

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Institut für Rechtsmedizin

Direktor: Prof. Dr. med. Benjamin Ondruschka

Kindesmisshandlung im Raum Hamburg
Retrospektive Analyse der Untersuchungsunterlagen der
betroffenen Jungen des Kinderkompetenzzentrums
aus den Jahren 2014 bis 2017

Dissertation

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

vorgelegt von:

Francoise Marthe Roberte Wagner

aus Luxemburg

Hamburg 2024

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 16.09.2024**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

Prüfungsausschuss, die Vorsitzende: PD Dr. Silke Pawils

Prüfungsausschuss, zweite Gutachterin: Prof. Dr. Dragana Seifert

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
1. Hypothese und Fragestellung	6
2. Einleitung	7
2.1 Geschichte des Kinderschutzes und seiner Gesetzgebung	7
2.2 Unterschiedliche Definitionen der verschiedenen Misshandlungsformen	9
2.3 Unterschiedliche Gewaltformen	12
2.4 Entwicklung und aktuelle Fallzahlen	15
2.5 Risikofaktoren	19
2.6 Anamnese und Diagnostik bei der Feststellung von Kindeswohlgefährdung	20
3. Material und Methoden	26
4. Ergebnisse	28
4.1 Epidemiologie	28
4.2 Prävalenz	31
4.2.1 Bestätigung des Eingangsverdacht ohne Verdachtsfälle auf sexuellen Missbrauch	35
4.2.2 Körperliche Misshandlung	37
4.2.3 Körperliche Vernachlässigung	38
4.2.4 Emotionale Misshandlung	40
4.2.5 Emotionale Vernachlässigung	41
4.2.6 Sexueller Missbrauch	43
4.2.7 Gesamtübersicht der bestätigten Verdachtsfälle je nach Altersklasse	44
4.2.8 Bestätigung des Verdachts je nach Ersteinweiser	46
4.2.9 Bestätigung des Verdacht je nach Ersteinweiser ohne Verdacht auf sexuellen Missbrauch	48
4.3 Verletzungen und Lokalisation der Verletzungen	50
4.3.1 Art der Verletzung	52
4.3.2 Lokalisation der Verletzungen	59

4.4	Andere Verletzungsformen.....	70
4.4.1	Schütteltrauma.....	70
4.4.2	Instrumentelle Gewalt	70
4.5	Geschwister	71
4.5.1	Bestätigung des Verdachts bei Kindern mit oder ohne Geschwister, ohne Verdachtsfälle des sexuellen Missbrauchs.....	75
4.6	Eltern.....	77
4.7	Verdächtige	80
4.7.1	Leibliche Mutter als Verdächtige	80
4.7.2	Leiblicher Vater als Verdächtiger	82
4.7.3	Stiefvater als Verdächtiger	84
4.7.4	Stiefmutter als Verdächtige	85
4.7.4	Geschwister als Verdächtige.....	86
4.7.5	Pflegeltern als Verdächtige	87
4.7.6	Andere Familienmitglieder als Verdächtige	88
5.	Diskussion	91
5.1	Epidemiologie und Prävalenz	91
5.1.1	Anzahl der Fälle.....	91
5.1.2	Bestätigung des Eingangsverdachtet	93
5.1.3	Vorkommen der verschiedenen Formen der Kindeswohlgefährdung	94
5.1.4	Ersteinweiser	100
5.2	Verletzungsart und Verletzungslokalisierung	101
5.2.1	Lokalisierung der Verletzungen.....	102
5.2.2	Verletzungsart.....	103
5.2.3	Instrumentelle Gewalt	107
5.3	Haushaltskonstellationen.....	108
5.3.1	Geschwisteranzahl.....	108
5.3.2	Eltern	108
5.4	Verdächtige	110
5.5	Mögliche Einschränkungen der Studie.....	112

5.6 Hypothesenüberprüfung	113
6. Zusammenfassung.....	114
7. Abkürzungsverzeichnis	116
8. Tabellenverzeichnis	117
9. Abbildungsverzeichnis	119
10. Literaturverzeichnis	120
11. Danksagung.....	130
12. Lebenslauf	131
13. Eidesstattliche Erklärung.....	132

1. Hypothese und Fragestellung

Die vorliegende Dissertation beschäftigt sich mit den Untersuchungsunterlagen des Kinderkompetenzzentrums des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) der Jahre 2014 bis 2017. Berücksichtigt wurden die Fälle von untersuchten männlichen Kindern zwischen 0 und 12 Jahren, bei denen körperliche oder emotionale Gewalt, Vernachlässigung und sexueller Missbrauch zur Vorstellung im Kinderkompetenzzentrum geführt hatten.

Aus epidemiologischer Sicht bietet diese Studie einen Überblick über die Hamburger Fallzahlen von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, die im Kinderkompetenzzentrum des UKE in einem Vier-Jahreszeitraum untersucht worden waren.

Folgende Fragen standen im Mittelpunkt der vorliegenden Dissertation:

- Gibt es eine Zu- oder Abnahme der vorgestellten Kinder zwischen 2014 und 2017?
- Wer kommt am häufigsten als Ersteinweiser vor?
- Welche Formen der Kindeswohlgefährdung kommen am häufigsten vor?
- Wie oft bestätigt sich der Eingangsverdacht?
- In welchem Alter (0-1, 2-3, 4-6, 7-12 Jahre) sind Jungen am ehesten einer Kindeswohlgefährdung ausgesetzt?
- Welches ist die häufigste Verletzung und Verletzungslokalisation?
- Wer kommt als verdächtige Person am häufigsten vor?

Überprüft werden sollen die beiden folgenden Hypothesen:

- Hypothese 1: Einzelkinder werden häufiger mit dem Verdacht auf Misshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch vorgestellt.
- Hypothese 2: Es werden mehr Kinder von alleinerziehenden Eltern mit dem Verdacht auf Misshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch im Kinderkompetenzzentrum vorgestellt.

Durch das Analysieren und Korrelieren der genannten Faktoren sollen typische Verletzungsmuster und Risikogruppen für Misshandlungen und Vernachlässigung erkannt werden. Dem ärztlichen Fachpersonal und verschiedenen Berufsgruppen, die mit Kindern, konkret Jungen, zu tun haben, soll so die Möglichkeit gegeben werden, gefährdete Familien und verdächtige Verletzungskombinationen einfacher zu erkennen. Beim Untersuchen von Jungen mit misshandlungsverdächtigen Verletzungen soll es eine Hilfestellung sein, verdächtige Verletzungsmuster wiederzuerkennen. Fehlinterpretationen von Verletzungen müssen zwingend vermieden werden.

2. Einleitung

2.1 Geschichte des Kinderschutzes und seiner Gesetzgebung

Der Schutz der Kinder vor Gewalt und Misshandlung war nicht immer eine Selbstverständlichkeit. Lange wurden Kinder als Besitz der Eltern angesehen und ihre Rechte waren unbedeutend. Erst mit dem 19. Jahrhundert fand allmählich ein Umdenken statt und der Kinderschutz geriet in die Wahrnehmung der Öffentlichkeit. Nur allmählich wurde die Gewaltanwendung in Schule und Familie hinterfragt und nicht mehr als erzieherische Maßnahme gerechtfertigt. Nach und nach wurden neue Gesetze verabschiedet und verschiedene Vereine gegründet, die sich für die Kinder einsetzten (Furniss 2005).

Auch in Deutschland war das 19. Jahrhundert entscheidend für die Anfänge des Kinderschutzes. Im Jahr 1829 gab es zum ersten Mal Bestrebungen zum Schutz Minderjähriger, als die „Gesellschaft zum Schutz sittlich vernachlässigter Kinder“ gegründet wurde. Später im Jahr 1898 entstand in Berlin der „Verein zum Schutze der Kinder gegen Ausbeutung und Misshandlung“. Vorbilder waren Vereine aus Großbritannien und den USA (Wolff 2007, Furniss 2005).

Im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) wurden erstmals im Jahr 1900 Strafen für Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern durch ihre Erziehungsberechtigten festgelegt und 12 Jahre später wurde die Misshandlung im Strafgesetzbuch (StGB) als schwere Körperverletzung definiert. Der deutsche Staat sah sich also auch immer mehr als Verantwortungsträger für das Wohl und die gewaltfreie Erziehung der Kinder.

Eine bedeutende Wende in Deutschland ist die Verabschiedung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KHJG) im Jahr 1991, festgehalten im Achten Sozialgesetzbuch (SGB VIII). Es löst das lange bestehende Jugendwohlfahrtsgesetz ab und regelt vor allem die Aufgaben der Kinder und Jugendhilfen durch öffentliche und freie Träger sowie die Hilfsangebote für Eltern und Kinder. Seit seiner Einführung gab es stetig Änderungen und Erweiterungen, wie zum Beispiel im Jahr 2005, als das Gesetz zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe verabschiedet wurde (Wiesner 2012, Bernzen und Bruder 2018).

Festgelegt ist in dieser Erweiterung unter anderem (u.a.) ein Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung einschließlich der damit verbundenen Aufgaben des Jugendamtes. Letzteres muss bei begründetem Verdacht einer Kindeswohlgefährdung das Risiko der Gefährdung in Zusammenarbeit mit Fachkräften anderer Disziplinen einschätzen. Dabei werden die Eltern je nach Schweregrad der Gefährdung und Kooperation in die Entscheidungen einbezogen und es muss bzw. müssen in bestimmten Fällen Familiengericht, Polizei oder auch Einrichtungen der Gesundheitshilfe kontaktiert werden (§ 8a SGB VIII, Wiesner 2012, Herrmann et al. 2022).

Von Bedeutung für die Arbeit der Ärzt:innen ist auch das Bundeskinderschutzgesetz aus dem Jahr 2012, in dem der Umgang mit der ärztlichen Schweigepflicht bei dem Verdacht einer Misshandlung oder Vernachlässigung bundesweit geregelt wird. Einerseits muss das Vertrauen zwischen Familien und Ärzt:innen erhalten bleiben, aber andererseits muss es auch eine adäquate Kommunikation und Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften, wie z. B. dem Jugendamt geben können. Nehmen die Familien also nach Aufforderungen durch die entsprechenden Behörden nicht selbst Hilfe in Anspruch, können und müssen Berufsheimnisträger:innen in bestimmten Fällen das Jugendamt informieren. Die Erziehungsberechtigten und die Kinder sind von diesem Vorgehen vorab in Kenntnis zu setzen, außer der Schutz der Kinder oder Jugendlichen ist dadurch gefährdet. Ärzt:innen haben also die Möglichkeit, sensible Informationen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung weiterzugeben, ohne rechtliche Konsequenzen befürchten zu müssen. Die Schweigepflicht einschließlich des damit verbundenen Datenschutzes weicht also dem Schutz der Kinder (Wagenblass 2018, Berthold 2021). Unterstützt wird dies auch dadurch, dass die Schweigepflicht bei einem rechtfertigenden Notstand (§ 34 StGB) durchbrochen werden darf, wenn eine gegenwärtige Gefahr für Leib und Leben besteht (Herrmann et al. 2022). Auch der Schutz höherwertiger Rechtsgüter ist ein legitimer Grund zum Durchbrechen der ärztlichen Schweigepflicht. Oft ist dies medizinischem Fachpersonal jedoch nicht bewusst und sie fühlen sich unsicher in der Anwendung des Bundeskinderschutzgesetzes. Eine Umfrage aus dem Jahr 2020 ergab, dass 69,8% der Ärzt:innen (Pädiatrie und Kinderchirurgie), 63,9% der Kinder- und Jugendpsychiater:innen und 69,5% der Psychotherapeut:innen sich in der Anwendung des Gesetzes unsicher waren. (Berthold 2021)

Die Bemühungen, Gesetze anzupassen und den Kinderschutz zu stärken, sind auch eine Reaktion auf das verstärkte Interesse der Medien und der Öffentlichkeit an Fällen von Kindesmisshandlungen und -missbrauch. Es sind vor allem die spektakulären Fälle, oft Todesfälle, die Aufmerksamkeit erregen und das Thema der innerfamiliären Gewalt beleuchten, wie bspw. das Schicksal des einjährigen Tayler aus Hamburg, der 2015 an seinen Verletzungen verstarb, nachdem sein Stiefvater ihn misshandelt hatte (Spanner 2016). Ebenso erschütterte der Fall der dreijährigen Yagmur aus Hamburg die Medienwelt. Sie starb 2013, nachdem sie über mehrere Jahre Gewalt durch ihre Mutter erfahren hatte (Parnack 2014). Solche Fälle regen immer wieder zu Diskussionen zwischen den beteiligten Fachprofessionen und der Politik an und stärken die Aufmerksamkeit für das Thema. So soll auch der Fall Pascal aus dem Jahr 2001 für die Entwicklung von § 8a SGB VIII von Bedeutung gewesen sein, bei dem es um das spezifische Verfahren und die Kommunikation bei einer Gefährdungseinschätzung ging (Wiesner 2012). Nach dem Verschwinden des damals 5-jährigen Pascal wurde bekannt, dass gegen eine der Hauptverdächtigen, eine Pflegemutter, bereits mehrere Beschwerden wegen Vernachlässigung und Misshandlung eines

anderen Kindes bei der Polizei und dem Jugendamt in Saarbrücken eingegangen waren. Trotz der Vorwürfe war lange nichts unternommen worden und die Parallelen zum Fall Pascal wurden erst später erkannt. Es wurde sowohl der Polizei als auch dem Jugendamt Fehlverhalten vorgeworfen (Kauntz 2003). In der Folge dieses Falls haben die öffentliche Aufarbeitung und die Kritik an den Behörden zu Gesetzeserweiterungen und zu Prozessoptimierungen bei drohender Kindeswohlgefährdung geführt (Wiesner 2012).

Der Fall Yagmur wurde nach großer öffentlicher Empörung 2014 in Hamburg durch einen parlamentarischen Untersuchungsausschuss auf Landesebene untersucht. Eine solche Zusammenkunft ist in Deutschland immer noch eine Ausnahme, anders als beispielsweise in Großbritannien. Dort werden, seit über 30 Jahren, Misshandlungsfälle mit Todesfolge immer von einem staatlichen Untersuchungsausschuss noch einmal überarbeitet (Brandhorst 2015).

2.2 Unterschiedliche Definitionen der verschiedenen Misshandlungsformen

Eine einheitliche Definition für den Begriff Kindeswohlgefährdung ist schwer zu formulieren und sie hat sich über die Jahrzehnte stetig geändert. Es gibt immer noch große kulturelle und generationsübergreifende Unterschiede in der Auffassung von Kindesmisshandlung und -wohlgefährdung (Plener et al. 2016).

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF Kinderschutzleitlinie 2019) definiert die Kindeswohlgefährdung in ihrer Kinderschutzleitlinie folgendermaßen: „Alleiniges oder in Kombination auftretendes Vorkommen von: körperlicher Misshandlung, emotionaler Misshandlung, körperlicher Vernachlässigung, emotionaler Vernachlässigung oder sexuellem Missbrauch von Kindern im Alter von 0 bis 18 Jahren.“

Die einzelnen Formen der Kindeswohlgefährdung werden in der Leitlinie wie folgt definiert (AWMF Kinderschutzleitlinie 2019):

- *Emotionale Misshandlung:* „Bei dieser Misshandlungsform beeinträchtigen Bezugspersonen aktiv die psychische Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen. Dies kann auf verschiedene Art und Weise geschehen:
 1. Entwertung des Kindes oder des Jugendlichen durch negative Einstellung (z. B. grobe, herabsetzende Sprache; inadäquate Strafen; unrealistische Anforderungen)
 2. Instrumentalisierung der Kinder und Jugendlichen in elterlichen Konflikten
 3. Vermitteln von Schuldgefühlen an Kinder oder Jugendliche

4. Verhinderung adäquater Entwicklungsmöglichkeiten: Die emotionale Misshandlung geht häufig mit einer emotionalen Vernachlässigung einher und ist eine häufige Form der Kindesmisshandlung, jedoch schwer fassbar. Das liegt daran, dass sie kaum sichtbare Spuren hinterlässt und von gesellschaftlichen und innerfamiliären Normen abhängt. “

- *Emotionale Vernachlässigung:* „Bei der emotionalen Vernachlässigung handelt es sich um andauernde oder extreme Vernachlässigung der Bedürfnisse eines Kindes. Es werden für folgende Bereiche die Bedürfnisse erfasst:
 1. Das Bedürfnis nach Sicherheit und Geborgenheit: Das Bedürfnis nach einem Familienumfeld, das frei von Feindseligkeit und Gewalt ist, sowie dem Bedürfnis nach einer konstant verfügbaren und stabilen Bezugsperson.
 2. Das Bedürfnis nach Akzeptanz und Selbstwertgefühl: Das Bedürfnis nach wohlwollender Aufmerksamkeit und der Abwesenheit von extrem negativer und unrealistischer Bewertung.
 3. Das Bedürfnis nach altersgemäßer Autonomie und Selbstständigkeit: Das Bedürfnis des Kindes, seine Umwelt und außerfamiliären Beziehungen zu erkunden, das Bedürfnis, sich innerhalb der elterlichen Grenzen und Regeln individuell zu entwickeln, sowie das Bedürfnis des Kindes, keine unangemessenen Verantwortlichkeiten zu tragen oder Beschränkungen auferlegt zu bekommen. Dabei ist es wichtig einzuordnen, in welchem Ausmaß allen Bezugspersonen die Erfüllung dieser Bedürfnisse gelingt“ (AWMF Kinderschutzleitlinie 2019).
- *Körperliche Misshandlung:* „Unter körperlicher (physischer) Misshandlung können alle Handlungen von Eltern oder anderen Bezugspersonen verstanden werden, die durch Anwendung von körperlichem Zwang bzw. Gewalt für einen einsichtigen Dritten vorhersehbar zu erheblichen physischen oder psychischen Beeinträchtigungen des Kindes und seiner Entwicklung führen oder vorhersehbar ein hohes Risiko solcher Folgen bergen“ (Kindler et al. 2006).
- *Körperliche Vernachlässigung:* „Physische oder körperliche Vernachlässigung stellt das ‚Versagen‘ bzw. das Unterlassen der sorgeberechtigten Personen dar, für die minimalnotwendige Befriedigung physischer Bedürfnisse des Kindes (Nahrung, Flüssigkeit, Unterkunft, Kleidung, Schutz vor Gefahren oder Schaden) zu sorgen. Die mangelhafte Versorgung mit Nahrung bezieht sich auf eine längerfristige Unterversorgung und nicht auf das ein- oder zweimalige Fehlen von Mahlzeiten. Das Fehlen von adäquater Unterkunft und Kleidung ist kontextspezifisch zu bewerten. Der Schutz vor vorhersehbaren Gefahren oder Schaden umfasst sowohl mangelnde als auch unangemessene Beaufsichtigung oder Gefährdung des Kindes (‚child endangerment‘). Bei der Bewertung der mangelnden Beaufsichtigung ist besonders die Altersabhängigkeit hervorzuheben, da

dasselbe Fürsorgeverhalten, das für Jugendliche vollkommen adäquat erscheint, im Säuglingsalter als vollkommen inadäquat eingestuft werden kann“ (Kinderschutzleitlinienbüro, adaptiert von Sierau et al. 2014).

- *Sexueller Missbrauch*: „Sexueller Missbrauch oder sexuelle Gewalt an Kindern ist jede sexuelle Handlung, die an oder vor Mädchen und Jungen gegen deren Willen vorgenommen wird oder der sie aufgrund körperlicher, emotionaler, geistiger oder sprachlicher Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen können. Der Täter oder die Täterin nutzt dabei seine/ihre Macht- und Autoritätsposition aus, um eigene Bedürfnisse auf Kosten des Kindes zu befriedigen. Diese sozialwissenschaftliche Definition bezieht sich auf alle Minderjährigen. Bei unter 14-Jährigen ist grundsätzlich davon auszugehen, dass sie sexuellen Handlungen nicht zustimmen können. Sie sind immer als sexuelle Gewalt zu werten, selbst wenn ein Kind damit einverstanden wäre“ (AWMF 2019).

Im Strafgesetzbuch werden verschiedene Aspekte der Gefährdung des Kindeswohls beleuchtet. Unter „Straftaten gegen die körperliche Unversehrtheit“, ist die Misshandlung Minderjähriger in § 225 StGB wie folgt definiert:

„Wer eine Person unter achtzehn Jahren oder eine wegen Gebrechlichkeit oder Krankheit wehrlose Person, die

1. seiner Fürsorge oder Obhut untersteht,
2. seinem Hausstand angehört,
3. von dem Fürsorgepflichtigen seiner Gewalt überlassen worden oder
4. ihm im Rahmen eines Dienst- oder Arbeitsverhältnisses untergeordnet ist, quält oder roh misshandelt, oder wer durch böswillige Vernachlässigung seiner Pflicht, für sie zu sorgen, sie an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren bestraft.“ (§ 225 SGB Misshandlung von Schutzbefohlenen)

Die „Verletzung der Fürsorge- oder Erziehungspflicht“ ist in § 171 StGB geregelt:

„Wer seine Fürsorge- oder Erziehungspflicht gegenüber einer Person unter sechzehn Jahren gröblich verletzt und dadurch den Schutzbefohlenen in die Gefahr bringt, in seiner körperlichen oder psychischen Entwicklung erheblich geschädigt zu werden, einen kriminellen Lebenswandel zu führen oder der Prostitution nachzugehen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“ (§171 SGB: Verletzung der Fürsorge- oder Erziehungspflicht)

Der sexuelle Missbrauch ist in § 174 StGB geregelt:

„(1) Wer sexuelle Handlungen

1. an einer Person unter sechzehn Jahren, die ihm zur Erziehung, zur Ausbildung oder zur Betreuung in der Lebensführung anvertraut ist,

2. an einer Person unter achtzehn Jahren, die ihm zur Erziehung, zur Ausbildung oder zur Betreuung in der Lebensführung anvertraut oder im Rahmen eines Dienst- oder Arbeitsverhältnisses untergeordnet ist, unter Missbrauch einer mit dem Erziehungs-, Ausbildungs-, Betreuungs-, Dienst- oder Arbeitsverhältnis verbundenen Abhängigkeit oder

3. an einer Person unter achtzehn Jahren, die sein leiblicher oder rechtlicher Abkömmling ist oder der seines Ehegatten, seines Lebenspartners oder einer Person, mit der er in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft lebt,

vornimmt oder an sich von dem Schutzbefohlenen vornehmen lässt, wird mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft.

(2) Mit einer Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren wird eine Person bestraft, der in einer dazu bestimmten Einrichtung die Erziehung, Ausbildung oder Betreuung in der Lebensführung von Personen unter achtzehn Jahren anvertraut ist, und die sexuellen Handlungen

1. an einer Person unter sechzehn Jahren, die zu dieser Einrichtung in einem Rechtsverhältnis steht, das ihrer Erziehung, Ausbildung oder Betreuung in der Lebensführung dient, vornimmt oder an sich von ihr vornehmen lässt oder

2. unter Ausnutzung ihrer Stellung an einer Person unter achtzehn Jahren, die zu dieser Einrichtung in einem Rechtsverhältnis steht, das ihrer Erziehung, Ausbildung oder Betreuung in der Lebensführung dient, vornimmt oder an sich von ihr vornehmen lässt.

(3) Wer unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 oder 2

1. sexuelle Handlungen vor dem Schutzbefohlenen vornimmt oder

2. den Schutzbefohlenen dazu bestimmt, dass er sexuelle Handlungen vor ihm vornimmt, um sich oder den Schutzbefohlenen hierdurch sexuell zu erregen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. “ (§174 SGB: Sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen)

2.3 Unterschiedliche Gewaltformen

Bei körperlicher Misshandlung wird zwischen verschiedenen Formen von Gewalt unterschieden, die sowohl einzeln als auch in Kombination auftreten können. Am häufigsten sind Verletzungen, die auf stumpfe Gewalt zurückzuführen sind (Jacobi et al. 2010). Stumpfe Gewalt beschreibt eine flächige oder tangentielle Gewalteinwirkung auf den Körper mit stumpfen oder kantigen Gegenständen. Meist handelt es sich dabei um die Handfläche oder die Faust, aber auch Fußtritte oder Aufprallen nach einem Sturz gehören dazu. Diese Gewalt kann sowohl zu äußeren als auch zu inneren Verletzungen führen. Die Folgen können von Abschürfungen der Haut, Hämatomen oder Verletzungen der Schleimhaut bis zu Knochenfrakturen und Organverletzungen reichen. Werden Gegenstände wie Gürtel oder Stöcke zum Schlagen benutzt, wird von instrumenteller Gewalt gesprochen. Sie führt

charakteristischerweise zu geformten Verletzungen, wie z. B. Hämatomen mit zentraler Abblassung oder doppelläufigen Striemen (Banaschak et al. 2016).

Scharfe Gewalt ist bei Kindesmisshandlungen eher von untergeordneter Bedeutung und kommt selten vor. Schnitt- oder Stichverletzungen durch Messer oder andere vergleichbare Tatwerkzeuge sind bei Kindern rar (Mützel 2011).

Eine weitere Form von Gewalt sind thermische Verletzungen, die in Verbrennungen, unter Anwendung trockener Hitze und Verbrühungen (durch feuchte Hitze) eingeteilt werden können. Durch ihr vielfältiges Aussehen sind sie oft schwerer erkennbar (Mützel 2011). Am häufigsten werden Verbrühungen festgestellt. Sie treten bei 10% bis 15% aller misshandelten Kinder auf (Hight et al. 1979). Betroffen sind meistens die Extremitäten oder das Gesäß, z. B. durch Eintauchen / Einsetzen in heißes Wasser. Aber auch die Mundschleimhaut kann durch Füttern mit heißen Flüssigkeiten betroffen sein (Mützel 2011). Nicht akzidentelle Verbrennungen können auch die Folge von Kontaktverbrennungen durch Haushaltsgeräte oder Zigaretten sein. Sie betreffen Extremitäten, Stamm und typischerweise den Handrücken (Kemp et al. 2014a).

Strangulation durch Komprimieren von Hals oder Brustkorb kommt als Misshandlungsform bei Kindern und Jugendlichen gelegentlich vor. Am Hals können sich Würgemale oder Strangmarken befinden. Eine weitere Gewalteinwirkung, die zum Erstickungstod führen kann, ist das Bedecken oder Zuhalten von Mund und/oder Nase, was vor allem kleine Kinder und Säuglinge ohne Chance auf reale Gegenwehr betrifft. Dieses weiche Bedecken von Mund und/oder Nase als Todesursache ist oft schwierig abzugrenzen von einem plötzlichen Kindstod und sollte differentialdiagnostisch immer in Erwägung gezogen werden bei plötzlichen Todesfällen von Säuglingen und Kleinkindern (Mützel 2011, Herrmann et al. 2022).

Eine Sonderform der Gewalteinwirkung ist das Schütteltrauma, das seit seiner ersten Erwähnung durch Arthur N. Guthkelch, einem britischen Neurochirurgen, immer wieder für Diskussionen gesorgt hat. Guthkelch hat zum ersten Mal das Schütteln von Säuglingen und das Auftreten von subduralen Hämatomen bei gleichzeitigem Fehlen sichtbarer Verletzungen in Verbindung gesetzt (Guthkelch 1971). Gestützt hat er seine Feststellung auf eine Studie von Ommaya von 1968, der bei Rhesusaffen feststellen konnte, dass Rotations- und Scherkräfte zu Abrissen der Brückenvene und zerebralen Kontusionen führten (Ommaya et al. 1968). Meistens werden Kinder an den Oberarmen oder am Rumpf festgehalten und gewaltsam hin und her geschüttelt. Der Kopf, der vom Kind noch nicht selbst gehalten werden kann, ist starken Rotations- und Scherkräften ausgesetzt. Ein zusätzlicher An- oder Aufprall kann folgen, wenn das Kind im Anschluss hingeworfen wird oder z. B. gegen eine Wand geschlagen wird (Herrmann et al. 2022). Säuglinge sind besonders gefährdet, durch Schütteln einen Hirnschaden zu erleiden, weil sie eine schwache Halsmuskulatur und einen

im Vergleich zum Körper sehr großen Kopf haben. Eltern sind sich dieser Gefahr oft nicht bewusst und unterschätzen das Schütteln. Guthkelch (1971) stellte fest, dass viele Eltern in Großbritannien das Schütteln des Kindes im Gegensatz zu Schlägen als harmlos einstufen. Ein Schütteln des Kindes geschieht zumeist, um ein schreiendes Kind ruhigzustellen (Guthkelch 1971, Herrmann et al. 2022). Das spiegeln auch die Zahlen, die das Risikoalter bei 2 bis 6 Monaten sehen, einem Alter, in dem Kinder besonders viel schreien, wieder. Frühgeborene, die häufiger als Reifgeborene an Regulationsstörungen leiden, stellen eine Risikogruppe dar. Außerdem wird männliches Geschlecht als Risikofaktor genannt, sowohl bei Opfern als auch bei Tätern (King et al. 2003, Baz Bartels 2019, Herrmann et al. 2022). Als klassische Symptomtrias nach einem Schütteltrauma gelten (Zinka et al. 2018, AWMF Kinderschutzleitlinie 2019, Herrmann et al. 2022, Deutsche ophthalmologische Gesellschaft 2023):

- subdurale Hämatoome (77% - 90% der Opfer),
- retinale Blutungen (prä-, sub- und intraretinal) (74%-92% der Opfer)
- diffuse Enzephalopathie.

Es mag andere Ursachen geben, die zu den einzelnen Symptomen führen können, jedoch gibt es kaum eine andere Erklärung, die zu dieser Kombination an Symptomen führt. Das Fehlen einer Einzelkomponente der Trias schließt die Diagnose eines Schütteltraumas nicht aus. (Herrmann et al. 2022)

Die Symptome können sehr unspezifisch und unterschiedlich sein. Vorgestellungsgrund sind oft Trinkschwäche, Erbrechen, Somnolenz, wiederholte epileptische Anfälle oder Apnoe.

Pathophysiologisch kommt es durch das Vor- und Zurückpendeln des Kopfes zu einer Abscherung des Gehirnes von der Dura mater und einem Abriss der dazwischenliegenden Brückenvenen, was zu den subduralen Hämatomen führt. Das Anprallen in Kombination mit Abrissen neuronaler Verbindungen führt zu erheblichen Funktionsausfällen wie Seh- oder Sprachstörungen. Lange wurde der diffuse axonale Schaden als Hauptgrund für die Symptomatik angesehen, doch der ischämische Schaden rückt immer mehr in den Brennpunkt als Hauptsymptom. Diskutiert wird auch immer wieder die Kombination aus axonalen Schäden im Atemzentrum der Medulla oblongata und konsekutiver Apnoe, die zu einem hypoxisch-ischämischen Schaden führt. Die meist bilateralen retinalen Blutungen gelten als Folge der Scherkräfte, die während des Schüttelns auf den Augapfel wirken und zu Abrissen retinaler Gefäße führen. Sie sind jedoch nicht spezifisch für das Schütteltrauma und können sowohl fehlen als auch unilateral vorhanden sein. (Herrmann et al. 2022, Deutsche ophthalmologische Gesellschaft 2023). Bei der Funduskopie sind multiple, bilaterale Blutungen, sowie die Beteiligung aller Netzhautschichten und der Peripherie des Fundus, Hinweise für ein Schütteltrauma. (Deutsche ophthalmologische Gesellschaft 2023). Die

Mortalität des Schütteltraumas beträgt 20% bis 25% (Committee on Child Abuse and Neglect 2001).

2.4 Entwicklung und aktuelle Fallzahlen

Meistens werden von der Presse Einzelfälle gravierender Kindesmisshandlungen aufgearbeitet und nur selten handeln Artikel allgemein über das Problem der Gewaltanwendung gegen Kinder. Das führt dazu, dass die Berichterstattung in Wellen erfolgt, angeregt durch besonders schwere Fälle. Es geht in diesen Veröffentlichungen zumeist nicht um die Probleme, aus denen die familiäre Gewalt entsteht. Konzentriert wird sich oft auf die Täter und nicht auf die Opfer. Die Medienberichte werden der Komplexität der Thematik meistens nicht gerecht. Die Prävention von Misshandlung sowie die psychischen und somatischen Folgen für die Opfer geraten in den Zeitungsartikeln in den Hintergrund. Durch das alleinige Aufgreifen der extremen Fälle spiegeln die Medienberichte die Häufigkeit von Kindesmisshandlung in der Gesellschaft nicht wider (Verhovnik 2012, Fegert und Stötzel 2016).

Der Anstieg der polizeilich gemeldeten Fälle zeigt, dass trotz vermehrter Aufmerksamkeit und Anstrengungen zur Prävention die Gewalt in Familien gegenwärtig immer noch ein großes Problem ist. Im Jahr 2022 verzeichnete die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) insgesamt 4.376 Kinder die Opfer von Kindesmisshandlung geworden waren, in 2.472 Fällen waren die Opfer männlich. Insgesamt waren 3.633 der Betroffenen mit den jeweiligen Tätern oder der jeweiligen Täterin verwandt. Vor 20 Jahren (2002) lag die Zahl bei insgesamt 3.068 Fällen von Kindesmisshandlung, davon 1701 männliche Opfer und in 2.331 Fällen mit dem Täter oder der Täterin verwandt (Bundeskriminalamt 2023). Allerdings wird von einer noch viel höheren Dunkelziffer an Kindesmisshandlung ausgegangen, gerade weil eine solche oft innerhalb der Familien passiert und so die Gefahr des Vertuschens besonders hoch ist (Bundeskriminalamt 2022).

Bei sexuellem Missbrauch von Kindern (§§ 176, 176a, 176b StGB) ist die Tendenz umgekehrt. Im Jahr 2002 waren 20.388 Fälle und im Jahr 2022 waren 17.168 Fälle zu verzeichnen. Im Jahr 2022 waren 4.476 der Opfer Jungen. (Bundeskriminalamt 2023).

Die steigende Zahl der gemeldeten Kindesmisshandlungsfälle könnte an der größeren Sensibilisierung für Kindeswohlgefährdung in der Allgemeinbevölkerung liegen. So werden der Polizei und den Jugendämtern sowohl von Ärzt:innen und Schulen als auch von Privatpersonen mehr Verdachtsfälle gemeldet. Außerdem wurde festgestellt, dass Jugendämter die Diagnose einer Kindeswohlgefährdung schneller stellen und so mehr Meldungen, z. B. beim Familiengericht eingehen (Goldberg und Schorn 2011).

Darüber hinaus lassen die verschärfte Gesetzeslage und das verstärkte Bewusstsein für Kindesmisshandlung eine Veränderung im Erziehungsstil vieler Eltern erkennen. So konnte Bussmann feststellen, dass 2000 nach der Einführung von § 1631 BGB, der Kinder ein

Recht auf gewaltfreie Erziehung zuspricht, auch tatsächlich die körperliche Gewalt in den Familien zurückging. Der Vergleich einer Elternstudie von 1996 und 2001 ergab einen Rückgang von leichteren Formen körperlicher Strafen (z.B. leichte Ohrfeige) sowie auch gravierenderen körperlichen Strafen (in der Arbeit von Bussmann et al. als schallende Ohrfeige bezeichnet) (s. Tabelle 1). Hier wurden bundesweit zufällig ausgewählte Eltern (n=1000) mit Kindern unter 18 Jahren befragt nach dem Anwenden von körperlichen Strafen. Das gleiche Ergebnis zeigte auch ein Vergleich von Befragungen von Jugendlichen (n=1000) zwischen 12 und 18 Jahren, aus den Jahren 1992 und 2002 (s. Tabelle 2, Bussmann 2005).

