UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

Prof. Dr. med. Michael Schulte-Markwort

Die Sprechstunde Gewalt und Trauma des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf – eine retrospektive Studie zur Analyse der Patientenpopulation

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Miriam Juliane Moulaa-Edmondson
aus Hamburg

Hamburg 2014

Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 26.11.2014

Veröffentlicht mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. M. Schulte-Markwort

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: PD Dr. J. Sperhake

Prüfungsausschuss, dritte/r Gutachter/in:

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 9
1.1 Zielsetzung der Dissertation: Die Sprechstunde Gewalt und Trauma 9
1.2 Trauma 10
1.2.1 Definition des Begriffs „Trauma“ und seiner Unterformen 10
1.2.2 Kernsymptome des Traumas 11
1.2.3 Neurobiologische Folgen von Traumata im Kindesalter 12
1.2.4 Traumafolgestörungen bei Kindern 13
1.2.4.1 Akute Belastungsreaktion 13
1.2.4.2 Anpassungsstörungen 13
1.2.4.3 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) definiert nach DSM-IV, DSM-V und ICD-10 14
1.2.4.4 Komorbide Störungen 18
1.2.4.5 Applikationsprobleme der Diagnose PTBS bei Kindern mit chronischen bzw. komplexen Traumata 18
1.2.4.6 Developmental Trauma Disorder (DTD) und neue DSM-V PTBS Subtypen 19

1.3 Kindesmisshandlung 21
1.3.1 Definition 21
1.3.2 Unterformen der Kindesmisshandlung 21
1.3.2.1 Körperliche Misshandlung 21
1.3.2.2 Sexuelle Misshandlung 21
1.3.2.3 Emotionale/psychische Misshandlung 22
1.3.2.4 Vernachlässigung 22
1.3.3 Prävalenz 22
1.3.4 Die Täter der Kindesmisshandlung 24
1.3.5 Die Risikofaktoren 24
1.3.5.1 Die Risikofaktoren des Kindes 24
1.3.5.2 Die Risikofaktoren der Familie 25
1.3.5.3 Die Risikofaktoren der Umgebung bzw. der Gesellschaft 25
1.3.6 Resilienz und protektive Faktoren 26
1.3.7 Die Folgen der Kindesmisshandlung 27
1.3.8 Die Kookkurrenz verschiedener Misshandlungsformen 28

1.4 Häusliche Gewalt 29
1.4.1 Definition 29

1.4.2 Unterformen der häuslichen Gewalt ... **30**
1.4.3 Prävalenz der häuslichen Gewalt und Täter ... **30**
1.4.4 Risikofaktoren und protektive Faktoren der häuslichen Gewalt ... **31**
1.4.5 Kindliche Folgen der Exposition gegenüber häuslicher Gewalt ... **31**
1.4.6 Das Verhältnis zwischen häuslicher Gewalt und Kindesmisshandlung ... **32**
1.5 Hypothesen ... **34**
1.5.1 Leithypothese ... **34**
1.5.2 Hypothese II: Die Einflüsse von Risikofaktoren ... **34**
1.5.3 Hypothese III: Die Gewalttransmission ... **34**
1.5.4 Hypothese IV: Die Assoziation von körperlicher und häuslicher Gewalt ... **34**

2 Material und Methoden ... **35**
2.1. Die Patientenpopulation ... **35**
2.2 Die Erhebung der Daten ... **35**
2.2.1 Die Datenquellen ... **35**
2.2.2 Das Erhebungsinstrument (Fragebogen) ... **36**
2.2.2.1 Persönliche Patientendaten ... 36
2.2.2.2 Vorstellung in der Sprechstunde Gewalt und Trauma, „kein Bedarf“-Fälle und Vorstellung bei KinderKOMPT ... 36
2.2.2.3 Lebensumstände des Kindes ... 37
2.2.2.4 Eltern und Geschwister ... 37
2.2.2.5 Traumatisch(e) Ereignis(se) ... 38
2.2.2.6 Symptome ... 39
2.2.2.7 Diagnosen ... 39
2.2.2.8 Therapien und Interventionen ... 40
2.2.2.9 Sonstiges ... 40
2.3 Die Auswertung der Daten ... **41**
2.3.1 Die Dateneingabe in SPSS ... **41**
2.3.2 Statistische Verfahren ... **41**
2.3.2.1 Die Datenexploration ... 41
2.3.2.2 Die Berechnung der Ergebnisse und die Hypothesenüberprüfung ... 42

3 Ergebnisse ... **44**
3.1 Die Datenexploration ... **44**
3.2 Die Ergebnisse der mittels Fragebogen erhobenen Daten ... **46**
3.2.1 Das Alter ... **46**
3.2.2 Das Geschlecht ... **47**

3.2.3 Die Vorstellung in der Sprechstunde Gewalt und Trauma 47
3.2.3.1 Die sich vorstellende(n) Person(en) 47
3.2.3.2 Die Anzahl der wahrgenommenen Termine und verpasste Termine 48
3.2.3.3 Zweitvorstellungen 48
3.2.3.4 Notfallvorstellungen 48
3.2.3.5 Die überweisenden Stellen 48
3.2.3.6 Die „kein Bedarf"- Fälle 49
3.2.4 Die Vorstellung bei KinderKOMPT 49
3.2.4.1 Der Vorstellungsanlass bei KinderKOMPT 49
3.2.4.2 Die Erlebnisebene(n) 50
3.2.4.3 Die Tatverdächtigen 51
3.2.4.4 Körperliche Verletzungen 53
3.2.4.5 Die Begleitperson(en) zur rechtsmedizinischen Untersuchung 53
3.2.5 Die Lebensumstände des Kindes 52
3.2.5.1 Die Bildung 54
3.2.5.2 Die Wohnsituation 56
3.2.5.3 Die Risikofaktoren des Kindes 56
3.2.5.4 Die Risikofaktoren der Umgebung 57
3.2.5.5 Unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung 57
3.2.5.6 U-Untersuchungen 57
3.2.6 Die Eltern und Geschwister 57
3.2.6.1 Die weibliche Bezugsperson 57
3.2.6.2 Die männliche Bezugsperson 58
3.2.6.3 Das Alter der Kindsmutter bei Geburt 59
3.2.6.4 Das Überleben und der Beziehungsstatus der Eltern 59
3.2.6.5 Migrationshintergrund der Kleinfamilie und Herkunftsländer der Eltern 60
3.2.6.6 Binationalität der Kindseltern 60
3.2.6.7 Die Religionszugehörigkeit der Kindseltern 61
3.2.6.8 Der Bildungsgrad der Kindsmutter 61
3.2.6.9 Die Berufe der Kindseltern 61
3.2.6.10 Der Umfang der Erwerbstätigkeit beider Eltern 61
3.2.6.11 Viktimisierungen bzw. Gewalterfahrungen der Eltern in der Kindheit 63
3.2.6.12 Weitere Risikofaktoren der Eltern 63
3.2.6.13 Geschwister, Halbgeschwister und weitere Kinder im Haushalt 64
3.2.7 Die traumatischen Ereignisse 66
3.2.7.1 Der Vorstellungsanlass in der Spezialsprechstunde Gewalt und Trauma 66
3.2.7.2 Traumatische Ereignisse, Anzahl und Kombinationen, Erlebnisebenen und

Tatverdächtige 67
3.2.7.3 Traumatypen nach Terr und Chronizität der Traumata 71
3.2.8 Die Symptome 72
3.2.8.1 Intrusionen, Numbing, Arousal 72
3.2.8.2 Weitere Symptome 73
3.2.8.3 Der Affekt 73
3.2.8.4 Die Anzahl der Symptome 74
3.2.8.5 Verbesserung der Symptomatik 75
3.2.9 Die Diagnosen 75
3.2.9.1 Die Hauptdiagnose 75
3.2.9.2 Weitere Diagnosen 77
3.2.9.3 Developmental Trauma Disorder (DTD) 77
3.2.9.4 Der Entwicklungszustand (Achse II) 79
3.2.9.5 Das Intelligenzniveau (Achse III) 79
3.2.9.6 Körperliche Erkrankungen (Achse IV) 79
3.2.9.7 Abweichende psychosoziale Umstände (Achse V) 80
3.2.9.8 Die psychosoziale Anpassung (Achse VI) 80
3.2.10 Die Therapien und Interventionen 81
3.2.10.1 Therapien in der Vergangenheit 81
3.2.10.2 Das Ausmaß der Therapie in der Sprechstunde Gewalt und Trauma 81
3.2.10.3 Weitere Interventionen 81
3.2.10.4 Die Therapieempfehlung und Medikamente 82
3.2.10.5 Das psychosoziale Funktionsniveau nach Therapie 83
3.2.11 Sonstiges 83
3.2.11.1 Die Beendigung des Kontaktes 83
3.2.11.2 Die Involvierung des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD) 83
3.2.11.3 Fremdplatzierungen 84
3.2.11.4 Anzeigeerstattung 84
3.2.11.5 Kinder- und jugendpsychiatrische Gutachten 85
3.2.11.6 Die Involvierung der Sozialpädagogin des UKE 85
3.3. Die Hypothesen 85
3.3.1 Die Leithypothesen 85
3.3.2 Die Hypothese II: Die Einflüsse von Risikofaktoren 88
3.3.3 Die Hypothese III: Die Gewalttransmission 89
3.3.4 Die Hypothese IV: Die Assoziation körperlicher und häuslicher Gewalt 90

4 Diskussion **91**
4.1 Diskussion des Studiendesigns und der Struktur der Daten **91**
4.2 Diskussion der einzelnen Ergebnisse des Fragebogens vor dem Hintergrund der aktuellen Wissenschaft **93**
4.2.1 Die Patienten und ihre Familien **93**
4.2.1.1 Das Alter und Geschlecht der Patienten 93
4.2.1.2 Der Entwicklungszustand (Achse III) 94
4.2.1.3 Das Intelligenzniveau (Achse III) und die Schulbilddung 94
4.2.1.4 Die Wohnsituation, Familienstrukturen und abweichenden psychosozialen Umstände (Achse V) 95
4.2.1.5 Die Geschwister 96
4.2.2 Die weiteren Risikofaktoren **97**
4.2.2.1 Die Risikofaktoren des Kindes 98
4.2.2.2 Die Risikofaktoren der Eltern 98
4.2.3 Überweisende Stellen, Vorstellungsmodalitäten und „kein Bedarf“-Fälle **101**
4.2.3.1 Die Vorstellung in der Sprechstunde Gewalt und Trauma 101
4.2.3.2 Die Vorstellung bei KinderKOMPT 102
4.2.3.3 Die Fälle ohne persönliche Vorstellung („kein Bedarf“-Fälle) 102
4.2.4 Traumatische Ereignisse, Erlebnisebenen und Tatverdächtige **103**
4.2.5 Die Symptome und das psychosoziale Funktionsniveau **107**
4.2.6 Die Diagnosen **110**
4.2.7 Die Therapien und Interventionen **112**
4.2.7.1 Psychotherapeutische Aspekte 112
4.2.7.2 Allgemeiner Sozialer Dienst und weitere Interventionen 113
4.3 Diskussion der Hypothesen **114**
4.3.1 Die Hypothese II: Die Einflüsse von Risikofaktoren **114**
4.3.2 Die Hypothese IV: Die Assoziation von körperlicher und häuslicher Gewalt **115**
4.3.3 Die Leithypothese **116**
4.4 Schlussfolgerungen: Diskussion der Versorgungsstrukturen **117**
4.4.1 Primärprophylaxe und Früherkennung **117**
4.4.2 Interventionen und Sekundärprophylaxe **118**
4.5 Ausblick und Anregungen für zukünftige Forschung **120**

5 Zusammenfassung **121**

6 Abkürzungsverzeichnis **122**

7 Literaturverzeichnis 123

8 Lebenslauf 136

9 Anhang 137

9.1 Fragebogen 138

10 Eidesstattliche Erklärung 153

1 Einleitung

1.1 Zielsetzung der Dissertation

Die Sprechstunde Gewalt und Trauma am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Die vorliegende Dissertation befasst sich mit den Patienten[1] der Sprechstunde Gewalt und Trauma des UKE. Diese Spezialsprechstunde ist Teil der Ambulanz der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Hier können sich kindliche und jugendliche Gewaltopfer, aber auch Kinder[2], bei denen der Verdacht besteht, dass sie andere traumatische Ereignisse erlebt haben, zu diagnostischen Gesprächen vorstellen. Sie werden im Anschluss gegebenenfalls an weitere Therapeuten oder Hilfseinrichtungen weitergeleitet oder direkt in der Spezialsprechstunde längerfristig therapeutisch begleitet.
Die Überweisung der Patienten an die Sprechstunde Gewalt und Trauma erfolgt entweder über die Kinder und Jugendpsychiatrie oder über das Institut für Rechtsmedizin, genauer über das Kinder-Kompetenzzentrum KinderKOMPT, eine Anfang 2006 gegründete interdisziplinäre Untersuchungsstelle speziell für Kinder mit Verdacht auf Misshandlung. Die enge Verknüpfung mit diesem innovativen Projekt, bei dem Kinderärzte, Gynäkologen, Kinder- und Jungendpsychiater und –psychosomatiker sowie Rechtsmediziner zusammenarbeiten, macht die Sprechstunde Gewalt und Trauma einzigartig.
Ziel dieser Dissertation ist die Untersuchung des besonderen Patientenklientels dieser Sprechstunde und die darauf basierende Formulierung von Optimierungskonzepten der Versorgungsstrukturen. Aufbauend auf einer breit gefächerten Beschreibung der Patienten sollen die Besonderheiten und Bedürfnisse der Sprechstunde aufgezeigt werden, um anschließend die vorhandenen und benötigten Ressourcen und Verfahrensabläufe zu diskutieren. Wichtige Fragen beziehen sich hierbei neben den Charakteristika der Kinder z.B. auf die Art der traumatischen Ereignisse, im Falle von Gewalt der Art der erlittenen Gewalt sowie der eingeleiteten Interventionen.
Zur Fokussierung der Arbeit wurden mehrere Hypothesen formuliert. Die Leithypothese besagt, dass diejenigen Kinder, die von der Forensik überwiesen wurden, eine stärkere Psychopathologie aufweisen. Weitere Hypothesen beziehen sich auf aus dem aktuellen

[1] Zur Vereinfachung werden in dieser Arbeit grundsätzlich die männlichen Formen verwendet. Personen männlichen und weiblichen Geschlechts sind darin ausdrücklich gleichermaßen eingeschlossen.
[2] Im Folgenden soll die Bezeichnung „Kinder“ grundsätzlich, sofern nicht vergleichend gegenübergestellt, für Kinder und auch Jugendliche stehen.

wissenschaftlichen Hintergrund hervorgehende Zusammenhänge, wie z.B. den Einfluss von Risikofaktoren (vgl. 1.5 für eine ausführliche Darstellung).

1.2 Trauma

1.2.1 Definition des Begriffs „Trauma“ und seiner Unterformen

Der Begriff „Trauma“ kommt aus dem Griechischen und bedeutet „Wunde“.
Ähnlich wie in der somatischen Medizin für eine Wunde eine Krafteinwirkung eines bestimmten Ausmaßes benötigt wird, so ist für eine seelische Traumatisierung ein Ereignis von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaßes kennzeichnend (International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems, Tenth Revision (ICD-10) der World Health Organisation (WHO), 1994; deutsche Übersetzung von Dilling et al. 2011). Im Diagnostischen und Statistischen Handbuch Psychischer Störungen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Auflage (DSM-IV), Kriterium A1) wird näher spezifiziert, dass dieses Ereignis „tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalte[te]n“ muss (Deutsche Übersetzung des DSM-IV, zitiert nach Herpetz-Dahlmann et al. 2008 (S.970). Im Einklang mit dieser Forderung definieren Fischer und Riedesser (1998, S. 79) eine Traumatisierung als „ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, welches mit dem Gefühl der Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.”
Traumatisierende Ereignisse können Naturkatastrophen wie z.B. ein Erdbeben sein oder von Menschen hervorgerufene Katastrophen wie Unfälle, Krieg oder Geiselnahme. Einen besonderen Stellenwert nehmen innerfamiliäre traumatische Situationen wie eine Erkrankung oder der Tod eines Familienmitgliedes oder die Misshandlung von Kindern durch ein Familienmitglied ein. Die Wahrscheinlichkeit, ein Trauma auszulösen, steigt in der oben genannten Aufzählungsreihenfolge, d.h. innerfamiliäre Katastrophen stellen das größte Risiko einer ernsthaften Beeinträchtigung des Opfers dar (Yule, 1994).
Terr (1991) unterteilte die traumatischen Ereignisse in zwei Gruppen: Unter Typ I fallen einmalige, kurz andauernde Ereignisse (z.B. eine Vergewaltigung), während Typ II Ereignisse über einen längeren Zeitraum andauern wie z.B. die wiederholte sexuelle Misshandlung. Es gibt in der Literatur Hinweise dafür, dass Typ II Traumata schädlichere Auswirkungen haben als Typ I Traumata (Péréz-Fuentes et al. 2013 und Sugaya et al. 2012). Eine weitere, nicht einheitlich definierte, aber in der Traumaliteratur verbreitete Subklasse ist das „Complex

Trauma“. Dieses liegt laut van der Kolk (2005) bei Erfahrung von multiplen und/oder chronischen und langanhaltenden die Entwicklung negativ beeinflussenden traumatischen Ereignissen („developmentally adverse traumatic events“) vor, also Typ II Traumata, die meist zwischenmenschlicher Art sind (also z.B. sexuelle oder körperliche Misshandlung), früh im Leben eines Kindes beginnen und oft innerhalb der Betreuungsstrukturen („caregiving systems“) vorkommen. Aufgrund der Besonderheit der Folgesymptome dieser Form von Trauma haben van der Kolk et al. (2009) eine spezifische Störung, die durch komplexe Traumata ausgelöst wird, definiert (s.u.).

1.2.2 Kernsymptome des Traumas

Die initialen Reaktionen auf eine traumatische Situation lassen sich mithilfe des aus der Verhaltensbiologie bekannten Prinzips „fight, flight or freeze“ erklären (Perry et al. 1995, Perry, 2001). Kinder reagieren entweder mit einem Hyperarousal , also einer neuronalen, hormonellen und vegetativen (sympathischen) Alarmreaktion, die ursprünglich einen Kampf oder die Flucht ermöglichen sollte, oder sie koppeln sich von der Außenwelt ab und begeben sich in den Zustand der Dissoziation, der durch eine parasympathische vegetative Reaktion gekennzeichnet ist. Dissoziation bedeutet laut van der Kolk (2005), dass die relevanten Empfindungen, Gefühle und Kognitionen nicht assoziiert werden können (van der Kolk und Fisler, 1995), so dass die betroffenen Kinder nicht verstehen können, was passiert und keine passenden Handlungspläne erstellen und ausführen können. Das Spektrum der dissoziativen Reaktion reicht von abgelenkt/“verträumt“ sein über „Numbing“ (der Unterdrückung von Gefühlen), Derealisation und Depersonalisation bis hin zur Ohnmacht oder Katatonie (Perry, 2001). Laut Perry (2001) setzt sich die Reaktion auf ein Trauma zumeist aus variablen Kombinationen dieser beiden Alternativen (Hyperarousal und Dissoziation) zusammen, wobei es bei Säuglingen und jüngeren Kindern häufiger zu dissoziativen Phänomenen kommt und das Hyperarousal mit fortschreitender Entwicklung an Bedeutung gewinnt. Auch sind die beiden Reaktionen geschlechtsspezifisch: Mädchen dissoziieren häufiger, während Jungen eher zum Hyperarousal tendieren (Perry et al. 1995 und Perry, 2001). Mit dem Hyperarousal und dem Numbing (wozu das Vermeidungsverhalten zählt) sind schon zwei der Kernsymptome der Traumatisierung genannt worden. Als drittes spielen noch die Intrusionen/das Wiedererleben eine große Rolle, welche genauer im Rahmen der Traumafolgestörungen unter 1.1.4 erläutert werden. Die Ätiologie dieser Symptome wird verständlicher, wenn man die neurobiologischen Zusammenhänge der Traumatisierung betrachtet.

1.2.3 Neurobiologische Folgen von Traumata im Kindesalter

Ein Trauma hat buchstäblich einschneidende Auswirkungen auf das Gehirn des sich entwickelnden Kindes: Es hinterlässt „neuronale Narben“ (Teicher, 2002). Die neurobiologischen Veränderungen beruhen darauf, dass sich diejenigen Bereiche des Gehirns, die vermehrt aktiviert werden, stärker entwickeln und dadurch eine wichtigere Rolle in dem aus wechselseitiger Hemmung und Aktivierung bestehenden System der verschiedenen Gehirnteile einnehmen (Perry, 2001). So führt die dauerhafte Aktivierung der Stressregulationssysteme (sowohl beim Hyperarousal als auch bei der Dissoziation (Perry et al. 1995) über die adrenerge Achse (Erhöhung des Katecholaminspiegels) und die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (Erhöhung des Cortisolspiegels) zu einer Sensitivierung (und damit einer schnelleren Aktivierung ohne weitere Stimulusexploration (Adenauer et al. 2010) und einem Ausbau dieser Systeme, was sich auf den Rest des Gehirns auswirkt: Es lässt sich bei traumatisierten Kindern eine globale Störung der Hirnreifung feststellen, die schon am niedrigeren Hirnvolumen im Vergleich zu nicht traumatisierten Gleichaltrigen deutlich wird (Bremner, 2003 und de Bellis und van Dillen, 2005). Insbesondere zeigt der präfrontale Kortex, der u.a. für situationsangemessene Handlungsplanung zuständig ist, eine geringere Aktivität, was z.B. zu impulsivem, sozial nicht angebrachtem Verhalten führt. Da der präfrontale Kortex die Amygdala (ein Emotionsregulationszentrum, das besonders für die Angst von Bedeutung ist) hemmend kontrolliert, weist diese nach Traumatisierung eine Hyperaktivität auf (Simons und Herpetz-Dahlmann, 2008) wodurch sich traumatisierte Kinder z.B. ständig bedroht fühlen. Auch der Hippocampus, der für die Gedächtniskonsolidierung zuständig ist, wird in seiner Funktion gestört, wodurch sich neben Merkfähigkeitsstörungen (vergl. Elbert et al. 2009) die Symptomatik des Wiedererlebens erläutern lässt: Wenn ein Kind das traumatische Ereignis nicht als eine explizite (also bewusste) Erinnerung an etwas Vergangenes abspeichern kann, erscheint dieses in Form von intrusiven Bildern (also impliziten Erinnerungen mitsamt der vegetativen Begleitreaktion), die dem Kind jedes Mal das Gefühl geben, das Trauma noch einmal zu durchleben im Sinne sogenannter Flashbacks (Resch und Brunner 2004, van der Kolk, 1994).

Während bei traumatisierten Erwachsenen eine Reduktion des hippocampalen Volumens nachgewiesen werden konnte, wurde laut einer Review von Rinne-Albers et al. (2013) bei Kindern in erster Linie eine Atrophie des Corpus Callosum (Balken) bildmorphologisch detektiert. Carrion et al. (2007) fanden jedoch in einer kleinen longitudinalen Pilotstudie (n=15) eine Korrelation zwischen posttraumatischen Belastungssymptomen sowie

Cortisolspiegeln (unabhängig voneinander) mit einer Hippocampusatrophie nach 12 und 18 Monaten. Eine aktuelle Untersuchung (Lu et al. 2013) von 24 in ihrer Kindheit chronisch körperlich misshandelten und/oder vernachlässigten jungen Erwachsenen und einer ebenso großen Kontrollgruppe (Durchschnittsalter insgesamt 21,5 Jahre) ergab erhöhte Cortisolkonzentrationen im Speichel sowie ein –vermutlich folglich- reduziertes Volumen des Gyrus cinguli (ein Teil des limbischen Systems, das u.a. für die Emotionsregulation zuständig ist) beim traumatisierten Kollektiv im Vergleich zur Kontrollgruppe, woraus die Autoren eine erhöhte Vulnerabilität, eine Psychose zu entwickeln, ableiten.

1.2.4 Traumafolgestörungen bei Kindern

Ein Trauma kann eine Vielzahl psychischer Störungsbilder zur Folge haben und die Diagnostik ist bei Kindern erschwert durch die oft große Anzahl und Vielfalt der möglichen Symptome. Im Folgenden soll besonders auf die traumaspezifischen Diagnosen näher eingegangen werden.

1.2.4.1 Akute Belastungsreaktion

Die akute Belastungsreaktion ist eine vorübergehende „Störung“, wobei das Wort „Reaktion“ besser verdeutlicht, dass es sich hierbei um eine durchaus „normale“ und reversible Reaktion auf starke Belastung handelt: Sie tritt laut ICD-10 in der Regel innerhalb weniger Minuten nach dem Trauma auf (im Gegensatz zur posttraumatischen Belastungsstörung, s.u.) und klingt nach wenigen Stunden bis Tagen wieder ab. Nach dem DSM-IV muss sie innerhalb von vier Wochen nach der traumatischen Erfahrung auftreten und innerhalb von 2 Tagen bis 4 Wochen abklingen. Die Symptome können sehr unterschiedlich und wechselnd sein: Anfangs liegen meist Desorientiertheit im Rahmen einer Art von „Betäubung“ (ICD-10; Dilling et al. 2011, S. 206) vor, die bis zum dissoziativem Stupor (einem Fehlen willkürlicher Bewegungen und Reaktionen auf äußere Reize) oder auch einer Fugue (einer „zielgerichteten Ortsveränderung über den täglichen Aktionsbereich hinaus“ (ICD-10, Dilling et al. 2011, S. 216) führen kann. Vegetative Zeichen der Angst (wie Tachykardie, Schwitzen) treten meist begleitend auf. Bezüglich möglicher Besonderheiten bei Kindern machen beide Klassifikationssysteme keine Aussage.

1.2.4.2 Anpassungsstörungen

Die Anpassungsstörung umfasst „Zustände von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung, die soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des

Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung, nach einem belastenden Lebensereignis […]“ auftreten (ICD-10; Dilling et al. 2011, S.209). Sie tritt laut ICD-10 innerhalb von einem Monat und laut DSM-IV innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Belastung auf und dauert 6 Monate (akute Form nach DSM-IV) oder länger als 6 Monate (chronische Form laut DSM-IV, die ICD-10 bezeichnet sie dann als längere depressive Reaktion), wobei die ICD-10 eine Obergrenze von 2 Jahren definiert (die DSM-IV definiert keine Obergrenze). Die Symptome variieren, so dass es verschiedene Subtypen gibt und können z.B. eine depressive Stimmung, Angst und vor allem bei Jugendlichen Störungen des Sozialverhaltens umfassen. Auch hier finden sich keine Spezifizierungen für die Diagnose bei Kindern.

1.2.4.3 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) definiert nach DSM-IV, DSM-V und ICD-10

Sowohl das DSM-IV, das im Mai 2013 erschienene DSM-V als auch die ICD-10 thematisieren in ihren PTBS-Hauptkriterien B-E (für Kriterium A s.o.) die Symptome *Intrusionen* bzw. *Wiedererleben* (z.B. in Form von sich aufdrängenden Erinnerungen oder Träumen bzw. Flashbacks), *Vermeidung* (z.B. von Orten, die mit dem Trauma zusammenhängen) und *Symptome eines erhöhten Arousals* (also z.B. Schlafstörungen, Hypervigilanz, externalisierendes Verhalten oder Konzentrationsstörungen).
Im DSM-V wurde nun als Cluster D eine vierte Kategorie hinzugefügt, die „*negative alterations in cognitions and mood*“ genannt wird (deutsche Übersetzung noch ausstehend, die folgenden Symptome sind von der Autorin übersetzt worden) und z.B. die dissoziative Unfähigkeit, sich an zentrale Inhalte des Traumas zu erinnern, eine negative Erwartungshaltung und persistierende, traumabezogene negative Gefühle (z.B. Angst, Wut, Scham) beinhaltet. Zusätzlich werden bestimmte zeitliche Kriterien dieser Symptome gefordert: Laut DSM-IV und -V muss das Störungsbild länger als einen Monat andauern, während die ICD-10 fordert, dass die Symptome innerhalb von 6 Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auftreten müssen. Zusätzlich beinhaltet die DSM-IV ein Kriterium F (was im DSM-V dem Kriterium G entspricht), das gegeben ist, wenn das Störungsbild „in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen“ verursacht. Das DSM-V fordert, dass jeweils ein Symptom aus Cluster B (Intrusionen) und C (Numbing) und jeweils zwei Symptome aus den Clustern D (negative alterations in cognitions and mood“) und E (Arousal) vorliegen müssen. Es ist wichtig zu wissen, dass alle diese Kriterien nach beiden Klassifikationssystemen für die PTBS bei Erwachsenen aufgestellt und

empirisch unterlegt wurden, wobei dies für das DSM-V nur noch bedingt zutrifft, da hier bereits auf Studien mit Kindern zurückgegriffen werden konnte. Eine Erweiterung für kindliche Symptome bieten zwar das DSM-IV und -V durch Zusätze für Kriterium A:„Bei Kindern kann sich dies (die Hilflosigkeit als Reaktion auf das traumatische Ereignis) auch durch aufgelöstes oder agitiertes Verhalten äußern“ und Kriterium B: Hier wird zu eindringlichen Erinnerungen angemerkt, dass diese sich bei kleinen Kindern durch Spiele äußern können, in denen wiederholt Themen oder Aspekte des Traumas ausgedrückt werden, sowie zu traumabezogenen Träumen: Hier können bei Kindern stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt auftreten. Dennoch sind sich viele Autoren einig, dass sowohl die Qualität als auch die Quantität der geforderten Kriterien nach DSM-IV oder ICD-10 (bezüglich des DSM-V bleibt abzuwarten, ob die weiter unten aufgeführten neuen entwicklungsspezifischen Diagnosen jüngeren Patienten gerecht werden) der Symptomatik einer PTBS bei jüngeren Kindern nicht gerecht werden (Scheeringa et al. 2003, Scheeringa et al. 2010 und van der Kolk, 2005). Dies verdeutlicht unter anderem die ***Prävalenz der PTBS bei Kindern****:* Eine Studie mit 1035 deutschen Jugendlichen zwischen 12-17 Jahren ergab eine Lebenszeitprävalenz von 1,6% (Essau et al. 1999). Bei einer weiteren Studie mit 2-5 jährigen US-amerikanischen Kindern lag die Prävalenz (der damals noch DSM-III Diagnose PTBS) nur bei 0,1% (Lavigne et al. 1996), obwohl traumatische Ereignisse im Kindesalter viel häufiger sind: Zum Beispiel hatten in der oben genannten Studie von Essau et al. fast 25% aller Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 17 Jahren mindestens ein traumatisches Ereignis erlebt und in einer Studie mit 384 amerikanischen Jugendlichen hatten über 40% bis zum Alter von 18 Jahren mindestens ein Trauma (nach DSM-III Kriterien) erlebt (Giaconia et al. 1995). Nach Einführung der neuen DSM-V Kriterien wird aufgrund des vierten Symptomclusters, aus dem zwei Symptome vorliegen müssen, eine noch niedrigere Prävalenz beschrieben (Friedman, 2013). Das Risiko, im Anschluss an ein Trauma eine PTBS zu entwickeln, beträgt laut Blom und Oberink (2012) durchschnittlich 30%. Die häufigsten Ursachen einer PTBS bei Kindern und Jugendlichen sind interpersonelle Traumata (De Bellis und van Dillen, 2005).

Es konnte mehrmals gezeigt werden, dass Mädchen häufiger an einer PTBS erkranken als Jungen (vergl. z.B. Boelen und Spuij, 2013, Giaconia et al. 1995 und Kilpatrick et al. 2003). Dies könnte neurobiologische Ursachen haben, da Mädchen bei vergleichbarer Traumaexposition vermehrt posttraumatische Symptome zeigen (vergl. Herpetz-Dahlmann et al. 2005). Neben dem weiblichen Geschlecht wurden unter anderem ein niedriger sozioökonomischer Status, ein vorausgehendes Trauma, multiple Traumata, ein höherer

Expositionsgrad , eine vorbestehende psychische Auffälligkeit (v.a. Angststörung) oder eine elterliche Psychopathologie sowie wenig soziale Unterstützung und das Vorkommen von Gewalt im Haushalt als mögliche ***Risikofaktoren***, nach Traumaexposition eine PTBS zu entwickeln, identifiziert (vergl. Herpetz-Dahlmann, 2005, Pine und Cohen, 2002 und Udwin et al. 2000). Zudem fanden Green und Griffiths (2013) im Rahmen einer Fall-Kontroll-Studie in England einen Zusammenhang zwischen PTBS und bestimmten Familienstrukturen, nämlich aus einer großen Familie zu stammen und einer der jüngeren Kinder zu sein. Es ist aber noch unklar, welche Rolle psychosoziale (z.B. höheres Armutsrisiko bei großen Familien oder andere Erziehungsmethoden bei später geborenen Kindern), biologische und weitere Faktoren hier spielen. Ein niedriges Intelligenzniveau prädisponiert nach Herpetz-Dahlmann et al. (2005) ebenfalls für eine PTBS. Dies liegt möglicherweise zum einen daran, dass Kinder und Jugendliche mit niedriger Intelligenz Gefahren nicht so gut abschätzen können und distanzlos auf fremde Erwachsene zugehen. Zum anderen könnte die Hemmschwelle für die Täter bei Opfern geringerer Intelligenz niedriger sein, da sie weniger Sanktionen fürchten. Auch genetische Faktoren scheinen eine Rolle sowohl für das Auftreten eines Traumas als auch für die Entwicklung einer PTBS zu spielen (Stein et al. 2002). Ob ethnische Faktoren eine Rolle für das Trauma- bzw. PTBS-Risiko spielen, ist umstritten. Da es hierbei eine Überschneidung zum Abschnitt 1.3.5.3 gibt, wird auf diesen Abschnitt verwiesen. Ebenso sei hier bezüglich der Folgen einer posttraumatischen Belastungsstörung auf die unter 1.3.7 aufgeführten Folgen von Kindesmisshandlung verwiesen.

Therapie der PTBS

"In order to "process" their traumatic experiences (these) children first need to develop a safe space where they can "look at" their traumas without repeating them and making them real once again" (van der Kolk, 2005, S. 13, wobei van der Kolk inhaltlich Streeck-Fischer und van der Kolk, 2000 zitiert).

Als basales Therapieelement ist zunächst die ***Psychoedukation*** zu nennen. Sowohl die Patienten, als auch die Eltern sollten über traumatische Ereignisse und die möglichen Folgesymptome aufgeklärt werden.

Die am besten wissenschaftlich fundierte Therapieoption der posttraumatischen Belastungsstörung ist die ***traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (TF-CBT)*** (vergl. z.B. Bisson et al. 2007, Carrion und Kletter, 2012, Cohen et al. (bzw. American Academy of Child and Asolescent Psychiatry(AACAP)), 2010 , Deblinger et al. 1996 und 1999, Gillies et

al. 2013 und Mannarino et al. 2012), die als Erstlinientherapie der PTSD bei jungen Patienten angesehen werden kann. Sie umfasst neben der kognitiven Bearbeitung des Traumas Strategien zur Stressbewältigung (wie z.B. Entspannungsverfahren) sowie die Exposition gegenüber dem Trauma, d.h. die Konfrontation mit traumabezogenen Inhalten (Herpetz-Dahlmann et al. 2005). Die Einbeziehung der Eltern erwies sich als vorteilhaft für die Prognose (Deblinger et al. 1996 und 1999).

Eine weitere hinreichend evidenzbasierte Therapiemöglichkeit stellt die EMDR („Eye Movement and Desensitisation and Reprocessing“) dar (z.B. Bisson et al. 2007, Bradley et al. 2005, Davidson und Parker, 2001, Gillies et al. 2013, Seidler und Wagner, 2006). Hierbei soll durch eine imaginative Exposition gegenüber dem Trauma und anschließender Stimulation beider Hirnhälften durch Seitwärtsbewegung beider Augen eine Desensibilisierung der traumatischen Erinnerung stattfinden, d.h. die dysfunktionalen Kognitionen im Zusammenhang mit dem Trauma werden durch funktionale ersetzt (Shapiro, 2007). Trotz der mittlerweise bewiesenen Wirksamkeit der EMDR wird diese Therapieform in der Literatur kontrovers diskutiert, nicht zuletzt, weil die Bedeutung der bilateralen Stimulation nicht ausreichend empirisch unterlegt ist (vergl. z.B. Seidler und Wagner, 2006). Es gibt sogar Hinweise darauf, dass die Augenbewegungen für den Therapieerfolg überhaupt nicht notwendig sind (Davidson und Parker, 2001).

Zur ***medikamentösen Therapie*** der PTBS bei Kindern ist die Studienlage sehr karg. Kinder werden im Prinzip nur auf der Basis von Studien mit Erwachsenen mit Medikamenten behandelt. Daher ist der Einsatz von Medikamenten umstritten, aber trotzdem weit verbreitet. Zum Beispiel ergab eine US-amerikanische Studie mit 77 Kinderpsychiatern und 82 Psychologen (Cohen et al. 2001), dass 95% der Therapeuten ihren PTBS-Patienten Medikamente verschrieben. Laut Carrion und Kletter (2012) ist der Einsatz psychotroper Pharmaka zulässig bei gravierenden Symptomen, Komorbidität oder wenn eine vorausgegangene Psychotherapie nicht erfolgreich war. Zu den eingesetzten Medikamenten zählen selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRIs), trizyklische Antidepressiva, Alpha- und Betablocker, Anxiolytika, Antipsychotika und Antikonvulsiva (Cohen et al. 2001), wobei die SSRIs als Mittel der 1. Wahl eingesetzt werden, da von ihnen gezeigt werden konnte, dass sie bei Erwachsenen die Symptome aller drei Symptomcluster (Intrusionen, Numbing und Hyperarousal) effektiv reduzieren (Stein et al. 2006, van der Kolk et al. 1994).

Die ***Prognose*** der PTBS ist oft ungünstig: Eine Meta-Analyse von 26 Studien (Bradley et al. 2005), die verschiedene Therapieansätze beinhalteten, ergab, dass ein Drittel der Patienten,

die die Therapie beendeten, immer noch die Kriterien für eine PTBS erfüllten, wobei der Anteil der Patienten, der vollkommen beschwerdefrei ist, sicherlich noch viel geringer ist. Mögliche Ursachen hierfür sind laut Herpetz-Dahlmann (2008) zum einen die neuronalen Veränderungen im Anschluss an eine Traumatisierung (vergl. 1.2.3), die weitere psychische Folgeerkrankungen auslösen können und zum anderen die mit einem Trauma assoziierten weiteren Stressoren, wie z.B. Armut oder eine Veränderung der familiären Situation (wenn z.B. das Kind wegen Misshandlung durch die Eltern aus der Familie genommen wird), die wiederum weitere negative Auswirkungen haben können.

1.2.4.4 Komorbide Störungen

Es wurden hohe Komorbiditätsraten der PTBS beschrieben. Gillihan et al. (2013) fanden z.B. in 68,8% eines PTSB-Patientenkollektivs weitere Diagnosen (n=91, nur weibliche Opfer sexuellen Missbrauchs zwischen 13 und 18 Jahren), wobei am häufigsten die Depression (47,3%), generalisierte Angststörung (12,1%) und Zwangsstörung (11%) waren. In einer großen irakische Studie (Al Jawadi und Abdul-Rhman, 2007; n= 3079) bestanden bei nahezu der Hälfte der Kinder und Jugendlichen mit PTBS komorbide Diagnosen (v.a. Enuresis, Stottern, Schulverweigerung und Depression). Antshel et al. (2013) untersuchten 329 Erwachsene und fanden eine Assoziation zwischen ADHS und PTBS sowie höhere Komorbiditätsraten mit anderen Erkrankungen, wenn beide Diagnosen vorlagen. Essau et al. (1999) fanden im Rahmen der Bremer Jugendstudie in 23,5% eine Major Depression, in 29,4% eine somatoforme Störung und in 23,5% Cannabiskonsum komorbide zur PTBS.

1.2.4.5 Applikationsprobleme der Diagnose PTBS bei Kindern mit chronischen bzw. komplexen Traumata

Wie bereits oben erwähnt, sind die PTBS-Häufigkeiten bei Kindern aufgrund der mangelnden Ausarbeitung der Diagnosekriterien für diese Altersgruppe oft niedrig, obwohl diese ein Trauma erlebt haben und sehr wohl Symptome davongetragen haben. Dies ist insbesondere der Fall bei Kindern mit chronischer, sog. komplexer Traumatisierung, bei denen die PTBS nicht die häufigste psychiatrische Diagnose ist (van der Kolk et al. 2005 und 2009). So ergab z.B. eine US-amerikanische Studie mit 204 misshandelten Kindern (die entweder körperliche oder sexuelle Gewalt oder beides erlebt hatten), dass die häufigsten Diagnosen nach absteigender Häufigkeit Trennungsangst, Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten, ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung), Phobien und PTBS (gleiche Prävalenz wie Phobien) waren (Ackermann et al. 1998). Eine weitere Studie mit 7668 US-amerikanischen Pflegekindern ergab, dass nahezu 95% der Kinder, bei denen

traumabezogene Symptome festgestellt wurden, sich nach PTBS-Kriterien nicht für diese Diagnose qualifizierten (van der Kolk et al. 2009). Laut van der Kolk et al. beweisen diese Zahlen, dass die Diagnose PTBS die Auswirkungen eines komplexen Traumas auf das sich entwickelnde Kind nicht adäquat beschreibt. Für ein einzelnes traumatisches Ereignis (also einem Typ I Trauma nach Terr), das vergleichsweise diskrete Symptome verursacht, mag die Diagnose PTBS ausreichen. Den multiplen und variablen Symptomen, die aufgrund der Entwicklungsbeeinträchtigungen auf verschiedenen Ebenen (z.B. kognitiv, sprachlich, motorisch, sozial) im Anschluss an eine komplexe Traumatisierung auftreten, wird sie aber nicht gerecht. Aus Mangel an besseren Alternativen erhalten komplex traumatisierte Kinder daher entweder keine Diagnose oder eine Vielzahl an nicht zueinander in Beziehung stehenden und nicht traumaspezifischen Diagnosen, als ob diese unabhängig vom Trauma bestünden. Problematisch ist dies vor allem, da diese diagnostische Unklarheit zu einer Unklarheit auch der Therapie führen kann und sich somit die ohnehin ungünstige Prognose dieser Kinder weiter verschlechtert (van der Kolk, 2005).

1.2.4.6 Developmental Trauma Disorder (DTD) und neue DSM-V PTSD-Subtypen

Auf der Basis der oben genannten Kritik an den aktuellen diagnostischen Möglichkeiten für komplex traumatisierte Kinder hat die „Complex Trauma Taskforce of the National Child Traumatic Stress Network“ (NCTSN) eine neue Diagnose für die Aufnahme in das DSM-V konzeptualisiert, die Developmental Trauma Disorder (DTD). Die von van der Kolk et al. (2009) aufgestellten Kriterien A-G sollen im Folgenden knapp erläutert werden: In *Kriterium A* wird gefordert, dass das Kind multiple oder anhaltende ungünstige Ereignisse („adverse events“) über mindestens ein Jahr selbst oder als Zeuge erlebt hat. Das *Kriterium B* beschreibt affektive und physiologische Dysregulation, worunter z.B. extreme Gefühlszustände, Störungen der Regulation körperlicher Funktionen (z.B. Schlaf) und die Dissoziation fallen. Aufmerksamkeits- und Verhaltensdysregulation werden in *Kriterium C* thematisiert: Hierzu zählen z.B. Impulsivität, selbstverletzendes Verhalten und die Unfähigkeit, zielgerichtetes Verhalten zu generieren. Das *Kriterium D* umfasst Selbst- und Beziehungsdysregulation mit Unterpunkten wie ein negatives Selbstbild oder externalisierendes Verhalten (z.B. Wutausbrüche). In *Kriterium E* wird auf die PTBS-Kriterien Bezug genommen, indem gefordert wird, dass aus zwei der drei Hauptsymptomcluster (B, C und D) jeweils mindestens ein Symptom vorliegt. *Kriterium F* spezifiziert die Dauer der Symptome aus B-E: Sie muss mindestens 6 Monate betragen. *Kriterium G* befasst sich schließlich mit funktionellen Beeinträchtigungen in verschiedenen Bereichen, z.B. der Familie (hier kommen z.B.

Konflikte vor) oder der Gesundheit (hierunter fallen z.B. psychosomatische Schmerzen). Laut Felddaten des NCTSN würden wahrscheinlich 15-25% der Kinder mit Traumata in der Vergangenheit, die mit einer Vielzahl an Diagnosen überwiesen werden, die Diagnose DTD bekommen, zum Vergleich: 24% dieser Kinder bekamen die Diagnose PTSD.

Entgegen den Erwartungen o.g. und weiterer Autoren wurde die Diagnose DTD aufgrund einer mangelhaften empirischen Basis und den Überschneidungen zur PTBS nicht in das DSM-V aufgenommen, jedoch beinhaltet die Veränderung der Diagnosekriterien bereits eine Annäherung an die DTD-Kriterien (Friedman, 2013). Außerdem wurden zwei neue Subtypen der PTBS hinzugefügt, nämlich eine Vorschul-Variante für Kinder unter 6 Jahren („Posttraumatic stress disorder in preschool children“) sowie ein dissoziativer Subtyp. Die Vorschul-PTBS kennzeichnet sich durch eine vor allem die Symptomcluster C und D (Numbing und „negative alterations in cognitions and moods“) betreffende Anpassung der PTBS-Kriterien an sich in der Entwicklung befindende Kinder (z.B. gibt es nur noch vier Symptome der Cluster C und D, wovon nur eins vorliegen muss). Die dissoziative PTBS, bei der die dissoziativen Symptome der Depersonalisation und Derealisation im Vordergrund stehen, ist häufiger als die PTBS mit schwerer chronischer Traumatisierung , starker funktioneller Beeinträchtigung und komorbiden Diagnosen verbunden, so dass ein Vergleich mit der DTD naheliegt (Friedman, 2013). Es bleibt abzuwarten, wie die in naher Zukunft erscheinende ICD-11 mit der komplexen Traumatisierung umgehen wird und was die weitere Forschung zu den beiden neuen DSM-V Diagnosen sowie zum Konzept der DTD ergeben wird.

In den Vorkapiteln wurde bereits erwähnt, dass interpersonelle, besonders intrafamiliäre Gewalt eine besonders schwere Traumatisierung hervorrufen kann. Die folgenden beiden Unterkapitel befassen sich genauer mit diesen traumatisierenden Gewaltformen, nämlich mit den verschiedenen Formen der Kindesmisshandlung sowie der häuslichen Gewalt und den gravierenden Folgen für die kindlichen und jugendlichen Opfer.

1.3 Kindesmisshandlung

1.3.1 Definition

Laut Bast et al. (1978) handelt es sich bei Kindesmisshandlung um eine nicht zufällige, gewaltsame körperliche und/oder seelische Schädigung, die in Familien oder Institutionen vorkommt und zu Verletzungen, Entwicklungsstörungen oder zum Tod führt, also das Wohl und die Rechte eines Kindes beeinträchtigt.

1.3.2 Unterformen der Kindesmisshandlung

Unter den allgemeinen Begriff der Kindesmisshandlung fallen sowohl körperliche, sexuelle und emotionale/psychische Misshandlung als auch die Vernachlässigung von Kindern und die kommerzielle oder andere Ausbeutung (WHO, 2010). Die Exposition gegenüber häuslicher Gewalt wird auch manchmal dazu gerechnet, soll hier aber aufgrund der unterschiedlichen Erlebnisebene (Zeuge vs. direktes Opfer) in einem separaten Kapitel besprochen werden (vgl. Kapitel 1.4).

1.3.2.1 Körperliche Misshandlung

Diese beinhaltet laut Dutton (1992) jegliches Verhalten, das den vorsätzlichen Gebrauch von Kraft gegen einen Körper einer anderen Person sowie das Risiko körperlicher Verletzungen und/oder Schmerzen beinhaltet.
Diese Gewalt kann z.B. in Form von Prügeln, Verbrennungen, Schütteln oder Gewalteinwirkung mit Gegenständen (z.B. Gürtel) ausgeübt werden.

1.3.2.2 Sexuelle Misshandlung

Laut Hamburger Leitfaden für Arztpraxen „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“ versteht man unter sexueller Misshandlung sexuelle Handlungen eines Erwachsenen bzw. eines älteren Jugendlichen an und mit einem Kind, wobei der Erwachsene das Kind als Objekt zur Befriedigung seiner sexuellen Bedürfnisse benutzt und es nicht imstande ist, die Situation zu kontrollieren. Dabei muss es keinesfalls zur Penetration kommen, sondern bereits Berührungen oder anzügliche Bemerkungen erfüllen die Kriterien des sexuellen Missbrauchs. Auch sexuelle Handlungen oder pornographische Darstellungen vor einem Kind zählen dazu. Diese Misshandlungsform erweckt das größte Medieninteresse bzw. die größte öffentliche Empörung und auch die wissenschaftliche Literatur ist zu diesem Thema sehr zahlreich.

1.3.2.3 Emotionale/psychische Misshandlung

Emotionale oder psychische Misshandlung bezeichnet "Haltungen, Gefühle und Aktionen, die zu einer schweren Beeinträchtigung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Bezugsperson und Kind führ[t]en und dessen geistig-seelische Entwicklung zu einer autonomen und lebensbejahenden Persönlichkeit behindern" (Eggers, 1994, S.748).

1.3.2.4 Vernachlässigung

Vernachlässigung kann als wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns für Kinder verantwortlicher Personen angesehen werden, so dass die Sicherstellung der physischen und psychischen Versorgung des Kindes nicht gewährleistet ist (vgl. Schone et al. 1997). Vernachlässigung kann auf verschiedenen Ebenen verübt werden, nämlich körperlich, wenn das Kind z.B. nicht genug Nahrung erhält oder nicht für die körperliche Hygiene gesorgt wird, emotional, wenn es keine Aufmerksamkeit und Zuneigung bekommt und kognitiv, wenn das Kind keine Anregung erfährt und keine moralische Erziehung erhält.
Obwohl Vernachlässigung weltweit die häufigste Misshandlungsform ist (Geerdts et al. 2010), gibt es hierzu relativ wenig Literatur und das öffentliche Interesse ist geringer. Dabei ist diese Form auf lange Sicht mindestens so schädlich wie körperliche oder sexuelle Misshandlung (Gilbert et al. 2009).

