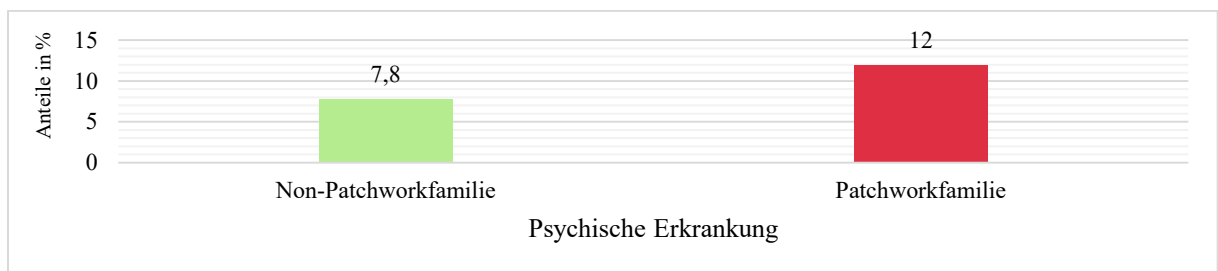


Abbildung 6.8.3.1 Psychische Erkrankungen der leiblichen Eltern innerhalb der Familienmodelle

Des Weiteren wurde der Drogenabusus der leiblichen Eltern, fallbezogen, innerhalb der beiden Familienmodelle miteinander verglichen (s. **Abb. 6.8.3.2**).

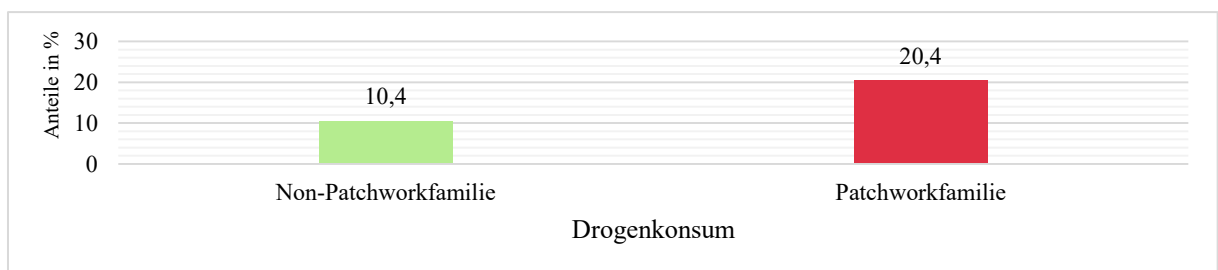


Abbildung 6.8.3.2 Drogenabusus innerhalb der Familienmodelle

Häusliche Gewalt in Patchworkfamilien

Häusliche Gewalt fand innerhalb von Patchworkfamilien in 23 (16,2 %) Fällen und innerhalb von Non-Patchworkfamilien in 13 (16,9 %) Fällen statt.

6.8.4 Bestätigung der Verdachtsfälle innerhalb der Familienmodelle

Die Verteilung der Fallausgänge innerhalb der Familienmodelle stellt sich ausgeglichen dar, wie **Abb. 6.8.4.1** zu entnehmen ist.

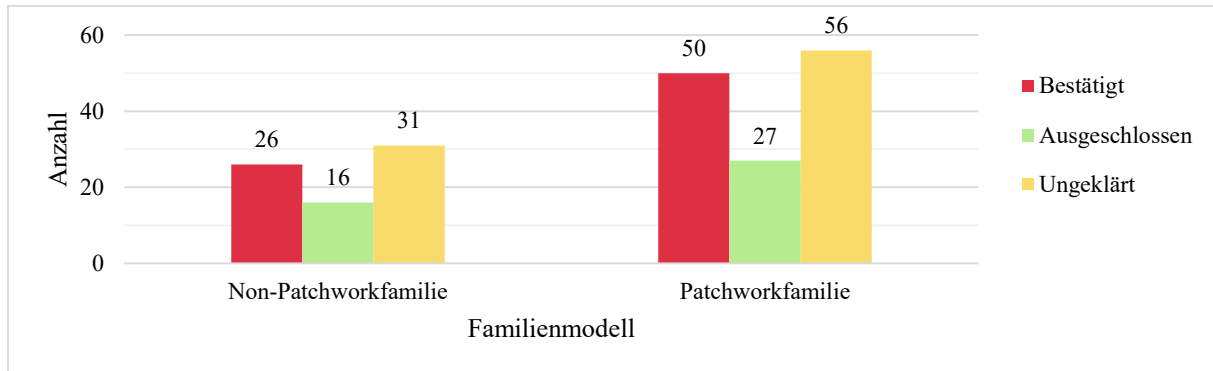


Abbildung 6.8.4.1 Familienmodelle nach Fallausgang

Die unten stehende Abbildung zeigt, welche Misshandlungsarten (s. **Abb. 6.8.4.2**) sich innerhalb des Patientenkollektivs, aufgeschlüsselt nach Familienmodell, am häufigsten bestätigen ließen.

Innerhalb der Patchworkfamilien wurde häufiger eine körperliche Misshandlung bestätigt als in Non-Patchworkfamilien. Hingegen wurde in Non-Patchworkfamilien häufiger eine Vernachlässigung bestätigt als in Patchworkfamilien.

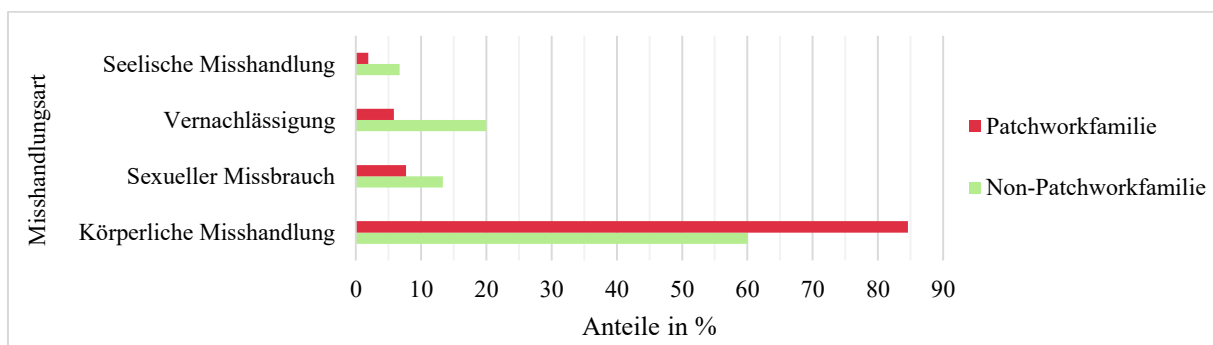


Abbildung 6.8.4.2 Misshandlungsarten in bestätigten Verdachtsfällen innerhalb der Familienmodelle

Eine Täterschaft des Vaters wurde häufiger in Non-Patchworkfamilien als wahrscheinlich eingeschätzt als in Patchworkfamilien. Die häufigsten bestätigten Täterschaften innerhalb der Familienmodelle sind der folgenden Abbildung zu entnehmen (s. **Abb. 6.8.4.3**).

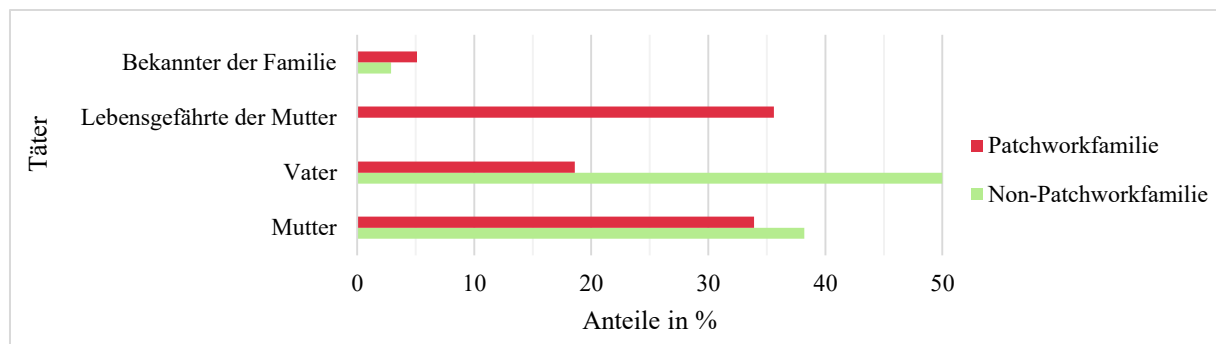


Abbildung 6.8.4.3 Bestätigte Täterschaften innerhalb der Familienmodelle

6.8.5 Ergriffene Maßnahmen innerhalb der Familienmodelle

Juristische Maßnahmen – Maßnahmen des Jugendamts

Das Jugendamt entschied sich in 33 (23,2 %) Fällen dazu, Kinder aus Patchworkfamilien in Obhut zu nehmen. In 10 (13 %) Fällen wurden Kinder aus Non-Patchworkfamilien in Obhut genommen. In beiden Familienmodellen wurde den Eltern in jeweils 2 Fällen das Sorgerecht durch das Jugendamt entzogen.

Juristische Maßnahmen - Anzeigenerstattung bei der Polizei innerhalb der Familienmodelle

Bei 33 (23,2 %) Konsultationen, bei denen die Patienten aus einer Patchworkfamilie stammten, wurde eine Anzeige auf Kindesmisshandlung bei der Polizei gestellt. Eine Anzeigenerstattung erfolgte bei 16 (20,8 %) Konsultationen von Kindern aus Non-Patchworkfamilien.

Sozialpädagogische Maßnahmen

Die häufigsten sozialpädagogischen Maßnahmen, die durchgeführt wurden, sind unten (s. **Abb. 6.8.5.1**), nach Familienmodell aufgeschlüsselt, dargestellt. In 40 (28,2 %) Fällen wurden Maßnahmen bei Patchworkfamilien durchgeführt, in 34 (44,2 %) Fällen bei Non-Patchworkfamilien. In Fällen, bei denen sich der Verdacht auf Kindeswohlgefährdung bestätigte, war in 31 (21,8 %) bei Patchworkfamilien und in 9 (11,7 %) Fällen bei Non-Patchworkfamilien auf Sozialmaßnahmen verzichtet worden.