Tabelle 1: Rückgang körperlicher Gewalt 1996-2001 aus Sicht der Eltern in Form von Ohrfeigen (Bussmann 2005)

ELTERN	Leichte Körperstrafen	Schwere Körperstrafen
1996	72,1%	19,1%
2001	58,7%	9,3%
Rückgang	- 13,4%	- 9,8 %

Tabelle 2: Rückgang körperlicher Gewalt 1992-2002 aus Sicht der Jugendlichen in Form von Ohrfeigen (Bussmann 2005)

JUGENDLICHE	Leichte Körperstrafen	Schwere Körperstrafen
1992	81,2%	43,6%
2002	68,9%	13,9%
Rückgang	- 12,3%	- 27,7%

Bussmann et al. (2008) sehen in den Gesetzen, die körperliche Strafen verbieten, den Schlüssel zur gewaltfreien Erziehung. In Ländern ohne explizite Verbote wie Spanien und Frankreich ist die Akzeptanz und Anwendung von körperlicher Bestrafung noch größer als z. B. in Deutschland oder Schweden. So wird in Spanien und Frankreich von über 50% (bei 1000 befragten Elternteilen im Jahr 2007) noch die Maßnahme „Po versohlen“ angewendet, um Kinder zu züchtigen, im Gegensatz zu 4,1% in Schweden und 16,8% in Deutschland (Bussmann et al. 2008).

Eine genaue Angabe über das Vorkommen von Misshandlung, Vernachlässigung und Missbrauch bei Kindern ist schwierig zu treffen. Es kann durch die Statistik der Bundespolizei, Fälle aus Krankenhäusern oder Fallzahlen aus Einrichtungen, wie z. B. das Kinderkompetenzzentrum, nur erahnt oder extrapoliert werden. Diese offiziellen Zahlen spiegeln

nur die Fälle wider, die auch an die Öffentlichkeit gelangt sind. Jedoch wird davon ausgegangen, dass die wahre Prävalenz deutlich höher ist (Häuser et al. 2011, Liel 2020).

Anders als in den USA, Kanada, Großbritannien, Australien und Neuseeland gibt es in Deutschland noch keine systematische Registrierung und keine nationale Datenbank, die die Häufigkeit von Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung dokumentiert. Dies führt dazu, dass oft keine verlässlichen bundesweiten Fallzahlen zur Kindesmisshandlung und -vernachlässigung genannt werden können (Pillhofer et al. 2011, Fegert und Petermann 2011).

Eine Übersicht über die Häufigkeit von Kindeswohlgefährdung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland zeigen die retrospektiven Studien von Häuser et al. (2011) und Witt et al. (2017). Befragt wurden Menschen im Alter von 14 bis 90 Jahren, bzw. 14 bis 94 Jahren. In den deutschlandweiten Umfragen wurden das Vorkommen von emotionaler und körperlicher Vernachlässigung und Misshandlung sowie sexuellem Missbrauch anhand des Childhood Trauma Questionnaire erfasst (s. Tabelle 3). Die Ergebnisse fielen in beiden Jahren vergleichbar aus. Im Jahr 2010 gaben 27,7% der Befragten und 2016 gaben 31% an, mind. eine Form von Misshandlung oder Vernachlässigung in ihrer Kindheit und/oder Jugend erfahren zu haben (Häuser et al. 2011, Witt et al. 2017). In einer weiteren Studie von Liel et al. wurden bundesweit Fragebögen zu Kindesmisshandlung und Vernachlässigung an Eltern (n=8063) von Kindern zwischen 0-3 Jahren ausgehändigt, hier gaben 1,91% an, dass ihr Kind bereits Opfer von Misshandlung geworden sei und 0,83% gaben an ihr Kind sei bereits Opfer von Vernachlässigung gewesen. Eine genauere Einteilung der Misshandlungs- oder Vernachlässigungsformen erfolgte nicht. Ebenso wurde nicht spezifiziert, ob die Eltern selbst, Familienmitglieder oder Fremde die Täter waren. (Liel et al. 2020)

Tabelle 3: Häufigkeiten von Misshandlung 2011 und 2017 in Deutschland. (Häuser et al. 2011, Witt et al. 2017)

Misshandlungsform	Häuser et al., 2011 (n = 2504)	Witt et al., 2017 (n = 2487)
Emotionale Misshandlung	15,0%	18,7% (↑)
Körperliche Misshandlung	12,0%	12,5% (↑)
Sexuelle Missbrauch	12,6%	13,9% (↑)
Emotionale Vernachlässigung	49,5%	40,5% (↓)
Körperliche Vernachlässigung	48,4%	41,8% (↓)

Auf europäischer Ebene gab es mehrere Studien, die Fallzahlen aus den EU-Mitgliedstaaten zusammengetragen haben. In den Berichten wird besonderes Augenmerk auf die Todesfälle durch Kindesmisshandlung gelegt. Eine Studie der World Health Organization (Sethi 2013) ergab, dass schätzungsweise 850 Kinder unter 15 Jahren jährlich an den Folgen einer Misshandlung in Europa sterben. Insgesamt wurde über den Zeitraum von 2000 bis 2010 aber im europäischen Raum eine kontinuierliche Abnahme der Tötungsdelikte an Kindern zwischen 0 und 14 Jahren beobachtet. Um eine zuverlässige Statistik zu erhalten, hat die WHO Daten von 40 Ländern aus der „Detaillierten Mortalitätsdatenbank der Europäischen Region“ über einen Zeitraum von 5 Jahren zusammengetragen. Ausgeschlossen wurden Länder, deren Bevölkerung weniger als eine Million betrug oder deren Daten als unzuverlässig eingestuft wurden.

Laut WHO befindet sich Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern mit 0,46 Tötungsdelikten durch Misshandlung pro 100.000 Kinder unter 15 Jahren im mittleren Drittel. Werden die ungeklärten Todesursachen bei Kindern unter 15 Jahren hinzugezählt, erhöht sich die Zahl in Deutschland auf 0,61 pro 100.000 Kinder.

In Europa erleiden 22,9% der Kinder körperliche Misshandlungen, 29,1% leiden unter emotionaler Misshandlung und 9,6% unter sexuellem Missbrauch (Sethi 2013). In einer Umfrage von Eltern in neun Ländern (Albanien, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, Kroatien, Nordmazedonien, Griechenland, Rumänien, Serbien und die Türkei), gaben 66,7% der Eltern, dass ihr Kind bereits körperliche Misshandlung erfahren hatte, 66,6% gaben an dass ihr Kind schon Opfer emotionaler Misshandlung war, 9,1% hatten angegeben dass ihr Kind Opfer von Vernachlässigung (ob körperlich oder emotional wurde nicht genauer bezeichnet) und 3,1% der Eltern gaben an dass ihr Kind Opfer von sexueller Misshandlung war. (Meinck et al. 2021) In den USA wurden im Jahr 2022 558.899 Kinder Opfer von Vernachlässigung, Misshandlung, sexuellem Missbrauch oder Menschenhandel. Insgesamt waren 415.445 (74,3%) davon Opfer von Vernachlässigung, 95.026 (17%) hatten körperliche Misshandlung, 38.030 emotionale Misshandlung (6,8%) und 59.044 (10,6%) sexuellen Missbrauch erlitten (Manche Fälle tauchen in mehreren dieser Kategorien auf, Doppelnennung möglich). Die Zahl der Kinder die Misshandlung oder Vernachlässigung erlitten lag 2002 in den USA höher bei 896.000 Fällen. In 60,5% der Fälle ging es um Vernachlässigung, 18,6% körperliche Misshandlung, 9,9% sexuellen Missbrauch und 6,5% emotionale Misshandlung. Die Verteilung der Misshandlungstypen ist ähnlich geblieben über die Jahre. (U.S. Department of Health & Human Services 2002, U.S. Department of Health & Human Services, 2024)

2.5 Risikofaktoren

Was Eltern dazu bewegt, Gewalt in der Erziehung anzuwenden, oder sie unfähig macht, sich angemessen um ihre Kinder zu kümmern, ist oft Resultat familiärer, finanzieller und persönlicher Belastungen. Fachkräfte, die betroffene Familien betreuen, sprechen von „Multiproblemfamilien“. Münder et al. sammelten Daten von Familien, bei denen ein gerichtliches Verfahren wegen Kindeswohlgefährdung eingeleitet wurde. Etwa 70,0% der Familien bezogen staatliche Sozialhilfe. Von den Müttern und Vätern waren nur 8,0%, bzw. 26,0% regelmäßig erwerbstätig. Bei 31,0% der Väter wurde keine Angabe zur Erwerbstätigkeit gemacht, was die Autoren aber darauf schließen lässt, dass in vielen dieser Fälle keine regelmäßige Einkommensquelle besteht (Münder et al. 2000). Andere Studien kamen ebenfalls zu der Erkenntnis, dass Armut und Abhängigkeit von staatlichen Hilfeleistungen Risiken für Kindeswohlgefährdung sein können (Bender und Lösel 2005). Weltweit konnte festgestellt werden, dass zumeist ein niedriges Ausbildungsniveau der Mütter mit einer höheren Akzeptanz von Gewalt in der Erziehung einhergeht (Cappa und Khan 2011). In einer Studie aus Glasgow aus dem Jahr 1998 wurde festgestellt, dass vor allem die Arbeitslosigkeit von Männern zu höheren körperlichen Misshandlungsraten führte (Gillham et al. 1998). Ähnliche Resultate fanden Baldwin et al., bei denen Väter von Kindern, die Opfer von Misshandlung oder Vernachlässigung waren, häufiger arbeitslos waren. Die Mütter der betroffenen Kinder in dieser Studie waren ebenfalls häufiger alleinerziehend und bezogen häufiger Sozialleistungen. (Baldwin et al. 2020) Doch nicht alle Gewaltformen treten gehäuft bei sozial schwächeren Familien auf. So kommt sexueller Missbrauch in allen gesellschaftlichen Schichten gleich häufig vor (Brown et al. 1998, Zander 2017).

Weitere Faktoren, die von den Eltern ausgehen und Kindeswohlgefährdung begünstigen, sind psychische Belastungen und Krankheiten. Depression, Alkohol- und Drogenmissbrauch finden sich gehäuft bei Eltern betroffener Kinder (Dubowitz et al. 2011, Connell et al. 2007, Baldwin et al. 2020). Die Eltern haben oft in der eigenen Kindheit Gewalt erfahren oder sind in Heimen aufgewachsen. Hinzu kommen häufig Probleme oder Gewalt in der Partnerschaft (Mützel 2011, Zander 2017, Münder et al. 2000, Liel et al. 2020). Werden beide Elternteile getrennt betrachtet, dann kommen Kindesmisshandlungen gehäuft bei sehr jungen (Teenageralter) oder sehr alten Müttern, Alleinerziehenden oder Nicht-verheirateten vor. Bei den Vätern ist festzuhalten, dass Arbeitslosigkeit, Abwesenheit in früher Kindheit, autoritäre Persönlichkeit und auch ein sehr junges oder sehr hohes Alter Risikofaktoren darstellen (Deegener 2011, Kindler et al. 2006, Horne et al. 2018, Baldwin et al. 2020, Liel et al. 2020,).

Auch äußere Einflüsse wie beengte Wohnverhältnisse sowie häufige Schul- oder Wohnungswechsel haben einen negativen Effekt auf das Wohl der Kinder. Ebenso sind Kinder aus Familien, die in Gegenden „sozialer Brennpunkte“ wohnen, die viele Wechsel in der

Nachbarschaft erleben und wenig Hilfsangebote in der Wohngegend haben, vermehrt Misshandlung und/oder Vernachlässigung ausgesetzt (Deegener 2011, Zander 2017, Horne et al. 2018, Liel et al. 2020).

Frühchen, Kinder mit Regulationsstörungen, Entwicklungsverzögerungen, geistigen oder körperlichen Einschränkungen haben ein erhöhtes Risiko Opfer von Misshandlung oder Vernachlässigung zu werden (Kindler et al. 2006, Martrille et al. 2006, Horne et al. 2018). Kinder mit vielen Geschwistern mit geringem Altersunterschied sind ebenfalls gefährdeter (Deegener 2011, Baldwin et al. 2020).

2.6 Anamnese und Diagnostik bei der Feststellung von Kindeswohlgefährdung

Die Anamnese und die Diagnostik sind für das Erkennen von Kindeswohlgefährdungen sehr wichtig. Möglichst alle Fälle von Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung unter den vorgestellten Kindern sollten erkannt werden (hohe Sensitivität), aber auch falsche Anschuldigungen sollten als solche eindeutig aufgedeckt werden (hohe Spezifität). Es geht in allen Fällen um den Schutz der Kinder, aber ebenso um den Schutz der Eltern und der Familien. Die Wiederholungsgefahr bei Misshandlungen ist groß, aber gleichzeitig sollten Kinder nicht aus intakten Familien gerissen werden. Missbrauchsverdächtige Verletzungen sind im Allgemeinen solche, für die keine plausible Erklärung zur Genese angegeben wird und bei denen alle Differentialdiagnosen ausgeschlossen wurden. Vorangegangene Misshandlungen oder misshandelte Geschwister sollten hellhörig machen (Herrmann et al. 2022).

Die Gespräche während der Untersuchungen und Angaben zur Anamnese sowie die Befunde der Ganzkörperinspektion sollten genau dokumentiert werden. Von den körperlichen Befunden sollten Fotos mit Maßstabsangaben und genauer Beschreibung (Lokalisation, Größe, Form, Art) angefertigt werden (Dubowitz und Bennett 2007, Jacobi et al. 2010, Melville et al. 2013, Bentivegna et al. 2022a).

Bei der Befragung der Eltern gibt es mehrere Faktoren, die den Verdacht einer Kindesmisshandlung stützen könnten. Vage, inkohärente Erklärungsversuche und nicht plausible Unfallhergänge sollten Misstrauen wecken. Bei Misshandlungen kommt es oft zu einem verzögerten Arztbesuch und die Besorgnis der Eltern ist unangemessen. Die Sozialanamnese kann Einblicke in das Familienleben geben und Risikofaktoren aufdecken. Die medizinische Vorgeschichte, Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen des betroffenen Kindes sollten erfragt werden, um ein Gesamtbild zu schaffen. Durch eine Familienanamnese bezüglich erblicher Krankheiten können einige Differentialdiagnosen ausgeschlossen oder bestätigt werden. Auch der Umgang der Eltern mit den Kindern sollte beobachtet und bei Auffälligkeiten dokumentiert werden (Dubowitz und Bennett 2007, Herrmann et al. 2022).

Psychische Auffälligkeiten, Besonderheiten im Sozialverhalten oder verminderte kognitive/schulische Leistungen können z. B. Zeichen emotionaler Vernachlässigung oder Misshandlung sein. Außerdem sollte dokumentiert werden, ob es sich um Kinder handelt, die besondere Bedürfnisse oder Einschränkungen haben. Bei diesen Kindern empfiehlt die Leitlinie die Dokumentation des Mobilitätsstatus (z. B. rollstuhlpflichtig oder bettlägerig), Muskeltonus, Hilfsmittelversorgung und der kognitiven Fähigkeiten (AWMF Kinderschutzleitlinie 2019).

Bei der Befragung der Kinder muss vorsichtig vorgegangen werden, sie sollte erfahrenem Personal vorbehalten sein. Die forensisch diagnostische Befragung sollte von einem psychotherapeutischen Gespräch getrennt sein. Grundsätzlich sollten beim Erfragen des Tathergangs vor allem offene Fragen gestellt werden, denn suggestive Fragen bergen die Gefahr in sich, die Aussagen der Kinder zu verzerren (Bentivegna et al. 2022a). Noeker und Franke (2018) empfehlen für eine Befragung die deutsche Version des halbstandardisierten Protokolls des National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) (Noeker und Franke 2018). Benia et al. (2015) zeigten, dass Kinder nach erlebter sexueller Gewalt mehr Details angaben, wenn beim Interview das NICHD-Protokoll benutzt wurde. Auch die deutsche Leitlinie empfiehlt eine zeitnahe strukturierte Befragung der Opfer mit einem Protokoll, wie bspw. das NICHD-Protokoll. Bestenfalls soll die Befragung möglichst per Audio- oder Videoaufnahme gesichert werden, soweit die Befragten damit einverstanden sind (AWMF Kinderschutzleitlinie 2019). Spontane Aussagen der Kinder sollten wortgenau aufgeschrieben werden (Debertin et al. 2011).

Eine Ganzkörperuntersuchung inklusive Anogenitalregion sollte möglichst immer durchgeführt werden. Das Bestimmungsrecht der Kinder muss dabei respektiert werden. Sie sollten allein aus forensischer Indikation niemals gegen ihren Willen untersucht werden. Idealerweise soll immer eine Vertrauensperson bei der Untersuchung anwesend sein (Debertin et al. 2011).

Das Alter und die Wachstumsparameter sollten dokumentiert werden und der Perzentilenverlauf sollte beobachtet werden. Länge und Gewicht im Vergleich zu Normwerten und genetischen Zielwerten des Kindes können Aufschluss über körperliche Vernachlässigung oder somatische Differentialdiagnosen geben (Jacobi et al. 2010). Auch dem Zahnstatus im Sinne eines möglichen Dental Neglect als auch dem psychomotorischen Entwicklungsstand sollte Beachtung geschenkt werden (Herrmann et al. 2022). Wichtig ist es auch, die verdächtigen Verletzungen in Bezug auf Alter, Entwicklungsstand und Mobilität des Kindes einzuschätzen (AWMF Kinderschutzleitlinie 2019). Bei prämobilen Säuglingen, die sich nicht drehen können, oder bei Kindern, die nicht laufen können, entfallen viele mögliche Verletzungsmechanismen schon biomechanisch. Diese Kinder haben sehr selten akzidentelle Hämatome oder Frakturen (McMahon et al. 1995, Bentivegna et al. 2022a). Die

deutsche Leitlinie empfiehlt ein altersadaptiertes Vorgehen bei der Diagnostik. Bei Kindern, die jünger als sechs Monate sind und Hämatome aufweisen, soll eine Blutgerinnungsstörung ausgeschlossen und nach okkulten Verletzungen mit einem standardisierten Röntgen-Skelett-Screening und einer Magnetresonanztomographie des Schädels (cMRT), inklusive einer diffusionsgewichteten Sequenz, gesucht werden. Außerdem soll eine Funduskopie beider Augen durchgeführt werden. Außerdem sollten Geschwister eines körperlich misshandelten Kindes oder Kinder, die im selben Haushalt leben, wie ein misshandeltes Kind und die jünger als 24 Monate sind, auch ein Röntgen-Skelettscreening erhalten (AWMF Kinderschutzleitlinie 2019).

Es gibt einige Verletzungsmerkmale, die für ein nicht akzidentelles Entstehen sprechen (s. Abbildung 1). Manche Körperregionen sind öfter bei Misshandlungen betroffen, wie z. B. Kopf, Gesicht, retroaurikulär und die behaarte Kopfhaut (jeweils gehäuft die linke Seite, wenn die Gewalt von einem Rechtshänder verübt wurde), Hals, Stamm, Oberschenkel (Vorderseite), Oberarme, Gesäß und Genitalbereich (Herrmann et al. 2022, Bentivegna et al. 2022a). Andere Körperregionen sind öfter von akzidentellen Hämatomen betroffen (Abbildung 2). Die betroffenen Regionen variieren stark mit der motorischen Entwicklung der Kinder, wie in Abbildung 1 und 2 zu sehen ist, es bleibt aber bis zur Adoleszenz so, dass bestimmte Körperregionen schon indikativ nicht gut durch triviale Unfallszenarien zu begründen sind. Außerdem sprechen Verletzungen verschiedener Art und verschiedenen Alters für eine Misshandlung des Kindes (Herrmann et al. 2022).

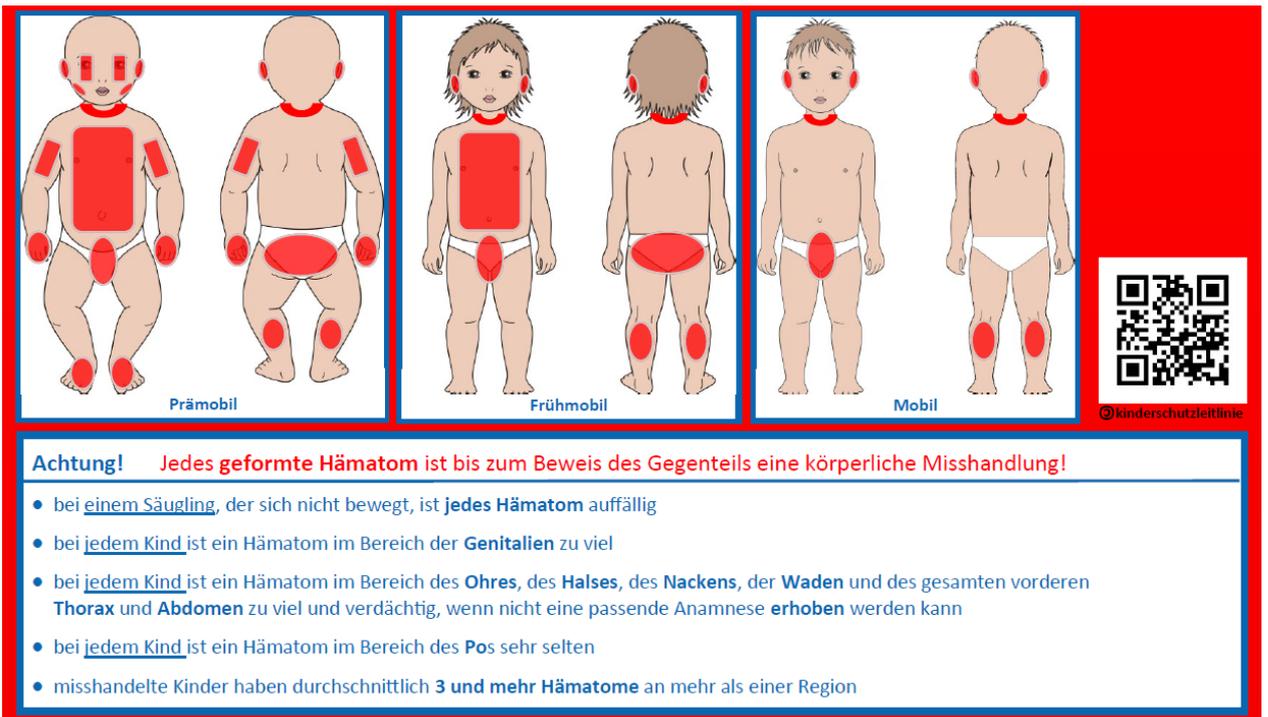


Abbildung 1: Misshandlungsverdächtige Hämatombefunde, Hämatomlokalisierung bei 350 misshandelten Kindern unter 6 Jahren von n = 519 Kindern (vgl. Kemp A. et al. 2014b) und bei 133 misshandelten Kindern im Alter von 1-13 Jahren (Kitteltaschenkarte „Hämatome“ aus AWMF Kinderschutzleitlinie 2019)

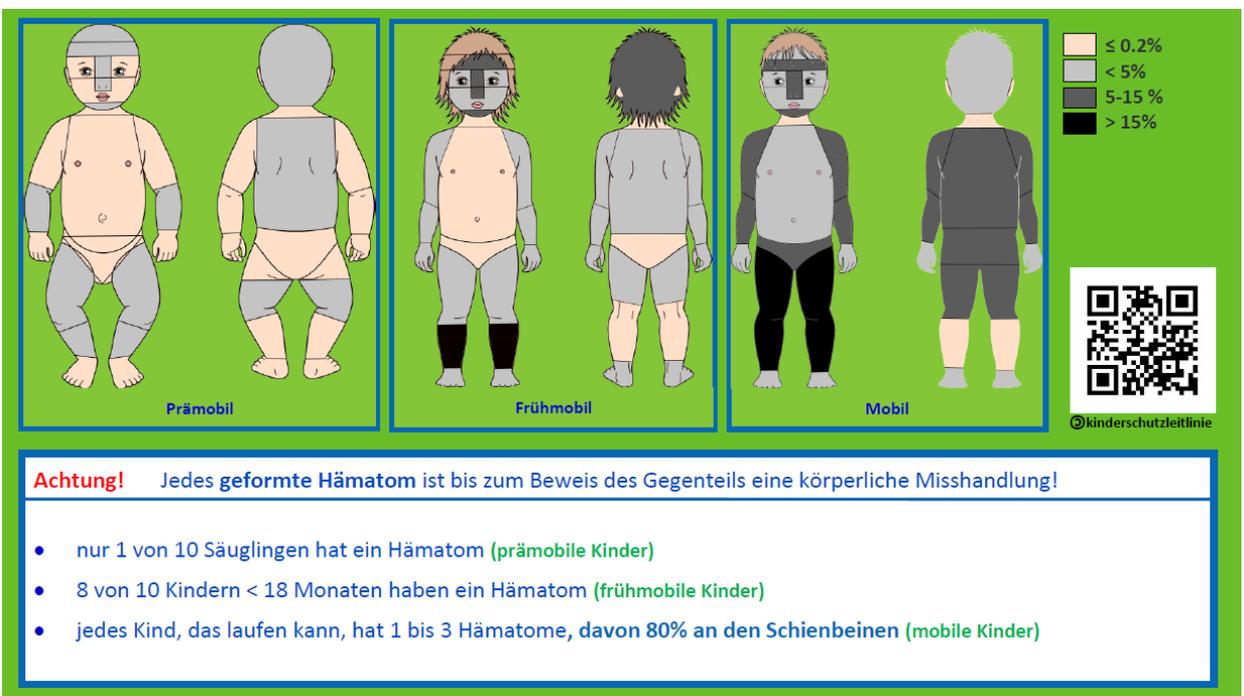


Abbildung 2: Akzidentell begründbare Hämatombefunde. Prozentuale Verteilung von 2.570 Erfassungen bei 328 gesunden Kindern unter 6 Jahren (75% mobil, 19% frühmobil und 6% prämobil) mit mindestens einem blauen Fleck, insgesamt 3.523 Hämatome (Kitteltaschenkarte „Hämatome“ aus AWMF Kinderschutzleitlinie 2019)

Bei Verdacht auf ein nicht akzidentelles Schädel-Hirn-Trauma soll ein cMRT inklusive einer diffusionsgewichteten Sequenz erfolgen und wenn sich der Verdacht in der Bildgebung erhärtet, soll zusätzlich eine Magnetresonanztomographie (MRT) der Wirbelsäule erfolgen. Ist das Kind vital bedroht, muss aus Zeitgründen zunächst eine cranielle Computertomographie (cCT) gemacht werden, um über eine Operationsnotwendigkeit zu entscheiden. Daneben soll eine ophthalmologische Untersuchung (erweiterte Pupillen und indirekte Funduskopie) durchgeführt werden. Die augenärztliche Untersuchung bei Kindern mit misshandlungsbedingten Schädelhirnverletzungen soll möglichst in den ersten 24 Stunden nach Vorstellung stattfinden (AWMF, Kinderschutzleitlinie 2019).

Bei sexuellem Missbrauch sollte die Untersuchung bestenfalls in den ersten 24 Stunden nach dem Übergriff stattfinden. Sie umfasst die Inspektion der Anogenitalregion, sofern das Kind es erlaubt (Debertin et al. 2011). Generell soll auf sexuell übertragbare Krankheiten (Urinuntersuchung und Analabstrich) untersucht werden und es sollen Spermien- und DNA-Spuren gesichert werden. Bei Mädchen im geschlechtsreifen Alter soll ein Schwangerschaftstest (β -HCG in Urin oder Serum) angeboten werden. Ein forensisches Interview und eine psychologische Evaluierung sollen ebenfalls stattfinden. Je nach Schweregrad des Missbrauchs sollte ein Trauma des Becken- und Bauchraumes ausgeschlossen werden (AWMF Kinderschutzleitlinie 2019).

Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Kinderärzten und Kinder-Gynäkologen kann die Aufklärung einer Kindeswohlgefährdung verbessern (Dubowitz und Bennett 2007). Die Kinderschutzleitlinie empfiehlt bei einem Verdachtsfall im Krankenhaus eine multiprofessionelle Fachkonferenz unter der Leitung eines:r Facharztes:ärztin (Fachärzt:in für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Rechtsmedizin) und zusätzlich Sozialarbeiter:innen, Psycholog:innen, Fachkräfte für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Ärzt:innen aus anderen Fachbereichen einzuberufen (AWMF Kinderschutzleitlinie 2019).

Differentialdiagnosen sollten immer ausgeschlossen werden, wenn ein Verdacht darauf besteht. Dies soll durch eine Familienanamnese, eine körperliche und neurologische Untersuchung, apparative Diagnostik (Röntgen-Skelett-Screening immer bei Kindern unter einem Jahr, ansonsten fallbezogene Entscheidung) und/oder eine Blutentnahme mit Fokus auf die Gerinnung geschehen. Blutungsstörungen, bei denen vermehrt Hämatome auftreten, wie Hämophilie oder ein Vitamin K Mangel sollten ausgeschlossen werden (Christian und States 2007, AWMF Kinderschutzleitlinie 2019, Zeidan et al. 2023). Die Leitlinie empfiehlt die Erhebung einer standardisierten Blutgerinnungsanamnese und eine erweiterte Gerinnungsdiagnostik bei Hinweisen auf eine Blutungsstörung (AWMF Kinderschutzleitlinie 2019). Krankheiten, die zu pathologischen Brüchen führen können, wie eine Osteogenesis imperfecta, Rachitis oder geburtstraumatische Brüche sollten bei Kindern mit auffälligen

Frakturen auch in Betracht gezogen werden (Christian und States 2007, Bentivegna et al. 2022b). Bei dem Verdacht einer misshandlungsbedingten Schädelverletzung sollten differentialdiagnostisch zum Beispiel Stoffwechselstörungen (wie eine Glutarazidurie, Methylmalonazidurie und Homocystinurie) ausgeschlossen werden. Allerdings sollte bei Kindern, die sicher Opfer einer Misshandlung geworden sind, nicht nach Differentialdiagnosen, die die Befunde rein theoretisch zumindest anteilig erklären könnten, gesucht werden (AWMF Kinderschutzleitlinie 2019).

Im Kinderkompetenzzentrum des Instituts für Rechtsmedizin in Hamburg werden die Kinder bei einem Verdacht auf Misshandlung, Missbrauch oder Vernachlässigung zumeist im Auftrag des ASD, des Kinder- und Jugendnotdienstes oder konsiliarisch von Kinderkliniken vorgestellt.

Das Team besteht aus Rechtsmediziner:innen, Kinder- und Jugendpsychiater:innen, Pädiater:innen sowie bei Bedarf Ärzt:innen anderer Fachrichtungen, wie zum Beispiel aus der Ophthalmologie.

Zu jeder Untersuchung gehören im Kinderkompetenzzentrum eine Ganzkörperuntersuchung der Kinder sowie die genaue (Foto-)Dokumentation aller darstellbarer Befunde. Falls nötig werden biologische Spuren gesichert und ärztliches Fachpersonal anderer Fachrichtungen hinzugezogen.

Ebenso werden Untersuchungen von Geschwisterkindern und Folgeuntersuchungen bei auffälligen Befunden im Rahmen der Erstuntersuchung angeboten. Folgeuntersuchungen finden statt, wenn nach der ersten Untersuchung eine Kindeswohlgefährdung in der Zukunft nicht ausgeschlossen werden kann. Die Kinder bleiben in ihrer Familie und werden nach einem gewissen Zeitraum wieder einbestellt, um den weiteren Verlauf ärztlich zu beobachten.

Das ärztliche Fachpersonal des Kinderkompetenzzentrums teilt die Ergebnisse dem ASD nach der Untersuchung umgehend mit und verfasst einen schriftlichen Bericht der Untersuchungsergebnisse, gestützt durch eine forensische Fotodokumentation.

3. Material und Methoden

Für die vorliegende retrospektive Studie wurden alle Akten von männlichen Kindern zwischen 0 und 12 Jahren, die im Zeitraum von Januar 2014 bis Dezember 2017 im Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf vorgestellt wurden, berücksichtigt. Die Altersspanne wurde in Rücksprache mit der Pädiatrie festgelegt. Es wurde unterschieden zwischen 0-1 Jahren (Säuglinge), 2-3 Jahren (Kleinkinder), 4-6 Jahren (Vorschulkinder) und 7-12 Jahren (Grundschul Kinder). Somit wurden Kinder mit verschiedenen Mobilitätsgraden verglichen. In der pädiatrischen Literatur werden meist Kinder von 2-3 Jahren nicht separat als Altersgruppe untersucht, da es sich bei dieser Arbeit jedoch nicht um die Untersuchung ausschließlich gesunder oder somatisch kranker Kinder handelt, wurde diese Altersgruppe separat betrachtet. Es wurde ein Vier-Jahres Zeitraum (2014-2017) mit ausreichenden Fallzahlen ($n = 918$) gewählt. In der Regel dauert die Vollständigkeit der Daten in den Akten des Kinderkompetenzzentrums ein Jahr, sodass bei Beginn der Auswertung im Jahr 2018, die letzten vollständig vorliegenden Akten aus dem Jahr 2017 waren.

Mögliche Vorstellungsgründe waren körperliche oder emotionale Misshandlung, körperliche oder emotionale Vernachlässigung oder sexueller Missbrauch. Voraussetzung für den Einschluss in die Studie war, dass die Vorfälle innerhalb der Familie stattgefunden haben, was bedeutet, dass die oder der Verdächtige ein Familienmitglied war. Man entschied sich die Gewalt oder Vernachlässigung im familiären Umfeld zu untersuchen, da sie besonders häufig vorkommt. Darüber hinaus hat sie für die Betroffenen weitreichende Folgen, sowohl physisch als auch psychisch, da Familie zumeist als sicheres Umfeld gelten soll und Misshandlung oder Vernachlässigung durch Familienmitglieder die weitere Entwicklung der Kinder maßgeblich beeinflusst. Der Kindeswohlgefährdung wird deshalb auch gesellschaftlich und medial besonders viel Aufmerksamkeit gewidmet.

Die Kindeswohlgefährdung die Mädchen betrifft wurde in einer separaten Arbeit des Kinderkompetenzzentrums ausgewertet.

Insgesamt wurden Daten aus 918 Fällen und Untersuchungsanlässen zusammengetragen. Einzelne Kinder können mehrmals vorkommen, da bei einem neuen Verdacht (andere/neue Verletzung oder Vorfall) ein neuer Vorgang angelegt wurde. Folgeuntersuchungen und Umfelduntersuchungen (Untersuchung von Geschwistern/anderen Kindern aus demselben Haushalt) wurden explizit nicht in die Studie aufgenommen, obgleich sie in der praktischen Versorgung stattfanden.

Die Kinder wurden von Ärzt:innen des Kinderkompetenzzentrums untersucht und die körperlichen Befunde wurden in den Dokumentationsbögen festgehalten. Die Umstände, die zur Vorstellung geführt haben, und der Umgang der Eltern mit den Kindern wurde –sofern bekannt – ebenfalls dokumentiert.