1.3.3 Prävalenz

Die Misshandlung von Kindern ist ein seit langem bestehendes und weit verbreitetes Problem, allerdings liegen ungenügend Daten zur Bestimmung der genauen Prävalenz vor, denn „Kindesmisshandlung gedeiht in den schattigen Zonen des Privaten und Abgeschiedenen. Sie lebt von der Nichtbeachtung“ (Helfer et al. 1997, zitiert nach Eberl et al. 2010, S. 139). Laut einem WHO-Bericht von August 2010, der auf internationalen Studien beruht, berichteten ca. 20% der Frauen und 5-10% der Männer, als Kinder sexuell missbraucht worden zu sein, während 25-50% aller Kinder berichteten, körperlich missbraucht zu werden. Eine Studie von Péréz-Fuentes et al. (2013), bei der zwischen 2004 und 2005 über 34000 Erwachsene in den USA persönlich befragt wurden, ergab dass ungefähr einer von zehn Erwachsenen vor dem 18. Lebensjahr sexuell misshandelt worden war (75.2% davon waren Frauen und 24.8% Männer). Die höheren Prävalenzraten der sexuellen Misshandlung bei Mädchen könnten durch verschiedene Faktoren verzerrt werden, z.B. durch mangelhafte Aufdeckung und zurückhaltender Berichterstattung durch die männlichen Opfer, da sich Eltern, Lehrer, Pädiater und Jugendamtsmitarbeiter vor allem auf die Mädchen konzentrieren (Péréz-Fuentes

et al. 2013, vgl. auch Finkelhor und Browne, 1985, Finkelhor, 1994, Maikovich-Fong und Jaffee, 2010, Molnar et al. 2001 und Putnam, 2003). In Deutschland wurden 3490 Fälle von Kindesmisshandlung im Jahre 2009 von der polizeilichen Kriminalstatistik erfasst, im Jahre 2012 waren es 3450. Darunter waren 2012 57,6 Prozent der Opfer männlich und 42,4 Prozent weiblich, dies entspricht einer Inzidenz von 39,9:100.000. Allerdings muss hier von einem hohen Dunkelfeld ausgegangen werden, weiterhin umfasst diese Statistik lediglich die zur Anzeige gebrachten Fälle. Dies liegt unter anderem daran, dass es in Deutschland kein zentrales Erfassungssystem, wie in anderen Industrienationen wie den USA, England oder Frankreich, für Kindesmisshandlung gibt, so dass die Daten, die uns aus der Kriminal-, Todesursachen- und Krankenhausdiagnosestatistik vorliegen, nur die Spitze des Eisbergs abbilden (Geerdts et al. 2010). Außerdem findet die Misshandlung vor allem im familiären Umfeld statt (vgl. 1.3.4), so dass es den Opfern oft nicht möglich ist, auf die Gewalt aufmerksam zu machen. Die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachschaften (2008) nennt eine Lebenszeitprävalenz von Gewalterfahrung in der Kindheit in Deutschland für körperliche Gewalt bei 11,8 % der Männer und bei 9,9 % der Frauen. Sexuelle Misshandlungen mit Körperkontakt in der Kindheit seien von 2,8 % der befragten Männer und 8,6 % der Frauen zwischen 16 und 69 Jahren berichtet worden.

Zu den ***Häufigkeiten der verschiedenen Misshandlungsunterformen*** finden sich verhältnismäßig wenige Daten. In einem UNICEF-Bericht von 2011 werden körperliche Gewalt, sexuelle Gewalt und Mobbing als häufigste Formen aufgeführt. Laut offiziellen Zahlen aus den vereinigten Staaten der 90er Jahre war Vernachlässigung dort die prävalenteste Misshandlungsform, gefolgt von körperlicher Misshandlung, sexueller Misshandlung und schließlich emotionaler Misshandlung in genannter Reihenfolge prozentual abnehmend (National Research Council, 1993 und US Department of Health and Human Services, 1999; zitiert nach de Bellis und Thomas, 2003). Laut Eberl et al. (2010) war Kindesmisshandlung lange Zeit eine der führenden Todesursachen bei pädiatrischen Patienten. Die Ergebnisse einer internationalen UNICEF-Studie von 2003 zeigen, dass in den Industrieländern jedes Jahr rund 3500 Kinder an den Folgen von Misshandlungen und Vernachlässigung sterben. Für Deutschland ergeben sich laut Bund Deutscher Kriminalbeamter auf der Basis der Kriminalstatistik jede Woche nahezu drei solcher Todesfälle. Während die o.g. UNICEF-Studie (2003) eine Abnahme der Kindestötungen seit den 70er Jahren in 14 von 23 Industrieländern verzeichnete, berichtete sie von einem Anstieg der Berichte über nicht-tödliche Misshandlungen. Auch in Deutschland haben die zur Anzeige gebrachten Fälle

sexueller Misshandlung laut o.g. Kriminalstatistik von 2011 bis 2012 um 179 Fälle zugenommen, was jedoch verschiedene Gründe, wie die zunehmende Aufklärung der Bevölkerung und Vermehrung der Anzeigen haben könnte.

1.3.4 Die Täter der Kindesmisshandlung

Zur Frage, von wem Kindesmisshandlung ausgeübt wird, gibt es viele Studien, die einheitlich darauf hinweisen, dass es zum größten Teil die Eltern sind. So waren laut der o.g. UNICEF Studie (2003) die biologischen Eltern für 4/5 (80%) der Fälle körperlicher Misshandlung von Kindern in Kanada verantwortlich, wobei der biologische Vater nur etwas über 2 Prozentpunkte vor der biologischen Mutter lag. Die Stiefeltern machten den größten Anteil des Rests aus (insgesamt 15%). Klevens und Leeb (2010) fanden eine elterliche Misshandlung in 45% der Fälle (davon 26% durch den biologischen Vater und 19% durch die Mutter). Bei einer Studie mit Pflegekindern war nicht der biologische Vater (26%), sondern die biologische Mutter mit 58% am häufigsten die Täterin (Pears et al. 2008). Laut polizeilicher Kriminalstatistik (2012) waren Frauen und Männer ungefähr gleich häufig die Täter der Kindesmisshandlung.

1.3.5 Die Risikofaktoren

Die Misshandlung von Kindern wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst (vergl. ökologisches Modell nach Sidebotham, 2001), zu denen es in der Literatur vielzählige Studien gibt und die sich drei Kategorien zuordnen lassen:

1.3.5.1 Risikofaktoren des Kindes

Zu den Risikofaktoren des Kindes zählen Frühgeburtlichkeit und ein niedriges Geburtsgewicht – und dies unabhängig vom Alter der Mutter und ihrem sozioökonomischem Status- (Brayden et al. 1992, Sidebotham & Heron, 2006, Spencer et al. 2006), (v.a. geistige) Behinderungen (Hibbard & Desch, 2007, Tursz, 2011), ein schwieriges Temperament und Verhaltensstörungen (Mc Bride et al. 2002). Ein junges Alter, v.a. unter einem Jahr, scheint v.a. für körperliche Gewalt ein Risikofaktor zu sein (Tursz, 2011). Das Geschlecht ist als Risikofaktor insofern relevant, als von sexueller Gewalt prozentual mehr Mädchen betroffen sind, unter den Todesfällen durch Gewalt aber in internationalen Studien das männliche Geschlecht dominiert (Tursz, 2011). Die am Shaken Baby Syndrom (Schütteltrauma des Säuglings) verstorbenen Kinder waren in einer Pariser Studie von Tursz (2010) beispielsweise in 77% der Fälle männlich.

1.3.5.2 Risikofaktoren der Familie

Innerhalb der Familie wurden v.a. geringe finanzielle Mittel (Pelton, 1994); vergl. auch Butler, 2013 und Sidebotham und Heron, 2006) und ein niedriges Bildungsniveau der Eltern - insbesondere der Mutter (Butler, 2013 und Tremblay et al. 2008), die sich zusammen mit anderen Faktoren als niedriger sozioökonomischer Status zusammenfassen lassen, als Risikofaktoren für Kindesmisshandlung identifiziert. Während diese Korrelation in mehreren, v.a. US-amerikanischen Studien nachgewiesen wurde, konnte Tursz (2011) diese Tendenz basierend auf den Pariser Daten des INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) nicht beobachten, sondern stellt vielmehr psychoaffektive, bzw. moralische Familienfaktoren in den Vordergrund. Zudem würden laut Tursz sozial stärkere Familien den Systemen zur Aufdeckung von Kindesmisshandlung eher entgehen als sozial schwächere, ein Ansatz zur Diskussion möglicher Verzerrungen der Studien, die eine Korrelation zwischen niedrigem sozioökonomischem Status und Misshandlung fanden. Laut den Daten der polizeilichen Kriminalstatistik von 2012 kommen die in Deutschland betroffenen Familien aus allen sozialen Schichten. Eine psychiatrische Erkrankung, Alkohol-, oder Substanzenabusus der Eltern (Gilbert et al. 2009 und Péréz-Fuentes et al. 2013), ein alleinerziehendes Elternteil sowie veränderte Familienstrukturen und niedrige intrafamiliäre Unterstützung (Butler, 2013, Péréz-Fuentes et al. 2013, Sidebotham und Heron, 2006 und Tremblay et al. 2008) scheinen sich ebenfalls ungünstig auszuwirken. Auch in großen Familien konnten mehrmals erhöhte Kindesmisshandlungsraten detektiert werden (Brayden et al. 1992, Brown et al. 1998). Wenn in der Familie des Kindes häusliche Gewalt vorkommt, steigt ebenfalls das Risiko für Kindesmisshandlung (siehe unter 1.4.6, vgl. auch Graham-Bermann et al. 2012, Péréz-Fuentes et al. 2013 und UNICEF, 2003). Dies ist auch der Fall, wenn die Eltern in ihrer Kindheit selbst misshandelt wurden (Dixon et al. 2005 und Sidebotham und Heron, 2006). Ein junges Alter der Mutter bei Geburt des Kindes scheint ein besonders zuverlässiger Prädiktor für Kindesmisshandlung zu sein, wobei das junge Alter der Mutter nicht direkt ursächlich für die Misshandlung ist (Mersky et al. 2009). Vielmehr haben junge Mütter mit größerer Wahrscheinlichkeit einen niedrigen sozioökonomischen Status, sind alleinerziehend und seltener in der Lage dazu, ein Kind adäquat zu versorgen als ältere Mütter (Zuravin, 1988).

1.3.5.3 Risikofaktoren der Umgebung bzw. der Gesellschaft

Als Risikofaktoren der Umgebung des Kindes bzw. der Gesellschaft, in der es aufwächst, konnten z.B. soziale Isolation und wenig soziale Unterstützung (Garbarino und Kostelny,

1992) sowie eine hohe Arbeitslosen- und Armutsrate (WHO-Bericht, 2010) identifiziert werden. Auch soziale und geschlechtsspezifische Ungleichheit und gewaltfördernde, die körperliche Bestrafung und rigide Geschlechterrollenverteilung unterstützende soziale und kulturelle Normen werden laut der WHO (2010) mit einem erhöhten Risiko für Kindesmisshandlung in Verbindung gebracht.
Die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit bzw. aus einer Familie mit Migrationshintergrund zu stammen, wird in der Literatur auch als Risikofaktor aufgeführt, wobei diese Evidenz nach Kontrolle anderer Einflussfaktoren deutlich abnimmt. Außer bei Kindern binationaler Paare lassen sich ethnische Unterschiede in US-amerikanischen Studien zum größten Teil durch soziodemographische Charakteristiken erklären (Alink et al. 2013 und Hussey et al. 2006), d.h. es wirkt nur so, als sei es ein Risikofaktor, wenn die Familie einen Migrationshintergrund hat, in Wirklichkeit aber ist der niedrige sozioökonomische Status, der häufig mit Migration assoziiert ist (Euser et al. 2011), der wirkungsvolle Risikofaktor.

1.3.6 Resilienz und protektive Faktoren

Resilienz bezeichnet die „Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung des früheren psychischen Anpassungs- und Funktionsniveaus nach einem eingetretenen Trauma oder bei bestehenden Einschränkungen und Verlusten“ (Oerter und Montada, 2002, S. 991). Das große Gebiet der Resilienzforschung umfasst neben verschiedenen Definitionen der Resilienz die Erforschung möglicher Faktoren, die ein Individuum bei gleicher Belastung resilienter machen als ein anderes. Im Zusammenhang mit dem Resilienzbegriff lassen sich protektive Faktoren definieren als Faktoren, die bei bereits stattgefundener Misshandlung vor den negativen Langzeitfolgen (vergl. 1.3.7) schützen, also die Wahrscheinlichkeit der Resilienz erhöhen (Herrenkohl et al. 2008). In diesem Sinne ist z.B. hohe Intelligenz (Breslau et al. 2006) und eine internale Kontrollüberzeugung von Vorteil für die Prognose misshandelter Kinder, d.h. (nach Rotter 1954, zitiert nach Bolger und Patterson, 2001), dass Ereignisse als Folge des eigenen Verhaltens interpretiert werden. Auch eine stabile Eltern-Kind-Bindung (Lynskey und Fergusson, 1997) scheint sich positiv auszuwirken. Außerdem tragen laut Williams und Nelson-Gardell (2012) Engagement in der Schule, ein hoher sozioökonomischer Status, ein höherer Bildungsgrad der Betreuungsperson sowie die Unterstützung durch diese zur Resilienz bei.

1.3.7 Die Folgen von Kindesmisshandlung

Misshandelte Kinder können je nach individuellen Risikofaktoren und der eigenen Resilienz sowie in Abhängigkeit des Schweregrades der Misshandlung (Litrownik et al. 2005, Manly et al. 1994) eine Vielzahl an Folgeschäden davontragen, die von leichtem psychologischen Stress bis zum Tod durch Verletzungen oder Suizid reichen. Bezüglich der Frage, in welchem Alter Misshandlungen die schwerwiegendsten Folgen nach sich ziehen, liegen nur spärliche Daten vor, die ein uneinheitliches Bild bieten: Teils war eine Misshandlung im Alter unter 12 Jahren mit stärkeren psychischen Folgesymptomen im Jugendalter verbunden (Dunn et al. 2013, Kaplow und Widom, 2007 und Sternberg et al. 2006), teils waren Jugendliche über 12 Jahren, die erstmals eine Misshandlung erlitten, stärker betroffen (Thornberry et al. 2001). Die WHO bezeichnet Kindesmisshandlung als „global health burden“, da es ausreichend Beweise für Zusammenhänge zwischen Gewalterfahrung in der Kindheit und Jugend und vielen chronischen Erkrankungen und Störungen im Erwachsenenalter gibt (Eberl et al. 2010). Der größte Teil der Literatur zu diesem Thema bezieht sich auf Probleme und Störungen im Erwachsenenalter, die aus Kindesmisshandlung bzw. negativen/nachteiligen Erfahrungen in der Kindheit („adverse childhood experiences“) resultieren. Hier wurden neben den bereits beschriebenen psychischen Folgeerkrankungen auch Assoziationen zu unter anderem Alkoholismus, Drogenabusus, Depression, Suizid, Adipositas, sexuell übertragbaren Krankheiten und erhöhten gesundheitlichen Risiken in Form von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes, Frakturen und Lebererkrankungen gefunden (Bonomi et al. 2008, Dunn et al. 2013, Felitti et al. 1998, Fry et al. 2012, Péréz-Fuentes et al. 2013 und Sugaya et al. 2012). Zu den Folgen von Kindesmisshandlung im Kindesalter gibt es mehrere Studien, die eine schlechte akademische Leistung („lower educational achievement“) im Vergleich zu Gleichaltrigen gezeigt haben (Boden et al. 2007), was die Autoren allerdings nicht auf die Misshandlung per se, sondern vielmehr auf den sozialen, familiären und individuellen Kontext zurückführen, in dem Misshandlung stattfindet. Eine Studie von Annerbäck und Kollegen (2012) zeigte die Zusammenhänge zwischen körperlicher Misshandlung und einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes, Risikoverhalten (Alkohol-, Nikotin- und Drogenkonsum, sexuelles Risikoverhalten), Gewalttätigkeit sowie selbstverletzendem Verhalten bei Jugendlichen auf, wobei eine Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen Anzahl der körperlichen Misshandlungsepisoden und Schwere der Folgen vorlag. Laut Gilbert et al. (2009) haben misshandelte Kinder ein gesteigertes Aggressionspotential verbunden mit einem erhöhten Risiko, anderen Schmerzen und Leid zuzufügen sowie

kriminelle Handlungen und Gewalt auszuüben. Diese Feststellung weist auf ein in der Literatur viel diskutiertes Thema hin, die Gewalttransmission.

Wie schon bei den Risikofaktoren erwähnt (vgl. 1.3.5.2), erhöht die Erfahrung selbst in der Kindheit misshandelt worden zu sein, die Wahrscheinlichkeit, die eigenen Kinder zu misshandeln, was als ***intergenerationelle Gewaltübertragung*** bezeichnet wird (vgl. z.B. Craig und Sprang, 2007, de Paúl et al. 1995; Litty et al. 1996 und Milner et al. 2010). Milner et al. (2010) fanden zum Beispiel, dass die Wahrscheinlichkeit, seine Kinder körperlich zu misshandeln bei selbst erlebter körperlicher Gewalt 2-3 Mal größer war. Im Rahmen einer Studie von Romano und De Luca (1997) gaben 75% aller Sexualstraftäter an, selbst in ihrer Kindheit sexuell missbraucht worden zu sein. Dudeck et al. (2012) fanden in ihrer Untersuchung von 1055 europäischen Langzeitgefangenen aus 11 Ländern heraus, dass „sexuelle Gewalterfahrungen innerhalb der Familie mit einem 4-fach erhöhten Risiko einhergehen, später selbst sexuell delinquent in Erscheinung zu treten“. Für die intergenerationelle Gewaltübertragung gibt es laut Milner et al. (2010) drei verschiedene Erklärungsansätze: Erstens könnten Kinder die gewalttätigen Verhaltensweisen ihrer Eltern nachahmen und später selbst gegenüber ihren eigenen Kindern zeigen, zweitens könnte das Nachahmen auf erlernten kognitiven Beziehungsmodellen basieren und drittens kommen Trauma-basierte Modelle in Frage, denen die These zugrunde liegt, dass die durch Gewalterfahrung entwickelten Traumasymptome der entscheidender Faktor in der Wirkungskette der intergenerationellen Gewalttransmission sind, da sie die Wahrscheinlichkeit erhöhen, selbst gewalttätig zu werden (vergl. 1.3.7). Laut Perry (2001) spielen neurobiologische Ursachen die entscheidende Rolle bei der Gewaltübertragung: Da als Erwachsener der „fight or flight“-Modus (vergl. 1.2.2 und 1.2.3) bestehen bleibe, werde Verhalten schnell als bedrohlich interpretiert und impulsiv und gewalttätig darauf reagiert. Außerdem spielen natürlich wiederum verschiedene Risiko- und protektive Faktoren eine Rolle. So fanden z.B. Litty et al. (1996) Hinweise darauf, dass (wahrgenommene) soziale Unterstützung die Wahrscheinlichkeit der Gewaltübertragung senkt.

1.3.8 Die Kookkurrenz verschiedener Misshandlungsformen

Es gibt in der Literatur zur Kindesmisshandlung mehrere Studien, die eine hohe Prävalenzrate der Kombination verschiedener Misshandlungsformen feststellten. So fanden z.B. Turner et al. (2010) durch eine telefonische Befragung von 4053 Kindern zwischen 2 und 17 Jahren alt und ihrer Betreuungspersonen in den USA heraus, dass 66% mehr als eine Misshandlungsform erlitten hatten, 30% fünf oder mehr und 10% sogar elf oder mehr

Misshandlungsformen. Lau et al. (2005) fanden in 36,5-91,4% (je nach Misshandlungsform) multiple Misshandlungsformen (n=519). Auch Herrenkohl und Herrenkohl (2009) beschrieben in einer Review Kookkurrenzraten reichend von ein Drittel bis über 90% der Misshandlungsfälle.

Weitere Forschung auf diesem Gebiet deutet darauf hin, dass das Erleben einer Kombination verschiedener Misshandlungsformen mit gravierenderen Folgen für die Kinder verbunden ist als das Erleben einer einzigen, obgleich schwerwiegenden Misshandlungsform (Annerbäck et al. 2012, Nilsson et al. 2010 und Turner et al. 2010). Es liegt also nahe, dass eine Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen der Anzahl der Misshandlungsformen bzw. allgemeiner der traumatischen Ereignisse und der psychologischen sowie physischen Gesundheit besteht (Bonomi et al. 2008 und Edwards et al. 2003). Nilsson et al. (2010) fanden im Rahmen einer ausführlichen schriftlichen Befragung von 400 schwedischen Jugendlichen sogar eine nahezu lineare Beziehung zwischen der Anzahl der berichteten traumatischen Ereignisse und dem Auftreten vom Traumasymptomen.

Die Kookkurrenz von Kindesmisshandlung und häuslicher Gewalt wird unter 1.4.6 beschrieben.

1.4 Häusliche Gewalt

1.4.1 Definition

Es gibt bei der Definition der häuslichen Gewalt Uneinigkeit in der Literatur, v.a. bezüglich der Abgrenzung zur Kindesmisshandlung. Während viele Autoren sowie die WHO (2005) die häusliche Gewalt als zwischen zwei Erwachsenen vorkommend definieren, weiten andere die Definition auch auf häusliche Gewalt von Erwachsenen gegen Kinder (sowie zwischen Kindern in einem Haushalt) aus, wodurch die Grenzen zur Kindesmisshandlung verschwimmen. Diese Arbeit vertritt die Definition, nach der häusliche Gewalt die Gewaltanwendung bzw. –androhung zwischen zwei Erwachsenen meint, die in einem engen Verhältnis zueinander stehen mit dem Ziel der Verletzung oder Kontrollausübung (vergl. Flury et al. 2010). Dabei müssen Opfer und Täter nicht unbedingt in einem Haushalt

zusammenleben, obwohl dieses laut Müller und Schröttle (2004) zumeist der Fall ist, weshalb neben dem oft als erstes mit häuslicher Gewalt in Verbindung gebrachten (Ehe-) Partner auch andere Familienmitglieder oder Freunde als Täter in Frage kommen. Synonym zum Begriff „häusliche Gewalt“ werden auch „Gewalt in der unmittelbaren sozialen Umgebung“ (Flury et al. 2010) oder „Gewalt unter intimen Partnern“ („Intimate Partner Violence“, WHO, 2005) verwendet. Während die oben genannte Definition der häuslichen Gewalt in Bezug auf das Geschlecht von Täter und Opfer neutral ist, sind vorwiegend, wenn auch nicht ausschließlich , Frauen die Opfer solcher Gewalt durch ihre männlichen Partner (Müller und Schröttle, 2004).

1.4.2 Unterformen der häuslichen Gewalt

Wie die Kindesmisshandlung kann häusliche Gewalt in Form von körperlicher, sexueller oder emotionaler/psychologischer Gewalt ausgeübt werden (Flury et al. 2010 und WHO, 2005). Zusätzlich werden ökonomische (z.B. finanzielle Kontrolle, Arbeitsverbot) und soziale Gewalt (z.B. Kontaktverbot, Einsperren) unterschieden, welche entweder als isolierte Unterformen, oder laut Flury et al. (2010) als Subklassen der psychologischen Gewalt angesehen werden.

1.4.3 Prävalenz der häuslichen Gewalt und Täter

Die häusliche Gewalt ist wie die Kindesmisshandlung ein weltweites Problem, das nicht selten tabuisiert wird und dessen genaue Prävalenz unklar ist. Eine Studie der WHO (2005) mit 24000 Frauen aus 10 kulturell sowie in Bezug auf ihre gesellschaftlichen und politischen Systeme unterschiedlichen Ländern ergab, dass 15-71% der Frauen mindestens einmal in ihrem Leben physische und/oder sexuelle Gewalt durch einen intimen Partner erlitten hatten. Dieselbe Studie umfasste eine Umfrage mit 664 Männern in Samoa, von denen nur 2% körperliche, 3% sexuelle und 45% emotionale Gewalterfahrungen angaben, wobei hier nicht spezifisch nach der durch eine Frau erlittenen Gewalt gefragt wurde. In Bezug auf die Bundesrepublik Deutschland ergab eine Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Müller und Schröttle, 2004) mit 10264 Frauen (im Alter von 16-82 Jahren), dass 37% der Frauen nach ihrem 16. Lebensjahr mindestens eine Episode körperlicher Gewalt erfahren hatten. Jede vierte Frau gab an, körperliche und/oder sexuelle Gewalt in einer intimen Partnerschaft erlebt zu haben. Über sexuelle Gewalt berichteten 13% der Frauen.

Wie bereits unter 1.4.1 erwähnt, stimmen die meisten Quellen darin überein, dass zumeist Frauen die Opfer- und Männer die Täterrolle bei der häuslichen Gewalt einnehmen, dies

zeigen auch die Zahlen der aktuellen polizeilichen Kriminalstatistik. Es könnten jedoch auch Verzerrungen dadurch entstehen, dass Männer aufgrund ihrer gesellschaftlichen geschlechtspezifischen Rolle („Männer weinen nicht“), aus Angst vor Stigmatisierung oder davor, schwach zu wirken, zurückhaltender bei der Berichterstattung über erlittene häusliche Gewalt durch die Partnerin sind.

1.4.4 Risikofaktoren und protektive Faktoren der häuslichen Gewalt

Die Risikofaktoren sowie die protektiven Faktoren, die bei der häuslichen Gewalt eine Rolle spielen, decken sich weitgehend mit den unter 1.3.5 und 1.3.6 genannten Faktoren, die das Risiko für Kindesmisshandlung beeinflussen. Hier sei erwähnt, dass der sozioökonomische Status als Risikofaktor für häusliche Gewalt ebenfalls umstritten ist: Laut Müller und Schröttle (2004) scheint häusliche Gewalt „kein Schichtphänomen“ zu sein, ein Ergebnis, zu dem auch mehrere andere Autoren kamen (z.B. Flury et al. 2010). Hingegen liegen auch Studien vor, die eine Assoziation von häuslicher Gewalt und z.B. niedrigem Bildungsniveau der Frau (WHO, 2005) bzw. des Täters (WHO, 2013) und Arbeitslosigkeit der Frau (Richardson et al. 2002**)**, bzw. einem niedrigen sozioökonomischen Status der Familie wahrscheinlich machen.

Außerdem haben schwangere Frauen ein erhöhtes Risiko, von ihrem Partner Gewalt zu erfahren (Gazmararian et al.1996, Müller und Schröttle, 2004 und Richardson et al. 2002), sowie jüngere (v.a. 15-19-jährige), nicht verheiratete aber zusammenlebende, getrennte bzw. geschiedene Frauen (Richardson et al. 2002 und WHO, 2005) und Frauen mit Gewalterfahrungen in der Kindheit (Müller und Schröttle, 2004). Auch ein Alkohol- oder Substanzenabusus nicht nur des Täters, sondern auch der misshandelten Frau selbst, wurde als Risikofaktor identifiziert (Melnick et al. 2002 und Müller und Schröttle, 2004).

1.4.5 Kindliche Folgen der Exposition gegenüber häuslicher Gewalt

Laut Stephens (1999) zeigen Kinder, die häuslicher Gewalt ausgesetzt sind oft die gleichen Symptomkonstellationen wie misshandelte und vernachlässigte Kinder.

Die Folgen für Kinder, die häusliche Gewalt bezeugen müssen, sind daher oft die gleichen wie die Folgen für Kinder, die die Misshandlung am eigenen Leib erleben, wobei für die häusliche Gewalt deutlich weniger Studien vorliegen (Herrenkohl et al. 2008). Es sei also nur auf die Tatsache hingewiesen, dass Kinder, die Zeugen häuslicher Gewalt sind, ein hohes Risiko haben, verschiedene kognitive Defizite zu entwickeln, wobei hier auch die durch den schwerwiegenden Stress verursachten neurobiologischen Veränderungen eine Rolle spielen

(vergl. Perry, 2001). Zudem stehen psychologische (z.B. PTBS oder Depression), psychosoziale (z.B. Schulschwierigkeiten) sowie gesundheitliche Probleme im Vordergrund. Die intergenerationelle Gewaltübertragung scheint auch bei bezeugter häuslicher Gewalt vorzuliegen.
Zusätzlich spielen bei der häuslichen Gewalt noch weitere Faktoren für die Prognose der Kinder eine Rolle, z.B. ob die misshandelte Mutter noch ausreichend für das Kind sorgen kann, wobei dieses Risiko laut Stephens (1999) nicht höher ist als bei Müttern, die keiner häuslichen Gewalt ausgesetzt sind, inwieweit das Kind parentifiziert wird, was laut Stephens (1999) oft passiert oder ob die Mutter selbst gewalttätig gegen das Kind wird.

Es konnte mehrfach gezeigt werden, dass die Symptome der Traumatisierung und die Diagnosestellung einer PTBS sowie viele weitere negative Folgen signifikant zunehmen, wenn zusätzlich zur häuslichen Gewalt weitere Misshandlungsformen oder traumatische Ereignisse anderer Art auftreten (Graham-Bermann et al. 2012 und Wolfe et al. 2003). Leider ist die Kookkurrenz von häuslicher Gewalt mit anderen Misshandlungsformen hoch, so dass diese Risikopotenzierung ein großes Problem darstellt.

1.4.6 Das Verhältnis zwischen häuslicher Gewalt und Kindesmisshandlung

Die Verflochtenheit von häuslicher Gewalt und Kindesmisshandlung wird deutlich, wenn man bedenkt, dass mit der Misshandlung der Mutter leben zu müssen sicherlich bereits einen emotionalen Missbrauch darstellt. Aber auch wenn man diesen Zusammenhang außer Acht lässt und die beiden Phänomene der häuslichen Gewalt zwischen den Eltern und der körperlichen oder andersartigen Kindesmisshandlung als voneinander getrennt betrachtet, ist die enge Assoziation und wechselseitige Beeinflussung nicht abzustreiten. Hierzu gibt es eine Fülle an Studien, die alle hohe Überschneidungswerte der Prävalenzen von häuslicher Gewalt und Kindesmisshandlung mit Schwankungen zwischen 45 und 70% (vergl. z.B. Holt et al. 2008) feststellten, wobei die Zahlen natürlich stark schwanken, je nachdem, ob es sich um nicht-klinische oder klinische Stichproben handelt.

- Die Wechselwirkungen lassen sich folgendermaßen charakterisieren:
  Erstens erhöht die Tatsache, dass häusliche Gewalt in einem Haushalt vorkommt, das Risiko dafür, dass auch gegen die Kinder Gewalt ausgeübt wird, wobei dies sowohl für die körperliche (Graham-Bermann et al. 2012, Kellogg und Menard, 2003 und McGuigan und Pratt, 2001), sexuelle (Graham-Bermann et al. 2012; Kellogg und Menard, 2003) als auch emotionale Misshandlung von Kindern (McGuigan und Pratt, 2001) sowie die Vernachlässigung (McGuigan und Pratt, 2001) gilt. Hierbei kann

sowohl der die häusliche Gewalt ausübende Vater auch gegen das Kind gewalttätig werden als auch die Mutter infolge der erlittenen häuslichen Gewalt das Kind misshandeln oder beide Eltern üben die Kindesmisshandlung aus (Appel und Holden, 1998).

- Zweitens könnte diese Verknüpfung auch umgekehrt bestehen (Appel und Holden, 1998).
- Drittens spielt auch hier die Gewalttransmission eine Rolle: Das Bezeugen von häuslicher Gewalt in der Kindheit erhöht das Risiko, als Erwachsener sowohl gegen die Partnerin/den Partner als auch gegen das Kind gewalttätig zu werden (Ehrensaft et al. 2003 und Milner et al. 2010). Ebenso erhöht die direkte Erfahrung von Gewalt in der Kindheit das Risiko für die Ausübung beider Gewaltformen als Erwachsener (Ehrensaft et al. 2003, Milner et al. 2010 und Styron und Bulman, 1997).
- Viertens scheint dieser Zusammenhang auch für die Viktimisation zu gelten: Das Erleiden jeweils einer der beiden Gewaltformen in der Kindheit erhöht das Risiko, später Opfer häuslicher Gewalt zu werden, wobei das Risiko am höchsten zu sein scheint, wenn man beide Gewaltformen zusammen erlitten hat (Ehrensaft et al. 2003 und Jirapramukpitak et al. 2010). Laut eines Reviews von Fry et al. (2012) ist das Risiko, Opfer häuslicher Gewalt zu werden bei erlittener körperlicher Misshandlung oder bezeugter häuslicher Gewalt in der Kindheit zweifach, bei erlittener sexueller Misshandlung sogar dreifach gegenüber Vergleichspopulationen erhöht.

Das gleichzeitige Bezeugen von häuslicher Gewalt und Erleiden von körperlicher Gewalt bezeichneten Hughes et al. (1989) als „double whammy effect“, da in vielen Studien ein kumulativer Effekt beim Risiko für Folgeerscheinungen, z.B. antisozialem Verhalten (Sousa et al. 2011) und Ausübung von körperlicher Gewalt an den eigenen Kindern (Milner et al. 2010) festgestellt wurde. Hingegen gab es auch Studien, die nur einen geringen bzw. keinen solchen Effekt fanden (z.B. Sternberg et al. 2006).
Für die enge Assoziation von häuslicher Gewalt und Kindesmisshandlung gibt es verschiedene Erklärungsmodelle (vergl. z.B. Appel und Holden, 1998), auf die hier nicht genauer eingegangen werden kann. Es sei nur erwähnt, dass sicherlich die gleichen Risikofaktoren, die die Wahrscheinlichkeit für beide Gewaltformen erhöhen, eine Rolle spielen. Auch ist es einleuchtend, dass eine ohnehin gewaltbereite Person aufgrund der Integration von Gewalt ins Wertesystem niedrigere Schwellen sowohl für häusliche Gewalt als auch Kindesmisshandlung hat.

1.5 Hypothesen

Aufbauend auf der Literaturrecherche zu den oben umschriebenen Themen wurden die folgenden Hypothesen aufgestellt, die anhand der erhobenen Populationsdaten auf ihre Richtigkeit hin überprüft werden sollen.

1.5.1 Leithypothese

Die Leithypothese besagt, dass Kinder, die von KinderKOMPT überwiesen werden, eine stärkere Psychopathologie aufweisen als solche, die von anderen Überweisern an die Sprechstunde verwiesen werden.

1.5.2 Hypothese II: Die Einflüsse von Risikofaktoren

Die zweite Hypothese besagt, dass die aus der Literatur bekannten Risikofaktoren (vgl. 1.3.5 und 1.2.4.3) für Kindesmisshandlung bzw. die Entwicklung von Traumasymptomen- im Einzelnen ein niedriges Bildungsniveau der Mutter, junges Alter der Mutter bei Geburt, Trennung der Eltern, Viktimisationen der Eltern in ihrer Kindheit, Substanzen-/Alkoholabusus/Delinquenz/körperliche und psychische Erkrankungen der Eltern, Abstammung der Eltern aus zwei unterschiedlichen Ländern, ein niedriges Intelligenzniveau des Kindes, Frühgeburtlichkeit und der Risikofaktor des Migrationshintergrundes sowie unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung, die in der vorliegenden Literatur nicht explizit als Risikofaktor untersucht wurde - im untersuchten Kollektiv einen Einfluss auf die Anzahl der Traumata, die Anzahl der Symptome, die psychosoziale Anpassung und die Anzahl der Diagnosen haben.

1.5.3 Hypothese III: Die Gewalttransmission

Die dritte Hypothese besagt, dass es bei Kindseltern, die in ihrer Kindheit selbst Opfer körperlicher oder anderer Gewalt waren (Viktimisation), häufiger zu ausgeübter Gewalt auf ihre Kinder kommt. Hier sollen auch die Einflüsse unterschiedlicher von den Eltern erlebten Gewaltformen bezüglich des Risikos einer Gewalttransmission verglichen werden.

1.5.4 Hypothese IV: Die Assoziation von körperlicher und häuslicher Gewalt

Diese Hypothese besagt, dass körperliche Gewalt, die sich gegen das Kind richtet, und häusliche Gewalt zwischen den Eltern häufig miteinander assoziiert sind, also eine hohe Kookkurrenzrate vorliegt.

2 Material und Methoden

2.1 Die Patientenpopulation

Die Studienpopulation dieser retrospektiven Kohortenstudie umfasst alle Patienten, die im Zeitraum von August 2008 bis einschließlich August 2010 zu der Spezialsprechstunde Gewalt und Trauma der Ambulanz der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am UKE Kontakt aufgenommen haben, was in der Regel nicht durch die Patienten selbst, sondern durch Betreuungspersonen bzw. andere in den Fall einbezogene Erwachsene erfolgte. Dies kann eine persönliche Vorstellung einer Betreuungsperson oder eines anderweitig involvierten Erwachsenen mit dem Kind oder ohne das Kind selbst nach sich gezogen haben oder aber es handelt sich um „kein Bedarf"-Fälle. Die Betitelung mit „kein Bedarf" ist sicherlich etwas irreführend, da es sich hier lediglich um alle Patienten handelt, bei denen es aus verschiedensten Gründen zu keiner persönlichen Vorstellung in der Sprechstunde kam. Zwar gibt es darunter auch Fälle, bei denen tatsächlich kein Bedarf bestand, aber auch viele Fälle, bei denen ein Kontaktverlust ursächlich für das Ausbleiben eines Termins war, so dass unklar bleibt, ob Bedarf bestand oder nicht (zur weiteren Einteilung der möglichen Ursachen vergl. 3.2.3.6).

Als Ausgangspunkt der Erfassung aller Patienten der zu untersuchenden Population wurde anhand der Anmeldungsdaten der Ambulanz von August 2008 bis August 2010 eine Liste aller Patienten mit Microsoft Office Excel 2007 angefertigt. Die Population umfasst 670 Patienten.

2.2 Die Erhebung der Daten

2.2.1 Die Datenquellen

Die Daten für diese retrospektive Kohortenstudie stammen aus drei verschiedenen Quellen je nach Patientengruppe: Von den Kindern, die sich persönlich oder in Vertretung einer erwachsenen Person zu einem oder mehreren Terminen in der Spezialsprechstunde Gewalt und Trauma vorgestellt haben, wurden die entsprechenden Arztbriefe als Datenquellen herangezogen. Über die Kinder der „kein Bedarf"-Gruppe wurden anhand einer von den Therapeutinnen geführten Datenbank, die neben der Art des potentiell traumatisierenden Ereignisses v.a. die Gründe der Nichtvorstellung und eventuell unternommene Kontaktaufnahmeversuche enthält, Informationen gewonnen, wobei in diesen Fällen aufgrund des Fehlens eines ausführlichen Arztbriefes deutlich weniger Daten erhoben werden

konnten. Bei den durch KinderKOMPT überwiesenen Kindern, die eine Schnittmenge der beiden oben aufgeführten Gruppen bilden, wurden zusätzlich zu den beiden oben genannten Quellen auch die rechtsmedizinischen Berichte herangezogen, um entsprechende Daten zu erhalten.

2.2.2 Das Erhebungsinstrument (Fragebogen)

Da es sich hier um eine vor allem durch die enge Verbindung zur Rechtsmedizin innovative Studie handelt, wurde zunächst ein neues Erhebungsinstrument entwickelt, das die standardisierte Erfassung der Populationsdaten aus den oben genannten Quellen ermöglicht: Mithilfe des Textverarbeitungsprogramms Microsoft Office Word 2003 wurde ein Fragebogen erstellt. Da die Patientengruppe der Sprechstunde Gewalt und Trauma zunächst breit beschrieben werden sollte, flossen in den Fragebogen viele verschiedene Aspekte zu den Hauptkategorien „persönliche Patientendaten“, „Vorstellung in der Sprechstunde Gewalt und Trauma“, „Lebensumstände des Kindes“, „Eltern und Geschwister“, „Traumatische(s) Ereignis(se)“, „Symptome“, „Diagnose(n)“, „Therapie/Interventionen“ und „Sonstiges“ ein, die im Folgenden genauer erläutert werden. Der gesamte Fragebogen findet sich im Anhang.

2.2.2.1 Persönliche Patientendaten

Hier werden die Eckdaten Name, Vorname, Geburtsdatum, Alter bei Erstvorstellung und das Geschlecht festgehalten.

2.2.2.2 Vorstellung in der Sprechstunde Gewalt und Trauma, „kein Bedarf“-Fälle und Vorstellung bei KinderKOMPT

In der zweiten Hauptkategorie werden die Daten der Überweisung, der Erstvorstellung und das Datum des letzten Termins festgehalten, außerdem ob es sich um eine Notfallvorstellung handelt oder nicht. Falls kein Datum des Erstgesprächs vorliegt, muss angegeben werden, ob es sich um einen „kein Bedarf“-Fall handelt. Falls dies zutrifft, muss beantwortet werden, aus welchem Grund keine Vorstellung in der Sprechstunde stattgefunden hat.
Außerdem wird festgehalten, wer das Kind an die Sprechstunde verwiesen hat, wobei im Falle einer Überweisung durch KinderKOMPT angegeben werden muss, ob ein rechtsmedizinischer Bericht des Kindes vorliegt oder nicht. Liegt ein Bericht vor, werden nähere Informationen zur Vorstellung bei KinderKOMPT abgefragt: Der Vorstellungsanlass dort mit Angabe der Erlebnisebene bzw. Rolle des vorgestellten Kindes und des Tatverdächtigen (außer bei Vernachlässigung oder „Sonstiges“), ob laut Bericht körperliche

Verletzungen vorliegen und mit wem das Kind zur rechtsmedizinischen Untersuchung erschienen ist. Schließlich muss in dieser Kategorie noch angegeben werden, wer in der Sprechstunde vorgestellt wurde (ein oder beide Elternteile allein, das Kind ohne die Eltern oder beide zusammen), wie viele wahrgenommene Termine es gab, ob Termine verpasst wurden, wann der letzte Termin war und ob es zu einer Zweitvorstellung gekommen ist , d.h. eine erneute Anmeldung zum Erstgespräch nach bereits abgeschlossenem Kontakt.

2.2.2.3 Lebensumstände des Kindes

In diesem Abschnitt geht es zunächst um die Schulausbildung des Kindes bzw. allgemein um die Art der Institution, die das Kind zur Zeit der Erstvorstellung besucht hat. Neben der Einschulung, der Schullaufbahn und des höchsten Schulabschlusses des Kindes wird auch die Wohnsituation des Kindes erfragt. Außerdem ist in dieser Kategorie noch von Interesse, nach den in anderen Fragen nicht erfassten Risikofaktoren des Kindes und der Umgebung zu fragen sowie ob unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung vorgelegen hat. Zum Schluss wird für jede Vorsorgeuntersuchung (U1-U11) abgefragt, ob sie laut gelbem Untersuchungsheft stattgefunden hat und ob Auffälligkeiten festgestellt wurden.

2.2.2.4 Eltern und Geschwister

Hier sollen die weiblichen sowie männlichen Bezugspersonen angegeben und eine Reihe von Fragen zu den leiblichen Eltern beantwortet werden. Es geht im Einzelnen um das Alter der Kindsmutter bei Geburt, da dies ein wichtiger Risikofaktor für das Auftreten von Kindesmisshandlung ist (vergl. 1.3.5.2), ob beide Eltern noch leben, ob sie zusammen oder getrennt leben sowie die Abstammung beider Eltern, wobei hier nicht die Nationalität gemeint ist, sondern ob ein Migrationshintergrund vorliegt, d.h. Geburt außerhalb Deutschlands oder Abstammung der Familie aus einem Land außer Deutschland mit Angabe des Landes jedes Elternteils (freie Eingabe ohne Auswahlmöglichkeiten) und ob die Eltern aus zwei unterschiedlichen Ländern stammen. Außerdem wird nach der Religion, dem Beruf und dem Umfang der Erwerbstätigkeit jeweils beider leiblicher Elternteile gefragt sowie nach deren Gesundheit, eventuell bestehenden Gewalterfahrungen in der Kindheit inklusive der Art der Gewalterfahrung und ob andere Risikofaktoren wie Alkohol- oder Substanzenabusus oder Delinquenz vonseiten der Eltern vorliegen. Es wird auch nach dem Bildungsgrad der Kindsmutter gefragt. Des Weiteren werden die Anzahl der Geschwister und Halbgeschwister des Kindes sowie die Stellung des Kindes in der Geschwisterreihe und die Anzahl der anderen Kinder, mit dem das Kind zusammenlebt in dieser Kategorie festgehalten.

2.2.2.5 Traumatische(s) Ereignis(se)

Hier wird zum einen der Vorstellungsanlass festgehalten, zum anderen sollen im Hinblick auf multiple Traumatisierungen alle traumatischen Ereignisse im Leben des Kindes aufgeführt werden. Um das potentiell traumatisierende Ereignis, das zur Vorstellung geführt hat festzuhalten, werden neben körperlicher, sexueller und emotionaler Misshandlung Vernachlässigung und häusliche Gewalt aufgelistet, aber auch die Trennung von einer Bezugsperson. Ferner gibt es die nicht-zwischenmenschlichen Traumatisierungen „Unfall“, „Todesfall“ und „Überfall“ sowie die Möglichkeit, „Sonstiges“ anzukreuzen. Hier soll, wenn möglich, nur ein Vorstellungsanlass aufgeführt werden, auch wenn manchmal gerade bei polytraumatisierten Kindern aus Hochrisikofamilien kaum noch eine ätiologische Kausalkette (bzw. „Hierarchie“ nach Schweregrad) der Auslöser für die zur Vorstellung führenden Probleme zu bilden ist. Für jedes Ereignis muss analog zu den o.g. Unterkategorien der Vorstellung bei KinderKOMPT angekreuzt werden, ob das Ereignis sicher passiert ist oder der Verdacht besteht (falls applizierbar, d.h. bei Überfall, Unfall, Todesfall und Trennung von einer Bezugsperson nicht). Außerdem ist auszuwählen, ob es als Opfer, Zeuge oder Täter erlebt wurde, wobei bei häuslicher Gewalt per definitionem kein Erleben als Täter oder Opfer möglich ist und bei Vernachlässigung kein Erleben als Täter. Schließlich muss angegeben werden, wer der Tatverdächtige war (außer bei Unfall, Todesfall, Vernachlässigung und Trennung von einer Bezugsperson).

Zur Erfassung aller weiteren Ereignisse oder Zustände im Leben des Kindes, die potentiell traumatisierend wirken, wurde das Trauma/Loss Exposure Profile (National Child Traumatic Stress Network, deutsche Übersetzung Oswald und Goldbeck, 2008)
eingefügt. Hier können verschiedenste potentiell traumatische Ereignisse von Naturkatastrophen bis zu verschiedenen interpersonellen Gewaltformen jeweils mit ihren Merkmalen und dem Alter bei Erleben des Ereignisses (1-20 Jahre) angekreuzt werden. Hier sind Mehrfachnennungen möglich. Außerdem wird in dieser Kategorie eine Einschätzung gefordert, ob es sich um ein Typ I- oder Typ-II Trauma nach Terr (1991) handelte, wie viele Traumatypen vorlagen und ob es sich um einen einmaligen Vorfall oder ein chronisches Ereignis handelte. Diese Frage war nicht redundant zu den Traumatypen nach Terr, da es ja denkbar wäre, dass mehrere Typ-I-Traumata auftreten und demnach zu einem chronischen Ereignis werden, jedoch nicht unter die Kategorie Typ II nach Terr fallen würden.

2.2.2.6 Symptome

Hier werden die Hauptsymptomkomplexe der PTBS und als Unterfragen noch einmal genauer ihre Manifestationsart bzw. Subsymptome abgefragt. Es wird neben der allgemeinen Frage nach Intrusionen genauer nach eindringlichen Erinnerungen/Träumen, traumatischen Spiels (bei kleinen Kindern), Flashbacks und nicht unbedingt mit dem Trauma in Zusammenhang zu bringenden Alpträumen (bei kleinen Kindern) gefragt. Für das Numbing gibt es Unterfragen nach Vermeidungsverhalten, vermindertem Interesse oder verminderter Teilnahme, einer eingeschränkten Bandbreite des Affektes sowie Dissoziation gefragt und beim Hyperarousal soll genauer spezifiziert werden, ob Schlafstörungen, externalisierendes Verhalten oder Konzentrationsschwierigkeiten vorgelegen haben. Als weitere nicht traumaspezifische Symptome können regressives Verhalten, Ängste und Somatisierung angekreuzt werden. Der Affekt des Kindes soll als euthym oder depressiv herabgestimmt eingeschätzt werden. Außerdem muss in dieser Kategorie als letzter Punkt entschieden werden, ob (nur bei mehreren Terminen applizierbar) im Verlauf der Termine eine Verbesserung der Symptomatik festgestellt werden konnte.

2.2.2.7 Diagnosen

In dieser Kategorie geht es initial um die Hauptdiagnose des Kindes nach ICD-10 Achse I nach dem multiaxialen Klassifikationsschema MAS. Es muss entweder eine traumaspezifische Diagnose, also akute Belastungsreaktion bzw. Zustand nach einer akuten Belastungsreaktion, verschiedene Arten der Anpassungsstörung oder posttraumatische Belastungsstörung oder eine nicht-traumaspezifische Hauptdiagnose ausgewählt werden. Mehrfachnennungen sind hier nicht möglich, stattdessen folgen Fragen nach einer eventuell bestehenden zweiten und dritten Diagnose des Kindes, wobei derselbe Katalog an Möglichkeiten wie bei der nicht-traumaspezifischen Hauptdiagnose zur Auswahl angeboten wird. Als nächstes muss auf der Basis des vorhandenen Materials (also v.a. des Arztbriefes) eingeschätzt werden, ob die Diagnose Developmental Trauma Disorder (DTD) beim jeweiligen Kind denkbar wäre oder nicht. Die Entscheidung wurde anhand der von van der Kolk et al. (2009) erstellten Kriterien (vergl. 1.2.4.6.) getroffen. Die folgenden Fragen dieses Komplexes beziehen sich auf die weiteren Achsen des multiaxialen Klassifikationsschemas der psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 (MAS): Der Entwicklungszustand des Kindes (Achse II) muss eingeschätzt werden und das Intelligenzniveau (Achse III) als nach klinischem Eindruck unter-, über- oder durchschnittlich klassifiziert werden. Körperliche Erkrankungen des Kindes (Achse IV) müssen verneint oder

bejaht und ggf. spezifiziert werden und zur Beurteilung der Achse V bestehende oder in der Vergangenheit vorgelegene abweichende psychosoziale Umstände muss angekreuzt werden, ob und wie viele (einer oder mehrere) abweichende psychosoziale Umstände bestanden. Schließlich erfolgt die Globalbeurteilung der sozialen Anpassung (Achse VI) bei Erstkontakt.

2.2.2.8 Therapie und Interventionen

Hier wird eingangs gefragt, ob das Kind in der Vergangenheit bereits psychotherapeutisch (Zustand nach Psychotherapie) oder medikamentös behandelt wurde bzw. zum Zeitpunkt der Erstvorstellung noch Medikamente einnahm und falls ja, um welche(s) Medikament(e) es sich handelt. Dann ist in diesem Block von Relevanz, wie hoch das Ausmaß der Therapie in der Spezialsprechstunde Gewalt und Trauma war, also ob es nur diagnostische Termine oder eine langfristige Begleitung gab und ob folgende therapeutische Elemente appliziert wurden: Krisenintervention (bei Vorliegen Unterscheidung ambulant oder stationär), sozial psychiatrische Begleitung, Psychoedukation und Gruppenpsychoedukation (jeweils bei Vorliegen Angabe der Person(en) Patient, Familie oder andere, wobei Mehrfachnennungen möglich sind). Es ist auch von Interesse, welche (weitere) Therapie im Anschluss an die Vorstellung empfohlen wurde. Die Auswahlmöglichkeiten reichen hier von „zunächst Herstellung realer Sicherheit“ über eine heilpädagogische Wohngruppe bis zur stationären Behandlung. Schließlich wird gefragt, ob die Indikation für eine medikamentöse Behandlung durch die Spezialsprechstunde gestellt wurde, gegebenenfalls sollte das Medikament genannt werden und schlussendlich soll das psychosoziale Funktionsniveau nach Therapie (im Vergleich zum Erstkontakt) als unverändert oder verbessert eingeschätzt werden.