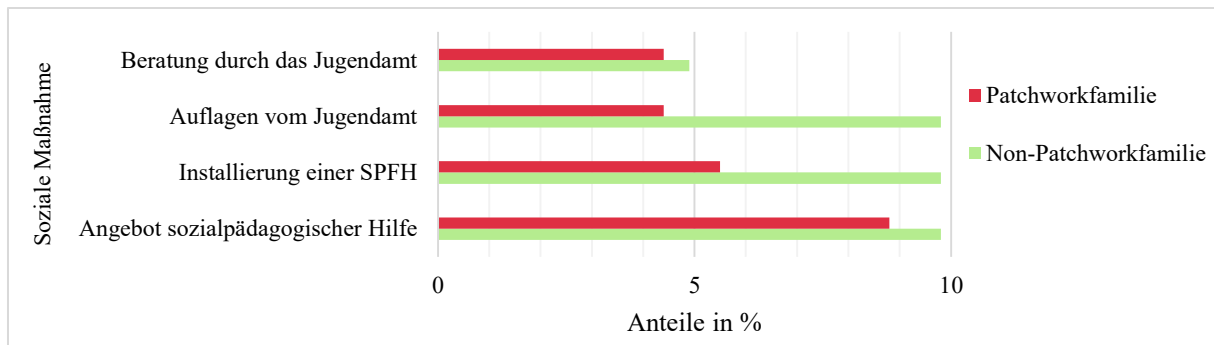


Abbildung 6.8.5.1 Sozialpädagogische Maßnahmen innerhalb der Familienmodelle

6.8.6 Risikoermittlung

Eine zentrale Fragestellung dieser Arbeit war die Ermittlung eines gehäuften Auftretens von bestätigten Misshandlungsfällen bei Patchworkfamilien des betrachteten Patientenkollektivs und einem daraus resultierenden erhöhten Risiko für diese Kinder. Zu diesem Zweck wurde eine Chi-Quadrat nach Pearson-Testung sowie eine binär-logistische Regressionsanalyse durchgeführt. Die binäre Zielgröße war die bestätigte Kindesmisshandlung. Als potenziell erklärende Variablen wurden jeweils dichotom betrachtet:

- Leben in einer Patchworkfamilie
- Geschlecht
- Sorgerechtsverhältnis
- Drogenabusus der Mutter bzw. des Vaters
- eine psychische Erkrankung der Mutter bzw. des Vaters
- eine mentale Retardierung des Kindes
- der Beziehungsstatus der Eltern (getrennt, verheiratet/zusammenlebend)

sowie nicht dichotom:

- neue Partner der Eltern (Eltern verheiratet/zusammenlebend, getrennt mit neuem Partner, getrennt ohne neuen Partner)

Insgesamt wurden Daten von 318 Kindern, davon 85 mit bestätigtem Verdacht auf Kindesmisshandlung, in die Auswertung eingeschlossen. In einem ersten Schritt wurde der statistische Zusammenhang der oben genannten potentiell erklärenden Variablen und das Chancenverhältnis (Odds Ratio = OR) für eine Misshandlung geprüft (**s. Tab. 6.8.6.1**).

Tabelle 6.8.6.1 Chi-Quadrat nach Pearson Testung inkl. Risikoschätzung von bestätigter Kindesmisshandlung mit jeweils einer potentiell erklärenden Variable

	p-Wert	Odds Ratio	95% Konfidenzintervall für das Odds Ratio

			Unterer Wert	Oberer Wert
Patchworkfamilie (ja, nein)	,57	,833	,444	1,564
Geschlecht (männlich, weiblich)	,002	2,208	1,325	3,679
Sorgerechtsverhältnisse (gemeinsam, einzeln)	,268	1,447	,751	2,788
Drogenabusus der Mutter (ja, nein)	,912	1,059	,379	2,96
Drogenabusus des Vaters (ja, nein)	,159	2,032	,745	5,538
Psychische Erkrankung der Mutter (ja, nein)	,829	1,113	,422	2,933
Psychische Erkrankung des Vaters (ja, nein)	,726	1,298	,301	5,608
Mentale Retardierung (ja, nein)	,041	,385	,151	,985
Beziehungsstatus der Eltern (getrennt, zusammen)	,824	,929	,486	1,778
Neue Partner der Eltern (zusammen, getrennt mit neuem Partner, getrennt ohne neuen Partner)	,913			

Das Leben in einer Patchworkfamilie hat, für sich betrachtet, keinen signifikanten Einfluss auf die Bestätigung des Verdachts auf Kindesmisshandlung (OR=,833, 95% KI 0,444-1,564 p=,57).

Im nächsten Schritt (s. **Tab. 6.8.6.2**) wurde ein Modell zur binär-logistischen Regressionsanalyse mit der Variable Patchworkfamilie und weiteren Einflussfaktoren entworfen, um den Einfluss der erklärenden Variablen auf die Eintrittswahrscheinlichkeit, nämlich die Bestätigung des Verdachts, weiter beobachten zu können bzw. die Stärke des Zusammenhangs der Größen auf die Eintrittswahrscheinlichkeit zu messen.

Tabelle 6.8.6.2 Multiples binär-logistisches Regressionsmodell I

	p-Wert	Odds Ratio	95% Konfidenzintervall für das Odds Ratio	
			Unterer Wert	Oberer Wert
Patchworkfamilie (ja, nein)	,304	,625	,255	1,532
Geschlecht (männlich, weiblich)	,002	3,889	1,658	9,122
Sorgerechtsverhältnisse (gemeinsam, einzeln)	,657	1,212	,518	2,836
Drogenabusus der Mutter (ja, nein)	,820	1,245	,188	8,260
Drogenabusus des Vaters (ja, nein)	,029	5,324	1,181	23,999
Psychische Erkrankung der Mutter (ja, nein)	,687	1,405	,269	7,342
Psychische Erkrankung des Vaters (ja, nein)	,932	1,097	,132	9,158
Mentale Retardierung (ja, nein)	,147	,304	,061	1,517

Indem alle Größen in ein Modell eingefügt wurden, wurde der Einfluss der Variable Patchworkfamilie auf eine Kindesmisshandlung auf die weiteren erklärenden Variablen adjustiert. Auch nach der Adjustierung gab es eindeutig keinen signifikanten Einfluss des Aufwachsens in einer Patchworkfamilie auf die Wahrscheinlichkeit, eine Kindesmisshandlung zu erfahren. Es zeigte sich jedoch ein signifikanter Einfluss des Geschlechts (OR=3,889, $p=,002$) und des väterlichen Drogenabusus (OR=5,324, $p=,029$) sowie ein tendenzieller Einfluss einer mentalen Retardierung (OR=,304, $p=,147$).

Da die Zahl der potenziell erklärenden Variablen relativ groß im Verhältnis zur Zahl der Misshandlungsereignisse war, wurde im letzten Schritt ein reduziertes Modell analysiert. Es beinhaltet das Geschlecht, den väterlichen Drogenabusus und die mentale Retardierung (s. **Tab. 6.8.6.3**).

Tabelle 6.8.6.3 Multiples binär-logistisches Regressionsmodell II

	p-Wert	Odds Ratio	95% Konfidenzintervall für EXP(B)
--	--------	------------	-----------------------------------

			Unterer Wert	Oberer Wert
Geschlecht (männlich, weiblich)	,000	3,580	1,858	6,900
Drogenabusus des Vaters (ja, nein)	,112	2,474	,810	7,552
Mentale Retardierung (ja, nein)	,041	,285	,086	,949

Mit diesem Modell lassen sich einige weitere Aussagen treffen. Kinder mit einer mentalen Retardierung haben kein signifikantes Risiko misshandelt zu werden (adjustiertes OR=,285, $p=,041$). Bei männlichen Patienten hingegen wurde eine Kindesmisshandlung 3,6-mal häufiger bestätigt als bei Mädchen ($p=,000$). Es konnte darüber hinaus festgestellt werden, dass bei männlichen Patienten eine körperliche Misshandlung signifikant häufiger auftrat als bei weiblichen Patienten ($p=,000$). Dagegen wurde bei weiblichen Patienten signifikant häufiger ein sexueller Missbrauch vermutet ($p=,000$). In diesen Fällen blieb der Verdacht in 70,4 % der Fälle ungeklärt. Darüber hinaus bestätigte sich der Verdacht auf Kindesmisshandlung 2,5-mal häufiger bei Kindern deren Vater regelmäßig Drogen konsumierte. Dieser Zusammenhang ist jedoch nicht signifikant ($p=0,112$).

7 Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es, das Patientenkollektiv, das sich in den Jahren 2014-2016 in der TAKS vorgestellt hat, insbesondere die Patienten aus Patchworkfamilien, auf medizinische, soziale und regionale Aspekte hin retrospektiv zu betrachten und mögliche Risikofaktoren für eine Kindesmisshandlung zu untersuchen. Es lagen hierfür Daten von insgesamt 357 Konsultationen vor.

Bei Betrachtung der Ergebnisse rückten die folgenden Gesichtspunkte in den Vordergrund:

- Die Patienten:
 - Beurteilung der Verdachtsfälle
 - Das Geschlecht der Patienten
 - Das Alter der Patienten
- Die Täterschaften
- Die Befunde
- Die mental retardierten Patienten
- Der väterliche Drogenabusus
- Die geographische Verteilung
- Die Familienmodelle

Nach diesem Schema werden in **Kapitel 7.1** die Hauptergebnisse der vorliegenden Arbeit zusammengefasst. Die angewandten Methoden werden in **Kapitel 7.2** einer Diskussion unterzogen. Die Diskussion der Hauptergebnisse und der Vergleich mit der relevanten Fachliteratur erfolgt in **Kapitel 7.3**.

Das Patientenkollektiv der TAKS wird in **Kapitel 7.1.1** unter Einbeziehung der Ergebnisse ähnlicher Untersuchungen der Kinderschutzambulanz des Instituts für Rechtsmedizin der LMU München (Zinka et al. 2019, Brandau 2018), der Kinderschutzambulanz des Instituts für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Münster (Bartholl 2009), der Kinderschutzambulanz des Vivantes Klinikums Berlin-Neukölln (von Soosten et al. 2019) und des Kinderzentrums der Universität Leipzig betrachtet (Landgraf et al. 2010). Bei allen diesen Untersuchungen handelt es sich wie auch hier um retrospektive Datenanalysen mit deskriptiven Ergebnisdarstellungen, die bei von Soosten et al. (2019) und Brandau (2018) mit Fallbeispielen untermauert werden. Auch der konzeptionelle Aufbau der verschiedenen Kinderschutzambulanzen ist mit der TAKS vergleichbar. Eine Ausnahme stellt die Kinderschutzambulanz der Rechtsmedizin der LMU

München dar, die ihr Tätigkeitsfeld um ein Telemedizinportal („Remed“-Online) erweitert hat und kostenlos rechtsmedizinische konsiliarische Onlinedienste für Mediziner und Mitarbeiter von Jugendämtern anbietet (Zinka et al. 2019).

7.1 Zusammenfassung der Hauptergebnisse

7.1.1 Die Patienten

Zur Abklärung einer möglichen Kindeswohlgefährdung sind in der TAKS in dem oben genannten Zeitraum 219 persönliche Konsultationen bzw. körperliche Untersuchungen erfolgt. Im Vergleich dazu waren in der Kinderschutzambulanz des Instituts für Rechtsmedizin der LMU München in einem Zeitraum von 4 Jahren 242 Konsultationen (Zinka et al. 2019) und in der Kinderschutzambulanz des Vivantes Klinikums Berlin-Neukölln in einem Zeitraum von einem Jahr 145 Konsultationen erfolgt (von Soosten et al. 2019).