Aus den Akten wurden folgende Daten erhoben:

- Untersuchungsdatum,
- Fallnummer,
- Ersteinweiser,
- Geburtsdatum/Alter des Kindes,
- Geschwisteranzahl,
- Haushaltskonstellation (leibliche Eltern ja/nein, alleinerziehend ja/nein),
- Art der Verletzung,
- Lokalisation der Verletzung,
- Verdacht auf instrumentelle Gewalt,
- Verdacht auf ein Schütteltrauma,
- Eingangsverdacht (körperliche/emotionale Misshandlung oder körperliche/emotionale Vernachlässigung, sexueller Missbrauch),
- Bestätigung des Verdachts (Ja/Nein/Teilweise/Unklar)
- mutmaßliche Täterperson (leibliche Eltern, Stiefeltern, Geschwister, Pflegeeltern oder andere Familienmitglieder).

Zur Auswertung der Daten wurde die Statistik-Software SPSS Statistics Version 23.0 von IBM und Excel Version 2401 von Microsoft für deskriptive Beschreibungen und Vergleiche der Kohorten genutzt.

4. Ergebnisse

4.1 Epidemiologie

Insgesamt wurden 918 Fälle von Jungen mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung über den Zeitraum vom 08.01.2014 bis zum 27.12.2017 im Kinderkompetenzzentrum untersucht. In den Tagen vor dem 08.01.2014 und nach dem 27.12.2017 gab es keine Akten von Jungen zwischen 0 und 12 Jahren. Die meisten Fälle (n = 264) wurden im Jahr 2016 gezählt. Im Jahr 2014 gab es am wenigsten Fälle (n = 201).

Von 2014 bis 2016 gab es eine vergleichbare Anzahl der Verdachtsfälle und von 2016 zu 2017 fiel die Zahl (s. Tabelle 4 und Abbildung 3). Im Durchschnitt wurden jährlich knapp 230 Fälle dokumentiert.

Tabelle 4: Anzahl der Verdachtsfälle und Untersuchungsanlässe pro Jahr

Jahr	Häufigkeit	Prozent
2014	201	21,9%
2015	205	22,3%
2016	264	28,8%
2017	248	27,0%
Gesamt	918	100,0%

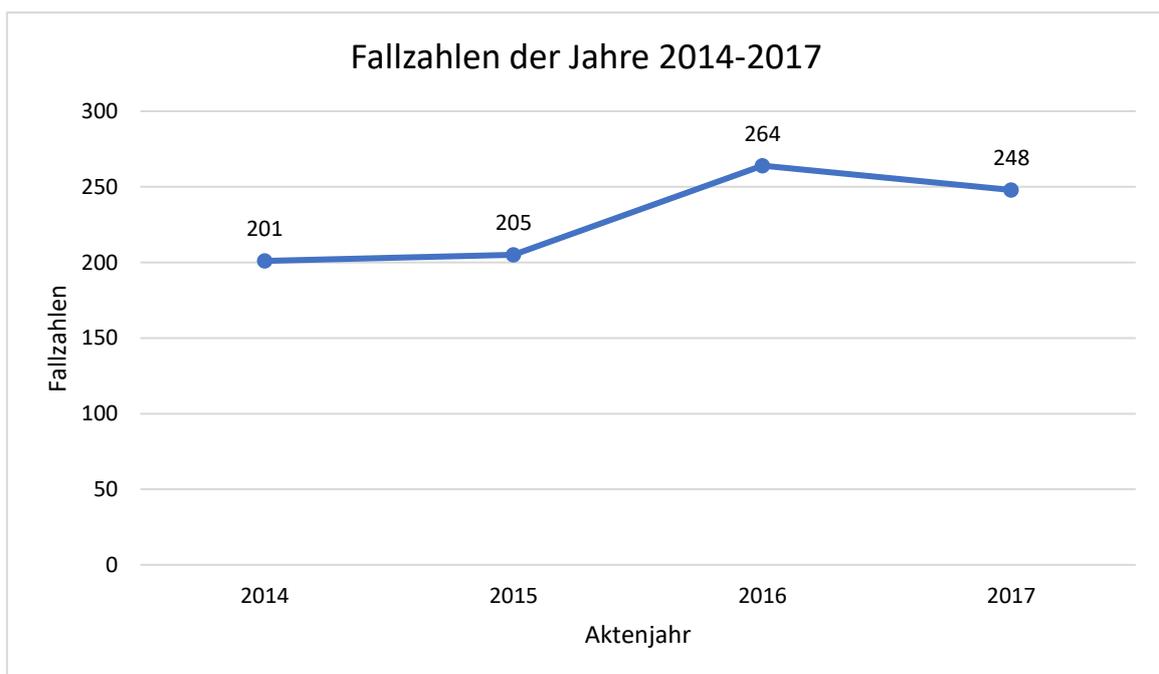


Abbildung 3: Anzahl der Verdachtsfälle in den Jahren 2014 bis 2017.

Die Kinder wurden anhand ihres Alters in vier Gruppen unterteilt: Säuglinge von 0-1 Jahr, Kleinkinder von 2-3 Jahren, Vorschulkinder von 4-6 Jahren und Grundschul Kinder von 7-12 Jahren. Der Mittelwert des Alters war 5,4 Jahre, der Median betrug 5,0 Jahre. Die Einteilung in Alterskategorien ergab die in Tabelle 5 und Abbildung 4 gezeigte Verteilung.

Tabelle 5: Anzahl der Fälle in den verschiedenen Altersklassen

Altersklassen	Häufigkeit	Prozent (%)
0-1 Jahre	155	16,9
2-3 Jahre	170	18,5
4-6 Jahre	226	24,6
7-12 Jahre	367	40,0
Gesamt	918	100

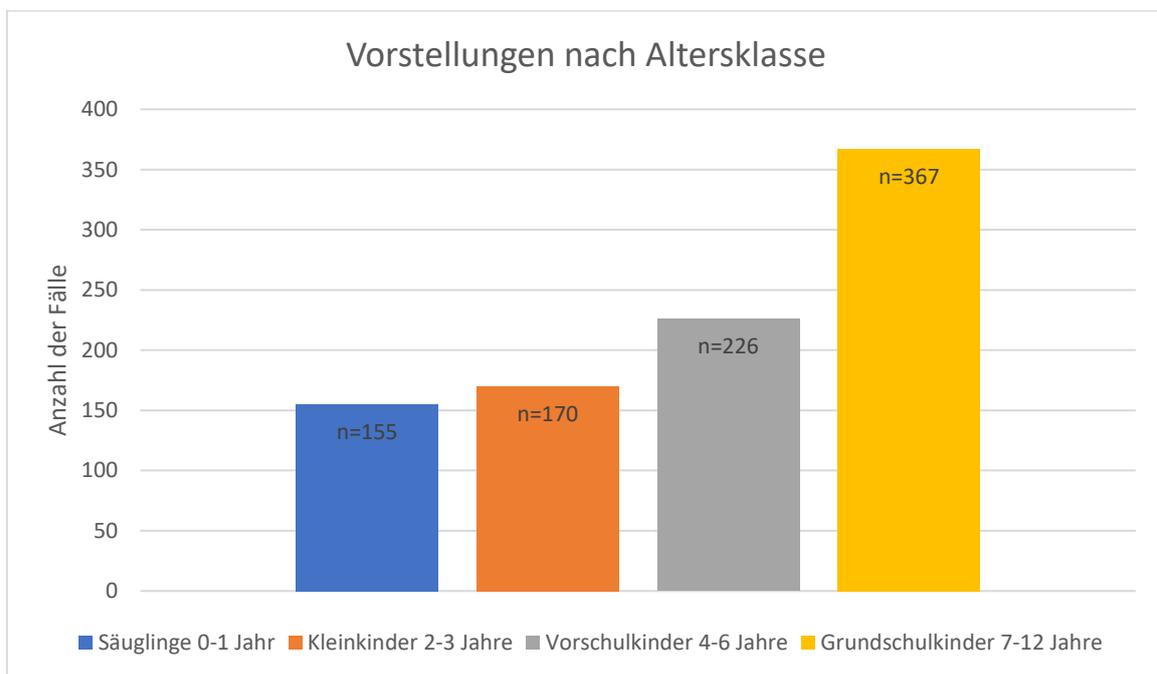


Abbildung 4: Darstellung der Vorstellungen nach Altersklassen

Die 7- bis 12-Jährigen wurden am häufigsten vorgestellt (n = 367, 40,0%), gefolgt, von den 4- bis 6-Jährigen (n = 226, 24,6%). Säuglinge (0-1 Jahr) machten mit 155 Verdachtsfällen die kleinste Gruppe aus (s. Tabelle 5 und Abbildung 4).

Es gab 14 verschiedene Ersteinweiser (die Institution oder Person, die die Kinder an das Kinderkompetenzzentrum weitergeleitet hatte, s. Tabelle 6). Am häufigsten wurde dabei der

Allgemeine Soziale Dienst (ASD) dokumentiert. In 766 Fällen (83,6%) wurde vom ASD weitergeleitet. Zweithäufigster Einweiser waren Krankenhäuser mit 55 Fällen (6,0%). (s. Tabelle 7). Dritthäufigster Einweiser war die Polizei mit 21 Fällen. Am seltensten waren in jeweils einem Fall (0,1%) waren die Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKE sowie die Schule des Kindes die Ersteinweiser (s. Tabelle 6).

Tabelle 6: Anzahl und Aufteilung der Ersteinweiser

Ersteinweiser	Häufigkeit	Gültige Prozente (%)
ASD	766	83,4
Krankenhaus	55	6,0
• UKE	22	2,4
• AKK	15	1,6
• Wilhelmstift	8	0,9
• AK Nord	5	0,5
• Mariahilf	4	0,4
• KK Pinneberg	1	0,1
Polizei	21	2,3
Kinderarzt	16	1,7
Kinder- u. Jugendnotdienst	15	1,6
Andere	11	1,2
Mutter	10	1,1
Familiengericht	9	1,0
Vormund	5	0,5
Eltern	4	0,4
Mutter-Kind-Einrichtung	2	0,2
Pflegemutter	2	0,2
Kinder- u. Jugendpsychiatrie (UKE)	1	0,1
Schule	1	0,1
Gesamt	918	100

4.2 Prävalenz

Die Akten umfassten alle Jungen, die mit einem Verdacht auf körperliche oder emotionale Misshandlung, sexueller Missbrauch oder körperliche oder emotionale Vernachlässigung vorgestellt wurden. Es gab Jungen, bei denen die verschiedenen Formen von Misshandlung, Vernachlässigung und Missbrauch gleichzeitig vorhanden waren.

Nach der Untersuchung wurde dokumentiert, ob der initiale Verdacht sich durch Verletzungsbefunde bestätigt hatte, nicht bestätigt hatte, unklar geblieben war oder teilweise bestätigt hatte (z.B. wenn bei gleichzeitigem Verdacht verschiedener Missbrauchsformen eine Form von Missbrauch bestätigt und die andere nicht bestätigt werden konnte).

In sechs Fällen (0,7%) wurde die Angabe zu einer Bestätigung oder einer Ablehnung des Verdachts in den hier untersuchten Unterlagen nicht notiert (s. Tabelle 7).

In 34,7% der Fälle konnte der Verdacht nicht bestätigt werden, in 29,5% der Fälle blieb es unklar und in 10,0% der Untersuchungen konnte der Verdacht teilweise bestätigt werden. Bestätigt wurde der Eingangsverdacht in 235 Fällen (25,8%, s. Tabelle 7 und Abbildung 5). Im Jahr 2014 wurden 49 Fälle bestätigt, im Jahr 2015 waren es 65 bestätigte Fälle, im Jahr 2016 waren es 73 und im Jahr 2017 48 bestätigte Fälle.

Zählt man die Fälle zusammen, in denen der Verdacht bestätigt wurde oder teilweise bestätigt wurde, sind es 326 Fälle. Im Jahr 2014 hatten sich so 65 Fälle (32,3%) teilweise bestätigt, im Jahr 2015 waren es 90 Fälle (43,9%), im Jahr 2016 94 Fälle (35,6%) und 2017 77 Fälle (31,0%).

Also wurden in 35,8% der Fälle mind. eine der Misshandlung-, Vernachlässigungs- oder Missbrauchsformen bei den untersuchten Jungen eindeutig vorgefunden.

In über der Hälfte der Fälle (64,2%) wurde der Verdacht nicht bestätigt oder war unklar geblieben (s. Tabelle 7 und Abbildung 5).

Tabelle 7: Bestätigung des Eingangsverdachts

Bestätigung	Häufigkeit	Prozent (%)	Gültige Prozente (%)
Nein	317	34,5	34,7
Ja	235	25,6	25,8
Unklar	269	29,3	29,5
Teilweise	91	9,9	10,0
Gesamt	912	99,3	100
k. A.	6	0,7	
Gesamt	918	100	

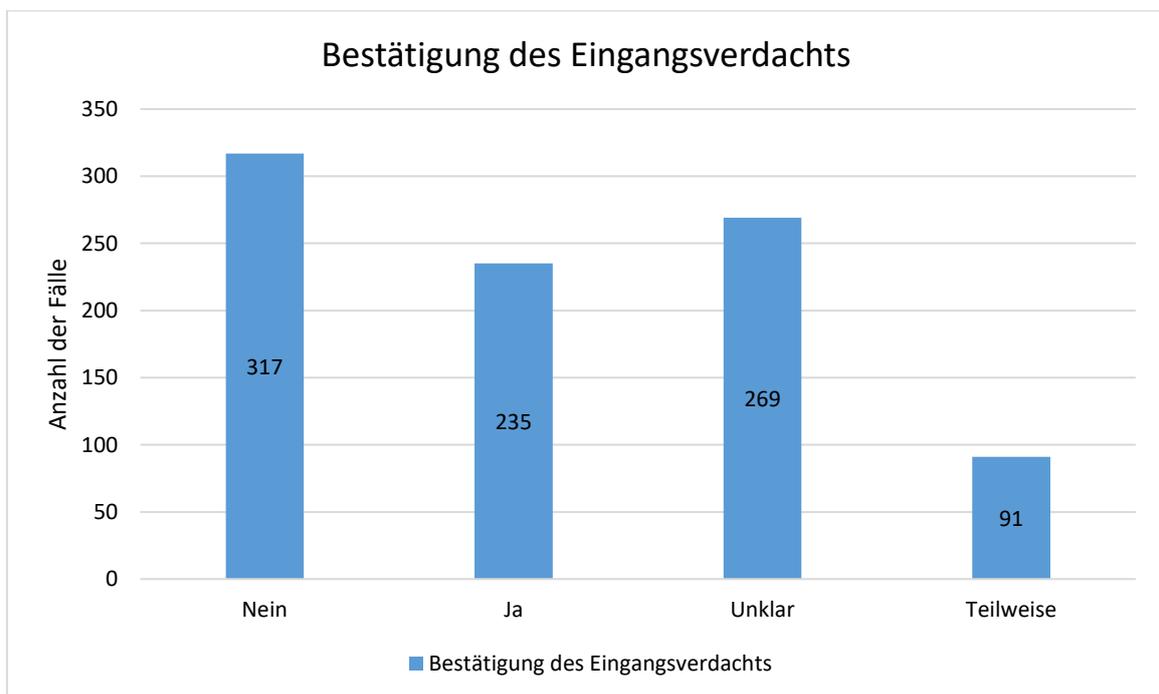


Abbildung 5: Bestätigung des Eingangsverdachts

In allen Altersklassen wurde der Verdacht nach der Untersuchung in mehr als 30% der Fälle nicht bestätigt, bei den Kindern von 0-1 Jahr waren 35,7% der Fälle nicht bestätigt worden. Bei den Kleinkindern (2 bis 3 Jahre) waren 37,6% der Fälle nicht bestätigt worden. Bei den 4- bis 6-Jährigen wurden 35,6% nicht bestätigt und bei den Grundschulkindern zwischen 7

und 12 Jahren waren es 32,5% der Fälle, die nicht bestätigt wurden. (s. Tabelle 8 und Abbildung 6).

In der Gruppe der 0- bis 1-Jährigen mit 48 (31,2%) von 154 gab es die meisten bestätigten Fälle. Werden die Fälle addiert, bei denen der Verdacht bestätigt wurde oder teilweise bestätigt wurde, gibt es bei den Jungen zwischen 7 und 12 Jahren mit 131 Fällen (36,1%) die meisten ganz oder teilweise bestätigten Fälle, die höchste Quote an teilweise und ganz bestätigten Fälle gibt es jedoch bei den Säuglingen mit 40,3% (n = 62). Die höchste Quote an unklaren Fällen gab es bei den Vorschulkindern (6-9 Jahre) mit 32,4 % (n = 73).

Die niedrigste Quote an teilweise und ganz bestätigten Fällen gab es bei den Vorschulkindern zwischen 4 und 6 Jahren mit 32% (n = 72, s. Tabelle 8 und Abbildung 6).

Die höchste Quote an nicht bestätigten Fällen fand sich bei den Kindern zwischen 2 und 3 Jahren mit 64 von 170 Fällen (37,6%). In dieser Gruppe zeigte sich auch der höchste Anteil der teilweise bestätigten Fälle mit 12,4% (s. Tabelle 8 und Abbildung 6).

Tabelle 8: Bestätigung des Eingangsverdachts nach Altersklassen

Altersklassen	Bestätigung des Eingangsverdachts				Gesamt
	Nein	Ja	Unklar	Teilweise	
0-1 Jahre	55 (35,7%)	48 (31,2%)	37 (24,0%)	14 (9,1%)	154 (100%)
2-3 Jahre	64 (37,6%)	40 (23,5%)	45 (26,5%)	21 (12,4%)	170 (100%)
4-6 Jahre	80 (35,6%)	52 (23,1%)	73 (32,4%)	20 (8,9%)	225 (100%)
7-12 Jahre	118 (32,5%)	95 (26,2%)	114 (31,4%)	36 (9,9%)	363 (100%)
Gesamt	317 (34,8%)	235 (25,8%)	269 (29,5%)	91 (9,9%)	912 (100%)

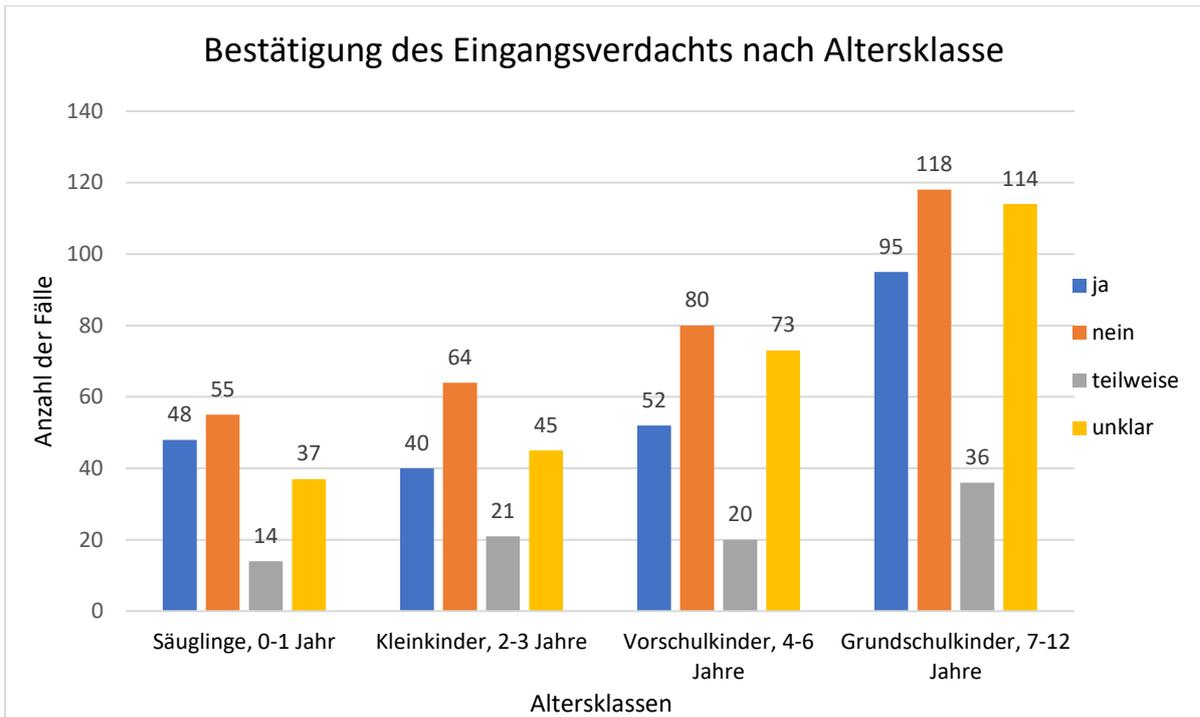


Abbildung 6: Bestätigung des Eingangsverdachts in den verschiedenen Altersklassen

4.2.1 Bestätigung des Eingangsverdacht es ohne Verdachtsfälle auf sexuellen Missbrauch

Bei Ausschluss der Fälle, die mit dem Verdacht des sexuellen Missbrauchs überwiesen wurden, gibt es 305 (35,2%) Fälle, in denen sich der Eingangsverdacht nicht bestätigt hat. In 232 Fällen (26,8%) hat sich der Eingangsverdacht bestätigt. In 240 Fällen (27,7%) blieb der Verdacht nach der Untersuchung unklar und in 89 (10,3%) Fällen hat sich der Verdacht teilweise bestätigt (s. Tabelle 9 und Abbildung 7)

Tabelle 9: Bestätigung des Eingangsverdachts ohne Verdacht auf sexuellen Missbrauch

Bestätigung	Häufigkeit	Prozent (%)	Gültige Prozente (%)
Nein	305	35,0	35,2
Ja	232	26,6	26,8
Unklar	240	27,5	27,7
Teilweise	89	10,2	10,3
Gesamt	866	99,3	100
k. A.	6	0,7	
Gesamt	872	100	

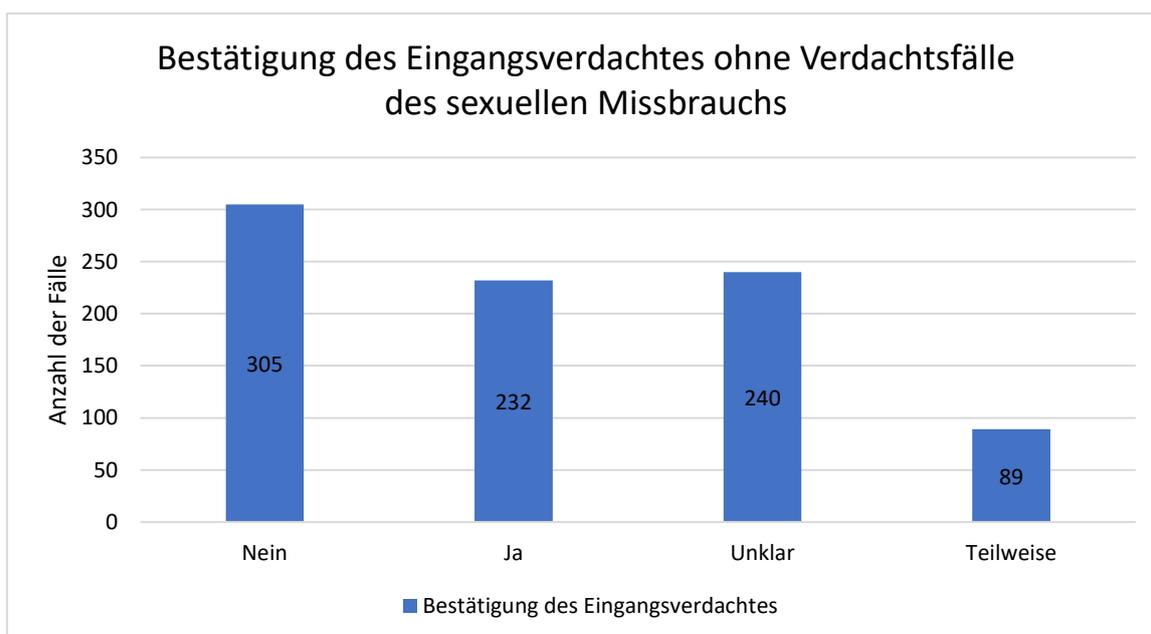


Abbildung 7: Bestätigung des Eingangsverdachts ohne Verdachtsfälle des sexuellen Missbrauchs

Tabelle 10: Bestätigung des Eingangsverdachts nach Altersklassen ohne Verdachtsfälle des sexuellen Missbrauchs

Altersklassen	Bestätigung des Eingangsverdachts ohne sexuellen Missbrauch				Gesamt
	Nein	Ja	Unklar	Teilweise	
0-1 Jahre	54 (36,0%)	48 (32,0%)	35 (23,3%)	13 (8,7%)	150 (100%)
2-3 Jahre	60 (37,0%)	39 (24,1%)	42 (25,9%)	21 (13,0%)	162 (100%)
4-6 Jahre	75 (35,8%)	50 (23,9%)	65 (31,1%)	19 (9,1%)	209 (100%)
7-12 Jahre	116 (33,6%)	95 (27,6%)	98 (28,4%)	36 (10,4%)	345(100%)
Gesamt	305 (35,2%)	232 (26,8%)	240 (27,7%)	89 (10,3%)	866 (100%)

Ohne die Fälle, bei denen ein sexuellen Missbrauch vermutet wurde, waren bei den Säuglingen 36,0% der Fälle nicht bestätigt worden. Bei den Kleinkindern waren 37,0% der Fälle nicht bestätigt worden. Bei den Vorschulkindern wurden 35,8% nicht bestätigt und bei den Grundschulkindern wurden 33,6% nicht bestätigt. Die höchste Quote an unklaren Fällen gab es bei den Vorschulkindern (31,1%) und in der Altersgruppe gab es auch die niedrigste Quote an bestätigten Fällen mit 52 Fällen (23,9%, s. Tabelle 10 und Abbildung 8).

In der Gruppe der 0- bis 1-Jährigen mit 48 (32,0%) von 150 gab es die meisten bestätigten Fälle. Werden noch die teilweise bestätigten Fälle hinzugezählt, sind es 62 (40,3%). Diese Altersgruppe ist auch die einzige, in der die Anzahl bestätigter Fälle höher ist als die Anzahl unklar gebliebener Fälle (s. Tabelle 10 und Abbildung 8).

Der höchste Anteil an nicht bestätigten Fällen lag bei den Kindern zwischen 2 und 3 Jahren mit 64 (37,0%) von 170 Fällen vor. Die höchste Quote an teilweise bestätigten Fällen (13,0%) gab es ebenfalls bei den 2- bis 3-Jährigen (s. Tabelle 10 und Abbildung 8).

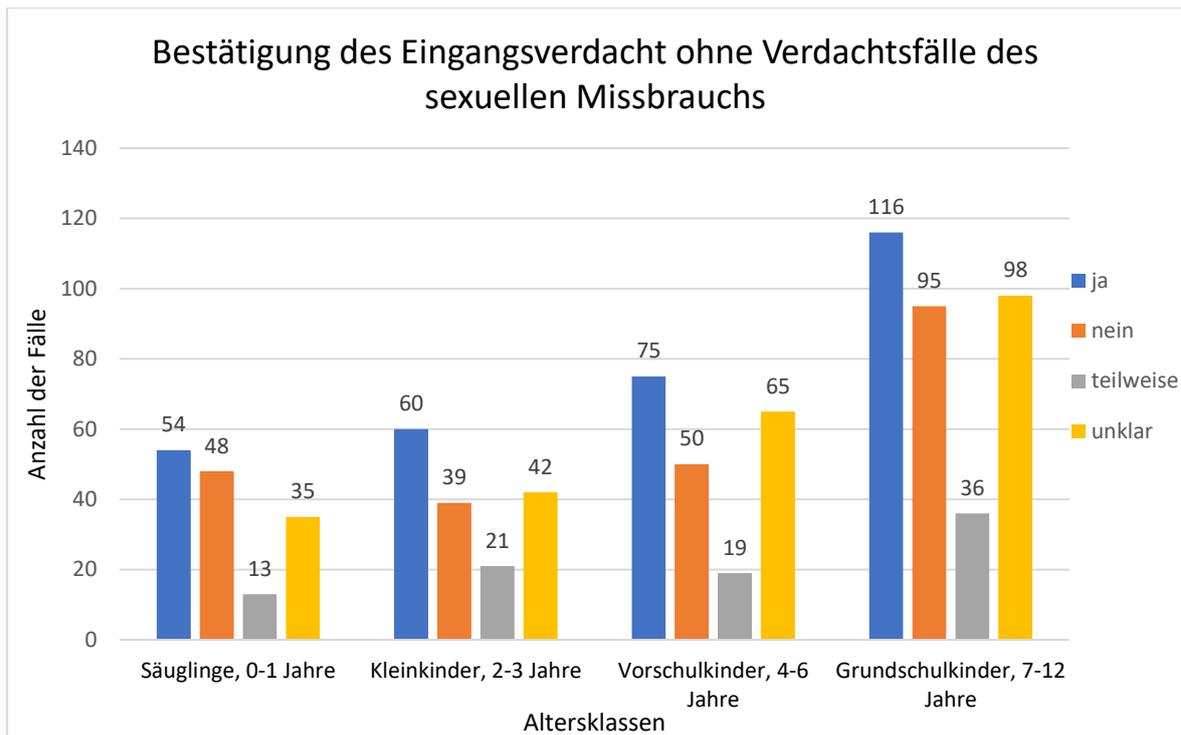


Abbildung 8: Bestätigung des Eingangsverdachts in den verschiedenen Altersklassen ohne Verdachtsfälle des sexuellen Missbrauchs

4.2.2. Körperliche Misshandlung

Der Verdacht auf eine körperliche Misshandlung war in 809 Fällen (88,1% aller vorgestellten Kinder) angegeben und in 167 Fällen (20,6%) bestätigt worden. Hinzu kamen zwei Fälle, bei denen der Verdacht vorher nicht geäußert worden war, aber nach der Untersuchung eine körperliche Misshandlung festgestellt wurde. Insgesamt waren also 169 Kinder von körperlicher Misshandlung betroffen, was 18,4% aller 918 vorgestellten Kinder entspricht.

Bei den Säuglingen (0-1 Jahr) waren es 132 Verdachtsfälle (85,2% aller Kinder dieser Altersklasse), davon wurden 37 Fälle (28,0% aller Verdachtsfälle in der Altersklasse) bestätigt und in einem Fall wurde eine körperliche Misshandlung festgestellt, ohne dass vorher dieser Verdacht geäußert war. Insgesamt waren es also 38 bestätigte körperliche Misshandlungen. Bei den 2- bis 3-Jährigen waren es 145 Verdachtsfälle (93,5% der gesamten Altersklasse) und davon 21 Bestätigungen (14,5% der Verdachtsfälle der Altersklasse). Auch in dieser Altersklasse kam noch ein Fall von körperlicher Misshandlung hinzu, der nach der Untersuchung festgestellt wurde. Insgesamt gab es also 22 bestätigte Fälle in dieser Altersklasse. In der Gruppe der Jungen von 4 bis 6 Jahren waren es 205 Verdachtsfälle (90,7% der Altersklasse) und 34 Bestätigungen (16,6% der Verdachtsfälle in dieser Altersklasse). Bei den 7- bis 12-Jährigen gab es 327 Verdachtsfälle (89,1% der Altersklasse) und 75 bestätigte Fälle (22,9% der Verdachtsfälle).

Die höchste Quote an Verdachtsfällen von körperlicher Misshandlung gab es demnach bei den 2- bis 3-Jährigen mit 93,5% Verdachtsfällen in der Altersklasse. Die niedrigste Quote ließ sich bei den Säuglingen mit 85,2% Verdachtsfällen in der Gesamtaltersklasse feststellen.

Die meisten Bestätigungen gab es bei den jüngsten Kindern (0-1 Jahr), bei denen sich 28,0% der Verdachtsfälle bestätigt hatten. Die meisten unbestätigten Verdachtsfälle gab es bei den Kindern zwischen 2 und 3 Jahren, bei denen sich 85,5% (n = 124) der Verdachtsfälle nicht bestätigt hatten. Die meisten bestätigten Fälle (n = 75) gab es bei den 7 bis 12 Jahre alten Jungen und die wenigsten bestätigten Fälle bei den Jungen zwischen 2 und 3 Jahren (n = 22) (s. Tabelle 11).

Tabelle 11: Verdacht und Bestätigung körperlicher Misshandlung nach Altersklassen

Altersklassen und Gesamtanzahl an Kindern	Verdacht auf körperliche Misshandlung				Gesamt Bestätigte Fälle
	Nein (n = 109)		Ja (n = 809)		
	Bestätigung der körperlichen Misshandlung		Bestätigung der körperlichen Misshandlung		
	Nein	Ja	Nein	Ja	
0-1 Jahre (n = 155)	22	1	95	37	38
2-3 Jahre (n = 170)	24	1	124	21	22
4-6 Jahre (n = 226)	21	0	171	34	34
7-12 Jahre (n = 367)	40	0	252	75	75
Gesamt (n = 918)	107	2	642	167	169

4.2.3. Körperliche Vernachlässigung

Eine körperliche Vernachlässigung wurde in 146 Fällen vermutet. Sie wurde in 49 Fällen (33,6%) festgestellt und in 97 Fällen nicht bestätigt (66,4%).

Bei den 0- bis 1-Jährigen gab es 38 Verdachtsfälle (24,5% der Gesamtaltersklasse), von denen sich zwölf bestätigt haben. In fünf weiteren Fällen wurde nach der Untersuchung eine körperliche Vernachlässigung festgestellt, ohne dass hierzu vorher der Verdacht

bestand. Insgesamt wurde in 17 Fällen (31,6% aller Fälle in dem Alter) eine körperliche Vernachlässigung im Alter von 0-1 Jahr festgestellt.

Es gab 28 Fälle (16,5% der Altersklasse) bei den 2- bis 3-Jährigen, von denen 13 bestätigt wurden (46,4% der Verdachtsfälle). Hinzu kamen 15 Fälle von körperlicher Vernachlässigung, die nach der Untersuchung festgestellt wurden, ohne dass vorher der Verdacht bestand. Bei den 2- bis 3-Jährigen gab es insgesamt 28 bestätigte Fälle.

Bei den 4- bis 6-Jährigen gab es 30 Verdachtsfälle (13,3% der Altersklasse), von denen zehn bestätigt wurden (33,3% der Verdachtsfälle). Dazu kamen 15 bestätigte Fälle ohne vorherigen Verdacht, sodass es insgesamt 25 Bestätigungen in dieser Altersklasse gab.

Bei den 7- bis 12-Jährigen gab es 50 Verdachtsfälle (13,6% der Altersklasse), von denen sich 14 (28,0% der Verdachtsfälle) bestätigt haben. Hinzu kamen 34 Fälle bestätigter körperlicher Vernachlässigung, die nach der Untersuchung festgestellt wurden. Insgesamt gab es bei den 7- bis 12-Jährigen also 48 Fälle.