2.2.2.9 Sonstiges

In dieser letzten Kategorie ist von Interesse, ob der Kontakt bzw. die Therapie bei langfristiger Begleitung regelrecht beendet oder frühzeitig abgebrochen wurde bzw. noch nicht beendet war bei fortlaufender Therapie zum Zeitpunkt der Datenerhebung. Außerdem soll beantwortet werden, ob der Allgemeine Soziale Dienst (das Jugendamt) involviert ist und ob dies schon vor Vorstellung in der Sprechstunde oder initiiert durch die Sprechstunde oder beides der Fall war. Ferner muss angegeben werden, ob es zu einer Fremdplatzierung gekommen ist (im Fall insgesamt, also entweder bereits bei Erstvorstellung oder initiiert durch die Sprechstunde), ob Anzeige erstattet worden ist, ob ein kinder- und jugendpsychiatrisches Gutachten empfohlen oder initiiert worden ist und ob die Sozialpädagogin des UKE in den Fall involviert war.

2.3 Die Auswertung der Daten

2.3.1 Die Dateneingabe in SPSS

Nachdem die Daten jedes Kindes auf einem Fragebogen festgehalten worden waren, erfolgte die Eingabe in das Statistikprogramm SPSS (Superior Performing Software Systems) für Windows, Version 18.0. Hierzu wurden die meisten Fragen jeweils in eine Variable mit entsprechenden Wertelabels, dies sind Zahlencodes der möglichen Antworten einschließlich der Werte für fehlende Daten, umkodiert, teilweise wurde aber auch jede Antwortmöglichkeit einer Frage als eine Variable kodiert, damit Mehrfachnennungen möglich waren ohne jeweils Wertelabels für alle möglichen Kombinationen anlegen zu müssen. Nach Eingabe der Daten für alle den oben beschriebenen Unterpunkten des Fragebogens entsprechenden Variablen wurden neun neue Variablen aus den vorhandenen gebildet, um bei vielen Unterpunkten übersichtlichere Übergruppen zu bilden oder aus mehreren Variablen eine Variable zur kombinierten Darstellung von Ergebnissen zu kreieren. Insgesamt wurden 178 Variablen erstellt, wobei sich darunter 12 „administrative“ Variablen zur Organisation des Datensatzes befinden. Unter den 166 Variablen zur Datenerhebung sind die meisten (158) kategoriale Variablen mit nominalem Messniveau; daneben finden sich vier Variablen mit skaliertem Messniveau und vier Variablen mit ordinalem Messniveau. Aus Gründen des Datenschutzes wurden die Patientennamen hier nicht mehr erfasst, sondern entsprechende Codes gebildet, bestehend aus einer Nummer und den Initialen sowie zur Erkennung von „kein Bedarf“-Fällen einem vorangestellten „k“.

2.3.2 Statistische Verfahren

2.3.2.1 Die Datenexploration

Zunächst erfolgte die Exploration der Daten zur Aufdeckung möglicher Eingabefehler (wobei im Vorfeld bereits eine Kontrolle der Übertragung der Daten der Fragebögen stattgefunden hatte), der Evaluation der vorhandenen Datenmenge bzw. des Ausmaßes fehlender Werte zu einzelnen Punkten sowie der Korrelationen, wobei hier keine Korrelationsrechnungen im engeren Sinne gemeint sind, einzelner, inhärent miteinander korrespondierender Angaben. Im Einzelnen wurden Kreuztabellen verschiedener Variablen mit Chi-Quadrat-Tests zur Überprüfung der Unabhängigkeit der Variablen der Kreuztabelle und somit des Zusammenhangs der Inhalte angelegt. Zur Abschätzung der Reliabilität des Messinstruments Fragebogen (der sog. internen Konsistenz) wurde Cronbachs Alpha berechnet. Der Schwerpunkt der Datenexploration wurde auf mögliche Unterschiede zwischen Fällen mit

und ohne Bedarf gelegt v.a. im Hinblick auf eine mögliche Bias durch vorliegen deutlich mehr Daten in den Fällen mit Bedarf sowie auf die Korrelationen der dokumentierten traumatischen Ereignisse für die Vorstellung bei KinderKOMPT jeweils mit dem Hauptvorstellungsanlass in der Sprechstunde Gewalt und Trauma und den untergeordneten Traumata der Sprechstunde.

2.3.2.2 Die Berechnung der Ergebnisse und die Hypothesenüberprüfung

Um dem Anspruch einer möglichst breit gefächerten Beschreibung der Population gerecht zu werden, wurden von 161 der 178 Variablen Häufigkeitsverteilungen dargestellt. Für die numerischen Variablen wurden teilweise außerdem die arithmetischen Maße Mittelwert, Median, Spannweite, Minimum und Maximum berechnet. Im zweiten Schritt wurden dann relevante Zusammenhänge zwischen den verschiedenen untersuchten Variablen berechnet, um die aufgestellten Hypothesen zu überprüfen. Im Einzelnen wurden Kreuztabellen mit Chi-Quadrat-Tests nach Pearson zur Überprüfung der Signifikanz angelegt sowie ein allgemeines lineares Modell zur binär logistischen Regressionsrechnung im Hinblick auf die Leithypothese und die Hypothese der Risikofaktoren.

Um die ***Leithypothese*** zu prüfen wurde eine binär logistische Regressionsanalyse in Form eines verallgemeinerten Modells (Generalised Linear Model) mit Logit als Verknüpfungsfunktion durchgeführt. Der Überweiser ist die abhängige Variable (dabei KinderKOMPT als Antwort und „andere Überweiser“ als Referenzkategorie) und das psychosoziale Funktionsniveau (Achse VI), die Anzahl der Symptome, die Anzahl der Traumata sowie das Alter sind Kovariate und das Geschlecht wurde als Faktor aufgenommen. Die Anzahl der Diagnosen konnte nicht in die Analyse integriert werden, da zu geringe Fallzahlen vorlagen.

Zur Überprüfung der ***Einflüsse möglicher Risikofaktoren (Hypothese II)*** wurden drei weitere logistische Regressionsmodelle mit jeweils der Trauma- bzw. Symptomanzahl und der Achse VI-Klassifikation als abhängige Variablen, wobei aus o.g. Gründen die Anzahl der Diagnosen nicht einbezogen werden konnte, dem Alter als Kovariate und den möglichen Einflussfaktoren (Geschlecht, unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung, Beziehungsstatus der Eltern, Binationalität, Migrationshintergrund und Intelligenzniveau) in SPSS gerechnet. Vorher erfolgte eine Analyse der fehlenden Werte von insgesamt 15 idealerweise einzubeziehenden Variablen, die prozentuale Anteile fehlender Angaben zwischen 4,9% und 98,1% bei einem Durchschnitt von 63,19% der 15 Variablen ergab. Es wurden Anteile fehlender Werte bis 69,6% akzeptiert, größere Werte hätten die Fallzahl der in

die Regression integrierbaren Fälle stark gesenkt. Als Ergebnis konnten die Risikofaktoren des Kindes, der Eltern, der Umgebung, die Viktimisationen der Eltern, die Bildung der Mutter und das Alter der Mutter bei Geburt nicht einbezogen werden.
Die ***Hypothese III zur Gewalttransmission*** konnte aufgrund einer sehr geringen Anzahl entsprechender Daten (nur in 33 Fällen (4,9%) lagen Informationen über Viktimisationserfahrungen der Kindsmutter, in 13 Fällen (1,9%) zu Viktimisationserfahrungen des Kindsvaters in der Kindheit vor), nicht überprüft werden.
In Bezug auf die Überprüfung der ***Hypothese IV zur Assoziation von häuslicher und körperlicher Gewalt*** wurde aufgrund der Ausprägung der Variablen eine Kreuztabelle angelegt und eine Korrelationsrechnung nach Spearman durchgeführt.

Das Signifikanzniveau wurde auf 5% (0,05) festgelegt, eine Signifikanz wurde also angenommen, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit p, d.h. die Wahrscheinlichkeit, mit der die Nullhypothese vorliegt, weniger als 0,05 betrug.

3 Ergebnisse

3.1 Die Datenexploration

Der Datensatz umfasst 670 Fälle mit verschiedenen Informationsprofilen: In den 260 Fällen (38,8%) mit vorliegenden Arztbriefen liegen relativ ausführliche Informationen vor, wobei auch hier bei einigen Variablen regelmäßig Angaben fehlen (Item-Nonresponse). Die restlichen 410 Fälle (61,2%) weisen entweder neben den Basisdaten (Name, Geburtsdatum (also Alter), Daten der Kontaktaufnahme etc.) bei Vorliegen des rechtsmedizinischen Berichtes Informationen zur Vorstellung bei KinderKOMPT vor (dies ist bei 133 der verbleibenden 410 Fälle zutreffend), oder aufgrund der Dokumentation der Sprechstunde (tabellarische Datenbank) das (fremd-)anamnestisch erhobene Trauma und ggf. weitere Informationen zu Symptomen, sozialem Umfeld etc. vor oder beides oder es liegen bis auf die Basisinformationen keine Informationen vor (Unit-Nonresponse).

Um einen Überblick über die fehlenden Werte zu erhalten, wurde in SPSS eine Tabelle für alle Variablen erstellt, aus der hervorgeht, dass der Anteil fehlender Werte zwischen 4,9% und 99% beträgt. Auffallend wenige Angaben liegen zu den Kindseltern (Berufe, Erwerbstätigkeit, Viktimisationen in der Kindheit, Risikofaktoren etc.) vor mit Anteilen fehlender Werte zwischen ca. 88% und 98%

Wie im Material- und Methodenteil beschrieben, erfolgte die Erstellung von Kreuztabellen und Chi-Quadrat-Tests sowie die Bestimmung von Cronbachs Alpha, wobei die detaillierte Auflistung aller Ergebnisse hier sicherlich zu umfangreich wäre. Es sei hier aber erwähnt, dass sich das „kein Bedarf“-Subkollektiv vom Kollektiv mit Bedarf in Bezug auf das Alter und das Geschlecht nicht signifikant unterscheidet.

Die unten stehende Kreuztabelle (Tabelle 1) der überweisenden Stellen (in Form von Übergruppen) mit dem Vorstellungsstatus (ob eine Vorstellung stattgefunden hat oder es sich um „kein Bedarf“-Fälle handelt) zeigt allerdings, dass sich die Häufigkeiten der Überweiser deutlich unterscheiden: Während in der „kein Bedarf“-Gruppe 70% der Kinder (210) von KinderKOMPT überwiesen wurden, ist dies bei nur 38,8% (99) der Kinder mit Vorstellung in der Sprechstunde der Fall, wobei hier viel häufiger sonstige Überweiser sind (52,5%, also 152 Fälle versus nur 6% (18) der Fälle ohne Bedarf). Die Überweisung von medizinischen Einrichtungen ist wiederum bei den „kein Bedarf“-Fällen ca. drei Mal so häufig (24% (72 Fälle) versus 8.6% (22 Fälle) bei vorgestellten Kindern). Die paarweisen Vergleiche zeigen nach Adjustierung für Alter und Geschlecht signifikante Unterschiede (p= 0,000) für den

Überweiser KinderKOMPT und sonstige Überweiser zwischen dem Bedarfskollektiv und den Fällen ohne Bedarf.
Was dies im Einzelnen für die Ergebnisse dieser Studie bedeutet, wird unter 4.1. und 4.3.3 diskutiert.

Tabelle 1: Kreuztabelle der Anzahlen verschiedener überweisender Stellen für die 300 „kein Bedarf“ Fälle mit den 255 Fällen mit persönlicher Vorstellung in der Sprechstunde

		„kein Bedarf“	**Vorstellung**	**Gesamt**
Überweisende Stellen	medizinische Einrichtungen	72 (24%)	22 (8,6%)	94 (16,9%)
	KinderKOMPT	210 (70%)	99 (38,8%)	309 (55,7%)
	Sonstige	18 (6%)	134(52,5%)	152 (27,4%)
Gesamt		300 (100%)	255 (100%)	555 (100%)

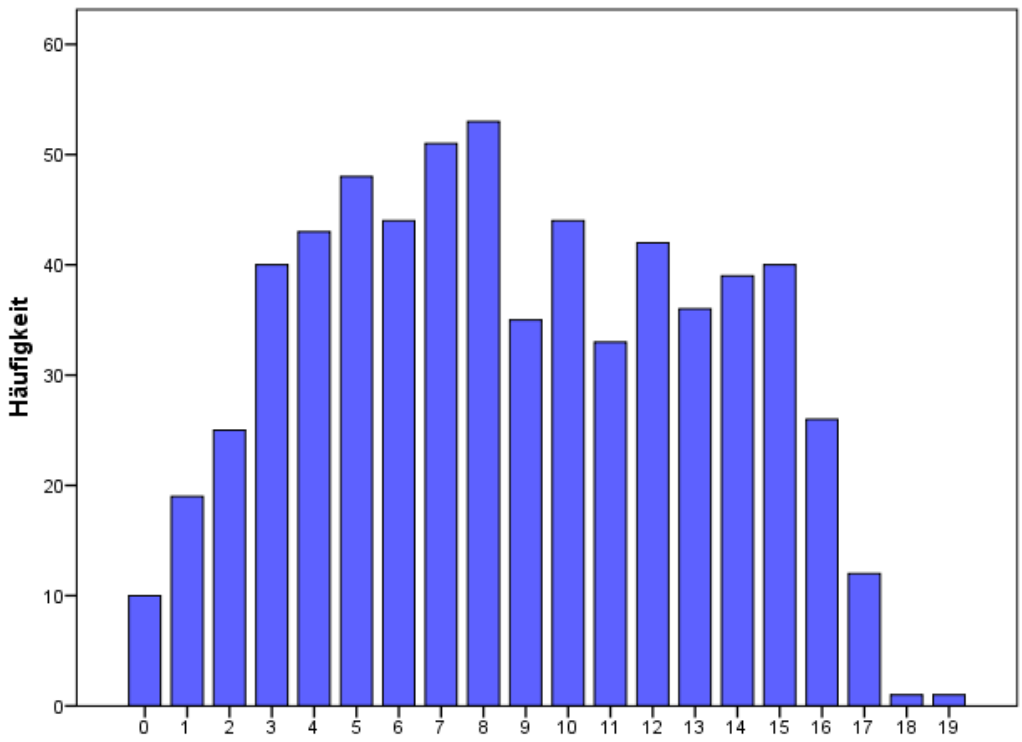
Bezüglich der Anzahl der Symptome können keine validen Aussagen bezüglich der Unterschiede zwischen „Kein Bedarf“- und Bedarfskollektiv gemacht werden, da nur in 18 Fällen der „Kein Bedarf“-Gruppe Daten vorliegen (im Vergleich zu 233 der Bedarfsgruppe), obgleich auffällt, dass bei der „kein Bedarf“-Gruppe nur keine, ein oder zwei Symptom(e) bekannt sind (und daher auch mit größeren prozentualen Anteilen vertreten sind als in der Bedarfsgruppe). Für die Anzahl der Traumatypen gilt ähnliches, wobei sich anhand der Häufigkeitsverteilungen abzeichnet, dass unter den 41 „kein Bedarf“-Fällen mit entsprechenden Angaben keine Fälle mit vier oder mehr Traumatypen sind (wobei diese unter den Vorstellungsfällen lediglich 6% der 255 Fälle ausmachen).
Für die Überprüfung der Korrelationen der dokumentierten traumatischen Ereignisse in den drei Kategorien (KinderKOMPT-Vorstellung, Vorstellungsanlass in der Sprechstunde und weitere in der Sprechstunde bekannt gewordene traumatische Ereignisse) lässt sich zusammenfassen, dass größtenteils akzeptable (>0,7) bis gute Werte (>0,9) für Cronbachs Alpha erhalten wurden. Dies bedeutet, dass die drei Kategorien größtenteils dieselben Angaben für bekannte traumatische Ereignisse enthalten, was ja auch zu erwarten war. In den Fällen, wo dies nicht zutrifft, ist es durch dem Datensatz inhärente logische Zusammengänge zu erklären, z.B. dass Vernachlässigung, Überfälle und sonstige Ereignisse relativ selten zur Vorstellung bei KinderKOMPT führten, für die Sprechstunde Gewalt und Trauma, u.U. auch als Vorstellungsanlass, jedoch sehr wohl relevant waren.

3.2 Die Ergebnisse der mittels Fragebogen erhobenen Daten

Die Präsentation der Ergebnisse der statistischen Beschreibungen und Analysen im Einzelnen erfolgt zunächst in Anlehnung an die im vorangegangenen Teil aufgeführten Kategorien, die dem Fragebogen entstammen; anschließend werden die Hypothesen rechnerisch überprüft.

3.2.1 Das Alter

Bezüglich des Alters liegen in 642 (95,8%) Fällen Angaben vor, nur von 28 (4,8%) Kindern bleibt das Alter unbekannt. Die Spannweite beträgt 19 mit einem Minimum von 0 Jahren, bei Kindern, die den ersten Geburtstag noch nicht erlebt haben und einem Maximum von 19 Jahren. Das Durchschnittsalter (der Mittelwert) beträgt 8,63 Jahren. Das Vorkommen von zwei bereits volljährigen Patienten erklärt sich aus der Tatsache, dass Kinder ab 18 in der Sprechstunde behandelt werden, sofern sie noch zur Schule gehen. Wie der Graphik 1 zu entnehmen ist, zeigt die Häufigkeitsverteilung des Alters zwei Maxima von 3 bis 8 und 10 bis 15 Jahren (wobei das absolute Maximum bei 8 Jahren liegt) und Minima am unteren und oberen Ende der Spannweite.



Graphik 1: Häufigkeitsverteilung des Alters der 642 Fälle mit bekanntem Alter

3.2.2 Das Geschlecht

Das Geschlecht ist von 637 der Patienten bekannt, von 33 liegen keine Informationen vor. Der Anteil der Mädchen überwiegt mit 357, dies entspricht 53,3% der Gesamtpopulation, bzw. 56% der Fälle mit vorliegenden Daten. Die Jungen sind mit 280 (41,8% der Gesamtpopulation, bzw. 44% der gültigen Fälle[3]) etwas seltener in der Sprechstundenpopulation vertreten.

Tabelle 2: Häufigkeiten und prozentuale Anteile der Geschlechter sowie fehlende Werte

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültige Fälle	männlich	280	41,8	44
	weiblich	357	53,3	56
	Gesamt	**637**	**95,1**	**100**
Fehlend		33	4,9	

3.2.3 Die Vorstellung in der Sprechstunde Gewalt und Trauma

3.2.3.1 Die sich vorstellende(n) Person(en)

Hier liegen von 36,3% der Gesamtpopulation (von 243 der 670 Kinder) Daten bezüglich der in der Sprechstunde erscheinenden Personen vor, hierbei muss aber berücksichtigt werden, dass die Kinder ohne Bedarf in der Regel nicht vorgestellt wurden und über die Hälfte der Gesamtpopulation (55,7%, bzw. 373 Fälle) ausmachen. Zur Verifizierung dieser Hypothese wurde eine Kreuztabelle angelegt, die ergab, dass tatsächlich keines dieser Kinder in der Sprechstunde erschien. In 3 Fällen jedoch stellten sich die Eltern vor. Zieht man also diese 370 Kinder von denen mit fehlenden Angaben ab, bleiben noch 57 mit effektiv fehlenden Angaben übrig.

177 der 243 o.g. Kinder erschienen zusammen mit einem oder beiden Elternteil(en) zur Sprechstunde, dies sind 72,8% der gültigen Fälle. 45 Kinder (18,5 gültige Prozent, also fast ein Fünftel) stellten sich ohne die Eltern vor (entweder allein oder in Begleitung eines anderen Erwachsenen) und in 8,6% der gültigen Fälle (21) erschienen nur die Kindseltern bzw. ein Elternteil.

[3] Im Folgenden werden die Begriffe „Fälle mit Angaben“ und „gültige Fälle“ synonym verwendet und bezeichnen diejenigen Fälle, in denen zum jeweiligen Punkt Informationen vorliegen. In diesem Zusammenhang bezeichnen „gültige Prozente“ die prozentualen Anteile bezogen auf die Gesamtheit der gültigen Fälle.

3.2.3.2 Die Anzahl der wahrgenommenen Termine und verpasste Termine

Von 37,5% (251) der Kinder ist bekannt, wie viele Termine sie wahrgenommen haben; abzüglich der „kein Bedarf“ Fälle ohne Vorstellung ist dies bei 49 Kindern (7,3%) nicht bekannt. Am häufigsten (64,9% der Fälle mit Angaben) sind 1-5 Termine, gefolgt von 6-10 Terminen (23,9%). Knapp ein Zehntel (9,6%) der Kinder erschienen zu mehr als 10 Terminen.

Bezüglich der verpassten Termine liegen von weniger als einem Drittel der Fälle (26%; 174 Fälle) Daten vor: Ein Drittel (33,3%) der vorgestellten Personen verpassten einen oder mehrere Termine, während 66,7% immer erschienen. Bei 126 vorgestellten Personen finden sich keine Informationen zu diesem Punkt.

3.2.3.3 Zweitvorstellungen

Ungefähr jedes 10. Kind, d.h. 11,5% (30) der insgesamt 260 Kinder mit Angaben zu dieser Frage (diese machen 38,8% der Gesamtpopulation aus) stellte sich nach abgeschlossener Behandlung ein zweites Mal vor, während 88,5% der Fälle nach „Entlassung“ abgeschlossen waren. Abzüglich der Fälle ohne Vorstellung liegen von 40 Patienten keine Daten vor.

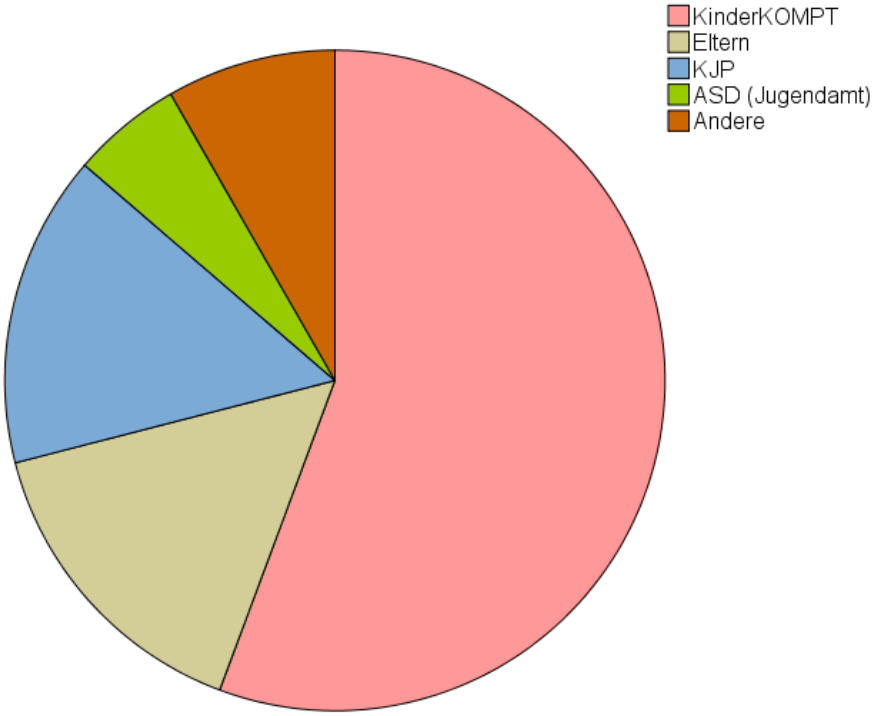
3.2.3.4 Notfallvorstellungen

Von den 260 Fällen mit Angaben (38,8% aller Fälle) fand bei 7,3% (19) eine notfallmäßige Vorstellung statt, während der größte Anteil (92,7% bzw. 241 Patienten) elektiv kam. Bei 40 Patienten, die sich in der Sprechstunde vorgestellt haben, liegen keine Daten zu dieser Fragestellung vor.

3.2.3.5 Die überweisenden Stellen

Von 555 Patienten liegen Daten bezüglich der an die Sprechstunde Gewalt und Trauma überweisenden Stelle vor; dies entspricht 82,8% der Gesamtpopulation. Dementsprechend fehlt der Überweiser bei 115 Patienten (17,2%). Über die Hälfte aller Patienten mit Angaben wurde von der interdisziplinären Spezialsprechstunde der Rechtsmedizin, KinderKOMPT, überwiesen (55,7%; 309). Zusammen etwa ein Drittel machen die Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) und die Eltern aus mit jeweils 15,3% (je 85). 5,4% (30) der Kinder wurden vom Allgemeinen Sozialen Dienst (Jugendamt), 4,9% (27) von einer anderen Person bzw. Institution und 1,4% von einem niedergelassenen Kollegen überwiesen. Jeweils unter 1% war die Häufigkeit einer Weiterleitung an die Sprechstunde durch den weißen Ring (0,9%;

5), das Kriseninterventionszentrum des roten Kreuzes (0,5%; 3), die Schule (0,4%; 2) und die Kinderklinik des UKE (0,2%; ein Kind). Die Graphik 2 veranschaulicht diese Häufigkeiten.



Graphik 2: Die Häufigkeitsverteilung der überweisenden Stellen zusammengefasst

3.2.3.6 Die „kein Bedarf“ - Fälle

Wie oben bereits erwähnt, kam es in insgesamt 373 Fällen, also 55,7% des Gesamtkollektivs nicht zu einer persönlichen Vorstellung der Patienten, in drei davon stellten sich die Eltern allein vor. Die Gründe waren in 70% der „kein Bedarf“-Fälle nicht zu eruieren. Der häufigste Grund lag in 11% der Fälle vor, nämlich dass Termine durch den Patienten abgesagt wurden oder Patienten unangekündigt nicht erschienen. 10,2% waren überhaupt nicht erreichbar, bzw. meldeten sich nicht zur Terminabsprache zurück, 3,8% waren bereits in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung, in 0,5% der Fälle lag laut Eltern kein Bedarf vor, 0,5 % der Kinder befanden sich gerade in Begutachtung und in 4% lagen sonstige Gründe vor.

3.2.4 Die Vorstellung bei KinderKOMPT

3.2.4.1 Der Vorstellungsanlass bei KinderKOMPT

Wie die Tabelle 3 zeigt, führt die körperliche Misshandlung die Ursachenrangfolge für die Vorstellung bei der rechtsmedizinischen Spezialsprechstunde KinderKOMPT mit Abstand an: in knapp über der Hälfte der Fälle mit entsprechenden Daten (119 der 229 Fälle) liegt sie

isoliert vor und in 19 Fällen kombiniert mit anderen Viktimisationsformen, so am häufigsten (in 10 Fällen) mit der sexuellen Misshandlung. Insgesamt erlitten also in 60,3% der Kinder mit zu dieser Fragestellung relevanten Angaben körperliche Gewalt. Es folgt die sexuelle Misshandlung, die in 76 Fällen, also ca. einem Drittel der Fälle mit Angaben und ca. einem Zehntel aller Fälle isoliert vorliegt und insgesamt in 86 Fällen (37,6% der Fälle mit Angaben) ursächlich für die rechtsmedizinische Vorstellung war. Alle anderen Gründe für die Vorstellung bei KinderKOMPT kommen deutlich seltener vor; es sei noch die häusliche Gewalt mit insgesamt 16 Fällen (ca. 7%) erwähnt, alle weiteren Ursachen sind wiederum deutlich seltener vertreten und sind, ebenso wie die Kombinationen verschiedener Vorstellungsgründe der Tabelle 3 zu entnehmen.

Tabelle 3: Häufigkeiten und prozentuale Anteile verschiedener isolierter und miteinander kombinierter Vorstellunganlässe bei KinderKOMPT

Vorstellungsgründe	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Körperliche Gewalt	119	17,8	52,0
Sexuelle Gewalt	76	11,3	33,2
Häusliche Gewalt	11	1,6	4,8
Körperliche und sexuelle Gewalt	10	1,5	4,4
Körperliche und häusliche Gewalt	4	0,6	1,7
Vernachlässigung	4	0,6	1,7
Körperliche Gewalt und Vernachlässigung	4	0,6	1,7
Sonstiges	2	0,3	0,9
Häusliche Gewalt und Vernachlässigung	1	0,1	0,4
Körperliche Gewalt und Sonstiges	1	0,1	0,4
Überfall	1	0,1	0,4
Gesamt	**229**	**34,2**	**100**

3.2.4.2 Die Erlebnisebene(n)

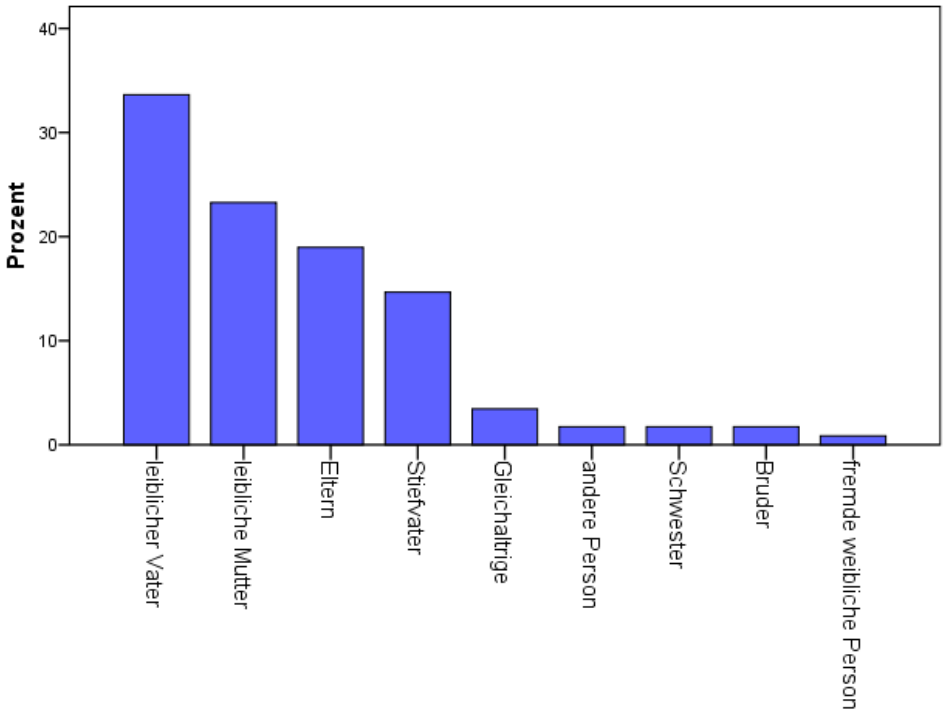
Die häufigste Erlebnisebene ist bei nahezu allen Traumata die des Opfers. Bei der körperlichen Gewalt sind dies 98,6% (136 von 138 Fällen), bei der sexuellen Gewalt 100% und beim einen Überfall ebenfalls, bei Vernachlässigung und Sonstigem als Vorstellungsgrund wurde die Erlebnisebene nicht erhoben. Da die häusliche Gewalt per definitionem (vgl. 1.4.1)

ein Erleben als Opfer ausschließt, hebt sich diese dadurch, dass alle 16 Fälle als Zeuge erlebt wurden, von den anderen traumatisierenden Erlebnissen ab. Die anderen Formen wurden fast nie isoliert bezeugt. Es wurden lediglich zwei Fälle von bezeugter körperlicher Gewalt festgehalten. Kombinierte Erlebnisebenen liegen selten vor (mögliche Gründe werden im folgenden Kapitel eruiert). Für die körperliche Gewalt liegen drei Angaben von „Opfer und Zeuge“ und zwei Angaben von „Opfer und Täter“ vor und für die sexuelle Gewalt nur eine Angabe von „Opfer und Täter“. Für die Kombination aller drei Erlebnisebenen gilt dasselbe; hier gab es nur eine Angabe bezüglich körperlicher Gewalt („Opfer, Zeuge und Täter“).

3.2.4.3 Die Tatverdächtigen

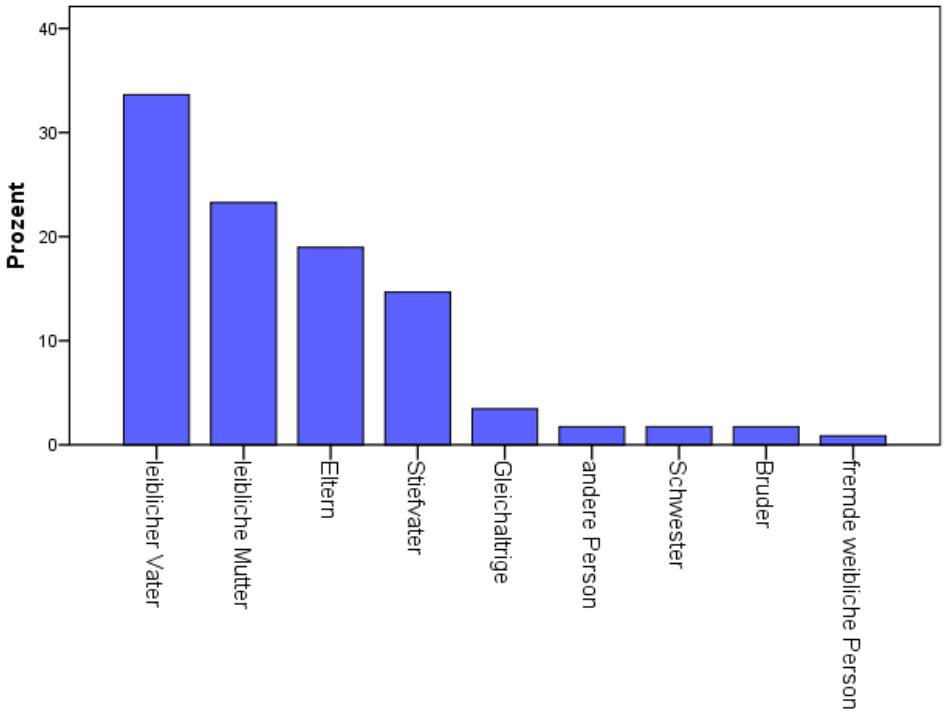
Bezüglich dieser Fragestellung liegen für die körperliche Gewalt in 116 Fällen Informationen vor (dies sind 17,3% aller Fälle) bei fehlenden Werten in 219 Fällen (32,7%; nach Abzug der Fälle, in denen körperliche Gewalt nicht bekannt ist und der Fälle, die nicht von KinderKOMPT überwiesen wurden, so auch bei unten genannten fehlenden Werten), für die sexuelle Gewalt in 77 Fällen (entsprechend 11,5%) bei fehlenden Informationen in 30,7% der Fälle, für die häusliche Gewalt in 15 Fällen (2,2% aller Fälle) bei fehlenden Angaben in 198 Fällen (29,6%) und einen bekannten Überfall (0,1%) bei fehlenden Werten in 197 Fällen (29,4%).

Der leibliche Vater ist sowohl bei körperlicher, sexueller als auch häuslicher Gewalt mit Abstand der häufigste Tatverdächtige (vgl. Graphen 3 und 4), und zwar im Falle häuslicher Gewalt fast ausschließlich (93,3%; 14 Fälle) in 37,7% bzw. 29 Fällen sexueller Gewalt und in über ein Drittel der Fälle von körperlicher Gewalt (33,6% bzw. 39 Fälle). Alle Prozentangaben beziehen sich auf Anteile der Gesamtanzahl der von der jeweiligen Misshandlungsform Betroffenen. Die körperliche Gewalt wurde, wie der Graphik 3 zu entnehmen ist, an zweiter Stelle von der Kindsmutter ausgeübt (23,3%, 27 Fälle), gefolgt von beiden Eltern, die in ca. einem Fünftel ihre Kinder gemeinsam körperlich misshandelten (19%, 22 Fälle). An vierter Stelle steht der Stiefvater mit 14,7% der Fälle (17); die restlichen knapp 10% (genauer gesagt 9,4%) der Misshandlungen wurden in absteigender Reihenfolge von Gleichaltrigen (3,4%, 4 Fälle), Bruder, Schwester oder einer anderen Person in jeweils 1,7% (2 Fällen) und einer fremden weiblichen Person (0,9%, 1 Fall) verübt.



Graphik 3: Die prozentualen Anteile verschiedener Tatverdächtiger der körperlichen Gewalt gegen Patienten mit Vorstellung bei KinderKOMPT

Die Tatverdächtigen der sexuellen Gewalt unterscheiden sich insofern, als nur männliche Täter in Frage kommen. Am zweithäufigsten, in 18,2%, bzw. 14 Fällen ist ein (familien-) bekannter Mann der Tatverdächtige, und in jeweils 11,7% (je 9 Fällen) ein fremder Mann bzw. ein gleichaltriger Junge/Spielkamerad. Jeweils 9 Fälle (7,1%) wurden vom Stiefvater bzw. einem anderen männlichen Familienmitglied verübt. In jeweils einem Fall (1,3%) sexueller Gewalt war der Bruder bzw. der Pflegevater tatverdächtig.



Graphik 4: Die prozentualen Anteile verschiedener Tatverdächtiger der sexuellen Gewaltausübung gegen Patienten mit Vorstellung bei KinderKOMPT

Im einen übrig bleibenden Fall häuslicher Gewalt, in dem nicht der leibliche Vater Tatverdächtiger war, wurde die Gewalt vom Stiefvater begangen (entsprechend 6,7%).
Bei dem einen bekannten Überfall, der zu einer Vorstellung bei KinderKOMPT führte, waren die Tatverdächtigen Gleichaltrige.

3.2.4.4 Körperliche Verletzungen

In 81 Fällen konnten körperliche Verletzungen festgestellt werden, dies entspricht 12,1% aller Fälle und genau der Hälfte aller Fälle mit Angaben zu dieser Frage (deren Anzahl 162 beträgt bei 260 Fällen mit fehlenden Angaben (38,8% aller) - dies nach Abzug der Nicht-Rechtsmedizin-Fälle- und 13 Fällen ohne stattgefundene persönliche Vorstellung bzw. Untersuchung). Dementsprechend konnten in 10% (67) aller Fälle keine Verletzungen nachgewiesen werden. In einem Fall waren diese Verletzungen sicher vorgetäuscht.

3.2.4.5 Die Begleitperson(en) zur rechtsmedizinischen Untersuchung

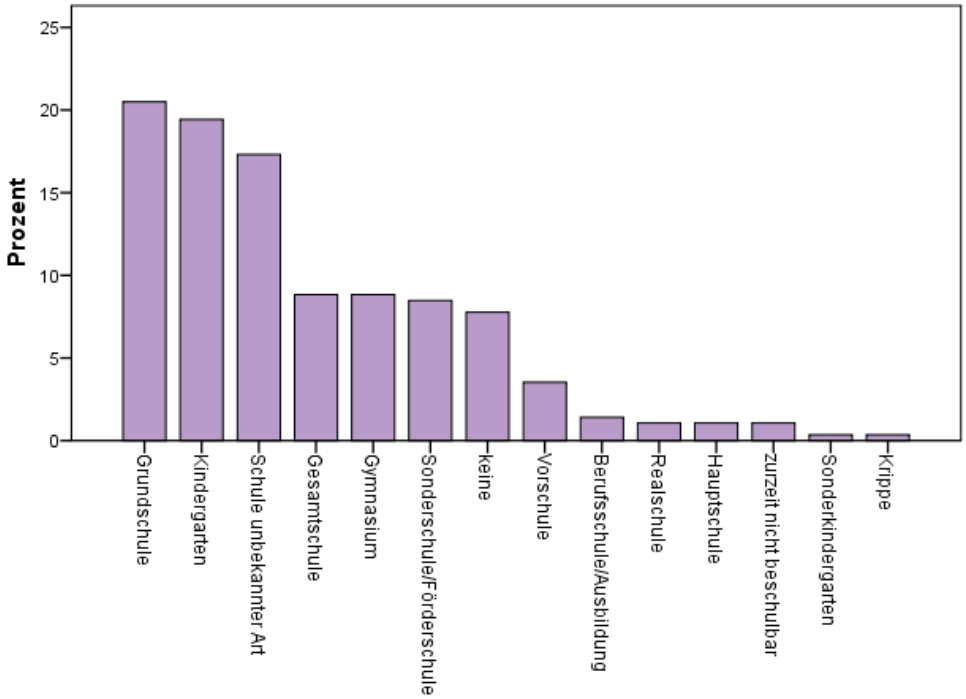
Die Kinder wurden am häufigsten von der leiblichen Mutter begleitet (in 46 Fällen, entsprechend 28,2% aller Fälle mit Angaben zu dieser Frage), gefolgt von einer anderen Person in 23,3% (38 Fällen). In 19% (31 Fällen) erschienen die Kinder allein, in 7,4% der Fälle (12) mit dem leiblichen Vater und in 9,2% der Fälle entweder mit der Pflegemutter

(3,7%, 6 Fälle), mit beiden Eltern (3,1%, 5 Fälle), einer/einem Familienhelfer(in) (1,2%, 2 Fälle), dem Stiefvater (0,6%, 1 Fall) oder es stellten sich nur ein bzw. beide Elternteil(e) vor (0,6%, 1 Fall). Bei 12,9% der Patienten (die zu denen mit Angaben zu diesem Punkt zählen) kam es nicht zu einer persönlichen Vorstellung und von 263 Patienten (39,3% des Gesamtkollektivs; die Nicht-Rechtsmedizin-Patienten ausgeschlossen) ist die Begleitperson unklar.

3.2.5 Die Lebensumstände des Kindes

3.2.5.1 Die Bildung

Bezüglich der ***Institution***, die die Kinder bei Erstvorstellung besuchten, liegen in weniger als der Hälfte der Fälle Daten vor (42,2%, bzw. 283 Fälle). Die Häufigkeitsverteilung der von diesen Kindern besuchten Institutionen ist Graphik 5 zu entnehmen. Die mit jeweils ca. einem Fünftel der Fälle mit entsprechenden Angaben am häufigsten besuchten Institutionen sind die Grundschule mit 20,5% (58 Fällen) und der Kindergarten mit 19,4% (55 Fällen), gefolgt von einer Schule unbekannter Art in 17,3% (49 Fällen). Mit größerem Abstand folgen das Gymnasium und die Gesamtschule mit jeweils 8,8% (25 Fällen), die Sonder-/Förderschule mit 8,5% und die Kinder, die (noch) keine Institution besuchen mit 7,8% (22 Fällen). Die letzte Gruppe bilden die wiederum deutlich seltener vorkommenden Institutionen Vorschule (2,5%, 10 Fälle), Berufsschule/Ausbildung (1,4%, 4 Fälle), Haupt- und Realschule mit je 1,1% (3 Fällen) und Krippe und Sonderkindergarten mit je einem Fall (0,4%). 1,1% der Kinder mit Angaben zur Institution waren zum Zeitpunkt der Erstvorstellung nicht beschulbar.



Graphik 5: Die bei Erstvorstellung besuchten Institutionen der Patienten in Prozent

Die ***Einschulung*** war beim Großteil der Kinder, soweit bekannt und bereits eingeschult, zeitgerecht (bei 40,8%, entsprechend 91 Fällen), wobei knapp die Hälfte aller Kinder mit Angaben zu diesem Unterpunkt noch zu jung waren, um eingeschult worden zu sein (49,3%, 110 Fälle). 9% der Kinder (20) wurden verspätet eingeschult und zwei Kinder vorzeitig (0,9%). Insgesamt liegen von einem Drittel der Gesamtpopulation (223 Kindern, 33,3%) Informationen zu dieser Fragestellung vor, während von zwei Dritteln (446 Kindern, 66,7%) keine Daten vorliegen.

Zur ***Schullaufbahn*** liegen von 230 Kindern (34,3% des Gesamtkollektivs) Informationen vor, wobei die Hälfte noch nicht eingeschult war und der Großteil der verbleibenden Hälfte, nämlich 37,4% der Kinder mit Angaben, einen regelrechten Verlauf der Schullaufbahn vorweisen konnte. 14 Kinder (6,1%) mussten umgeschult werden und 3,9% (9 Kinder) wiederholten einmal eine Klasse. 4 Kinder (1,7%) waren von der Regelschule ausgeschlossen und in zwei Fällen (0,9%) liegt sowohl Wiederholung als auch Umschulung vor.

Der ***höchste Schulabschluss*** der Patienten ist nur in 9 Fällen bekannt, da 97,1% aller 308 Kinder mit Informationen zur Schullaufbahn zu jung für die Beantwortung dieser Frage sind. Von diesen 9 alters- und schulbedingt in Frage kommenden Fällen liegt in 7 Fällen (2,3%)

kein Abschluss vor und in 2 Fällen (0,6%) ein Hauptschulabschluss. Von 54% des Gesamtkollektivs (362 Fällen) fehlen jegliche Informationen bezüglich des Schulabschlusses.

3.2.5.2 Die Wohnsituation

Wie der Tabelle 4 zu entnehmen ist, wohnt etwas über die Hälfte der Kinder mit vorliegenden Informationen zum Wohnort bei der Mutter (53% bzw. 177 der 334 Kinder) und etwas über ein Fünftel bei beiden Eltern (21,9%). Nach großem Abstand folgen zu ungefähr gleichen Teilen Pflegeeltern, Notunterkünfte und die Unterkunft beim Vater in absteigender Häufigkeit mit jeweils um die 6%. Etwas seltener wohnen die Patienten in einer Lebensgemeinschaft oder Wohneinrichtung (4,5%) und wiederum seltener bei Verwandten (2,4%). Ein Patient ist in einer privaten Wohngemeinschaft untergebracht.

Tabelle 4: Absteigende Häufigkeiten und Prozentwerte der Wohnorte der Kinder bei Erstvorstellung

Wohnort	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
bei der Mutter	177	26,4	53,0
bei den Eltern	73	10,9	21,9
bei Pflegeeltern	21	3,1	6,3
Notunterkunft (z.B. Frauenhaus)	20	3,0	6,0
beim Vater	19	2,8	5,7
Lebensgemeinschaft/Wohneinrichtung	15	2,2	4,5
bei Verwandten	8	1,2	2,4
private WG	1	0,1	0,3
Gesamt	**334**	**49,9**	**100**

3.2.5.3 Die Risikofaktoren des Kindes

Die Risikofaktoren des Kindes konnten nur in 17,9% der Fälle (120) eruiert werden und zum größten Teil (80,8%, in 97 der o.g. 120 Fälle) lagen keine solchen vor. Frühgeburtlichkeit bzw. ein niedriges Geburtsgewicht liegt in 11 Fällen (9,2% der Fälle mit Angaben) vor, ein schwieriges Temperament bzw. Verhaltensstörungen in 8 Fällen (6,7%). Eine Behinderung ist in 4 Fällen bekannt (3,3%).

3.2.5.4 Die Risikofaktoren der Umgebung

Zu dieser Frage liegen sehr wenige Informationen vor. Nur in fünf Fällen wurde über soziale Isolation bzw. wenig soziale Unterstützung berichtet und nur in 8 Fällen war eine hohe Arbeitslosenrate evident. Die ausführliche Beschreibung der Wohnviertel und ein Vergleich entsprechender statistischer Werte wurde nicht vorgenommen aufgrund der Tatsache, dass jeweils der aktuelle Wohnort des Kindes (und somit bei aus der Familie genommenen Kindern nicht der für das Risikoprofil relevante) angegeben wurde und u.a. dadurch zu wenige Daten vorlagen.

3.2.5.5 Unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung

In einem Viertel der 245 Fälle, die 36,6% des Gesamtkollektivs umfassen, liegt sicher unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung vor (62 Fälle; 25,3%).

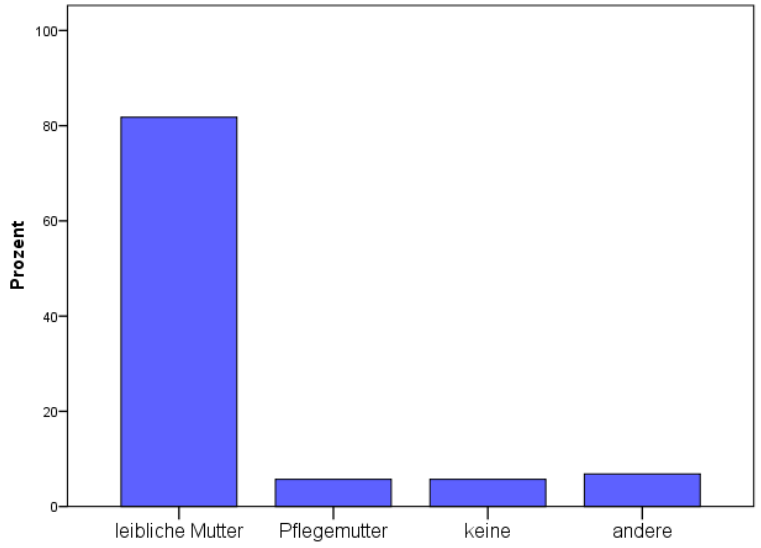
3.2.5.6 U-Untersuchungen

Hier liegen kaum Daten vor; lediglich von 8 Fällen sind den Datenquellen Informationen bezüglich der Vorsorgeuntersuchungen zu entnehmen, wobei in vier dieser Fälle unauffällig stattgefundene U-Untersuchungen und in zwei Fällen stattgefundene U-Untersuchungen mit unbekanntem Ergebnis dokumentiert sind.

3.2.6 Die Eltern und Geschwister

3.2.6.1 Die weibliche Bezugsperson

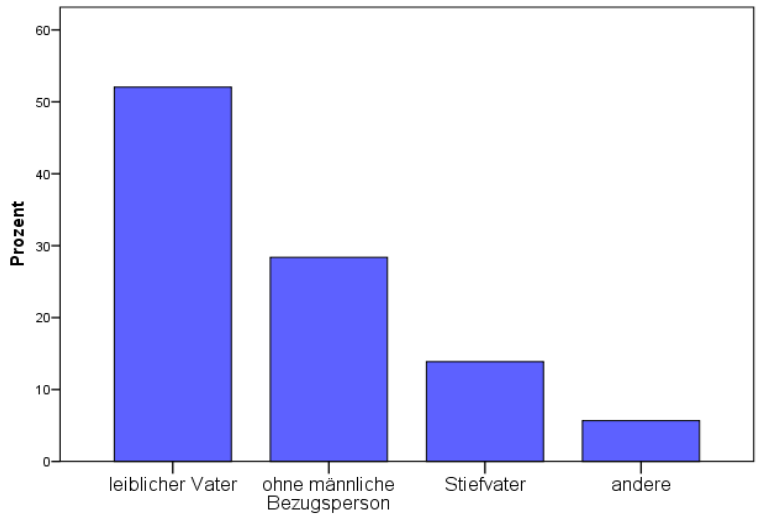
In etwas über der Hälfte der Fälle ist die weibliche Bezugsperson bekannt (52,4%, entsprechend 251 Fällen), diese ist in 81,8% dieser Fälle (287) die leibliche Mutter. In jeweils 5,7% (20 Fällen) liegt keine weibliche Bezugsperson bzw. eine Pflegemutter vor, in 3,7% (13 Fällen) ist eine Betreuerin (zumeist in einer Lebensgemeinschaft) die weibliche Bezugsperson, in 1,4% eine Stiefmutter (definitionsgemäß jede mit dem Kind zusammen lebende Partnerin des Vaters), in 1,1% eine andere Verwandte und in 0,6% die Großmutter. Unten stehendes Balkendiagramm (Graphik 6) veranschaulicht die oben genannten Häufigkeiten.