In absteigender Häufigkeit erfolgten die Konsultationen in der TAKS mit dem Verdacht auf körperliche Misshandlung, sexuellen Missbrauch, Vernachlässigung oder seelische Misshandlung. In der Kinderschutzambulanz des Instituts für Rechtsmedizin der LMU München erfolgten die Konsultationen in absteigender Häufigkeit mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch, körperliche Misshandlung oder Vernachlässigung (Zinka et al. 2019) und in der Berliner Kinderschutzambulanz des Vivantes Klinikums Berlin-Neukölln in absteigender Häufigkeit mit Verdacht auf körperliche Misshandlung, seelische Misshandlung, Vernachlässigung (emotional und körperlich) oder sexuellen Missbrauch (von Soosten et al. 2019).

Im Falle der TAKS ersuchten am häufigsten Mitarbeiter der Jugendämter, aber auch Mitarbeiter des Universitätsklinikums Jena und Personen aus dem näheren Umfeld des Kindes die Konsultation. In der Kinderschutzambulanz des Instituts für Rechtsmedizin der LMU München wurden die meisten Patientenfälle durch die Eltern des Kindes (48 %) oder durch das Jugendamt (44 %) vorgestellt (Zinka et al. 2019). In der Kinderschutzambulanz der Kinderklinik des Vivantes Klinikums Berlin-Neukölln wurde die Mehrzahl der Fälle durch die Mitarbeiter des Jugendamts oder die Mitarbeiter der Kinderklinik des Vivantes Klinikums vorgestellt (von Soosten et al. 2019).

Beurteilung der Verdachtsfälle

Auffällig an den hier vorgelegten Untersuchungsergebnissen ist, dass bei 44 % der in der TAKS behandelten Fälle der Verdacht auf Kindeswohlgefährdung weder eindeutig ausgeschlossen noch bestätigt werden konnte und somit ungeklärt blieb. Ähnlich verhielt es sich in anderen

Kinderschutzambulanzen. In der Kinderschutzambulanz des Instituts für Rechtsmedizin der LMU München konnte der Verdacht auf Kindesmisshandlung in 31 % der Fälle „nicht ausgeschlossen“ werden, während in 16 % der Fälle der Verdacht „nicht beurteilbar“ war (Zinka et al. 2019). In der Kinderschutzambulanz der Kinderklinik des Vivantes Klinikums Berlin-Neukölln konnte der Verdacht auf Kindesmisshandlung in 28 % der Fälle „nicht ausgeschlossen“ werden (von Soosten et al. 2019).

Bei den bestätigten Fällen der TAKS handelte es sich in 78,1 % um körperliche Misshandlung, in 9,5 % um Vernachlässigung und in 8,6 % um sexuellen Missbrauch. Zum Vergleich sei erwähnt, dass es sich bei der retrospektiven Fallauswertung des Kinderzentrums des Universitätsklinikums Leipzig in 61 % der bestätigten Fälle um körperliche Misshandlung, in 18,6 % um Vernachlässigung und in 10,2 % der bestätigten Fälle um sexuellen Missbrauch handelte (Landgraf et al. 2010).

Das Geschlecht der Patienten

Nach Analyse der Datenlage der TAKS zeigte sich, dass ca. 10 % mehr weibliche als männliche Patienten in dem oben genannten Zeitraum vorgestellt wurden. Weibliche Patienten wurden häufiger mit dem Verdacht auf sexuellen Missbrauch oder Vernachlässigung vorgestellt. Dagegen wurde der Verdacht auf körperliche oder seelische Misshandlung häufiger bei männlichen Patienten geäußert.

In der Kinderschutzambulanz des Instituts für Rechtsmedizin der LMU München wurden wesentlich häufiger (ca. 45 %) weibliche als männliche Patienten vorgestellt (Brandau 2018).

Die Aufklärungsraten der Vorstellungen in der TAKS unterschieden sich bei den Geschlechtern. Bei 29,1 % der Fälle, in denen die Patienten weiblich waren, und bei 45,5 % der Fälle, in denen die Patienten männlich waren, ließ sich der Verdacht auf Kindeswohlgefährdung bestätigen. Eine anschließende Berechnung der Chance auf ein Misshandlungsereignis ergab, dass bei männlichen Patienten 3,6-mal so häufig der Verdacht auf Kindesmisshandlung bestätigt wurde wie bei weiblichen Patienten. Dabei handelte es sich vor allem um körperliche Misshandlung. Bei weiblichen Patienten hingegen überwog der Verdacht auf sexuellen Missbrauch, der allerdings häufig ungeklärt blieb.

Das Alter der Patienten

Die Altersverteilung des Patientenkollektivs der TAKS hat einen Peak bei der Gruppe der Patienten der jüngsten Altersklasse. Die Häufigkeit der Konsultationen nahmen mit zunehmendem Alter der Patienten ab.

Die Verteilung der bestätigten Fälle hat einen ersten Peak bei der jüngsten Altersklasse (0-2 Jahre) und einen zweiten Peak in der Altersklasse der 9- bis 11-Jährigen. In der Kinderschutzambulanz des Instituts für Rechtsmedizin der LMU München stellte sich die Häufigkeitsverteilung der Altersklassen anders dar. Hier wurden insbesondere Kinder im Alter zwischen 3 und 6 Jahren vorgestellt (Zinka et al. 2019).

7.1.2 Die Täterschaften

Die am häufigsten vermuteten und später bestätigten Täterschaften in der TAKS waren die leiblichen Eltern und der Lebensgefährte der Mutter. Somit handelte es sich in den meisten Fällen um Täter, die engen Kontakt mit den Kindern haben. Der am häufigsten vermutete Tatort ist das häusliche Umfeld. Auch Bartholl (2009) nennt die Wohnung des Täters bzw. des Opfers als den am häufigsten angegebenen Tatort. In der Mehrheit der Fälle waren die leiblichen Eltern bei Vorstellung der Patienten in der Kinderschutzambulanz der Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Münster genannt worden.

7.1.3 Die mental retardierten Patienten

Bei der Überprüfung von potentiellen Risikofaktoren wurde festgestellt, dass Kinder dieses Patientenkollektivs mit einer mentalen Retardierung kein erhöhtes Risiko haben, misshandelt zu werden. Bei diesen Kindern wurde körperliche Misshandlung ebenso häufig vermutet wie sexueller Missbrauch. Die Fälle, bei denen körperliche Misshandlung vermutet wurde, wurden häufiger bestätigt. Die Fälle, in denen sexueller Missbrauch vermutet wurde, blieben häufig ungeklärt.

7.1.4 Der väterliche Drogenabusus

Nach Analyse der Datenlage zeigte sich, dass der väterliche Drogenabusus ein tendenzieller Risikofaktor für Kindesmisshandlung ist. In diesen Fällen wurde vor allen Dingen körperliche Misshandlung durch den Vater festgestellt.

7.1.5 Die Befunde

In den Verdachtsfällen, in denen sich der Verdacht auf Kindesmisshandlung nach erfolgter körperlicher Untersuchung bestätigt hat, war der Großteil der Befunde im Bereich des Gesichts

oder des Gesäßes festgestellt worden. Hämatome und Petechien sind häufig an der Wange, am Ohr oder am Gesäß festgestellt worden, Schwellungen vor allen Dingen im periorbitalen oder Wangenbereich, wie auch verschiedene Wunden, wobei es sich häufig um Kratz- oder Schürfwunden handelte. In 65,6 % der bestätigten Fälle war mehr als ein Hämatom festgestellt worden. Bei den Rötungen waren die Wangen und das Gesäß eine sehr häufige Befundlokalisation.

Bei wenigen Verdachtsfällen waren genitale Befunde festgestellt worden, die den Verdacht auf einen sexuellen Missbrauch bestätigten. Viele Fälle mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch blieben jedoch ungeklärt, unter anderem auch, weil häufig nicht-penetrierende sexuelle Handlungen vermutet wurden, die abschließend nur schwer geklärt werden können.

7.1.6 Die Familienmodelle

Es zeigte sich, dass in Patchworkfamilien vorwiegend weibliche Patienten, in den Non-Patchworkfamilien hingegen vorwiegend männliche Patienten lebten. In Non-Patchworkfamilien wurde Vernachlässigung häufiger vermutet als in Patchworkfamilien. Andere Misshandlungsarten hingegen wurden nahezu gleich häufig vermutet.

Was die bestätigten Misshandlungsfälle betrifft, ist der Verdacht auf körperliche Misshandlung deutlich häufiger in Patchworkfamilien als in Non-Patchworkfamilien bestätigt worden, wohingegen die Vernachlässigung häufiger bei Non-Patchworkfamilien als bei Patchworkfamilien bestätigt wurde. Bei der Betrachtung der Täter in Patchworkfamilien fiel auf, dass im Vergleich zu den Non-Patchworkfamilien der Vater seltener als Täter vermutet wurde.

Die Berechnung des Risikos für Kindesmisshandlung ergab, dass das Aufwachsen in einer Patchworkfamilie keinen relevanten Einfluss darstellt.

7.1.7 Die geographische Verteilung

Die geographische Verteilung des Patientenguts der TAKS zeigte, dass der Schwerpunkt der Vorstellungen in Jena und den umliegenden Landkreisen lag. Man sieht darüber hinaus eine radiäre Abnahme der Häufigkeit der Wohnorte, mit Mittelpunkt in Jena. Insbesondere aus Erfurt und den umliegenden Landkreisen sind nur wenige Konsultationen erfolgt.

7.2 Diskussion der Methoden

Bei der hier vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine retrospektive Betrachtung von Daten. Eine retrospektive Studie bietet diverse Vorteile gegenüber prospektiven Studien, da die

Erhebung bzw. Aufnahme der Daten nur der Protokollierung dient und nicht der Beantwortung einer wissenschaftlichen Fragestellung. Man kann daher davon ausgehen, dass die Protokollierung der Daten nicht von einer gezielten Fragestellung beeinflusst wird. Weiterhin ermöglicht eine retrospektive Studie das Erkennen von tendenziellen Einflüssen bzw. von tendenziellen Risikofaktoren, die das Formulieren neuer Forschungshypothesen ermöglicht und, basierend darauf, das Entwerfen neuer Studien. Hinzu kommt, dass sie mögliche Fehler- bzw. Störquellen erkennen lassen und somit das Entwerfen zukünftiger Studien erleichtern (Weiß 2019).

Man muss jedoch auch berücksichtigen, dass eine retrospektive Datenbetrachtung Nachteile mit sich bringt. Eine verminderte Aussagekraft der untersuchten Zusammenhänge kann dadurch entstehen, dass stellenweise Daten fehlen, da sie nicht erhoben wurden. Dadurch verringert sich der aussagekräftige Datensatz. Dies kann darüber hinaus dazu führen, dass mögliche Effektzusammenhänge nicht ausreichend gut abgeschätzt werden können und bei weiterer Differenzierung der Fragestellungen sich die Aussagekraft der Ergebnisse reduziert (Weiß 2019).