Insgesamt war von den 918 vorgestellten Kindern bei 118 Kindern eine körperliche Vernachlässigung festgestellt worden (12,9%). Bei 69 Kindern wurde nach der Untersuchung eine körperliche Vernachlässigung festgestellt, ohne dass vorher ein Verdacht geäußert wurde. Der größte Anteil an Verdachtsfällen fand sich in der Gruppe der Jungen zwischen 0 und 1 Jahr mit 24,5% der Gesamtaltersklasse. Der kleinste Anteil mit 13,3% der Gesamtaltersklasse zeigte sich bei den 4- bis 6-Jährigen. Der größte Anteil an bestätigten Verdachtsfällen fand sich bei den Jungen zwischen 2 und 3 Jahren, bei denen 13 Verdachtsfälle von 28 bestätigt wurden (46,4%). Die meisten unbestätigten Verdachtsfälle fanden sich bei den 7- bis 12-Jährigen, bei denen 72,0% der Verdachtsfälle nicht bestätigt wurden. Die meisten bestätigten Fälle gab es bei den 7- bis 12-Jährigen mit 48 Fällen und die wenigsten bei den 0- bis 1- Jährigen mit 17 bestätigten Fällen von körperlicher Vernachlässigung (s. Tabelle 12).

Tabelle 12: Verdacht und Bestätigung körperlicher Vernachlässigung nach Altersklassen

Altersklassen und Gesamtanzahl an Kindern	Verdacht auf körperliche Vernachlässigung				Gesamt Bestätigte Fälle
	Nein (n = 772)		Ja (n = 146)		
	Bestätigung der körperlichen Vernachlässigung		Bestätigung der körperlichen Vernachlässigung		
	Nein	Ja	Nein	Ja	
0-1 Jahre (n = 155)	112	5	26	12	17
2-3 Jahre (n = 170)	127	15	15	13	28
4-6 Jahre (n = 226)	181	15	20	10	25
7-12 Jahre (n = 367)	283	34	36	14	48
Gesamt (n = 918)	703	69	97	49	118

4.2.4. Emotionale Misshandlung

In 23 Fällen (2,5% aller Fälle) wurde eine emotionale Misshandlung vermutet und in sieben Fällen (30,4%) war der Verdacht bestätigt worden. Es gab keine Verdachtsfälle und keine Bestätigungen bei den 0-1-Jährigen. Bei den 2- bis 3-Jährigen gab es fünf Verdachtsfälle (2,9% der Altersklasse), davon wurden zwei Fälle (40% der Verdachtsfälle) bestätigt.

Bei den 4- bis 6-Jährigen waren es drei Verdachtsfälle (1,3% der Altersklasse), von denen einer (33,3% der Verdachtsfälle) bestätigt wurde. Hinzu kamen zwei bestätigte Fälle ohne vorherigen Verdacht. Demnach gab es in dieser Altersklasse drei bestätigte Fälle emotionaler Misshandlung.

Bei den 7- bis 12-Jährigen gab es 15 Verdachtsfälle (4,1% der Altersklasse), von denen vier (26,7% der Verdachtsfälle) bestätigt wurden, und vier Fälle ohne Verdacht kamen hinzu. Insgesamt gab es acht bestätigte Fälle bei den Kindern zwischen 7 und 12 Jahren. Insgesamt wurde nach der Untersuchung in 13 Fällen (1,4%) eine emotionale Misshandlung festgestellt. Bei sechs Kindern wurde sie festgestellt, ohne dass vorher ein Verdacht in diese Richtung geäußert wurde.

Die meisten Verdachtsfälle gab es bei den Jungen zwischen 7 und 12 Jahren mit 15 Fällen (4,1% aller vorgestellten Kinder der Altersklasse). Die wenigsten gab es bei den 0- bis 1-Jährigen ohne einen entsprechenden Kasus.

Die höchste Quote an bestätigten Verdachtsfällen gab es bei den 2- bis 3-Jährigen mit 40% (2 von 5 Fällen). Die meisten bestätigten Fälle gab es bei den 7- bis 12-Jährigen mit acht Fällen. Die wenigsten bestätigten Fälle mit keinem Fall gab es bei den jüngsten Kindern (0-1 Jahre) (s. Tabelle 13).

Tabelle 13: Verdacht und Bestätigung emotionaler Misshandlung nach Altersklassen

Altersklassen und Gesamtanzahl an Kindern	Verdacht auf emotionale Misshandlung				Gesamt Bestätigte Fälle
	Nein (n = 895)		Ja (n = 23)		
	Bestätigung der emotionalen Misshandlung		Bestätigung der emotionalen Misshandlung		
	Nein	Ja	Nein	Ja	
0-1 Jahre (n = 155)	155	0	0	0	0
2-3 Jahre (n = 170)	165	0	3	2	2
4-6 Jahre (n = 226)	221	2	2	1	3
7-12 Jahre (n = 231)	348	4	11	4	8
Gesamt (n = 918)	889	6	16	7	13

4.2.5. Emotionale Vernachlässigung

Eine emotionale Vernachlässigung wurde in 71 Fällen (7,7% aller Fälle) vermutet und war in 24 Fällen (33,8%) bestätigt worden.

In der Altersklasse von 0- bis 1 Jahr waren es zwölf Verdachtsfälle (7,7% der Gesamtaltersklasse), von denen fünf (41,6% der Verdachtsfälle) bestätigt wurden, außerdem kamen noch zwei Fälle hinzu, bei denen es vorher keinen Verdacht gab. Insgesamt gab es demnach sieben bestätigte Fälle in dieser Altersklasse.

Bei den 2- bis 3-Jährigen gab es zwölf Verdachtsfälle (7,1% der Gesamtaltersklasse), von denen sich sechs (50,0% der Verdachtsfälle) bestätigten. Hinzu kamen noch acht weitere

Bestätigungen nach der Untersuchung, sodass es insgesamt 14 bestätigte Fälle in dieser Altersgruppe gab.

In der Gruppe der 4- bis 6-Jährigen gab es in 14 Fällen (6,2% der Altersklasse) einen Verdacht, der sich fünfmal (35,7% der Verdachtsfälle) bestätigte. Hinzu kamen neun Fälle ohne vorherigen Verdacht: Es gab somit insgesamt 14 bestätigte Fälle in dieser Altersgruppe.

Bei den 7- bis 12-Jährigen gab es 23 Verdachtsfälle (6,3% der Altersklasse), von denen acht (34,8% der Verdachtsfälle) bestätigt wurden und zu denen nach der Untersuchung noch fünf hinzukamen. Es gab bei den 7- bis 12-Jährigen also 13 bestätigte Fälle.

Unter allen untersuchten Kindern (n = 918) waren es 48 Fälle (5,2% aller Fälle). Der größte Anteil an Verdachtsfällen von emotional vernachlässigten Jungen fand sich in der Gruppe der Kinder zwischen 0 und 1 Jahr mit 7,7 % der Altersklasse. Der kleinste Anteil fand sich mit 6,2% der Gesamtersklasse bei den 4- bis 6-Jährigen. Die höchste Quote an bestätigten Verdachtsfällen fand sich bei den Jungen zwischen 2 und 3 Jahren mit 50% bestätigten Verdachtsfällen. Die meisten unbestätigten Verdachtsfälle fanden sich bei den Jungen zwischen 7 und 12 Jahren mit 71,4%. Die meisten bestätigten Fälle gab es bei den 2- bis 3- und den 4- bis 6-Jährigen mit jeweils 14 Fällen. Die wenigsten Fälle gab es bei den 0- bis 1-Jährigen mit sieben bestätigten Fällen von emotionaler Vernachlässigung (s. Tabelle 14).

Tabelle 14: Verdacht und Bestätigung emotionaler Vernachlässigung nach Altersklassen

Altersklassen und Gesamtanzahl an Kindern	Verdacht auf emotionale Vernachlässigung				Gesamt Bestätigte Fälle
	Nein (n = 847)		Ja (n = 71)		
	Bestätigung der emotionalen Vernachlässigung		Bestätigung der emotionalen Vernachlässigung		
	Nein	Ja	Nein	Ja	
0-1 Jahre (n = 155)	141	2	7	5	7
2-3 Jahre (n = 170)	150	8	6	6	14
4-6 Jahre (n = 226)	203	9	9	5	14
7-12 Jahre (n = 367)	329	5	15	8	13
Gesamt (n = 918)	823	24	47	24	48

4.2.6. Sexueller Missbrauch

Es wurden 46 Kinder (5,0% aller Fälle) mit einem Verdacht auf sexuellen Missbrauch vorgestellt, davon vier Verdachtsfälle (2,6% der Altersklasse) in der Gruppe der 0- bis 1-Jährigen, acht Verdachtsfälle (4,7% der Altersklasse) bei den 2- bis 3-Jährigen, 16 Verdachtsfälle (7,1% der Altersklasse) bei den 4- bis 6-Jährigen und 18 Verdachtsfälle (4,9% der Altersklasse) bei den 7- bis 12-Jährigen.

Bei einem 2- bis 3-Jährigen konnte der Missbrauch bestätigt werden (2,2%). Dies war der einzige bestätigte Fall aller unter diesem Verdacht vorgestellten vorgestellten Kinder (0,1%). Den höchsten Anteil an Verdachtsfällen gab es bei den 4- bis 6-Jährigen mit 7,1% aller vorgestellten Kinder dieser Altersgruppe. Die niedrigste Quote an Verdachtsfällen gab es bei den Kindern zwischen 0 und 1 Jahr mit 2,6% aller vorgestellten Kinder dieser Altersklasse (s. Tabelle 15).

Tabelle 15: Verdacht und Bestätigung sexuellen Missbrauchs nach Altersklassen

Altersklassen und Gesamtanzahl an Kindern	Verdacht auf sexuellen Missbrauch				Gesamt Bestätigte Fälle
	Nein (n = 871)		Ja (n = 46)		
	Bestätigung des sexuellen Missbrauchs		Bestätigung des sexuellen Missbrauchs		
	Nein	Ja	Nein	Ja	
0-1 Jahre (n = 155)	151	0	4	0	0
2-3 Jahre (n = 170)	162	0	7	1	1
4-6 Jahre (n = 226)	210	0	16	0	0
7-12 Jahre (n = 367)	349	0	18	0	0
Gesamt (n = 918)	871	0	45	1	1

4.2.7. Gesamtübersicht der bestätigten Verdachtsfälle je nach Altersklasse

In allen Altersgruppen kam die körperliche Misshandlung am häufigsten vor, gefolgt von der körperlichen Vernachlässigung. Darauf folgten die emotionale Vernachlässigung, dann die emotionale Misshandlung und die wenigsten Fälle gab es beim sexuellen Missbrauch.

Bei den Kindern von 0 bis 1 Jahr waren es 28,8% (n = 38) der vorgestellten Kinder, bei denen eine körperliche Misshandlung bestätigt wurde, was den größten Anteil in einer Altersklasse darstellt.

Die meisten Fälle körperlicher Misshandlung fanden sich bei den 7- bis 12-Jährigen mit 75 Fällen, was 20,4% aller vorgestellten Kinder in dem Alter ausmacht. Den niedrigsten Anteil innerhalb einer Altersklasse und die niedrigste Fallanzahl insgesamt findet sich bei den 2- bis 3-Jährigen mit 12,9% (n = 22) bestätigten körperlichen Misshandlungen.

Bei der körperlichen Vernachlässigung fand sich in der Gruppe der 2- bis 3-Jährigen der größte Anteil mit 16,5% (n = 28). Die meisten Fälle (n = 48) fanden sich bei den 7- bis 12-Jährigen, was 13,1% der Gesamtersklasse ausmacht. Den niedrigsten Anteil an körperlicher Vernachlässigung wurde bei den 0- bis 1-Jährigen mit 11,0% der Kinder in dieser Altersgruppe (n = 17) festgestellt. Die niedrigste Fallanzahl (n = 17) trat jeweils bei den 0- bis 1-Jährigen auf.

Bei der emotionalen Misshandlung war bei den Kindern von 0 bis 1 Jahr kein Kind mit diesem Verdacht untersucht worden und es wurde in dieser Gruppe auch keine emotionale Misshandlung nach der Untersuchung festgestellt. Die Gruppe mit dem größten Anteil und den meisten bestätigten Fällen an emotional misshandelten Kindern war die Gruppe der 7- bis 12-Jährigen mit einem Anteil von 2,2% (n = 8).

Der größte Anteil emotional vernachlässigter Kinder fanden sich bei den 2- bis 3-Jährigen mit 14 Fällen, was 8,2% dieser Altersgruppe ausmachte. Ebenfalls 14 Fälle wurden bei den 4- bis 6-Jährigen gefunden, was in dieser Gruppe 6,2% ausmachte. Der kleinste Anteil und die kleinste Fallanzahl wurden bei den 7- bis 12-Jährigen mit 3,5% betroffenen Kindern (n = 13) in dieser Altersklasse festgestellt. Bei sexuellem Missbrauch wurde nur ein Fall (0,6% der Altersklasse) in der Gruppe der 2- bis 3-Jährigen bestätigt (s. Tabelle 16).

Tabelle 16: Bestätigte Fälle je nach Altersklasse und Verdacht

Altersklassen in Jahren	0-1 Jahre	2-3 Jahre	4-6 Jahre	7-12 Jahre	Gesamtanzahl bestätigte Fälle
Gesamtanzahl an Fällen	n = 155	n = 170	n = 226	n = 367	n = 349
Bestätigte körperliche Misshandlung	38	22	34	75	169, davon 167 mit Verdacht
Bestätigte körperliche Vernachlässigung	17	28	25	48	118, davon 49 mit Verdacht
Bestätigte emotionale Misshandlung	0	2	3	8	13, davon 7 mit Verdacht
Bestätigte emotionale Vernachlässigung	7	14	14	13	48, davon 24 mit Verdacht
Bestätigter sexueller Missbrauch	0	1	0	0	1 mit Verdacht

4.2.8. Bestätigung des Verdachts je nach Ersteinweiser

Von den Fällen (n = 760), die vom ASD vorgestellt wurden, hatten sich 36% (n = 273) nicht bestätigt und 23,5% (n = 179) bestätigt, 10% der Fälle (n = 76) nur teilweise bestätigt und bei 30,5% (n = 232) war es unklar geblieben. Der größere Teil der Fälle vom ASD wurde also allein durch Verletzungsbefunde nicht bestätigt. In sechs Fällen des ASD war keine Aussage über eine Bestätigung oder eine Verwerfung des Verdachtes gemacht worden.

Bei den Fällen (n = 55) aus dem Krankenhaus waren 24 Fälle (43,6%) bestätigt worden. 18 Fälle (32,7%) wurden nicht bestätigt und 20,0% (n = 11) blieben unklar und 3,7% (n = 2) waren teilweise bestätigt worden. In den meisten vom Krankenhaus gemeldeten Fällen wurde der Verdacht also bestätigt.

Die von der Polizei gesendeten Fälle hatten sich in 62,0% der Fälle bestätigt (n = 13). Hier waren 19,0% (n = 4) teilweise bestätigt worden, jeweils 9,5% (n = 2) waren unklar geblieben oder nicht bestätigt worden.

Von den Kinderärzt:innen waren 16 Fälle geschickt worden, von denen fünf (31,2%) bestätigt, drei (18,8%) nicht bestätigt wurden und der Großteil (50,0%) nach der Untersuchung unklar geblieben war. Beim Kinder- und Jugendnotdienst hatten sich vier Fälle (26,6%) nicht bestätigt, jeweils drei Fälle (20,0%) bestätigt oder teilweise bestätigt und der Großteil, fünf Fälle (33,4%), war auch hier unklar geblieben (s. Tabelle 17).

Tabelle 17: Anzahl der Bestätigungen des Verdachtes nach Ersteinweiser

Ersteinweiser	Bestätigung des Eingangsverdachts				Gesamt
	Nein	Ja	Unklar	Teilweise	
ASD	273 (36,0%)	179 (23,5%)	232 (30,5%)	76 (10,0%)	760 (100%)
Krankenhaus	18 (32,7%)	24 (43,6%)	11 (20,0%)	2 (3,7%)	55 (100%)
• UKE	11 (50,0%)	6 (27,3%)	4 (18,1%)	1 (4,6%)	22 (100%)
• AKK	5 (33,3%)	7 (46,7%)	2 (13,3%)	1 (6,7%)	15 (100%)
• Wilhelmstift	0 (0,0%)	5 (62,5%)	3 (37,5%)	0 (0,0%)	8 (100%)
• AK Nord	0 (0,0%)	4 (80,0%)	1 (20,0%)	0 (0,0%)	5 (100%)
• Mariahilf	2 (50,0%)	1 (25,0%)	1 (25,0%)	0 (0,0%)	4 (100%)
• KK Pinneberg	0 (0,0%)	1 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100%)
Polizei	2 (9,5%)	13 (62,0%)	2 (9,5%)	4 (19,0%)	21 (100%)
Kinderärzt:in	3 (18,8%)	5 (31,2%)	8 (50,0%)	0 (0,0%)	16 (100%)
Kinder u. Jugendnotdienst	4 (26,6%)	3 (20,0%)	5 (33,4%)	3 (20,0%)	15 (100%)
Andere	5 (45,4%)	1 (9,1%)	1 (9,1%)	4 (36,4%)	11 (100%)
Mutter	2 (20,0%)	3 (30,0%)	4 (40,0%)	1 (10,0%)	10 (100%)
Familiengericht	6 (66,7%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)	9 (100%)
Vormund	1 (20,0%)	2 (40,0%)	2 (40,0%)	0 (0,0%)	5 (100%)
Eltern	3 (75,0%)	0 (0,0%)	1 (25,0%)	0 (0,0%)	4 (100%)
Mutter-Kind Einrichtung	0 (0,0%)	2 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (100%)
Pflegemutter	0 (0,0%)	2 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (100%)
Schule	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100%)	0 (0,0%)	1 (100%)
Kinder- u. Jugendpsychiatrie	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100%)	0 (0,0%)	1 (100%)
Gesamt	317	235	269	91	912

4.2.9. Bestätigung des Verdachtes je nach Ersteinweiser ohne Verdacht auf sexuellen Missbrauch

Von den Fällen, die vom ASD vorgestellt worden waren, hatten sich 36,6% (n = 264) nicht bestätigt und 24,6% (n = 177) bestätigt, 10,3% der Fälle (n = 74) nur teilweise bestätigt und bei 28,5% (n = 205) war es unklar geblieben. Die meisten Fälle vom ASD wurden also nicht bestätigt.

Bei den Fällen aus dem Krankenhaus war der größte Teil, 24 Fälle (45,3%), bestätigt worden, 16 Fälle (30,2%) wurden nicht bestätigt und 20,7% (n = 11) blieben unklar und 3,8% (n = 2) waren teilweise bestätigt worden.

Die von der Polizei vorgestellten Fälle hatten sich in 65% der Fälle bestätigt (n = 13). Hier waren 20,0% (n = 4) teilweise bestätigt worden, 10,0% (n = 2) waren unklar geblieben und ein Fall (5%) war nicht bestätigt worden.

Von den Fällen der Kinderärzt:innen waren fünf (33,3%) bestätigt, drei (20%) nicht bestätigt worden und der Großteil, 7 Fälle (46,7%), waren nach der Untersuchung unklar. Beim Kinder- und Jugendnotdienst hatten sich vier Fälle (26,7%) nicht bestätigt, jeweils drei Fälle (20%) hatten sich bestätigt und teilweise bestätigt und der Großteil, fünf Fälle (33,3%), war unklar geblieben (s. Tabelle 18).

Tabelle 18 : Anzahl der Bestätigungen des Verdachtes nach Ersteinweiser, ohne Verdachtsfälle des sexuellen Missbrauchs

Ersteinweiser	Bestätigung des Eingangsverdachts				Gesamt
	Nein	Ja	Unklar	Teilweise	
ASD	264 (36,6%)	177 (24,6%)	205 (28,5%)	74 (10,3%)	720 (100%)
Krankenhaus	16 (30,2%)	24 (45,3%)	11 (20,7%)	2 (3,8%)	53 (100%)
• UKE	10 (47,6%)	6 (28,6%)	4 (19,0%)	1 (4,8%)	21 (100%)
• AKK	4 (28,6%)	7 (50,0%)	2 (14,3%)	1 (7,1%)	14 (100%)
• Wilhelmstift	0 (0,0%)	5 (62,5%)	3 (37,5%)	0 (0,0%)	8 (100%)
• AK Nord	0 (0,0%)	4 (80,0%)	1 (20,0%)	0 (0,0%)	5 (100%)
• Mariahilf	2 (50,0%)	1 (25,0%)	1 (25,0%)	0 (0,0%)	4 (100%)
• KK Pinneberg	0 (0,0%)	1 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100%)
Polizei	1 (5,0%)	13 (65,0%)	2 (10,0%)	4 (20,0%)	20 (100%)
Kinderärzt:in	3 (20,0%)	5 (33,3%)	7(46,7%)	0 (0%)	15 (100%)
Kinder u. Jugendnotdienst	4 (26,7%)	3 (20,0%)	5 (33,3%)	3 (20,0%)	15 (100%)
Andere	5 (45,4%)	1(9,1%)	1(9,1%)	4(36,4%)	11 (100%)
Mutter	2 (20%)	3 (30,0%)	4 (40,0%)	1 (10,0%)	10 (100%)
Familiengericht	6 (66,7%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)	9 (100%)
Vormund	1 (20,0%)	2 (40,0%)	2 (40,0%)	0 (0,0%)	5 (100%)
Eltern	2 (66,6%)	0 (0,0%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)	3 (100%)
Mutter-Kind Einrichtung	0 (0,0%)	2 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (100%)
Pflegemutter	0 (0,0%)	2 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (100%)
Schule	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100%)	0 (0,0%)	1 (100%)
Gesamt	304	233	240	89	866

4.3 Verletzungen und Lokalisation der Verletzungen

Es wurden insgesamt 20 verschiedene Arten von Verletzungen in den Akten dokumentiert.

- Äußere Verletzungen/Hauterscheinungen: Hämatom (subkutan), Abschürfung, Narbe, Kratzer, thermische Verletzung (Verbrennung, Verbrühung), Rötung, Schnitt, Biss, Schleimhautriss, Petechien, Blase, Stichverletzung, Quetsch-Riss--Wunde sowie Hautveränderung infolge von Infektionen, z. B. Krätze.
- Innere Verletzungen: Schwellung, Einblutung, Fraktur, Kerbe, Hirnschaden sowie Schädel-Hirn-Trauma.

Bei den Verletzungen gab es in drei Fällen (0,3%) keine Angaben, in allen drei Fällen hatten die Kinder sich nicht untersuchen lassen. Bei jeweils einem Kind in den Altersgruppen 0-1 Jahr, 4-6 Jahre, und 7-12 Jahre konnten keine Angaben zu Verletzungen gemacht werden. Ebenso gab es sechs Fälle bei denen keine Verdachtsbestätigung oder-ablehnung notiert war, diese werden ebenfalls in den Tabellen mit Vergleich der bestätigten und nicht bestätigten Fälle nicht berücksichtigt.

Bei den 915 (99,7%) verbleibenden Fällen wurde bei 385 (42,1%) Kindern keine Verletzung gefunden.

Insgesamt gab es also 530 Fälle (57,9%), bei denen mindestens eine Verletzung befundet wurde. Mehr als die Hälfte der Jungen wies also mindestens eine Verletzung auf. Insgesamt wurden 1241 Verletzungen dokumentiert. Bei den bestätigten (best.) Fällen wurden 636 Verletzungen und bei den nicht bestätigten (nicht best.) Fällen 603 Verletzungen festgestellt. Die Fälle bei denen keine Aussage zur Bestätigung gemacht sind, werden hier nicht aufgeführt (s. Tabelle 20 und 21).

Wird die Anzahl an Verletzungen je Kind verglichen, sind in der Gruppe der bestätigten Fälle im Durchschnitt 1,9 Verletzungen pro Kind und in der Gruppe, der nicht bestätigten Fälle ist eine Verletzung pro Kind zu finden (s. Tabelle 21).

Bei den Jungen im Alter von 0-1 Jahr hatten 93 Kinder Verletzungen und es wurden insgesamt 183 Verletzungen dokumentiert. Die Verletzungen dieser Altersgruppe machen 14,7% aller dokumentierten Verletzungen aus. Die bestätigten Fälle hatten im Durchschnitt 1,7 Verletzungen und die nicht bestätigten Fälle 0,8 Verletzung. (s. Tabelle 21)

Bei den 2- bis 3-Jährigen waren es 101 Kinder, die Verletzungen aufwiesen, und es wurden 215 Verletzungen dokumentiert. Die bestätigten Fälle hatten im Durchschnitt 1,6 Verletzungen und die nicht bestätigten Fälle 1,1 Verletzungen. Die Verletzungen in dieser Altersgruppe machen 17,3% aller dokumentierten Verletzungen aus. (s. Tabelle 21)

Bei den Jungen zwischen 4 und 6 Jahren waren es 332 Verletzungen und 134 verletzte Kinder. Die bestätigten Fälle hatten im Durchschnitt 2,2 Verletzungen und die nicht bestätigten Fälle 1,1 Verletzungen. Die Verletzungen dieser Altersgruppe machen 26,8% aller dokumentierten Verletzungen aus. (s. Tabelle 21)

Im Alter von 7 bis 12 Jahren wurden 511 Verletzungen dokumentiert, die bei 196 Kindern gefunden wurden. Die bestätigten Fälle hatten im Durchschnitt 2,1 Verletzungen und die nicht bestätigten Fälle 1,0 Verletzung. Die Verletzungen dieser Altersgruppe machen 22,7% aller dokumentierten Verletzungen aus. (s. Tabelle 21).

Bei den 0- bis 1-Jährigen wurde bei 61 Jungen (39,4%) keine Verletzung gefunden. Bei den bestätigten Fällen waren 18 (29,0%) Kinder und bei den nicht bestätigten Fällen 43 (46,2%) Kinder unverletzt.

Im Alter von 2 bis 3 Jahren waren 68 Jungen (40,2%) unverletzt. Bei den bestätigten Fällen waren 20 (32,8%) Kinder und bei den nicht bestätigten Fällen 48 (44,4%) Kinder unverletzt. Bei den 4- bis 6-Jährigen waren 90 Jungen (40%) unverletzt. Bei den bestätigten Fällen waren 18 (25,0%) Kinder und bei den nicht bestätigten Fällen 72 (47,1%) Kinder unverletzt. Bei den 7- bis 12-Jährigen waren 166 Jungen (45,4%) unverletzt. Bei den bestätigten Fällen waren 35 (26,5%) Kinder und bei den nicht bestätigten Fällen 131 (56,0%) Kinder unverletzt.

Die wenigsten unverletzten Jungen ($n = 61$) waren insgesamt im Alter zwischen 0 und 1 Jahr. Der größte Anteil (45,4%, $n = 166$) an unverletzten Jungen fanden sich bei 7- bis 12-Jährigen. Der größte Anteil (60,6%, $n = 94$) an verletzten Kindern wurde bei den 0- bis 1-jährigen Jungen festgestellt.

Den kleinsten Anteil an unverletzten Kindern bei den bestätigten Fällen fand man bei den 4- bis 6-Jährigen, bei denen bei den bestätigten Fällen nur 25% nicht verletzt waren (s. Tabelle 20 und 21).

In 204 Fällen hatten die Jungen eine Verletzung. In 152 Fällen waren es zwei Verletzungen. In 74 Fällen waren es drei Verletzungen. In 42 Fällen waren es vier Verletzungen, In 25 Fällen waren es fünf Verletzungen. In 21 Fällen waren es sechs Verletzungen. In sieben Fällen waren es sieben Verletzungen. In drei Fällen waren es acht Verletzungen. In jeweils einem Fall fand man neun und zehn Verletzungen, diese waren beides bestätigte Fälle.

Der größte Anteil der Kinder mit Verletzungen wies eine Verletzungsart auf.

Das Maximum lag bei zehn verschiedenen Verletzungen, die in einem Fall im Alter von 7 bis 12 Jahren gefunden wurden. Die Höchstanzahl von Verletzungen war bei den 0- bis 1-Jährigen: sechs Verletzungen. Bei den 2- bis 3-Jährigen und den 7- bis 9-Jährigen gab es maximal sieben Verletzungen, bei den 4- bis 6-Jährigen waren es maximal acht Verletzungen (s. Tabelle 19).

Festzustellen ist, dass die nicht bestätigten Fälle häufiger keine (50,0% vs. 27,8%) oder eine Verletzung haben (22,8% vs. 21,1%) als die bestätigten Fälle. Bei den bestätigten Fällen fanden sich häufiger Kinder mit zwei oder mehr Verletzungen.

Tabelle 19: Anzahl der Verletzungen nach Altersklassen

Anzahl der Verletzungen	Fälle im Alter 0-1 (n = 155)	Fälle im Alter 2-3 (n = 169)	Fälle im Alter 4-6 (n = 225)	Fälle im Alter 7-12 (n = 366)	Gesamt (n = 915)
Keine	61 (39,4%)	68 (40,2%)	90 (40,0%)	166 (45,4%)	385 (42,1%)
Eine Verletzung	48 (31,0%)	44 (26,0%)	46 (20,4%)	66 (18,0%)	204 (22,3%)
Zwei Verletzungen	23 (14,8%)	26 (15,4%)	41 (18,2%)	62 (16,9%)	152 (16,6%)
Drei Verletzungen	12 (7,7%)	16 (9,5%)	21 (9,3%)	25 (6,8%)	74 (8,2%)
Vier Verletzungen	4 (2,6%)	8 (4,7%)	12 (5,4%)	18 (4,9%)	42 (4,6%)
Fünf Verletzungen	5 (3,2%)	4 (2,4%)	4 (1,8%)	12 (3,3%)	25 (2,7%)
Sechs Verletzungen	2 (1,3%)	2 (1,2%)	6 (2,7%)	11 (3,0%)	21 (2,3%)
Sieben Verletzungen	0 (0,0%)	1 (0,6%)	3 (1,3%)	3 (0,8%)	7 (0,7%)
Acht Verletzungen	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (0,9%)	1 (0,3%)	3 (0,3%)
Neun Verletzungen	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,3%)	1 (0,1%)
Zehn Verletzungen	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,3%)	1 (0,1%)

4.3.1 Art der Verletzung

Insgesamt kamen Hämatome (der Begriff Hämatom wird synonym mit subkutanem Hämatom verwendet) als Verletzungsart am häufigsten vor (n = 553, 44,6% aller Verletzungen). Sie waren in allen Altersklassen die häufigste Verletzungsart. Bei den bestätigten Fällen fand man 285 (44,9%) und bei den nicht bestätigten Fällen fand man 267 (44,2%) Hämatome. Die Kinder mit bestätigter Kindeswohlgefährdung hatten mehr Hämatome als die nicht bestätigten Fälle (s. Tabelle 20 und 21). Die Fälle in denen die Kinder sich nicht untersuchen ließen (n = 3) und die Fälle in denen der Eingangsverdacht weder abgelehnt noch bestätigt wurde (n = 6), sind in den jeweiligen Tabellen nicht aufgeführt.

Die Altersklasse der 7- bis 12-Jährigen hatte mit 213 Hämatomen die meisten. Die Vorschulkinder (4-6 Jahre alt) waren die einzige Gruppe, bei der die nicht bestätigten Fälle mehr Hämatome hatten ($n = 89$) als die bestätigten Fälle ($n = 67$) (s. Tabelle 21). Insgesamt hatte diese Altersgruppe 156 Hämatome. Es folgten die 2- bis 3-Jährigen mit 94 Hämatomen und letztendlich die 0- bis 1-Jährigen mit 90 Hämatomen (s. Tabelle 21).

Die zweithäufigste Verletzungsart waren Abschürfungen ($n = 279$). Bei den bestätigten Fällen wurden 140 (22,0%) Abschürfungen und bei den nicht bestätigten Fällen 138 (23,0%) Abschürfungen gefunden (s. Tabelle 20 und 21).

Betroffen waren auch hier am häufigsten die Kinder im Alter von 7 bis 12 Jahren mit 116 Abschürfungen. Es folgten die Jungen im Alter von 4 bis 6 Jahren mit 76, dann die 2- bis 3-Jährigen mit 62 Abschürfungen. An letzter Stelle die 0- bis 1-Jährigen mit 25 Abschürfungen (s. Tabelle 20).

Bei den Verletzungsarten folgten an dritter Stelle die Narben ($n = 170$). Bei den bestätigten Fällen wurden 70 (11,0%) Narben und bei den nicht bestätigten Fällen 100 (16,6%) Narben gefunden (s. Tabelle 20 und 21).

Bei den Kindern zwischen 0 und 1 Jahr wurde keine Narbe gefunden. Die meisten ($n = 107$) fanden sich bei den Jungen im Alter von 7 bis 12 Jahren. Es folgten die Kinder zwischen 4 und 6 Jahren mit 47 dokumentierten Narben und die Kinder im Alter zwischen 2 und 3 Jahren folgten mit 16 Narben (s. Tabelle 20).

Es wurden 40 Rötungen dokumentiert. Bei den bestätigten Fällen wurden 25 (3,9%) Rötungen und bei den nicht bestätigten Fällen 15 (2,5%) Rötungen gefunden (s. Tabelle 21 und 22). Am häufigsten ($n = 16$) waren sie bei den 4- bis 6-Jährigen. Bei den Jungen zwischen 2 und 3 Jahren waren es acht Rötungen, bei den 7- bis 12-Jährigen waren es elf und an letzter Stelle kamen die 0- bis 1-Jährigen mit fünf dokumentierten Rötungen (s. Tabelle 22).

Es wurden 37 Schwellungen dokumentiert. Bei den bestätigten Fällen fanden sich 22 (3,4%) Schwellungen und bei den nicht bestätigten Fällen 15 (2,5%) Schwellungen (s. Tabelle 20 und 21). Am häufigsten ($n = 12$) kamen Schwellungen bei den Kindern zwischen 7 und 12 Jahren vor. Es folgten die Säuglinge (0-1 Jahr) mit 11 dokumentierten Schwellungen. Bei den 2- bis 3- und den 4- bis 6-Jährigen fanden sich jeweils sieben Schwellungen (s. Tabelle 20).

Insgesamt wurden 33 Kratzer gefunden. Bei den bestätigten Fällen waren es 22 (3,4%) Kratzer und bei den nicht bestätigten Fällen elf (1,8%) Kratzer (s. Tabelle 20 und 21). Die meisten ($n = 17$) fanden sich bei den 7- bis 12-Jährigen, jeweils sieben bei den Kindern im Alter von 2 bis 3 und 4 bis 6 Jahren sowie zwei bei den Jungen zwischen 0 und 1 Jahr (s. Tabelle 20).

Es wurden 27 Frakturen dokumentiert. Bei den bestätigten Fällen wurden 13 (2%) Frakturen und bei den nicht bestätigten Fällen 14 (2,3%) Frakturen diagnostiziert (s. Tabelle 20 und

21). Die meisten ($n = 20$) fand man bei den Kindern im Alter von 0 bis 1 Jahr. Es folgten die Kinder zwischen 2 und 3 Jahren mit vier Frakturen. Zwei Frakturen fand man in der Gruppe der 7 bis 12-Jährigen. Fast die Hälfte ($n=13$) aller Frakturen wurden allein mit einem klassischem Röntgen diagnostiziert, hierbei handelte es sich vor allem um Frakturen der oberen und unteren Extremität, sowie am Rumpf in einem Fall. Mittels Röntgen-Skelett wurden 3 Frakturen diagnostiziert, in einem Fall in Kombination mit Ultraschall des Schädels und in einem mit MRT des Schädels. Schädelfrakturen wurden in 2 Fällen mit cCT diagnostiziert und in 4 Fällen mit Ultraschall. In 2 Fällen wurde nur eine Ultraschalldiagnostik durchgeführt. Eine Fraktur der oberen Extremität wurde ebenfalls mittels Ultraschall diagnostiziert. In einem Fall wurde eine Schädelfraktur mittels Ultraschall und MRT im Anschluss diagnostiziert. In einem weiteren Fall bei einer Fraktur am Rumpf wurde eine Kombination aus Ultraschall und klassischem Röntgen genutzt.