Graphik 6: Prozentuale Anteile der verschiedenen weiblichen Bezugspersonen der Patienten (zusammengefasst)

3.2.6.2 Die männliche Bezugsperson

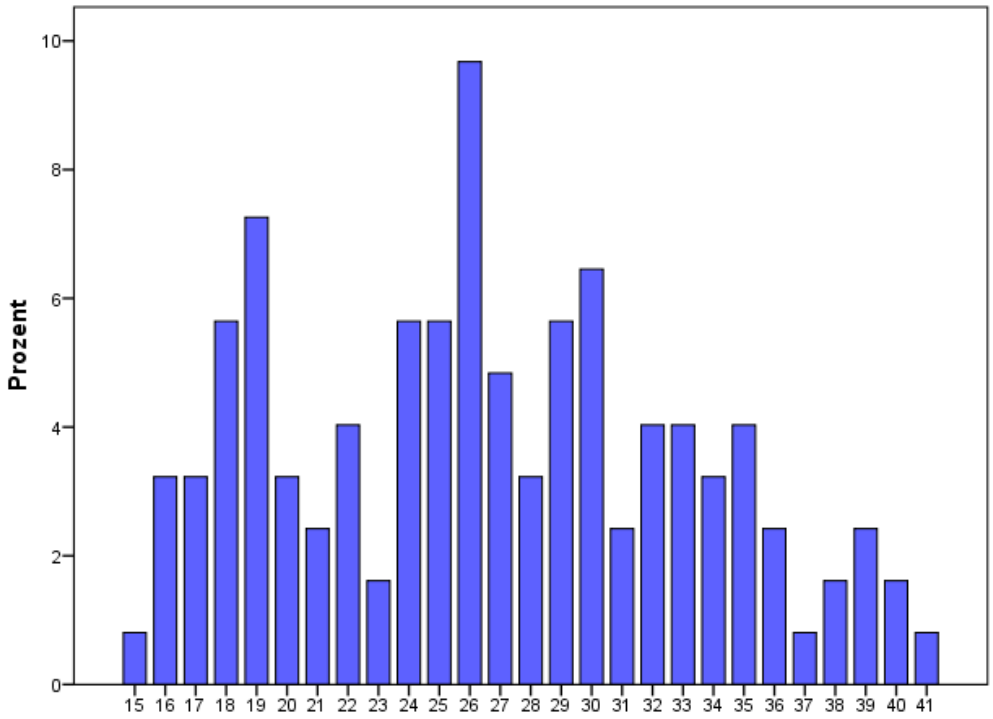
Die männliche Bezugsperson ist in etwas weniger als der Hälfte der Fälle, nämlich 317 bekannt (47,3%). Der leibliche Vater ist bei der Hälfte dieser Kinder präsent (52,1%, bzw. 165 Fälle; siehe auch Graphik 7), wobei nahezu ein Drittel (28,4% bzw. 90 Kinder) ohne männliche Bezugsperson aufwächst (dies entspricht 13,4% des Gesamtkollektivs). 13,9% der Kinder (44) mit Angaben zu dieser Fragestellung haben einen Stiefvater (neuer Partner der Mutter), 3,5% (11) einen Pflegevater und die restlichen 2,3% haben einen anderen Verwandten, Betreuer (jeweils 0,9%, bzw. 3 Fälle) oder den Großvater (0,3%, bzw. ein Fall) als männliche Bezugsperson.



Graphik 7: Absteigende Prozente der männlichen Bezugspersonen der Patienten (zusammengefasst)

3.2.6.3 Das Alter der Kindsmutter bei Geburt

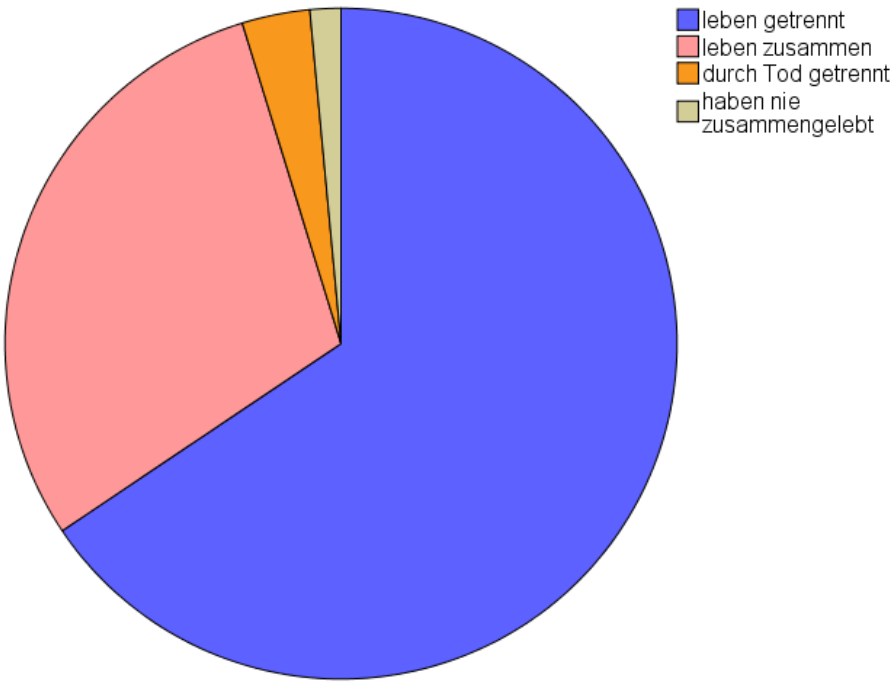
Weniger als ein Fünftel, nämlich 124 (18,5% aller) Fälle mit Informationen zum Alter der Kindsmutter bei Geburt der Patienten liegen vor, der Mittelwert liegt bei 26,6 und der Median bei 26 bei einer Spannweite von 26. Das Minimum ist 15 und das Maximum 41 Jahre. Das häufigste Alter ist 26 (9,7% aller gültigen Fälle), gefolgt von 19 (7,3%) und 30 (6,5%).



Graphik 8: Die prozentualen Häufigkeiten des Alters der Kindsmutter bei Geburt

3.2.6.4 Das Überleben und der Beziehungsstatus der Eltern

In 310 Fällen (46,3% der Gesamtpopulation) ist das Überleben der Kindseltern bekannt, wobei in 91,3% dieser Fälle (entsprechend 283) beide Eltern leben, in 5,2% 16 Fällen) nur die Kindsmutter, in 3,2% (10 Fällen) nur der Kindsvater und in einem Fall (0,3%) kein Elternteil. Der Beziehungsstatus der Eltern ist in ca. der Hälfte der Fälle bekannt (50,3%, 337 Fälle und wird in Graphik 9 veranschaulicht. Ungefähr zwei Drittel leben getrennt (67,1% der Fälle mit Angaben (226), entsprechend ca. einem Drittel der Gesamtpopulation, darunter 1,5% aller Fälle mit Angaben, die noch nie zusammen gelebt haben), weniger als ein Drittel (29,7%, 100 Fälle) leben zusammen und in 11 Fällen (3,3%) sind die Eltern durch den Tod getrennt.



Graphik 9: Der Beziehungsstatus der Kindseltern nach prozentualen Anteilen absteigend sortiert

3.2.6.5 Migrationshintergrund der Kleinfamilie und Herkunftsländer der Eltern

Die Zugehörigkeit des Kindes zu einer Familie mit Migrationshintergrund wird definiert als Abstammung mindestens eines Elternteils aus einem anderen Land als Deutschland. Für 396 Kinder (44,2% der Gesamtpopulation) liegen entsprechende Informationen vor. 57% dieser Subgruppe (169 Fälle) erfüllen die Kriterien für das Vorliegen eines Migrationshintergrundes, in 42,9% (127 Fällen) trifft dies nicht zu. Es zeigt sich ein buntes Bild der Abstammungsländer beider Eltern, wobei Deutschland mit 58,3% der 242 Fälle mit entsprechenden Informationen für den Kindsvater und 60,2% der 254 Fälle mit Informationen über die Herkunft der Kindsmutter an erster Stelle steht. Es folgen die Türkei mit 12,4% (Kindsvater) bzw. 10,6% (Kindsmutter) der gültigen Fälle und Polen mit 4,5% (Kindsvater) bzw. 3,5% (Kindsmutter). Die restlichen 28 Länder sind mit geringeren prozentualen Anteilen vertreten.

3.2.6.6 Binationalität der Kindseltern

Die Abstammung der Eltern aus zwei unterschiedlichen Ländern liegt in ca. einem Fünftel (20,6%) der 247 Familien mit entsprechenden Informationen vor, die 36,9% des Gesamtkollektivs ausmachen. In 79,4% kommen beide Eltern aus dem gleichen Land.

3.2.6.7 Die Religionszugehörigkeit der Kindseltern

Hier liegen nur sehr wenig Daten vor: In 21 Fällen (3,1% der Gesamtpopulation) ist den Datenquellen die Konfessionszugehörigkeit der Kindseltern zu entnehmen, wobei für die Kindsmutter in 13 Fällen der Islam (61,9% der gültigen Fälle), in 6 Fällen das Christentum (28,6%) und in 2 Fällen (9,5%) eine atheistische Orientierung dokumentiert sind. Bezüglich des Kindsvaters ist in 15 Fällen (71,4% der gültigen Fälle) der Islam, in 3 Fällen(14,3%) das Christentum, in zwei Fällen (9,5%) eine atheistische Auffassung und in einem Fall (4,8%) eine andere Religion dokumentiert.

3.2.6.8 Der Bildungsgrad der Kindsmutter

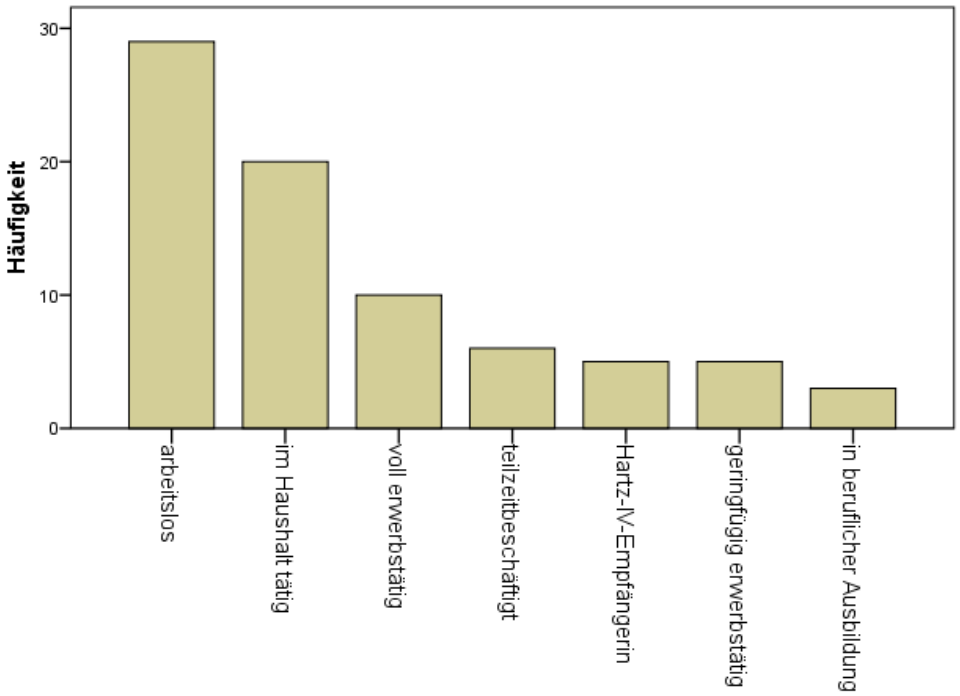
Nur in 33 Fällen liegen Angaben zum Bildungsgrad der Mutter vor, dies entspricht 4,9% des Gesamtkollektivs. 42,4% dieser Mütter haben einen Hochschulabschluss, jeweils 18,2% einen Realschulabschluss bzw. keinen Abschluss, 15,2% Abitur und jeweils 3% den Hauptschulabschluss bzw. die Fachholschulreife.

3.2.6.9 Die Berufe der Kindseltern

Die Art der Berufe der Eltern sind in 108 (Kindsmutter) bzw. 66 (Kindsvater) Fällen bekannt (Arbeitslose nicht einbezogen). Da sich die Klassifizierung der Berufe aufgrund der oftmals uneindeutigen Angaben kompliziert gestaltete, wurde angesichts der ohnehin geringen Anzahl gültiger Angaben (in 16,1% für die Kindsmutter und in 9,8% für den Kindsvater) auf eine nähere Beschreibung verzichtet.

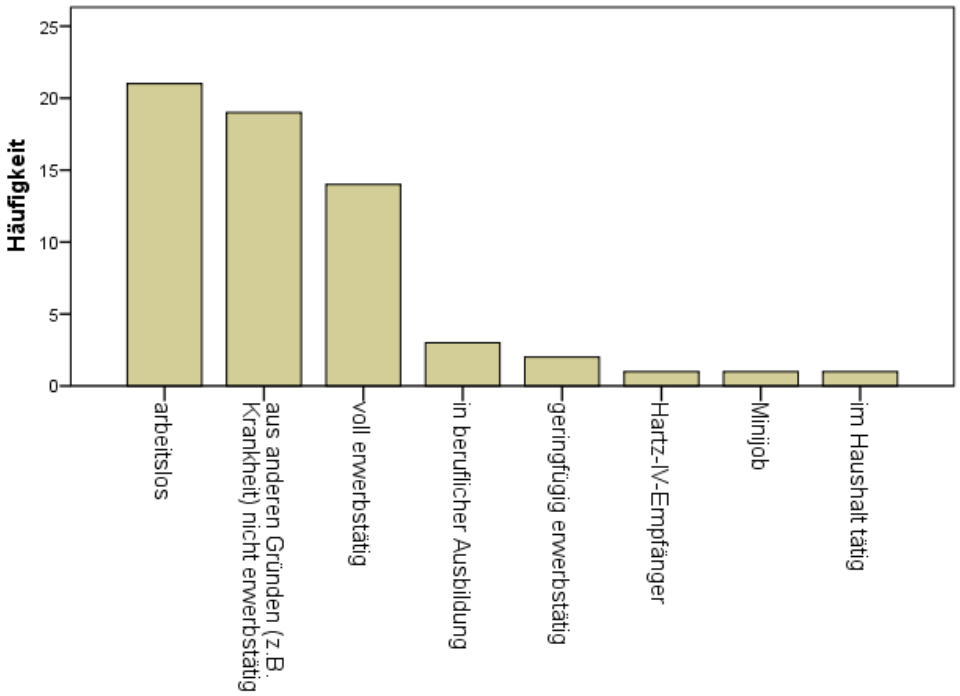
3.2.6.10 Der Umfang der Erwerbstätigkeit beider Eltern

Daten zur Erwerbstätigkeit der Kindsmutter liegen in 78 Fällen vor (11,6% des Gesamtkollektivs): Nahezu 70% dieser Frauen arbeiten nicht (37,2%, bzw. 29 sind arbeitslos, 25,6% bzw. 20 sind im Haushalt tätig, 6,4% bzw. 5 empfangen Hartz-IV, vgl. Graphik 10), in 12,8% sind die Frauen voll erwerbstätig, in 7,7% teilzeitbeschäftigt, in 6,4% geringfügig erwerbstätig und in 3,8% in beruflicher Ausbildung.



Graphik 10: Die Häufigkeiten verschiedener Erwerbstätigkeitsstatus der Kindsmütter nach absteigenden Fallzahlen geordnet

Über die Erwerbstätigkeit des Kindsvaters liegen noch weniger Daten vor, nämlich von 62 Fällen, wobei auch hier der Großteil (66,1%) nicht im Arbeitsleben steht: 33,9% (21 Väter) ohne Spezifizierung der Arbeitslosigkeit, 30,6% (19 Fälle) aus verschiedenen Gründen, z.B. Krankheit und 1,6% (1 Fall) als Hartz-IV-Empfänger (wobei sich unter den Arbeitslosen durchaus weitere Hartz-IV-Empfänger befinden können, bei denen dies nicht explizit angegeben wurde). 22,6%, also 14 Männer sind voll erwerbstätig, 4,8% befinden sich in beruflicher Ausbildung, 3,2% sind geringfügig erwerbstätig und jeweils 1,6%, also ein Mann, sind im Rahmen eines Minijobs oder im Haushalt tätig. Die Häufigkeitsverteilung veranschaulicht Graphik 11.



Graphik 11: Häufigkeiten verschiedener Erwerbstätigkeitsstatus der Kindsväter geordnet nach absteigenden Fallzahlen

3.2.6.11 Viktimisierungen bzw. Gewalterfahrungen der Eltern in der Kindheit

Es liegen in nur 33 Fällen (4,9% aller Fälle) Daten zu Gewalterfahrungen der Kindsmutter in der Kindheit vor, in 14 dieser Fälle (42,4%) ist emotionale Misshandlung bekannt, in 24,2% (8 Fällen) körperliche Gewalt, in 6 Fällen (18,2%) sexuelle Gewalt (darunter in 3 Fällen, entsprechend 9,1% sexuelle und körperliche Misshandlung kombiniert), in 3 Fällen häusliche Gewalt und in 4 Fällen (12,1%) nicht genauer definierte Viktimisierungserfahrungen.
Für den Kindsvater liegen noch weniger Informationen vor, nämlich in 13 Fällen (1,9% des Gesamtkollektivs). Fünf dieser Väter wurden in ihrer Kindheit körperlich misshandelt (38,5%), davon drei körperlich und sexuell, vier emotional (30,8%), drei (23,1%) bezeugten häusliche Gewalt und von einem Fall (7,7%) ist bekannt, dass keinerlei solcher Erfahrungen vorliegen.

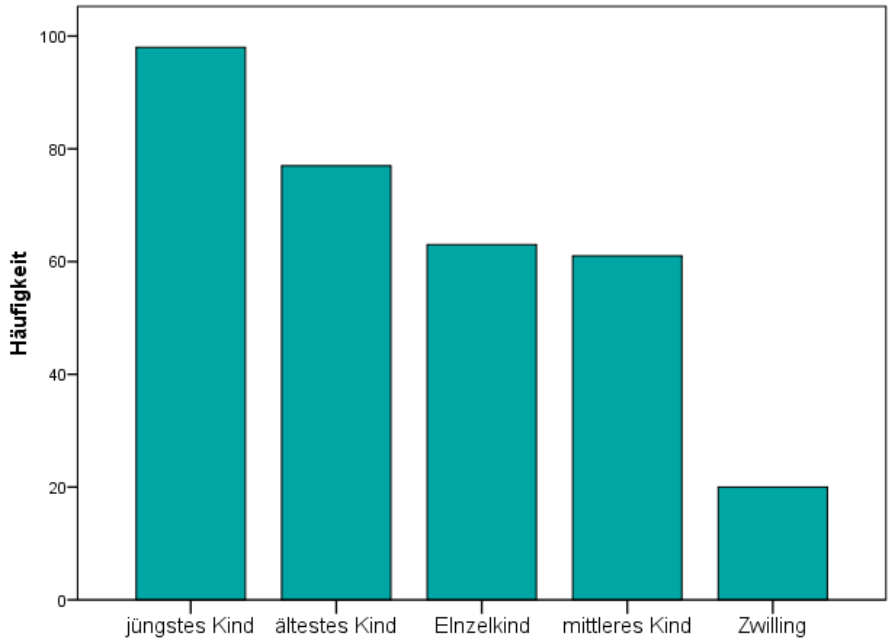
3.2.6.12 Weitere Risikofaktoren der Eltern

Für die Kindsmutter ist in 95 Fällen (14,2% des Gesamtkollektivs) bekannt, welche weiteren Risikofaktoren vorliegen: Am häufigsten sind psychiatrische Erkrankungen der Kindsmutter. So ist in 19 Fällen (20% der o.g. 95 Fälle) ein Alkoholabusus bekannt, in 8 Fällen (8,4%) ein Substanzenabusus, in 7 Fällen (7,4%) eine posttraumatische Belastungsstörung und im

größten Anteil der Fälle (46, bzw. 48,4%) sonstige psychiatrische Erkrankungsbilder (z.B. Depression). Körperliche Erkrankungen sind bei 16 Müttern bekannt (16,9%), darunter sind drei Fälle (3,2%) mit komorbiden psychiatrischen Erkrankungen. Delinquenz ist in zwei Fällen dokumentiert, in einem dieser Fälle in Kombination mit Alkoholabusus.
In einem Fall ist dokumentiert, dass keine der o.g. Risikofaktoren vorliegen.
Von 75 Vätern (11,2% aller Fälle) liegen Informationen bezüglich der weiteren Risikofaktoren vor. Auch hier überwiegen die psychiatrischen Erkrankungen, allen voran der Alkoholabusus mit 39,9% (30 Fällen). Ein Substanzenabusus liegt in 8 Fällen (10,7% der Fälle mit Angaben) vor und sonstige psychiatrische Erkrankungen in 23 Fällen (30,7%). Bei 10 Vätern (13,3%) sind körperliche Erkrankungen bekannt und es sind 8 Fälle von Delinquenz dokumentiert (entsprechend 10,7%). In einem Fall sind sonstige (nicht spezifizierte) Risikofaktoren bekannt. Unter den oben genannten Häufigkeiten finden sich in 9 Fällen multiple Risikofaktoren (6 Kombinationen zweier Risikofaktoren und drei Tripelkombinationen).

3.2.6.13 Geschwister, Halbgeschwister und Kinder im Haushalt

Es liegen von 326 Kindern Daten zu ihren leiblichen Geschwistern vor, dies entspricht knapp der Hälfte (48,7%) der Gesamtpopulation. In jeweils ca. einem Drittel dieser Familien sind die Patienten Einzelkinder (32,5%, 106 Fälle), haben ein Geschwisterkind (34%, 111 Fälle) oder mehrere Geschwister (33,4%, 109 Fälle).
Etwas seltener, in 305 Fällen (45,5%) liegen Informationen über die Häufigkeit von Halbgeschwistern vor: Während 76,4% (233) dieser Kinder keine Halbgeschwister haben, ist in 13,4% (41 Fällen) ein Halbgeschwister bekannt und in 10,2% (31 Fällen) das Vorhandensein mehrere Halbgeschwister.
Bezüglich der Stellung des vorgestellten Kindes in der Geschwisterreihe liegen von 319 Fällen, entsprechend 47,6% des Gesamtkollektivs, Informationen vor. Den größten Anteil bilden mit nahezu einem Drittel dieses Kollektivs 98 Kinder (30,7%), die das jüngste Kind der Familie sind. Ein Viertel der Kinder sind die Erstgeborenen (77 Fälle, 24,1%), jeweils ein Fünftel der Kinder sind ein Einzelkind (19,7%) bzw. nehmen eine mittlere Stellung in der Geburtenfolge ein (19,1%). Den kleinsten Anteil bilden die Zwillinge mit 6,3% (30 Fällen). Das folgende Balkendiagramm (Graphik 12) veranschaulicht die oben genannten Häufigkeiten.



Graphik 12: Häufigkeiten verschiedener Positionen der Kinder in der Geschwisterreihe nach absteigenden Fallzahlen geordnet

Informationen zum Zusammenleben der Patienten mit anderen (auch nicht verwandten) Kindern liegen in 301 Fällen, also 44,9% der Gesamtpopulation vor. Der größte Anteil dieser Kinder, nämlich 109 (36,2%) lebt mit einem weiteren Kind zusammen, gefolgt von den Kindern, die das einzige Kind im Haushalt sind, die etwas über ein Viertel der Kinder mit Angaben bilden (79 Kinder, entsprechend 26,2%). Den dritten großen Teil bilden ca. ein Drittel der Kinder (65, 21,6%), die mit zwei Kindern zusammenleben. Die restlichen 48 Kinder leben mit mindestens drei weiteren Kindern in einem Haushalt: 18 Kinder (6%) mit drei Kindern, 16 Kinder (5,3%) mit vier Kindern, 11 Kinder (3,7%) mit fünf weiteren Kindern und 3 Kinder (1%) leben mit sechs anderen Kindern zusammen.

3.2.7 Die traumatischen Ereignisse

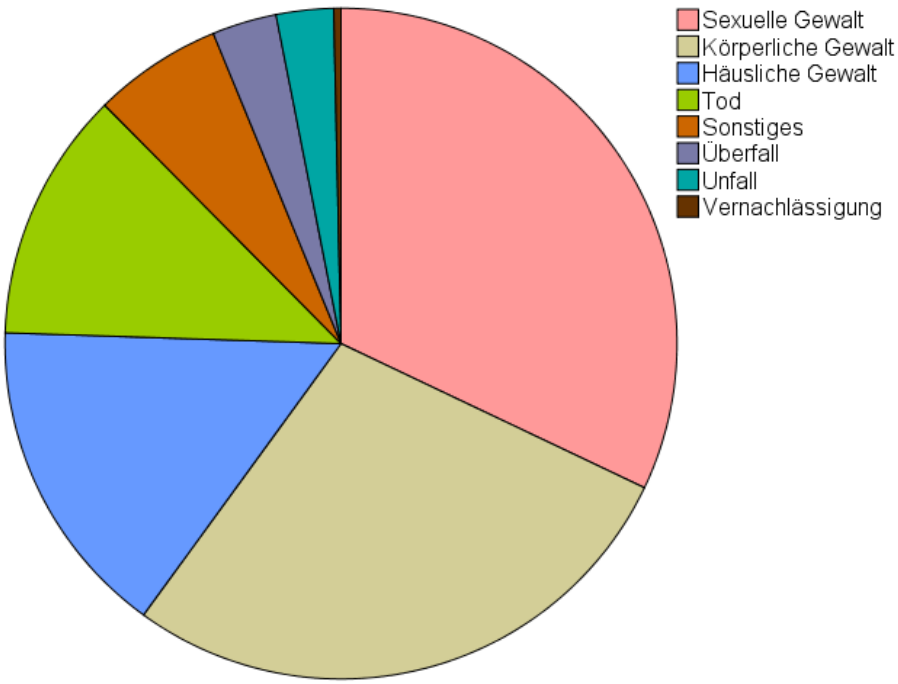
Bei den traumatischen Ereignissen wird unterschieden, ob ein Ereignis der eigentliche Vorstellungsanlass ist oder sich diesem an Aktualität oder Beeinträchtigungsausmaß unterordnet.

3.2.7.1 Der Vorstellungsanlass in der Spezialsprechstunde Gewalt und Trauma

Die im Vordergrund stehende Ursache für die Vorstellung in der Spezialsprechstunde ist von weniger als der Hälfte der Kinder bekannt (43,3%, 290 Fälle). Der häufigste Grund ist sexuelle Gewalt, die in ca. einem Drittel der o.g. Kinder mit Angaben, entsprechend 13,9% des Gesamtkollektivs, also in 93 Fällen vorliegt. An zweiter Stelle steht die körperliche Gewalt, die ebenso in fast einem Drittel der Fälle (81) mit entsprechenden Angaben vorliegt und über ein Zehntel der Gesamtpopulation ausmacht (12,1%). Häusliche Gewalt führt in 45 Fällen (15,5% der Fälle mit Angaben und 6,7% aller Fälle) zur Vorstellung, während an vierter Stelle das Vorliegen eines Todesfalls steht (35 Fälle, 12,1% der Fälle mit Angaben). Es folgen (in absteigenden Häufigkeiten) sonstige Vorstellungsanlässe, Überfälle, Unfälle und Vernachlässigung, deren genaue Fallzahlen und prozentuale Anteile der Tabelle 5 zu entnehmen sind. Emotionale Misshandlung sowie die Trennung von einer Bezugsperson sind in keinem Fall Vorstellungsanlass. Das unten stehende Kreisdiagramm (Graphik 13) veranschaulicht die beschriebenen Häufigkeiten.

Tabelle 5: Absteigend geordnete absolute Häufigkeiten sowie Prozentwerte der verschiedenen Vorstellungsgründe in der Sprechstunde Gewalt und Trauma

Vorstellungsanlass	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Sexuelle Gewalt	93	13,9	32,1
Körperliche Gewalt	81	12,1	27,9
Häusliche Gewalt	45	6,7	15,5
Tod	35	5,2	12,1
Sonstiges	18	2,7	6,2
Überfall	9	1,3	3,1
Unfall	8	1,2	2,8
Vernachlässigung	1	0,1	0,3
Gesamt	**290**	**43,3**	**100**



Graphik 13: Die nach absteigender Häufigkeit sortierten Gründe für die Vorstellung in der Sprechstunde Gewalt und Trauma

3.2.7.2 Traumatische Ereignisse, Anzahl und Kombinationen, Erlebnisebenen und Tatverdächtige

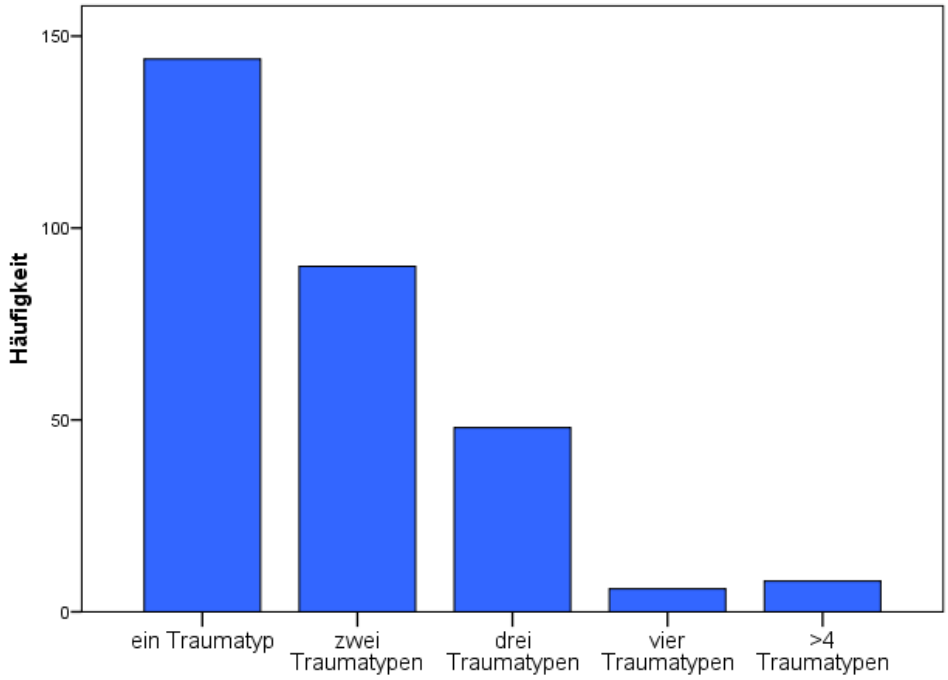
Das insgesamt häufigste traumatische Ereignis ist analog zum Vorstellungsanlass die sexuelle Misshandlung mit 110 Fällen (16,4% aller Fälle), wobei in 78 Fällen (11,6%) der Verdacht besteht und in 32 Fällen sicher eine Misshandlung vorliegt. In 378 Fällen (56,4% aller) fehlen Angaben zum Vorliegen sexueller Misshandlung.

Die zweithäufigsten traumatische Ereignisse sind die körperliche und häusliche Gewalt, die je in 109 Fällen (16,3% aller) vorliegen: Häusliche Gewalt liegt in 71 Fällen sicher und in 38 Fällen im Sinne eines Verdachts vor, bei fehlenden Angaben in 381 Familien (56,9% aller). Körperliche Misshandlung liegt etwas häufiger sicher (58) als im Sinne eines Verdachts (51) vor. In 376 Fällen (56,1% aller) fehlen entsprechende Angaben.

Bei 44 Kindern ist ein Todesfall bekannt (6,6% des Gesamtkollektivs), bei 34 Kindern (5,1%) eine Trennung von einer nahen Bezugsperson und in 26 Fällen, also 3,8% die Vernachlässigung, wobei von 17 Fällen die Art der Vernachlässigung bekannt ist: In 7 Fällen ist diese rein emotional (1% aller Fälle), in 2 Fällen (0,3%) rein körperlich und in 8 Fällen (1,2%) kombiniert körperlich sowie emotional. In jeweils 11 Fällen (1,6%) liegt ein Unfall bzw. Überfall vor. Mit 1% der Fälle (7) ist die emotionale Misshandlung das seltenste

traumatische Ereignis. Nahezu jedes 10. Kind (9,3%, 62 Kinder) hat ein sonstiges, nicht näher spezifiziertes traumatisches Ereignis erlebt.

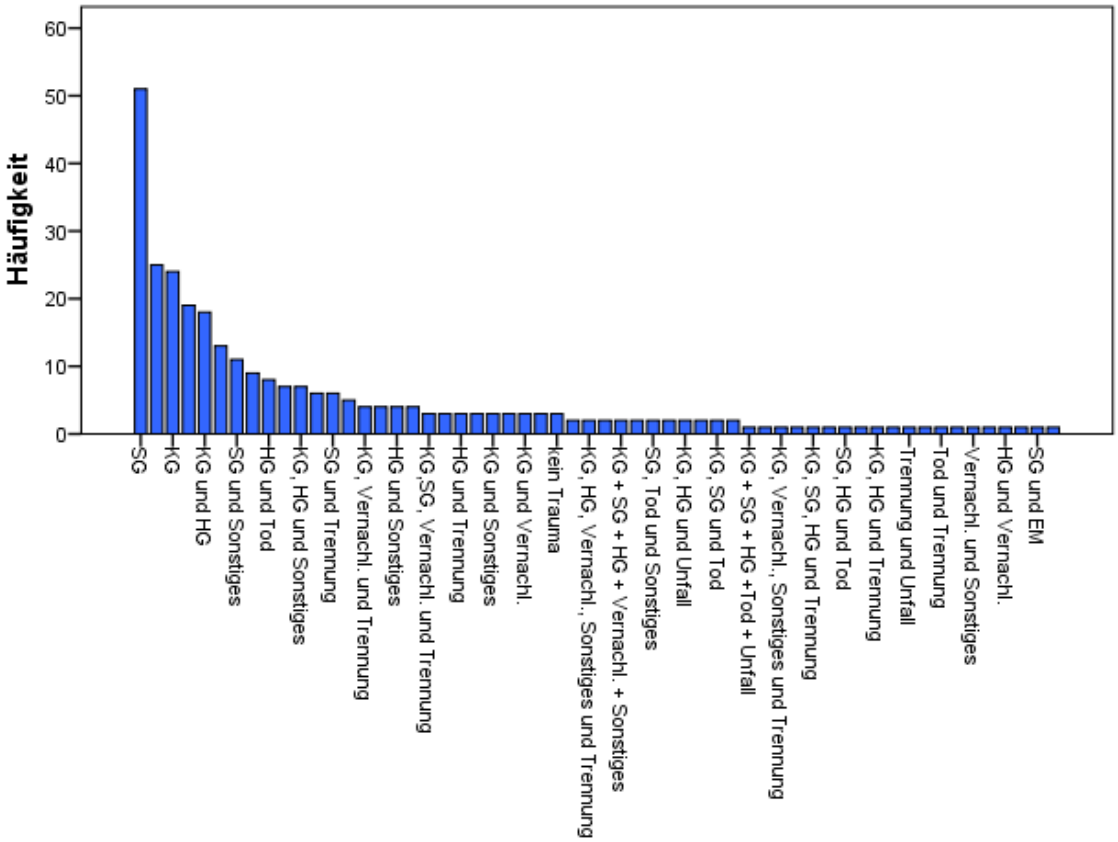
Es liegen in knapp über der Hälfte aller Fälle (152, also 51,3% der 296 Fälle mit bekannter ***Anzahl an Traumatypen***[4]) multiple Traumatisierungen vor, dies entspricht 22,7% aller 670 Kinder. Am häufigsten sind zwei Traumatypen (90 Fälle; 30,4% der gültigen Fälle), gefolgt von drei Traumatypen (48 Fälle; 16,2%). Deutlich seltener sind vier (6 Fälle, 2%) und das Erleiden von mehr als vier Traumatypen (8 Fälle; 2,7%). Monotraumatisierungen liegen in 144 Fällen, entsprechend 48,6% der gültigen Fälle und 21,5% aller Fälle, vor. Die Graphik 14 verdeutlicht die o.g. Häufigkeiten.



Graphik 14: Die Häufigkeiten verschiedener Anzahlen an Traumatypen

Das folgende Balkendiagramm (Graphik 15) soll die große Vielfalt an vorhandenen Kombinationen verschiedener Traumata verdeutlichen.

[4] Der Begriff „Traumatyp“ darf nicht verwechselt werden mit den Traumatypen nach Terr, die weiter unten besprochen werden; der Begriff wird hier in Abgrenzung zum „Trauma“ verwendet, da es sich um Arten des Traumas handelt, also z.B. körperliche Misshandlung oder sexuelle Misshandlung und nicht etwa um die Anzahl an Traumatisierungen derselben Art (Beispiel: Ein Kind wird mehrmals zu unterschiedlichen Zeiten und/oder von unterschiedlichen Tätern sexuell misshandelt.



Graphik 15: Die absteigenden Häufigkeiten aller vorkommenden Kombinationen verschiedener Traumaformen mit Beschriftung unter Verwendung folgender Abkürzungen: SG (sexuelle Gewalt), KG (körperliche Gewalt), HG (häusliche Gewalt), EM (Emotionale Misshandlung), Vernachl. (Vernachlässigung) und Trennung (Trennung von einer Bezugsperson) (Aus Darstellungsgründen ist nur jeder zweite Balken beschriftet)

Die Rolle des Kindes beim Erleiden des Traumas (die ***Erlebnisebene***) ist mit Ausnahme der häuslichen Gewalt, die aufgrund ihrer Entität zu 100% als Zeuge erlebt wird, für alle Traumaformen zum größten Teil die des Opfers: Für die sexuelle Misshandlung ist dies bei 107 Ereignissen der Fall (97,3% aller bekannten Fälle sexueller Gewalt, wobei sich darunter ein Fall mit kombinierter Opfer- und Täteridentität befindet) und in drei Fällen (2,7%) wird die Rolle eines Zeugen eingenommen. Etwas seltener, nämlich in 92,7% (101 Fällen) wird die körperlicher Gewalt als Opfer erlebt, wobei sich darunter 5 Fälle (5,5%) mit kombinierten Erlebnisebenen befinden (in 3 Fällen Opfer und Zeuge, in 2 Fällen Opfer und Täter und in 3 Fällen Opfer, Zeuge sowie Täter). In 13 Fällen (11,9%) ist das Kind Zeuge körperlicher Gewalt und in vier Fällen (3,7%) - darunter in einem Fall ausschließlich - der Täter (die o.g. Kombinationen sind hier jeweils miteinbezogen). Die Überfälle werden in 8 Fällen direkt als Opfer erlebt und in 3 Fällen bezeugt und die 7 Fälle emotionaler Misshandlung werden als Opfer erlebt.

Bei den ***Tatverdächtigen*** bietet sich nahezu dasselbe Bild wie unter 3.2.4.3 für die KinderKOMPT-Vorstellung dargelegt: Der leibliche Vater ist als Einzelperson der häufigste Tatverdächtige, wenn sexuelle (in 30 Fällen, entsprechend 31,9% der 94 gültigen Fälle), körperliche (in 36 (%) der 100 gültigen Fälle) oder häusliche (in 79 Fällen, also 84% der 94 gültigen Fälle) Gewalt vorliegt. Die Rangfolge und Häufigkeiten der weiteren Tatverdächtigen sind unten stehenden Tabellen 6-8 zu entnehmen, es sei hier aber noch erwähnt, dass die Kindsmutter für die körperliche Gewalt, wenn man das Auftreten als tatverdächtige Einzelperson (13 Fälle(%)) und im Rahmen der Elterntäterschaft (25 Fälle (%)) sowie in Kombination mit Brüdern des Opfers (in einem Fall) zusammenzählt, ebenfalls sehr häufig körperliche Gewalt ausübt, nämlich in 39% der Fälle körperlicher Gewalt mit Angaben zur tatverdächtigen Person. Bei der emotionalen Misshandlung ist die Mutter sogar häufiger als der Vater tatverdächtig, nämlich in 5 der 7 Fälle (71,4%), wobei der Vater für die übrigen zwei beschuldigt wird und beim Überfall überwiegen außerfamiliäre Personen beider Geschlechter. Dies sind in 6 der 11 Fälle Mitschüler/Gleichaltrige, in jeweils zwei Fällen eine fremde männliche bzw. (familien-)bekannte weibliche Person und in einem Fall ein (familien-)bekannter Mann. Die gültigen Fälle machen nur 14,9% aus, unter den fehlenden Angaben befinden sich jedoch 27,8% Fälle ohne körperliche Gewalt, bzw. 27,5% ohne sexuelle bzw. 26,9% ohne häusliche Gewalt (wo die Fragestellung also nicht applizierbar ist), so dass effektiv in 57,3% (bzw. 58,5%, bzw 59,1%) Angaben fehlen.

Tabelle 6: Absteigende Häufigkeiten und prozentuale Anteile (aller Fälle sowie gültige Prozente) der verschiedenen Tatverdächtigen der körperlichen Gewalt

Tatverdächtige(r)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Leiblicher Vater	36	5,4	36
Eltern	25	3,7	25
Leibliche Mutter	13	1,9	13
Stiefvater	11	1,6	11
Mitschüler/Gleichaltrige	5	0,7	5
Bruder	2	0,3	2
Pflegeeltern	2	0,3	2
Anderes weibliches Familienmitglied	1	0,1	1
(Familien-)bekannter Mann	1	0,1	1
Fremde männliche Person	1	0,1	1
Schwester	1	0,1	1
Mutter und Brüder	1	0,1	1
Patient (in)	1	0,1	1
Gesamt	**100**	**14,9**	**100**

Tabelle 7: Absteigende Häufigkeiten und prozentuale Anteile (aller sowie der gültigen Fälle) der verschiedenen Tatverdächtigen der sexuellen Gewalt

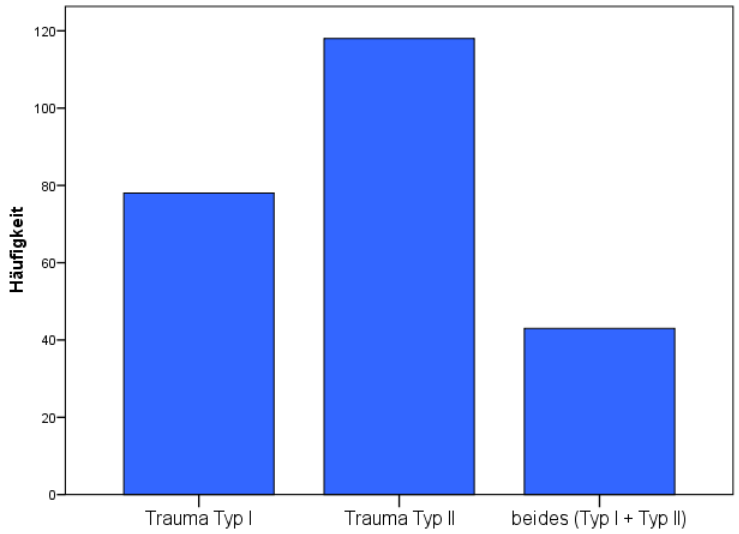
Tatverdächtige(r)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Leiblicher Vater	30	4,5	31,9
Fremde männliche Person	14	2,1	14,9
Stiefvater	13	1,9	13,8
(Familien-) bekannte männliche Person	11	1,6	11,7
Andere Person	8	1,2	8,5
Anderes männliches Familienmitglied	6	0,9	6,4
Bruder	4	0,6	4,3
Eltern	2	0,3	2,1
Spielkamerad/gleichaltriger Junge	2	0,3	2,1
Leibliche Mutter	1	0,1	1,1
Vater + familienbekannter Mann	1	0,1	1,1
Pflegevater	1	0,1	1,1
Spielkameradin/gleichaltriges Mädchen	1	0,1	1,1
Gesamt	**94**	**14**	**100**

Tabelle 8: Absteigende Häufigkeiten und prozentuale Anteile (aller sowie der gültigen Fälle) der verschiedenen Tatverdächtigen der häuslichen Gewalt

Tatverdächtige(r)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Leiblicher Vater	79	11,8	84
Stiefvater	11	1,6	11,7
Eltern	3	0,4	3,2
(Familien-) bekannter Mann	1	0,1	1,1
Gesamt	**94**	**14**	**100**

3.2.7.3 Traumatypen nach Terr und Chronizität der Traumata

Wie die unten stehende Graphik 16 zeigt, gehören ca. die Hälfe der erlittenen Traumata mit Angaben zu dieser Frage dem Typ II nach Terr an: Von den 239 Kindern mit Informationen bezüglich des Traumatyps nach Terr (35,7% aller) sind 118 (49,4%) „Typ-II-traumatisiert“. Die etwas größere andere Hälfte ist entweder „Typ-I-traumatisiert“ (32,6%, 78 Fälle) oder hat gleichzeitig oder zu unterschiedlichen Zeiten beide Traumatypen erlitten (18%, 43 Fälle).



Graphik 16: Häufigkeiten der Traumatypen I und II nach Terr sowie deren Kookurrenz

Bezüglich der Chronizität der Traumata liegen in 233 Fällen (34,8% aller) Informationen vor: In der Hälfte der Fälle liegen chronische Erlebnisse vor, in 30,9% einmalige Vorfälle und in 18,5% beides.

3.2.8 Die Symptome

3.2.8.1 Intrusionen, Numbing, Arousal

Bezüglich der drei traumarelevanten Symptomgruppen Intrusionen, Numbing und Arousal liegen von 244 Patienten Daten vor, dies entspricht 36,2% der Gesamtpopulation (entsprechend fehlen in 426 Fällen (63,3%) Informationen).
Die am häufigsten auftretende Symptomgruppe ist die des Arousals, die in 163 Fällen dokumentiert ist (entsprechend 66,8% der Patienten mit Angaben und knapp einem Viertel (24,3%) aller Patienten) und damit mehr als doppelt so häufig wie die Intrusionen (die in 58 Fällen, entsprechend 23,8% der gültigen Fälle dokumentiert sind) und nahezu vier Mal so oft wie das Numbing (das bei 43 Kindern, also 17,6% besteht) auftritt.

Wie genau sich diese Symptomkomplexe äußern, ist für das ***Arousal*** in 242 Fällen bekannt. Schlafschwierigkeiten liegen in 105 Fällen vor, was 64,4% aller Arousal-Fällen entspricht. Externalisierendes Verhalten ist in 72 Fällen bekannt (44,1%) und Konzentrationsschwierigkeiten bei 58 Kindern (35,6%).

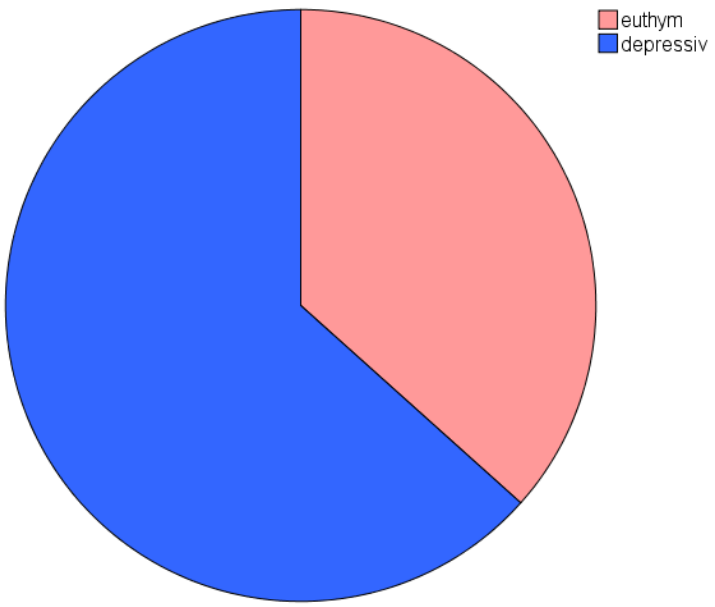
Für die ***Intrusionen*** liegen in 243 Fällen Informationen zu den Häufigkeiten der Subgruppen vor: eindringliche Erinnerungen oder Träume sind die häufigste Manifestationsform (30 Fälle, 51,7% aller Fälle mit Intrusionen), gefolgt von Flashbacks (17 Fälle, 29,3%), und den beiden bei kleinen Kindern auftretenden Modulen Alpträume (16 Fälle, 27,6%) und traumatisches Spiel (in 9 Fällen (15,5%)).
Das ***Numbing***, bei dem in allen 244 Fällen mit Informationen zu Trauma-Symptomen die Subgruppe(n) bekannt ist/sind, äußert sich in 22 Fällen (gut der Hälfte (51,1%) der Patienten mit Numbing) durch Vermeidungsverhalten, in 13 Fällen (30,2%) durch verminderte(s) Interesse bzw. Teilnahme, in 10 Fällen (23,3%) durch Dissoziation und in drei Fällen (7%) als eine eingeschränkte Bandbreite des Affektes.

3.2.8.2 Weitere Symptome

Für die weiteren Symptome liegen uneinheitliche Anzahlen von Fällen mit validen Daten vor, so dass Prozentangaben nicht in Relation zu den o.g. 244 Fällen mit Informationen zu den Traumasymptomen gemacht werden können. Dies erklärt sich dadurch, dass in Fällen ohne Bedarf (also ohne Arztbrief) teilweise Informationen über einzelne Symptome vorliegen, ohne dass ein kompletter psychopathologischer Befund dokumentiert wurde.
So liegen für das ***regressive Verhalten*** (z.B. Einnässen) in 248 Fällen (37% aller) Informationen vor, wobei in 53 dieser Fälle (21,4%, bzw. 7,9% aller Fälle) regressives Verhalten beobachtet wurde. ***Ängste*** sind in 114 der 250 Fälle mit entsprechenden Angaben (die 37,35 des Gesamtkollektivs ausmachen) bekannt, dies entspricht 45,6% dieser und 17% aller Fälle. ***Somatisierungssymptome*** also z.B. dass die Kinder über Bauchschmerzen klagen, ohne dass eine somatische Ursache dort festgestellt werden kann, sind in 38 der 244 Fälle mit entsprechenden Angaben (die insgesamt 36,4% ausmachen) bekannt, was 15,6% dieser und 5,7% aller Fälle entspricht.