Im konkreten Fall dieser Arbeit handelte es sich um die tabellarische Zusammenfassung von freien Gedankenprotokollen und schriftlichen Befunddokumentationen von unterschiedlichen Mitarbeitern der TAKS. Es muss also auch kritisch in Betracht gezogen werden, dass jeder Protokollant eine eigene Befragungstechnik haben könnte und dass jeder Protokollant verschiedene Aspekte unterschiedlich schwer gewichtet haben könnte. Dabei sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass die Protokollierung familiärer Zusammenhänge oder deren Betrachtung durch eigene Erfahrungen beeinflusst werden können. Überdies hängt die Qualität von Interviews mit Kindern sehr von der Art der gestellten Fragen bzw. dem Befragungsstil des Interviewers ab (Daviesl et al. 2000). Darüber hinaus gibt es aber auch andere Einflussfaktoren, welche ein Interview beeinflussen können. Es ist festgestellt worden, dass weibliche Interviewer männlichen Kindern mehr suggestive Fragen stellen als weiblichen Kindern (Lamb und Garretson 2003). Dieses Phänomen wird darauf zurückgeführt, dass die Interviewerinnen vermutlich befürchten, dass die männlichen Kinder weniger dazu bereit sind, Informationen zu geben. Bei männlichen Interviewern ist keine Besonderheit bei der Befragung beider Geschlechter aufgefallen.

Auswertung der Fälle

Ein wiederholtes Auftreten eines Misshandlungsereignisses findet in 30 % der Fälle statt (Ellaway et al. 2004), sodass auch bei ungeklärten Fällen nicht auszuschließen ist, dass eine Kindesmisshandlung erneut stattfinden könnte. Daher wurden auch ungeklärte Fälle in die Auswertung miteinbezogen. Bei Betrachtung der Datenlage fällt auf, dass die Verdachtsfälle auf sexuellen Missbrauch häufig ungeklärt blieben. Es ist wichtig zu betonen, dass ein Fehlen von körperlichen Verletzungszeichen einen sexuellen Missbrauch nicht ausschließt (Hariton 2012). Ein Fehlen von körperlichen Verletzungszeichen bei der Untersuchung kann evtl. auch darauf zurückgeführt werden, dass insbesondere genitale Verletzungen schnell verheilen können (Finkel 1989). Nach Kissane et al. (1985) wird eine oberflächliche Wunde mit einer Wachstumsrate von 1 mm pro 24 Stunden mit Epithel überdeckt, sodass leichte Verletzungen innerhalb von 2-3 Tagen abheilen können. Diese schnelle Heilung hat zur Folge, dass Zeichen eines stattgefundenen sexuellen Missbrauchs sich nach diesem Zeitraum nur noch sehr schwer feststellen lassen (McCann et al. 2007a, McCann et al. 1992). Ähnlich verhält es sich mit analen oder perianalen Verletzungen; je nach Schweregrad der Verletzung verheilen sie unterschiedlich schnell und häufig vollständig (Heppenstall-Heger et al. 2003). Darüber hinaus muss eine stattgefundene Penetration nicht zwangsläufig zu einer genitalen Verletzung führen, weshalb auch häufig keine Zeichen für einen sexuellen Missbrauch in der körperlichen Untersuchung festgestellt werden können (Swerdlin et al. 2007). Unterschiedliche Heilungsverläufe machen deutlich, wie wichtig eine sofortige Vorstellung bei bestehendem Verdacht ist. Daher hat die anamnestiche Befragung der Kinder über die (vermeintlichen) Verletzungsabläufe eine große Bedeutung bei der Beurteilung eines Verdachts auf sexuellen Missbrauch, um auch die Fälle zu detektieren, bei denen eine Penetration stattgefunden hat, sich jedoch keine körperlichen Zeichen feststellen ließen (Finkel 1989, Swerdlin et al. 2007). Des Weiteren ist die Anamnese das einzige Mittel, um Fälle, in denen nicht-penetrierende sexuelle Handlungen stattfanden, beurteilen zu können.

Binär-logistische Regression

Um mögliche Risikofaktoren ermitteln zu können, wurde geprüft, ob es statistische Zusammenhänge zwischen sozialanamnestischen Einflüssen und einem bestätigten Verdacht auf Kindesmisshandlung gibt. Zu diesem Zweck wurden Variablen gewählt, die mögliche Hinweise für innerfamiliäre Konflikte waren und daher als potentielle Risikofaktoren für eine Kindesmisshandlung vermutet wurden. Diese potentiell erklärenden Variablen wurden in ein binär-logistisches Regressionsmodell miteinbezogen, um ihren Einfluss auf die

Eintrittswahrscheinlichkeit eines Misshandlungsereignisses zu untersuchen und um die Effekte der verschiedenen Variablen zu adjustieren und dadurch eine Verzerrung der Effektzusammenhänge zu verringern (Bender et al. 2007). Variablen, die mit der Variable Patchworkfamilie (ja, nein) korrelieren könnten, wurden nicht mit in das Regressionsmodell eingebunden, um eine mögliche Multikollinearität und eine damit verbundene Verzerrung der Ergebnisse zu vermeiden. Die mit Hilfe der binär-logistischen Regression ermittelten Risikofaktoren sind jedoch nur eingeschränkt aussagekräftig, da die Datendichte einiger Variablen gering war.

7.3 Diskussion der Ergebnisse

Diese Arbeit soll dazu dienen, auf der Grundlage der Daten der Thüringer Ambulanz für Kinderschutz systematische Thesen zu formulieren, auch um zukünftige Studien anstoßen zu können.

7.3.1 Das Geschlecht der Patienten

Die Risikoberechnung ergab, dass bei männlichen Patienten dieses Patientenkollektivs eine Kindeswohlgefährdung weitaus häufiger bestätigt wurde als bei weiblichen Patienten. Dieses Ergebnis lässt sich dadurch erklären, dass bei männlichen Patienten vor allen Dingen körperliche Misshandlung vermutet und bestätigt wurde. Ein Verdacht auf körperliche Misshandlung lässt sich meist leichter bestätigen als ein vermuteter sexueller Missbrauch.

In einer Zusammenfassung europaweiter Studien (Lampe 2002) wird beschrieben, dass körperliche Misshandlung häufiger bei männlichen Patienten vorkommt. In anderen Studien dagegen ließen sich keine signifikante Geschlechterunterschiede bei körperlicher Misshandlung feststellen (Kemp et al. 2014c, Naidoo 2000). Sexueller Missbrauch hingegen kommt nach Lampe (2002) häufiger bei weiblichen Patienten vor. Auch in unserem Patientenkollektiv wurde sexueller Missbrauch nur bei weiblichen Patienten bestätigt. Diese Geschlechterverteilung beim sexuellen Missbrauch kann vielleicht darauf zurückgeführt werden, dass sexueller Missbrauch männlicher Patienten selten von ihnen selbst gemeldet wird (Holmes und Slap 1998). Als Gründe dafür nennen Johnson und Shrier (1985) das Bestreben der Patienten, das Missbrauchereignis zu vergessen, die Angst vor der Reaktion der Familien und Freunde und den Wunsch, den Täter zu schützen. Ein weiterer Grund kann auch sein, dass sexuelle Annäherungen durch eine Frau von einigen männlichen Patienten, auch rückblickend, nicht als sexuelle Misshandlung bewertet werden. In der Studie von Johnson und Shrier (1985) ließ sich dieses Phänomen in einigen Fällen feststellen. Dass Kinder die Annäherung einer

weiblichen Person als weniger unangenehm oder bedrohlich empfinden, stellt auch Finkelhor (1978) fest.

Ähnlich wie in der hier vorliegenden Arbeit zeigt sich im Jahrbuch der polizeilichen Kriminalstatistik des Freistaats Thüringen des Jahres 2016, dass bei der körperlichen Misshandlung die männlichen Opfer und beim sexuellen Missbrauch die weiblichen Opfer dominieren. Eine körperliche Misshandlung von Kindern (0-14 Jahre) ist in 59,6 % der Fälle (n=140) bei männlichen und in 40,4% der Fälle bei weiblichen Opfern (n=95) registriert worden. Ein sexueller Missbrauch von Kindern (0-14 Jahren) ist in 78,1 % bei weiblichen Opfern (n=374) und in 21,9 % bei männlichen Opfern (n=105) registriert worden (Landeskriminalamt Thüringen 2016).

7.3.2 Das Alter der Patienten

Der Altersgipfel bei der jüngsten Altersklasse (0-2 Jahre) könnte damit zusammenhängen, dass in diesem Alter vermehrt ein Außenkontakt stattfindet und dadurch die Melderate steigt. Im Alter von bis zu einem Jahr finden zum Beispiel im Schnitt ca. 5 Kontrolluntersuchungen durch einen Kinderarzt statt. Außerdem werden die Eltern in den ersten Lebenswochen des Kindes häufig von ihren Hebammen begleitet. Dieser Peak kann auch mit einer höheren Bereitschaft zusammenhängen, in diesem Entwicklungsstadium des Kindes einen Arzt zu konsultieren, wenn die Eltern befürchten, dass das Kind durch den Misshandlungsakt geschädigt wurde. Diese Altersklasse ist auch deshalb besonders betroffen, weil das Ausmaß der Belastung der Eltern von Kindern dieses Alters erhöht ist. In der Tat stellt die Abhängigkeit der Kinder von ihren Eltern und ihre körperliche Fragilität eine Belastung für manche Eltern dar. Die Belastung der Eltern kann insbesondere dann erhöht sein, wenn die Kinder frühkindliche Verhaltens- oder Regulationsstörungen, wie zum Beispiel exzessives Schreien, Schlafstörungen oder ähnliches aufweisen (Mützel 2011). Ein hieraus resultierendes Gefühl der Hilflosigkeit und Überforderung kann dann zu einer erhöhten Erregbarkeit der Eltern führen. Tritt diese bei Eltern mit einer niedrigen Impulskontrolle auf, greifen diese zu physischer Gewalt als Disziplinierungsmaßnahme (Bender und Lösel 2005).

Auch der zweite Alterspeak in der Altersklasse der 9- bis 11-Jährigen könnte mit einem vermehrten Außenkontakt zusammenhängen, da die Kinder in dieser Zeit in die Schule gehen und viel mit Lehrern, aber vielleicht auch mit aufmerksamen Mitschülern in Kontakt treten. Hinzu kommt, dass die Kinder in dieser Phase ihrer Entwicklung eher in der Lage sind, konkret die Tathergänge zu beschreiben als Kinder in jüngerem Alter.

7.3.3 Die Täterschaften

In absteigender Häufigkeit bestätigte sich in der TAKS im untersuchten Zeitraum die Täterschaft am häufigsten bei der Mutter, beim Vater und beim Lebensgefährten der Mutter. Auch bei der retrospektiven Betrachtung von Gutachten über Misshandlungsfälle und sexuelle Missbrauchsfälle des Instituts für Rechtsmedizin Münster der Jahre 1996 bis 2005 war die Mutter häufiger als der Vater als Täter genannt worden (Bartholl 2009). Allerdings werden in anderen Untersuchungen mit absteigender Häufigkeit die Väter, die Lebensgefährten der Mütter und anschließend die Mütter als die häufigsten Täter erkannt (Swerdlin et al. 2007, Naidoo 2000). Gleichwohl waren in der hier vorliegenden Arbeit, wie auch im Institut für Rechtsmedizin Münster (Bartholl 2009), in der Gesamtheit vorwiegend männliche Täter vermutet worden. In der vorliegenden Untersuchung wurde häufiger eine männliche Täterschaft bestätigt.