Petechien fand man in 19 Fällen, bei den bestätigten Fällen wurden 15mal (2,3%) Petechien und bei den nicht bestätigten Fällen viermal (0,7%) Petechien diagnostiziert (s. Tabelle 20 und 21). Die meisten, mit sieben Fällen, fand man bei den 7 bis 12-Jährigen. Jeweils fünf, bei den 2- bis 3- und den 4- bis 6-Jährigen. Die niedrigste Anzahl ($n = 2$) fand man bei den 0- bis 1-Jährigen (s. Tabelle 20).

Es wurden 18 thermische Verletzungen dokumentiert. Bei den bestätigten Fällen fand man in acht (1,3%) Fällen thermische Verletzungen und bei den nicht bestätigten Fällen zehn (1,7%) Fälle von thermischen Verletzungen (s. Tabelle 20 und 21). Die meisten ($n = 6$) fand man bei den Jungen im Alter zwischen 7 und 12 Jahren, bei den Jungen zwischen 4-6 Jahren fand man fünf Fälle, bei den Kindern zwischen 0 und 1 Jahr vier Fälle. Mit drei dokumentierten thermischen Verletzungen folgten die Altersklassen zwischen 2 und 3, (s. Tabelle 20).

Hautveränderungen infolge von Infektionskrankheiten fanden sich in 15 Fällen. Bei den bestätigten Fällen wurden in sieben (1,1%) Fällen Hautveränderungen infolge von Infektionen und bei den nicht bestätigten Fällen acht (1,3%) Fälle gefunden (s. Tabelle 20 und 21). Man fand fünf bei Jungen im Alter von 4 bis 6, vier im Alter von 0 bis 1, bei jeweils drei im Alter von 2 bis 3 Jahren und von 7 bis 12 Jahren. (s. Tabelle 20).

In 11 Fällen fanden sich Schnittverletzungen. Bei den bestätigten Fällen waren es fünf (0,8%) Schnittverletzungen und bei den nicht bestätigten Fällen sechs (1,0%) Schnittverletzungen (s. Tabelle 22 und 23). Die meisten ($n = 8$) wurden bei den Kindern zwischen 7 und 12 Jahren gefunden. Zwei Schnittverletzungen wurden bei den Kindern zwischen 2 und 3 Jahren gefunden. Ein Schnitt wurde bei einem Kind zwischen 0 und 1 Jahr gefunden. Bei den Jungen zwischen 4 und 6 Jahren wurden keine Schnitte dokumentiert (s. Tabelle 22). Neun Bissverletzungen wurden insgesamt gefunden. Bei den bestätigten Fällen waren es sechs (0,9%) Bisse und bei den nicht bestätigten Fällen drei (0,5%) Bisse (s. Tabelle 20

und 21). Man fand vier Bisse bei Jungen zwischen 0 und 1 Jahr, drei Bisse bei den Kindern zwischen 7 und 12 Jahren, und jeweils einen Biss bei Jungen im Alter von 2 bis 3 und 4 bis 6 Jahren (s. Tabelle 20).

Insgesamt wurden sechs Blutungen gefunden. Unter dem Begriff Blutung werden in dieser Untersuchung alle Hämatome geführt, die keine sichtbaren subkutanen Hämatome sind. Bei den bestätigten Fällen fand man vier (0,8%) Blutungen und bei den nicht bestätigten Fällen zwei (0,5%) (s. Tabelle 20 und 21). Die meisten fand man bei den Kindern zwischen 0 und 1 Jahr, bei denen vier dokumentiert wurden. Jeweils eine Blutung fand man bei einem Kind zwischen 4 und 6 Jahren sowie bei einem Kind zwischen 7 und 12 Jahren. Im Alter von 2 bis 3 Jahren wurde keine Blutung gefunden (s. Tabelle 20).

Es wurden fünf Stichverletzungen gefunden. Bei den bestätigten Fällen fanden sich drei (0,5%) Stichverletzungen und bei den nicht bestätigten Fällen zwei (0,3%) Stichverletzungen (s. Tabelle 20 und 21), drei bei Jungen zwischen 0 und 1 Jahr sowie jeweils eine bei Kindern im Alter von 2 bis 3 Jahren und 7 bis 12 Jahren. Keine Verletzung dieser Art wurde bei Kindern zwischen 4 und 6 Jahren festgestellt (s. Tabelle 20).

Blasen wurden fünfmal gefunden. Bei den bestätigten Fällen fand man zwei (0,3%) Blasen und bei den nicht bestätigten Fällen drei (0,5%) Blasen (s. Tabelle 20 und 21). Zwei Fälle waren im Alter von 4 bis 6 Jahren. Jeweils eine Blase fand man bei Jungen zwischen 0 und 1 Jahr, 2 bis 3 Jahren und 7 bis 12 Jahren. (s. Tabelle 20)

Eine Kerbe (zweimal Deformationen am Ohr infolge körperlicher Misshandlung, einmal eine Schädelknochendeformation und eine tastbare Deformation am Brustbein) wurde viermal dokumentiert. Bei den bestätigten Fällen fanden sich drei (0,5%) Kerben und bei den nicht bestätigten Fällen fand sich eine (0,2%) Kerbe (s. Tabelle 22 und 23). Betroffen waren davon zwei Kinder im Alter von 7 bis 12 Jahren, jeweils einmal bei einem Kind im Alter von 0 bis 1 Jahr und bei einem Kind im Alter von 4 bis 6 Jahren. keine solche Verletzung wurde bei Kindern zwischen 2 und 3 Jahren festgestellt (s. Tabelle 20).

Schädel-Hirn-Trauma wurden bei vier Jungen diagnostiziert, davon waren drei betroffene Kind im Alter von 0 bis 1 Jahr und ein Junge im Alter von 2 bis 3 Jahren. Zwei Fälle bestätigten sich und zwei bestätigten sich nicht. (s. Tabelle 20 und 21).

Ein Hirnschaden wurde bei zwei Jungen im Alter von 0 bis 1 Jahr dokumentiert. Die restlichen Altersklassen waren davon nicht betroffen. Bei beiden handelt es sich um bestätigte Fälle (s. Tabelle 20 und 21).

Es wurden zwei Quetsch-Riss-Wunden dokumentiert, einmal bei einem Jungen im Alter von 0 bis 1 Jahr (n. Angaben: Verdacht nicht bestätigt) und bei einem Jungen im Alter von 7 bis 12 Jahren (Verdacht bestätigt, s. Tabelle 20 und 21).

Zwei Schleimhautrisse fand man bei Jungen zwischen 4 und 6 Jahren. In einem der Fälle wurde der Eingangsverdacht bestätigt (s. Tabelle 20 und 21).

Tabelle 20 : Anzahl einzelner Verletzungsarten in jeder Altersklasse

Verletzungen	Altersklassen				Gesamt
	0-1 Jahre	2-3 Jahre	4-6 Jahre	7-12 Jahre	
keine	61	68	90	166	385
Hämatom	90	94	156	213	553
Abschürfung	25	62	76	116	279
Narbe	0	16	47	107	170
Rötung	5	8	16	11	40
Schwellung	11	7	7	12	37
Kratzer	2	7	7	17	33
Fraktur	20	4	1	2	27
Petechien	2	5	5	7	19
thermische Verletzung	4	3	5	6	18
Hautveränderung	4	3	5	3	15
Schnitt	1	2	0	8	11
Biss	4	1	1	3	9
Blutung	4	0	1	1	6
Stichverletzung	3	1	0	1	5
Blase	1	1	2	1	5
Kerbe	1	0	1	2	4
Schädel-Hirn-Trauma	3	1	0	0	4
Hirnschaden	2	0	0	0	2
Quetsch-Riss-Wunde	1	0	0	1	2
Schleimhautriss	0	0	2	0	2
Verletzungen gesamt	183 (14,7%)	215 (17,3%)	332 (26,8%)	511 (41,2%)	1241 (100%)
Fälle gesamt	155	169	225	366	915
Verletzte Kinder	94	101	135	200	529

Tabelle 21: Vergleich der Verletzungsart bei nicht bestätigten und bestätigten Fällen

Verletzung	0-1 Jahre		2-3 Jahre		4-6 Jahre		7-12 Jahre		Gesamt	
	Ni. best. Fälle	best. Fälle								
Keine	43	18	48	20	72	18	131	35	294	91
Hämatom	41	48	44	50	89	67	93	120	267	285
Abschürfung	11	14	39	23	39	36	49	67	138	140
Narbe	0	0	9	7	22	25	69	38	100	70
Rötung	0	5	4	4	8	8	3	8	15	25
Schwellung	5	6	4	3	1	6	5	7	15	22
Kratzer	1	1	2	5	2	5	6	11	11	22
Fraktur	9	11	3	1	1	0	1	1	14	13
Petechien	0	2	3	2	0	5	1	6	4	15
thermische Verletzung	4	0	2	1	3	2	1	5	10	8
Hautveränderung	3	1	1	2	2	3	2	1	8	7
Schnitt	0	1	2	0	0	0	4	4	6	5
Biss	1	3	1	0	1	0	0	3	3	6
Blutung	1	3	0	0	1	0	0	1	2	4
Stichverletzung	0	3	1	0	0	0	1	0	2	3
Blase	0	1	1	0	1	1	1	0	3	2
Kerbe	0	1	0	0	1	0	0	2	1	3
Schädel-Hirn-Trauma	1	2	1	0	0	0	0	0	2	2
Hirnschaden	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Quetsch-Riss-Wunde	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Schleimhautriss	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
Gesamt-verletzungen	78	104	117	98	172	159	236	275	603	636
Fälle gesamt	92	62	108	61	152	72	231	131	583	326
Verletzte Kinder	49	44	60	41	80	54	100	96	289	235
Verletzung je Kind	0,8	1,7	1,1	1,6	1,1	2,2	1,0	2,1	1	1,9

In der Altersklasse der 0- bis 1-Jährigen kamen am häufigsten Hämatome vor (n = 90), gefolgt von Abschürfungen (n = 25) und an dritter Stelle kamen Frakturen (n = 20). Danach folgten Schwellungen (n = 11). Fünfmal fanden sich Rötungen in dieser Altersklasse. Darauf folgten mit jeweils vier Befunden Blutungen, thermische Verletzungen, Hautveränderungen infolge von Infektionen und Bissverletzungen. Stichverletzungen wurden dreimal dokumentiert. Es wurden drei Fälle mit Verdacht auf ein Schädel-Hirn-Trauma vorgestellt. Mit jeweils zwei Befunden folgten Kratzer, Petechien und Hirnschäden.

Die seltensten Verletzungen in dem Alter waren Blasen, Schnitte, Kerben, Quetsch-Riss-Wunden, die jeweils nur einmal festgestellt wurden (s. Tabelle 20).

Die bestätigten Fälle in dem Alter hatten mehr Hämatome (48 vs. 41), mehr Abschürfungen (14 vs. 11), mehr Rötungen (5 vs. 0), Schwellungen (6 vs. 5), Frakturen (11 vs. 9), Petechien (2 vs. 0), Schnittverletzungen (1 vs. 0), Bisse (3 vs. 1), Blutungen (3 vs. 1), Stichverletzungen (3 vs. 0), Blasen (1 vs. 0), Kerben (1 vs. 0) und Hirnschaden (2 vs. 0) als die nicht bestätigten Fälle (s. Tabelle 21).

Bei den Jungen im Alter von 2 bis 3 Jahren waren ebenfalls Hämatome am häufigsten (n = 94), gefolgt von Abschürfungen (n = 62). Danach kamen Narben (n = 16) und Rötungen (n = 8). Schwellungen und Kratzer folgten mit jeweils sieben Funden und mit fünf Funden folgten Petechien. Vier Frakturen, drei thermische Verletzungen und drei Hautveränderungen infolge von Infektionen wurden ebenfalls in dieser Altersklasse dokumentiert.

Zweimal wurde ein Schnitt gefunden und am seltensten waren mit jeweils einem Fund Bisse, Blasen, Stichverletzungen und Schädel-Hirn-Traumata (s. Tabelle 20). Die bestätigten Fälle in dieser Altersgruppe hatten mehr Hämatome (50 vs. 44) und mehr Kratzer (5 vs. 2) als die nicht bestätigten Fälle (s. Tabelle 21).

Bei den 4- bis 6-Jährigen fand man Hämatome (n = 156) als häufigste Verletzung und an zweiter Stelle Abschürfungen (n = 76). Es folgten Narben (n = 47) und dann Rötungen (n = 16). Kratzer und Schwellungen fand man jeweils siebenmal. Darauf folgten thermische Verletzungen, Petechien und Hautveränderungen infolge von Infektionen mit jeweils fünf Fällen. Schleimhautrisse und Blasen fand man jeweils zweimal. Am seltensten waren in dieser Altersklasse Frakturen, Blutungen, Bisse und Kerben, die jeweils einmal gefunden wurden (s. Tabelle 20).

Die bestätigten Fälle dieser Altersgruppe hatten mehr Narben (25 vs. 22), mehr Schwellungen (6 vs. 1), mehr Kratzer (5 vs. 2), mehr Petechien (5 vs. 0) und mehr Hautveränderungen infolge von Infektionen (3 vs. 2) als die nicht bestätigten Fälle (s. Tabelle 21).

Bei den Kindern zwischen 7 und 12 Jahren fand man auch Hämatome (n = 213) als häufigste Verletzung. Es folgten Abschürfungen als zweithäufigste Verletzung (n = 116), gefolgt von Narben (n = 107) und dann Kratzer (n=17).

Darauf folgten Schwellungen (n = 12), Rötungen (n = 11), Schnitte (n = 8), Petechien (n = 7), thermische Verletzungen (n = 6), Hautveränderungen infolge von Infektionen und Bisse (jeweils n = 3), Kerben am Ohr und Frakturen (jeweils n = 2). An letzter Stelle kamen mit jeweils einem Befund, Blutungen, Stichverletzungen, Blasen und Quetsch-Riss- Wunden (s. Tabelle 20).

Die bestätigten Fälle dieser Altersgruppe hatten mehr Hämatome (120 vs. 93), mehr Abschürfungen (49 vs. 67), mehr Kratzer (11 vs. 6), mehr Petechien (6 vs. 1), mehr thermische Verletzungen (5 vs. 1), mehr Bisse (3 vs. 0.), mehr Blutungen (1 vs. 0), mehr Kerben (2 vs. 0) und Platzwunden (1 vs. 0) als die nicht bestätigten Fälle (s. Tabelle 21).

4.3.2 Lokalisation der Verletzungen

Die Verletzungen wurden nicht nur nach Art, sondern auch nach der Lokalisation am Körper der Kinder eingeteilt. Es werden in der vorliegenden Untersuchung 12 verschiedene Lokalisationen unterschieden:

- Schädel/Kalotte, behaarte Kopfhaut,
- Hirn,
- Gesicht (inkl. Ohren),
- Nacken, Hals,
- obere Extremität (Oberarm, Unterarm, Hand),
- untere Extremität (Oberschenkel, Unterschenkel, Fuß),
- Rumpf (Schulter-Vorderseite, Brust, Bauch),
- Rücken,
- Gesäß,
- Genital-, Analbereich,
- Augapfel,
- gesamter Körper (in diesen Fällen hatten die Jungen multiple Verletzungen über den Körper verteilt, ohne dass die genaue Lokalisation in der untersuchten Akte präzisiert waren)

Die Fälle in denen die Kinder sich nicht untersuchen ließen (n = 3) und die Fälle in denen der Eingangsverdacht weder abgelehnt noch bestätigt wurde (n = 6), sind in den jeweiligen Tabellen nicht aufgeführt.

Die Lokalisation, die insgesamt am häufigsten vorkam, war das Gesicht (inkl. Ohren) (n = 290, 23,4% aller Verletzungen), sie kam häufiger bei den bestätigten Fällen (n = 165) als bei den nicht bestätigten Fällen (n = 124) vor. Das Gesicht. inkl. Ohren war die häufigste Verletzungslokalisierung (25,9% aller Verletzungen) bei den bestätigten Fällen, bei den nicht bestätigten Fällen die dritthäufigste (20,7% aller Verletzungen).

Es folgte die obere Extremität (n = 264), die bei den bestätigten Fällen (n = 126) seltener als bei den nicht bestätigten Fällen (n = 137) vorkam. Die obere Extremität war die häufigste Verletzungslokalisierung bei den nicht bestätigten Fällen (22,7% aller Verletzungen) und die zweithäufigste Verletzungslokalisierung bei den bestätigten Fällen (19,9% aller Verletzungen).

Danach folgte die untere Extremität (n = 237), die häufiger bei den nicht bestätigten Fällen (n = 127) als den bestätigten Fällen (n = 110) vorkam. Die untere Extremität war sowohl bei den bestätigten (17,3% aller Verletzungen) als auch bei den nicht bestätigten Fällen (21% aller Verletzungen) die dritthäufigste Verletzungslokalisierung.

Der Rumpf (n = 153) kam bei den nicht bestätigten Fällen (n = 80, 13,2%) häufiger vor als bei den bestätigten Fällen (n = 73, 11,5%).

Der Rücken (n = 134), kam bei den bestätigten (n = 69, 10,7%) und nicht bestätigten (n = 65, 10,8%) Fällen als Verletzungslokalisierung ungefähr gleich häufig vor.

Schädel/Kalotte inkl. behaarter Kopfhaut (n = 58) kam bei den bestätigten Fällen (n = 34, 5,3%) häufiger als bei den nicht bestätigten Fällen (n = 24, 4,0%) vor.

Nacken und Hals (n = 55) kam bei den bestätigten Fällen (n = 34, 5,3%) häufiger als bei den nicht bestätigten Fällen (n = 21, 3,5%) vor.

Das Gesäß (n = 30) kam bei den bestätigten (n = 15, 2,3%) und den nicht bestätigten Fällen (n = 15, 2,5%) in etwa gleich häufig als Verletzungslokalisierung vor.

Verletzungen des Gehirnes (n = 9) kamen bei den bestätigten Fällen (n = 6, 0,9%) häufiger als bei den nicht bestätigten Fällen (n = 3, 0,5%) vor.

Der Genital-/Analsbereich (n = 8) kam bei den nicht bestätigten Fällen (n = 5, 0,8%) etwas häufiger als bei den bestätigten Fällen (n = 3, 0,5%) verletzt zur Dokumentation.

Der gesamte Körper (n = 2) kam bei den bestätigten und nicht bestätigten Fällen gleich oft vor (jeweils n = 1, 0,2%).

Der Augapfel (n = 1, 0,2%) war in einem nicht bestätigten Fall betroffen (s. Tabelle 22 und 23).

Am häufigsten war bei den jüngsten Kindern (0-1 Jahr) das Gesicht inkl. Ohren (n = 65) betroffen, sowohl bei den bestätigten Fällen (n = 34) als auch den nicht bestätigten Fällen (n = 31). Insgesamt folgte an zweiter Stelle die untere Extremität (n = 28) und als drittes die obere Extremität (n = 25).

Allerdings war bei den nicht bestätigten Fällen dieser Altersgruppe die obere Extremität (n = 12) häufiger als die untere Extremität (n = 9) betroffen. Bei den bestätigten Fällen war die untere Extremität (n = 19) häufiger betroffen als die obere Extremität (n = 13).

Diese Altersgruppe ist die einzige, bei der das Hirn (n = 9) von Verletzungen betroffen war (s. Tabelle 22 und 23).

Bei den vorgestellten Kindern von 2 bis 3 Jahren war ebenso das Gesicht inkl. Ohren am häufigsten verletzt (n = 62), gefolgt von der unteren Extremität (n = 45). An dritter Stelle kam die obere Extremität mit 32 Verletzungen (s. Tabelle 22).

Bei den bestätigten Fällen war das Gesicht inkl. Ohren am häufigsten (n = 36) betroffen, dann die untere Extremität (n = 18) und die obere Extremität (n = 10). Bei den nicht bestätigten Fällen war die untere Extremität am häufigsten betroffen (n = 27), gefolgt vom Gesicht inkl. Ohren (n = 26) und am dritthäufigsten war die obere Extremität (n = 22) betroffen (s. Tabelle 23).

Bei den 4- bis 6-Jährigen war ebenfalls das Gesicht inkl. Ohren (n = 77) am häufigsten betroffen, danach die obere Extremität (n = 73) und als Drittes die untere Extremität (n = 60) (s. Tabelle 22). Bei den bestätigten Fällen dieser Altersgruppe war das Gesicht inkl. Ohren am häufigsten betroffen (n = 44), gefolgt von der oberen Extremität (n = 36) und der unteren Extremität (n = 26). Bei den nicht bestätigten Fällen war die obere Extremität am häufigsten betroffen (n = 37), es folgte die untere Extremität (n = 34), dann das Gesicht inkl. Ohren (n = 33, s. Tabelle 23).

Bei den Jungen von 7 bis 12 Jahren war die obere Extremität an erster Stelle (n = 133), gefolgt von der unteren Extremität (n = 104). In dieser Altersklasse folgte dann erst das Gesicht inkl. Ohren (n = 85, s. Tabelle 23). Bei den bestätigten Fällen dieser Altersgruppe war die obere Extremität (n = 67) am häufigsten betroffen, dann das Gesicht inkl. Ohren (n = 51), gefolgt von der unteren Extremität (n = 47) und. Bei den nicht bestätigten Fällen war die obere Extremität (n = 66) am häufigsten betroffen, gefolgt von der unteren Extremität (n = 57) und dann das Gesicht inkl. Ohren (n = 34, s. Tabelle 23).

In den drei ersten Altersgruppen (0-6 Jahre) war das Gesicht mit den Ohren die häufigste Verletzungslokalisierung und bei den älteren Jungen (7-12 Jahre) war es die obere Extremität (s. Tabelle 22).

Vergleicht man die Lokalisationen bei den bestätigten und nicht bestätigten Fällen, zeigt sich, dass bei den nicht bestätigten Fällen das Gesicht inkl. Ohren seltener betroffen ist als bei den bestätigten Fällen. Bei den nicht bestätigten Fällen sind die obere und untere Extremität insgesamt häufiger betroffen als das Gesicht. Eine Ausnahme sind die 0- bis 1-Jährigen, bei denen auch bei den nicht bestätigten Fällen das Gesicht inkl. Ohren die häufigste Lokalisation ist.

Bei den Kindern von 7 bis 12 Jahren war die obere Extremität sowohl bei den bestätigten als auch bei den nicht bestätigten Fällen die häufigste Lokalisation.

Nur bei den nicht bestätigten Fällen der 2- bis 3-Jährigen war die untere Extremität am häufigsten betroffen (s. Tabelle 23).

Tabelle 22: Anzahl der Verletzungen je nach Lokalisationen und Altersklassen

Lokalisationen der Verletzungen	Altersklassen				
	0-1 Jahre	2-3 Jahre	4-6 Jahre	7-12 Jahre	Gesamt
Keine Verletzung	61	68	90	166	385
Gesicht inklusive Ohr	65	62	78	85	290
Obere Extremität	26	32	73	133	264
Untere Extremität	28	45	60	104	237
Rumpf	19	28	37	69	153
Rücken	8	22	47	57	134
Schädel Kopf Kalo- tte	18	11	10	19	58
Nacken Hals	5	5	15	30	55
Gesäß	4	8	7	11	30
Genital Anal	0	1	5	2	8
Hirn	9	0	0	0	9
Ganzer Körper	1	0	0	1	2
Augapfel	0	1	0	0	1
Gesamt- verletzungen	183 (14,8%)	215 (17,3%)	332 (26,8%)	511 (41,1%)	1241 (100%)

Tabelle 23: Vergleich der Lokalisation bei nicht bestätigten und bestätigten Fälle

Lokalisation	0-1 Jahre		2-3 Jahre		4-6 Jahre		7-12 Jahre		Gesamt	
	Ni. best. Fälle	best. Fälle								
Keine Verletzung	43	18	48	20	72	18	131	35	294	91
Gesicht inklusive Ohr	31	34	26	36	33	44	34	51	124	165
Obere Extremität	12	13	22	10	37	36	66	67	137	126
Untere Extremität	9	19	27	18	34	26	57	47	127	110
Rumpf	8	11	18	10	24	13	30	39	80	73
Rücken	2	6	13	9	26	21	24	33	65	69
Schädel Kopf Kalotte	10	8	4	7	5	5	5	14	24	34
Nacken Hals	1	4	3	2	7	8	10	20	21	34
Gesäß	2	2	2	6	3	4	8	3	15	15
Genital Anal	0	0	1	0	3	2	1	1	5	3
Hirn	3	6	0	0	0	0	0	0	3	6
Ganzer Körper	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1
Augapfel	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Gesamt-verletzungen	78	104	117	98	172	159	236	275	603	636
Gesamt-anzahl der Fälle	92	62	108	61	152	72	231	131	583	326

Bei einer genaueren Betrachtung der verschiedenen Verletzungsarten und deren Lokalisation konnte festgestellt werden, dass Hämatome vor allem an der unteren Extremität (n = 134), der oberen Extremität (n = 121) und dem Gesicht inkl. Ohren (n = 118) gefunden wurden (s. Tabelle 24). Bei den bestätigten Fällen war das Gesicht am häufigsten von Hämatomen betroffen (n = 69) und dann folgten untere Extremität mit 60 Hämatomen und die obere Extremität mit 59 Hämatomen. Im Gegensatz dazu war bei den nicht bestätigten

Fällen das Gesicht inkl. Ohren an dritter Stelle hinter der unteren Extremität (n = 74), die am häufigsten betroffen war und der oberen Extremität (n = 61, s. Tabelle 25 und 26). In den folgenden Abbildungen (in Anlehnung an die Kitteltaschenkarten der AWMF Kinder-schutzleitlinie) sind die prozentuale Verteilung der Hämatome in verschiedenen Altersgruppen, je nach bestätigten und nicht bestätigten Fällen dargestellt. Es fällt auf, dass bei den bestätigten Fällen in allen Altersgruppen das Gesicht zu den häufig betroffenen Regionen gehört, unabhängig vom Mobilitätsgrad. Bei den prämobilen Kindern in den bestätigten Fällen sind die Extremitäten ebenfalls häufiger betroffen als bei den prämobilen Kindern der nicht bestätigten Fälle. (s. Abbildung 9 und 10)

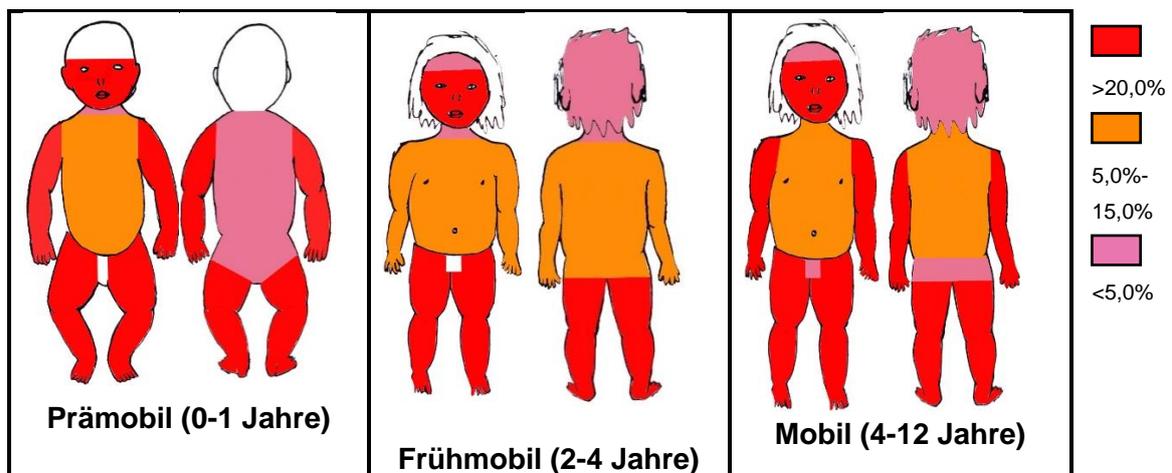


Abbildung 9: Hämatome bei den bestätigten Fällen, Anzahl in Prozent der Gesamtanzahl in der Altersklasse und Lokalisation

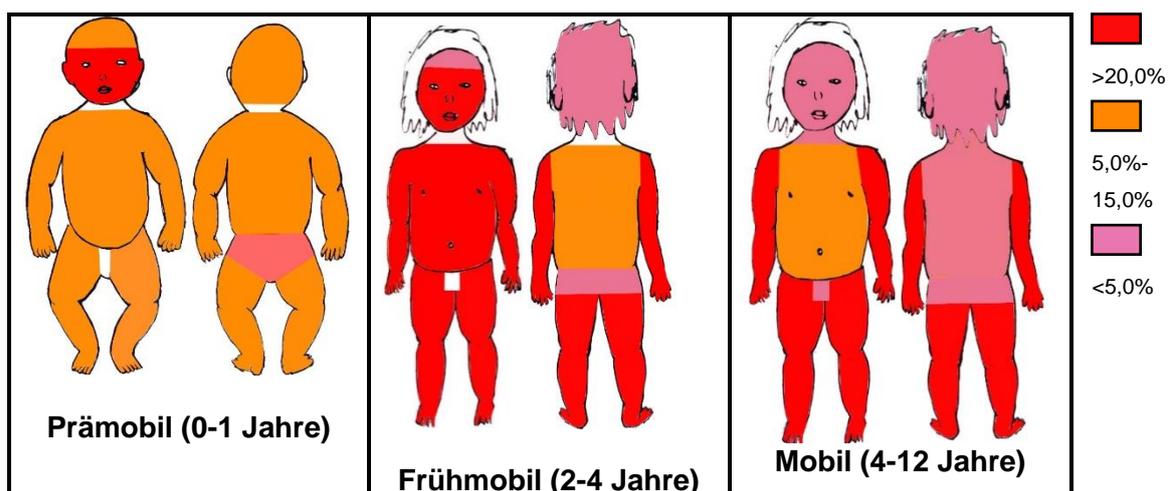


Abbildung 10: Hämatome bei den nicht bestätigten Fällen, Anzahl in Prozent der Gesamtanzahl für die Lokalisation in der Altersklasse.

Abschürfungen waren am häufigsten im Gesicht (n = 81) und an der oberen (n = 61) und unteren Extremität (n = 44, s. Tabelle 24). Die Verteilung der Abschürfungen war ähnlich bei den bestätigten und den nicht bestätigten Fällen. Die untere Extremität war etwas

häufiger bei den nicht bestätigten Fällen betroffen und das Gesicht inkl. Ohren häufiger bei den bestätigten Fällen (s. Tabelle 25 und 26).

Narben fand man vor allem am Rücken (n = 40), an der oberen Extremität (n = 34) und im Gesicht inkl. Ohren (n = 34). Auch bei den Narben war die Verteilung bei den bestätigten und den nicht bestätigten Fällen ähnlich. Nur der Rumpf, der Schädel/Kopf und die Kalotte, sowie ,sowie das Gesäß war häufiger bei den nicht bestätigten Fällen von Narben betroffen (s. Tabelle 24, 25 und 26).

Kratzer waren vor allem am Rumpf (n = 6), der unteren Extremität (n = 6) und dem Gesicht inkl. Ohren (n = 6) vorzufinden (s. Tabelle 24). Bei den bestätigten Fällen war der Rumpf und die untere Extremität waren häufiger betroffen. Ansonsten war die Verteilung bei den Kratzern bei den bestätigten und nicht bestätigten Fällen ähnlich (s. Tabelle 25 und 26).

Thermische Verletzungen waren oft an der oberen Extremität (n = 10), der unteren Extremität (n = 5) und dem Rumpf (n = 2) lokalisiert (s. Tabelle 24). Bei den thermischen Verletzungen war die Verteilung der Verletzungen bei den bestätigten und nicht bestätigten Fällen ähnlich. Nur das Gesäß war in einem bestätigten Fall betroffen und die untere Extremität häufiger, der Rumpf jedoch nur bei einem unbestätigten Fall. (s. Tabelle 25 und 26).

Rötungen befanden sich zumeist im Gesicht inkl. Ohren (n = 10), an der unteren Extremität (n = 7) und am Rumpf (n = 6) oder an der oberen Extremität (n = 6, s. Tabelle 24). Bei den Rötungen war die Verteilung der Verletzungen bei den bestätigten und nicht bestätigten Fällen ähnlich. Nur die obere und untere Extremität und das Gesicht (inkl. Ohren) war bei den bestätigten Fällen häufiger betroffen (s. Tabelle 25 und 26).

Schnitte waren v. a. an der oberen Extremität (n = 4), im Gesicht inkl. Ohren (n = 3) und der unteren Extremität (n = 2) vorzufinden (s. Tabelle 24). Bei der Lokalisation von Schnittverletzungen gab es wenig Unterschiede zwischen den bestätigten und nicht bestätigten Fällen. Bei den nicht bestätigten Fällen gab es zwei Schnittverletzungen genital/anal (s. Tabelle 25 und 26).

Bisse fand man an der oberen Extremität (n = 5), am Rücken (n = 2) und im Gesicht inkl. Ohren (n = 2, s. Tabelle 24) Bei den bestätigten Fällen fand man Bisse im Gesicht (inkl. Ohren) und auf dem Rücken, was bei den nicht bestätigten Fällen nicht vorkam (s. Tabelle 25 und 26).

Bei zwei Kindern wurden Schleimhautrisse (n=2) im Genital-/Anal-Bereich entdeckt (s. Tabelle 24).

Petechien waren häufig im Gesicht oder an den Ohren (n = 9), an Nacken und Hals (n = 5) oder am Schädel, vor allem hinter den Ohren (n = 3, s. Tabelle 24). Bei den bestätigten Fällen fand man besonders häufig Petechien im Gesicht (inkl. Ohren) und am Nacken/Hals. In 6 der Fälle kamen zeitgleich stumpfe Halshautverletzungen vor. (s. Tabelle 25 und 26).

Schwellungen befanden sich zumeist im Gesicht inkl. Ohren (n = 19), an Schädel/Kalotte oder der behaarten Kopfhaut (n = 9) oder an der unteren Extremität (n = 4). Bei den bestätigten Fällen fand man Schwellungen an Rumpf und im Genital-/Anal-Bereich, was bei den nicht bestätigten Fällen nicht vorkam. Ansonsten war die Verteilung in beiden Fallgruppen ähnlich (s. Tabelle 24, 25 und 26).

Frakturen waren meistens an Schädel/Kalotte (n = 9), an der oberen Extremität (n = 7) oder am Rumpf (n = 6, s. Tabelle 24). Bei den bestätigten Fällen war der Rumpf häufiger betroffen als bei den nicht bestätigten Fällen. Die obere Extremität war eher bei den nicht bestätigten Fällen betroffen (s. Tabelle 25 und 26).

Blasen waren jeweils zwei an der oberen und an der unteren Extremität und eine am Rumpf bei einem bestätigten Fall zu finden. Die Extremitäten waren eher bei nicht bestätigten Fällen betroffen (s. Tabelle 24, 25 und 26).