3.2.8.3 Der Affekt

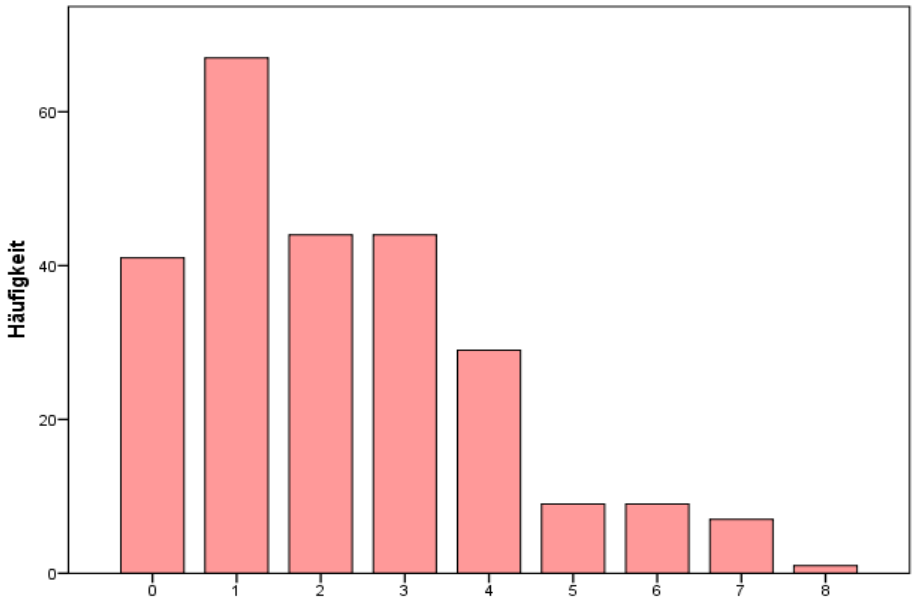
Ob der Affekt der Kinder euthym oder depressiv war, ist in nahezu einem Drittel aller Fälle (31,8%), nämlich 213 Fällen bekannt. 63,4% dieser Kinder (135), entsprechend einem Fünftel (20,1%) aller Kinder wurde als depressiv beschrieben, während 78 Kinder (36,6%, d.h. 11,6% aller) zum Zeitpunkt der Informationserhebung euthym waren. Graphik 17 verdeutlicht diese Häufigkeitsverteilung.



Graphik 17: Häufigkeiten eines depressiven Affektes (blau) und eines euthymen Affektes (rosa)

3.2.8.4 Die Anzahl der Symptome

Die Anzahl der Symptome ist in 251 Fällen (37,5% aller) bekannt. Wie unten stehendes Balkendiagramm (Graphik 18) zeigt, ist am häufigsten, nämlich in 67 Fällen (26,7% der gültigen und 10% aller Fälle) ein Symptom bekannt, gefolgt von zwei und drei Symptomen, die in jeweils 44 Fällen (17,5% der gültigen) bekannt sind. In 41 Fällen (16,3%) sind keine Symptome festgestellt worden und in 29 Fällen (11,6%) sind vier Symptome bekannt. Deutlich seltener liegen mehr als vier Symptome vor (in jeweils 9 Fällen (3,6%) 5 bzw. 6 Symptome, in 7 Fällen (2,8%) 7 Symptome und in einem Fall (04%) 8 Symptome).



Graphik 18: Die Häufigkeiten verschiedener Anzahlen an Symptomen nach steigender Anzahl sortiert

3.2.8.5 Verbesserung der Symptomatik

In 95 Fällen mit bekannten Symptomen (14,2% aller Fälle) ist bekannt, ob die Symptomatik sich im Laufe der Vorstellungstermine verbessert hat: Dies ist in 39 Fällen (41,1% der o.g. gültigen Fälle) der Fall, davon in 11 Fällen (11,6%) leicht und in 28 Fällen (29,5%) deutlich. In 56 Fällen (58,9%) ist keine Verbesserung dokumentiert. In 115 der 575 Fälle mit fehlenden Angaben zu dieser Fragestellung sind keine Symptome bekannt (d.h. die Frage ist nicht applizierbar), so dass effektiv in 460 Fällen (68,7%) Angaben fehlen.

3.2.9 Die Diagnosen

Es liegen in 245 Fällen (36,6% aller) Informationen zu den Diagnosen vor.

3.2.9.1 Die Hauptdiagnose

In 158 Fällen (64,5 % der Fälle mit Angaben) liegt eine traumaspezifische Hauptdiagnose vor und in 42 Fällen (17,1%) eine andere Hauptdiagnose. Die häufigste traumaspezifische Diagnose (vgl. Tabelle 9) ist die posttraumatische Belastungsstörung, die in nahezu einem Drittel der Fälle mit traumaspezifischer Hauptdiagnose (31,6%, 50 Fälle) vorliegt, was etwa 20% der Fälle mit Informationen zu Diagnosen entspricht. In etwas über einem Fünftel aller Fälle (21,5%, 34 Fälle; 13,9% der gültigen Fälle) wurde eine akute Belastungsstörung diagnostiziert und halb so oft eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen. Fasst man die verschiedenen Anpassungsstörungen zusammen, machen sie 53,1% der traumabezogenen Diagnosen aus (30,2% der Fälle mit bekannten Diagnosen). Die Häufigkeiten und Prozentwerte der weiteren Anpassungsstörungen sind unten stehender Tabelle zu entnehmen.

Tabelle 9: Die traumaspezifischen Hauptdiagnosen nach absteigender Häufigkeit und prozentualen Anteilen (des Gesamtkollektivs sowie der Fälle mit bekannter traumaspezifischer Hauptdiagnose) sortiert, wobei die Anpassungsstörung mit „A.“ abgekürzt wird

Diagnose	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Posttraumatische Belastungsstörung	50	7,5	31,6
(Z.n.) akute (r) Belastungsstörung	34	5,1	21,5
A. mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen	17	2,5	10,8
Anpassungsstörung, nicht näher spezifiziert	15	2,2	9,5
A. mit längerer depressiver Reaktion	13	1,9	8,2
A. mit sonstigen spezifischen deutlichen Symptomen	11	1,6	7,0
A. mit Angst und depressiver Reaktion	7	1	4,4
A. mit kurzer depressiver Reaktion	5	0,7	3,2
A. mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens	3	0,4	1,9
A. mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten	3	0,4	1,9
Gesamt	**158**	**23,6**	**100**

Die häufigste nicht-traumaspezifische Hauptdiagnose ist die depressive Episode, die in 12 Fällen (28,6% der Fälle mit bekannter nicht-traumaspezifischer Hauptdiagnose, entsprechend 4,9% aller Fälle mit bekannten Diagnosen) dokumentiert ist. An zweiter Stelle steht die Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (10 Fälle, 23,8%, bzw. 4% der gültigen Fälle). Die weiteren Diagnosen sind der Tabelle 10 zu entnehmen.

Tabelle 10: Die nicht-traumaspezifischen Hauptdiagnosen nach absteigender Häufigkeit und prozentualen Anteilen (des Gesamtkollektivs und der Fälle mit bekannter nicht-traumaspezifischer Hauptdiagnose) sortiert

Diagnose	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Depressive Episode	12	1,8	28,6
Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	10	1,5	23,8
Sonstige Diagnosen	7	1	16,7
Emotionale Problematik des Kindesalters	6	0,9	14,3
Reaktive Bindungsstörung	4	0,6	9,5
Sekundäre Enuresis	2	0,3	4,8
ADHS	1	0,1	2,4
Gesamt	**42**	**6,3**	**100**

3.2.9.2 Weitere Diagnosen

In 49 Fällen ist eine zweite Diagnose gestellt worden und in 10 Fällen noch eine dritte Diagnose. Die häufigsten Zweitdiagnosen sind die sekundäre Enuresis und in jeweils 13 Fällen sonstige nicht genauer dokumentierte Diagnosen (jeweils 26,5% der Fälle mit bekannter Zweitdiagnose). Die weiteren Diagnosen sind deutlich seltener: Eine emotionale Problematik des Kindesalters ist in 6 Fällen (12,2%) dokumentiert, in vier Fällen (8,2%) eine depressive Episode, in jeweils drei Fällen (je 6,1%) eine Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen bzw. eine Persönlichkeitsentwicklungsstörung mit histrionischen Anteilen, in jeweils zwei Fällen (je 4,1%) eine Ticstörung bzw. reaktive Bindungsstörung und in jeweils einem Fall (je 2%) eine ADHS, sekundäre Enkopresis bzw. instabile Persönlichkeitsstörung. Jeweils drei (30%) der 10 dritten Diagnosen sind sekundäre Enuresis, sekundäre Enkopresis und sonstige Diagnosen. In einem Fall (10%) ist ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) beschrieben.

3.2.9.3 Developmental Trauma Disorder (DTD)

In 235 Fällen (25,1% aller) liegen Daten zu der Frage vor, ob anhand der Informationen über die Symptomatik der Kinder und mithilfe der Developmental Trauma Disorder Diagnosekriterien die Diagnose DTD denkbar wäre, wobei in 39 dieser Fälle (12,3%) zumeist aufgrund mangelnder Informationen nicht sicher beurteilbar war, ob die Diagnose DTD gestellt werden könnte , es aber nicht auszuschließen war. In 24 Fällen (10,2% der o.g. 235) ist die Diagnose DTD denkbar und in 182 (77,4%) nicht. Um herauszufinden, welche Diagnosen bei den Patienten, die für die neue Diagnose DTD in Frage kommen, vorliegen, wurden Kreuztabellen angelegt für die Möglichkeit der Diagnose DTD auf der einen Seite und jeweils die traumaspezifischen (Tabelle 11) und nicht-traumaspezifischen Hauptdiagnosen (Tabelle 12) auf der anderen Seite. Es zeigt sich, dass am häufigsten eine PTBS vorliegt, wenn auch DTD denkbar ist, nämlich in der Hälfte aller Fälle (12) mit sicher denkbarer DTD-Diagnosestellung. An zweiter Stelle stehen die Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen und die Anpassungsstörung mit kurzer depressiver Reaktion (jeweils 3 Fälle). Bei zwei Kindern mit reaktiver Bindungsstörung wäre auch eine DTD als Diagnose denkbar und bei jeweils einem Kind mit einer nicht näher spezifizierten Anpassungsstörung, einer depressiven Episode und einer Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, wobei bei letzteren in 5 Fällen DTD nicht sicher auszuschließen ist, aber mangels ausführlicherer Informationen nicht sicher in Frage kommt. Die weiteren nicht sicher beurteilbaren Fälle sind unten stehenden Tabellen zu entnehmen.

Tabelle 11: Kreuztabelle der traumaspezifischen Hauptdiagnose (Zeilen) mit der Möglichkeit der Diagnosestellung einer DTD (Spalten) (Anpassungsstörung mit „A.“ abgekürzt)

	DTD nicht denkbar	**DTD denkbar**	**DTD nicht sicher beurteilbar, nicht auszuschließen**	**Gesamt**
Posttraumatische Belastungsstörung	29	12	7	48
A. mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen	12	3	2	17
A. mit kurzer depressiver Reaktion	0	3	0	3
Anpassungsstörung nicht näher spezifiziert	9	1	1	11
A. mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens	0	0	3	3
A. mit längerer depressiver Reaktion	10	0	2	12
A. mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten	2	0	1	3
A. mit sonstigen spezifischen deutlichen Symptomen	10	0	1	11
(Z.n.) akute Belastungsstörung	30	0	0	30
A. mit Angst und depressiver Reaktion gemischt	7	0	0	7
Gesamt	**109**	**19**	**17**	**145**

Tabelle 12: Kreuztabelle der nicht-traumaspezifischen Hauptdiagnosen (Zeilen) mit der Möglichkeit der Diagnose einer DTD (Spalten) (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung mit ADHS abgekürzt)

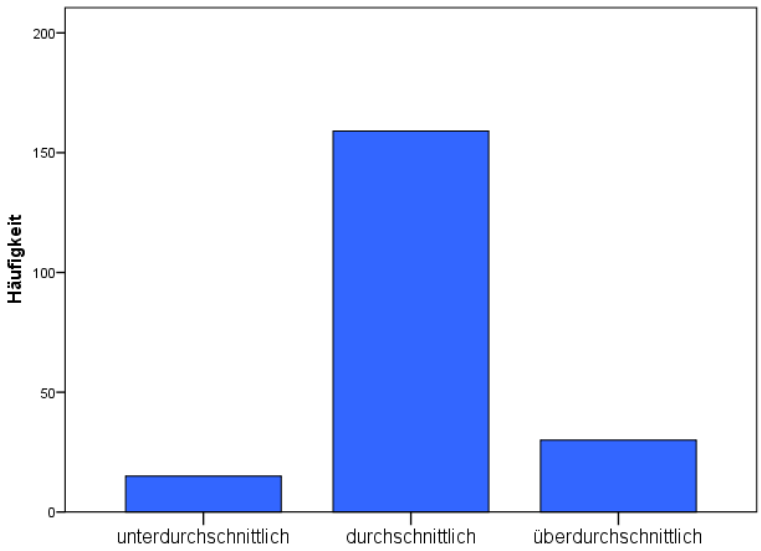
	DTD nicht denkbar	**DTD denkbar**	**DTD nicht sicher beurteilbar, nicht auszuschließen**	**Gesamt**
Reaktive Bindungsstörung	1	2	1	4
Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	3	1	5	9
Depressive Episode	11	1	0	12
ADHS	1	0	0	1
Emotionale Problematik des Kindesalters	6	0	0	6
Sekundäre Enuresis	2	0	0	2
Sonstige	3	0	1	4
Gesamt	**27**	**4**	**7**	**38**

3.2.9.4 Der Entwicklungszustand (Achse II)

Bei einem Drittel der Patienten ist der Entwicklungszustand bekannt (226 Fälle, 33,7%), wobei zumeist (in 86,7% dieser Fälle (196)) ein nach klinischem Eindruck guter Entwicklungszustand vorliegt. Falls vorliegend, ist die häufigste Störung eine Sprachentwicklungsstörung (in 16 Fällen, 7,1%). In jeweils drei Fällen (je 1,3%) liegt eine Entwicklungsstörung der motorischen Funktion bzw. der schulischen Fähigkeiten vor, in zwei Fällen (0,9%) eine auditive Merkschwäche, in jeweils einem Fall (je 0,4%) eine Rechenstörung bzw. Entwicklungsstörung der Wahrnehmung und der Wahrnehmungsverarbeitung und in vier Fällen (1,8%) eine andere Entwicklungsstörung.

3.2.9.5 Das Intelligenzniveau (Achse III)

Bezüglich der Achse III des multiaxialen Klassifikationssystems, also des Intelligenzniveaus der Kinder, liegen in 204 Fällen (30,4% aller) Informationen vor, wobei am häufigsten ein nach klinischen Eindruck durchschnittliches Intelligenzniveau ist (vergl. Graphik 23; in 159 Fällen, also 77,9% der Fälle mit gültigen Angaben). In 30 Fällen (14,7%) wurde die Intelligenz als überdurchschnittlich eingeschätzt und halb so oft als unterdurchschnittlich (15 Fälle, 7,4%).



Graphik 19: Häufigkeit der klinischen Einschätzungen des Intelligenzniveaus der Patienten als unterdurchschnittlich, durchschnittlich oder überdurchschnittlich

3.2.9.6 Körperliche Erkrankungen (Achse IV)

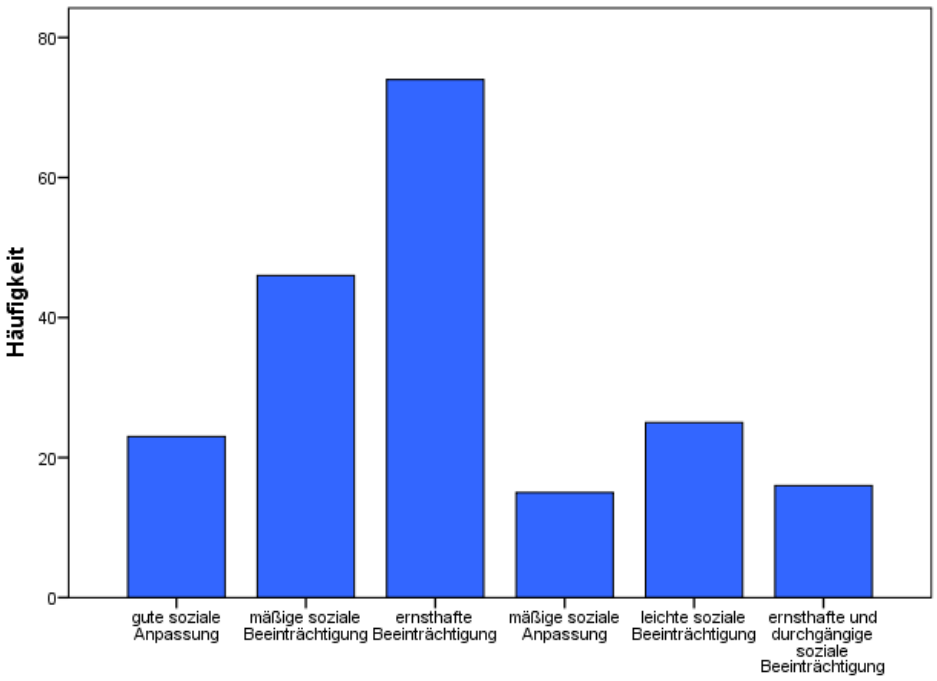
Körperliche Erkrankungen sind bei 17 der 227 Kinder mit Informationen zur Achse IV des Klassifikationssymstems (die 33,9% des Gesamtkollektivs ausmachen) bekannt; dies entspricht 7,5%. 92,5% (210) dieser Kinder sind laut Datenquellen körperlich gesund.

3.2.9.7 Abweichende psychosoziale Umstände (Achse V)

Bei 97,5% der 238 Kinder mit Informationen zu abweichenden psychosozialen Umständen (die 35,5% aller Kinder ausmachen) liegen solche Umstände vor, davon ist in 90 Fällen (37,8% der 248) ein abweichender psychosozialer Umstand und in 142 Fällen (59,7%) mehrere in den Datenquellen aufgeführt.

3.2.9.8 Die psychosoziale Anpassung (Achse VI)

Die mit 37,2% (74 Patienten) größte zu bildende Subgruppe der 199 Patienten mit Daten zur psychosozialen Anpassung (Achse VI) bei Erstkontakt mit der Sprechstunde Gewalt und Trauma (die 29,7% aller Patienten ausmachen) zeigte eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung. Die weiteren Häufigkeiten verteilen sich auf einer visuellen Skala der Anpassung (vergl. Graphik 20) links und rechts davon, wobei mehr Kinder (70) eine bessere Anpassung (also Position weiter links) als die o.g. 74 Patienten zeigten, als eine schlechtere (56). Im Einzelnen zeigten 23 Kinder (11,6% der Fälle mit entsprechenden Angaben) eine gute soziale Anpassung, 46 Kinder (23,1%) eine mäßige soziale Beeinträchtigung, 15 Kinder (7,5%) eine mäßige soziale Anpassung, 25 Kinder (12,6%) eine leichte soziale Beeinträchtigung und 16 Kinder (8%) eine ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigung. Als funktionsunfähig, was der schlechtesten Funktionsmöglichkeit entspricht, also ganz rechts auf der Skala zu finden wäre, wurde kein Kind eingeschätzt.



Graphik 20: Die Häufigkeiten verschiedener Einschätzungen der psychosozialen Anpassung (Achse VI) bei Erstkontakt in der Sprechstunde Gewalt und Trauma

3.2.10 Die Therapien und Interventionen

3.2.10.1 Therapien in der Vergangenheit

In 211 (31,5%) Fällen liegen Informationen zu in der Vergangenheit stattgefundenen psychotherapeutischen Behandlungen vor, wobei 33 Kinder (15,6% dieser 211 Fälle und 4,9% aller Fälle) bereits eine Psychotherapie erhalten haben. Bezüglich der Medikamenteneinnahme in der Vergangenheit sind in 100 Fällen (14,9%) Daten vorhanden. In 10% ist eine vorausgehende Medikamenteneinnahme bekannt.

3.2.10.2 Das Ausmaß der Therapie in der Sprechstunde Gewalt und Trauma

Ob es im Rahmen der Vorstellung in der Sprechstunde Gewalt und Trauma zu diagnostischen Terminen oder einer längerfristigen psychotherapeutischen Begleitung kam, ist in 257 Fällen (38,4%) bekannt: In 84,4% (217 Fällen) waren dies nur diagnostische Termine und in 40 Fällen (15,6%) fand eine längerfristige Begleitung statt.

3.2.10.3 Weitere Interventionen

Eine ***Krisenintervention*** fand in 44 Fällen statt (16,8% der 262 Fälle mit entsprechenden Angaben, die 39,1% der Gesamtpopulation entsprechen), wobei diese zum größten Teil (42 Fälle) ambulant durchgeführt wurde, nur in 2 Fällen stationär.

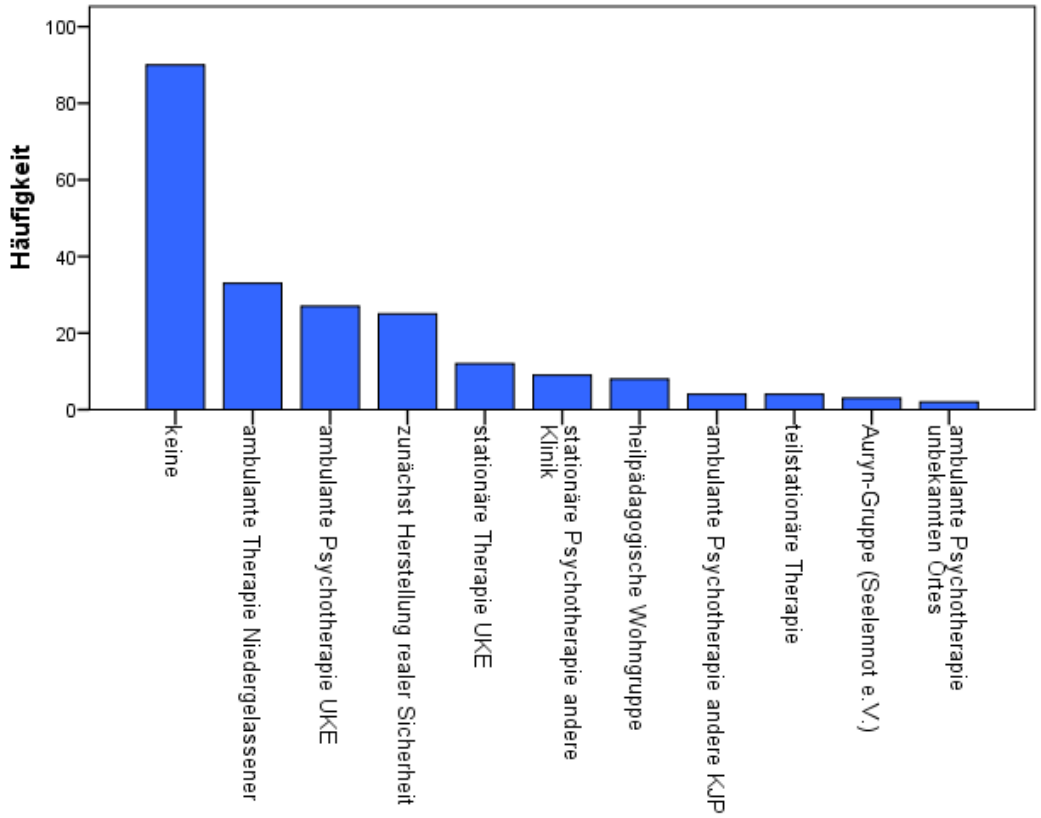
Daten zu einer durchgeführten ***sozialpsychiatrischen Begleitung*** liegen in 248 Fällen, entsprechend 37% aller, vor, wobei eine solche in 33 Fällen durchgeführt wurde (entsprechend 13,7%). Es fand zum größten Teil eine Familienberatung statt (29 Fälle, davon in 2 Fällen sozialpsychiatrische Begleitung der Familie und des Patienten), in jeweils zwei Fällen wurde nur der Patient, bzw. der Patient und eine andere Person beraten und in einem Fall nur eine andere Person.

Eine ***Psychoedukation*** ist in 188 Fällen dokumentiert, entsprechend 77% der 244 Fälle mit Angaben zu dieser Fragestellung. Am häufigsten ist die Psychoedukation von Patient und Familie vertreten (110 Fälle, also 45% der o.g. 188), gefolgt von einer Psychoedukation der Familie (45 Fälle, 18,4%), des Patienten allein (15 Fälle, 6,1%), des Patienten und einer anderen Person (12 Fälle, 4,9%), einer anderen Person allein und einer Psychoedukation von Patient, Familie und einer anderen Person (beide in je 3 Fällen, entsprechend je 1,2%). In 56 Fällen (23%) ist keine Psychoedukation bekannt.

Die Gruppenpsychoedukation ist nur in 5 Fällen dokumentiert, so dass hier nicht weiter darauf eingegangen wird.

3.2.10.4 Die Therapieempfehlung und Medikamente

Die im Anschluss an die Vorstellung in der Sprechstunde Gewalt und Trauma ausgesprochenen weiteren Therapieempfehlungen sind in 217 Fällen (32,4% aller) bekannt. In 41,5% (90) dieser gültigen Fälle wurde keine weitere Therapie empfohlen (vgl. Graphik 21) und in 30,4% (66 Fällen) eine ambulante Psychotherapie, wobei diese in 33 Fällen (15,2% der gültigen) beim niedergelassenen Psychiater stattfinden sollte, in 27 Fällen (12,4%) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKE und in 6 Fällen (2,7%) in einer anderen Kinder- und Jugendpsychiatrie. In 25 Fällen (11,5%) stand vor Evaluation der Therapiemöglichkeiten die Herstellung realer Sicherheit, also z.B. Unterbringung der Kinder in einer gewaltfreien Umgebung oder anderweitige Ausschaltung der Gewalt, im Vordergrund. Eine stationäre Therapie war in 21 Fällen (9,7%) nötig, darunter in 12 Fällen am UKE und in 9 Fällen in einer anderen Klinik, in 8 Fällen (3,7%) wurde die Unterbringung in einer heilpädagogischen Wohngruppe empfohlen und eine teilstationäre Therapie in 4 Fällen (1,8%). In drei Fällen (1,4%) wurden Kinder an eine Auryn-Gruppe (Seelennot e.V.) vermittelt. Unter den insgesamt 453 Fällen mit fehlenden Angaben befinden sich 42 Fälle, in denen die Fragestellung nicht applizierbar z.B. aufgrund von Kontaktverlust ist, so dass effektiv in 411 Fällen Angaben zur Therapieempfehlung fehlen.



Graphik 21: Die absteigenden Häufigkeiten der verschiedenen Therapieempfehlungen, die im Anschluss an die Vorstellung in der Sprechstunde Gewalt und Trauma ausgesprochen wurden

Ambulante Fachtherapien sind nur in 8 Fällen dokumentiert, so dass hier nicht weiter darauf eingegangen wird.
Eine medikamentöse Behandlung wurde nur in 6 Fällen (3,3% der 180 Fälle mit Angaben) empfohlen bei in 73,1% der Gesamtpopulation fehlenden Angaben.

3.2.10.5 Das psychosoziale Funktionsniveau nach Therapie

Ob es im Anschluss an die Therapie zu einer Besserung des psychosozialen Funktionsniveaus gekommen ist, ist nur in 15 Fällen (2,2% aller) bekannt, wobei in allen diesen Fällen ein im Vergleich zum Erstkontakt verbessertes Funktionsniveau dokumentiert ist.

3.2.11 Sonstiges

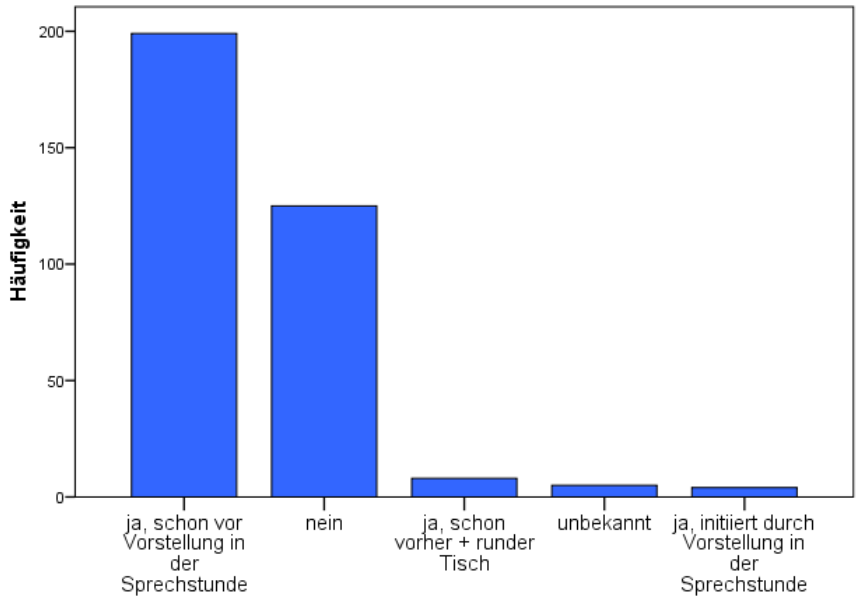
3.2.11.1 Die Beendigung des Kontaktes

In 240 (35,8%) Fällen mit abgeschlossener Vorstellung in der Sprechstunde bzw. Therapie ist bekannt, ob der Kontakt (bzw. die Therapie) regelrecht beendet oder frühzeitig abgebrochen wurde: 183 Vorstellungen (76,3% der o.g. gültigen Fälle) endeten regelrecht nach Abschluss der notwendigen Termine und in 57 Fällen (23,8%) wurde der Kontakt frühzeitig abgebrochen z.B. indem Termine abgesagt wurden oder die Patienten bzw. die Betreuungspersonen sich nicht mehr meldeten und nicht mehr erreichbar waren. Unter den 430 Fällen mit fehlenden Angaben befinden sich 11 Fälle mit nicht applizierbarer Fragestellung (noch nicht beendetem/ Kontakt/noch nicht abgeschlossener Therapie) und die 370 „kein Bedarf“-Fälle ohne Vorstellung, so dass effektiv in 49 Fällen (7,3% aller) Informationen fehlen.

3.2.11.2 Die Involvierung des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD)

Das Jugendamt (der Allgemeine Soziale Dienst (ASD)) war in 216 Fällen (32,2% aller und 63,3% der 341 mit Angaben zu dieser Frage, die wiederum 50,9% aller Fälle ausmachen) involviert, und zwar zum größten Teil (207, also 95,8% der 216 Fälle, vgl. auch Graphik 22) bereits vor der Vorstellung in der Sprechstunde Gewalt und Trauma, darunter in 8 Fällen zusätzlich von der Sprechstunde in Form eines „runden Tisches“ initiiert. In 5 Fällen ist es unklar, ob das Jugendamt schon vorher Unterstützung bot und in vier Fällen wurde die Involvierung des Allgemeinen Sozialen Dienstes durch die Sprechstunde initiiert. In 125

Fällen (36,7% der Fälle mit entsprechenden Angaben und 18,7% aller Fälle) war das Jugendamt zum Zeitpunkt der Vorstellung nicht involviert. In 329 Fällen (49,1%) fehlen Angaben zu dieser Fragestellung.



Graphik 22: Die Häufigkeiten (absteigend sortiert) verschiedener Involvierungsstatus und -zeitpunkte des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD)

3.2.11.3 Fremdplatzierungen

Ob Kinder in einer neuen Familie untergebracht wurden (Fremdplatzierung), ist in 305 Fällen (45,5% aller) bekannt, wobei dies in ca. einem Fünftel der gültigen Fälle (62, 20,3% bzw. 9,3% aller) zutrifft. Der größte Teil der Kinder (243, entsprechend 79,7% der gültigen und 36,3% aller Fälle) lebte zum Zeitpunkt der Erstellung der Datenquellen bei den primären Betreuungspersonen.

3.2.11.4 Anzeigeerstattung

Ob Anzeige gegen die/den Tatverdächtige(n) erstattet wurde, ist in 321 Fällen (47,9% aller) bekannt, wobei nahezu gleich häufig Anzeige erstattet wurde (160 Fälle, 49,8% der gültigen Fälle bzw. 23,9% aller) wie dies unterlassen wurde (161 Fälle, 50,2% der gültigen bzw. 24% aller Fälle). Am häufigsten wurde beim Überfall Anzeige erstattet (72,7%). Bei der körperlichen, sexuellen und häuslichen Gewalt wurde nahezu gleich oft, nämlich in etwas über der Hälfte der Fälle Anzeige erstattet (53,8% bei der körperlichen und je 55,4% bei der sexuellen und häuslichen Gewalt). Bei der Vernachlässigung wurden 50% der Fälle zur

Anzeige gebracht, bei den sonstigen traumatischen Ereignissen 38,3% und beim Unfall 18,2%.

3.2.11.5 Kinder- und jugendpsychiatrische Gutachten

Ein kinder- und jugendpsychiatrisches Gutachten ist in 32 Fällen (13,9% der 231 Fälle mit Angaben zu dieser Fragestellung, die wiederum 34,5% aller Fälle ausmachen) als empfohlen und in 12 Fällen als initiiert (5,2%) dokumentiert, wobei in 187 Fällen (81% der gültigen) keine Erstellung eines Gutachtens aus den Datenquellen hervorgeht.

3.2.11.6 Die Involvierung der Sozialpädagogin des UKE

Ob die Sozialpädagogin des UKEs im Fall involviert war, ist von 268 Vorstellungen bekannt und bei 13 Vorstellungen (4,9% dieser 268 Vorstellungen, entsprechend 1,9% aller) der Fall.

3.3 Die Hypothesen

3.3.1 Die Leithypothese

Es konnten 196 Fälle (29,3% aller) in die Regressionsanalyse zur Überprüfung der Leithypothese eingeschlossen werden, darunter 66 Patienten (33,7%), die von KinderKOMPT überwiesen wurden und 130 Patienten (66,3%) von anderen überweisenden Stellen.
Der Chi^2-Wert beträgt im Modell 19,336 bei 5 Freiheitsgraden und weist ein Signifikanzniveau von 0,002 auf. Daraus kann geschlossen werden, dass das Modell einen Informationsgehalt besitzt.
Tabelle 13 zeigt die wesentlichen Ergebnisse der Regressionsrechnung.

Tabelle 13: Wichtige statistische Ergebnisse der Regressionsanalyse zur Überprüfung der Leithypothese (Wald-Konfidenzintervall mit KI abgekürzt)

Parameter	Regressions -koeffizient B	Signifikanz	Effektkoeffizient Exp(B)	oberer Wert des 95% KI für Exp(B)	unterer Wert des 95% KI für Exp(B)
(Konstanter Term)	-0,032	0,955	0,968	0,320	2,935
Männl. Geschlecht (0)	-0,874	0,008	0,417	0,220	0,793
Weibl. Geschlecht (1)[5]	0		1		
Alter	-0,053	0,207	0,948	0,872	1,030
Anzahl der Symptome	-0,207	0,035	0,813	0,671	0,985
Anzahl der Traumata	0,417	0,016	1,518	1,082	2,128
Achse VI	-0,064	0,591	0,938	0,743	1,184

Anhand der Effektkoeffizienten (Exp B; diese geben den Faktor der Vervielfachung des Wahrscheinlichkeitsverhältnisses (des Odds) an, wenn die Ausprägung der jeweils zugeordneten Variablen um eine Einheit erhöht wird) und der Regressionskoeffizienten B (die den Einfluss der unabhängigen Variablen auf die abhängige Variable anzeigen, indem sie das Ausmaß der Veränderung der abhängigen Variablen angeben, wenn sich die unabhängige um eine Einheit erhöht) lassen sich folgende Aussagen machen:

1. Die Wahrscheinlichkeit, von KinderKOMPT überwiesen worden zu sein, verdoppelt sich (erhöht sich um den Faktor 2,4), wenn das Kind weiblich ist bei einem 95%-Konfidenzintervall zwischen 1,3 und 4,5 (d.h. das wahre Ergebnis liegt mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% im o.g. Intervall).
2. Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit um ca. 5% je Lebensjahr, von einem anderen Überweiser als KinderKOMPT überwiesen worden zu sein. Das 95%-Konfidenzintervall beinhaltet Werte zwischen 0,97 und 1,1.
3. Die Wahrscheinlichkeit, von einem anderen Überweiser als von KinderKOMPT überwiesen worden zu sein, erhöht sich um 23% bei um einen Skalenwert zunehmender Anzahl an Symptomen. Das 95%-Konfidenzintervall reicht von 1,01 bis 1,5- also 1% bis 50%).

[5] Da die Variable Geschlecht mit den Wertelabels 0=männlich und 1=weiblich besetzt wurde, sind die in der nächsthöheren Zeile aufgeführten Werte relevant für die Zusammenhänge beider Geschlechter (s.u.).

4. Mit steigender Anzahl an Traumatypen steigt die Wahrscheinlichkeit pro zusätzlichem Trauma auf das 1,5-fache, von KinderKOMPT überwiesen worden zu sein (95%-Konfidenzintervall 1,08-2,12)
5. Die Wahrscheinlichkeit, von einem anderen Überweiser als KinderKOMPT überwiesen worden zu sein, steigt pro Verschlechterung um eine Stufe auf der Skala der psychosozialen Funktion um 6,6% bei einem 95%-Konfidenzintervall zwischen 0,84 und 1,35.

Wie die Tabelle 13 ebenfalls zeigt, sind die durch das Modell berechneten Einflüsse für die Kovariaten die Anzahl der Symptome, die Anzahl der Traumata und den Faktor Geschlecht alle im signifikanten Bereich, d.h. formal ist eine zufällige Genese der beschriebenen Effekte eher unwahrscheinlich. Die Effekte des Alters und des psychosozialen Funktionsniveaus hingegen sind nicht signifikant, d.h. im Falle des Alters sind die Ergebnisse mit einer Wahrscheinlichkeit von 20,7% durch Zufall so ausgefallen und für das psychosoziale Funktionsniveau sogar mit einer Wahrscheinlichkeit von 59,1%.

Die wesentlichen Aussagen dieses Modells sind also, dass das psychosoziale Funktionsniveau bei von KinderKOMPT überwiesenen Kindern nach Herausrechnen der anderen Einflussfaktoren nicht wie hypothetisch vermutet schlechter ist, sondern besser als bei den von anderen Stellen überwiesenen Kindern, wobei die Ergebnisse nicht signifikant sind. Ebenso scheint die Anzahl an Symptomen bei von KinderKOMPT überwiesenen Patienten signifikant geringer zu sein als bei von anderen Stellen überwiesenen Patienten. Hingegen ist die Wahrscheinlichkeit einer größeren Anzahl an Traumata bei von KinderKOMPT überwiesenen Kindern signifikant größer als bei von anderen Stellen überwiesenen Kindern. Auch spielen das Alter eine -nicht signifikante- und das Geschlecht eine -signifikante- Rolle, insofern, dass eher jüngere Kinder und eher Mädchen von KinderKOMPT überwiesen werden.
Um zu überprüfen, inwieweit die drei untersuchten Parameter der Betroffenheitsschwere der Kinder miteinander zusammenhängen, wurde eine Korrelationsrechnung nach Pearson durchgeführt, die ergab, dass das psychosoziale Funktionsniveau - wenn auch eher gering-signifikant mit der Anzahl der Traumata (Korrelationskoeffizient 0,21) und der Anzahl der Symptome (Korrelationskoeffizient 0,19) korreliert. Die Anzahl der Symptome und der Traumatypen korrelieren ebenfalls signifikant mit einem etwas höheren, aber immer noch vergleichsweise geringen Korrelationskoeffizienten von 0,37.

3.3.2 Die Hypothese II: Die Einflüsse von Risikofaktoren

Für das Modell zur Berechnung der möglichen Einflüsse auf die ***Anzahl der Traumatypen*** wurden 159 Fälle (23,7%) eingeschlossen. Der Chi²-Wert beträgt in diesem Modell 56,190 bei 10 Freiheitsgraden und weist ein Signifikanzniveau von 0,000 auf, d.h. das Modell ist gut geeignet, um vorhandene Zusammenhänge zu erklären.

Die Regressionskoeffizienten sind bis auf den Wert für zunehmendes Alter alle positiv, d.h. nahezu alle untersuchten Faktoren bewirken eher eine Erhöhung der Traumatypenanzahl. Die -auf zwei Nachkommastellen gerundeten- Regressionskoeffizienten (sowie die in eckigen Klammer angegebenen 95%-Konfidenzintervalle) betragen im Einzelnen für das weibliche Geschlecht 0,12 [-0,16; 0,39], für unzureichende elterliche Aufsicht und Fürsorge 1,00 [0,64; 1,38], für getrennte Eltern zwischen 0,57 [0,27; 0,87] bei Angabe einer Trennung und 1,43 [0,55; 2,3], wenn die Eltern nie zusammengelebt haben; für binationale Eltern 0,06 [-0,32; 0,44], für das Vorliegen eines Migrationshintergrundes 0,36 [0,05; 0,68] und für durchschnittliche bis überdurchschnittliche Intelligenz 0,17 [-0,39; 0,73] bzw. 0,04 [-0,59; 0,67]. Der Regressionskoeffizient für das Alter war nicht messbar.

Die beschriebenen Effekte der unzureichenden elterlichen Aufsicht und Fürsorge und des Beziehungsstatus der Eltern sind hochsignifikant und der Effekt des Migrationsstatus ist signifikant, während die anderen Effekte in über 5% als eher zufälliger Genese gewertet werden müssen (Werte zwischen 40,9% und 99,7%)

Für die ***Anzahl der Symptome*** konnten 157 Fälle (23,4%) in die Analyse eingeschlossen werden. Der Chi²-Wert beträgt im Modell 5,617 bei 10 Freiheitsgraden und weist ein Signifikanzniveau von 0,846 auf. Der Erklärungswert des Modells muss also als eher gering gewertet werden. Die Regressionskoeffizienten (deren auf zwei Nachkommastellen gerundete Ergebnisse in Klammern aufgeführt sind, gefolgt von den 95%-Konfidenzintervallen in eckigen Klammern) deuten darauf hin, dass die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht mit einer diskret geringeren Symptomanzahl verbunden ist (-0,08 [-0,66; 0,50]), sowie binationale Eltern zu haben (-0,05 [-0,86; 0,76]) und ein durchschnittliches (-0,23 [-1,43; 0,97]) bis überdurchschnittliches (-0,43 [-1,78; 0,91]) Intelligenzniveau zu haben. Unzureichende elterliche Aufsicht und Fürsorge (0,35 [-0,44; 1,13]), ein Migrationshintergrund (0,42 [-0,25; 0,91]) und ein zunehmendes Alter (0,03 [-0,04; 0,11]) scheinen die Symptomanzahl zu erhöhen. Eine Trennung der Eltern erhöht bei Trennung durch Tod (0,74 [-0,81; 2,30]) und wenn die Eltern nie zusammengelebt haben (0,23 [-1,64; 2,10])) bzw. erniedrigt (bei reiner Angabe einer Trennung (-0,11 [-0,76; 0,53])) gering die Symptomanzahl. Alle Effekte sind im

nicht signifikanten Bereich (p liegt zwischen 0,22 (Migrationshintergrund) und 0,91 (Binationalität)), d.h. es konnten in diesem Modell keine über zufällige Effekte hinausgehenden Einflüsse der untersuchten Faktoren auf die Zielvariable detektiert werden.

Für die Berechnung der Einflüsse auf die ***Achse VI*** (psychosoziale Funktion) wurden 152 Fälle (22,8%) eingeschlossen. Der Chi²-Wert beträgt in diesem Modell 12,899 bei 10 Freiheitsgraden und weist ein Signifikanzniveau von 0,23 aus, d.h. auch dieses Modell ist bezüglich des Erklärungswerts begrenzt.
Es sei vorweggenommen, dass nur einer der berechneten Effekte auf dem 5%-Niveau signifikant ist, nämlich der des Migrationshintergrundes. Die Regressionskoeffizienten (im Folgenden in Klammern, gefolgt vom 95% Konfidenzintervall in eckigen Klammern und der jeweiligen Signifikanz (p-Wert)) zeigen, dass die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht die psychosoziale Funktion tendenziell geringfügig verschlechtert (0,13 [-0,3; 0,57], p=0,55), unzureichende elterliche Aufsicht und Fürsorge ebenfalls (0,19[-0,397; 0,78], p=0,53), genau wie eine Trennung der Kindseltern, wobei je nach Art der Angabe (Trennung (0,304 [-0,17; 0,78], p=0,206), Trennung durch Tod (0,19 [-0,94; 1,33], p=0,74) oder Eltern, die nie zusammen gelebt haben (1,07 [-0,52; 0,66], p=0,19) unterschiedliche Effekte berechnet wurden. Binationale Eltern zu haben erhöht auch die statistische Wahrscheinlichkeit einer schlechteren psychosozialen Funktionsfähigkeit nicht signifikant (0,27 [-0,34; 0,88], p= 0,388) und je älter die Patienten sind, umso schlechter wird die Einstufung auf der Achse VI laut diesem Modell (0,047 [-0,01; 0,11], p= 0,11).
Das Vorliegen eines Migrationshintergrundes verbessert die psychosoziale Funktion hingegen signifikant (-0,52 [-1,02; -0,02], p= 0,04) und ein durchschnittliches (-0,35 [-1,26; 0,59], p= 0,48) und überdurchschnittliches (-0,54 [-1,57; 0,48], p= 0,29) Intelligenzniveau des Kindes scheint sie ebenfalls zu verbessern.

3.3.3 Die Hypothese III: Die Gewalttransmission

Die dritte Hypothese, die besagt, dass es bei Viktimisationen der Kindseltern häufiger zu ausgeübter Gewalt auf ihre Kinder kommt, konnte aufgrund einer sehr geringen Anzahl entsprechender Daten (nur in 33 Fällen (4,9%) lagen Informationen über Viktimisationserfahrungen der Kindsmutter, in 13 Fällen (1,9%) zu Viktimisationserfahrungen des Kindsvaters in der Kindheit vor), nicht überprüft werden.

3.3.4 Die Hypothese IV: Die Assoziation von körperlicher und häuslicher Gewalt

Zunächst muss festgehalten werden, dass die Kombination von häuslicher und körperlicher Gewalt die häufigste Kombination verschiedener Traumatypen ist.

Tabelle 14: Kreuztabelle der Häufigkeiten und Prozente der häuslichen (HG) und körperlichen Gewalt (KG) bezogen auf alle Fälle mit entsprechenden Angaben

	Keine HG	V.a. HG	HG sicher	Gesamt
Keine KG	131 (45,3%)	16 (5,5%)	38 (13,1%)	185 (64%)
V.a. KG	21 (7,3%)	21 (7,3%)	6 (2,1%)	48 (16,6%)
KG sicher	28 (9,7%)	1 (0,3%)	27 (9,3%)	56 (19,4%)
Gesamt	180 (62,3%)	38 (13,1%)	71 (24,6%)	**289 (100%)**

Insgesamt konnten 289 Fälle (43;13% aller) in diese Analyse einbezogen werden, darunter 104 Fälle körperlicher und109 Fälle häuslicher Gewalt. In 131 Fällen liegt keines der Ereignisse vor. In 55 Fällen liegen beide Gewaltformen gemeinsam vor, dies entspricht 52,88% der Fälle körperlicher Gewalt und 50,46% der Fälle häuslicher Gewalt. Das bedeutet, ungefähr bei jedem zweiten Kind, das von einer der beiden Gewaltformen betroffen ist, liegt eine Kookkurrenz mit der jeweils anderen Gewaltform vor. Es findet sich eine Übereinstimmungsrate (absolute agreement) von ca. 62%. Der Chi-Quadrat-Wert beträgt 65,51 bei 4 Freiheitsgraden und zeigt eine hochgradige Signifikanz (0,000) an.
Der Korrelationskoeffizient nach Spearman beträgt 0,22, so dass allenfalls eine sehr schwache Korrelation vorliegt. Die Signifikanz des Korrelationsmodells beträgt 0,000, was aber auf die hohe Fallzahl zurückzuführen ist.

4 Diskussion

Im Folgenden werden die wesentlichen im vorigen Kapitel präsentierten Ergebnisse unter Berücksichtigung der strukturellen Besonderheiten dieser Studie interpretiert und vor dem Hintergrund des im einleitenden Teil dargestellten aktuellen wissenschaftlichen Hintergrundes diskutiert. Zunächst soll es als Basis für die weiteren Interpretationen um die kritische Durchleuchtung der in dieser Studie verwendeten Methodik gehen, um anschließend relevante Unterpunkte des Fragebogens und schließlich die Hypothesen zu betrachten und Schlussfolgerungen in Bezug auf die Versorgungsstrukturen zu ziehen.

4.1 Diskussion des Studiendesigns und der Struktur der Daten

Es handelt sich hier um eine retrospektive Kohortenstudie, die einige Besonderheiten mit sich bringt: Auf der einen Seite basiert sie auf Daten aus der Vergangenheit, die zu einem bestimmten Zeitpunkt in einer bestimmten Form (Arztbrief, rechtsmedizinischer Bericht, tabellarische Datenbank der Sprechstunde) festgehalten wurden, zum anderen wurden diese Daten mittels eines zu einem späteren Zeitpunkt neu entwickelten Erhebungsinstruments kategorial erfasst und analysiert. Aufgrund dieser zeitlichen Reihenfolge bestehen teilweise Diskrepanzen zwischen den aus den Datenquellen gewonnenen Informationen und dem bei Konzeption des Fragebogens angestrebten Informationsspektrum. Dazu kommen die variablen Informationsstrukturen, deren Ursache in der Heterogenität der Datenquellen liegt, die je nachdem, ob sich ein Kind in der Rechtsmedizin und/oder der Sprechstunde Gewalt und Trauma vorgestellt hat oder nicht mehr oder weniger ausführlich sind. Diese Problematik hätte durch eine direkte Befragung umgangen werden können, dieses wurde jedoch aus folgendem Grund unterlassen: Die meisten Behandlungen in der Sprechstunde sind eher von kurzer Dauer und so hatten die meisten Patienten den Kontakt bei Studienplanungsbeginn bereits abgebrochen; außerdem wurde eine geringe Partizipation antizipiert. Für zukünftige Forschung mit Patienten der Sprechstunde Gewalt und Trauma wird empfohlen, den Fragebogen parallel zur Anamneseerhebung auszufüllen, so dass alle Informationen vorhanden sind.