Ein Grund für kindeswohlgefährdendes Verhalten von Eltern ist, dass Eltern, die ein erhöhtes Risiko haben, ihr Kind zu misshandeln, ihr Kind als schwierig wahrnehmen, entgegen der Meinung Dritter (Eichler et al. 2014). Darüber hinaus wurde in loc. cit. gezeigt, dass belastete Eltern das Verhalten ihres Kindes signifikant negativer bewerteten als die Kinder selbst. Im Vergleich dazu hatten nicht belastete Eltern das Verhalten ihrer Kinder ungefähr genauso bewertet wie die Kinder selbst. Eichler et al. (2014) zogen aus diesen Ergebnissen den Schluss, dass bei belasteten Eltern von einer kognitiven Verzerrung bzw. einer Verzerrung der Einschätzung des Kindesverhaltens ausgegangen werden kann und dass kindeswohlgefährdendes Elternverhalten ein Elternmerkmal und nicht nur eine Reaktion auf problematisches Kindesverhalten ist. Bender und Lösel (2005) kommen zu dem Schluss, dass Verhaltensprobleme von misshandelten Kindern nicht primär die Ursache der Misshandlung sind, sondern dass sie häufig eine Folge von unangemessenen elterlichen Erziehungsmethoden sind. Sie bezogen sich hierbei auf eine von Engfer im Jahr 1992 prospektiv durchgeführte Studie, die zeigte, dass Mütter misshandelter Kinder sich ihren Kindern gegenüber repressiver verhielten und auch schon in der Neonatalphase einen wenig sensiblen Umgang mit ihren Kindern gezeigt hatten, was sich bei diesen Kindern später in unkooperativem Verhalten äußerte. Sie vermuteten, dass das Kind in manchen Fällen vielleicht schon vor der Geburt abgelehnt wurde (Bender und Lösel 2005).

7.3.4 Die mental retardierten Patienten

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass Kinder dieses Patientenkollektivs mit mentaler Retardierung kein erhöhtes Risiko haben, Kindesmisshandlung zu erfahren. In der Tat ist die Anzahl der eindeutig bestätigten Fälle bei mental retardierten Kindern gering. Die Zahl der

unbestätigten Fälle ist jedoch hoch, besonders was den Verdacht auf sexuellen Missbrauch angeht. Dies ist wohl darauf zurückzuführen, dass zum einen die Aussagen mental retardierter Patienten schwer einzuschätzen sind (insbesondere, dann wenn man sie nicht gut kennt) und zum anderen, weil eine eindeutige Diagnostizierung von sexuellem Missbrauch grundsätzlich schwerer möglich ist. Dieses Ergebnis deckt sich nicht mit den Erkenntnissen aus anderen Studien. Laut Horner-Johnson und Drum (2006) gelten geistig behinderte Kinder als gefährdet. Sie haben eine 3,4-fach höhere Chance missbraucht zu werden als Kinder ohne körperliche oder mentale Einschränkungen. Sullivan und Knutson (2000) nannten in ihrer Populationsstudie in absteigender Häufigkeit Vernachlässigung, sexuellen Missbrauch, körperliche Misshandlung und seelische Misshandlung als die am häufigsten vorkommenden Misshandlungsarten bei mental retardierten Kindern. Aufgrund ihrer geminderten Intelligenz werden sie häufig als „leichte Opfer“ angesehen und sind auf Grund ihrer Behinderung häufig nicht in der Lage, bestimmte Tötlichkeiten als Missbrauch bzw. Misshandlung zu identifizieren (Hibbard et al. 2007). Darüber hinaus werden eine ungenügende sexuelle Aufklärung und Sensibilisierung der Kinder für das Thema der sexuellen Selbstbestimmung als mögliche Gründe genannt, weshalb geistig behinderte Kinder sexuelle Handlungen schlechter als Fehlverhalten des Täters erkennen können und sich in der Folge auch weniger gegen sexuellen Missbrauch wehren (Murphy 2011). Dies könnte auch ein möglicher Grund für geringe Melderaten sein.

7.3.5 Der väterliche Drogenabusus

Ein weiteres Ergebnis der vorliegenden Untersuchung ist, dass der regelmäßige Konsum von Drogen durch den Vater ein tendenzielles Risiko für eine Kindesmisshandlung ist. Ein möglicher Erklärungsansatz hierfür könnte sein, dass bei Vätern, die regelmäßig Drogen konsumieren, die Impulskontrolle eingeschränkt ist und sie deshalb eher körperliche Gewalt anwenden. Diese These wird dadurch gestützt, dass bei Kindern drogenkonsumierender Väter häufig eine körperliche Misshandlung vermutet wurde und sich dieser Verdacht in der Mehrheit der Fälle auch bestätigen ließ. Allerdings muss hier kritisch erwähnt werden, dass bei fehlenden Daten einige Fälle für die Risikoberechnung ausgeschlossen wurden, sodass die Nettostichprobe gering war und daher nur eingeschränkt Aussagen über ein tendenzielles Risiko gemacht werden können.

Gleichwohl ist ein regelmäßiger elterlicher Drogenabusus bzw. eine elterliche Suchtproblematik ein Risikofaktor für Kindesmisshandlung (Walsh et al. 2003). Zum Beispiel erleben Kinder, die mindestens ein alkoholsüchtiges Elternteil haben, zwei- bis dreimal so häufig emotionalen, körperlichen oder sexuellen Missbrauch wie Kinder von nicht alkoholsüchtigen Eltern (Anda et al. 2002). Eine retrospektive Auswertung des Datensatzes der

Projektstudie „Frühintervention und Prävention für Kinder in suchtbelasteten Familien“ ergab, dass 36 % der Erwachsenen, die mit mindestens einem süchtigen Elternteil aufgewachsen sind und selber eine Suchterkrankung haben, täglich oder häufig körperliche Misshandlung erfahren haben (Klein und Zobel 1999). Seelische Misshandlung haben 58,9 % von ihnen täglich oder häufig erfahren (Klein und Zobel 1999). Dies beruht vermutlich darauf, dass Suchtprobleme häufig mit antisozialen Persönlichkeitszügen zusammenhängen, die eine verminderte Empathiefähigkeit zur Folge haben (Zobel 2005).

7.3.6 Die Befunde

Beim Betrachten der Befunde in der vorliegenden Untersuchung sticht hervor, dass die Auswirkungen angewandter körperlicher Gewalt vor allem im Gesichts- und Gesäßbereich festgestellt wurden. Diese Beobachtung passt auch zu den am häufigsten vermuteten Verletzungsarten. Daraus lässt sich schließen, dass Schläge ins Gesicht oder auf das Gesäß am häufigsten angewandt werden und möglicherweise eher Ausdruck einer impulsiven Handlung als einer systematischen Gewaltanwendung sind. Ähnliche Ergebnisse beschreibt auch Naidoo (2000), der das häufigere Auftreten von Hämatomen im Vergleich zu anderen Verletzungen wie zum Beispiel Verbrennungen als Zeichen für spontanen Kontrollverlust der Täter wertet.

7.3.7 Die Familienmodelle

Es wurde untersucht, ob das Aufwachsen in einer Patchworkfamilie ein erhöhtes Risiko für eine Kindesmisshandlung darstellt. Die Formulierung dieser Fragestellung basierte auf der These, dass die Hemmschwelle, das Wohl eines nicht-leiblichen Kindes zu gefährden, geringer sei als bei einem leiblichen Kind. Nach dem Durchführen der binär-logistischen Regression konnte jedoch keine erhöhte Chance auf eine bestätigte Misshandlung ermittelt werden. Bei Betrachtung der Fallausgänge der beiden Familienmodelle lässt sich zudem eine ähnliche Verteilung der bestätigten, ausgeschlossenen und ungeklärten Verdachtsfälle erkennen.

Andere Studien zu dieser Fragestellung ergaben, dass Kinder, die mit dem Lebensgefährten der Mutter in einem Haushalt leben, eine deutlich höhere Chance haben misshandelt zu werden als Kinder, die mit beiden leiblichen Elternteilen zusammen leben und dass dieses Risiko mit steigendem Alter der Kinder sinkt (Wilson und Daly 1987). Eine brasilianische Querschnittsstudie kam zu dem Ergebnis, dass Kinder, die in einem Haushalt mit der leiblichen Mutter und ihrem Lebensgefährten aufwachsen, ein doppelt so hohes Risiko haben misshandelt zu werden wie Kinder, die mit ihren leiblichen Eltern aufwachsen (Alexandre et al. 2010). Überraschenderweise wurde in dieser Studie die leibliche Mutter meistens als Täterin

identifiziert. Die mütterlichen Aggressionen waren insbesondere dann erhöht, wenn die Mütter nicht mit ihrem neuen Lebensgefährten verheiratet waren (Alexandre et al. 2010). Im Gegensatz dazu wird in der hier vorliegenden Studie die Mutter am zweithäufigsten als Täterin innerhalb der Patchworkfamilien identifiziert.

Ein weiterer in der Literatur beschriebener Grund für das erhöhte Risiko von Misshandlung in Patchworkfamilien ist, dass sich Menschen mit Drogen- einschließlich Alkoholproblemen oder dysfunktionalen Persönlichkeitsstrukturen häufiger von ihren Partnern trennen oder scheiden lassen und anschließend neue Beziehungen mit Partnern eingehen, die häufig Kinder mit in die Beziehung einbringen (Giles-Sims 1998). Probleme beim Anpassen an die neue Familienkonstellation bergen häufig ein erhöhtes Konfliktpotential und erhöhen so das innerfamiliäre Stresslevel. Ist darüber hinaus der familiäre Zusammenhalt gering, erhöht sich das Risiko auf ein Misshandlungsereignis innerhalb einer Patchworkfamilie (Giles-Sims 1998). Die unterschiedlichen Häufigkeiten der vermuteten Vernachlässigung in den Familienmodellen kann auf dem Bemühen der Mutter beruhen, den neuen Lebensgefährten in die Familie zu integrieren und die Beziehung zu ihm zu stärken, was in der Folge zu einer Vernachlässigung der Bedürfnisse der Kinder führt (Alexandre et al. 2010). Dass der Vater in der hier vorliegenden Arbeit seltener in Patchworkfamilien als Täter vermutet wurde, obwohl er im Allgemeinen am zweithäufigsten genannt bzw. vermutet wurde, kann evtl. darauf zurückgeführt werden, dass die Kinder getrennter Eltern meist bei der Mutter wohnen und seltener Kontakt zu ihrem Vater haben. Die unterschiedliche Geschlechterverteilung innerhalb der Familienmodelle könnte darauf zurückgeführt werden, dass Mädchen von neuen Partnern eher akzeptiert werden als Jungen.