Blutungen fand man im Hirn (n = 4) oder im Gesicht. Hirnblutungen waren häufiger bei bestätigten Fällen zu finden (n = 2, s. Tabelle 24, 25 und 26).

Schädel-Hirn Traumata fand man in vier Fällen, dabei jeweils 2 bei nicht bestätigten und bestätigten Fällen (s. Tabelle 24, 25 und 26).

Deformationen fanden sich zweimal im Gesicht und jeweils einmal an Schädel/Kalotte und am Rumpf. Das Gesicht inkl. Ohren und Schädel/Kalotte waren eher bei bestätigten Fällen betroffen und der Rumpf eher bei nicht bestätigten Fällen (s. Tabelle 24, 25 und 26).

Stichverletzungen waren jeweils einmal am Rumpf, an der oberen Extremität, an Nacken und Hals, im Gesicht und am Augapfel zu finden. Die Extremitäten waren eher bei nicht bestätigten Fällen und das Gesicht und der Nacken/Hals eher bei bestätigten Fällen betroffen (s. Tabelle 24, 25 und 26).

Zwei Quetsch-Riss-Wunden fand man an der behaarten Kopfhaut jeweils einmal ein bestätigter Fall und ein nicht bestätigter Fall (s. Tabelle 24, 25 und 26).

Hautveränderungen infolge von Infektionen waren vor allem an der oberen Extremität (n = 6), der unteren Extremität (n = 3), dem Rumpf (n = 3) und dem Gesicht inkl. Ohren (n = 2). Die Extremitäten waren häufig bei bestätigten Fällen betroffen (s. Tabelle 24, 25 und 26).

Tabelle 24: Verletzungsanzahl je nach Lokalisation der gesamten Fälle

Verletzung	Lokalisation und Anzahl	Verletzung	Lokalisation und Anzahl
Hämatome (n = 553)	Untere Extremität 134, Obere Extremität 121, Gesicht (inkl. Ohren) 118, Rumpf 73, Rücken 54, Gesäß 19, Nacken/Hals 18, Schädel/Kopf/Kalotte 15, Genital/anal 1	Schnitt (n = 11)	Obere Extremität 4, Gesicht (inkl. Ohren) 3, Untere Extremität 2, Gesäß 1, Genital/anal 1
Abschürfung (n = 279)	Gesicht (inkl. Ohren) 81, Obere Extremität 61, Untere Extremität 44, Rücken 34, Rumpf 29, Nacken/Hals 17, Schädel/Kopf/Kalotte 9, Gesäß 4	Biss (n = 9)	Obere Extremität 5, Rücken 2, Gesicht (inkl. Ohren) 2
Narbe (n = 170)	Rücken 40, Gesicht (inkl. Ohren) 34, Obere Extremität 34, Untere Extremität 25, Rumpf 23, Nacken/Hals 6, Schädel/Kopf/Kalotte 4, Gesäß 3, ganz. Körper 1	Blutung (n = 6)	Hirn 4, Gesicht (inkl. Ohren) 2
Rötung (n = 40)	Gesicht (inkl. Ohren) 10, Untere Extremität 7, Rumpf 6, Obere Extremität 6, Nacken/Hals 4, Schädel/Kopf/Kalotte 3, Genital/anal 2, Rücken 1, ganz. Körper 1	Blase (n = 5)	Obere Extremität 2, Untere Extremität 2, Rumpf 1
Schwellung (n = 37)	Gesicht (inkl. Ohren) 19, Schädel/Kopf/Kalotte 9, Untere Extremität 4, Obere Extremität 3, Rumpf 1, Genital/anal 1	Stichverletzung (n = 5)	Rumpf 1, Obere Extremität 1, Nacken/Hals 1, Gesicht (inkl. Ohren) 1, Augapfel 1
Kratzer (n = 33)	Rumpf 6, Gesicht (inkl. Ohren) 6, Untere Extremität 6, Obere Extremität 4, Nacken/Hals 4, Rücken 2, Schädel/Kopf/Kalotte 2, Gesäß 2, Genital/anal 1	Kerbe (n = 4)	Gesicht (inkl. Ohren) 2, Rumpf 1, Schädel/Kopf/Kalotte 1
Fraktur (n = 27)	Schädel/Kopf/Kalotte 9, Obere Extremität 7, Rumpf 6, Untere Extremität 4, Gesicht (inkl. Ohren) 1	Schädel-/Hirn-Trauma (n = 4)	Schädel/Kopf/Kalotte 1, Hirn 3
Petechien (n = 19)	Gesicht (inkl. Ohren) 9, Nacken/Hals 5, Schädel/Kopf/Kalotte 3, Rumpf 1, Untere Extremität 1	Quetsch-Riss-Wunde (n = 2)	Schädel/Kopf/Kalotte 2
thermische Verletzung (n = 18)	Obere Extremität 10, Untere Extremität 5, Rumpf 2, Gesäß 1	Schleimhautriss (n = 2)	Genital/ anal 2
Hautveränderung infolge von Infektionen (n = 15)	Obere Extremität 6, Rumpf 3, Untere Extremität 3, Gesicht (inkl. Ohren) 2, Rücken 1	Hirnschaden (n = 2)	Hirn 2

Tabelle 25: Verletzungen und Lokalisationen bei bestätigten Fällen.

Verletzung	Lokalisation und Anzahl	Verletzung	Lokalisation und Anzahl
Hämatome (n = 285)	Gesicht (inkl. Ohren) 69, Untere Extremität 60, Obere Extremität 59 Rumpf 34, Rücken 27 Nacken/Hals 15 Gesäß 10 , Schädel/Kopf/Kalotte 10 Genital/anal 1	Schnitt (n = 5)	Obere Extremität 2 Gesicht (inkl. Ohren) 2 Untere Extremität 1
Abschürfung (n = 140)	Gesicht (inkl. Ohren) 45 Obere Extremität 29 Untere Extremität 18 Rücken 18 Rumpf 15 Nacken/Hals 7 Schädel/Kopf/Kalotte 6 Gesäß 2	Biss (n = 6)	Obere Extremität 2 Rücken 2 Gesicht (inkl. Ohren) 2
Narbe (n = 70)	Rücken 21 Gesicht (inkl. Ohren) 15 Obere Extremität 15 Untere Extremität 12 Rumpf 6 Nacken/Hals 1	Blutung (n = 4)	Hirn 3 Gesicht (inkl. Ohren) 1
Rötung (n = 25)	Gesicht (inkl. Ohren) 6 Obere Extremität 6 Rumpf 3 Untere Extremität 5 Nacken/Hals 2 Schädel/Kopf/Kalotte 2 ganz. Körper 1	Blase (n = 2)	Untere Extremität 1 Rumpf 1
Schwellung (n = 22)	Gesicht (inkl. Ohren) 11 Schädel/Kopf/Kalotte 5 Untere Extremität 2 Obere Extremität 2 Rumpf 1 Genital/anal 1	Stichverletzung (n = 3)	Rumpf 1 Nacken/Hals 1 Gesicht (inkl. Ohren) 1
Kratzer (n = 22)	Rumpf 5 Untere Extremität 5 Gesicht (inkl. Ohren) 3 Nacken/Hals 3 Gesäß 3 Obere Extremität 1 Rücken 1 Schädel/Kopf/Kalotte 1	Kerbe (n = 3)	Gesicht (inkl. Ohren) 2 Schädel/Kopf/Kalotte 1
Fraktur (n = 13)	Schädel/Kopf/Kalotte 5 Rumpf 4 Obere Extremität 2 Untere Extremität 2	Hirnschaden (n = 2)	Hirn 2
Petechien (n = 15)	Gesicht (inkl. Ohren) 7 Schädel/Kopf/Kalotte 2 Nacken/Hals 5 Rumpf 1	Quetsch-Riss- Wunde (n = 1)	Schädel/Kopf/Kalotte 1
thermische Verletzung (n = 8)	Obere Extremität 5 Untere Extremität 1 Rumpf 2	Schädel-/Hirn- Trauma (n = 2)	Hirn 1 Schädel/Kopf/Kalotte 1
Hautveränderung infolge von Infektionen (n = 7)	Obere Extremität 3 Untere Extremität 3 Gesicht (inkl. Ohren) 1	Schleimhautriss (n = 1)	Genital/anal 1

Tabelle 26: Verletzungen und Lokalisationen bei nicht bestätigten Fällen.

Verletzung	Lokalisation und Anzahl	Verletzung	Lokalisation und Anzahl
Hämatome (n = 267)	Untere Extremität 74 Obere Extremität 61 Gesicht (inkl. Ohren) 49 Rumpf 39 Rücken 27 Gesäß 9 Schädel/Kopf/Kalotte 5 Nacken/Hals 3	Schnitt (n = 6)	Obere Extremität 2 Gesicht (inkl. Ohren) 1 Untere Extremität 1 Genital/anal 2
Abschürfung (n = 138)	Gesicht (inkl. Ohren) 35 Obere Extremität 32 Untere Extremität 26 Rücken 16 Rumpf 14 Nacken/Hals 10 Schädel/Kopf/Kalotte 3 Gesäß 2	Biss (n = 3)	Obere Extremität 3
Narbe (n = 100)	Rücken 19 Gesicht (inkl. Ohren) 19 Obere Extremität 19 Untere Extremität 13 Rumpf 17 Nacken/Hals 4 Schädel/Kopf/Kalotte 5 Gesäß 3 ganz. Körper 1	Blase (n = 3)	Obere Extremität 2 Untere Extremität 1
Rötung (n = 15)	Untere Extremität 2 Gesicht (inkl. Ohren) 4 Rumpf 3 Nacken/Hals 2 Genital/anal 2 Schädel/Kopf/Kalotte 1 Rücken 1	Schädel-/Hirn- Trauma (n = 2)	Hirn 2
Schwellung (n = 37)	Gesicht (inkl. Ohren) 8 Schädel/Kopf/Kalotte 4 Untere Extremität 2 Obere Extremität 1	Blutung (n = 2)	Hirn 1, Gesicht (inkl. Ohren) 1
Kratzer (n = 11)	Gesicht (inkl. Ohren) 3 Obere Extremität 3 Untere Extremität 1 Rumpf 1 Nacken/Hals 1 Rücken 1 Schädel/Kopf/Kalotte 1	Stichverletzung (n = 2)	Obere Extremität 1 Augapfel 1
Fraktur (n = 14)	Obere Extremität 5 Schädel/Kopf/Kalotte 4 Rumpf 2 Untere Extremität 2 Gesicht (inkl. Ohren) 1	Kerbe (n = 1)	Rumpf 1
Petechien (n = 4)	Gesicht (inkl. Ohren) 2 Nacken/Hals 1 Untere Extremität 1	Schleimhautriss (n = 1)	Genital/anal 1
thermische Verletzung (n = 10)	Obere Extremität 5 Untere Extremität 4 Gesäß 1	Quetsch-Riss- Wunde (n = 1)	Schädel/Kopf/Kalotte 1
Hautveränderung infolge von Infektionen (n = 8)	Obere Extremität 3 Rumpf 3 Gesicht (inkl. Ohren) 1 Rücken 1	Hirnschaden (n = 0)	keine

4.4 Andere Verletzungsformen

Es wurden fünf verschiedene Gewaltformen unterschieden: körperliche und emotionale Misshandlung, körperliche und emotionale Vernachlässigung sowie sexueller Missbrauch. Genauer wurden noch die Fälle mit Verdacht auf Schütteltrauma und Anwendung instrumenteller Gewalt untersucht.

4.4.1 Schütteltrauma

Insgesamt wurde ein Schütteltrauma in fünf Fällen vermutet. In vier Fällen, alles Kinder unter einem Jahr, gab es einen hochgradigen Verdacht auf ein Schütteltrauma. In diesen Fällen wiesen die Kinder die typische Symptomtrias (subdurale Hämatome, retinale Blutungen, diffuse Enzephalopathie) auf. In vier Fällen war der Ersteinweiser eine Kinderklinik und in einem Fall das Landeskriminalamt. In einem Fall fehlte die typische Kombination der Symptome, hier konnte ein Schütteltrauma nicht mit ausreichender Sicherheit bestätigt werden. Der Thematik des Schütteltraumas wird sich in dieser Dissertation nur kurz gewidmet, da dieses Thema so komplex ist, dass es einer separaten Abhandlung bedarf.

4.4.2 Instrumentelle Gewalt

Bei 39 Jungen gab es den Verdacht auf instrumentelle Gewalt. In 52 Fällen war der Verdacht fraglich. Das bedeutet, dass die Kinder oder weitere Personen angaben, dass in der Vergangenheit instrumentelle Gewalt angewendet worden war, was aber nicht mit der aktuellen Untersuchung bestätigt werden konnte (s. Tabelle 27).

Man fand einen Fall im Alter von 0 bis 1 Jahr, einen Fall im Alter von 2 bis 3 Jahren, sieben Fälle bei den 4- bis 6-Jährigen und 30 bei den Kindern im Alter von 7 bis 12 Jahren. Die meisten Fälle, bei denen instrumentelle Gewalt angewendet wurde, gab es demnach bei den Kindern im Alter von 7 bis 12 Jahren. Die wenigsten gab es bei den jüngsten Jungen im Alter von 0 bis 1 Jahr und 2 bis 3 Jahren.

Bei den Kindern, bei denen die Anwendung instrumenteller Gewalt fraglich war, ergab die Aufteilung der Fälle nach Altersklassen folgende Verteilung: ein Junge im Alter von 0 bis 1 Jahr, drei Kinder im Alter von 2 bis 3 Jahren, elf im Alter von 4 bis 6 Jahren und 37 im Alter von 7 bis 12 Jahren (s. Tabelle 28).

Die Gegenstände, die verwendet wurden, waren nicht immer in den Akten angegeben. In 15 Akten gab es keine Angabe zum Gegenstand.

Die verwendeten Gegenstände waren (nach Häufigkeit aufgelistet):

- Gürtel (10 Fälle)
- Kabel (6 Fälle)
- Holzstock (4 Fälle)

- Kochlöffel (2 Fälle)
- Schuhe, Seil, Holzlatte mit Nägeln, Messer, Kugelschreiberspitze (jeweils 1 Fall)

In manchen Fällen wurden auch mehrere verschiedene Gegenstände genannt.

Tabelle 27 : Verdacht auf instrumentelle Gewalt

Verdacht auf instrumentelle Gewalt	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Nein	826	90,0%	90,1%
Ja	39	4,2%	4,3%
Fraglich	52	5,7%	5,7%
Gesamt	917	99,9%	100%
k. A.	1	0,1%	
Gesamt	918	100%	

Tabelle 28 : Verdacht auf instrumentelle Gewalt, nach Altersklassen.

Altersklassen	Verdacht auf instrumentelle Gewalt			Gesamt
	Nein	Ja	Fraglich	
0-1 Jahre	153	1	1	155
2-3 Jahre	165	1	3	169
4-6 Jahre	208	7	11	226
7-12 Jahre	300	30	37	367
Gesamt	826	39	52	917

4.5 Geschwister

In 881 (96,0%) Fällen war bekannt, ob die untersuchten Kinder Geschwister hatten. In 877 Fällen war darüber hinaus eine Information über die genaue Anzahl der Geschwister vorhanden. Es wurde nicht berücksichtigt, ob die Geschwister noch zuhause bei den Eltern leben oder nicht. Es wurde lediglich festgehalten, wie viele Kinder die Eltern haben und nicht, wie viele noch im elterlichen Haushalt leben (s. Tabelle 29).

In 37 Fällen (4,0%) war nichts darüber bekannt, ob es Geschwister gibt. Und in vier Fällen gab es zwar eine Information, dass Geschwister in der Familie leben, aber es war nichts zur Anzahl angegeben (s. Tabelle 29).

Tabelle 29 : Anzahl der vorgestellten Kinder mit Geschwistern.

Geschwister	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Nein	205	22,3%	23,3%
Ja	676	73,6%	76,7%
Gesamt	881	96,0%	100%
k. A.	37	4,0%	
Gesamt	918	100%	

Insgesamt gab es 205 (22,3%) Einzelkinder. Der Großteil der vorgestellten Kinder hatte mind. ein Geschwisterkind (73,6%). Die meisten Jungen hatten ein Geschwisterkind (43,9%). In 178 (26,5%) Fällen gab es zwei Geschwisterkinder, in 127 (18,9%) drei Geschwister, in 53 Fällen (7,9%) vier Geschwisterkinder, in zehn Fällen (1,5%) gab es fünf Geschwisterkinder und in fünf Fällen (0,7%) gab es sechs Geschwisterkinder. In zwei Fällen (0,3%) gab es jeweils sieben bzw. acht Geschwisterkinder (s. Tabelle 30 und Abbildung 11).

Tabelle 30: Anzahl der Geschwisterkinder

Anzahl der Geschwisterkinder	Häufigkeit	Prozent	Prozent
1	295	33,6%	43,9%
2	178	20,3%	26,5%
3	127	14,5%	18,9%
4	53	6,0%	7,9%
5	10	1,1%	1,5%
6	5	0,5%	0,7%
7	2	0,2%	0,3%
8	2	0,2%	0,3%
Gesamt	672	73,2 %	100%
k. A.	41	4,5 %	
Einzelkind	205	22,3%	
Gesamt	918	100 %	

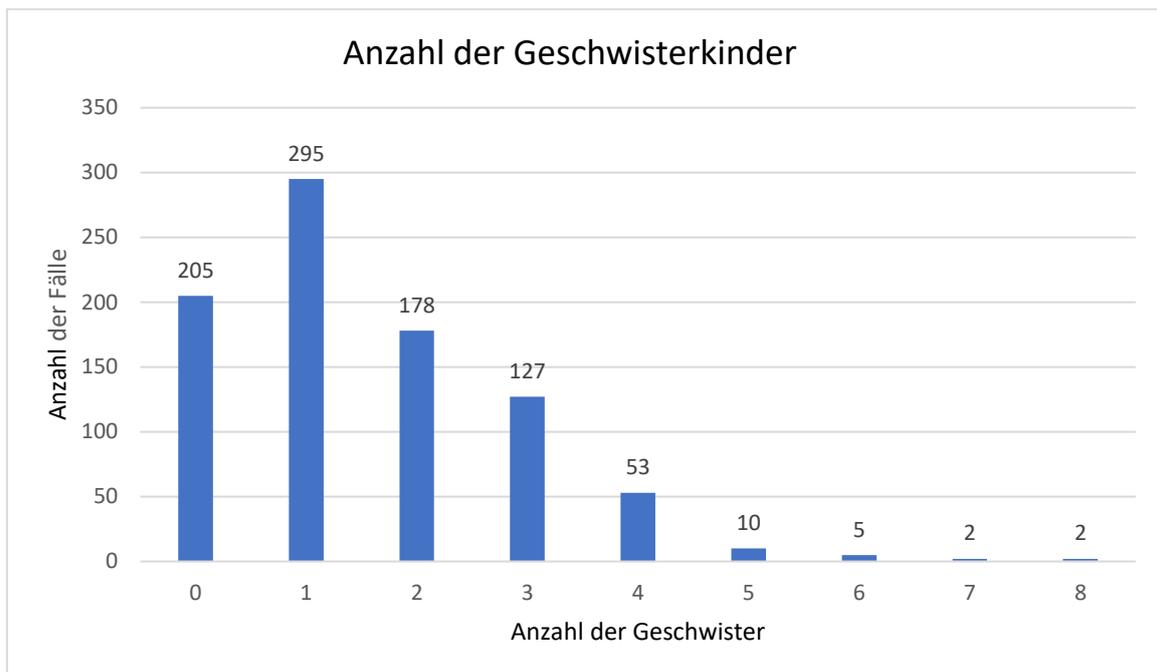


Abbildung 11: Anzahl der Geschwisterkinder

In beiden Gruppen, Jungs mit oder ohne Geschwister, verhielt sich die Bestätigung der Verdachtsannahme ähnlich (s. Tabelle 31). In den meisten Fällen konnte sich der Verdacht nicht bestätigen: bei den Kindern ohne Geschwister in 38,2% der Fälle und bei denen mit Geschwistern in 33,6% der Fälle. Die Fälle blieben bei 29,1% der Gruppe mit Geschwistern und bei 30,1% der Einzelkinder unklar. Sie konnten sich bei 25,9% der Kinder mit Geschwistern und bei 26,5% der Einzelkinder bestätigen. Sie wurden teilweise bestätigt bei 11,4% der Kinder mit Geschwistern und bei 4,9% der Kinder ohne Geschwister. In vier Fällen ist die Bestätigung oder Ablehnung des Verdachtes nicht bekannt und in 37 Fällen gab es keine Angabe zur Anwesenheit von Geschwisterkindern im Haushalt. (s. Tabelle 31).

Tabelle 31: Bestätigung des Eingangsverdachts bei Kindern mit oder ohne Geschwister

Bestätigung des Eingangsverdachts	Geschwister	
	Nein	Ja
Nein	78 (38,2%)	226 (33,6%)
Ja	54 (26,5%)	174 (25,9%)
Unklar	62 (30,4%)	196 (29,1%)
Teilweise	10 (4,9%)	77 (11,4%)
Gesamt	204 (100%)	673 (100%)

Tabelle 32: Anzahl der Kinder mit und ohne Geschwister je Gruppe der Verdachtbestätigung

Geschwister	Bestätigung des Eingangsverdachts			
	Nein	Ja	Unklar	Teilweise
Nein	78 (25,7%)	54 (23,7%)	62 (24,0%)	10 (11,5%)
Ja	226 (74,3%)	174 (76,3%)	196 (76,0%)	77 (88,5%)
Gesamt	304 (100%)	228 (100%)	258 (100%)	87 (100%)

Die Kinder mit Geschwistern machten in der Gruppe der bestätigten Fälle 76,3% aus, die Einzelkinder die restlichen 23,7% der Fälle. Bei den nicht bestätigten Fällen machten die Jungen mit Geschwistern etwa 74,3% aus und die ohne Geschwister 25,7%. Bei den unklar gebliebenen Fällen waren die Kinder mit Geschwistern auch am stärksten vertreten, sie machten 76,0% aus und die ohne Geschwister die restlichen 24,0%. Unter den Kindern, bei denen der Eingangsverdacht teilweise bestätigt wurde, machten die Kinder mit Geschwistern 88,5% der Fälle und die Einzelkinder 11,5% der Fälle aus (s. Tabelle 32 und Abbildung 12).

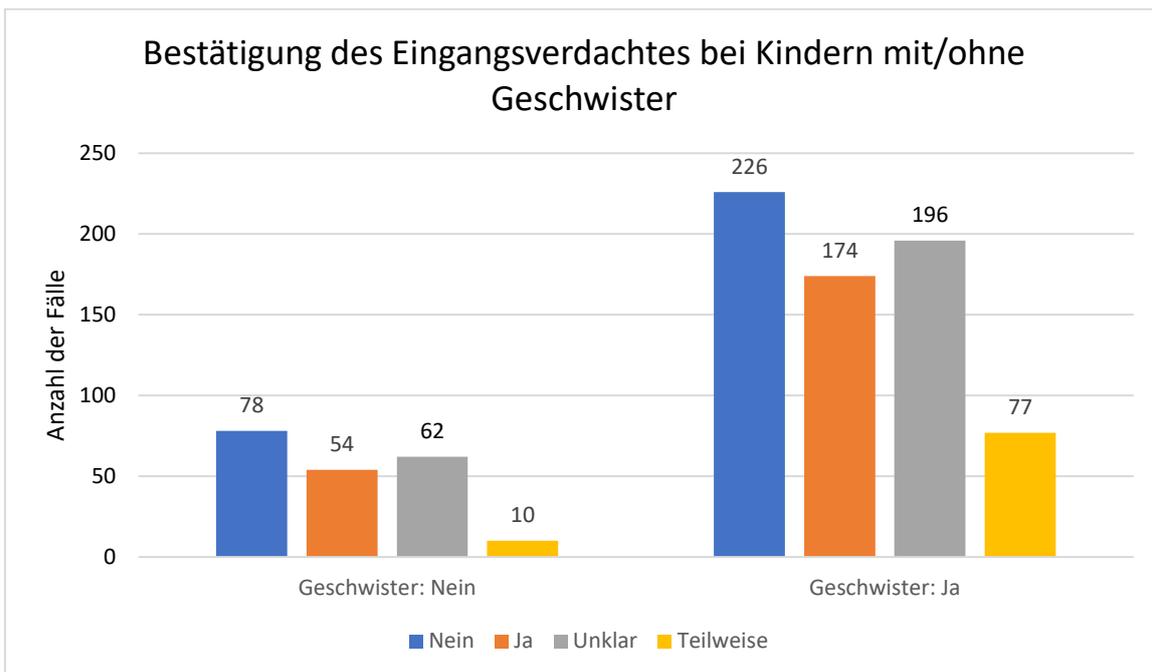


Abbildung 12: Bestätigung des Verdacht bei den Kindern ohne Geschwister und bei Kindern mit Geschwistern

4.5.1 Bestätigung des Verdachts bei Kindern mit oder ohne Geschwister, ohne Verdachtsfälle des sexuellen Missbrauchs

In den meisten Fällen konnte der Verdacht nicht bestätigt werden, und zwar bei den Kindern ohne Geschwister in 36,7% der Fälle und bei denen mit Geschwistern in 34,4% der Fälle.

Die Fälle blieben bei 27,2% der Gruppe mit Geschwistern und bei 29,8% der Einzelkinder unklar.

Der Verdacht wurde bei 26,8% der Kinder mit Geschwistern und bei 28,2% der Einzelkinder bestätigt.

Sie wurden teilweise bestätigt bei 11,6% der Kinder mit Geschwistern und bei 5,3% der Kinder ohne Geschwister (s. Tabelle 33).

Tabelle 33: Bestätigung des Eingangsverdachts (ohne sexuellen Missbrauch bei Kindern mit oder ohne Geschwister)

Bestätigung des Eingangsverdachts (ohne sexuellen Missbrauch)	Geschwister	
	Nein	Ja
Nein	69 (36,7%)	222 (34,4%)
Ja	53 (28,2%)	173 (26,8%)
Unklar	56 (29,8%)	176 (27,2%)
Teilweise	10 (5,3%)	75 (11,6%)
Gesamt	188 (100%)	646 (100%)

Die Kinder mit Geschwistern machten in der Gruppe der bestätigten Fälle 76,5% aus, die Einzelkinder die restlichen 23,5%. Bei den unbestätigten Fällen machten die Jungen mit Geschwistern etwa 76,3% aus und die ohne Geschwister 23,7%. Bei den unklar gebliebenen Fällen waren die Kinder mit Geschwistern auch am stärksten vertreten, sie machten 75,9% aus und die ohne Geschwister die restlichen 24,1%. Unter den Kindern, bei denen der Eingangsverdacht teilweise bestätigt wurde, machten die Kinder mit Geschwistern 88,2% der Fälle und die Einzelkinder 11,8% der Fälle aus (s. Tabelle 34 und Abbildung 13).

Tabelle 34: Anzahl der Kinder mit und ohne Geschwister je Gruppe der Verdachtsbestätigung (ohne sexuellen Missbrauch)

Geschwister	Bestätigung des Eingangsverdachts (ohne sexuellen Missbrauch)			
	Nein	Ja	Unklar	Teilweise
Nein	69 (23,7%)	53 (23,5%)	56 (24,1%)	10 (11,8%)
Ja	222 (76,3%)	173 (76,5%)	176 (75,9%)	75 (88,2%)
Gesamt	291 (100%)	226 (100%)	232 (100%)	85 (100%)

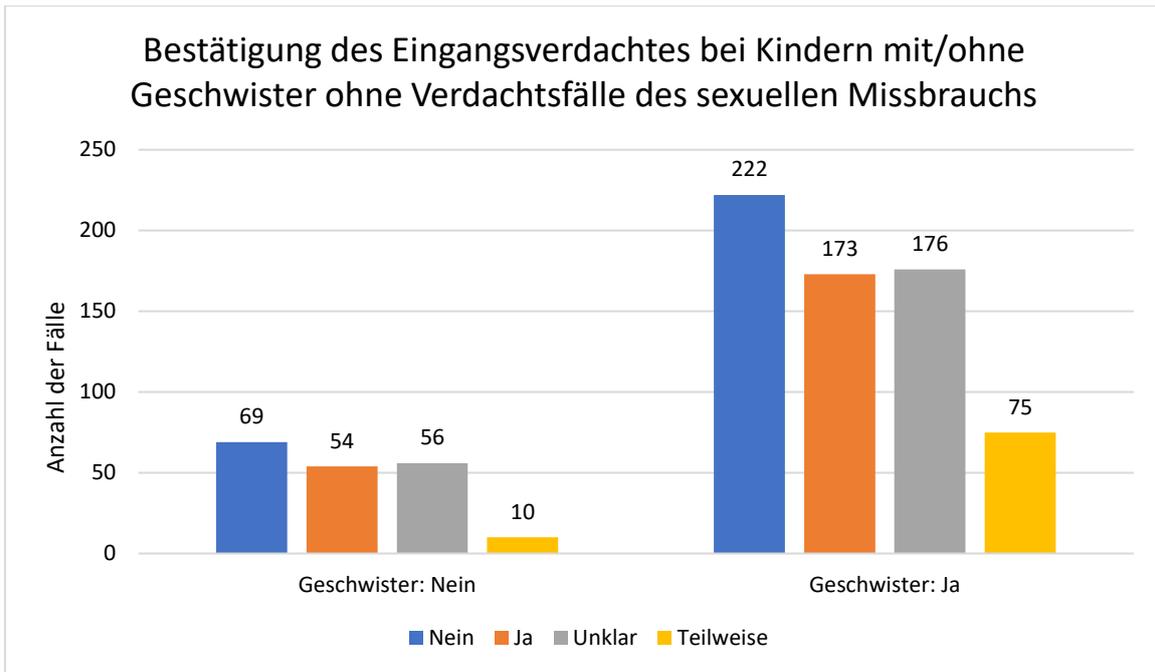


Abbildung 13: Bestätigung des Verdacht es bei den Kindern ohne Geschwister und bei Kindern mit Geschwistern, ohne Verdachtsfälle des sexuellen Missbrauchs.

4.6 Eltern

Den Dokumenten wurde entnommen, ob die Kinder noch bei beiden leiblichen Eltern wohnen und ob diese alleinerziehend sind. Bei geschiedenen Eltern, die sich das Sorgerecht teilen, wurde angegeben, dass die Kinder noch beide leiblichen Eltern haben, obwohl sie nicht in einem Haushalt wohnen. Die Eltern wurden auch nicht als alleinerziehende Eltern angegeben, wenn die Kinder die Zeit abwechselnd bei einem der Elternteile verbringen. In 17 Fällen (1,9%) konnte weder eine Angabe zur leiblichen Mutter noch zum leiblichen Vater gefunden werden (s. Tabelle 35).

Tabelle 35: Häufigkeit der Kinder, die bei ihrer leiblichen Mutter leben und wie viele Mütter alleinerziehend sind.

	Häufigkeit Leibliche Mutter	Prozent Leibliche Mutter	Gültige Prozente	Alleinerziehende Leibl. Mutter
Nein	65	7,1%	7,2%	525 (62,8%)
Ja	836	91,1%	92,8%	311 (37,2%)
Gesamt	901	98,1%	100%	836 (100%)
k. A.	17	1,9%		
Gesamt	918	100%		

Insgesamt lebten 836 von 901 Kindern (92,8%) noch mit ihrer leiblichen Mutter zusammen (s. Tabelle 35).

In 311 Fällen (37,2%) war die leibliche Mutter alleinerziehend. In 525 Fällen (62,8%) waren die leiblichen Mütter nicht alleinerziehend (s. Tabelle 36).

In 433 Fällen (51,7%) lebte der leibliche Vater im Haushalt und in 92 Fällen lebten die Mütter mit einem neuen Partner im Haushalt (s. Tabelle 38).

Die Aufteilung nach Altersklassen ergab, dass im Alter von 0 bis 1 Jahr noch 148 (97,4%) Kinder mit der leiblichen Mutter zusammenlebten, im Alter von 2 bis 3 waren es 154 (92,8%) Kinder, im Alter von 4 bis 6 waren es 203 (92,3%) Kinder und im Alter von 7 bis 12 waren es 331 (91,2%) Kinder. Die älteren Kinder (10-12 Jahre) lebten also seltener bei ihrer leiblichen Mutter als die jüngeren Kinder. Die Kinder im Alter von 0 bis 1 Jahr lebten am häufigsten (97,4%) mit ihrer leiblichen Mutter zusammen (s. Tabelle 36).

Tabelle 36: Häufigkeit der Kinder, die bei ihrer leiblichen Mutter leben, nach Altersklasse.

Altersklassen	leibliche Mutter		Gesamt
	Nein	Ja	
0-1 Jahre	4 (2,6%)	148 (97,4%)	152 (100%)
2-3 Jahre	12 (7,2%)	154 (92,8%)	166 (100%)
4-6 Jahre	17 (7,7%)	203 (92,3%)	220 (100%)
7-12 Jahre	32 (8,8%)	331 (91,2%)	363 (100%)
Gesamt	65 (100%)	836 (100%)	901 (100%)

Von 901 Kindern lebten 480 Kinder (53,3%) mit dem leiblichen Vater zusammen (s. Tabelle 39). Davon waren 94 (61,8%) im Alter zwischen 0 und 1 Jahr, 83 (50%) waren zwischen 2 und 3 Jahren, 108 (49,1%) waren im Alter von 4 bis 6 Jahren und 195 (53,7%) waren im Alter von 7 bis 12 Jahren. Die jüngeren Kinder im Alter von 0 bis 1 Jahr lebten am häufigsten bei ihrem leiblichen Vater und am seltensten lebten die Kinder zwischen 4 und 6 Jahren bei ihrem leiblichen Vater (s. Tabelle 38).

In 40 Fällen (8,3%) waren die Väter alleinerziehend. In 440 Fällen waren sie nicht alleinerziehend, in 433 von diesen Fällen (51,7%) lebte noch die leibliche Mutter und in 7 Fällen eine neue Lebenspartnerin im Haushalt (s. Tabelle 39).

Tabelle 37: Häufigkeit der Kinder, die bei ihrem leiblichen Vater leben und wie viele alleinerziehend sind.

	Häufigkeit leiblicher Vater	Prozent leiblicher Vater	Gültige Pro- zente	Alleinerzie- hende Leibl. Väter
Nein	421	45,9%	46,7%	440 (91,7%)
Ja	480	52,3%	53,3%	40 (8,3%)
Gesamt	901	98,1%	100%	480 (100%)
k. A.	17	1,9%		
Gesamt	918	100%		

Tabelle 38: Häufigkeit der Kinder die bei ihrem leiblichen Vater lebenden Kinder nach Altersklasse

Altersklassen	leiblicher Vater		Gesamt
	Nein	Ja	
0-1 Jahre	58 (38,2%)	94 (61,8%)	152 (100%)
2-3 Jahre	83 (50,0%)	83 (50,0%)	166 (100%)
4-6 Jahre	112 (50,9%)	108 (49,1%)	220 (100%)
7-12 Jahre	168 (46,3%)	195 (53,7%)	363 (100%)
Gesamt	421 (46,7%)	480 (53,3%)	901 (100%)

Insgesamt waren die Elternteile in 351 Fällen (38,2%) alleinerziehend. Der Großteil der Kinder (59,9%) lebte also in einem Haushalt, in dem die Eltern nicht alleinerziehend waren, und in 17 Fällen gab es keine Angabe zu der Haushaltskonstellation (1,9%, s. Tabelle 40). In 18 Fällen (2,0%) lebten die Kinder weder bei der leiblichen Mutter noch dem leiblichen Vater (s. Tabelle 39).