Eine Verkleinerung der Kohorte auf nur die Fälle mit suffizienten Informationsprofilen wäre mit einer Einbuße von Daten der vielen Patienten ohne Vorstellung („kein Bedarf“-Fällen) bzw. mit Kontaktverlust verbunden gewesen, sodass trotz der beschriebenen Einbußen das anfangs gesetzte Ziel, die komplette Kohorte der zwischen August 2008 und August 2010 mit der Sprechstunde Gewalt und Trauma in Kontakt getretenen Kinder und Jugendlichen möglichst umfassend zu beschreiben, durchgehend verfolgt wurde.

Die Anteile fehlender Angaben sind insgesamt hoch mit durchschnittlich 65,74%, wobei die Bandbreite von 4,2% bis über 90% reicht. Entsprechende Überlegungen zur Beurteilbarkeit der Ergebnisse erfolgen unter 4.2. Aufgrund der Größe des Gesamtkollektivs mit n=670 sind die Anzahlen valider Daten der meisten Variablen trotz großer Fallzahlen fehlender Werte ausreichend hoch, um eine Aussage zu machen.

Die Art der Datenerhebung beinhaltet neben den erwähnten Limitationen auch ein gewisses Bias-Risiko zum einen dadurch, dass die Daten - trotz standardisierter Untersuchungs- und Diagnosekriterien- auf subjektiven Berichten unterschiedlicher Verfasser basieren, zum anderen durch die oft fremdanamnestische, wiederum subjektive Darstellung der Fakten durch die Eltern. Als dritte mögliche Bias-Quelle ist das Ausfüllen der Fragebögen zu nennen, wobei hier mit dem Ziel höchster Objektivität nur in den Arztbriefen direkt genannte Informationen übernommen wurden (Ausnahmen bilden aus anderen Informationen abgeleitete Annahmen, wie z.B. den Rückschluss auf den höchsten Bildungsabschluss anhand des Berufes bei fehlenden Alternativen). Hierbei lässt sich konstatieren, dass vor allem ein Unterpunkt des Fragebogens anfällig für Bias ist, nämlich die Frage nach der Möglichkeit der Diagnosestellung einer DTD, die trotz des Vorgehens anhand der standardisierten Diagnosekriterien nach van der Kolk et al. (2009) eine subjektive Beurteilung erforderte.
Von großer Relevanz für die Interpretation der Daten ist die Tatsache, dass sich die beiden Gruppen „kein Bedarf“ und „Bedarf/Vorstellung stattgefunden“ in ihren überweisenden Stellen dahingehend unterscheiden, dass sich unter den „kein Bedarf“-Fällen gut 30% mehr von KinderKOMPT überwiesene Kinder befinden und drei Mal mehr von medizinischen Einrichtungen überwiesene Kinder, dafür 46,5% weniger Kinder von sonstigen Überweisenden. Da die „kein Bedarf“-Fälle den größten Anteil der Fälle mit vielen fehlenden Angaben ausmachen, könnte man daraus schlussfolgern, dass sich die Gruppen mit Angaben und ohne in weiteren Punkten unterscheiden, was nicht erfasst werden kann. Es besteht also das Risiko einer Selektionsverzerrung (selection bias). Dies ist vor allem für die Interpretation der Leithypothese von Relevanz (vgl. 4.3.3).
In Alter und Geschlecht unterscheiden sich o.g. Gruppen jedoch nicht signifikant und bei der Anzahl der Symptome und Traumatypen sind tendenziell etwas geringe Werte unter den „kein Bedarf“-Fällen zu verzeichnen, wobei insgesamt geringe Angaben zu diesen Punkten in dieser Gruppe vorliegen. Dies ist möglicherweise mit dem Mangel an genaueren Informationen zu den „kein Bedarf“-Fällen zu erklären. Kam es zu keiner Vorstellung, entstammen die Informationen z.B. einer telefonischen Besprechung mit einem

Jugendamtsmitarbeiter/Betreuer, wobei u.U. nur das Wesentliche (das „schlimmste“ Symptom, z.B. Aggressivität, also Arousal bzw. das im Vordergrund stehende Trauma) genannt und in der Datenbank festgehalten wurde. Eine weitere, wenn auch mutmaßliche Erklärungsmöglichkeit ist, dass die Traumata und entsprechend die Symptome bei Fällen ohne Vorstellung eher milder sind. Diese Hypothese lässt sich bei Fällen mit „kein Bedarf“ nach Einschätzung der Therapeuten noch vertreten, bei Kontaktabbruch durch die Eltern hingegen kann auch argumentiert werden, dass fehlende Einsicht bzw. die Angst, als Täter identifiziert zu werden, die führenden Motive zum Fernbleiben der Sprechstunde sind, wobei in solchen Fällen keineswegs ausgeschlossen werden kann, dass die Misshandlung weiter geführt wird.

4.2 Diskussion der einzelnen Ergebnisse des Fragebogens vor dem Hintergrund der aktuellen Wissenschaft

4.2.1 Die Patienten und ihre Familien

4.2.1.1 Das Alter und Geschlecht der Patienten

Die Häufigkeitsverteilung des Alters zeigt zwei Maxima von 3 bis 8 und 10 bis 15 Jahren bei einem Mittelwert von 8,63 Jahren. Die meisten Kinder waren also mittleren Alters, bzw. im Grundschulalter: 40,6% der Kinder waren zwischen 6 und 11 Jahre alt. Eine Häufigkeitsverteilung hin zu jüngeren Altersklassen, wie von Tursz (2011) als Risikofaktor für insbesondere körperliche Misshandlung postuliert, findet sich eindeutig nicht, im Gegenteil gibt es ein Minimum für die Altersklassen 0-3 und Kinder unter einem Jahr, die laut Tursz am stärksten gefährdet sind, bilden mit 1,6% die drittseltenste Altersgruppe. Es wurden in der Literaturrecherche relativ wenige wissenschaftliche Daten zu Korrelationen zwischen Alter und Traumatisierungen gefunden; nach den Ergebnissen dieser Untersuchung scheint es aber einen, wenn auch nicht ausgeprägten, Zusammenhang zum Grundschulalter zu geben. Mögliche Verzerrungen könnten dadurch entstehen, dass kleinere Kinder häufiger an den Folgen der Misshandlung versterben (z.B. am Shaken Baby Syndrom) und so nicht in der Datenbank der Sprechstunde erscheinen. Ein weiterer relevanter Punkt ist, dass Kinder in der Grundschulphase am stärksten institutionell (u.a. schulärztlich) angebunden sind, so dass im Verdachtsfall auf eine Traumatisierung angemessen reagiert werden kann. Jüngere Kinder müssen nicht eine Kindertagesstätte besuchen und für ältere Kinder bzw. Jugendliche gilt zwar noch die Schulpflicht, doch die Bindung an die Schule lockert sich im Vergleich zu

Grundschulzeit immer mehr und aufgrund der pubertären Autonomieentwicklung ist es für das entsprechende Personal sicherlich viel schwerer, möglichen Problemen auf den Grund zu gehen.
Bezüglich des Geschlechts überwiegen die Mädchen geringfügig mit 56% der gültigen Fälle, es kann also nicht von einem signifikanten Ungleichgewicht der Geschlechter gesprochen werden. Es finden sich in der aktuellen Literatur auch keine eindeutigen Hinweise darauf, dass die Geschlechter für die Traumatisierung eine entscheidende Rolle spielen. Lediglich für die sexuelle Misshandlung wurden höhere Prävalenzraten bei Mädchen beobachtet (vgl. Péréz-Fuentes et al. 2013, Finkelhor et al. 2005 und WHO Media Center, 2010), außerdem wurde eine vermehrte Entwicklung posttraumatischer Symptome beim weiblichen Geschlecht beschrieben (Giaconia et al. 1995 und Kilpatrick et al. 2003). Unter Umständen tragen diese beiden Faktoren durch den hohen Anteil sexueller Gewalt im Kollektiv sowie die Tatsache, dass eine stärkere Symptomatik eher zur Vorstellung führt zur leichten Dominanz des weiblichen Geschlechts bei.

4.2.1.2 Der Entwicklungszustand (Achse II)

Entwicklungsstörungen waren bei 13,3% der Kinder und Jugendlichen nachzuweisen, wobei der Großteil sich regelrecht entwickelt hatte. Die häufigste Art war mit 7,1% die Sprachentwicklungsstörung. Laut Tröster und Reinecke (2007) wird die Prävalenz von Entwicklungsstörungen in Deutschland je nach Untersuchungsbedingungen mit 8-34% angegeben; die Untersuchung von über 700 Kindern im Alter von 3-6 durch o.g. Autoren zeigte in 15,4% Entwicklungsstörungen auf. Somit befinden sich die Zahlen dieser Studie im unteren durchschnittlichen Bereich und es findet sich keine erhöhte Prävalenz von pathologischen Entwicklungszuständen.

4.2.1.3 Das Intelligenzniveau und die Schulbildung

Der Großteil der Kinder und Jugendlichen (77,9%) weist ein durchschnittliches Intelligenzniveau (Achse III des multiaxialen Klassifikationssystems) auf, 14,7% wurden als überdurchschnittlich intelligent eingeschätzt und nur 7,4% liegen unter dem Durchschnitt. Bezüglich der Schulbildung sind -passend zur Häufigkeitsverteilung des Alters- die am häufigsten von den Patienten besuchten Institutionen die Grundschule und der Kindergarten (je ein Fünftel). Betrachtet man die Häufigkeiten der restlichen Institutionen, fällt auf, dass die Gesamtschule, das Gymnasium und die Sonder-/Förderschule gleich häufig vertreten sind (in je ca. 8%). Verglichen mit den Zahlen der Behörde für Schule und Berufsbildung in

Hamburg für das Schuljahr 2009/2010 ist der Anteil der die Gesamtschule besuchenden Schüler deutlich höher und Schüler, die eine Sonder- oder Förderschule besuchen sind auffällig häufiger im untersuchten Kollektiv. In Hamburg war 2009/2010 der Anteil der Gymnasiasten 1,5 Mal größer als der Anteil der Gesamtschüler und fast sechs Mal größer als der Anteil der Schüler, die eine Sonder- oder Förderschule besuchten. Bezüglich dieser Vergleiche muss bedacht werden, dass die Schulstatistik die Schüler der Sekundarstufe II exkludiert und dass der Anteil gültiger Antworten zu dieser Fragestellung 42,2% beträgt, also die Möglichkeit eines Bias gegeben ist. Von 4,8% der Kinder (mit Angaben) ist bekannt, dass sie eine Klasse wiederholten. Dieser Anteil ist nahezu doppelt so hoch wie die vom Statistischen Bundesamt für 2004/5 und 2007/8 in Hamburg veröffentlichten Zahlen.
Es lässt sich also schlussfolgern, dass sich unter den in der Sprechstunde vorgestellten Patienten eine Tendenz hin zu geringerem akademischen Erfolg abzeichnet (massiv höherer Anteil an Kindern in Sonder-/Fördereinrichtungen, geringerer Anteil Gymnasiasten, höhere Wiederholerquote), das Intelligenzniveau hingegen durchschnittlich bis überdurchschnittlich ist. Dieser Befund ist teilweise im Einklang mit den Ergebnissen der Forschung: Viele kontrollierte Studien (z.B. Lisak und Luster, 1994 und Boden et al. 2007) konnten bereits geringere Erfolge in der Bildung bei in erster Linie körperlich und/oder sexuell misshandelten Kindern zeigen, wobei in der Untersuchung von Boden et al. (n=1265) größtenteils soziale, familiäre und individuelle Faktoren diesen statistischen Zusammenhang vermittelten. In der Untersuchung von Perez und Widom (1994) hingegen (n=699) war der IQ der misshandelten und vernachlässigten Kinder auch nach Kontrolle der Faktoren Alter, Geschlecht, ethnischem und sozialem Hintergrund niedriger als in der Kontrollgruppe. Koenen et al. (2003) fanden in ihrer Untersuchung von 1116 britischen Zwillingspaaren eine lineare Beziehung zwischen der Exposition gegenüber häuslicher Gewalt und einer absinkenden Punktezahl des IQs, die bei Exposition durchschnittlich um 8 Punkte niedriger war. Bei diesen Vergleichen muss berücksichtigt werden, dass bei den Patienten der vorliegenden Studie nicht regelhaft eine standardisierte Intelligenzmessung durchgeführt wurde. Die Einschätzung des Intelligenzniveaus beruht vielmehr auf subjektiver, also Bias-anfälliger klinischer Einschätzung.

4.2.1.4 Die Wohnsituation, Familienstrukturen und abweichenden psychosozialen Umstände (Achse V)

Nur etwas über die Hälfte der Kinder mit bekanntem Wohnort (die ca. die Hälfte der Gesamtpopulation ausmachen) wohnen bei der Kindsmutter, dies entspricht also einem

Viertel aller untersuchten Kinder. Dies verdeutlicht bereits die in dieser Population dominierenden, potentiell gefährdenden Familienstrukturen, die bei den Risikofaktoren (4.2.3) genauer diskutiert werden. Nur ca. ein Fünftel der Kinder wohnen bei den Kindseltern, wie es in einer intakten Familienstruktur üblich ist. Zum Vergleich lebten laut Statistischem Bundesamt (2011) 76% aller minderjährigen Kinder in Deutschland im Jahr 2010 bei ihren verheirateten Eltern. Unterkünfte nicht bei einem oder beiden Elternteilen liegen bei ca. einem Fünftel der Kinder mit gültigen Angaben vor – diese Kategorie gibt es in oben genannter Quelle nicht, was auf sehr niedrige Anzahlen hinweist- , was wiederum die Besonderheiten dieser Population verdeutlicht.

Auch die Zahlen dokumentierter ***abweichender psychosozialer Umstände*** (Achse V) sind erschreckend: bei 97,5% der Patienten mit Angaben liegen solche Umstände vor z.B. körperliche Misshandlung oder Substanzenabusus eines Elternteils, wobei zum Großteil (59,7%) mindestens zwei Umstände vorliegen.

Das familiäre Risikoprofil spiegelt sich auch in den ***primären Bezugspersonen*** wider, insbesondere der männlichen. Während die leibliche Mutter in knapp über 80% die primäre weibliche Bezugsperson ist, hat nur jedes zweite Kind regelmäßigen Kontakt zu seinem leiblichen Vater, so dass nur in der Hälfte der Population überhaupt von einer Rolle als männliche Bezugsperson die Rede sein kann. Nahezu ein Drittel der Kinder mit Angaben zu den Bezugspersonen, die ca. die Hälfte aller Fälle ausmachen wächst ohne männliche Bezugsperson auf. Diese Zahl ist erschreckend, da das Aufwachsen ohne einen Vater bzw. eine entsprechende männliche Bezugsperson mit negativen Folgen für Heranwachsende verbunden ist. So zeigten Franz et al. (2007) in einer retrospektiven Befragung von 883 Personen (einer repräsentativen Stichprobe), die vor 1947 geboren wurden, dass Personen, die aufgrund des zweiten Weltkrieges ohne Vater aufwuchsen, mehr psychiatrische Symptome aufwiesen als Personen, deren Väter überlebten. Ob dies auch unabhängig von den Auswirkungen des Zweiten Weltkrieges zuträfe, bleibt zu diskutieren und große randomisierte Studien wären hier von Nutzen.

In 20 Fällen liegt keine weibliche Bezugsperson vor. Die weiteren familiären Merkmale werden bei den Risikofaktoren (4.2.3) genauer erörtert.

4.2.1.5 Die Geschwister

Unter den Kindern mit Angaben zu den Geschwistern (die wieder ca. die Hälfe aller Fälle ausmachen) sind ungefähr in jeweils ein Drittel der Fälle Einzelkinder, Kinder mit einem

Geschwisterkind und Kinder mit mehreren Geschwisterkindern. Halbgeschwister liegen in ca. einem Viertel der Familien vor. Diese Zahlen weichen insofern von den für die letzten Jahre vom statistischen Bundesamt veröffentlichten Zahlen für deutsche Großstädte ab, als es laut diesen z.B. 2010 fast 50% der Kinder ein Geschwisterkind hatten und die zweite Hälfe zu etwa gleichen Teilen keine bzw. mehrere Geschwister hatte. Es finden sich also verhältnismäßig seltener Kinder mit einem Geschwisterkind im untersuchten Kollektiv (wobei hier im Gegensatz zu der o.g. Statistik die Halbgeschwister getrennt erfasst wurden). Eine Tendenz hin zu überdurchschnittlich großen Familien, wie jüngst von Green und Griffiths (2013) als Risikofaktor für eine PTBS konstatiert, findet sich also nicht eindeutig, da auch Einzelkinder häufiger vertreten sind.
Die Stellung in der Geschwisterreihe liefert noch interessantere Ergebnisse, da am häufigsten die Position des jüngsten Kindes vertreten ist (fast ein Drittel), was laut o.g. Autoren ebenfalls mit einem höheren Risiko für die Entwicklung einer PTBS verbunden sei. Andererseits ist am zweithäufigsten die Position des erstgeborenen Kindes vertreten, die entsprechend risikoärmer bewertet wurde. Letztendlich müssen bezüglich der Rolle der Familiengröße und Stellung in der Geschwisterreihe weitere randomisierte Studien abgewartet werden, um diese Faktoren endgültig bewerten zu können.

4.2.2 Die weiteren Risikofaktoren

Wie im ersten Kapitel dargestellt, gibt es eine Vielzahl an Risikofaktoren, die miteinander interagieren. Es wurden Risikofaktoren beschrieben, die die Wahrscheinlichkeit einer Misshandlung erhöhen sowie solche, die bei vorhandener Traumatisierung z.B. durch Misshandlung die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung von Traumasymptomen bzw. einer PTBS oder auch anderen Folgen der Traumatisierung begünstigen. Betrachtet man die beiden Gruppen, sind sich die Risikofaktoren sehr ähnlich, so dass sie hier nicht getrennt betrachtet werden. Es werden im Folgenden zunächst die einzelnen Risikofaktoren mit ihren Häufigkeiten vergleichend interpretiert. Die entsprechende Hypothese wird unter 4.3.1 diskutiert.
Es liegen insgesamt nur wenige Daten zu den Risikofaktoren vor, da sich die Arztbriefe schwerpunktmäßig auf die traumatischen Ereignisse selbst sowie die Symptome der Patienten fokussierten und die weiteren Quellen nicht detailliert genug zur Erhebung aller relevanten Faktoren waren. So fehlen von acht Risikofaktoren in über 80% der Fälle entsprechende

Angaben und die Risikofaktoren der Umgebung wurden bei mangelnder Operationalisierung ausgeschlossen.

4.2.2.1 Die Risikofaktoren des Kindes

Kindliche Risikofaktoren waren in 120 Fällen zu erheben und bei jedem fünften Kind vorhanden, wobei am häufigsten ***Frühgeburtlichkeit*** bzw. ein niedriges Geburtsgewicht vorlag (11 Fälle, 9.2% der Fälle mit Angaben), seltener ein schwieriges Temperament bzw. Verhaltensstörungen (8 Fälle) und eine Behinderung (4 Fälle). Die Frühgeborenenrate entspricht genau der von der WHO (2012) ermittelten Zahl für Deutschland. Somit findet sich nicht, wie zu erwarten, ein erhöhter Anteil frühgeborener Kinder –bzw. niedrigere Geburtsgewichte, die mit ersterem korrelieren- wie z.B. Sidebotham und Heron (2006) in ihrer prospektiven Kohortenstudie mit 14256 Kindern in Großbritannien fanden. Dies mag an der geringen Fallzahl liegen, jedoch gibt es mehrere Studien, die ebenfalls keinen Zusammenhang zwischen Frühgeburtlichkeit und Kindesmisshandlung fanden, wie z.B. eine prospektive Studie von Brown et al. (1998), die eine repräsentative Stichprobe bestehend aus 644 New Yorker Familien analysierten.

4.2.2.2 Die Risikofaktoren der Eltern

Das durchschnittliche ***Alter der Kindsmutter*** bei Geburt ist 26,6 Jahre, wobei in 124 Fällen (18,5%) entsprechende Angaben vorliegen. Zum Vergleich wurde das durchschnittliche Alter der Mütter in Deutschland im Jahr 2000 herangezogen (da das durchschnittliche Patientenalter 8,6 Jahre beträgt), was laut dem Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung bei ungefähr 28 Jahren lag (zum Vergleich: 1990 lag dies noch bei ca. 26,5 und 2011 bei ca. 30 Jahren, es findet also ein ausgeprägter Wandel hin zu älteren Gebärenden statt). Die Mütter der vorliegenden Kohorte scheinen also tatsächlich überdurchschnittlich jung zu sein. Der oben genannte Anteil am Gesamtkollektiv zu gering, um eine endgültige Aussage machen zu können. Ein möglicher Bias-Faktor ist z.B. dass sich unter den Fällen mit Angaben (also meist den Fällen mit Vorstellung) eher jüngere Mütter befinden, da diese eher Hilfe suchen oder ihre Kinder eher vorgestellt werden, da man den jungen Frauen eine adäquate Fürsorge nicht zutraut.

Auskunft über die Familienstrukturen geben die Informationen über ***verstorbene Elternteile*** sowie den ***Beziehungsstatus der Eltern***, wobei in ca. der Hälfte aller Fälle Daten vorliegen. In 90% der Population leben beide Kindseltern noch, sie leben allerdings in ca. zwei Drittel aller Fälle getrennt. Dies übersteigt die vom Statistischen Bundesamt angegebene Scheidungsrate -

die die Zahl der Eheschließungen mit der Zahl der Ehescheidungen im gleichen Betrachtungszeitraum in Relation setzt- für die letzten Jahre deutlich (diese betrug im Jahr 2012 für ganz Deutschland 46,23%). Diese Zahl ist allerdings nur bedingt vergleichbar, da es durchaus eine Dunkelziffer getrennter, aber noch verheirateter Paare gibt und außerdem im Kollektiv dieser Studie auch getrennte Paare enthalten sind, die nie verheiratet waren. Bereits unter 4.2.1.3 wurde die Abweichung der Familienstrukturen vom regionalen Durchschnitt beschrieben. Es findet sich in der vorliegenden Studie starke Evidenz für das Vorhandensein veränderter Familienstrukturen und alleinerziehender Elternteile, die bereits in zahlreichen weiteren Studien als Risikofaktoren der Kindesmisshandlung identifiziert wurden. Sidebotham und Heron (2006) zum Beispiel fanden in der bereits unter 4.2.3.1 thematisierten großen englischen Studie heraus, dass Kinder alleinerziehender Elternteile und mit abweichenden Familienstrukturen mit mehr als doppelter Wahrscheinlichkeit (Odds Ratio) beim Jugendamt registriert waren als Kinder ohne diese familiären Merkmale. Péréz-Fuentes et al. (2013) zeigten anhand einer Analyse einer großen (n=34653) repräsentativen US-amerikanischen Stichprobe, dass Erwachsene, die als Kind sexuell misshandelt wurden, signifikant öfter als Minderjährige von einem Elternteil getrennt waren.
In der untersuchten Population lag in 57% der Fälle mit Angaben zu dieser Frage (insgesamt 44,2% aller) ein ***Migrationshintergrund*** vor, wobei dieser als Abstammung mindestens eines Elternteils aus einem anderen Land als Deutschland definiert wurde. Mit 46% wurde vom Statistischen Bundesamt die Anzahl der Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund in deutschen Großstädten für das Jahr 2010 angegeben. Es findet sich also –unter Vorbehalt einer Bias durch über 50% fehlender Angaben- eine überdurchschnittlich hohe Anzahl an Kindern aus Familien mit Migrationshintergrund, was auch die ***Binationalitätsrate*** der Eltern vermuten lässt: 20,6% der 247 Kindseltern mit bekannten Abstammungsländern (nicht Nationalitäten im engeren Sinne, sondern Elternteile, die o.g. Definition des Migrationshintergrundes erfüllen) stammen aus zwei verschiedenen Ländern. Im Jahr 2008 wurden vom Statistischen Bundesamt 13% binationale Paare registriert, darunter 7% mit einem deutschen Partner und 6% zwischen zwei ausländischen Partnern. Diese Zahl ist aber nicht einwandfrei mit oben genannter vergleichbar, da es um Staatsangehörigkeiten geht und eingebürgerte Partner nicht gezählt wurden. Diese Tatsache berücksichtigend, findet sich kein stark erhöhter Anteil binationaler Paare im untersuchten Kollektiv.
Es wurden in vorausgehenden Studien mehrmals erhöhte kindliche Misshandlungsraten bei Familien mit Migrationshintergrund festgestellt (vgl. z.B. Alink et al. 2013), jedoch scheint dies weniger an kulturellen, sondern eher an sozioökonomischen Faktoren zu liegen. Um

diese Faktoren genauer zu analysieren, werteten Alink et al. (2013) auf drei Ebenen (Berichte von Personal aus dem Gesundheitssystem, Daten des Jugendamtes und von Schülern ausgefüllte Fragebögen) gewonnene Daten (n=14292) zu misshandelten Kindern in den Niederlanden aus, mit dem Ergebnis, dass das Misshandlungsrisiko in Familien mit Migrationshintergrund höher war als in holländischen Familien. In Familien aus traditionellen Einwanderungsländern (Türkei, Marokko, Suriname und Antillen) konnte dieses Risiko durch soziodemographische (niedriges Bildungsniveau der Eltern) und familiäre Faktoren (Vorhandensein eines Stiefelternteils) erklärt werden, in Familien aus nicht traditionellen Einwanderungsländern (Afrika außer Marokko, Osteuropa, Zentralasien und Süd- und Zentralamerika) blieb das Risiko auch nach Kontrolle dieser Faktoren erhöht. Dies erklären die Autoren dadurch, dass es sich bei Immigranten aus diesen Ländern oft um Flüchtlinge handelt, bei denen ein erhöhtes Risiko für Traumatisierung im Heimatland und Stress durch einen unsicheren Aufenthaltsstatus in den Niederlanden vorliegen, welche wiederum das Risiko für Kindesmisshandlung erhöhen. Es findet sich in dieser Studie zwar ein erhöhter Anteil an Familien mit Migrationshintergrund, da der sozioökonomische Status aber aufgrund von Datenlücken nicht erfasst werden konnte, können keine solchen Vergleiche durchgeführt werden. Es sollten zukünftig große randomisierte Studien zur Bedeutung des Migrationshintergrundes und des sozioökonomischen Status bei der Kindesmisshandlung in Deutschland durchgeführt werden, um diese Faktoren sicher bewerten zu können.
Für binationale Eltern hingegen scheint es auch nach Kontrolle anderer Einflussfaktoren eine Risikoerhöhung für Kindesmisshandlung zu geben. So fanden Hussey et al. (2006) in einer großen US-amerikanischen prospektiven Kohortenstudie (n=10828) heraus, dass die unterschiedlich hohen Kindesmisshandlungsraten verschiedener ethnischer Gruppen nach Kontrolle soziodemographischer Faktoren nicht mehr signifikant waren; in der Gruppe von Familien mit gemischtem ethnischen Hintergrund hingegen blieb das Risiko signifikant erhöht. Auch dieser Punkt kann anhand der vorliegenden Daten dieser Untersuchung nicht abschließend bewertet werden und es bleibt abzuwarten, was zukünftige deutsche Untersuchung bezüglich der Bedeutung binationaler Eltern für das Risiko der Kindesmisshandlung ergeben.

Bezüglich der ***Viktimisierung bzw. Gewalterfahrungen der Eltern in der Kindheit*** liegen sehr wenige Daten vor (für die Kindsmutter in 4,9% aller Fälle, für den Kindsvater in 1,9%). Aufgrund dieses geringen Informationsgehaltes und da nur in einem Fall (für den Kindsvater) bekannt ist, dass keine Gewalterfahrungen vorliegen, die tatsächliche Prävalenz also unklar

ist, sind die Angaben nicht mit anderen Häufigkeiten vergleichbar. Selbiges gilt für die ***weiteren Risikofaktoren der Eltern*** und die ***Risikofaktoren der Umgebung.***

4.2.3 Überweisende Stellen, Vorstellungsmodalitäten und „kein Bedarf"-Fälle

4.2.3.1 Die Vorstellung in der Sprechstunde Gewalt und Trauma

Bezüglich der an die Sprechstunde *überweisenden Stellen* dominiert das Kinderkompetenzzentrum des Instituts für Rechtsmedizin KinderKOMPT (55,7%), was aufgrund der engen Zusammenarbeit auch anzunehmen war. Eine weitere Erklärung bieten die in der Sprechstunde klar im Vordergrund stehenden Traumata der sexuellen und körperlichen Gewalt, die häufiger zu einer Vorstellung beim Institut für Rechtsmedizin führen als z.B. emotionale Misshandlung und emotionale Vernachlässigung. Andererseits könnten auch artifizielle Ursachen dieses Bild (mit)verursachen, es wurde nämlich als Überweiser jeweils die unmittelbar an die Sprechstunde vermittelnde Stelle festgehalten. Wurden Kinder also z.B. vom Jugendamt (in dieser Erhebung nur 5,4%) an die Sprechstunde sowie das Kinderkompetenzzentrum weitergeleitet, stellten sich aber zunächst bei KinderKOMPT vor, erscheint als Überweiser KinderKOMPT. Da die rechtsmedizinische Untersuchung in der Regel schnellstmöglich durchgeführt werden sollte (also in der Regel vor Vorstellung in der Sprechstunde Gewalt und Trauma), sind weitere solche Verzerrungen (z.B. was ambulante Ärzte angeht, die aktuell nur 1,4% der Überweiser ausmachen) möglich.
Die Anzahl der Termine war meist gering mit 1-5 Terminen, was die Rolle der Spezialsprechstunde vor allem als ersteinschätzende, überbrückende und vermittelnde Anlaufstelle verdeutlicht. Durch die nahezu 10% Patienten mit mehr als 10 Terminen zeigt sich aber auch die Flexibilität der Sprechstunde, bei Bedarf auch eine mittel- bis längerfristige therapeutische Anbindung zu ermöglichen. Dass sich jedes zehnte Kind noch einmal vorstellte, verdeutlicht die Chronizität von Traumafolgeerkrankungen trotz Therapie bzw. das erhöhte Risiko für eine erneute Traumatisierung bei vorliegenden Risikofaktoren.
Die Zuverlässigkeit der Patienten bzw. vielmehr der Betreuungspersonen war bezüglich der verpassten Termine gering: Jeder Dritte verpasste mindestens einen Termin. Dies ist angesichts der Tatsache, dass die Eltern selbst die häufigsten Täter der Kindesmisshandlung waren, nicht verwunderlich und intuitiv lässt sich der Zusammenhang zwischen Gewalt und solch mangelnder Fürsorge -bzw. fehlendem Interesse an einer Aufarbeitung der Geschehnisse- herstellen, wobei natürlich auch andere Gründe im Vordergrund stehen

könnten, wie z.B. Verdrängungsmechanismen vonseiten der Betreuungspersonen oder deren eigene Belastung durch das Trauma, was insbesondere bei häuslicher Gewalt zum Tragen kommen könnte.

4.2.3.2 Die Vorstellung bei KinderKOMPT

Bezüglich der Vorstellung bei KinderKOMPT soll es hier nur um die Frage nach in der Untersuchung dokumentierten körperlichen Verletzungen gehen. Körperliche Verletzungen wurden bei 50% der Kinder mit vorhandenen Angaben (61,2% der rechtsmedizinischen Fälle) zu dieser Frage festgestellt. Dies scheint zunächst wenig zu sein, ist aber zum einen dadurch zu erklären, dass in den Verdachtsfällen sexueller Misshandlung (die 27% der Fälle mit Angaben zu dieser Frage bilden) oft keine körperlichen Verletzungen feststellbar sind (vgl. z.B. Eberl et al. 2010). Zur Erklärung der Fälle körperlicher Gewalt ohne Verletzungsfolgen könnten entweder größere zeitliche Abstände zwischen der letzten Gewaltanwendung und der Untersuchung als Ursachen für fehlende Verletzungsbefunde aufgeführt werden, oder aber Misshandlungsformen, die keine eindeutigen Spuren hinterlassen. Schließlich bleibt noch die Möglichkeit, dass es sich um bloße Verdachtsfälle handelt.

4.2.3.3 Die Fälle ohne persönliche Vorstellung („kein Bedarf“ Fälle)

Da die überweisenden Stellen der Fälle ohne persönliche Vorstellung sowie die Bedeutung dieses Kollektivs bereits in anderen Teilkapiteln erörtert werden, soll es hier nur um die dokumentierten Ursachen für das Fernbleiben dieser Kinder und Jugendlichen von der Sprechsunde gehen. Diese sind leider in 70% der Fälle unbekannt, bzw. nicht dokumentiert. Die mit Abstand häufigste Ursache in den verbleibenden 30% (112 Fällen) ist ein Verlust des Kontaktes (in Form von verpassten Terminen oder fehlender Erreichbarkeit zur Terminvereinbarung). Dies bedeutet, dass möglicherweise also sehr wohl ein Bedarf zur Vorstellung in der Sprechstunde vorlag, es aber aus verschiedensten möglichen Gründen, die bei Nennung den Charakter von Mutmaßungen hätten, nicht dazu kam. Da nicht auszuschließen ist, dass in diesen Fällen die traumatisierenden Faktoren im Leben der Kinder weiterhin bestanden, bzw. nicht therapierte Symptome mit den oben genannten Folgerisiken vorlagen, ist dieses Ergebnis sehr relevant für die Diskussion der vorhandenen und benötigten Versorgungsstrukturen (vgl. 4.4).

4.2.4 Traumatische Ereignisse, Erlebnisebenen und Tatverdächtige

Die drei häufigsten traumatischen Ereignisse der im untersuchten Zeitraum von der Sprechstunde Gewalt und Trauma registrierten Patienten sind die sexuelle, körperliche und häusliche Gewalt, die etwa gleich häufig auftreten (die sexuelle Gewalt in 110, die anderen beiden in je 109 Fällen, entsprechend jeweils ca. 16% aller Fälle). Diese drei Leitgewaltformen waren auch am häufigsten der eigentliche Vorstellungsanlass in der Sprechstunde, wobei hier die sexuelle Gewalt in den Vordergrund tritt (32%), die körperliche Gewalt etwas seltener ausschlaggebend für die Vorstellung war (27,9%) und die häusliche Gewalt eher in den Hintergrund tritt (15,5%). Die Vorstellungsgründe bei KinderKOMPT bieten wiederum ein anderes Bild: Hier führt die körperliche Gewalt mit 60,3% der bekannten Vorstellungsgründe (138 Fälle), gefolgt von der sexuellen Gewalt (37,6%, 86 Fälle) und der häuslichen Gewalt (ca. 7%, 16 Fälle). Zunächst sollen Überlegungen zur Interpretation der Unterschiede zwischen diesen drei Häufigkeitsprofilen angestellt werden, darauf folgend wird ein Vergleich zu Häufigkeiten anderer Quellen stattfinden.
Vergleicht man die Häufigkeiten der traumatischen Ereignisse in der Sprechstunde insgesamt mit den Vorstellungsanlässen, fällt auf, dass die sexuelle Gewalt, falls vorliegend, auch meistens, nämlich in ca. 89% der führende Grund für die Kontaktaufnahme zur Sprechstunde war. Dies ist bei der körperlichen Gewalt in 74,3% der Fall und bei der häuslichen Gewalt in lediglich 41,3% zutreffend. Dies kann interpretiert werden als Folge der gesellschaftlich sowie wissenschaftlich besonderen Bedeutung der sexuellen Gewalt als die Form der Kindesmisshandlung, die sowohl das größte öffentliche, durch die Medien geförderte Interesse und als Folge große Empörung und moralische Verurteilung bewirkt, als auch in der Literatur am häufigsten untersucht wurde. Dies hat u.U. eine größere Präsenz im Bewusstsein von Laien, Personal der Kinderbetreuung und Bildung, aber auch bei medizinischem Personal zur Folge, sodass hier u.U. früher ein möglicher Verdacht ausgesprochen wird, um ja keinen Fall zu übersehen. Die häusliche Gewalt hingegen, die teilweise nicht zu den kindlichen Misshandlungsformen dazugezählt wird, da es sich durch die bezeugende Natur eher um ein indirektes Gewalterleben handelt, wird häufig eher im Hinblick auf die direkten Opfer (die Partnerin, bzw. den Partner) thematisiert und auch in diesem Zusammenhang häufig tabuisiert. Die körperliche Gewalt nimmt sicherlich eine mittlere Stellung ein, wobei auch hier eher vermehrte öffentliche Sensibilität vorhanden ist, das Thema aber an Brisanz der sexuellen Misshandlung unterliegt. Diese Argumentation steht allerdings im Konflikt mit den Ergebnissen der Vorstellungsgründe bei KinderKOMPT, da hier am häufigsten die körperliche

Gewalt zur Vorstellung führte. Hier könnten allerdings datenstrukturelle Gründe eine Rolle spielen: Es finden sich nämlich 40 Fälle sexueller Gewalt in der Sprechstunde, die nicht von KinderKOMPT überwiesen wurden, die die vorliegenden Unterschiede erklären können.
Die Häufigkeiten der verschiedenen traumatischen Ereignisse sind bis auf die häusliche Gewalt, die je nach Definition zu den kindlichen Misshandlungsformen gezählt wird oder als separate Entität eher das erwachsene Opfer in den Mittelpunkt stellt, im Einklang mit aktuellen internationalen Daten, wonach körperliche und sexuelle Gewalt unter den drei häufigsten Misshandlungsformen genannt werden (UNICEF-Bericht, 2011). Die dritte häufigste Misshandlungsform laut UNICEF, das Mobbing, wurde hier nicht als eigenständige Kategorie untersucht, sondern, falls im Kollektiv vorhanden, als emotionale oder körperliche Misshandlung (mit Gleichaltrigen als Tatverdächtigen) erfasst. Vergleicht man die Zahlen aber mit einer aktuellen großen (n=2500) deutschen Untersuchung retrospektiven Designs von Iffland et al. (2013) (Fragebogenbeantwortung durch eine repräsentative bundesweite Stichprobe von 2500 Personen zwischen 14 und 90 Jahren) gibt es relevante Abweichungen: Laut Iffland et al. war körperliche Vernachlässigung mit 48,4% das häufigste traumatische Ereignis, gefolgt von emotionaler Vernachlässigung (13,9%), wobei körperliche (12%) und sexuelle (6,2%) Misshandlungen verhältnismäßig selten waren. Wir vergleichen hier aber ein klinisches Kollektiv mit einer allgemeinen Bevölkerungsstichprobe, da leuchtet es ein, dass in den Daten dieser Studie häufiger sexuelle und körperliche Gewalt auftreten als man in der Normalbevölkerung erwarten würde. In Bezug auf diese Studie besteht auch die Möglichkeit, dass (v.a. emotionale) Vernachlässigung, obgleich ebenfalls eine schwerwiegende Misshandlungsform, verglichen mit körperlicher und sexueller Gewalt schwerer zu erkennen ist und daher seltener zur Vorstellung führte und in den Datenquellen in den Hintergrund rückte. Naheliegender ist der Vergleich der vorliegenden Daten mit einer Untersuchung von 100 Patienten der Aachener Trauma-Ambulanz (Herpetz-Dahlmann et al. (2005), laut der sich die sexuelle Gewalt mit 51% (unterteilt in sexuellen Missbrauch in 24%, sexuelle Nötigung in 13% und Vergewaltigung in 14%) deutlich hervorhebt, gefolgt vom Tod eines Angehörigen (18%) und körperlicher Gewalt (18%, unterteilt in Opfer von Gewalthandlung 9% und Misshandlung 9%). Diese Daten lassen sich insofern zu den Ergebnissen dieser Studie direkt vergleichen, als sexuelle und körperliche Misshandlung zwei der drei häufigsten Ereignisse sind. Im Aachener Kollektiv hebt sich die sexuelle Misshandlung jedoch stärker ab (wobei das Kollektiv relativ klein ist, d.h. Verzerrungen möglich sind) und der Todesfall nimmt den Platz der häuslichen Gewalt ein, die dort gar nicht als Kategorie auftaucht.

Die Häufigkeitsverteilungen der ***Traumatypen nach Terr*** zeigen entsprechend der häufigen interpersonellen Traumatisierungen ein Überwiegen des Typ II Traumas, das in knapp der Hälfte der Fälle allein vorliegt, während Typ I Traumata bei knapp einem Drittel des Kollektivs vorliegen. 18% der Kinder haben sowohl Typ I als auch Typ II Traumata erlebt. Da die Täter der Kindesmisshandlung meist aus dem familiären Umfeld stammen, ist das Risiko für wiederholte, chronische Traumatisierungen sehr hoch, so dass die Ergebnisse plausibel sind. Zu den Häufigkeitsverteilungen der beiden Traumatypen ergab die Recherche im Rahmen dieser Untersuchung einen Mangel an großen Studien für einen fundierten Vergleich. Lediglich Tremblay et al. (2008) fanden in einer Studie mit 50 sexuell misshandelten Kindern im Alter von 7 bis 12 Jahren ebenfalls ein Überwiegen von Typ II Traumata (56%).

Die traumatischen Ereignisse wurden – bis auf die häusliche Gewalt – von den Kindern und Jugendlichen fast ausschließlich als Opfer erlebt. Bezüglich der vorgesehenen Kombinationen verschiedener ***Erlebnisebenen*** waren nicht genügend Angaben in den Datenquellen, so dass Mutmaßungen hätten angestellt werden müssen, z.B. dass bei zwei Kindern im Haushalt und Erleben körperlicher Gewalt beider mit hoher Wahrscheinlichkeit auch ein Bezeugen vorliegt, wenn jeweils das andere Kind an der Reihe ist, so dass diese Kategorien aufgrund mangelnder Korrektheit einer solchen Informationsbasis sicherlich niedrigere Werte als der Realität entsprechend aufweisen.
Lediglich in vier Fällen waren die Patienten auch Täter, obwohl laut polizeilicher Kriminalstatistik in ca. ein Viertel der Kindesmisshandlungen von Kindern und Jugendlichen begangen werden.
Auch unter den ***Tatverdächtigen*** finden sich nur wenige Minderjährige (ca. 1%).
Die häufigsten Tatverdächtigen unterscheiden sich je nach angewandter Gewaltform. Für die körperliche Gewalt waren es, im Einklang mit zahlreichen internationalen Studien, am häufigsten die Kindseltern, nämlich in 75% der gültigen Fälle, wobei der Kindsvater als Einzelperson am häufigsten beschuldigt wurde, gefolgt von der Kindsmutter. Die Ergebnisse entsprechen also nahezu denen im UNICEF-Bericht aus dem Jahr 2003 für Kanada genannten Zahlen (80% Elterntäterschaft). Auch die Tatsache, dass der Stiefvater nach den Eltern am häufigsten für die Gewalt verantwortlich war, entspricht den Daten aus Kanada, wenn auch in der vorliegenden Untersuchung etwas seltener (11% versus 15% im UNICEF-Bericht). Im Vergleich zu den Angaben der polizeilichen Kriminalstatistik für Deutschland (2012), nach der Vater und Mutter etwa gleich häufig die Kindesmisshandlung ausübten, hebt sich diese Untersuchung durch die Tatsache ab, dass der Kindsvater (als Einzelperson) mehr als doppelt

so oft Täter war. Auch Klevens und Leeb (2010) fanden ein Überwiegen des Vaters als Täter mit 26% im Vergleich zur Mutter mit 19%, wobei es in ihrer Studie um tödlich endende Misshandlungen von Kindern im Alter bis 5 Jahren ging. Eine Studie mit 117 fremdplatzierten Vorschulkindern hingegen ergab, dass die Mütter mehr als doppelt so häufig (58%) wie die Väter (26%) die Misshandelnden waren (Pears et al. 2008), wobei es hier um alle Misshandlungsformen ging.
Bei der sexuellen und vor allem der häuslichen Gewalt tritt in dieser Studie der Vater noch viel deutlicher als Haupttatverdächtiger hervor (mit 31,9% der Fälle sexueller und 84% der Fälle häuslicher Gewalt), zudem sind für die sexuelle Gewalt nur in zwei Fällen weibliche Tatverdächtige dokumentiert und für die häusliche Gewalt in keinem Fall, sondern neben männlichen Tatverdächtigen in drei Fällen beide Eltern gegenseitig gewalttätig. Dass sexuelle Gewalt in der Regel von Männern ausgeübt wird, bestätigt die Literatur (z.B. Tremblay et al. 2008). Auch laut Daten der Polizei (2012) spielen männliche Täter die Hauptrolle bei der sexuellen Kindesmisshandlung, wobei hier häufiger als bei den restlichen Formen der Kindesmisshandlung außerfamiliäre Täter in Frage kommen, eine Tendenz, die sich auch in dieser Untersuchung zeigt: An zweiter Stelle der häufigsten Tatverdächtigen sexueller Gewalt stehen fremde männliche Personen (gefolgt vom Stiefvater). Die Tatsache, dass fast ausschließlich männliche Partner häusliche Gewalt ausübten, ist im Einklang mit einer großen deutschen Studie, in der 10000 Frauen zu ihren Gewalterfahrungen befragt wurden (Müller und Schöttle, 2004), wobei allerdings auch nur Frauen befragt wurden. Zu Prävalenzen häuslicher Gewalt von Frauen gegen Männer gibt es wenige Daten, es kann hier u.a. aufgrund geringeren Berichtens vonseiten männlicher Opfer von einer relevanten Dunkelziffer ausgegangen werden. Auch laut polizeilicher Kriminalstatistik überwiegen die männlichen Täter, wobei hier auch die unter 1.4.3 genannten Faktoren für die Zahlen der Anzeigeerstattung eine Rolle spielen könnten.
Für die weiteren Misshandlungsformen liegen zu wenige Daten vor, um eine valide Aussage machen zu können; es ergibt sich jedoch der Verdacht, dass bei der emotionalen Misshandlung die Mutter Haupttäterin sein könnte (in 5 der 7 Fälle).

Ungefähr jedes zweite Kind mit vorliegenden Angaben wurde Opfer **multipler Traumatisierungen**, dies entspricht mehr als einem Fünftel des Gesamtkollektivs, wobei am häufigsten zwei Traumatypen vorlagen und mehr als drei Traumatypen selten waren. Hierbei muss bedacht werden, dass in über der Hälfte der Fälle keine entsprechenden Angaben vorliegen. Es ist nicht auszuschließen, dass durch den hohen Anteil von „kein Bedarf“ Fällen

unter den fehlenden Angaben ein Bias hin zur multiplen Traumatisierung vorliegt, zumal sich unter den 41 „kein Bedarf“ Fällen mit bekannter Traumaanzahl eine Tendenz hin zu geringeren Anzahlen als in den Fällen mit Bedarf abzeichnet (vgl. 3.1), was aber auch an einem Informationsmangel in diesen Fällen liegen könnte. Vergleicht man hingegen die Zahlen mit Daten aus internationalen Studien, so sind sie plausibel bzw. teilweise sogar vergleichsweise niedrig: Turner et al. (2010) fanden in den USA in 66% der Fälle mindestens zwei Misshandlungsformen und deutlich höhere Werte für fünf oder mehr (40%, darunter sogar 10% sogar elf oder mehr Misshandlungsformen). Herrenkohl und Herrenkohl (2009) fanden in einer Zusammenschau relevanter Studien eine große Variabilität der Raten multipler Misshandlungsformen von einem Drittel bis über 90% der Fälle. Es sei angemerkt, dass es in beiden genannten Studien um die verschiedenen Formen der Kindesmisshandlung ging, wobei in der vorliegenden Untersuchung alle Traumatypen in die Häufigkeitsstatistik aufgenommen wurden (z.B. zusätzlich auch Todesfälle), wodurch diese Ergebnisse im Vergleich zu den vorausgehenden Studien (noch) weiter nach unten korrigiert werden müssten. Die Variabilität der Kookurrenzraten in verschiedenen Studien zeigt, wie stark die Ergebnisse von der Definition der Misshandlungs-, bzw. Traumatisierungsformen sowie der Art der Datenerhebung abhängt. Iffland et al. (2013) berichten über eine Häufigkeit von 20% multipler Traumata, obwohl es sich um eine nicht-klinische Stichprobe handelt. Dies verdeutlicht die Verbreitung traumatischer Ereignisse in unserer Gesellschaft.

4.2.5 Die Symptome und das psychosoziale Funktionsniveau

Bei den Ergebnissen zu den Häufigkeiten der ***traumatypischen Symptome*** fällt auf, dass die Symptomgruppe des Arousals mit Abstand am häufigsten auftritt (66,8%, darunter 64,4% Schlafschwierigkeiten, 44,1% externalisierendes Verhalten und 35,6% Konzentrationsschwierigkeiten), gefolgt von den Intrusionen (23,8%, darunter 51,7% eindringliche Erinnerungen oder Träume, 29,3% Flashbacks, 27,6% Alpträume und 15,5% traumatisches Spiel) und dem Numbing (17,6%, darunter 51,1% Vermeidungsverhalten, 30,2% verminderte(s) Interesse bzw. Teilnahme, 23,3% Dissoziation und 7% eingeschränkte Bandbreite des Affektes).
Diese Rangfolge der Häufigkeiten der verschiedenen Symptomkomplexe fanden auch Foa et al. (1995) in einer Untersuchung mit 158 Frauen, von denen nahezu die Hälfte sexuelle Gewalt und die andere Hälfte andere Gewaltformen erlitten hatten, wobei der Vergleich

dadurch erschwert wird, dass nur erwachsene Frauen untersucht wurden. Eine Studie mit Kindern, die häusliche Gewalt gegen ihre Mütter (n=206) miterlebt hatten (Levendowsky et al. 2013), untersuchte die Symptomcluster abhängig vom Alter (1-7 Jahre), wobei auch hier das Arousal (bis auf im Alter von 4 Jahren, wo die Intrusionen führten) am häufigsten war. Hingegen gibt es auch Studien mit Kindern, bei denen die Intrusionen am häufigsten waren, gefolgt vom Arousal; das Numbing wurde am seltensten diagnostiziert (Lonigan et al. 1998 und Vernberg et al. 1996), wobei hier große Stichproben (n= 5687 bzw. n= 568) von Kindern und Jugendlichen untersucht wurden, die einen Hurrikane im US-Staat Florida miterlebt hatten. Im Gegensatz zur vorliegenden Untersuchung wurde also nur eine einzige, nicht interpersonelle Traumaform untersucht. Diese Rangfolge fanden auch Warren et al. (2009) bei 195 inhaftierten amerikanischen Frauen, von denen 195 Frauen mindestens ein Trauma erlebt hatten. Foa et al. (2001) hingegen beschrieben im Rahmen der Evaluation des Child PTSD Symptom Scale (CPSS) - einem Instrument zur standardisierten Symptomerfassung im Hinblick auf die Diagnose einer PTBS - andere Symptomhäufigkeiten: In der Stichprobe bestehend aus 75 Kindern bzw. Jugendlichen im Alter von 8 bis 15 Jahren (durchschnittlich 11,8 Jahre), die ein Erdbeben im US-Staat Kalifornien miterlebt hatten, waren Symptome des Numbings und des Arousals etwa gleich häufig, wobei die Intrusionen deutlich seltener waren. Es zeigten sich außerdem unterschiedliche Verhältnisse abhängig vom Alter: Bei älteren Probanden dominierte das Numbing, gefolgt vom Arousal und seltener den Intrusionen, bei den jüngeren Probanden stand das Arousal an erster Stelle vor dem Numbing. Eine weitere, aktuelle Studie (Gillihan et al. 2013) untersuchte 91 amerikanische Mädchen im Alter zwischen 13 und 18 Jahren (durchschnittlich 15,3 Jahre alt), die Opfer sexueller Gewalt geworden waren. Mittels des CPSS wurden durchschnittliche Häufigkeiten der drei Hauptkomplexe in einer anderen Reihenfolge aufgezeigt: Am häufigsten war auch hier das Numbing, etwas seltener das Arousal und deutlich seltener die Intrusionen, was anhand des jugendlichen Durchschnittsalters einleuchtet. Die Vergleichbarkeit dieser Daten mit den Symptomhäufigkeiten in der Sprechstunde Gewalt und Trauma ist limitiert durch die Abweichung des Alters (Jugendliche), die Beschränkung auf das weibliche Geschlecht und die Unterschiede in der Erhebung (wobei gute Evidenz für die Validität des CPSS vorliegt), außerdem die relativ kleine Fallzahl und die Tatsache, dass nur Opfer sexueller Gewalt untersucht wurden.