Prinzipiell ist ein Vergleich der Kindesmisshandlung in beiden Familienmodellen nur eingeschränkt möglich. Zum einen unterscheiden sich die Größen der beiden Gruppen und der Umfang der Datensätze in beiden Familienmodellen, zum anderen konnten aufgrund fehlender Daten viele Patienten keinem Familienmodell eindeutig zugeordnet werden.

7.3.8 Die Geographische Verteilung

Die radiär abnehmende Häufigkeit der Vorstellungen in der TAKS um den Standort Jena herum kann zwei Erklärungsansätze haben. Der eine Ansatz ist, dass es konkurrierende Kinderschutzambulanzen in anderen Landkreisen gibt, z.B. die Kinderschutzambulanz der Heliosklinik in Erfurt. Der andere Ansatz könnte sein, dass es in den Landkreisen, die weiter von Jena entfernt sind, keine oder nur geringe Kenntnis über die Thüringer Ambulanz für Kinderschutz gibt. Daher kann auf Grund der vorliegenden Datenlage keine allgemeine

Aussage über die geographische Verteilung der Kindesmisshandlung im Freistaat Thüringen getroffen werden.

7.4 Ausblick

Die Ergebnisse dieser Arbeit sind mit großer Zurückhaltung zu bewerten. Aufgrund der methodischen Limitationen sind pauschale Aussagen nicht möglich. Gleichwohl lassen sich anhand der Ergebnisse einige mögliche Ansätze für künftige Studien formulieren.

Um eine flächendeckende Statistik für Kindesmisshandlung in Thüringen zu gewinnen, wäre eine gemeinsam angelegte Datenbank aller Kinderschutzambulanzen in Thüringen zweckdienlich. Hierfür wäre ein gemeinsam entworfener pseudonymisierter Anamnesebogen von Vorteil. Mit diesem Anamnesebogen könnten sozialmedizinische Aspekte zusammengefasst und anschließend in eine Datenbank eingefügt werden.

In der hier vorliegenden Arbeit wurden die sozialen Hintergründe und das Alter der Eltern auf Grund der geringen Datendichte nicht nähergehend untersucht. Die Ausgabe eines Sozialanamnesebogens vor dem eigentlichen Anamnesegespräch, welches auf freiwilliger Basis von den nächsten Angehörigen oder von vorstellenden Mitarbeitern der verschiedenen Institutionen ausgefüllt würde, könnte hier eine höhere Datendichte gewährleisten.

Auf der Basis dieser Daten könnten weitere retrospektive oder prospektive Studien durchgeführt werden, die die identifizierten Risikofaktoren näher beleuchten. Ein Entwurf eines solchen Fragebogens findet sich im Anhang (**s. Anhang 10.1**).

Menzel et al. (2013) haben den Einfluss von gewissen Risikofaktoren, die auf der Basis der Forschungsliteratur ausgewählt wurden, auf das Ausmaß der Gewaltanwendungen der Täter bzw. die Schwere der Verletzungen des Kindes untersucht. Ähnlich wie in jener Studie wäre es interessant, die Schweregrade der Misshandlung in Patchworkfamilien und Non-Patchworkfamilien zu vergleichen. Das übergeordnete Ziel aller dieser Studien muss sein, anhand ermittelter Risikofaktoren mögliche Ansätze für präventive Maßnahmen gegen Kindesmisshandlung zu entwickeln.

8 Schlussfolgerungen

In der hier vorliegenden Arbeit wurden die Daten der Thüringer Ambulanz für Kinderschutz (TAKS) aus den Jahren 2014 - 2016 retrospektiv ausgewertet. Es handelte sich um 357 Patientenkonsultationen, die mit dem Verdacht auf körperliche Misshandlung, sexuellen Missbrauch, seelische Misshandlung oder Vernachlässigung vorgestellt wurden. Dabei wurden die medizinischen, sozialen und regionalen Aspekte untersucht. Ein besonderes Augenmerk wurde auf das Familienmodell der Patchworkfamilien gerichtet.

Es ergab sich, dass der Verdacht auf Kindesmisshandlung 3,6-mal häufiger bei männlichen Patienten dieses Patientenkollektivs bestätigt wurde als bei weiblichen Patienten. Es ergab sich weiterhin, dass die Altersklasse der Patienten im Alter von bis zu 2 Jahren die am häufigsten betroffene war. Die häufigsten bestätigten Täterschaften waren in der hier vorliegenden Untersuchung die leiblichen Eltern und der Lebensgefährte der Mutter. Eine tendenzielle Risikoerhöhung für eine Kindesmisshandlung zeigte sich zudem bei Patienten dieses Kollektivs, deren Väter regelmäßig Drogen konsumierten. Weiterhin wurde untersucht, ob Patienten mit mentaler Retardierung ein erhöhtes Risiko für Kindesmisshandlung haben. Ein solches Risiko konnte innerhalb dieses Patientenkollektivs nicht festgestellt werden. Andere Untersuchungen kommen hingegen zu einem gegenteiligen Ergebnis (Horner-Johnson und Drum 2006, Sullivan und Knutson 2000). Ein Vergleich der Familienmodelle ergab, dass kein erhöhtes Risiko für Kindesmisshandlung in Patchworkfamilien innerhalb dieses Patientenkollektivs festgestellt werden konnte. Auch dieses Ergebnis steht im Widerspruch zu anderen Studien (Alexandre et al. 2010, Wilson und Daly 1987), die das Aufwachsen in einer Patchworkfamilie als potentiell Risiko für eine Kindesmisshandlung identifizieren. Der geographische Schwerpunkt der Wohnorte der Patienten lag hauptsächlich in Jena und in den umliegenden Landkreisen mit radiärer Abnahme der Wohnorthäufigkeit, was vermutlich durch andernorts ansässige Kinderschutzambulanzen und mangelnde Kenntnis des Angebots der TAKS in den Landkreisen, die weiter von Jena entfernt sind, erklärt werden kann. Ein einzubeziehender Faktor bei der Bewertung dieser Ergebnisse ist, dass ca. 44 % der in der TAKS behandelten Fälle ungeklärt blieb, sodass dadurch eine Verzerrung der Effektzusammenhänge möglich ist.

Um methodische Limitationen zu reduzieren und die Datendichte zu erhöhen, wird vorgeschlagen, einen Sozialanamnesebogen vor dem eigentlichen Anamnesegespräch auszugeben, welcher auf freiwilliger Basis ausgefüllt wird. Mit Hilfe dieser Daten könnte auch die Risikobewertung für Kinder in Patchworkfamilien nochmals untersucht werden. Interessant

wäre auch den Schweregrad der Misshandlung in den verschiedenen Familienmodellen zu vergleichen.

Zusammengefasst konnten mit Hilfe dieser Arbeit tendenzielle Risikofaktoren, aber auch methodische Limitationen erkannt werden. Auf der Basis dieser Erkenntnisse wird eine Optimierung des Datenerhebungsprozesses und das Formulieren neuer Forschungshypothesen möglich.

9 Literatur- und Quellenverzeichnis

- Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, Harper NS, Palusci VJ, Frasier LD, Levitt CJ, Shapiro RA, Moles RL, Starling SP. 2016. Updated guidelines for the medical assessment and care of children who may have been sexually abused. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 29 (2):81-87.
- Adamsbaum C, De Boissieu P, Teglas JP, Rey-Salmon C. 2019. Classic metaphyseal lesions among victims of abuse. *The Journal of pediatrics*, 209:154-159. e152.
- Ajiri R, Koerber F, Banaschak S, Semler O. 2019. Unfall oder Kindesmisshandlung? Differenzialdiagnostik bei Frakturen ohne klare Ursache. *Pädiatrie up2date*, 14 (04):311-327.
- Alexandre GC, Nadanovsky P, Moraes CL, Reichenheim M. 2010. The presence of a stepfather and child physical abuse, as reported by a sample of Brazilian mothers in Rio de Janeiro. *Child abuse & neglect*, 34 (12):959-966.
- Anda RF, Whitfield CL, Felitti VJ, Chapman D, Edwards VJ, Dube SR, Williamson DF. 2002. Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric services*, 53 (8):1001-1009.
- Assadian O. 2006. *Wundatlas: Kompendium der komplexen Wundbehandlung; 141 Tabellen.* Georg Thieme Verlag.
- Banaschak S, Janssen K, Rothschild MA. 2016. Kindesmisshandlung – eine Übersicht aus rechtsmedizinischer Sicht. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 10 (2):98-102.
- Bartholl T. 2009. Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch – eine retrospektive Studie aus den Gutachten des Instituts für Rechtsmedizin Münster der Jahre 1996 bis 2005: Dissertation, Wilhelms-Universität Münster.
- Bender D, Lösel F. 2005. 20. Misshandlung von Kindern: Risikofaktoren und Schutzfaktoren. *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: Ein Handbuch*:317.
- Bender R, Ziegler A, Lange S. 2007. Logistische Regression. *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 132 (S 01):e33-e35.

- Blesken M, Franke I, Freiberg J, Kraft M, Kurylowicz L, Rohde M, Schwier F. 2019. AWMF S3+ - Leitlinie zu Kindesmisshandlung, - missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik.
- Brandau L-M. 2018. Die Kinderschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin der LMU München: Imu.
- Buchner G, Cizek B, Gössweiner V, Kapella O, Pflegerl J. 2001. Grundlagen zu Gewalt in der Familie. Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg), Gewalt in der Familie Gewaltbericht:16-74.
- Bundesärztekammer. 2018. (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) vom 15.11.2018 Bundesärztekammer (2018).
- Bürgerliches Gesetzbuch. 2000. BGB - Buch 4 - § 1631 Inhalt und Grenzen der Personensorge - Abs. 2 Bürgerliches Gesetzbuch:
- Bussmann K-D. 2003. Erste Auswirkungen des Gesetzes zur Ächtung der Gewalt in der Erziehung. IKK-Nachrichten Deutsches Jugendinstitut e, 2003 (1-2).
- Cierpka M. 2001. Zur Entstehung und Verhinderung von Gewalt in Familien. na.
- Daviesl GM, Westcott HL, Horan N. 2000. The impact of questioning style on the content of investigative interviews with suspected child sexual abuse victims. Psychology, Crime and Law, 6 (2):81-97.
- Deegener G, Körner W. 2005. Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: Ein Handbuch. Hogrefe Verlag.
- Demaerel P, Casteels I, Wilms G. 2002. Cranial imaging in child abuse. European radiology, 12 (4):849-857.
- Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin. 2019. Voraussetzungen für die Akkreditierung Kinderschutzgruppe nach dem Standard der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin
- DGfPI Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung, - vernachlässigung und sexualisierte Gewalt e.V. - Was wir tun
<https://www.dgfpi.de/index.php/kinderschutz/fachtagungen/dgfpi.html>.