Tabelle 39: Haushaltskonstellationen der untersuchten Kinder

leibliche Mutter	leiblicher Vater		Gesamt
	Nein	Ja	
Nein	18 (2,0%)	47 (5,2%)	65 (7,2%)
Ja	403 (44,7%)	433 (48,1%)	836 (92,8%)
Gesamt	421 (46,7%)	480 (53,3%)	901 (100%)

Tabelle 40: Anzahl der alleinerziehenden Eltern

Alleinerziehend	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Nein	550	59,9%	61,0%
Ja	351	38,2%	39,0%
Gesamte	901	98,1%	100%
k. A.	17	1,9%	
Gesamt	918	100%	

4.7 Verdächtige

Es wurden nur Fälle berücksichtigt, bei denen der Missbrauch, die Misshandlung oder die Vernachlässigung in der Familie vorgekommen war und somit ein Erziehungsberechtigter oder ein Familienmitglied verdächtig war. Als Verdächtige kamen die Eltern, die Stiefeltern, die Geschwister, die Pflegeeltern oder andere Familienmitglieder infrage. Dies bedeutet nicht, dass die Verdächtigen die tatsächlichen Täter sind, sondern dies sind die Angaben, die bei der Vorstellung der Kinder gegenüber dem Team des Kinderkompetenzzentrums geäußert worden sind. In 87 (9,5%) Fällen wurde oder konnte keine Angabe zu einem bestimmten Verdächtigen gemacht (s. Tabelle 41).

4.7.1 Leibliche Mutter als Verdächtige

Die Mutter wurde in 560 Fällen (67,4%) verdächtig. In 539 dieser Fälle lebten die Kinder noch bei der leiblichen Mutter. Werden die Fälle, bei denen die leibliche Mutter nicht mit

den Kindern zusammenlebt, herausgenommen, sind es von dieser Gruppe 71% der Fälle, in denen die leibliche Mutter verdächtigt wurde. (s. Tabelle 41).

In der Gruppe der Kinder von 0 bis 1 Jahr war die Mutter in 77,6% aller Fälle (n = 104) verdächtig. Nimmt man nur die Fälle, bei denen die leibliche Mutter im Haushalt lebte, sind es hier 79,1% (n = 102). Bei den 2- bis 3-Jährigen waren es 105 (69,1%) Fälle, in denen die Mutter verdächtigt wurde. In 99 (71,2%) dieser Fälle lebten die Kinder tatsächlich noch bei der leiblichen Mutter. Bei den 4- bis 6-Jährigen waren es insgesamt 137 (66,5%) Fälle, bei denen die leibliche Mutter als Verdächtige angegeben wurde. In 131 (70,4%) dieser Fälle lebten die Kinder noch bei der leiblichen Mutter. Im Alter von 7 bis 12 Jahren waren es 214 (63,1%) Fälle, bei denen die Mutter verdächtigt wurde. In 207 (67,9%) dieser Fälle lebten die Kinder bei der Mutter. Mit steigendem Alter war die Mutter seltener die Verdächtige (63,1% bei den 7- bis 12-Jährigen insgesamt bzw. bei allen Kindern, die bei der leiblichen Mutter lebten, 67,9%, s. Tabelle 42 und 43).

Tabelle 41: Anzahl der Fälle mit Mutter als Verdächtige

Mutter verdächtigt	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Nein	271	29,5%	32,6%
Ja	560 (539 lebten mit leiblicher Mutter)	61,0% (71,0%)	67,4%
Gesamte	831	90,5%	100%
k. A.	87	9,5%	
Gesamt	918	100%	

Tabelle 42: Anzahl der Fälle mit Mutter als Verdächtige nach Altersklassen und Unterbringung der Kinder im Haushalt der leiblichen Mutter

Altersklassen	Mutter verdächtigt, bei Kindern, die noch bei der leiblichen Mutter lebten		Gesamt
	Nein	Ja	
0-1 Jahre	27 (20,9%)	102 (79,1%)	129 (100%)
2-3 Jahre	40 (28,8%)	99 (71,2%)	139 (100%)
4-6 Jahre	55 (29,6%)	131 (70,4%)	186 (100%)
7-12 Jahre	98 (32,1%)	207 (67,9%)	305 (100%)
Gesamt	220	539	759

Tabelle 43: Häufigkeit der Fälle mit leiblicher Mutter als Verdächtige nach Altersklassen

Altersklassen	Mutter verdächtigt		Gesamt
	Nein	Ja	
0-1 Jahre	30 (22,4%)	104 (77,6%)	134 (100%)
2-3 Jahre	47 (30,9%)	105 (69,1%)	152 (100%)
4-6 Jahre	69 (33,5%)	137 (66,5%)	206 (100%)
7-12 Jahre	125 (36,9%)	214 (63,1%)	339 (100%)
Gesamt	271	560	831

4.7.2 Leiblicher Vater als Verdächtiger

Der Vater war in 49,7% (n = 456) aller untersuchten Fälle verdächtig. Nimmt man nur die Fälle, in denen die Jungs bei dem leiblichen Vater lebten, sind es 82% (n = 355, s. Tabelle 44).

Bei den Kindern zwischen 0 und 1 Jahr waren es insgesamt 84 (62,7%) Fälle, 69 (86,3%) dieser Kinder lebten beim leiblichen Vater.

Die 2- bis 3-Jährigen waren mit 90 (64,5%) Fällen die Altersgruppe, in der der Vater am häufigsten verdächtigt wurde. Berücksichtigt man nur die Fälle, in denen die Kinder bei ihrem leiblichen Vater lebten, waren es 70 (90,9%) Jungen.

Am seltensten wurde der Vater in der Gruppe der 4- bis 6-Jährigen verdächtigt, hier waren es insgesamt 92 Fälle (44,7%). In 74 (74,7%) dieser Fälle lebten die Kinder noch bei ihrem leiblichen Vater.

Bei den Kindern zwischen 7 und 12 Jahren wurde in 182 (53,7%) Fällen der Vater verdächtigt. In 142 (80,2%) Fällen lebte der Vater noch im Haushalt. (s. Tabelle 45 und 46).

Tabelle 44: Anzahl der Fälle mit leiblichem Vater als Verdächtigem

Vater verdächtigt	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Nein	375	40,8%	45,1%
Ja	456 (355 lebten noch mit leiblichem Vater)	49,7% (82,0%)	54,9%
Gesamt	831	90,5%	100%
k. A.	87	9,5%	
Gesamt	918	100%	

Tabelle 45: Anzahl der Fälle mit Vater als Verdächtigem nach Altersklasse bei im Haushalt des leiblichen Vaters lebenden Kindern

Altersklassen	Vater verdächtigt, bei Kindern, die noch bei dem leiblichen Vater lebten		Gesamt
	Nein	Ja	
0-1 Jahre	11 (13,7%)	69 (86,3%)	80 (100%)
2-3 Jahre	7 (9,1%)	70 (90,9%)	77 (100%)
4-6 Jahre	25 (25,3%)	74 (74,7%)	99 (100%)
7-12 Jahre	35 (19,8%)	142 (80,2%)	177 (100%)
Gesamt	78	355	433

Tabelle 46: Häufigkeit der Fälle mit leiblichem Vater als Verdächtigem nach Altersklasse

Altersklassen	Vater verdächtigt		Gesamt
	Nein	Ja	
0-1 Jahre	50 (37,3%)	84 (62,7%)	134 (100%)
2-3 Jahre	54 (35,5%)	98 (64,5%)	152 (100%)
4-6 Jahre	114 (55,3%)	92 (44,7%)	206 (100%)
7-12 Jahre	157 (46,3%)	182 (53,7%)	339 (100%)
Gesamt	375	456	831 (100%)

4.7.3 Stiefvater als Verdächtiger

Ein Stiefvater war in 8,5% aller Fälle (n = 71) verdächtigt worden (s. Tabelle 45). Bei den Kindern zwischen 0 und 1 Jahr war der Stiefvater insgesamt in fünf Fällen (3,7%) verdächtigt worden. Bei den 2- bis 3-Jährigen waren es ebenfalls fünf (3,3%) Fälle. Dies ist auch die Altersklasse, bei der die Zahl der Fälle auf die Gesamtaltersklasse bezogen mit 3,3% (n = 5) am niedrigsten ist. Am häufigsten war der Stiefvater in der Gruppe der 4- bis 6-

Jährigen mit 25 (12,1%) Fällen verdächtig. Bei den 7- bis 12-Jährigen waren es 36 (10,6 %) Kinder, bei denen der Stiefvater verdächtig war. (s. Tabelle 47 und Tabelle 48).

Tabelle 47: Anzahl der Fälle mit Stiefvater als Verdächtigem

Stiefvater verdächtig	Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente
Nein	760	82,8%	91,5 %
Ja	71	7,7%	8,5%
Gesamt	831	90,5%	100%
k. A.	87	9,5%	
Gesamt	918	100%	

Tabelle 48: Häufigkeit der Fälle mit Stiefvater als Verdächtigem nach Altersklasse

Altersklassen	Stiefvater verdächtig		Gesamt
	Nein	Ja	
0-1 Jahre	129 (96,3%)	5 (3,7%)	134
2-3 Jahre	147 (96,7%)	5 (3,3%)	152
4-6 Jahre	181 (87,9%)	25 (12,1%)	206
7-12 Jahre	303 (89,4%)	36 (10,6%)	339
Gesamt	760	71	831

4.7.4 Stiefmutter als Verdächtige

Eine Stiefmutter wurde in 1,3% der Fälle (n = 11) verdächtigt (s. Tabelle 49). Bei den Kindern zwischen 0 und 1 sowie 2 und 3 Jahren gab es keine Fälle, in denen die Stiefmutter verdächtigt wurde. Bei den 4- bis 6-jährigen Jungen waren es zwei Fälle, was insgesamt in dieser Gruppe 1,0% aller Fälle ausmachte. Am häufigsten wurde die Stiefmutter in der

Altersklasse der 7 bis 12 Jahre alten Jungen verdächtigt. Hier waren es neun (2,7%) Fälle. (s. Tabelle 49 und Tabelle 50).

Tabelle 49: Anzahl der Fälle mit Stiefmutter als Verdächtiger

Stiefmutter verdächtigt	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Nein	820	89,3%	98,7%
Ja	11	1,2%	1,3%
Gesamt	831	90,5%	100%
k. A.	87	9,5%	
Gesamt	918	100%	

Tabelle 50: Häufigkeit der Fälle nach Altersklasse mit Stiefmutter als Verdächtiger

Altersklassen	Stiefmutter verdächtigt		Gesamt
	Nein	Ja	
0-1 Jahre	134 (100%)	0 (0,0%)	134
2-3 Jahre	152 (100%)	0 (0,0%)	152
4-6 Jahre	204 (99,0%)	2(1,0%)	206
7-12 Jahre	330 (97,3%)	9 (2,7%)	339
Gesamt	820	11	831

4.7.4 Geschwister als Verdächtige

Bei den Kindern mit Geschwistern wurden in zwölf Fällen die Geschwister verdächtigt, was 1,9% der Fälle von Kindern mit Geschwistern ausmacht (s. Tabelle 51). Von den Fällen waren keine in der Altersgruppe von 0 bis 1 oder 2 bis 3 Jahren zu finden. Zwei (1,3%) Fälle gab es in der Gruppe der 4- bis 6-jährigen Jungen und zehn (3,5%) Fälle bei den 7- bis 12-Jährigen. Die meisten Fälle, bei denen die Geschwister verdächtigt wurden, gab es also bei der ältesten Altersgruppe, den Kindern von 7 bis 12 Jahren, mit 3,5% aller Fälle dieser

Altersklasse mit Geschwistern (s. Tabelle 52). Das Alter der Geschwisterkinder oder ob die Geschwister älter oder jünger waren, war in den untersuchten Akten nicht vermerkt.

Tabelle 51: Anzahl der Fälle mit einem Geschwisterkind als Verdächtigem

Geschwister verdächtigt		Gesamt
Nein	Ja	
610 (98,1%)	12 (1,9%)	622

Tabelle 52: Häufigkeit der Fälle nach Altersklasse mit einem Geschwisterkind als Verdächtigem

Altersklassen	Geschwister verdächtigt		Gesamt
	Nein	Ja	
0-1 Jahre	72 (100%)	0 (0,0%)	72 (100%)
2-3 Jahre	115 (100%)	0 (100%)	115 (100%)
4-6 Jahre	149 (98,7%)	2 (1,3%)	151 (100%)
7-12 Jahre	274 (96,5%)	10 (3,5%)	284 (100%)
Gesamt	610	12	622 (100%)

4.7.5 Pflegeeltern als Verdächtige

In 1,2% der Fälle waren Pflegeeltern der Jungs verdächtigt worden (s. Tabelle 53). Bei den Jungen zwischen 0 und 1 Jahr war es ein (0,7%) Fall, bei den 2- bis 3-jährigen Kindern waren es zwei (1,3%) Fälle. Bei den 4- bis 6-Jährigen kam dies mit insgesamt fünf (2,4%) Fällen am häufigsten vor. In der Altersklasse der 7- bis 12-jährigen Jungen waren es zwei (2,5%) der Fälle. In der Altersklasse der Jungen zwischen 4 und 6 Jahren und der Altersklasse der 7 bis 12-Jährigen waren die Pflegeeltern am häufigsten von allen Altersklassen verdächtigt (s. Tabelle 54).

Tabelle 53: Anzahl der Fälle mit Pflegeeltern als Verdächtige

Pflegeeltern verdächtigt	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Nein	821	89,4%	98,8%
Ja	10	1,1%	1,2%
Gesamt	831	90,5%	100%
k. A.	87	9,5%	
Gesamt	918	100%	

Tabelle 54: Häufigkeit der Fälle nach Altersklasse mit Pflegeeltern als Verdächtige

Altersklassen	Pflegeeltern verdächtigt		Gesamt
	Nein	Ja	
0-1 Jahre	133 (99,3%)	1 (0,7%)	134
2-3 Jahre	150 (98,7%)	2 (1,3%)	152
4-6 Jahre	201 (97,6%)	5 (2,4%)	206
7-12 Jahre	337 (99,4%)	2 (0,6%)	339
Gesamt	821	10	831

4.7.6 Andere Familienmitglieder als Verdächtige

In 1,3% aller Fälle war ein anderes Familienmitglied als die Stief- und Pflegeeltern, die Eltern oder Geschwister verdächtigt worden (s. Tabelle 55). In einem Fall war es die Mutter und ein Freier die zusammen verdächtigt wurden, dieser wird hier mitaufgeführt. Die genauen Risikomomente, also wann und wie die Kinder exponiert waren, sind nicht zwangsläufig in den untersuchten Akten notiert.

Am häufigsten kam der Großvater, mit 3 Verdachtsfällen als Verdächtiger vor, davon in einem Fall zusammen mit dem Vater. In allen 3 Fällen war wurde sexueller Missbrauch

vermutet, davon wurden 2 nicht bestätigt und ein Fall war unklar. Mit jeweils einem Verdachtsfall kamen folgende Verdächtige vor:

- Großmutter (Verdacht auf körperlichen Missbrauch, Verdacht unklar)
- Großonkel (Verdacht auf körperliche Misshandlung, Verdacht bestätigt)
- Großtante (Verdacht auf körperliche und seelische Misshandlung und Vernachlässigung, Misshandlung bestätigt)
- Tante (Verdacht auf körperliche Misshandlung, Verdacht unklar)
- Tante und Großmutter (Verdacht auf körperliche Misshandlung, Verdacht unklar)
- Onkel (Verdacht auf körperliche Misshandlung, Verdacht bestätigt)
- Großeltern und Vater (Verdacht auf sexuellen Missbrauch, Verdacht nicht bestätigt)
- ein Freier und Mutter (Verdacht auf körperliche Misshandlung, Verdacht bestätigt)

Bei den Jungen zwischen 0 und 1 Jahr gab es einen (0,7%) Fall, in dem ein anderes Familienmitglied verdächtig war. Bei den Kindern zwischen 2 und 3 Jahren gab es keinen Fall. Am häufigsten, und zwar in sechs (2,9%) Fällen, wurde ein anderes Familienmitglied bei den Jungen zwischen 4 und 6 Jahren verdächtig. Bei den 7-bis 12-jährigen Jungen waren es vier (1,2%) Fälle. (s. Tabelle 55 und Tabelle 56).

Tabelle 55: Anzahl der Fälle mit einem anderen Familienmitglied als Verdächtigem

Anderes Familienmitglied verdächtig	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Nein	820	89,3%	98,7%
Ja	11	1,2%	1,3%
Gesamt	831	90,5%	100%
k. A.	87	9,5%	
Gesamt	918	100%	

Tabelle 56: Häufigkeit der Fälle nach Altersklasse mit einem anderen Familienmitglied als Verdächtigem

Altersklassen	Anderes Familienmitglied verdächtig		Gesamt
	Nein	Ja	
0-1 Jahre	133 (99,3%)	1 (0,7%)	134
2-3 Jahre	152 (100%)	0 (0,0%)	152
4-6 Jahre	200 (97,1%)	6 (2,9%)	206
7-12 Jahre	335 (98,8%)	4 (1,2%)	339
Gesamt	820	11	831

5. Diskussion

5.1 Epidemiologie und Prävalenz

5.1.1 Anzahl der Fälle

Die Zahl der untersuchten Kinder steigt von 2014 (n = 201) bis 2016 (n = 264). Im Jahr 2017 fällt sie auf 248 Fälle im Jahr ab. Insgesamt kann trotzdem festgestellt werden, dass die Zahl der untersuchten Fälle 2017 im Vergleich zu 2014 um 47 Fälle (23,4%) gestiegen war. Die Anzahl der bestätigten Fälle der Kindeswohlgefährdung ist nicht immer proportional zur Zahl der vorgestellten Kinder, denn im Jahr 2017 (n = 248) wurden mehr Kinder vorgestellt als im Jahr 2015 (n = 205). Dennoch gab es im Jahr 2015 mehr bestätigte Fälle, nämlich 90 (43,9%) im Vergleich zu 77 (31%) im Jahr 2017.

Ähnliche Beobachtungen können bei den Zahlen des Bundesamtes für Statistik für Vernachlässigung, psychische und körperliche Misshandlung sowie sexuellen Missbrauch gefunden werden. Im Jahr 2014 werden dort 8856 Fälle akuter Kindeswohlgefährdung nach § 8a Absatz 1 SGB VIII bei Jungen zwischen 0 und 12 Jahren aufgelistet. Im Jahr 2015 stieg die Zahl auf 9324 Fälle, im Jahr 2016 weiter auf 10301 Fälle und im Jahr 2017 fällt sie auf 10234 Fälle. Das entspricht einem Anstieg von 15,6% zwischen dem Jahr 2014 und dem Jahr 2017. Insgesamt wurden hier also auch über die Jahre bundesweit mehr Fälle registriert (Statistisches Bundesamt, Statistik der Kinder- und Jugendhilfe 2014-2017). Für das Jahr 2022 meldet das Statistikamt einen Höchstwert von 62300 Fällen von Kindeswohlgefährdung (Vernachlässigung, psychische, körperliche Gewalt und sexueller Missbrauch), hier gab es zum Vorjahr eine Steigerung um 4% (2300 mehr Fälle als im Jahr 2021).

Werden die Zahlen des statistischen Bundesamtes bei akuter und latenter Kindeswohlgefährdung in Hamburg betrachtet, wurden für männliche Kinder (0-14 Jahre) 668 Fälle im Jahr 2014, 643 Fälle im Jahr 2015, 702 Fälle im Jahr 2016 und 573 Fälle im Jahr 2017 dokumentiert (Statistisches Bundesamt, Statistik der Kinder- und Jugendhilfe 2014-2017). Auch in der hier vorgelegten Studie des Kinderkompetenzzentrums gab es 2016 die meisten Fälle. Im Jahr 2022 wurden in Hamburg 1806 Fälle akuter und latenter Kindeswohlgefährdung bei Minderjährigen in der Statistik des Bundesamtes erfasst. (Statistisches Bundesamt Destatis 2023)

Die steigende Tendenz ist nicht unbedingt mit einem erhöhten Vorkommen von Kindeswohlgefährdungen gleichzusetzen. Möglich ist auch ein breiteres öffentliches Bewusstsein für Kindeswohlgefährdung, das zu mehr Meldungen und höherer Awareness führt. Wie Goldberg und Schorn (2011) feststellten, werden der Polizei und den Jugendämtern immer mehr Verdachtsfälle gemeldet. Außerdem gehen die Jugendämter schneller von einer Kindeswohlgefährdung aus und leiten mehr Fälle an das Familiengericht weiter (Goldberg und

Schorf 2011). In einer retrospektiven Studie von Witt et al. wurden Daten aus dem Jahr 2010 (n = 2504, 14-90 Jahre) und 2016 (n = 2510, 14-94 Jahre) verglichen, bei denen die Teilnehmer einen Fragebogen zu Vernachlässigung, Missbrauch oder Misshandlung im Kindesalter ausfüllen mussten. In sechs Jahren sank die Zahl der Befragten, die angaben, mind. eine Form von Kindesmisshandlung erlebt zu haben, von 35,3% (2010) auf 31,0% (2016), was ein signifikanter Unterschied war ($p < 0,001$). Genauer betrachtet hatten 35,9% der befragten Männer im Jahr 2010 und 32,6% der Männer im Jahr 2016 angegeben, mind. eine Art von Misshandlung als Kind erfahren zu haben.

Allerdings gab es keinen großen Unterschied bei den Teilnehmern, die mehr als eine Art von Gewalt erfahren hatten. Hier blieb die Anzahl ungefähr gleich, mit 13,7% im Jahr 2010 und 14,0% im Jahr 2016 (Witt et al. 2018). Ebenso stellte Busmann (2005) in einer Umfrage, bei der sowohl Eltern zu ihrem Erziehungsstil (Vergleich der Ergebnisse aus einer Umfrage aus dem Jahr 1996 und 2001) als auch Jugendliche zu ihren Erfahrungen mit Gewalt in der Erziehung (Vergleich der Ergebnisse aus dem Jahr 1992 und 2002) befragt wurden, einen Rückgang körperlicher Bestrafung, fest. Er führt diesen Rückgang unter anderem auf die Einführung des Rechts auf gewaltfreie Erziehung im BGB zurück. Für ihn ist es der Beleg, dass Gesetze tatsächlich zum Schutz der Kinder beitragen können (Busmann 2005). Es wird also davon ausgegangen, dass ein Bewusstsein für die verschiedenen Formen von Misshandlung zu mehr Meldungen führt und nicht unbedingt erhöhte Prävalenz vorliegt.

Auch Studien aus anderen europäischen Ländern gehen von einem ähnlichen Trend aus. In den Niederlanden wurden Prävalenzzahlen aus den Jahren 2005 und 2010 verglichen. Festgestellt wurde, dass die Fälle, die bei der Kinderschutzbehörde (Child Protection Service) dokumentiert wurden, zwischen 2005 (n = 13538) und 2010 (n = 22661) gestiegen waren. Zum Vergleich wurden jugendliche (n = 1920) zwischen 12 und 17 Jahren aufgefordert, einen Fragebogen über selbsterlebte Kindeswohlgefährdung auszufüllen. Es konnte kein Unterschied zwischen den Berichten aus dem Jahr 2005 und 2010 festgestellt werden. Ebenso wurden Behörden (z. B. Polizei oder Frauenhäuser) oder Personal, das mit Kindern arbeitet (z. B. Lehrer:innen oder Kinderärzt:innen), darum gebeten, über einen Zeitraum von 3 Monaten jeden Verdacht der Kindeswohlgefährdung mit einem vorgegebenen Formular zu dokumentieren. Die auf diese Art dokumentierten Fälle waren hinsichtlich der Anzahl über die Jahre auch gleichgeblieben (Euser et al. 2013).

Dieses Resultat konnte in einer weiteren Studie in den Niederlanden im Jahr 2017 ebenso bestätigt werden. Die Prävalenz von Kindeswohlgefährdung (emotionale und körperliche Vernachlässigung, emotionale und körperliche Misshandlung sowie sexuellen Missbrauch) bei Kindern zwischen 0 und 17 Jahren in den Niederlanden wurde 2005 auf 2,3%, im Jahr 2010 auf 2,2% und im Jahr 2017 auf 2,3% geschätzt. Auch hier wurde Personal, z. B. aus

Schulen oder Kinderschutzbehörden darum gebeten, über 3 Monate jeden Verdacht der Kindeswohlgefährdung zu dokumentieren. Festgestellt werden konnte ebenfalls, dass die Prävalenz über einen Zeitraum von 12 Jahren gleichgeblieben war (Berkel et al. 2020). Darauf wurde die Schlussfolgerung gezogen, dass die Prävalenz von Kindeswohlgefährdung in den Niederlanden trotz vermehrter Meldungen bei der Kinderschutzbehörde gleichgeblieben war. Offenbar ist auch in den Niederlanden, die Aufmerksamkeit für das Thema gestiegen, sodass mehr Fälle gemeldet werden. Allerdings besteht demnach die Möglichkeit, dass neu eingeführte Schutzmaßnahmen nicht greifen, da die Prävalenz über einen langen Zeitraum gleichgeblieben ist. Doch die Autoren merken an, dass über einen längeren Zeitraum analysiert werden muss, um die Wirksamkeit neuer Gesetze und Sensibilisierungskampagnen beurteilen zu können (Euser et al. 2013, Berkel et al. 2020). Berkel et al. (2020) erwähnen auch die Möglichkeit, dass die gleichgebliebene Zahl der Meldungen auch das Ergebnis steigender Prävalenz und sinkender Meldungen oder Aufmerksamkeit sein könnte. Das halten die Autoren jedoch für weniger plausibel.

Eine weitere Studie, welche die Entwicklung der Kindeswohlgefährdung in sechs industrialisierten Ländern (USA, Schweden, Kanada, Australien, Neuseeland und Großbritannien) untersucht, kam zu dem Ergebnis, dass es bei Kindern bis zu einem Alter von 11 Jahren keinen eindeutigen Beweis für einen Rückgang der Prävalenz gab, trotz Gesetzesänderungen und Sensibilisierung. Auch hier blieb die Frage offen, ob die über Jahrzehnte stabil gebliebenen Zahlen auf ausgebliebene Reduzierungen oder auf ein Zusammenspiel von erhöhter Sensibilisierung (weniger Gewaltanwendung in der Erziehung) und mehr Meldungen zurückzuführen sind (Gilbert et al. 2012). Die vom U.S Department of Health & Human Services veröffentlichten Fallzahlen von Kindern die Opfer von Vernachlässigung, Misshandlung, sexuellem Missbrauch oder Kinderhandel waren, gab es einen Rückgang von 896.000 Kindern im Jahr 2002 auf 558.99 Kinder im Jahr 2022. Die prozentuale Verteilung der Misshandlungstypen ist ähnlich geblieben über die Jahre. (U.S. Department of Health & Human Services 2002, U.S. Department of Health & Human Services 2024).

5.1.2 Bestätigung des Eingangsverdacht

Der Anteil an nicht bestätigten Fällen und an Fällen, die bestätigt oder teilweise bestätigt wurden war vergleichbar. Ohne die Verdachtsfälle auf sexuellen Missbrauch wurden 1,4% (37,2% versus 35,8%) mehr Fälle bestätigt oder teilweise bestätigt.

In anderen Studien des Kinder-Kompetenzzentrums in Hamburg war die Quote der bestätigten Fälle höher. In einer Studie mit Kindern zwischen 0 und 5 Jahren, die zwischen Januar 1998 und März 2004 im IfR Hamburg-Eppendorf mit einem Misshandlungsverdacht vorgestellt wurden, waren von 134 untersuchten Jungen insgesamt 81 misshandelt worden, womit die Quote mit 60,4% höher als in der vorliegenden Arbeit ist. Bei 17,9% war die

Ursache der Verletzungen unklar geblieben war. Zu beachten ist aber, dass nur die Untersuchung von Jungen im Alter von 0 bis 5 Jahren und somit auch weniger Fälle berücksichtigt wurden (Wahl 2011).

In Bezug zur Altersgruppe mit den meisten bestätigten Fällen (0-1 Jahre) spiegeln auch die Daten der Kinder und Jugendhilfe aus ganz Deutschland ein ähnliches Resultat. Auch hier sind bei den Jungen von 0 bis 1 Jahr mit 8712 Fällen zwischen 2014 und 2017 die meisten Fälle (Vernachlässigung, körperliche und psychischen Misshandlung, sexuellen Missbrauch) dokumentiert (Statistisches Bundesamt Statistik der Kinder- und Jugendhilfe 2014-2017).

Dies kann daran liegen, dass in dem Alter die Kinder sehr wenig akzidentelle Verletzungen haben und jede sichtbare Verletzung alarmierend ist. Somit ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein Missbrauch vorliegt, wenn eine Verletzung gefunden wird, höher (Herrmann 2002). In den USA waren im Jahr 2022 etwa 16,1% der Verdachtsfälle (körperliche, emotionale, sexuelle Misshandlung, sowie Menschenhandel) bestätigt worden. (U.S. Department of Health & Human Services 2024).

In einer kanadischen Inzidenzstudie (Public Health Agency of Canada 2010) waren am häufigsten Jungen zwischen 7 und 9 Jahren (23,9% aller Fälle) von Kindeswohlgefährdung betroffen. Am seltensten waren in der vorhergenannten Studie die 2- bis 3-jährigen Jungen betroffen. (Public Health Agency of Canada 2010) In der vorliegenden Arbeit waren die meisten unbestätigten Fälle auch bei den 2- bis 3-Jährigen zu finden.

5.1.3 Vorkommen der verschiedenen Formen der Kindeswohlgefährdung

In der Literatur sind die Angaben zu den Häufigkeiten der verschiedenen Formen sehr unterschiedlich. In der vorliegenden Studie ist körperliche Misshandlung die häufigste Form von Kindesmisshandlung. Oft werden emotionale Vernachlässigung und körperliche Vernachlässigung als häufigste Form genannt (Berkel et al. 2020, Euser et al. 2013, Ijzendoorn et al. 2009, Horne et al. 2018, Münder et al. 2000, Public Health Agency of Canada, 2010, U.S. Department of Health & Human Services 2024). Dies kann daran liegen, dass in vielen Prävalenzstudien die Personen zu ihren Erfahrungen in der Vergangenheit befragt werden und somit die Formen der Vernachlässigung, die nach außen weniger auffällig sind, öfters ans Licht kommen. Im Gegensatz dazu werden im Kinderkompetenzzentrum vor allem Kinder mit sichtbaren Anzeichen von Kindeswohlgefährdung vorgestellt und das Ärzteteam ist speziell auf die gerichtsverwertbare Dokumentation von Verletzungsbefunden geschult.

In einer dänischen Befragung von 24-Jährigen kam heraus, dass insgesamt 3% der Stichprobe als Kind körperliche Vernachlässigung erfahren hatten, 5,2% hatten emotionalen Missbrauch erlebt, 5,4% körperlichen Missbrauch und 3,4% sexuellen Missbrauch durch Eltern oder Erziehungsberechtigte. In der entsprechenden Studie war die körperliche

Misshandlung die häufigste Form der Kindeswohlgefährdung (Christoffersen et al. 2013). In einer Umfrage von Eltern in neun Ländern (Albanien, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, Kroatien, Nordmazedonien, Griechenland, Rumänien, Serbien und die Türkei) gaben 66,7% der Eltern an, dass ihr Kind bereits Opfer von körperlicher Gewalt durch einen Sorgeberechtigten war und 66,6% gaben an, dass ihr Kind Opfer von emotionaler Misshandlung durch einen Sorgeberechtigten war. Es gaben 9,1% der Eltern an, dass ihr Kind Vernachlässigung (ob emotional oder körperlich wurde nicht präzisiert) durch einen Sorgeberechtigten erfahren hatte. Sexuelle Misshandlung durch einen Sorgeberechtigten oder Fremden gaben 3,1% der Eltern, sie war wie in der vorliegenden Studie die seltenste Form der Kindesmisshandlung. (Meinck et al. 2021)

Insgesamt wurden 809 Jungen mit dem Verdacht der körperlichen Misshandlung vorgestellt. Insgesamt wurden 169 Fälle bestätigt (20,9% der Verdachtsfälle). Die höchste Quote an körperlich misshandelten Kindern fand sich bei den 0- bis 1-Jährigen, bei denen 28,8% der Verdachtsfälle bestätigt wurden. Die hohe Quote an bestätigten Misshandlungen in dieser Altersgruppe kann darauf zurückzuführen sein, dass Kinder in dem Alter seltener akzidentelle Verletzungen haben.

Bei Hänsel (2020) waren 28,8% der Kindeswohlgefährdungen bei den Jugendämtern in Wittenberg/Saale körperliche Misshandlung. Einen Altersgipfel gab es bei den Kleinkindern (1-5 Jahre) und den Jugendlichen (14-18 Jahre). Häufiger war jedoch die Kindesvernachlässigung.

In einer kanadischen Studie über die Inzidenz von Kindeswohlgefährdung waren 20% (n = 17.212) Fälle von körperlicher Misshandlung (Public Health Agency of Canada 2010). In den USA war Vernachlässigung mit 415.445 (74,3%) Fällen die häufigste Form von Kindeswohlgefährdung im Jahr 2022. Es folgte mit 95.026 (17%) Fällen die körperliche Misshandlung. (U.S. Department of Health & Human Services 2024)

Bei den stationär aufgenommenen Kindern am Universitätsklinikum Leipzig war körperliche Misshandlung ebenfalls die häufigste Misshandlungsform; 64% der aufgenommenen Kinder waren jünger als ein Jahr (Landgraf 2010). In einer Studie von Jessee und Rieger (1996) waren 90% der Kinder, die im Texas Children's Hospital mit dem Verdacht einer Misshandlung aufgenommen wurden, fünf Jahre alt oder jünger; 60% dieser Kinder waren jünger als zwei Jahre.

Viele Studien sehen das höchste Risiko bei jüngeren Kindern zwischen 0 und 3 Jahren (Mützel 2011, Euser et al. 2013). Horne et al. (2018) stellten auch fest, dass die höchste Anzahl von Misshandlungen bei dreijährigen Kindern beobachtet wurde. Mit steigendem Alter fiel die Misshandlungsrate. In einer französischen Studie mit Kindern bis zu sieben Jahren, die im Krankenhaus mit misshandlungsverdächtigen Verletzungen vorgestellt wurden, waren ebenfalls die jungen Kinder (jünger als ein Jahr) am häufigsten betroffen. Es

folgten die 1- bis 3-Jährigen und schließlich die Altersgruppe der 4- bis 7-Jährigen (Martrille et al. 2006).

Allerdings waren in anderen Studien, wie z. B. bei McMahon et al. (1995) bei der Untersuchung von 371 Kindern mit Verdacht auf Misshandlung 71,7% der Kinder über drei Jahre alt.