Vergleicht man trotz der genannten Einschränkungen die Symptomhäufigkeiten der verschiedenen Studien mit denen der vorliegenden Untersuchung, fällt auf, dass das Numbing in dieser Studie seltener diagnostiziert wurde als in den meisten anderen, insbesondere den

ersten beiden aufgeführten Studien, wo es der häufigste Symptomkomplex war. Die herausstechende Häufigkeit des Arousals in der vorliegenden Studie könnte dadurch bedingt sein, dass die Subsymptome (Schlafschwierigkeiten, Konzentrationsstörungen und externalisierendes Verhalten) unspezifischer als die der anderen Symptomkomplexe sind und bei Kindern und Jugendlichen auch ohne eine vorhandene traumaspezifische Erkrankung relativ weit verbreitet sind, so dass die Fälle, bei denen das Arousal der einzige diagnostizierte Symptomkomplex war, das Gleichgewicht verschoben haben. Hingegen ist das Arousal auch laut Foa et al. (2001) der prävalenteste Symptomkomplex.
Zusammenfassend ist die Datenlage zu den Häufigkeitsverteilungen traumatypischer Symptome nicht einheitlich, was einerseits aufgrund subjektiver Einflüsse der Untersucher, Erhebungsinstrumente und der Patienten selbst der Fall sein mag, andererseits auch Ausdruck der individuellen Verarbeitung von Traumata sein könnte, die je nach Geschlecht, Alter, primärpersönlicher Struktur und weiteren Faktoren (z.B. der Umwelt) zu unterschiedlichen psychopathologischen Ausprägungen führt.
Es finden sich neben den traumaspezifischen Symptomen häufig mit Traumata assoziierte, ***nicht-traumaspezifische Symptome***, wobei ein depressiver Affekt (63,4%) und Ängste (45,6%) im Vordergrund standen und nach den Arousalsymptomen die häufigsten psychopathologischen Befunde bildeten. Auch regressives Verhalten war relativ verbreitet (21,4%), wobei psychosomatische Beschwerden (15,6%) an letzter Stelle der nicht traumaspezifischen Symptome standen.
Dass Symptome, die nicht in den diagnostischen Kriterien der Traumafolgeerkrankungen enthalten sind, bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen häufig sind, ist bekannt (vgl. z.B. Ackermann et al. 1998 und Gillihan et al. 2013). Laut Daten der Aachener Traumaambulanz waren diese Symptome jedoch seltener als oben aufgeführte Zahlen; so lag bei 11,11% der Patienten regressives Verhalten vor, in 7,7% Trennungsangst und in 6,6% somatische Beschwerden (Herpetz-Dahlmann et al. 2005). In der weiter oben erwähnten Untersuchung von Lonigan et al. (1998) waren Ängste mindestens genauso häufig wie die traumaspezifischen Symptomkomplexe.

Bezüglich der ***Anzahl der Symptome*** überwiegt ein Symptom (26,7%), am zweithäufigsten liegen dann zwei bzw. drei Symptome (mit je 17,5%) vor, in 16,3% lag gar kein Symptom vor, in 11,6% vier Symptome und in 6,8% mehr als vier Symptome. Passend zur Diversität der Schweregrade der Traumatisierung und der psychosozialen Anpassung (s.u.) ist auch hier eine große Variabilität zu verzeichnen. Hierbei ist zum einen relevant, dass bedingt durch die

Datenerhebungsform einige Symptome nicht erfasst werden konnten und zum anderen muss die Anzahl der Symptome nicht unbedingt mit dem Schweregrad der Psychopathologie korrelieren (s.u.).

Die ***psychosoziale Anpassung (Achse VI)*** zeigt, wie gerade erwähnt, eine große Variabilität im untersuchten Kollektiv, wobei mit Abstand am häufigsten eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung (Stufe 4; 37,2%) vorlag, gefolgt von einer mäßigen sozialen Beeinträchtigung (Stufe 3; 23,1%). Der Rest der Patienten wurde dann besser bezüglich des Funktionsniveaus eingeschätzt (Stufe 0-2), wobei aber auch 8% als ernsthaft und durchgängig sozial beeinträchtigt (Stufe 5) eingestuft wurden. Es liegt also in etwas über der Hälfte der Fälle keine bis eine mäßige soziale Beeinträchtigung vor und in 45,2% eine schwere Beeinträchtigung vor. Diese Ergebnisse sind nicht überraschend angesichts der Tatsache, dass die in der Sprechstunde Gewalt und Trauma vorgestellten Kinder und Jugendlichen eine Vielfalt an traumatischen Ereignissen unterschiedlicher Schwere erlebt haben und zudem eine individuell unterschiedlich ausgeprägte Resilienz aufweisen.

4.2.6 Die Diagnosen

Am häufigsten sind traumaspezifische Hauptdiagnosen (64,5%, 17,1% andere Hauptdiagnosen), wobei die PTBS in ca. 20% der gültigen Fälle (d.h. Fälle mit bekannter Diagnose, entsprechend fast einem Drittel der traumaspezifischen Diagnosen) diagnostiziert wurde, die akute Belastungsreaktion in 13,9% (gut einem Fünftel der traumaspezifischen Diagnosen) und verschiedene Anpassungsstörungen in den restlichen 30,2%. Fasst man die verschiedenen Anpassungsstörungen zusammen, sind sie mit über 50% die häufigsten traumabezogenen Diagnosen sowie die häufigsten Diagnosen überhaupt. Die nicht-traumaspezifischen Diagnosen waren selten die Hauptdiagnose, wobei an erster Stelle mit 4,9% die depressive Episode steht, gefolgt von der Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen mit 4%. Als komorbide Diagnosen waren sie hingegen häufig (20%, am häufigsten sekundäre Enuresis).
In der Literatur dominieren Untersuchungen zur Prävalenz der PTBS (Herbst et al. 2009), so dass von einem Vergleich der Häufigkeiten anderer traumaspezifischer Diagnosen hier abgesehen wird. Wie bereits in der Einleitung erwähnt, schwanken die Prävalenzen der posttraumatischen Diagnosen stark je nach untersuchtem Kollektiv (in klinischem oder nicht-

klinischem Kontext, Traumaform, Alter, Geschlecht etc.) und Erhebungsart. Blom und Oberink beschrieben in einer aktuellen Review (2012) Prävalenzen der PTBS zwischen 5,3% und 93,8%. Eine niederländische Untersuchung (Boelen und Spuij, 2013) fand eine Prävalenz der PTBS von 51,5%. Ackerman et al. (1998) untersuchten 204 amerikanische Kinder (Alter 7-13 Jahre), die sexuell und/oder körperlich misshandelt wurden, wobei die PTBS mit 34% die vierthäufigste Diagnose war (am häufigsten waren nicht traumaspezifische Diagnosen); andere traumabezogene Diagnosen wurden nicht erfasst. Oft wird beschrieben, dass die PTBS, wie auch in den vorliegenden Ergebnissen, nicht die häufigste Folgestörung bei traumatisierten Kindern ist (z.B. Ackerman et al. 1998, Herbst et al. 2009). Scheeringa et al. (2010) berichteten über PTBS-Prävalenzen zwischen 0 und 20% beim Vergleich von acht Studien, die allerdings alle Kinder im Alter bis 6 Jahre untersuchten, die wie in der Einleitung beschrieben, seltener die PTBS-Kriterien erfüllen. Hingegen beschrieben auch Essau et al. (1999) im Rahmen ihrer Untersuchung von 1035 deutschen Jugendlichen (12-17 Jahre) eine geringe PTBS-Prävalenz von 1,6%, wobei die Prävalenz traumatischer Ereignisse mit 22,5% auch relativ gering war und es sich um eine nicht-klinische Stichprobe handelte. Des Weiteren untersuchten Bayarri Fernandez et al. (2011) 144 spanische Kinder, die häusliche und/oder körperliche Gewalt erlebt hatten, wobei eine posttraumatische Belastungsstörung in nur 6,1% vorlag, hingegen dominierten Angststörungen (51,77%). Verglichen mit diesen Studien ist die in dieser Studie festgestellte Prävalenz der PTBS von 20% vergleichsweise hoch. Unter den sich in der Aachener Traumaambulanz vorgestellten Kindern und Jugendlichen fand sich hingegen eine zur vorliegenden Studie äquivalente Prävalenz der PTBS von insgesamt 22%. Bei diesem Vergleich muss berücksichtigt werden, dass von den Fällen ohne Bedarf, von denen eine geringere Prävalenz aller Diagnosen angenommen wird, keine Daten vorliegen. Es könnte also eine Verzerrung hin zu höheren Zahlen an Patienten mit einer gestellten Diagnose geben. Zudem ist das Aachener Kollektiv mit n=100 viel kleiner als die Anzahl der Patienten dieser Untersuchung mit Angaben zu den Diagnosen (245). Die depressive Reaktion war in der Aachener Traumaambulanz ungefähr doppelt so häufig (11%), während die Störung des Sozialverhaltens ebenfalls in 4% vorlag. Die häufigste nicht traumaspezifische Diagnose war dort allerdings die Angststörung (13%). Bezüglich der komorbiden Diagnosen sind die Daten dieser Studie im Einklang mit der Literatur, die diese als hoch prävalent beschreibt (vgl.1.2.4.4).

Die Diagnose DTD ist, basierend auf den Diagnosekriterien von van der Kolk et al (2009) in ca. 10% der Fälle, in denen dies überhaupt beurteilbar war (ein Viertel aller Patienten) denkbar, wobei in diesen Fällen größtenteils traumaspezifische Diagnosen gestellt wurden,

u.a. in der Hälfte der Fälle eine PTBS. Diese hypothetische Prävalenz ist geringer als erwartet, so beschrieben van der Kolk et al (2009) eine mögliche Prävalenz der DTD von 15-25%. Hierbei kann die retrospektive Datenerhebungsform eine erschwerende Rolle gespielt haben (In ca. 12% der Fälle war aufgrund mangelnder Informationen nicht sicher beurteilbar, ob eine DTD hätte diagnostiziert werden können, es konnte aber auch nicht sicher ausgeschlossen werden), jedoch weisen die Ergebnisse auch auf die Notwendigkeit weiterer empirischer Unterlegung der DTD-Kriterien hin. Ob diese Diagnose angesichts der im ersten Kapitel erwähnten neuen DSM-V Diagnosen, die während der Erstellung dieser Arbeit veröffentlicht wurden, in Zukunft von Bedeutung sein wird, bleibt abzuwarten.

4.2.7 Die Therapien und Interventionen

4.2.7.1 Psychotherapeutische Aspekte

Vor Erstvorstellung in der Sprechstunde Gewalt und Trauma waren 15,6% der Patienten (mit entsprechenden Angaben) bereits im Vorfeld psychotherapeutisch behandelt worden und 10% hatten bereits vorübergehend oder andauernd Medikamente eingenommen. Dies mag an der Chronizität von Traumafolgeerkankungen liegen, aber auch die hohe Komorbidität könnte eine Rolle spielen. In der Sprechstunde selbst fanden zum größten Teil (84,4%) eine akuttherapeutische Versorgung sowie eine diagnostische Evaluation statt, wie bereits oben bei der Anzahl der Termine ausgeführt. Ein wichtiger Bestandteil der akuttherapeutischen Stabilisierung ist die Krisenintervention, die aber relativ selten nötig war (16,8%) und dann größtenteils ambulant durchgeführt wurde. Es finden sich im Patientenkollektiv also verhältnismäßig wenige akut destabilisierte und z.B. eigengefährdende Patienten. Hierbei muss jedoch bedacht werden, dass das Zeitfenster zwischen Ereignis und Vorstellung nicht erfasst wurde. Die Psychoedukation, ein basales Element jeder therapeutischen Intervention, ist in 77% der Fälle mit Angaben bekannt, wobei es möglich ist, dass sie noch häufiger durchgeführt wurde, aber nicht explizit im Arztbrief erwähnt wurde. Hierbei fällt auf, dass der Schwerpunkt auf die familiäre Psychoedukation gelegt wurde. Dies ist im Einklang mit Empfehlungen, die Eltern in die Therapie einzubeziehen (vgl. z.B. Deblinger et al. 1996 und 1999).

Bezüglich der weiteren Therapieempfehlungen fällt auf, dass am häufigsten (41,5%) keine weitere Therapie indiziert war. Hierunter fallen auch die bereits längerfristig in der Sprechstunde therapierten Patienten, jedoch ist der Anteil klinisch milder Verläufe ohne

Therapieindikation höher als erwartet. Nahezu einem Drittel der Patienten wurde eine ambulante psychotherapeutische Anbindung empfohlen und über 10% mussten (teil-) stationär behandelt werden. 11,5% der Patienten waren zum Zeitpunkt der Vorstellung noch in einem so dysfunktionellen Umfeld, dass vor dem Beginn einer therapeutischen Intervention die Herstellung realer Sicherheit (also z.B. Fremdplatzierung) stattfinden musste. Eine heilpädagogische Wohngruppe und die Anbindung an eine Auryn-Gruppe wurden nur selten empfohlen (zusammen ca. 5%).
Eine medikamentöse Therapie wurde nur in 3,3% empfohlen. Diese Daten widersprechen den Ergebnissen von Cohen et al. (2001), nach denen kindlichen PTBS-Patienten in 95% Medikamente verordnet wurden. Da es insgesamt wenige, insbesondere deutsche Daten zur medikamentösen Therapie von traumatisierten Kindern gibt, ist eine genauere Einordnung der in dieser Studie aufgezeigten Häufigkeit aktuell nicht möglich. Weitere kontrollierte Studien zum Nutzen einer medikamentösen Therapie sind notwendig.
Zusammenfassend verdeutlichen die Therapieempfehlungen die Diversität der Population bezüglich der Betroffenheitsschwere (ungefähr ein Drittel leichtgradig beeinträchtigt, ein Drittel mittelschwer beeinträchtigt und ambulant führbar und nahezu ein Viertel schwer betroffen) und der daraus abgeleiteten Bedürfnisse. Dies ist von großer Relevanz für die Optimierung der Versorgungsstrukturen (s.u.).
Bezüglich der Beendigung des Kontaktes mit der Sprechstunde ist es einerseits erfreulich, dass größtenteils alle notwendigen Termine wahrgenommen wurden, andererseits zeigt sich anhand der Abbrecherquote (Kontaktverlust) von nahezu einem Viertel die bereits oben erwähnte ausgeprägte Incompliance des Kollektivs.

4.2.7.2 Allgemeiner Sozialer Dienst und weitere Interventionen

Die Involvierung des Jugendamtes (Allgemeiner Sozialer Dienst) scheint mit 63,3% zunächst hoch zu sein. Angesichts der Tatsache, dass es sich um ein potentiell gefährdetes Kollektiv handelt, würde man aber höhere Zahlen erwarten. Von diesen 63,3% war fast ausschließlich schon vor dem Kontakt zur Sprechstunde das Jugendamt involviert, wobei in 8 Fällen zusätzlich eine Konsultation in Form eines „runden Tisches“, d.h. einer Zusammenkunft von Mitarbeiterinnen der Sprechstunde und dem Jugendamt, erfolgte. Nur in vier Fällen wurde das Jugendamt durch die Sprechstunde eingeschaltet. Dass das Jugendamt nicht so oft involviert ist wie nötig, zeigt z.B. ein UNICEF-Bericht von 2011, laut dem in den EU-Ländern nur in einem von zehn Fällen sexueller Misshandlung das Jugendamt involviert war.

Es wurde in den Fällen körperlicher, sexueller und häuslicher Gewalt zu etwa gleichen Teilen (der Fälle mit Angaben) Anzeige erstattet und dies unterlassen. Gerade, wenn es innerhalb der Familie zu Gewalt kommt, wird laut polizeilicher Statistik zu selten Anzeige erstattet, was die hohe Dunkelziffer bedingt. Dies verdeutlicht auch diese Studie und weist auf die Notwendigkeit einer vermehrten Aufklärung der Bevölkerung und Unterstützung bei der Anklage der Tatverdächtigen hin.

4.3 Diskussion der Hypothesen

Zunächst werden die Unterhypothesen behandelt, um anschließend die übergeordnete Leithypothese zu überprüfen. Wie bereits im Ergebnisteil erwähnt, war die Überprüfung der Hypothese III zur Gewalttransmission aufgrund einer zu geringen Datenmenge zur Viktimisation der Kindseltern leider nicht möglich und wird somit von der Diskussion ausgeschlossen.

4.3.1 Die Hypothese II: Die Einflüsse von Risikofaktoren

Die Überprüfung der Hypothese II, die besagt, dass bei vorliegenden Risikofaktoren eine stärkere Traumatisierung und folglich eine stärkere Psychopathologie vorliegt, ergab, dass die Anzahl der Traumatypen bei Kindern mit vorliegender unzureichender elterlicher Aufsicht und Steuerung und bei getrennten Kindseltern signifikant höher war. Das Vorliegen eines Migrationshintergrundes in der Familie erhöhte ebenfalls signifikant die Anzahl der Traumata. Hingegen war das psychosoziale Funktionsniveau (Achse IV) bei Kindern aus Familien mit Migrationshintergrund signifikant besser. Die nicht signifikanten Ergebnisse, darunter auch alle Berechnungen in Bezug auf die Anzahl der Symptome, werden aufgrund ihres spekulativen Charakters nicht weiter diskutiert.

Dass Kinder getrennter Eltern ein höheres Risiko für multiple Traumatisierungen haben, ist im Einklang mit der Literatur zu den Risikofaktoren (vgl. Turner et al. 2010). Unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung wurde in der recherchierten Literatur nicht explizit erwähnt, hingegen konnte geringe familiäre Unterstützung und geringes v.a. väterliches Engagement als Risikofaktor identifiziert werden (Brown et al. 1998 und Péréz-Fuentes et al. 2013) sowie elterliche Überforderung (vgl. Online-Aufklärungsmaterial der Polizei). Es liegt nahe, dass Eltern, die mit der Kindererziehung überfordert sind, das Kind weniger beaufsichtigen und

steuern können. Auch ist denkbar, dass eine geringere Beaufsichtigung einen fließenden Übergang zur Vernachlässigung nach sich ziehen könnte, womit bereits eine Traumaform vorliegen würde, die weitere Traumaformen mitbegünstigen dürfte.
Die Relevanz des Migrationshintergrundes als Risikofaktor wurde bereits oben diskutiert mit dem Ergebnis, dass wahrscheinlich vordergründig soziale Faktoren, die mit dem Migrationshintergrund assoziiert sind, für die erhöhte Traumainzidenz verantwortlich sind. Die erhöhte Anzahl der Traumata bei Kindern mit Migrationshintergrund ist im Einklang mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen (s.o.). Hingegen wurden soziale Faktoren in Bezug auf den Einfluss des Migrationshintergrundes in dieser Untersuchung nicht kontrolliert, so dass hierzu keine Aussage gemacht werden kann. Interessant ist aber, dass Kinder mit Migrationshintergrund, obgleich sie eine höhere Anzahl an Traumata erlebt haben, ein signifikant besseres psychosoziales Funktionsniveau aufweisen. Dieses tendenziell widersprüchliche Ergebnis kann – wobei dies rein spekulativ bleiben muss- dadurch erklärt werden, dass Familien mit Migrationshintergrund tendenziell größer sind und Kinder in größeren Familienzusammenhängen mitbetreut werden, so dass u.U. eine fürsorgliche Bindung zu einem anderen Erwachsenen als protektiver Faktor agieren kann und so das psychosoziale Funktionsniveau verbessert. Diese Theorie widerspricht jedoch den Autoren, die große Familien als Risikofaktor beschreiben (vgl. Brayden et al. 1992 und Brown et al. 1998).
Zusammenfassend kann die zweite Hypothese nur teilweise bestätigt werden, da ein signifikanter Einfluss zweier Risikofaktoren nachgewiesen werden konnte.

4.3.2 Die Hypothese IV: Die Assoziation von häuslicher und körperlicher Gewalt

Die Überschneidungsrate von häuslicher Gewalt und körperlicher Kindesmisshandlung beträgt ungefähr 50%. Dieser Wert liegt im unteren Bereich der von Holt et al. (2008) in einer Review beschriebenen Spanne zwischen 45 und 70%. Allerdings wurde hier nur die körperliche Gewalt untersucht, während die von Holt et al. zusammengefassten Studien die Koinzidenz verschiedener Misshandlungsformen mit der häuslichen Gewalt erfassten. Dong et al. (2004) beschrieben eine Koinzidenzrate häuslicher und körperlicher Gewalt von 57,7%. Laut einer Review von Appel und Holden (1998) betrug dieselbe Rate nur 41%.
Während die Überschneidungsrate also im Rahmen der Werte der vorausgehenden Untersuchungen liegt, ist die Korrelation kaum nachweisbar (Korrelationskoeffizient 0,22). Renner und Slack (2006) fanden in einer retrospektiven Analyse basierend auf einer longitudinalen US-amerikanischen Studie (n=1005) einen Korrelationskoeffizienten von 0,52.

Die Hypothese konnte also nicht bestätigt werden.

4.3.3 Die Leithypothese

Die Leithypothese lautet, dass von KinderKOMPT überwiesene Patienten eine stärkere Psychopathologie aufweisen als Kinder, die von anderen Personen bzw. Stellen an die Sprechstunde verwiesen wurden. Das logistische Regressionsmodell zeigte hingegen bei Kindern mit einer größeren Anzahl an Symptomen und einer schlechteren psychosozialen Funktion eine höhere Wahrscheinlichkeit, von anderen Überweisern als KinderKOMPT überwiesen worden zu sein. Die Ergebnisse bezüglich des psychosozialen Funktionsniveaus waren nicht signifikant, während der Zusammenhang mit der Anzahl der Symptome signifikant war. Die Leithypothese kann also in dieser Form nicht bestätigt werden. Was die Anzahl der erlebten Traumata betrifft, so ist diese bei von KinderKOMPT überwiesenen Kindern signifikant höher. Da der Fokus der Leithypothese aber auf der Psychopathologie liegt, ändert dies nichts an der Nicht-Bestätigung der Hypothese durch die vorliegende Studie.
Bezüglich der Ergebnisauswertung muss bedacht werden, dass weniger als ein Drittel aller Fälle in die Analyse miteinbezogen werden konnten und sich die „kein Bedarf“-Fälle, die ja den größten Anteil der Fälle ohne Angaben ausmachen, von den anderen Fällen in ihren Überweisern unterscheiden. Mögliche detektierte Unterschiede könnten also nicht aufgrund der verschiedenen Überweiser, sondern aufgrund der Unterschiede zwischen den „kein Bedarf“- Fällen und den Fällen mit Vorstellung beruhen. Durch die Tatsache, dass die Faktoren, die zur Vorstellung bei KinderKOMPT führten (sozusagen die Vorstufe zur Überweisung von KinderKOMPT an die Sprechstunde Gewalt und Trauma), nicht erfasst wurden, besteht auch die Möglichkeit, dass für die o.g. Ergebnisse relevante Einflussfaktoren nicht einbezogen wurden. Zum Beispiel könnten Denkweisen, Erfahrungen und persönliche Faktoren der Kinderärzte, Eltern oder Kita-Mitarbeiter eine Rolle gespielt haben.
Was die Anzahl der Symptome betrifft, so muss eine höhere Anzahl an Symptomen, auch wenn die Intuition dies suggeriert, nicht unbedingt mit einer stärkeren Psychopathologie einhergehen. Es ist z.B. denkbar, dass ein Kind mit einem stark ausgeprägten Symptom beeinträchtigter ist als ein Kind mit zwei oder drei leichteren Symptomen. Das heißt, es ist nicht auszuschließen, dass der Grad der psychopathologischen Beeinträchtigung gar nicht erfasst wurde. Zudem wurden andere, nicht-traumatische psychiatrische Erkrankungen für die Beurteilung der psychopathologischen Beeinträchtigung nicht berücksichtigt.
Schlussendlich ließe sich aus den Ergebnissen eine Alternativhypothese aufstellen, laut derer Kinder mit einer höheren Anzahl an Traumata eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, von

KinderKOMPT überwiesenen worden zu sein, dies aber nicht zu einer stärkeren Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus und auch nicht zu einer erhöhten Anzahl an Symptomen führt. Die Überprüfung dieser Hypothese ist die Aufgabe zukünftiger Forschung.

4.4 Schlussfolgerungen: Diskussion der Versorgungsstrukturen

Der Aufbau dieses Teils, in dem die vorhandenen und benötigten Versorgungsstrukturen in Bezug auf die Ergebnisse dieser Studie diskutiert werden sollen, gliedert sich nach der chronologischen Abfolge in Primärprävention und Früherkennung sowie Intervention und Sekundärprävention.

4.4.1 Primärprophylaxe und Früherkennung

Der wichtigste Ansatzpunkt, um die Kindesmisshandlung erfolgreich zu reduzieren, ist die Primärprophylaxe. Hierbei gilt es zunächst, die aus der Forschung hinreichend bekannten Risikofaktoren in der Bevölkerung zu reduzieren. Dies sollte in erster Linie auf politischer Ebene angegangen werden, indem die Unterstützungsmöglichkeiten für sozial schwache Familien ausgebaut werden. Bezüglich des Migrationsstatus, der in dieser Studie mit einer höheren Anzahl an Traumata einherging, sollte eine optimierte Integration mit der Ermöglichung einer Verbesserung des sozioökomischen Status einhergehen, wodurch das Risiko für Kindesmisshandlung sinken würde. Da junge Mütter, wie auch in dieser Untersuchung, ein erhöhtes Risiko für die Kindesmisshandlung aufweisen, sollten diese Frauen intensiver als bisher unterstützt werden, z.B. im Rahmen von Schulungsprogrammen und Kinderbetreuungshilfen. Die Rolle zerrütteter Familienstrukturen für die kindliche Traumatisierung hat sich in dieser Studie als bedeutsam herausgestellt. Da die Auflösung traditioneller Familienstrukturen ein gesamtgesellschaftliches Problem darstellt, beschränken sich mögliche Interventionen auf die Früherkennung. Die Früherkennung sollte vor allem durch medizinisches und sozialpädagogisches Personal erfolgen. Da Kindesmisshandlung nicht immer körperliche Spuren hinterlässt (in diesem Kollektiv nur in der Hälfte der Fälle) sollten Kinderärzte, Erzieher und Lehrer besonders gut geschult werden, um v.a. beim

Vorliegen der genannten Risikofaktoren schnell zu reagieren und weitere Maßnahmen einzuleiten, d.h. in erster Linie das Jugendamt, ggf. die Polizei und Einrichtungen wie das Kinderkompetenzzentrum und die Sprechstunde Gewalt und Trauma einzuschalten.

4.4.2 Intervention und Sekundärprophylaxe

Die Vielfalt der an die Sprechstunde überweisenden Stellen macht deutlich, dass nur ein interdisziplinärer Ansatz bei der Erkennung von Kindesmisshandlung und dem Einleiten der notwendigen Schutz- und Therapiemaßnahen zum Erfolg führen kann. Dies ist auch im aktuellen Kinderschutzgesetz verankert, das eine stärkere Vernetzung zwischen Ärzten, Hebammen, Kindergärten und Schulen mit den Jugendämtern festschreibt (Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, 2012). Im Hinblick auf diesen wichtigen Punkt betonten bereits Krüger et al. (2006, S.35) die zentrale Rolle der Sprechstunde Gewalt und Trauma mit einer vermittelnden und „beratende[n] traumapsychologisch-kinderpsychiatrische[n] Case-Management-Funktion in Kooperation mit anderen professionellen Gruppen“, die insbesondere im Rahmen des Hamburger Netzwerkes zum Ausdruck kommt, einer Fallkonferenz , bestehend aus dem Kriseninterventionsteam des DRK, Mitarbeiterinnen der Sprechstunde, Mitarbeitern des ASD, des Instituts für Rechtsmedizin, von Frauenhäusern und Opferhilfeorganisationen, der Polizei, des Rettungsdienstes, des Kinderschutzes, der Schule, anderer Kliniken und niedergelassener Kollegen. Dieses Mittel der Vernetzung wurde in den vorliegenden Datenquellen nur 8 Mal dokumentiert. Allerdings tagt das Netzwerk nur alle zwei Monate, so dass es häufig mit neuen Fällen der Sprechstunde frequentiert wurde. In Zukunft sollte die Implementierung des Netzwerkes noch weiter ausgebaut werden und die Tagungsabstände sollten geringer werden. Gerade im Hinblick auf die interdisziplinäre Vernetzung wird die wichtige Rolle von Trauma-Ambulanzen als vermittelnde Instanzen deutlich. In Bezug auf die Hamburger Situation erscheint die enge Anbindung der Sprechstunde Gewalt und Trauma an das Institut für Rechtsmedizin hier essentiell. Da sich die Hypothese einer stärkeren psychopathologischen Betroffenheit bei Kindern, die von KinderKOMPT überwiesen wurden, nicht bestätigt hat, kann basierend auf dieser Studie nicht behauptet werden, dass primär in der Rechtsmedizin vorstellig gewordene Kinder von einer Trauma-Ambulanz stärker profitieren als andere. Vielmehr deuten die Ergebnisse darauf hin, dass Kinder anderer Überweiser eine Anbindung an die Sprechstunde nötiger haben. Dies erscheint logisch, da die über KinderKOMPT zugewiesenen Kinder bereits dort eine erste Anlaufstelle gefunden haben und so vermutlich bereits erste Interventionsmaßnahmen eingeleitet worden sind, was bei Kindern anderer

überweisender Stellen nicht der Fall ist. Andererseits ersetzen diese Interventionen nicht eine fundierte Psychotherapie und hierbei könnte die Compliance durch eine Vernetzung zwischen KinderKOMPT und der Sprechstunde Gewalt und Trauma gefördert werden.
Im längeren zeitlichen Kontext ist es im Hinblick auf die intergenerationelle Gewaltübertragung essentiell, die Opfer langfristig psychotherapeutisch anzubinden, da Traumafolgesymptome (vgl. Milner et al. 2010) den Übergang vom Opfer zum Täter bedingen können oder zu Komorbiditäten beim Opfer führen können, die wiederum Risikofaktoren für die Entwicklung der folgenden Generation sind, wie z.B. eine Depression oder Psychose der Bezugsperson.

Auch sollte größere Transparenz der vorhandenen Unterstützungsmöglichkeiten durch verbesserte Öffentlichkeitsarbeit (wie vorbildlich durch die Polizeiliche Kriminalprävention im Frühjahr 2013 in Form der bundesweiten Kampagne „Missbrauch verhindern!“ vorgenommen), insbesondere in Kindergärten, Schulen und Kinderarztpraxen hergestellt werden.
Bezüglich der Rolle des Jugendamtes wurde in den letzten Jahren aufgrund einiger besonders tragischer Fälle viel öffentliche Kritik geäußert. Auch die Zahlen dieser Studie legen eine eher zu geringe Beteiligung des Jugendamtes nahe. Bezüglich der Früherkennung kommt jedoch o.g. Akteuren im unmittelbaren Umfeld der Kinder und Jugendlichen eine viel größere Bedeutung zu. Wurde das Jugendamt jedoch erst einmal, vermittelt durch diese, eingeschaltet (was niederschwellig erfolgen sollte), liegt es an ihm, eine personell und zeitlich engmaschige Verfolgung der Verdachtsfälle zu gewährleisten. Hierbei kommt dem Staat wiederum die Rolle zu, das Jugendamt entsprechend zu fördern. Bezüglich der Sekundärprophylaxe kommt dem Jugendamt ebenfalls eine große Verantwortung zu. Im vorliegenden Kollektiv wurde nur ca. ein Fünftel der Kinder- und Jugendlichen fremdplatziert, wobei das Jugendamt ca. dreimal so oft involviert war. Natürlich kann hieraus aufgrund mangelnder Subanalysen keine fundierte Kritik abgeleitet werden und eine Involvierung des Jugendamtes sollte keinesfalls mit einer Aufforderung zur Fremdplatzierung gleichgesetzt werden, es soll lediglich betont werden, dass Fremdplatzierungen in streng kontrollierte Pflegefamilien nicht zu sparsam eingesetzt werden sollten. Auch bezüglich des großen Anteils an „kein Bedarf“-Fällen, die in gut einem Fünftel aufgrund eines Kontaktverlustes nicht in der Sprechstunde vorstellig wurden, kommt dem Jugendamt die Aufgabe zu, nach Information durch die Sprechstunde in diesen Fällen zu kontrollieren, ob eine Vorstellung nicht doch indiziert wäre sowie engmaschige Verlaufsbeobachtungen durchzuführen.

4.5 Ausblick und Anregungen für zukünftige Forschung

Diese Studie hat sich mit der Sprechstunde Gewalt und Trauma, einer Pionierinstitution in Deutschland, befasst, um die Besonderheiten ihrer Patienten und die Effektivität der Versorgungsstrukturen aufzuzeigen. Diese Studie ist in ihrer Form und ganzheitlichen Analyse des Patientenkollektivs einzigartig. Darüber hinaus wurde ein neuartiger Fragebogen erstmals entwickelt und angewandt. Dieser Fragebogen kann in Zukunft zur Evaluation traumatisierter Kinder in verschiedenen Zentren implementiert werden. Während es zu den Risikofaktoren und zu den Arten der traumatischen Ereignisse und Symptome bei Kindern durchaus reichlich internationale Literatur gibt, fehlt es an Untersuchungen zu den inzwischen in Deutschland mehrfach vorhandenen Trauma-Ambulanzen. Diese Studie ist aufgrund ihres rein retrospektiven Charakters und der dadurch bedingten Heterogenität der Daten mit teilweise großen Datenlücken natürlich angreifbar. Zukünftige Studien sollten neben einem möglichst prospektiven, kontrollierten Design eine Datenerhebung auf verschiedenen Ebenen (Fragebogen sowie Interviews und diagnostische Evaluation der Patienten) durchführen. Auch wäre es interessant, die verschiedenen Trauma-Ambulanzen in Deutschland bzw. auf internationaler Ebene miteinander zu vergleichen, um ihre Effektivität zu verbessern.

4 Zusammenfassung

Ziel dieser Dissertation war die Analyse der Patientengruppe August 2008 – August 2010 der Sprechstunde Gewalt und Trauma der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, die eng verbunden ist mit dem rechtsmedizinischen Kinderkompetenzzentrum KinderKOMPT. Drei Hypothesen konnten überprüft werden, die sich erstens auf eine stärkere Psychopathologie bei von KinderKOMPT überwiesenen Patienten bezogen (Leithypothese), zweitens auf eine überproportionale Prävalenz evidenzbasierter Risikofaktoren der Kindesmisshandlung und drittens auf eine Kookkurrenz häuslicher und körperlicher Gewalt bei traumatisierten Kindern. Die Analyse der 670 Patienten erfolgte anhand von Arztbriefen der Sprechstunde, rechtsmedizinischen Berichten und einer von den Therapeuten geführten Datenbank. Kritisch zu sehen ist die der Datenerhebungsform immanente Heterogenität und Lückenhaftigkeit der Daten, was zur möglichst breiten Erfassung des Kollektivs in Kauf genommen wurde. Eigens für diese Untersuchung wurde ein Fragebogen erstellt. Die Analysen der so gewonnenen Daten erfolgten mit dem Statistikprogramm SPSS. Die wesentlichen Ergebnisse sind wie folgt: Über die Hälfte der Patienten, im Durchschnitt 8,6 Jahre alt und zu etwa gleichen Teilen männlich und weiblich, wurde von KinderKOMPT überwiesen. Auffällige Risikofaktoren waren v.a. dysfunktionale Familienstrukturen (67,1%) und ein hoher Anteil an Familien mit Migrationshintergrund (57%). Die häufigsten Traumata waren sexuelle und körperliche Misshandlung und das Bezeugen häuslicher Gewalt (in je ca. 16%), wobei Mehrfachtraumatisierungen häufig waren (51,3%) und Misshandlungen v.a. durch die Kindseltern verübt wurden (36,2% - 87,2%). Der häufigste traumaspezifische Symptomkomplex war Arousal (66,8%), gefolgt von Intrusionen (23,8%) und Numbing (17,6%). In 21,4%- 45,6% traten nicht-traumaspezifische Symptome auf. Anpassungsstörungen wurden am häufigsten diagnostiziert (30,2%), gefolgt von der PTBS (20,4%). Aufgrund dieser Ergebnisse konnte nur die sich auf die Risikofaktoren beziehende Hypothese insofern bestätigt werden, als eine Trennung der Eltern und ein Migrationshintergrund mit einer signifikanten Erhöhung der Anzahl an Traumata einherging. Nachdem sich die Leithypothese nicht bestätigte, wurde eine Alternativhypothese formuliert, nach der Kinder anderer Überweiser als KinderKOMPT stärker psychopathologisch betroffen sind. Aus der Diskussion aller Ergebnisse leitete sich die Notwendigkeit einer Optimierung der Versorgungsstrukturen ab, v.a. durch staatliche Förderung des Jugendamtes sowie durch eine intensivierte Vernetzung von Gesundheits- und Betreuungspersonal, Polizei und Opferhilfsorganisationen bei der Erkennung und Behandlung von traumatisierender Kindesmisshandlung, wobei Trauma-Ambulanzen eine zentrale Rolle spielen.

5 Abkürzungsverzeichnis

AACAP	American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
APA	American Psychiatric Association
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EMDR	Eye Movement and Desensitisation and Reprocessing
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems
KI	Konfidenzintervall
KinderKOMPT	Kompetenzzentrum für die Untersuchung von Kindern und Jugendlichen bei Verdacht auf Misshandlung, Vernachlässigung und sexuellen Missbrauch
o.g. / u.g.	oben bzw. unten genannt
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
TF-CBT	Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organisation

6 Literaturverzeichnis

Ackerman PT, Newton JE, McPherson WB, Jones JG, Dykman RA (1998) Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). Child Abuse Negl. 22(8):759-74.

Adenauer H, Pinösch S, Catani C, Gola H, Keil J, Kißler J, Neuner F (2010) Early Processing of Threat Cues in Posttraumatic Stress Disorder - Evidence for a Cortical Vigilance-Avoidance Reaction. Biol Psychiatry 68:451–458.

Al-Jawadi AA, Abdul-Rhman S (2007) Prevalence of childhood and early adolescence mental disorders among children attending primary health care centers in Mosul, Iraq: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2(7):274.

Alink LR, Euser S, van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ (2013) Is elevated risk of child maltreatment in immigrant families associated with socioeconomic status? Evidence from three sources. Int J Psychol. 48(2):117-27.

American Psychiatric Association (APA) (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV-TR (4th edition, Text Revision). American Psychiatric Association, Washington DC.

- Deutsche Übersetzung: Saß, H. et al. (2003) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR. Hogrefe, Göttingen.

American Psychiatric Association (APA) (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5 (5th edition). American Psychiatric Publishing, Arlington VA.

Annerbäck EM, Sahlqvist L, Svedin CG, Wingren G, Gustafsson PA (2012) Child physical abuse and concurrence of other types of child abuse in Sweden-Associations with health and risk behaviors. Child Abuse Negl. 36(7-8):585-95.

Antshel KM, Kaul P, Biederman J, Spencer TJ, Hier BO, Hendricks K, Faraone SV (2013) Posttraumatic stress disorder in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: clinical features and familial transmission. J Clin Psychiatry. 74(3):197-204.

Appel AE & Holden GW (1998) The Co-occurence of Spouse and Physical Child Abuse: A Review and Appraisal. Journal of Family Psychology, 12: 578-599.

Bast U, Bernecker A, Kastien I, Schmitt G, Wolff R (1978) Gewalt gegen Kinder, Kindesmisshandlung und ihre Ursachen. Rowohlt, Reinbek.

Bayarri Fernàndez E, Ezpeleta L, Granero R, de la Osa N, Domènech JM (2011) Degree of exposure to domestic violence, psychopathology, and functional impairment in children and adolescents. J Interpers Violence. 26(6):1215-31.

Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S (2007) Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 190:97-104.

Blom M & Oberink R (2012) The validity of the DSM-IV PTSD criteria in children and adolescents: a review. Clin Child Psychol Psychiatry. 17(4):571-601.

Boden JM, Horwood LJ, Fergusson DM (2007) Exposure to childhood sexual and physical abuse and subsequent educational achievement outcomes. Child Abuse Negl. 31(10):1101-14.
Boelen PA & Spuij M (2013) Symptoms of post-traumatic stress disorder in bereaved children and adolescents: factor structure and correlates. J Abnorm Child Psychol. 41(7):1097-108.

Bolger KE & Patterson CJ (2001) Pathways from child maltreatment to internalizing problems: perceptions of control as mediators and moderators. Dev Psychopathol. 13(4):913-40.

Bonomi AE, Cannon EA, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS (2008) Association between self-reported health and physical and/or sexual abuse experienced before age 18. Child Abuse Negl. 32(7):693-701.

Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D (2005) A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. Am J Psychiatry.162(2):214-27.

Brayden RM, Altemeier WA, Tucker DD, Dietrich MS, Vietze P (1992) Antecedents of child neglect in the first two years of life. J Pediatr. 120(3):426-9.

Bremner JD (2003) Long-term effects of childhood abuse on brain and neurobiology. Child Adolesc Psychiatr Clin N. 12(2):271-92.

Breslau N, Lucia VC, Alvarado GF (2006) Intelligence and Other Predisposing Factors in Exposure to Trauma and Posttraumatic Stress Disorder. Arch Gen Psychiatry. 63:1238-1245.

Brown J, Cohen P, Johnson JG, Salzinger S (1998) A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. Child Abuse Negl. 22(11):1065-78.

Butler AC (2013) Child sexual assault: risk factors for girls. Child Abuse Negl. 37(9):643-52.

Carrion VG, Weems CF, Reiss AL (2007) Stress predicts brain changes in children: a pilot longitudinal study on youth stress, posttraumatic stress disorder, and the hippocampus. Pediatrics. 119(3):509-16.

Carrion VG & Kletter H (2012) Posttraumatic stress disorder: shifting toward a developmental framework. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 21(3):573-91.

Cohen JA, Mannarino AP, Rogal S (2001) Treatment practices for childhood posttraumatic stress disorder. Child Abuse Negl. 25(1):123-35.

Cohen JA, Bukstein O, Walter H, Benson SR, Chrisman A, Farchione TR, Hamilton J, Keable H et al. /American Academy of Child and Asolescent Psychiatry (2010) Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 49(4):414-30.

Craig CD & Sprang G (2007) Trauma exposure and child abuse potential: investigating the cycle of violence. Am J Orthopsychiatry. 77(2):296-305.

Davidson PR & Parker KC (2001) Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a meta-analysis. J Consult Clin Psychol. 69(2):305-16.

De Bellis MD & Thomas LA (2003) Biologic findings of post-traumatic stress disorder and child maltreatment. Curr Psychiatry Rep. 5(2):108-17.

De Bellis MD & van Dillen T (2005) Childhood Post-Traumatic Stress Disorder: An Overview. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am. 14: 745-722

Deblinger, E, Lippmann J, Steer R (1996) Sexually Abused Children Suffering Posttraumatic Stress Symptoms: Initial Treatment Outcome Findings. Child Maltreat 1: 310.

Deblinger E, Steer R, Lippman J (1999) Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms. Child Abuse Negl 23(12):1371-1378.

De Paúl J, Milner JS, Múgica P (1995) Childhood maltreatment, childhood social support, and child abuse potential in a Basque sample. Child Abuse Negl. 19(8):907-20.

Dixon L, Browne K, Hamilton-Giachritsis C (2005) Risk factors of parents abused as children: a mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (Part I). J Child Psychol Psychiatry. 46(1):47-57.

Dong M, Anda RF, Felitti VJ, Dube SR, Williamson DF, Thompson TJ, Loo CM, Giles WH (2004) The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. Child Abuse Negl. 28(7):771-84.

Dudeck M, Drenkhahn K, Spitzer C, Barnow S, Freyberger HJ, Grabe HJ (2012) Gibt es eine Assoziation zwischen familiärem sexuellen Missbrauch und späteren Sexualstraftaten? Psychiatr Prax. 39(5):217-21.

Dunn EC, McLaughlin KA, Slopen N, Rosand J, Smoller JW (2013) Developmental Timing of Child Maltreatment and Symptomes of depression and suicidal ideation in young adulthood: Results from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. Depress Anxiety. 30(10):955-64.

Dutton, MA (1992) Women’s response to battering: Assessment and intervention. Springer, New York.

Eberl R, Huber-Zeyringer A, Curcic N, Hollwarth ME (2010) Die nicht akzidentelle Verletzung des Kindes und deren Erscheinungsformen. Chirurg. 81(2):139-42.

Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF (2003) Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. Am J Psychiatry. 160(8):1453-60.

Eggers, C (1994) Seelische Misshandlung von Kindern. Der Kinderarzt. 25: 748 – 755.

Ehrensaft MK, Cohen P, Brown J, Smailes E, Chen H, Johnson JG (2003) Intergenerational transmission of partner violence: a 20-year prospective study. J Consult Clin Psychol. 71(4):741-53.

Elbert T, Schauer M, Schauer E, Huschka B, Hirth M, Neuner F (2009) Trauma-related impairment in children- a survey in Sri Lankan provinces affected by armed conflict. Child Abuse Negl. 33(4):238-46.

Essau CA, Conradt J, Petermann F (1999) Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother. 27(1):37-45.

Euser EM, Ijzendoorn MH, Prinzie P, Bakermans-Kranenburg MJ (2011) Elevated Child Maltreatment Rates in Immigrant Families and the Role of Socioeconomic Differences. Child Maltreat. 16(1):63-73.

Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS (1998) Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Prev Med. 14(4):245-58.

Finkelhor D & Browne A (1985) The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization. Am J Orthopsychiatry. 55(4):530-41.

Finkelhor D (1994) Current information on the scope and nature of child sexual abuse. Future Child. 4(2):31-53.

Finkelhor D, Ormrod R, Turner H, Hamby SL (2005) The victimization of children and youth: a comprehensive, national survey. Child Maltreat. 10(1):5-25.

Fischer G & Riedesser P (1998) Lehrbuch der Psychotraumatologie, Reinhardt, München, 79.

Flury M, Nyberg E, Riecher-Rossler A (2010) Domestic violence against women: Definitions, epidemiology, risk factors and consequences. Swiss Med Wkly. 140:w13099.

Foa EB, Johnson KM, Feeny NC, Treadwell KR (2001) The child PTSD Symptom Scale: a preliminary examination of its psychometric properties. J Clin Child Psychol. 30(3):376-84.

Foa EB, Riggs DS, Gershuny BS (1995) Arousal, numbing, and intrusion: symptom structure of PTSD following assault. Am J Psychiatry. 152(1):116-20.

Franz M, Hardt J, Brähler E (2007) Vaterlos: Langzeitfolgen des Aufwachsens ohne Vater im Zweiten Weltkrieg. Z Psychosom Med Psychother. 53(3):216-27.

Friedman MJ (2013) Finalizing PTSD in DSM-5: Getting Here From There and Where to Go Next. J Trauma Stress. 26(5):548-56.

Fry D, McCoy A, Swales D (2012) The consequences of maltreatment on children's lives: a systematic review of data from the East Asia and Pacific Region. Trauma Violence Abuse. 13(4):209-33.

Garbarino J & Kostelny K (1992) Child maltreatment as a community problem. Child Abuse Negl. 16(4):455-64.

Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS (1996) Prevalence of violence against pregnant women. JAMA. 275(24):1915-20.

Geerdts L, Elsässer G, Führer S, Erler T (2010) Misshandlungen und Gewalt als Verletzungsursachen im Kindesalter: Ergebnisse eines Unfallmonitorings bei Kindern und Jugendlichen in Südbrandenburg (Deutschland). Unfallchirurg. 113(7):568-72.

Giaconia RM, Reinherz HZ, Silverman AB, Pakiz B, Frost AK, Cohen E (1995) Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 34(10):1369-80.

Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S (2009) Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet. 373(9657):68-81.

Gillihan SJ, Aderka IM, Conklin PH, Capaldi S, Foa EB (2013) The Child PTSD Symptom Scale: Psychometric properties in female adolescent sexual assault survivors. Psychol Assess 25(1):23-31.

Gillies D, Taylor F, Gray C, O'Brien L, D'Abrew N (2013) Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. Evid Based Child Health. 8(3):1004-116.

Graham-Bermann SA, Castor LE, Miller LE, Howell KH (2012) The impact of intimate partner violence and additional traumatic events on trauma symptoms and PTSD in preschool-aged children. J Trauma Stress. 25(4):393-400.

Green B & Griffiths EC (2013) Birth order and post-traumatic stress disorder. Psychol Health Med. Online-Veröffentlichung vor Printversion.

Hagemann-White C (2002) Strategien gegen Gewalt im Geschlechterverhältnis. Bestandsanalyse und Perspektiven. Pfaffenweiler, Centaurus-Verlagsgesellschaft.

Hagemann-White C & Bohne S (2003) Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen, Expertise für die Enquêtekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen“. Osnabrück, zitiert nach Ärztekammer Hamburg (2006) „Leitfaden häusliche Gewalt“, Hamburg.

Herbst G, Jaeger U, Leichsenring F, Streeck-Fischer A (2009) Folgen von Gewalterfahrungen. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr. 58(8):610-34.

Herpertz-Dahlmann B, Hahn F, Hempt A (2005) Diagnostik und Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung im Kindes- und Jugendalter. Aufgaben einer kinder- und jugendpsychiatrischen Traumaambulanz. Nervenarzt. 76:546–556.

Herpetz-Dahlmann B (2008) Posttraumatische Belastungsstörung. In: Entwicklungspsychiatrie. Herpetz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M, Warnke A 2. Auflage, Schattauer, Stuttgart, 969-983.

Herrenkohl RC & Herrenkohl TI (2009) Assessing a child's experience of multiple maltreatment types: Some unfinished business. J Fam Violence. 24(7):485.

Herrenkohl TI, Sousa C, Tajima EA, Herrenkohl RC, Moylan CA (2008) Intersection of child abuse and children's exposure to domestic violence. Trauma Violence Abuse. 9(2):84-99.