- Döring GH. 2002. Soziale Vaterschaft in Stieffamilien: Imaginationen von reifendem Glück. Roderer.
- Eichler AK, Glaubitz KA, Hartmann LC, Spangler G. 2014. Die Erfassung elterlicher Belastung mit dem Eltern-Belastungs-Screening zur Kindeswohlgefährdung (EBSK). Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.
- Ellaway B, Payne E, Rolfe K, Dunstan FD, Kemp AM, Butler I, Sibert JR. 2004. Are abused babies protected from further abuse? Archives of disease in childhood, 89 (9):845-846.
- Erfurt C, Hahn G, Roesner D, Schmidt U. 2008. Kinderradiologische Diagnostik bei Verdacht auf Kindesmisshandlung. Rechtsmedizin, 18 (4):281-292.
- Finkel MA. 1989. Anogenital trauma in sexually abused children. Pediatrics, 84 (2):317-322.
- Finkelhor SD. 1978. Sexually victimized children and their families.
- Flaherty EG, Perez-Rossello JM, Levine MA, Hennrikus WL. 2014. Evaluating Children With Fractures for Child Physical Abuse. Pediatrics, 133 (2):e477-e489.
- Fürniss T. 2005. Geschichtlicher Abriss zur Kindesmisshandlung und Kinderschutzarbeit von C. Henry Kempe bis heute. Kindesmisshandlung und Vernachlässigung Hogrefe, Göttingen Bern Toronto:19-33.
- Giles-Sims J. 1998. Current knowledge about child abuse in stepfamilies. Marriage & Family Review, 26 (3-4):215-230.
- Hariton TN. 2012. Sexual assault in prepubertal girls: 'It is normal to be normal' – or is it? Evidence of vaginal penetration in prepubertal girls. Medicine, Science and the Law, 52 (4):193-197.
- Heppenstall-Heger A, McConnell G, Ticson L, Guerra L, Lister J, Zaragoza T. 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 (4):829-837.
- Herrmann B. 2005. Hautbefunde bei Kindesmisshandlung. Monatsschrift Kinderheilkunde, 153 (11):1077-1081.

- Herrmann B. 2019. Kinderschutz in der Medizin—ein neues Fachgebiet? *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 167 (10):854-855.
- Herrmann B, Navratil F, Neises M. 2002. Sexueller Missbrauch von Kindern. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 150 (11):1344-1356.
- Herrmann B, Banaschak S, Dettmeyer R, Thyen U. 2008. *Kindesmisshandlung*. Springer.
- Herrmann B, von Bismarck S, Franke I, Dettmeyer RB, Frank, Frese G, Flint R, Siewert J, Kunert D, Miehle C, Neumann A, Starke A-K. 2016. Vorgehen bei Kindesmisshandlung und –vernachlässigung - Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken
- Hibbard RA, Desch LW, Abuse CoC, Neglect. 2007. Maltreatment of children with disabilities. *Pediatrics*, 119 (5):1018-1025.
- Hobbs C, Osman J. 2007. Genital injuries in boys and abuse. *Archives of disease in childhood*, 92 (4):328-331.
- Hobbs CJ, Wright CM. 2014. Anal signs of child sexual abuse: a case–control study. *BMC pediatrics*, 14 (1):128.
- Holmes WC, Slap GB. 1998. Sexual abuse of boys: Definition, prevalence, correlates, sequelae, and management. *Jama*, 280 (21):1855-1862.
- Horner-Johnson W, Drum CE. 2006. Prevalence of maltreatment of people with intellectual disabilities: A review of recently published research. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 12 (1):57-69.
- Johnson RL, Shrier DK. 1985. Sexual victimization of boys: Experience at an adolescent medicine clinic. *Journal of Adolescent Health Care*, 6 (5):372-376.
- Kellogg ND. 2007. Evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*, 119 (6):1232-1241.
- Kemp AM, Jones S, Lawson Z, Maguire S. 2014a. Patterns of burns and scalds in children. *Archives of disease in childhood*, 99 (4):316-321.

- Kemp AM, Maguire SA, Lumb RC, Harris SM, Mann MK. 2014b. Contact, cigarette and flame burns in physical abuse: a systematic review. *Child abuse review*, 23 (1):35-47.
- Kemp AM, Maguire SA, Nuttall D, Collins P, Dunstan F. 2014c. Bruising in children who are assessed for suspected physical abuse. *Archives of disease in childhood*, 99 (2):108-113.
- Kemp AM, Dunstan F, Harrison S, Morris S, Mann M, Rolfe K, Datta S, Thomas DP, Sibert JR, Maguire S. 2008. Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review. *Bmj*, 337:a1518.
- Kinderschutzambulanz Helios Klinikum Erfurt Angebot <https://www.helios-gesundheit.de/kliniken/erfurt/unser-angebot/zusaetzliche-angebote/kinderschutzambulanz/>.
- Kindler H. 2006. Was ist unter psychischer Misshandlung zu verstehen. *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach*, 1666:4-1.
- Kissane J, Anderson W, Marchesi V. 1985. Inflammation and healing. *Anderson's pathology*, 1:58.
- Klee D, Schaper J. 2011. Kindesmisshandlung: Nicht akzidentelle Kopfverletzungen. *Radiologie up2date*, 11 (04):315-333.
- Klein M, Zobel M. 1999. Kinder in suchtbelasteten Familien-Psychologische Suchtlorschung unter transgenerationaler und ötiologischer Perspektive.
- Lamb ME, Garretson ME. 2003. The effects of interviewer gender and child gender on the informativeness of alleged child sexual abuse victims in forensic interviews. *Law and Human Behavior*, 27 (2):157-171.
- Lampe A. 2002. Die Prävalenz von sexuellem Missbrauch, körperlicher Gewalt und emotionaler Vernachlässigung in der Kindheit in Europa. *Z Psychosom Med Psychother*, 48 (4):370-380.
- Landeskriminalamt Thüringen Jahrbuch der polizeilichen Kriminalstatistik Thüringen 2016 https://www.thueringen.de/mam/th3/polizei/tlka/pks_jahrbuch_2016.pdf.

- Landgraf M, Zahner L, Nickel P, Till H, Keller A, Geyer C, Schwanitz N, Gausche R, Schmutzer G, Brähler E. 2010. Kindesmisshandlung. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 158 (2):149-156.
- Lindgren A. 2007. *Niemals Gewalt! : Adam*.
- Luedtke J. 2003. Strafen und Gewalt bei der Erziehung Jugendlicher: Vorkommen und Hintergründe. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 26 (2):165-180.
- McCann J, Voris J, Simon M. 1992. Genital injuries resulting from sexual abuse: a longitudinal study. *Pediatrics*, 89 (2):307-317.
- McCann J, Miyamoto S, Boyle C, Rogers K. 2007a. Healing of hymenal injuries in prepubertal and adolescent girls: a descriptive study. *Pediatrics*, 119 (5):e1094-e1106.
- McCann J, Miyamoto S, Boyle C, Rogers K. 2007b. Healing of nonhymenal genital injuries in prepubertal and adolescent girls: a descriptive study. *Pediatrics*, 120 (5):1000-1011.
- Menzel S, Heinemann A, Püschel K, Seifert D. 2013. Ausgewählte Risikofaktoren für Kindesmisshandlung. *Rechtsmedizin*, 23 (1):29-37.
- Meyer S, Poryo M, Clasen O, Schlote J, Schmidt P, Schöndorf D, Lehmann-Kannt S, Gortner L. 2016. Kindesmisshandlung aus pädiatrischer Sicht. *Der Radiologe*, 56 (5):406-413.
- Ministerium für Bildung, Jugend und Sport, Kinderschutz
<https://bildung.thueringen.de/jugend/kinderschutz/>.
- Murphy N. 2011. Maltreatment of children with disabilities: The breaking point. *Journal of Child Neurology*, 26 (8):1054-1056.
- Mützel E. 2011. Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 159 (4):373.
- Mützel E, Wingenfeld L, Graw M, Peschel O. 2011. So dokumentieren Sie Verletzungen richtig. *hautnah dermatologie*, 27 (2):80-83.
- Naidoo S. 2000. A profile of the oro-facial injuries in child physical abuse at a children's hospital. *Child abuse & neglect*, 24 (4):521-534.

Netzwerke Frühe Hilfen Netzwerke Frühe Hilfen - Kinderschutzkonzept Thüringen

<https://www.fruehehilfen.de/index.php?id=168>.

Pschyrembel Pschyrembel Online <https://www.pschyrembel.de>.

Rauch E, Zinka B, Schneider K, Penning R, Eisenmenger W. 2006. Indizien der Kindesmisshandlung. MMW-Fortschritte der Medizin, 148 (24):27-32.

Schwier F, Manjgo P, Kieslich M. 2019. Neue Entwicklungen im medizinischen Kinderschutz. Monatsschrift Kinderheilkunde, 167 (10):856-867.

Sierau S, Resch L, Michel A, Horlich J, Dehmel S, Tsapos N, Binser M, Kurz-Adam M, White L. 2014. Definition und Beschreibung von Vernachlässigung im Kindes- und Jugendalter. Monatsschrift Kinderheilkunde, 162 (12):1084-1089.

Steinbach A. 2008. Stieffamilien in Deutschland. Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, 33 (2):153-180.

Steinbach A, Kuhnt A-K, Knüll M. 2015. Kern-, Eineltern- und Stieffamilien in Europa: eine Analyse ihrer Häufigkeiten und Einbindung in haushaltsübergreifende Strukturen.

Sullivan PM, Knutson JF. 2000. Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study. Child abuse & neglect, 24 (10):1257-1273.

Swerdlin A, Berkowitz C, Craft N. 2007. Cutaneous signs of child abuse. Journal of the American Academy of Dermatology, 57 (3):371-392.

Thüringer Fachstelle für Kooperation und Qualitätsentwicklung im medizinischen Kinderschutz. 2019. Standorte medizinischer Kinderschutz in Thüringen, Erfurt

Thüringer LAG Landesarbeitsgruppe Kinder- und Jugendschutz Thüringen e.V. - Links <https://www.jugendschutz-thueringen.de/links.html>.

Thüringer Landesärztekammer, Psychotherapeutenkammer, Ostdeutsche Krankenkasse, Techniker Thüringen, Landesvertretung. 2007. Gewalt gegen Kinder. URL: [http://www.laekthueringen.de/www/lakj/webinfo_nsf/RA/07111454447RM/\\$FILE/Leitfaden_t_extteil.pdf](http://www.laekthueringen.de/www/lakj/webinfo_nsf/RA/07111454447RM/$FILE/Leitfaden_t_extteil.pdf) Abgerufen am, 12:2012.

Thüringer Landesjugendhilfeausschuss. 2016. Fachliche Empfehlung Thüringer Kinder- und Jugendschutzdienste - Beschluss-Reg.-Nr. 45/16

ThürKJHAG. 2008. Thüringer Kinder- und Jugendhilfe-Ausführungsgesetz (ThürKJHAG)

Trägerwerke Soziale Dienste, Thüringen Krisenintervention <https://traegerwerk-thueringen.de/unsere-angebote/kinder-jugendliche-und-familie/krisenintervention/?cok>.