Hibbard RA & Desch LW (2007) Maltreatment of children with disabilities. Pediatrics. 119(5):1018-25.

Holt S, Buckley H, Whelan S (2008) The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature. Child Abuse Negl. 32(8):797-810.

Hughes HM, Parkinson D, Vargo M (1989) Witnessing Spouse Abuse and Experiencing Physical Abuse: A “Double Whammy”? Journal of Family Violence 4 (2):197-209.

Hussey JM, Chang JJ, Kotch JB (2006) Child maltreatment in the United States: prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. Pediatrics. 118(3):933-42.

ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: Mental and behavioural problems, Tenth Revision (ICD-10), Volume III Alphabetical Index. World Health Organisation. 1994

- Deutsche Übersetzung: Dilling H (Hrsg), Mombour W (Hrsg), Schmidt MH (Hrsg), Schulte-Markwort E, Remschmidt H (2011) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 11. Auflage, Huber, Bern, 204-210 und 216.

Iffland B, Brahler E, Neuner F, Hauser W, Glaesmer H (2013) Frequency of child maltreatment in a representative sample of the German population. BMC Public Health. 13(1):980.

Jirapramukpitak T, Harpham T, Prince M (2010) Family violence and its 'adversity package': a community survey of family violence and adverse mental outcomes among young people. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 46(9):825-31.

Kaplow JB & Widom CS (2007) Age of onset of child maltreatment predicts long-term mental health outcomes. J Abnorm Psychol. 116(1):176-87.

Kellogg ND & Menard SW (2003) Violence among family members of children and adolescents evaluated for sexual abuse. Child Abuse Negl. 27(12):1367-76.

Kilpatrick DG, Ruggiero KJ, Acierno R, Saunders BE, Resnick HS, Best CL (2003) Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. J Consult Clin Psychol. 71(4):692-700.

Klevens J & Leeb, RT (2010) Child maltreatment fatalities in children under 5: Findings from the National Violence Death Reporting System. Child Abuse Negl. 34(4):262-6.

Koenen KC, Moffitt TE, Caspi A, Taylor A, Purcell S (2003) Domestic violence is associated with environmental suppression of IQ in young children. Dev Psychopathol. 15(2):297-311.

Krüger A, Brüggemann A, Holst P, Schulte-Markwort M (2006) Psychisch traumatisierte Kinder. Vernetzung unabdingbar. Das Hamburger Modell: Traumapsychologisch fundierte Frühintervention in einer multiprofessionellen Versorgungskette. Dtsch Arztebl 103(34–35):A 2230–1.

Lau AS, Leeb RT, English D, Graham JC, Briggs EC, Brody KE, Marshall JM (2005) What's in a name? A comparison of methods for classifying predominant type of maltreatment. Child Abuse Negl. 29(5):533-51.

Lavigne JV, Gibbons RD, Christoffel KK, Arend R, Rosenbaum D, Binns H, Dawson N, Sobel H, Isaacs, C (1996) Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 35(2):204-14.

Levendosky AA, Bogat GA, Martinez-Torteya C (2013) PTSD Symptoms in Young Children Exposed to Intimate Partner Violence. Violence Against Women. 19(2):187-201.

Lisak D & Luster, L (1994) Educational, occupational, and relationship histories of men who were sexually and/or physically abused as children. J Trauma Stress. 7(4):507-23.

Litrownik AJ, Lau A, English DJ, Briggs E, Newton RR, Romney S, Dubowitz H (2005) Measuring the severity of child maltreatment. Child Abuse Negl. 29(5):553-73.

Litty CG, Kowalski R, Minor S (1996) Moderating effects of physical abuse and perceived social support on the potential to abuse. Child Abuse Negl. 20(4):305-14.

Lonigan CJ, Anthony JL, Shannon MP (1998) Diagnostic efficacy of posttraumatic symptoms in children exposed to disaster. J Clin Child Psychol. 27(3):255-67.

Lu S, Gao W, Wei Z, Wu W, Liao M, Ding Y, Zhang Z, Li L (2013) Reduced cingulate gyrus volume associated with enhanced cortisol awakening response in young healthy adults reporting childhood trauma. PLoS One. 24:8(7).

Lynskey MT & Fergusson DM (1997) Factors protecting against the development of adjustment difficulties in young adults exposed to childhood sexual abuse. Child Abuse Negl. 21(12):1177-90.

McGuigan WM & Pratt CC (2001) The predictive impact of domestic violence on three types of child maltreatment. Child Abuse Negl. 25(7):869-83.

McBride BA, Schoppe SJ, Rane TR (2002) Child Characteristics, Parenting Stress, and Parental Involvement: Fathers Versus Mothers. J Marriage Fam. 64: 998–1011.

Maikovich-Fong AK & Jaffee SR (2010) Sex differences in childhood sexual abuse characteristics and victims' emotional and behavioral problems: findings from a national sample of youth. Child Abuse Negl. 34(6):429-37.

Manly JT, Cicchetti D, Barnett D (1994) The impact of subtype, frequency, chronicity, and severity of child maltreatment on social competence and behavior problems. Development and Psychopathology; 6: 121-143.

Mannarino AP, Cohen JA, Deblinger E, Runyon MK, Steer RA (2012) Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children: sustained impact of treatment 6 and 12 months later. Child Maltreat. 17(3):231-41.

Melnick DM, Maio RF, Blow FC, Hill EM, Wang SC, Pomerantz R, Kane ML, Graham-Bermann S, Weber J, Farber MS J (2002) Prevalence of domestic violence and associated factors among women on a trauma service. Trauma. 53(1):33-7.

Mersky JP, Berger LM, Reynolds AJ, Gromoske AN (2009) Risk factors for child and adolescent maltreatment: a longitudinal investigation of a cohort of inner-city youth. Child Maltreat. 14(1):73-88.

Milner JS, Thomsen CJ, Crouch JL, Rabenhorst MM, Martens PM, Dyslin CW, Guimond JM, Stander VA, Merrill LL (2010) Do trauma symptoms mediate the relationship between childhood physical abuse and adult child abuse risk? Child Abuse Negl. 34(5):332-44.

Molnar BE, Buka SL, Kessler RC (2001) Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. Am J Public Health. 91(5):753-60.

Müller U & Schröttle M (2004) Lebenssituationen, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zur Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Berlin.

National Research Council (1993) Understanding Child Abuse and Neglect. National Academy Press, Washington, DC.

Nilsson D, Gustafsson PE, Svedin CG (2010) Self-reported potentially traumatic life events and symptoms of post-traumatic stress and dissociation. Nord J Psychiatry. 64(1):19-26.

Oerter R, Montada L (2002) Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. Oerter R, Montada L (Hrsg). 5. Auflage, Beltz PVU, Weinheim, 991.

Oswald SH, Goldbeck L (2008) Deutsche Übersetzung des Trauma Exposure/Loss Profile des National Child Traumatic Stress Network. Unveröffentlicht.

Pears KC, Kim HK, Fisher PA (2008) Psychosocial and cognitive functioning of children with specific profiles of maltreatment. Child Abuse Negl. 32(10):958-71.

Pelton LH (1994) The role of material factors in child abuse and neglect. In: Protecting children from abuse and neglect: Foundations for a new national strategy. Melton GB und Barry FD (Hrsg). The Guilford Press, New York, 133.

Perez CM & Widom, C S (1994) Childhood victimization and long-term intellectual and academic outcomes. Child Abuse Negl. 18(8):617-33.

Péréz-Fuentes G, Olfson M, Villegas L, Morcillo C, Wang S, Blanco C (2013) Prevalence and correlates of child sexual abuse: a national study. Compr Psychiatry. 54(1):16-27.

Perry BD, Pollard RA, Blakley TL, Baker WL, Vigilante D (1995) Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and “use-dependent” development of the brain: How “states” become “traits”. Inf Ment Health J. 16: 271-91.

Perry BD (2001) The neurodevelopmental impact of violence in childhood. In: Textbook of Child and Adolescent Forensic Psychiatry. Shetky D and Benedek EP (Hrsg.). American Psychiatric Press Inc., Washington D.C., S. 221-238

Pine DS & Cohen JA (2002) Trauma in children and adolescents: risk and treatment of psychiatric sequelae. Biol Psychiatry. 1:51(7):519-31.

Putnam FW (2003) Ten-year research update review: child sexual abuse. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 42(3):269-78.

Renner LM & Slack KS (2006) Intimate partner violence and child maltreatment: understanding intra- and intergenerational connections. Child Abuse Negl. 30(6):599-617.

Resch F & Brunner R (2004) Dissoziative Mechanismen und Persönlichkeitsentwicklung. In: Dissoziative Bewusstseinsstörungen: Theorie, Symptomatik, Therapie. Eckhardt-Henn A, Hoffmann S (Hrsg). Schattauer, Stuttgart, 74-93.

Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Moorey S, Feder G (2002) Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. BMJ. 324(7332):274.

Riedesser P, Resch F, Adam H (2007) Entwicklungspsychotraumatologie. In: Entwicklungspsychiatrie. Herpetz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M, Warnke A (Hrsg). 2. Auflage, Schattauer, Stuttgart, 279-290.

Rinne-Albers MA, van der Wee NJ, Lamers-Winkelman F, Vermeiren RR (2013) Neuroimaging in children, adolescents and young adults with psychological trauma. Eur Child Adolesc Psychiatry. Online-Veröffentlichung vor Printversion.

Romano E & De Luca LV (1997) Exploring the Relationship Between Childhood Sexual Abuse and Adult Sexual Perpetration. J Fam Violence, 12(1): 85-98.

Rotter, JB (1954) Social learning and clinical psychology. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.

Scheeringa MS, Zeanah CH, Myers L, Putnam FW (2003) New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 42(5):561-70.

Scheeringa MS, Zeanah CH, Cohen JA (2010) PTSD in children and adolescents: toward an empirically based algorithma. Depress Anxiety. 0:1-13.

Schone R et al. (1997) Kinder in Not. Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven sozialer Arbeit. Votum, Münster.

Seidler GH & Wagner FE (2006) Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. Psychol. Med. 36(11):1515–22.

Shapiro F (2007) EMDR and case conceptualization from an adaptive information processing perspective. In: Handbook of EMDR and family therapy processes. Shapiro F, Kaslow FW und Maxfield L (Hrsg). Wiley & Sons Inc., Hoboken, NJ, 3-34.

Sidebotham P (2001) An Ecological Approach to Child Abuse: a Creative Use of Scientific Models in Research and Practice. Child Abuse Review 10: 97–112.

Sidebotham P & Heron J (2006) Child maltreatment in the "children of the nineties": a cohort study of risk factors. Child Abuse Negl. 30(5):497-522.

Simons M, Herpetz-Dahlmann B (2008) Posttraumatische Belastungsstörung. In: Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Remschmidt H, Mattejat F, Warnke A (Hrsg). Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 390.

Sousa C, Herrenkohl TI, Moylan CA, Tajima EA, Klika JB, Herrenkohl RC, Russo MJ (2011) Longitudinal Study on the Effects of Child Abuse and Children's Exposure to Domestic Violence, Parent-Child Attachments, and Antisocial Behavior in Adolescence. J Interpers Violence. 26(1):111-36.

Spencer N, Wallace A, Sundrum R, Bacchus C, Logan S (2006) Child abuse registration, fetal growth, and preterm birth: a population based study. J Epidemiol Community Health. 60(4):337-40.

Stein MB, Jang KL, Taylor S, Vernon PA, Livesley WJ (2002) Genetic and environmental influences on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: a twin study. Am J Psychiatry. 159(10):1675-81.

Stein DJ, Ipser JC, Seedat S (2006) Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database Syst Rev. 25(1):CD002795.

Sternberg KJ, Lamb ME, Guterman E, Abbott CB (2006) Effects of early and later family violence on children's behavior problems and depression: a longitudinal, multi-informant perspective. Child Abuse Negl. 30(3):283-306.

Stephens DL (1999) Battered Women's Views of Their Children. Interpers Violence 14: 731-746.

Streeck-Fischer A (2005) Trauma und Entwicklung. In: Kursbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hrsg. Resch F, Schulte-Markwort M, Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim, 92-103.

Streeck-Fischer A & van der Kolk B (2000) Down will come baby, cradle and all: Diagnostic and therapeutic implications of chronic trauma on child development. Aust N Z J Psychiatry. 34(6):903-918.

Styron T & Janoff-Bulman R (1997) Childhood attachment and abuse: long-term effects on adult attachment, depression, and conflict resolution. Child Abuse Negl. 21(10):1015-23.

Sugaya L, Hasin DS, Olfson M, Lin KH, Grant BF, Blanco C (2012) Child physical abuse and adult mental health: a national study. J Trauma Stress. 25(4):384-92.

Teicher, MH (2002). Wounds that time won't heal: The neurobiology of child abuse. Scientific American. 2: 50-67.

Terr LC (1991) Childhood traumas: an outline and overview. Am J Psychiatry. 148(8):1102-3.

Thornberry TP, Ireland TO, Smith CA (2001) The importance of timing: the varying impact of childhood and adolescent maltreatment on multiple problem outcomes. Dev Psychopathol. 13(4):957-79.

Tremblay C , Hébert M, Piché C (2008) Type I and Type II Posttraumatic Stress Disorder in Sexually Abused Children, J Child Sex Abuse. 9(1): 65-90.

Tröster H & Reineke D (2007) Prävalenz von Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten im Kindergartenalter. Kindh Entwickl. 16: 171-179

Turner HA, Finkelhor D, Ormrod R (2010) Poly-victimization in a national sample of children and youth. Am J Prev Med. 38(3):323-30.
Tursz A (2010) Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France. Paris. Tursz A (Hrsg.)

Tursz A (2011) Facteurs de risque de la maltraitance dans l'enfance. Rev Prat. 61(5):658-60.

Udwin O, Boyle S, Yule W, Bolton D, O'Ryan D (2000) Risk factors for long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: predictors of post traumatic stress disorder. J Child Psychol Psychiatry. 41(8):969-79.

US Department of Health and Human Services (1999) Child Maltreatment 1997: Reports from the States to the National Child Abuse and Neglect Data System. U.S. Government Printing Office, Washington DC.

Van der Kolk BA (1994) The Body Keeps The Score: Memory & the Evolving Psychobiology of Post Traumatic Stress. Harvard Rev Psychiat. 1(5):253-265.

Van der Kolk B A, Dreyfuss D, Michaels M, Shera D, Berkowitz R, Fisler R, Saxe G (1994) Fluoxetine in posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry. 55(12):517-22.

Van der Kolk BA, Fisler R (1995) Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. J Trauma Stress. 9:505-525.

Van der Kolk BA (2005) Developmental trauma disorder: Towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories. Psychiatric Annals 35, 401-408.

Van der Kolk BA, Pynoos RS, Cicchetti D, Cloitre M et al. (2009) Proposal to include a Developmental Trauma Disorder Diagnosis for children and adolescents in DSM-V. Unpublished manuscript.

Vernberg EM, Silverman WK, La Greca AM, Prinstein MJ (1996) Prediction of posttraumatic stress symptoms in children after hurricane Andrew. J Abnorm Psychol. 105(2):237-48

Warren JI, Loper AB, Komarovskaya I (2009) Symptom patterns related to traumatic exposure among female inmates with and without a diagnosis of posttraumatic stress disorder. J Am Acad Psychiatry Law. 37(3):294-305.

WHO (2005) Multi-country study on women’s health and domestic violence against women: summery report of initial results on prevalence, health outcomes and women’s responses. Geneva, World Health Organisation.

Williams J & Nelson-Gardell D (2012) Predicting resilience in sexually abused adolescents. Child Abuse Negl. 36(1):53-63.

Wolfe DA, Crooks CV, Lee V, McIntyre-Smith A, Jaffe PG (2003) The effects of children's exposure to domestic violence: a meta-analysis and critique. Clin Child Fam Psychol Rev. 6(3):171-87.

Yule W (1994) Post-traumatic stress disorders. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L (Hrsg). Child and Adolescent Psychiatry: Modern approaches. 3. Auflage, Oxford, Blackwells, 392-406.

Zuravin, S. J. (1988). Child maltreatment and teenage first births: A relationship mediated by chronic sociodemographic stress? Am J Orthopsychiat. 58: 91-103.

Internetquellen:

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2013) Durchschnittliches Alter der Mütter bei Geburt ihrer ehelichen bzw. nichtehelichen Kinder in Deutschland, West- und Ostdeutschland, 1990, 2000 und 2011. [Online im Internet.] URL: http://www.bib-demografie.de/DE/ZahlenundFakten/06/Abbildungen/a_06_17_durchschnittl_alter_muetter_geburt_ehel_nichtehel_kinder_d_w_o_1990_2000_2011.html;jsessionid=36DDEA63BDDCECB6DF7615BB6FD48F3D.2_cid284?nn=3071458 [Stand:11.11.2013, 16:30].

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachschaften (2008) Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. [Online im Internet]. URL:http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/071003_S2_Kindesmisshandlung_und_Vernachlaessigung_09-2008_12-2012.pdf [Stand: 08.11.2013, 13:01].

Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (2006) Hamburger Leitfaden für Arztpraxen, Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. [Online im Internet.] URL:http://www.hamburg.de/contentblob/116922/data/gewalt-gegen-kinder.pdf [Stand: 11.11.2013, 11:00].

Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Schule und Berufsbildung (2010) Hamburger Schulstatistik im Überblick. Schulen, Klassen, Schülerinnen und Schüler in Hamburg. Hamburg [Online im Internet.] URL: http://www.hamburg.de/contentblob/2191076/data/pdf-gesamtinfo-ueberblick-2009-10.pdf [Stand: 08.09.2013, 14:45] 11-12.

Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes: Kindesmisshandlung (nach § 225 StGB). [Online im Internet.] URL: http://www.polizei-beratung.de/datenbanken/infografiken/download/Kindesmisshandlung_PKS2012.pdf [Stand: 05.12.2013 15:37].

Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes: Sexueller Missbrauch von Kindern. [Online im Internet.]URL: http://www.polizeiberatung.de/opferinformationen/sexueller-missbrauch-von-kindern.html [Stand: 05.12.2013, 23:25].
Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (2012) Neues Kinderschutzgesetz eingeführt. Berlin [Online im Internet.]

URL:http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2012/01/2012-01-03-kinderschutz.html [Stand: 05.10.2013, 16:10].

Statistisches Bundesamt, Fachserie 11, Reihe 1 (Jahre 1995/96, 2000/01, 2004/05 und 2007/08), zitiert nach Klemm K, Bertelsmann Stiftung (2009) Gütersloh [Online im Internet.] URL: http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_29361_29362_2.pdf [Stand: 06.10.2013, 20:34].

Statistisches Bundesamt (2009) Zahl der binationalen Paare hat sich seit 1996 fast verdoppelt. [Online im Internet.] URL:https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/zdw/2009/PD09_038_p002.html [Stand: 12.11.2013, 17:30].

Statistisches Bundesamt (2011) Wie leben Kinder in Deutschland? [Online im Internet.] URL:https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2011/Mikro_Kinder/pressebroschuere_kinder.pdf?__blob=publicationFile [12.11.2013, 10:15].

Statistisches Bundesamt (2013) Scheidungsquote in Deutschland von 1960 bis 2012. [Online im Internet.]URL:http://de.statista.com/statistik/daten/studie/76211/umfrage/scheidungsquote-von-1960-bis-2008/ [Stand:12.11.2013, 17:10].

Statistisches Bundesamt (2013) Weniger Ehescheidungen im Jahr 2012. [Online im Internet.] URL:https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Ehescheidungen/Aktuell.html [Stand: 12.11.2013, 16.45].

UNICEF Deutschland (2003) Jedes Jahr sterben in den Industrieländern 3500 Kinder an Misshandlungen. [Online im Internet.] URL: http://www.unicef.de/presse/pm/2003/jedes-jahr-sterben-in-den-industrielaendern-3500-kinder-an-misshandlungen/ [Stand: 29.11.2010 13:40].

Unicef (2011) Augen öffnen für alltägliche Gewalt. UNICEF Deutschland und UN-Sonderbeauftragte fordern mehr Aufmerksamkeit und Gehör für bedrohte Kinder. [Online im Internet.] URL: http://www.unicef.de/presse/2011/unicef-report-2011/ [Stand: 14.08.2013, 11:13].

WHO (2005) Landmark study on domestic violence. [Online im Internet.] URL: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr62/en/ [Stand: 30.11.2010, 12:30].

WHO Media Centre (2010) Child Maltreatment, Fact sheet Nr. 150 [Online im Internet.] URL: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/index.html [Stand: 29.11. 2010, 11:40].

WHO (2012) Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth, New York [Online im Internet.] URL: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon_countryranking.pdf [Stand: 11.11.2013, 10:15].

WHO (2013) Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women. Fact sheet N°239. [Online im Internet.] URL: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/ [Stand: 09.11.2013, 14:16].

8 Lebenslauf

entfällt aus datenschutzrechtlichen Gründen.

9 Anhang

9.1 Fragebogen

Fragebogen zur Datenerhebung

(Daten aus kinder- und jugendpsychiatrischer Vorstellung (Arztbrief) sowie ggf. rechtsmedizischem Bericht und „kein Bedarf"- Datenbank)

I. Persönliche Patientendaten *Pat.code:* _____

1. Nachname: _____
2. Vorname: _____
3. Geburtsdatum: _____
4. Alter bei Erstvorstellung: ___ Jahre
5. Geschlecht: männlich 0 ☐
   weiblich 1 ☐

II. Vorstellung in der Sprechstunde Gewalt und Trauma

1. Überweisungsdatum: _____

2. Datum des Erstgesprächs _____

Falls kein Datum vorhanden, aus welchem Grund?

- kein Bedarf ☐ 0
- stationäre(r) Patient(in) ☐ 1
- unbekannt ☐ 2

2.a) *Bei „kein Bedarf"-Fällen auszufüllen:*

___/___/20___ gesagt von: _____

Aus welchem Grund fand keine Vorstellung statt?

- keine Symptome ☐ 10
- in Begutachtung ☐ 11
- in ambulanter therapeutischer Behandlung ☐ 4
- nicht erreichbar/nicht zurückgemeldet ☐ 3
- kein Bedarf nach Therapeuteneinschätzung ☐ 1
- kein Bedarf nach Einschätzung der Eltern ☐ 2
- Absage der Termine/nicht erschienen ☐ 5
- in stationärer Behandlung ☐ 6
- Patient(in) über 18 Jahre alt ☐ 7
- unbekannter Grund ☐ 0
- Sonstiges ☐ 12

3. Handelt es sich um eine Notfallvorstellung?

- ja ☐ 1
- nein ☐ 0

4. Wer hat das Kind an die Sprechstunde verwiesen?

- KJP ☐ 0
- KinderKOMPT ☐ 1
- Kinderklinik UKE ☐ 2
- niedergelassener Kollege ☐ 3
- Eltern ☐ 4
- ASD (Jugendamt) ☐ 5
- Kriseninterventionszentrum ☐ 6
- weißer Ring ☐ 7
- Polizei ☐ 8
- Schule ☐ 10
- Sonstige Person/Institution ☐ 11

4.a) *Bei Überweisung durch KinderKOMPT:*

- Wurde der Überweisungsgrund des Instituts für Rechtsmedizin bestätigt?

nein ☐ 0
ja ☐ 1

- Liegt ein rechtsmedizinischer Bericht vor?

nein ☐ 0
ja ☐ 1

4.b) *Bei Vorliegen eines rechtsmedizinischen Berichtes auszufüllen:*

1) Wurden körperliche Verletzungen festgestellt?

nein ☐ 0
ja ☐ 1

2) Welches Ereignis war Anlass der Vorstellung bei KinderKOMPT?
Bitte falls applizierbar jeweils angeben, ob der Verdacht besteht oder das Ereignis sicher passiert ist und ob es als Zeuge, Opfer oder Täter erlebt wurde sowie wer der Tatverdächtige war.

körperliche Misshandlung ☐
V.a. ☐ 1
sicher ☐ 2
Opfer ☐ 1
Zeuge ☐ 2
Täter ☐ 3
Tatverdächtiger war: _____

sexuelle Misshandlung ☐
V.a. ☐ 1
sicher ☐ 2
Opfer ☐ 1
Zeuge ☐ 2
Täter ☐ 3
Tatverdächtiger war: _____

häusliche Gewalt
V.a. ☐ 1
sicher ☐ 2
Opfer ☐ 1
Zeuge ☐ 2
Täter ☐ 3
Tatverdächtiger war: _____

Überfall ☐
Opfer ☐ 1
Zeuge ☐ 2
Täter ☐ 3
Tatverdächtiger war: _____

Vernachlässigung ☐
V.a. ☐ 1
sicher ☐ 2

sonstiges: _____ ☐

3) Mit wem erschien das Kind zur rechtsmedizinischen Untersuchung?

allein ☐ 0
mit _____

unbekannt ☐ 9

5. Durch wen erfolgte der telefonische Kontakt?

Dr. K. Stellermann ☐ 0
Dr. N. Jahnke ☐ 1
H. Nebelsieck ☐ 2
A. Brüggemann ☐ 3
andere: _____ ☐ 4

Tel. Kontakt: ___/___/20___ mit:_____

Tel. Kontakt: ___/___/20___ mit:_____

Tel. Kontakt: ___/___/20___ mit:_____

Brief: ___/___/20___

an:_____

6. Wer wurde in der Sprechstunde vorgestellt?

nur ein/beide Elternteil(e) ☐ 0
das Kind ohne Eltern (ggf. mit anderem Erwachsenen) ☐ 1
das Kind mit einem/beiden Elternteil(en) ☐ 2

7. Gab es eine Zweitvorstellung?

nein ☐ 0
ja ☐ 1

8. Wie viele Termine wurden wahrgenommen?

keiner ☐ 0
1-5 ☐ 1
6-10 ☐ 2
>10 ☐ 3

9. Wurden Termine verpasst?

nein ☐ 0
ja ☐ 1
unbekannt ☐ 9

10. Wann war der letzte Termin? _____

III. Lebensumstände des Kindes

1.1.1. Welche Institution besucht das Kind?

keine ☐ 0
Krippe ☐ 1
Kindergarten ☐ 2
Sonderkindergarten ☐ 3
Vorschule ☐ 4
Schule unbekannter Art ☐ 5
Grundschule ☐ 6
Hauptschule ☐ 7
Realschule ☐ 8
Gymnasium ☐ 10
Sonder- /Förderschule ☐ 11
Gesamtschule ☐ 14
Berufsschule/Ausbildung ☐ 12
berufstätig ☐ 13
zurzeit nicht beschulbar ☐ 15
unbekannt ☐ 9

1.1.2. Wann fand die Einschulung des Kindes statt?

noch nicht	☐	0
zeitgerecht	☐	1
verzögert	☐	2
vorzeitig	☐	3

1.1.3. Wie war die Schullaufbahn (bisher)?

noch nicht eingeschult	☐	0
regelrecht	☐	1
einmal Klasse wiederholt	☐	2
mehrmals Klassen wiederholt	☐	3
umgeschult	☐	4
Wiederholung und Umschulung	☐	5
von der Regelschule ausgeschlossen	☐	6

1.1.4. Was ist der höchste Schulabschluss des Kindes?

trifft alters- /schulbedingt nicht zu	☐	0
keiner	☐	1
Sonderschule	☐	2
Hauptschulabschluss	☐	3
Realschulabschluss	☐	4
Fachabitur	☐	5
Abitur	☐	6

1.1.5. Wo wohnt das Kind?

bei den Eltern	☐	0
bei der Mutter	☐	1
beim Vater	☐	2
bei Verwandten	☐	3
bei Pflegeeltern	☐	12
Lebensgemeinschaft/Wohneinrichtung	☐	4
Therapieeinrichtung	☐	5
wohnt allein	☐	6
mit Partner	☐	7
private WG	☐	8
Notunterkunft (z.B. Frauenhaus)	☐	10
kein fester Wohnsitz	☐	11

1.1.6. Welche (nicht in anderen Fragen erfassten) Risikofaktoren des Kindes liegen vor?

keine	☐	0
Frühgeburtlichkeit/niedriges Geburtsgewicht	☐	1
schwieriges Temperament/Verhaltensstörungen	☐	3
Behinderung	☐	4

1.1.7. Welche (nicht in anderen Fragen erfassten) Risikofaktoren der Umgebung liegen vor?

keine	☐	0
soziale Isolation/wenig soziale Unterstützung	☐	1
hohe Arbeitslosen- und /oder Armutsrate	☐	2

8. Liegt unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung vor?

nein	☐	0
ja	☐	1

9. Welche Vorsorgeuntersuchungen (gelbes Kinder-Untersuchungsheft) haben stattgefunden und gab es Auffälligkeiten?

U1	nein	☐	0
	ja	☐	1

	Auffälligkeit	☐ 2
	unbekannt	☐ 9
U2	nein	☐ 0
	ja	☐ 1
	Auffälligkeit	☐ 2
	unbekannt	☐ 9
U3	nein	☐ 0
	ja	☐ 1
	Auffälligkeit	☐ 2
	unbekannt	☐ 9
U4	nein	☐ 0
	ja	☐ 1
	Auffälligkeit	☐ 2
	unbekannt	☐ 9
U5	nein	☐ 0
	ja	☐ 1
	Auffälligkeit	☐ 2
	unbekannt	☐ 9
U6	nein	☐ 0
	ja	☐ 1
	Auffälligkeit	☐ 2
	unbekannt	☐ 9
U7	nein	☐ 0
	ja	☐ 1
	Auffälligkeit	☐ 2
	unbekannt	☐ 9
U8	nein	☐ 0
	ja	☐ 1
	Auffälligkeit	☐ 2
	unbekannt	☐ 9
U9	nein	☐ 0
	ja	☐ 1
	Auffälligkeit	☐ 2
	unbekannt	☐ 9
U10	nein	☐ 0
	ja	☐ 1
	Auffälligkeit	☐ 2
	unbekannt	☐ 9
U11	nein	☐ 0
	ja	☐ 1
	Auffälligkeit	☐ 2
	unbekannt	☐ 9

IV. Eltern und Geschwister

1. Wer ist die weibliche Bezugsperson des Kindes?

keine	☐ 0
leibliche Mutter	☐ 1
Stiefmutter (neue Partnerin des Vaters)	☐ 2
Adoptivmutter	☐ 3
Pflegemutter	☐ 4
Großmutter	☐ 5
andere Verwandte	☐ 6
Betreuerin (z.B. Lebensgemeinschaft)	☐ 7

2. Wer ist die männliche Bezugsperson des Kindes?

keine	☐ 0
leiblicher Vater	☐ 1
Stiefvater (neuer Partner der Mutter)	☐ 2

Adoptivvater ☐ 3
Pflegevater ☐ 4
Großvater ☐ 5
anderer Verwandter ☐ 6
Betreuer (z.B. Lebensgemeinschaft) ☐ 7

3. Wie alt war die Kindsmutter bei Geburt? ___ Jahre

4. Leben beide Eltern des Kindes?

beide Eltern leben ☐ 0
nur die Mutter lebt ☐ 1
nur der Vater lebt ☐ 2
kein Elternteil lebt ☐ 3

5. Wie ist der Beziehungsstatus der Eltern?

leben zusammen ☐ 0
leben getrennt ☐ 1
durch Tod getrennt ☐ 2
haben nie zusammengelebt ☐ 3
nicht applizierbar (z.B. beide Eltern verstorben) ☐ 4

6. Welchem Land entstammt der Kindsvater?

Deutschland ☐ 0
Türkei ☐ 1
anderes, bitte angeben: _____

7. Welchem Land entstammt die Kindsmutter?

Deutschland ☐ 0
Türkei ☐ 1
anderes, bitte angeben: _____ ☐

8. Sind die Eltern binational, bzw. stammen sie aus unterschiedlichen Ländern?

nein ☐ 0
ja ☐ 1

9. Liegt bei der Familie ein Migrationshintergrund vor (d.h. mindestens ein Elternteil ist nicht deutscher Abstammung)?

nein ☐ 0
ja ☐ 1

10. Welcher Religion gehört der Kindsvater an?

atheistisch ☐ 0
Christentum ☐ 1
Islam ☐ 2
anderer Religion ☐ 3
unbekannt ☐ 9

11. Welcher Religion gehört die Kindsmutter an?

atheistisch ☐ 0
Christentum ☐ 1
Islam ☐ 2
anderer Religion ☐ 3
unbekannt ☐ 9

12. Wie hoch ist der Bildungsgrad der Kindsmutter?

keiner ☐ 0
Sonderschule ☐ 1
Hauptschulabschluss ☐ 2
Realschulabschluss ☐ 3
Fachabitur ☐ 4
Abitur ☐ 5

Hochschulabschluss ☐ 6
unbekannt ☐ 9

13. Welchen Beruf übt die Kindsmutter aus? _____

14. Welchen Beruf übt der Kindsvater aus? _____

15. Welchen Umfang hat die Erwerbstätigkeit der Kindsmutter?

im Haushalt tätig ☐ 0
arbeitslos ☐ 1
Hartz-IV-Empfängerin ☐ 8
in beruflicher Ausbildung ☐ 6
Minijob ☐ 5
geringfügig erwerbstätig ☐ 4
teilzeitbeschäftigt ☐ 3
voll erwerbstätig ☐ 2
nicht applizierbar (z.B. verstorben) ☐ 7

16. Welchen Umfang hat die Erwerbstätigkeit des Kindsvaters?

im Haushalt tätig ☐ 0
arbeitslos ☐ 1
Hartz-IV-Empfänger ☐ 8
in beruflicher Ausbildung ☐ 6
Minijob ☐ 5
geringfügig erwerbstätig ☐ 4
teilzeitbeschäftigt ☐ 3
voll erwerbstätig ☐ 2
nicht applizierbar (z.B. verstorben) ☐ 7

17. Liegen bei der Kindsmutter Gewalterfahrungen in der Kindheit vor und wenn ja, welche?

nein ☐ 0
ja *(bitte spezifizieren)*
körperliche Misshandlung ☐ 1
emotionale Misshandlung ☐ 2
sexuelle Misshandlung ☐ 3
häusliche Gewalt ☐ 4
andere/nicht spezifiziert ☐ 5
unbekannt ☐ 9

18. Welche weiteren Risikofaktoren liegen (lagen) bei der Kindsmutter vor?

keine ☐ 0
körperliche Erkrankung(en) ☐ 1
psychische Erkrankungen *(bitte spezifizieren)* ☐ 2
Alkoholabusus ☐ 3
Substanzenabusus ☐ 4
PTBS ☐ 5
sonstige: _____ ☐ 6
Delinquenz ☐ 7
sonstige: _____

19. Liegen beim Kindsvater Gewalterfahrungen in der Kindheit vor und wenn ja, welche?

nein ☐ 0
ja *(bitte spezifizieren)*
körperliche Misshandlung ☐ 1
emotionale Misshandlung ☐ 2
sexuelle Misshandlung ☐ 3
häusliche Gewalt ☐ 4

andere/nicht spezifiziert ☐ 5
unbekannt ☐ 9

20. Welche weiteren Risikofaktoren liegen (lagen) beim Kindsvater vor?

keine ☐ 0
körperliche Erkrankung(en) ☐ 1
psychische Erkrankungen *(bitte spezifizieren)* ☐ 2
Alkoholabusus ☐ 3
Substanzenabusus ☐ 4
PTBS ☐ 5
sonstige: _____ ☐ 6
Delinquenz ☐ 7
sonstige: _____

21. Wie viele leibliche Geschwister hat das Kind?

Einzelkind ☐ 0
ein Geschwisterkind ☐ 1
mehrere Geschwisterkinder ☐ 2

22. Wie viele Halbgeschwister hat das Kind?

keine ☐ 0
ein Halbgeschwister ☐ 1
mehrere Halbgeschwister ☐ 2

23. Welche Stellung hat das Kind in der Geschwisterreihe?

Einzelkind ☐ 0
jüngstes Kind ☐ 1
mittleres Kind ☐ 2
ältestes Kind ☐ 3
Zwilling ☐ 4

24. Mit wie vielen anderen Kindern lebt das Kind zusammen?

mit ___ Kind(ern)

V. Traumatische(s) Ereignis(se)

1. Welches potentiell traumatische Ereignis hat zur Vorstellung in der Sprechstunde Gewalt und Trauma geführt?

Bitte falls applizierbar jeweils angeben, ob der Verdacht besteht oder das Ereignis sicher passiert ist und ob es als Zeuge, Opfer oder Täter erlebt wurde sowie wer der Tatverdächtige war.

kein spezielles Ereignis ☐ 0

körperliche Misshandlung ☐
V.a. ☐ 1
sicher ☐ 2
Opfer ☐ 1
Zeuge ☐ 2
Täter ☐ 3
Tatverdächtiger war: _____

sexuelle Misshandlung ☐
V.a. ☐ 1
sicher ☐ 2
Opfer ☐ 1
Zeuge ☐ 2
Täter ☐ 3

Tatverdächtiger war: _____

emotionale Misshandlung ☐
- V.a. ☐ 1
- sicher ☐ 2
- Opfer ☐ 1
- Zeuge ☐ 2
- Täter ☐ 3
- Tatverdächtiger war: _____

häusliche Gewalt ☐
- V.a. ☐ 1
- sicher ☐ 2
- Opfer ☐ 1
- Zeuge ☐ 2
- Tatverdächtiger war: _____

Unfall (inkl. Brände) ☐ 1

Todesfall ☐ 1
- Verstorbener: _____

Überfall ☐ 1
- Opfer ☐ 0
- Zeuge ☐ 1
- Täter ☐ 2
- Tatverdächtiger war: _____

Vernachlässigung ☐ 1
- V.a ☐ 0
- sicher ☐ 1

Trennung von einer Bezugsperson ☐ 1

sonstiges: _____ ☐

2. Gab bzw. gibt es im Leben des Kindes weitere Ereignisse oder Zustände, die potentiell traumatisierend wirken und wenn ja, wann?
Bitte das TRAUMA/LOSS EXPOSURE PROFILE ausfüllen (S. 10).

3. Welcher Typ Trauma nach Terr liegt vermutlich vor?
- Trauma Typ I ☐ 1
- Trauma Typ II ☐ 2

4. Wieviele Traumatypen liegen vor?
- ein Traumatyp ☐ 1
- 2 Traumatypen ☐ 2
- 3 Traumatypen ☐ 3
- 4 Traumatypen ☐ 4
- > 4 Traumatypen ☐ 5

5. Handelt es sich um einen einmaligen Vorfall oder ein chronisches Erlebnis?
- einmaliger Vorfall ☐ 1
- chronisches Erlebnis ☐ 2

TRAUMATYP	Traumamerkmale		Primärer Behandlungsfokus	Alter bei Erleben des Ereignisses																			
Chronisch/wiederholt			☐	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Vernachlässigung/ Misshandlung	☐ körperlich ☐ emotional	☐ Opfer ☐ Zeuge	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sexueller Missbrauch	☐ Penetration ☐ außer-familiär ☐ intra-familiär ☐ Strafanzeige	☐ Opfer ☐ Zeuge	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Körperliche Misshandlung	☐ ernsthafte Verletzung ☐ Waffe verw. ☐ Strafanzeige	☐ Opfer ☐ Zeuge	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Emotionale Misshandlung	☐ Substanzabusus der Bezugsperson	☐ Opfer ☐ Zeuge	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Häusliche Gewalt	☐ Waffe verwendet ☐ Strafanzeige ☐ Ernsthafte Verletzung ☐ Verurteilung des Täters	☐ Opfer ☐ Zeuge	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gewalt im sozialen Umfeld	☐ Jugendbanden ☐ Schwerkriminalität ☐ Drogenhandel		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Krieg/Bürgerkrieg/ pol. Verfolgung	☐ _____		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lebensgefährdende körperliche Erkrankung	☐ _____		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Umschrieben			☐	Alter bei Erleben des Ereignisses																			
Schwerer Unfall	☐ Kraftfahrzeug ☐ hospitalisiert ☐ Hundebiss ☐ _____	☐ Opfer ☐ Zeuge	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gewalt in der Schule	☐ Schießerei ☐ Mobbing ☐ Suizid ☐ Überfall	☐ Opfer ☐ Zeuge	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Naturkatastrophen	☐ Erdbeben ☐ Hochwasser ☐ Hurrikan ☐ Tornado ☐ Feuer ☐ _____	☐ Verlust des Zuhauses ☐ verletzt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Terrorismus	☐ konventionelle Waffe ☐ Biologische ☐ Chemische ☐ Radiologische		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Entführung		☐ Opfer ☐ Zeuge	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sexuelle Nötigung/ Vergewaltigung	☐ Waffe verwendet ☐ Fremder ☐ Vergewaltigung nach der Verabredung ☐ Strafverfolgung	☐ Opfer ☐ Zeuge	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Interpersonelle Gewalt	☐ Raub ☐ Überfall ☐ Tötung ☐ Suizid ☐ Suizidversuch ☐ Mobbing/ Diskriminierung	☐ Opfer ☐ Zeuge	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Verlust/Trennungen				Alter bei Erleben des Ereignisses																			
Traumatischer Todesfall	☐ Elternteil ☐ Geschwister ☐ Freund ☐ Primäre Betreuungsperson ☐ Andere Verwandte	☐ Gewalt ☐ Unfall ☐ Krankheit ☐ Naturkat. ☐ Terrorism.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Scheidung			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fremdunterbringung/ Entwurzelung	☐ Pflegefamilie ☐ Flüchtlinge ☐ Eltern inhaftiert ☐ Eltern hospitalisiert		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

VI. Symptome

1. Welche Symptomatik zeigt das Kind?
(bei Auswahl eines Hauptsymptomkomplexes ggf. Unterkategorie der Manifestationsart wählen)

keine Symptome		☐	0
Intrusionen		☐	1
genauer:	eindringliche Erinnerungen/Träume	☐	1
	traumatisches Spiel (kl. Kinder)	☐	1
	Flashbacks	☐	1
	Alpträume (kl. Kinder)	☐	1
Numbing		☐	1
genauer	Vermeidungsverhalten	☐	1
	verminderte(s) Interesse/Teilnahme	☐	1
	eingeschränkte Bandbreite d. Affektes	☐	1
	Dissoziation	☐	1
Hyperarousal		☐	1
genauer:	Schlafschwierigkeiten	☐	1
	externalisierendes Verhalten	☐	1
	Konzentrationsschwierigkeiten	☐	1
regressives Verhalten		☐	1
Ängste		☐	1
Somatisierung		☐	1

2. Wie ist der Affekt des Kindes?

euthym	☐	0
depressiv herabgestimmt	☐	1

3. Konnte eine Verbesserung der Symptomatik im Verlauf der Termine festgestellt werden? ☐ 0

nicht applizierbar (z.B. nur ein Termin)	☐	0
leichte Verbesserung	☐	1
deutliche Verbesserung	☐	2
keine Verbesserung	☐	3

VII. Diagnose(n)

1. *Für die Hauptdiagnose des Kindes auszufüllen (Achse I)*
*(entweder Diagnose bei 1a **oder** 1b auswählen)*

1.a) Welche traumaspezifische Hauptdiagnose nach ICD-10 hat das Kind bekommen?

keine	☐	0
akute Belastungsreaktion (inkl. Z.n.) F 43.0	☐	1
Anpassungsstörung F 43.2	☐	
falls näher spezifiziert, welche Unterform?		
nicht näher spezifiziert	☐	2
mit kurzer depressiver Reaktion F 43.20	☐	3
mit längerer depressiver Reaktion F 43.21	☐	4
mit Angst und depressiver Reaktion gemischt F 43.22	☐	5
mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen 43.23	☐	6
ggf. genauer: _____		
mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens F. 43.24	☐	7
mit gemischter Strörung von Gefühlen und Sozialverhalten F. 43.25	☐	8
mit sonstigen spezifischen deutlichen Symptomen F 43.28	☐	10
ggf. genauer: _____		
posttraumatische Belastungsstörung F 43.1	☐	3

1.b) Welche sonstige Hauptdiagnose (erste Diagnose der Achse I) nach ICD-10 hat das Kind bekommen?

keine	☐	0
ADHS	☐	1
emotionale Problematik des Kindesalters	☐	2
Störung des Sozialverhaltens	☐	5
sekundäre Enuresis	☐	3
sekundäre Enkopresis	☐	13
Ticstörung	☐	4
depressive Episode	☐	7
reaktive Bindungsstörung	☐	10
(Entwicklung oder Bestehen einer) Persönlichkeitsstörung	☐	6
sonstige: _____	☐	12

2. Welche 2. Diagnose hat das Kind bekommen?

keine	☐	0
ADHS	☐	1
emotionale Problematik des Kindesalters	☐	2
Störung des Sozialverhaltens	☐	5
sekundäre Enuresis	☐	3
sekundäre Enkopresis	☐	13
Ticstörung	☐	4
depressive Episode	☐	7
reaktive Bindungsstörung	☐	10
(Entwicklung oder Bestehen einer) Persönlichkeitsstörung	☐	6
sonstige: _____	☐	12

3. Welche 3. Diagnose hat das Kind bekommen?

keine	☐	0
ADHS	☐	1
emotionale Problematik des Kindesalters	☐	2
Störung des Sozialverhaltens	☐	5
sekundäre Enuresis	☐	3
sekundäre Enkopresis	☐	13
Ticstörung	☐	4
depressive Episode	☐	7
reaktive Bindungsstörung	☐	10
(Entwicklung oder Bestehen einer) Persönlichkeitsstörung	☐	6
sonstige: _____	☐	12

4. Ist die Diagnose DTD hier denkbar?

nein	☐	0
ja	☐	1
nicht beurteilbar	☐	2

5. Wie ist der Entwicklungszustand des Kindes? (Achse II)

nach klinischem Eindruck guter Entwicklungszustand	☐	0
Entwicklungsstörung der motorischen Funktion	☐	1
Sprachentwicklungsstörung	☐	3
Entwicklungsstörung der Wahrnehmung	☐	6
auditive Merkschwäche	☐	8
Rechenstörung	☐	5
Entwicklungsstörungen schulischer Fähigkeiten	☐	2
andere Entwicklungsstörung: _____	☐	7

6. Wie ist das Intelligenzniveau des Kindes? (Achse III)?

nach klinischem Eindruck unterdurchschnittlich	☐	0
nach klinischem Eindruck durchschnittlich	☐	1
nach klinischem Eindruck überdurchschnittlich	☐	2

7. Bestehen bei dem Kind körperliche Erkrankungen und wenn ja, welche (Achse IV)?

nein	☐	0
ja: _____	☐	1

8. Bestehen/bestanden abweichende psychosoziale Umstände (Achse V)?

nein	☐	0
ja, einer	☐	1
ja, mehrere	☐	2

9. Wie ist die Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung (Achse VI) bei Erstkontakt?

gute soziale Anpassung	☐	0
mäßige soziale Anpassung	☐	3
leichte soziale Beeinträchtigung	☐	4
mäßige soziale Beeinträchtigung	☐	1
ernsthafte soziale Beeinträchtigung	☐	2
ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigung	☐	5
funktionsunfähig	☐	6

VIII. Therapie / Interventionen

1. Wurde das Kind in der Vergangenheit bereits psychotherapeutisch behandelt?

nein	☐	0
ja	☐	1
unbekannt	☐	9

2. Wurde/wird das Kind bereits medikamentös behandelt?

nein	☐	0
ja, mit _____	☐	1
unbekannt	☐	9

3. Wie hoch war das Ausmaß der Therapie in der Sprechstunde Trauma und Gewalt?

nur diagnostische Termine	☐	0
langfristige Begleitung	☐	1

4. Gab es eine Krisenintervention?

ja, ambulant	☐	1
ja, stationär (wo?): _____	☐	2
nein	☐	0

5. Gab es eine sozial psychiatrische Begleitung?

Patient	☐	1
Familie	☐	2
andere	☐	3

6. Hat eine Psychoedukation stattgefunden?

ja, Patient	☐	1
ja, Familie	☐	2
ja, andere:_____	☐	3
nein	☐	0
unbekannt	☐	9

7. Hat eine Gruppenpsychoedukation stattgefunden?

ja, Patient	☐ 1
ja, Familie	☐ 2
ja, andere:_____	☐ 3
nein	☐ 0
unbekannt	☐ 9

8. Welche (weitere) Therapie/Intervention ist indiziert?

keine (weitere)		☐ 0
zunächst Herstellung realer Sicherheit (ASD, Begutachtung der Erziehungsfähigkeit etc.), danach ggf. weitere Diagnostik		☐ 5
Auryn-Gruppe (z.B. Seelennot e.V.)		☐ 7
heilpädagogische Wohngruppe		☐ 4
ambulante Fachtherapie	a) Einzel	☐ 1
	Gruppe	☐ 2
	b) Art: Kunst	☐ 1
	Musik	☐ 2
	Bewegung	☐ 3
	andere: _____	☐ 4
ambulante Psychotherapie		
	UKE	☐ 11
	andere KJP	☐ 12
	Niedergelassener: _____	☐ 1
teilstationäre Behandlung		☐ 2
stationäre Psychotherapie		
	UKE	☐ 3
	andere KJP	☐ 22
	andere Klinik: _____	☐ 23
nicht applizierbar (z.B. Kontaktverlust)		☐ 6

9. *Bei Therapie auszufüllen:* Durch wen ist sie erfolgt?

	☐
Dr. K. Stellermann	☐ 1
Dr. N. Jahnke	☐ 2
H. Nebelsieck	☐ 3
A. Brüggemann	☐ 4
andere: _____	5

10. Ist eine medikamentöse Behandlung indiziert?

nein	☐ 0
ja, mit _____	☐ 1

11. Wie war das psychosoziale Funktionsniveau nach Therapie?

nicht applizierbar	☐ 0
unverändert (wie beim Erstkontakt)	☐ 1
verbessert im Vergleich zum Erstkontakt	☐ 2

IX. Sonstiges

1. Wurde der Kontakt (bzw. die Therapie) regelrecht beendet oder frühzeitig abgebrochen?

nicht applizierbar (z.B. noch nicht beendet)	☐ 0
regelrecht beendet	☐ 1
frühzeitig abgebrochen, nicht wieder gemeldet	☐ 2

2. Ist/war der ASD (das Jugendamt) involviert?

nein	☐ 0
ja, schon vor Vorstellung in der Sprechstunde	☐ 1
ja, initiiert durch Vorstellung in der Sprechstunde (runder Tisch)	☐ 2
unbekannt	☐ 3

3. Gab es eine Fremdplatzierung?

ja	☐ 1
nein	☐ 0
unbekannt	☐ 9

4. Wurde Anzeige erstattet?

ja	☐ 1
nein	☐ 0
unbekannt	☐ 9

5. Wurde ein KJP Gutachten empfohlen oder initiiert?

empfohlen	☐ 1
initiiert	☐ 2
nein	☐ 0
unbekannt	☐ 9

6. War die Sozialpädagogin des UKEs involviert?

ja	☐ 1
nein	☐ 0

Anmerkungen:

Ausgefüllt von: _____ am _____/_____/20_____

In SPSS von: _____ am _____/_____/20_____

SPSS kontrolliert von: _____ am _____/_____/20_____

10 Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.
Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Unterschrift: .....