Trübner K, Schubries M, Beintker M, Bajanowski T. 2013. Genital findings in boys suspected for sexual abuse. International journal of legal medicine, 127 (5):967-970.

Tschumper A, Narring F, Meier C, Michaud P. 1998. Sexual victimization in adolescent girls (age 15–20 years) enrolled in post-mandatory schools or professional training programmes in Switzerland. Acta Paediatrica, 87 (2):212-217.

Tsokos M, Etzold S. 2015. Diagnostische Kriterien der Hautverletzungen bei Kindesmisshandlung. Notfall+ Rettungsmedizin, 18 (1):8-16.

Tutsch-Bauer E, Meyer HJ, Monticelli F. 2005. Schütteltrauma. Rechtsmedizin, 15 (5):399-408.

Unabhähängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs Das Amt des unabhähängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs <https://beauftragter-missbrauch.de/der-beauftragte/das-amt>.

Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs Definition von sexuellem Missbrauch <https://beauftragter-missbrauch.de/praevention/was-ist-sexueller-missbrauch/definition-von-sexuellem-missbrauch>.

United Nations. 1992. United Nations Ausschuss für die Rechte des Kindes - Übereinkommen über die Rechte des Kindes

von Soosten H, Rother S, von Bismarck S, Rossi R. 2019. Das Modell der Berliner Kinderschutzambulanzen. Monatsschrift Kinderheilkunde.

Walhalla Fachredaktion. 2019. Das gesamte Kinder- und Jugendrecht : Ausgabe 2019/2020; Mit den aktuellen familienrechtlichen Vorschriften / Walhalla Fachredaktion. 11. Auflage Aufl.: Regensburg : Walhalla und Praetoria

- Walsh C, MacMillan HL, Jamieson E. 2003. The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: findings from the Ontario Health Supplement. *Child abuse & neglect*, 27 (12):1409-1425.
- Weiß C. 2019. Grundlagen. Basiswissen Medizinische Statistik. Springer, 201-219.
- Weißer Ring Weißer Ring Thüringen e.V. <https://thueringen.weisser-ring.de/>.
- Wilson M, Daly M. 1987. The risk of maltreatment of children living with stepparents. *Child abuse and neglect: Biosocial dimensions*.
- Wohlfahrt G, Schmidt-Grunert M. 2010. Stieffamilien–eine Lebensform. Besonderheiten und Beratungsbedarf, Bachelor-Thesis an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales, Department Soziale Arbeit.
- Zeller I, Petersen-Mirr B, Heggenberger M, Schlosser M, Weh-Berger M. 2012. Häusliche Gewalt - Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte zum Umgang mit Patientinnen und Patienten, die von häuslicher Gewalt betroffen sind Landesärztekammer Baden-Württemberg, Jahnstraße 40, 70597 Stuttgart, Telefon: 0711-769890, Telefax 0711-7698950.
- Zinka B, Schick S, Mützel E. 2019. Auswertung der Untersuchungsdaten der Bayerischen Kinderschutzambulanz des Instituts für Rechtsmedizin der Universität München aus den Jahren 2014–2017. *Rechtsmedizin*, 29 (1):13-20.
- Zobel M. 2005. Misshandlung und Vernachlässigung durch süchtige Eltern. G Deegener & W Körner (Hg) *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung* Göttingen: Hogrefe.

10 Anhang

10.1 Sozialanamnesebogen

Thüringer Ambulanz für Kinderschutz – Datenblatt

Daten des Kindes:

Name, Vorname:

Betreuendes Jugendamt:

Geburtstag:

Alter:

Geschlecht: männlich weiblich

divers

Anzahl der Geschwister:

Anzahl der Halbgeschwister:

Anzahl der Stiefgeschwister:

Schwangerschaft: unauffällig

auffällig:

Neugeborenenperiode: unauffällig

auffällig:

Chronische Erkrankungen: nein

ja:

(Dauer-)Medikation: nein

ja:

Körperliche/Mentale Behinderung: nein

ja:

Motorische/sensomotorische
Entwicklungsverzögerung: nein

ja:

Therapeutische Maßnahmen: nein

ja:

Beziehungsstatus
der Eltern:

zusammen/verheiratet

getrennt/geschieden

Sorgerechtsstatus: gemeinsames Sorgerecht
 Sorgerecht liegt beim Vater

Sorgerecht liegt bei der Mutter
 Sonstige:

Umgangsrecht: Umgangsrecht liegt beim Vater

Umgangsrecht liegt bei der Mutter

Wohnsituation
des Kindes:

Eltern gemeinsam im Haushalt lebend
 Vater im Haushalt lebend
 weitere im Haushalt lebende Personen:
 Sonstige:

Mutter im Haushalt lebend
 Geschwister im Haushalt lebend:

Wohnsituation derzeit: viel Platz genügend Platz beengte Wohnverhältnisse

Regelmäßige Kontaktpersonen: Großeltern
 Bekannte:

andere Verwandte

Kind geht in: Kindergarten/Tagesmutter

Schule

Hort/Hausaufgabenbetreuung

Daten der Eltern:

Mutter:

Vater:

Alter:

Alter bei Geburt
des Kindes:

Erwünschte

Schwangerschaft:

- ja
 nein

- ja
 nein

Schulabschluss:

Berufsabschluss:

- abgeschlossene Ausbildung
 abgeschlossenes Studium
 derzeit in Ausbildung
 derzeit im Studium
 kein Berufsabschluss
 Sonstiges:

- abgeschlossene Ausbildung
 abgeschlossenes Studium
 derzeit in Ausbildung
 derzeit im Studium
 kein Berufsabschluss
 Sonstiges:

Berufsstatus:

- derzeit beschäftigt
 derzeit beurlaubt
 berentet
 dauerhaft krankgeschrieben
 derzeit nicht beschäftigt
 Sonstiges:

- derzeit beschäftigt
 derzeit beurlaubt
 berentet
 dauerhaft krankgeschrieben
 derzeit nicht beschäftigt
 Sonstiges:

Beruf:

Chronische Erkrankung:

- nein
 ja:

- nein
 ja:

Drogenkonsum:

- nein
 ja:
 täglich
 gelegentlich
 selten

- nein
 ja:
 täglich
 gelegentlich
 selten

Psychische
Erkrankung:

- nein
 ja:

- nein
 ja:

Misshandlungserfahrung
im Kindesalter:

- nein
 ja:
 körperliche Misshandlung
 sexueller Missbrauch
 Vernachlässigung
 seelische Misshandlung

- nein
 ja:
 körperliche Misshandlung
 sexueller Missbrauch
 Vernachlässigung
 seelische Misshandlung

Haben sie derzeit
Konflikte am Arbeitsplatz?

- nein
 ja:

- nein
 ja:

Kam es schon zu
häuslicher Gewalt?

- nein
 ja

- nein
 ja

Daten der Lebensgefährten der Eltern:

Leben sie in einer Stief-/bzw.

Patchworkfamilie?

ja

nein

Anamnese der neuen Lebensgefährten:

Lebensgefährte/-in der Mutter:

Eigene Kinder:

nein

ja

Anzahl:

Schulabschluss:

Berufsabschluss:

abgeschlossene Ausbildung

abgeschlossenes Studium

derzeit in Ausbildung

derzeit im Studium

kein Berufsabschluss

Sonstiges:

Berufsstatus:

derzeit beschäftigt

derzeit beurlaubt

berentet

dauerhaft krankgeschrieben

derzeit nicht beschäftigt

Sonstiges:

Beruf:

Chronische Erkrankung:

nein

ja:

Drogenkonsum:

nein

ja:

täglich

gelegentlich

selten

Psychische Erkrankung:

nein

ja:

Misshandlungserfahrung
im Kindesalter:

nein

ja:

körperliche Misshandlung

sexueller Missbrauch

Vernachlässigung

seelische Misshandlung

Haben sie derzeit

Konflikte am Arbeitsplatz?

nein

ja:

Kam es schon zu

häuslicher Gewalt?

nein

ja

Lebensgefährte/-in des Vaters:

nein

ja

Anzahl:

abgeschlossene Ausbildung

abgeschlossenes Studium

derzeit in Ausbildung

derzeit im Studium

kein Berufsabschluss

Sonstiges:

derzeit beschäftigt

derzeit beurlaubt

berentet

dauerhaft krankgeschrieben

derzeit nicht beschäftigt

Sonstiges:

nein

ja:

nein

ja:

täglich

gelegentlich

selten

nein

ja:

nein

ja:

körperliche Misshandlung

sexueller Missbrauch

Vernachlässigung

seelische Misshandlung

nein

ja:

nein

ja

11 Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich ausdrücklich bei meiner Doktormutter und Mentorin Frau Prof. Dr. Eckoldt-Wolke für die Überlassung dieses Themas und für die fachliche Betreuung und Unterstützung bei der Umsetzung dieser Arbeit bedanken.

Ebenso gilt mein Dank Andreas Knedlik, Koordinator der Thüringer Ambulanz für Kinderschutz, für den regen Austausch über die Thematik und den Mitarbeitern der kinderchirurgischen Ambulanz für die freundliche Zusammenarbeit. Darüber hinaus möchte ich mich bei der statistischen Beratung der Universität Jena, insbesondere bei Frau Dr. Heike Hoyer, für ihre Hilfe bei der Bearbeitung der Fragestellung bedanken.

Ein ganz besonderer Dank gilt Dr. Sebastian Hoberück und Dr. Anna Großwendt für das Korrekturlesen, die konstruktive Kritik und für wertvolle Anregungen. Bei Esrin Üsümüs möchte ich mich herzlich für ihre Unterstützung bei der grafischen Umsetzung bedanken. Für wertvolle Ratschläge bedanke ich mich bei Herrn Prof. Dr. Dieter Gmyrek.

Zu guter Letzt möchte ich mich bei meinen Eltern bedanken, die mich stets in meinem Vorhaben Ärztin zu werden bestärkt und bei der Umsetzung dieser Arbeit unterstützt haben. Ihr hattet für meine Fragen und Probleme immer ein offenes Ohr und für meine sprachlichen Ausreißer ein offenes Auge.

Für eine unvergessliche Studienzeit und das gemeinsame Gehen durch Dick und Dünn, bedanke ich mich bei meinen Freunden.

12 Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass

- mir die Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena bekannt ist,
- ich die Dissertation selbst angefertigt habe und alle von mir benutzten Hilfsmittel, persönlichen Mitteilungen und Quellen in meiner Arbeit angegeben sind,
- mich folgende Personen bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskripts unterstützt haben: Prof. Dr. Felicitas Eckoldt-Wolke, Dr. Heike Hoyer,
- die Hilfe eines Promotionsberaters nicht in Anspruch genommen wurde,
- Dritte weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen von mir für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen,
- ich die Dissertation noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht habe,
- ich die gleiche, eine in wesentlichen Teilen ähnliche oder andere Abhandlung nicht bei einer anderen Hochschule als Dissertation eingereicht habe.

Bonn, 2. November 2021

Mirjam Noemi Rapoport