In der Statistik der Kinder- und Jugendhilfe werden 9415 Fälle körperlicher Misshandlung von Jungen zwischen 0 und 12 Jahren gemeldet. Die meisten Fälle (n = 2428) gab es bei den 7- bis 9-Jährigen und die wenigsten bei den 2- bis 3-Jährigen mit 1205 Fällen (Statistisches Bundesamt, Statistik der Kinder- und Jugendhilfe 2014-2017).

Die körperliche Vernachlässigung war in der vorliegenden Arbeit mit 146 Fällen der zweithäufigste Vorstellungsgrund. Die höchste Quote an Verdachtsfällen von körperlich vernachlässigten Jungen fand sich in der Gruppe der Kinder zwischen 0 und 1 Jahr und die höchste Quote bestätigter Verdachtsfälle wurde bei den Jungen zwischen 2 und 3 Jahren ermittelt.

Oft ist die körperliche Vernachlässigung zusammen mit emotionaler Vernachlässigung die häufigste Form von Kindeswohlgefährdung (Euser et al. 2013, Berkel et al. 2020). In einer Studie aus Leipzig (Landgraf 2010) war Vernachlässigung mit 19% aller stationär aufgenommenen Kinder die zweithäufigste Form (körperliche und emotionale Vernachlässigung). In der Statistik der Kinder- und Jugendhilfe aus den Jahren 2014 bis 2017 war emotionale und körperliche Vernachlässigung ebenfalls die häufigste Form der Kindeswohlgefährdung. Die meisten Fälle gab es bei den 0- bis 1-Jährigen mit 5482 Fällen. Die Jungen zwischen 10 und 12 Jahren waren mit 3283 Fällen am seltensten von Vernachlässigung betroffen. Zu beachten ist, dass hier beide Formen der Vernachlässigung nicht getrennt betrachtet werden (Statistisches Bundesamt, Statistik der Kinder- und Jugendhilfe 2014-2017). In der bundesweiten Statistik aus dem Jahr 2022 ist bei Minderjährigen Vernachlässigung als ebenfalls die häufigste Form von akuter und latenter Kindeswohlgefährdung mit 3336 Fällen (Statistisches Bundesamt Destatis 2023).

In einer Studie über Kindeswohlgefährdung bei den Jugendämtern aus Wittenberg/Salzweidel war Vernachlässigung mit 58,6% der Fälle ebenfalls die häufigste Form der Kindeswohlgefährdung. Die jüngsten Kinder, vor allem Säuglinge, waren auch hier am häufigsten von Vernachlässigung betroffen (Hänsel 2020).

Insgesamt waren 23 Jungen mit einem Verdacht auf emotionale Misshandlung vorgestellt und 13 Fälle bestätigt worden. Die meisten Verdachtsfälle gab es bei den Jungen zwischen 7 und 12 Jahren mit 4,8% (n = 15) aller vorgestellten Kinder in dem Alter. Die höchste Quote emotional misshandelter Kinder fand sich bei den 7- bis 12-Jährigen mit 2,2% aller vorgestellten Kinder. Die höchste Quote bestätigter Verdachtsfälle gab es bei den 2- bis 3-

Jährigen mit 40%. Allerdings wurden auch nur fünf Kinder mit dem Verdacht vorgestellt und zwei davon bestätigt.

In der Statistik der Kinder- und Jugendhilfe gab es zwischen 2014 und 2017 bei emotionaler Misshandlung die meisten Fälle bei den 4- bis 6-Jährigen ($n = 1976$). Die wenigsten gab es bei den 2- bis 3-Jährigen mit 1457 Fällen (Statistisches Bundesamt, Statistik der Kinder- und Jugendhilfe 2014-2017). Im Jahr 2022 war psychische Misshandlung mit 1510 Fällen die zweithäufigste Form von Kindeswohlgefährdung bei Minderjährigen bundesweit. (Statistisches Bundesamt Destatis 2023).

In einer kanadischen Studie über die Inzidenz von Kindeswohlgefährdung sind 9% ($n = 7423$) Fälle emotionaler Misshandlung dokumentiert worden (Public Health Agency of Canada 2010). Es wurden 71 Jungen mit einem Verdacht auf emotionale Vernachlässigung vorgestellt und nach der Untersuchung gab es 48 bestätigte Fälle, die Hälfte davon ohne vorherigen Verdacht. Die Jungen zwischen 7 und 9 Jahren waren die Gruppe, die am häufigsten (9,1% Altersklasse) mit dem Verdacht emotionale Vernachlässigung vorgestellt wurde. Der größte Anteil an bestätigten Fällen emotionaler Vernachlässigung gab es bei den 2 bis 3 Jahre alten Kindern; 8,2% ($n = 14$) der Gesamtersklasse. Die wenigsten Fälle gab es bei den älteren Kindern (zwischen 10 und 12 Jahren), was 2,9% der Altersklasse sind.

Oft wird in den Statistiken die emotionale Vernachlässigung nicht von der körperlichen Vernachlässigung getrennt. Die beiden Formen sind zusammen oft die häufigste Form der Kindeswohlgefährdung (Ijzendoorn et al. 2009, Landgraf 2010 Euser et al. 2013, Statistisches Bundesamt, Statistik der Kinder- und Jugendhilfe 2014-2017, Horne et al. 2018, Berkel et al. 2020, U.S. Department of Health & Human Services 2024). Allerdings wird davon ausgegangen, dass die emotionale Vernachlässigung häufig noch unterrepräsentiert ist, da sie schwieriger nachweisbar ist (Landgraf 2010). Säuglingen und Kleinkindern sieht man eine emotionale Vernachlässigung oft noch nicht an. Die Symptome dieser Form der Kindeswohlgefährdung zeigt sich zumeist erst später in der Entwicklung der Kinder. Anzeichen einer emotionalen Vernachlässigung können in der Interaktion der Eltern mit dem Kind und einem gestörten Bindungsverhalten seitens der Kinder erkannt werden (Herrmann et al. 2022). Nicht immer werden die Kinder von den Eltern zur Untersuchung im IfR begleitet, sodass die Beziehung zwischen den Eltern und Kindern in diesen Fällen nicht direkt beurteilt werden kann.

Sexueller Missbrauch war, mit 46 Verdachtsfällen (5% aller Verdachtsfälle), von denen einer bestätigt wurde, der seltenste Vorstellungsgrund. Den höchsten Anteil an Verdachtsfällen gab es bei den 4- bis 6-Jährigen (7,1% der Altersklasse). Die niedrigste Quote an Verdachtsfällen gab es bei den Kindern zwischen 0 und 1 Jahr (2,6% der Altersklasse). Es gab

insgesamt nur einen bestätigten Fall von sexuellem Missbrauch, bei einem Jungen zwischen 2 und 3 Jahren.

Bei Hänsel (2020) waren 7,1% aller Kindeswohlgefährdungen bei den Jugendämtern Wittenberg/Saale sexueller Missbrauch. Es wurden allerdings Jugendliche bis 15 Jahre in die Studie miteinbezogen und Jungen und Mädchen wurden nicht getrennt aufgelistet. Sexueller Missbrauch nahm auch erst im späteren Kindesalter und bei Jugendlichen zu.

In der Statistik der Kinder- und Jugendhilfe war sexueller Missbrauch auch die seltenste Form der Kindeswohlgefährdung. Am häufigsten waren Kinder zwischen 7 und 9 Jahren mit 347 Fällen betroffen. Am seltensten waren die 0- bis 1-Jährigen mit 77 Fällen betroffen (Statistisches Bundesamt, Statistik der Kinder- und Jugendhilfe, 2014-2017). Auch im Jahr 2022 waren die wenigsten Fälle (n = 230) bei der sexuellen Gewalt in der bundesweiten Statistik gezählt worden. In der vorliegenden Arbeit war sie ebenfalls die seltenste Form. In Kanada fand man, dass 3% aller Fälle von Kindeswohlgefährdung auf sexuellen Missbrauch zurückzuführen sind. Auch hier war sexueller Missbrauch die seltenste Form von Kindeswohlgefährdung (Public Health Agency of Canada 2010). Die gleiche Verteilung spiegeln die Zahlen der Kindeswohlgefährdungen in den USA aus dem Jahr 2022 wieder, bei denen 59,044 (10,6%) Kinder sexuellen Missbrauch erlitten, was die seltenste Form von Kindeswohlgefährdung war (U.S. Department of Health & Human Services 2024).

Oft ist sexueller Missbrauch schwierig nachzuweisen, denn eine körperliche Untersuchung ermöglicht nicht unbedingt Rückschlüsse auf einen möglichen sexuellen Missbrauch. Kinder, die sexuellen Missbrauch erlitten haben, zeigen oft keine körperlichen Symptome und die Untersuchung der Anogenitalregion bleibt unauffällig. Kelly et al. (2006) fanden heraus, dass bei 2134 Verdachtsfällen die Untersuchung des Anogenitalbereiches bei 69% der Kinder einen Normalbefund aufwies, 21% hatten unspezifische Befunde, bei 5% war der Befund verdächtig und 5% hatten einen diagnostischen Befund. Allerdings sollte nicht davon ausgegangen werden, dass fehlende Symptome oder körperliche Befunde einen Missbrauch ausschließen (Kelly et al. 2006). Als diagnostische Interpretationshilfe bei misshandlungsverdächtigen Befunden im Anogenitalbereich kann das ADAMS-Schema herangezogen werden. In dem Schema werden nicht nur körperliche Befunde (Abschnitt 1 des Schemas, siehe unten), sondern auch infektiologische Befunde (Abschnitt 2 des Schemas) und Befunde, die einen sexuellen Kontakt beweisen (Abschnitt 3, wie zum Beispiel Schwangerschaft), miteinbezogen.

Das ADAMS-Schema beinhaltet 3 Abschnitte, wobei im ersten Abschnitt körperliche Befunde beschrieben werden, die in fünf Kategorien (A, B, C, D und E) eingeteilt sind. Kategorie A entspricht einem Normalbefund oder einem medizinischen anderweitig erklärbaren Befund bei Neugeborenen und nichtmissbrauchten Kindern. Hier werden zum Beispiel Normvarianten des Hymens (Adams A-1 a-l) oder extra-/intravaginale Schleimhautfalten

(Adams A-4) genannt. Kategorie B beinhaltet Befunde unklarer Herkunft, bei denen jedoch der Verdacht auf einen sexuellen Missbrauch besteht. Sie sind nicht zwingend missbrauchsbedingt, würden einen anamnestischen Verdacht aber verstärken. Zu dieser Kategorie gehören zum Beispiel labiale Synechien und Adhäsionen (Adams B-14) oder Analfissuren (Adams B-17). Bei der Kategorie C handelt es sich um Befunde, die eine andere medizinische Ursache haben, jedoch oft als Verletzungen in Folge eines sexuellen Missbrauches interpretiert werden. Hierunter fallen zum Beispiel ein Urethralprolaps (Adams C-20) und dermatologische Krankheitsbilder wie z.B. ein Lichen sclerosus, Hämangiome, Vitiligo (Adams C-21). Kategorie D enthält Befunde, die in einigen Studien als Folge eines sexuellen Missbrauches beschrieben wurden, bei denen jedoch kein Expertenkonsens hinsichtlich dieser Assoziation besteht. Solch ein Befund wäre zum Beispiel eine vollständige anale Dilatation (ADAMS D-26). In der Kategorie E sind Befunde, die akut traumatisch bedingt sind, Zeichen abgeheilter oder abheilender Verletzungen und Verletzungen der Mundschleimhaut, aufgelistet. Solche Befunde sind hochgradig verdächtig. Hier gehören zum Beispiel Hämatome, Petechien oder Abschürfungen am Hymen (Adams E-31) oder perianale Narben (Adams E-35). (Kellogg 2023)

In den Dokumentationsbögen des Kinderkompetenzzentrums wurde nicht dokumentiert, wie viel Zeit zwischen dem möglichen sexuellen Missbrauch und der Untersuchung im Kinderkompetenzzentrum vergangen war, dies sollte für die Zukunft geändert werden. Eine möglichst zeitnahe Untersuchung ist bei einem Verdacht auf sexuellen Missbrauch besonders wichtig. Die meisten Spuren, wie z. B. Spermien, Speichel oder Blut auf dem Körper des Opfers können meist nur in den ersten 24 Stunden nach einem Missbrauch zweckdienlich gesichert werden. Später besteht noch die Möglichkeit, Spuren auch nach längerer Zeit aus der Kleidung oder von Bettwäsche und Handtüchern zu sichern. Ein weiterer limitierender Faktor beim Nachweis von sexuellem Missbrauch ist die Schwierigkeit der Kinder, den Vorgang des sexuellen Missbrauchs adäquat wiederzugeben. Sie können schlechter differenzieren, ob eine Penetration stattgefunden hat oder nur eine Berührung der äußeren Genitalien. So wurden bei einer Studie von Christian et al. (2000) Spuren von Spermaflüssigkeit und Spermien bei Kindern nachgewiesen, die in ihrer Anamnese angegeben hatten, der Täter habe sie nur mit seinen Händen berührt. Es ist schwierig, sich auf die Anamnese und Schilderungen der Kinder zu verlassen, und die Aussagen passen häufig nicht zu den körperlichen Befunden. Oberflächliche Verletzungen, wie z. B. Schleimhautrisse, heilen schnell (5-7 Tage) und ohne Narben. Das erschwert den Nachweis eines sexuellen Missbrauchs zusätzlich, wenn die Untersuchung nicht zeitnah nach einem Übergriff stattfindet. Hinzu kommt, dass genitale Verletzungen nach sexuellem Missbrauch deutlich seltener bei Jungen als bei Mädchen vorkommen (Herrmann et al. 2022).

5.1.4 Ersteinweiser

Der ASD war der häufigste Ersteinweiser mit 766 (83,6% aller Fälle) überwiesenen Jungen, was aller vorgestellten Kinder waren.

Bei der Polizei ergab sich die höchste Quote an bestätigten Fällen (81% ganz oder teilweise bestätigter Fällen). Grund für diese hohen Bestätigungsquoten könnte sein, dass die Polizei regelhaft erst dann eingeschaltet wird, wenn der Tatverdacht besonders gravierend oder bereits bestätigt ist. Bei den Krankenhäusern kann die hohe Bestätigungsquote (47,3%) ebenfalls daran liegen, dass Kinder, die im Krankenhaus sind, besonders schwere und verdächtige Verletzungen haben und bereits vom Krankenhauspersonal (z. B. Kinderärzt:innen, Krankenpfleger:innen), das einen geschulteren Blick für Kindeswohlgefährdungen hat, bemerkt und diagnostisch gesichert wurden. So haben die Fälle, die vom Krankenhaus überwiesen werden, eine gewisse Selektion erfahren und eine höhere Bestätigungswahrscheinlichkeit. Allerdings hatten die Krankenhäuser (n = 55) und die Polizei (n = 21) deutlich weniger Jungen vorgestellt als der ASD (n = 764).

In einer anderen Studie des IfR aus Hamburg waren zwar auch die meisten Kinder vom Jugendamt vorgestellt worden (45,0%), es waren aber deutlich weniger als in der vorliegenden Arbeit. Die Polizei hatte in dieser Studie mit 19,2% einen höheren Anteil an Aufträgen. Die Krankenhäuser waren mit 17,7% ebenfalls öfter Ersteinweiser (Menzel et al, 2013). In einer ähnlichen Studie aus Münster waren 70,9% der Kinder von der Polizei oder der Staatsanwaltschaft geschickt worden, 11,5 % vom Jugendamt und 8,8% von Ärzt:innen aus dem Krankenhaus. (Bartholl 2009)

In der Statistik der Kinder- und Jugendhilfen zur Gefährdungseinschätzung bei akuter und latenter Kindeswohlgefährdung waren im Jahr 2019 die meisten Fälle (n = 14.704) von der Polizei gemeldet worden. Danach folgten die Schule mit 9512 Meldungen und die sozialen Dienste mit 5089 Fällen. Eltern/Elternteile/Erziehungsberechtigte hatten 5084 und Ärzte/Hebammen/Kliniken 4559 Meldungen gemacht. Im Jahr 2019 hatte in Deutschland allgemein also die Polizei die meisten Meldungen übernommen (Statistisches Bundesamt Destatis, 2019). Dies spiegelt sich ebenfalls im Jahr 2022 wieder, hier war auch die Polizei mit 19039 gemeldeten Fällen akuter und latenter Kindeswohlgefährdung bei Minderjährigen der häufigste Melder. Es folgten die Schule und anschließend der ASD. (Statistisches Bundesamt Destatis 2023). In einer kanadischen Studie war die Schule mit 24% aller gemeldeten Fälle gefolgt von der Polizei mit 22% aller Fälle der häufigste Erstmelder. An dritter Stelle kamen Sozial- und Gesundheitseinrichtungen (Public Health Agency of Canada 2010). In den USA waren im Jahr 2022 am häufigsten Fälle (21,2%) von Kindeswohlgefährdung von der Polizei oder anderen Justizbehörden gemeldet worden. Es folgte mit 20,7% der Fälle Lehrpersonal, dann medizinisches Personal mit 11,2% und anschließend

folgten mit 9,8% Mitarbeiter sozialer Dienste. (U.S. Department of Health & Human Services 2024)

In der vorliegenden Studie war vor allem der ASD Ersteinweiser. Das kann daran liegen, dass im Stadtstaat Hamburg eine enge Zusammenarbeit mit dem Kinderkompetenzzentrum des UKE etabliert ist und damit überwiegend niedrigschwellig zu Beginn von Auffälligkeiten bereits ärztlich mit abgeklärt werden.

Allerdings wird der ASD oft als Ersteinweiser aufgelistet, weil die Meldung über die Kindeswohlgefährdung dort zuerst eingegangen ist. Oft wird der Verdacht von Schulen, Kindertagesstätten oder anderen Einrichtungen an den ASD gemeldet und dieser leitet die Kinder dann an das Kinderkompetenzzentrum weiter.

5.2 Verletzungsart und Verletzungslokalisation

Die meisten Kinder wiesen mindestens eine Verletzung auf (57,9%), wobei die älteren Kinder (7-12 Jahre) die meisten Verletzungen aufwiesen.

Bei McMahon et al. hatten 92,0% der Kinder mit Verdacht auf eine körperliche Misshandlung mindestens eine Verletzung. Bei den älteren Kindern (über drei Jahre alt) mit einem körperlichen Misshandlungsverdacht fand man im Durchschnitt drei Verletzungen pro Kind. Die Jüngeren hatten im Durchschnitt eine Verletzung. Pierce et al. (2021) fanden bei misshandelten Kindern unter vier Jahren im Schnitt sieben Hämatome und bei nicht misshandelten drei Hämatome. Hier hatten die älteren Kinder, sowohl in der Gruppe der misshandelten als auch der nicht misshandelten Kinder mehr Hämatome als die jüngeren Kinder der jeweiligen Gruppe. Insgesamt hatten bei Pierce et al. (2021) alle untersuchten Kinder zwischen 0-1 Jahren zwei Hämatome im Durchschnitt und die älteren untersuchten Kinder von 3-4 Jahren im Durchschnitt 4 Hämatome. Auch in der vorliegenden Studie hatten die jüngeren Kinder im Durchschnitt nur eine Verletzung und die älteren (7-12 Jahre) hatten im Durchschnitt mehr als 2 Verletzungen, wenn Verletzungen dokumentiert wurden.

Labbé und Caouette (2002) fanden heraus, dass bei Jungen unter neun Monaten nur 13,6% akzidentelle Verletzungen und maximal drei Verletzungen hatten. Kinder im Alter zwischen fünf und neun Jahren hatten am häufigsten mind. eine akzidentelle Verletzung und waren die Altersgruppe, die am häufigsten (31,4%) mehr als fünf Verletzungen aufwies. Bei den älteren Kindern (10-17 Jahren) waren es 20,0%, die mehr als fünf Verletzungen hatten. Bei den Jüngeren (0-4 Jahre) waren es 19,0%. Insgesamt fanden sie bei 76,6% der Kinder über neun Monaten mind. eine Verletzung. In der vorliegenden Studie des Kinderkompetenzzentrums zeigten die nicht bestätigten Fälle zwischen 7 und 12 Jahren ähnlich viele oder mehr Verletzungen als die jüngeren Kinder auf. Dies kann daran liegen, dass mobilere Kinder mehr akzidentelle Verletzungen aufweisen, durch andere Spielgewohnheiten oder

sportliche Aktivitäten. Jüngere Kinder profitieren außerdem oft noch von Elternaufsicht, sodass es dort weniger zu akzidentellen Verletzungen kommt.

5.2.1 Lokalisation der Verletzungen

Insgesamt war das Gesicht inkl. Ohren am häufigsten betroffen (n = 290, 23,4% aller Verletzungen). Es folgte die obere Extremität (n = 264, 21,3%) und dann die untere Extremität (n = 237, 19,1%). Bei den bestätigten Fällen war das Gesicht inkl. Ohren die häufigste Lokalisation (n = 165, 25,9%), bei den nicht bestätigten war es die obere Extremität (n = 137, 22,7%).

Eine Studie des Kinderkompetenzzentrums aus dem Jahr 2011 stellte auch fest, dass vor allem das Gesicht (25,1%), die untere Extremität (18,4%) und die obere Extremität (12,8%) betroffen waren (Wahl 2011). Bei McMahon et al. (1995) war das Gesicht bei misshandelten Kindern auch am häufigsten (24%) betroffen.

In einer ähnlichen Studie aus der Rechtsmedizin Münster (Bartholl, 2009) waren bei misshandelten Kindern der Kopf und der Hals (25%) die häufigste Verletzungslokalisation, gefolgt von der oberen Extremität (19,8%) und der unteren Extremität (18,7%).

Verletzungen im Gesicht sind besonders bei jungen Kindern, die noch nicht laufen, laut McMahon et al. (1995) ein starker Indikator für Misshandlung (Jenny und Reece 2009) und hier sind selten akzidentelle Verletzungen im Kindesalter lokalisiert.

Bei den nicht bestätigten oder unklaren Fällen im Alter von 0 bis 1 Jahr war auch das Gesicht inkl. Ohren am häufigsten betroffen. Bei den nicht bestätigten oder unklaren Fällen von Kindern im Alter von 2 bis 3 Jahren war die untere Extremität am häufigsten betroffen. Bei Robertson et al. (1982) waren bei Kindern ohne Misshandlung und über 4 Jahren der Kopf und das Gesicht weniger oft betroffen (< 5,0 %) als bei den jüngeren Kindern (16,6 %). Die Unterschenkel sind auch bei den älteren Kindern ohne Misshandlung in 34,3% von Verletzungen betroffen (Robertson et al. 1982). Nur unter 1,0% der nicht misshandelten Kinder bei Labbé und Caouette 2000 hatte Verletzungen an Kinn, Nacken oder Ohren. Die Wangen, die Ohren, der Nacken, das Gesäß, die Genitalien und die Hände waren bei Kindern die laufen lernen selten betroffen (1%-2% der Kinder) (Bentivegna et al. 2022a). Die Ohren sind fast nie von akzidentellen Verletzungen betroffen (Dunstan et al. 2002, Bentivegna et al. 2022a, Pierce et al. 2021)

Bentivegna et al. (2022a) fanden heraus, dass bei Kindern, die mit dem Laufen beginnen, akzidentelle Hämatome an der Stirn, den Knien und den Schienbeinen gefunden werden. Robertson et al. (1982) fanden bei 6,5% der nicht misshandelten Kinder im Gegensatz zu 59,1% der misshandelten Kinder Verletzungen im Gesicht. Die meisten Verletzungen fanden sie bei den nicht misshandelten Kindern an der unteren Extremität oder dem Gesäß. Bei Kindern unter 2 Jahren ohne Misshandlung waren die Unterschenkel selten betroffen.

Die Arme waren bei 2,4% der Kinder unter 18 Monaten von Verletzungen betroffen und bei den Älteren ohne Misshandlung über 18 Monaten waren sie in 15,4% betroffen.

Jenny und Reece (2009) fanden heraus, dass besonders die Unterschenkel (insbesondere das Schienbein) häufig bei Kindern verletzt sind, die erst anfangen sich viel fortzubewegen und hochzuziehen. Carpenter (1999) fand, dass Kinder zwischen 0 und 1 Jahr oft akzidentelle Verletzungen an Kopf und Gesicht hatten, da die Kinder sich an Möbeln zum Stehen hochziehen und sich dabei den Kopf und vor allem die Stirn stoßen können. Eine Studie von Bentivegna et al. (2022a) fand ähnliche Ergebnisse, hier hatten etwa 50% der Kinder über einem Jahr akzidentelle Hämatome. Diese befinden sich vor allem an der T-Zone des Gesichtes (Stirn, Mittellinie). Bei Pierce et al. (2021) finden sich ähnliche Lokalisationen (Stirn, Kinn und Schienbeine) häufig bei akzidentellen Hämatomen. In dieser Studie wird die Lokalisation als wichtiges Unterscheidungsmerkmal zwischen akzidentellen und nicht-akzidentellen Verletzungen genannt.

Der Stamm, das Gesicht und die Ohren, der Nacken, die Oberarme und die Innenseite des Oberschenkels sowie die Genitalregion werden oft als misshandlungstypische Verletzungslokalisation beschrieben (Sugar et al. 1999, Maguire et al. 2005, Dunstan et al. 2002, Bentivegna 2022a). Trotzdem sollten Verletzungen nicht nur nach Anzahl und Lokalisation beurteilt werden (Labbé und Caouette 2002), sondern in die Gesamtumstände eingepasst werden.

5.2.2 Verletzungsart

Hämatome vor allem an der unteren Extremität, waren insgesamt die meistdokumentierte Verletzungsart. Dies findet sich oft in anderen Studien die misshandelte Kinder untersuchten wieder. So etwa in einer Studie aus Leipzig mit stationär behandelten Kindern, bei denen ein körperlicher misshandlungsverdacht besteht, waren Hämatome ebenfalls die häufigste Verletzung mit 63,0% (Landgraf 2010).

Kinder, die misshandelt wurden, haben mehr Hämatome als nicht misshandelte. Kemp et al. (2014b) fanden heraus, dass 89,4% misshandelte Kinder und 69,9% nicht misshandelte Kinder Hämatome hatten. Die nicht akzidentellen waren vor allem an Gesäß, Genitalien, Nacken, Gesicht (Wangen), Kopf, Oberschenkel und Oberarm zu finden. Die zahlreichen Hämatome an der unteren Extremität (v. a. Knie und Unterschenkel) können vor allem bei älteren Kindern akzidentell sein. Kemp et al. (2015) fanden sie bei 78,8% der Kinder, die gehen konnten. Letztere haben nahezu doppelt so viele Hämatome wie Kinder, die noch nicht richtig gehen (Kemp et al. 2015)

Carpenter (1999) fand bei Kleinkindern mit akzidentellen Blutergüssen, dass 1,45 Blutergüsse pro Kind zu finden waren und das Maximum vier Hämatome waren. Sugar et al. (1999) fanden heraus, dass 2,2% der prämobilen Kinder ohne Verdacht auf Misshandlung

Hämatome aufwiesen (0,6% am Unterschenkel, 0,6% an der Stirn, 0,8% an der behaarten Kopfhaut und 0,2% am Oberschenkel). Bei den Kindern, die schon krabbelten, waren es 17,8% (11,9% am Unterschenkel, 3% an der Stirn, 5% an der behaarten Kopfhaut und 1% am Oberschenkel) und bei den Kindern, die bereits laufen konnten, waren es 51,9% (44,7% am Unterschenkel, 5,7% an der Stirn, 0,6% an der behaarten Kopfhaut und 4,4% am Oberschenkel). Also waren akzidentelle Hämatome selten im Gesicht und besonders die älteren Kinder hatten oft akzidentelle Hämatome am Unterschenkel. Die Unterschenkel waren bei den prämobilen Kindern nicht mehr betroffen als andere Regionen. Sugar et al. (1999) ermittelten bei 60,9% der nicht misshandelten Kinder über zwei Jahren Hämatome. Maguire et al. (2005) fanden, dass bei Kindern ohne Verdacht auf Misshandlung weniger als 1,0% der Säuglinge, die sich nicht allein drehen oder noch nicht krabbeln konnten Hämatome hatte, 17,0% der Kinder, die bereits krabbeln oder das Gehen und Stehen gerade lernen, hatten Hämatome und 53% der Kleinkinder, die bereits gehen können, hatten Hämatome. Mit größerer Mobilität haben die Kinder auch mehr akzidentelle Verletzungen (Maguire et al. 2005). Kemp et al. (2015) fanden auch, dass prämobile und frühmobile Kinder ohne Misshandlungsverdacht vor allem an Stirn und Kopf, aber auch unter den Knien (womöglich vom Krabbeln) Hämatome aufwiesen. Ähnliches stellten Bentivegna et al. (2022a) fest, die akzidentelle Hämatome an der Stirn, den Knien und den Schienbeinen als typische Lokalisationen bei Kindern die laufen lernen, nannten.

Dunstan et al. (2002) verglichen akzidentelle Hämatome mit misshandlungsbedingten Hämatomen. Bei fast allen Körperregionen wurden signifikante Unterschiede in Anzahl und Größe der Hämatome gefunden. Nur bei den Beinen konnte kein signifikanter Unterschied zwischen akzidentellen und nicht akzidentellen Hämatomen festgestellt werden.

Vergleicht man die Abbildung der misshandlungsverdächtigen Hämatome der Kitteltaschenkarte (s. Abbildung 1, Kitteltaschenkarte „Hämatome“ AWMF Kinderschutzleitlinie, 2019) mit der Abbildung der Hämatome der bestätigten Fälle des Kinderkompetenzzentrums (s. Abbildung 9), dann sieht man dass auf beiden Abbildungen bei den prämobilen Kindern die Extremitäten und das Gesicht häufig misshandlungsverdächtige Hämatome aufzeigen. Der Rücken ist in der Abbildung der AWMF Leitlinie nicht als misshandlungsverdächtige Lokalisation gekennzeichnet, ebenso finden sich in <5,0% der Fälle des Kinderkompetenzzentrums dort verdächtige Hämatome. Einen Unterschied gibt es beim Genital und beim Hals, die als Misshandlungsverdächtige Lokalisation in der Leitlinie genannt werden, jedoch fanden sich hier in keinem der Fälle des Kinderkompetenzzentrums Hämatome. Ähnlich wie auch in der Kitteltaschenkarte (Abbildung 2) der AWMF Leitlinie ist bei den nicht bestätigten Fällen der mobilen Kinder (s. Abbildung 10) die untere Extremität häufig

betroffen, in den Fällen des Kinderkompetenzzentrums ist die obere Extremität jedoch häufiger betroffen bei den nicht bestätigten Fällen als in der Abbildung der AWMF Leitlinie (>20,0% vs 5,0-15,0%). Ebenso bei den nicht bestätigten Fällen der Frühmobilen Kinder, sowohl in der Abbildung des Kinderkompetenzzentrums als auch die der AWMF Leitlinie (Abbildung 10 und 2) ist die untere Extremität und das Gesicht häufig betroffen. Einen Unterschied gibt es jedoch beim Rumpf und der oberen Extremität, diese ist häufiger betroffen bei den Fällen des Kinderkompetenzzentrums als in den Fällen der Leitlinie. Bei den prämobilen Kindern gibt es ebenfalls einen Unterschied bei den nicht bestätigten Fällen, da das Gesicht in den Fällen des Kinderkompetenzzentrums häufiger betroffen war als in den Fällen der AWMF Leitlinie (>20,0% vs <5,0%). (Kitteltaschenkarte „Hämatome“ AWMF Kinderschutzleitlinie, 2019)

Abschürfungen waren die zweithäufigste Verletzung mit 279 (22,5% aller Verletzungen) Dokumentationen. Abschürfungen sind häufig als akzidentelle Verletzungen zu finden, sie kamen bei den bestätigten, sowie den nicht bestätigten Fällen ähnlich häufig vor und mit einer ähnlichen Lokalisationsverteilung.

Bei 50,0 bis 65,0% der Kinder ohne Misshandlung zwischen 18 Monaten und elf Jahren fanden Robertson et al. (1982) Hämatome und Abschürfungen. Bei den Jüngeren unter 18 Monaten ohne Misshandlung waren es 0,1 bis 3,3%.

Ähnlich wie in der vorliegenden Arbeit fanden sich in einer Studie der Rechtsmedizin Münster (Bartholl 2009) bei 60,6% der Kinder Hämatome gefunden. Sie waren die häufigste Verletzung, als zweithäufigste folgten Abschürfungen (24,7%). Dann folgten Narben mit 11,8%. Labbé und Caouette (2002) fanden bei Kindern zwischen 0 und 17 Jahren ohne Verdacht auf Misshandlung vor allem Hämatome, aber auch Abschürfungen, Kratzer, Schnitte und Verbrennungen.

Frakturen (2,2% aller Verletzungen) waren am häufigsten bei den Kindern zwischen 0 und 1 Jahr. Die meisten Frakturen waren Schädelfrakturen (n = 9), gefolgt von Frakturen der oberen Extremität (n = 7) und des Thorax (n = 6).

Bei McMahon et al. (1995) waren Frakturen des Schädels auch am häufigsten bei Kindern mit einem Verdacht auf Misshandlung feststellbar. Betroffen waren die Kinder unter drei Jahren. Die älteren wiesen keine Schädelfrakturen auf. Werden bei Kleinkindern Frakturen gefunden, sollte man hellhörig werden (Martrille et al. 2006). Trotzdem gehören Frakturen zu den selteneren Verletzungen. In dieser Studie machten sie 2,2% aller Verletzungen aus. McMahon et al. (1995) stellten auch fest, dass Frakturen zwar wichtige Indikatoren sind und den Verdacht einer Misshandlung wecken sollten, sie jedoch insgesamt selten vorkommen. Wenn sie existieren, liegt in Abhängigkeit des Lebensalter-assozierten Bewegungsradius

der Verdacht auf eine Misshandlung nahe, wenn ein beobachteter Unfallmechanismus nicht überzeugend mitgeteilt werden kann.

Schädelfrakturen waren zusammen mit Femurfrakturen auch die häufigsten in einer Studie der Rechtsmedizin Münster (Bartholl 2006). Sie machten 33,3% aller Frakturen aus. Bei Martrille et al. (2006) machten Schädelfrakturen ebenfalls 27,2% aller Frakturen bei misshandelten Kindern aus. Schädelfrakturen scheinen also ein starker Hinweis auf Misshandlung zu sein. In einer weiteren Studie fand man in 14,3% der Fälle körperlich misshandelter Kinder Frakturen. Am häufigsten waren Femurfrakturen (40% aller Frakturen) in dieser Studie. (Wongcharoenwatana et al. 2021)

Bei Studien, in denen hospitalisierte Kinder mit Misshandlungsverdacht untersucht wurden, war die Rate an Frakturen im Allgemeinen mit 28,1% höher. Zu beachten ist, dass es um Kinder bis zum Alter von sieben Jahren ging, die im Krankenhaus vorgestellt worden waren (Martrille et al. 2006) und Frakturen zuverlässig auch nur hospital abgeklärt werden können. Merten et al. (1983) fanden Frakturen bei weniger als einem Drittel misshandelter Kinder (n = 563), vor allem bei Kindern unter zwei Jahren.

Petechien kamen häufiger bei den bestätigten Fällen (n = 15, 2,3% aller Verletzungen) vor.

In einer Studie von Nayak et al. wurden Petechien bei 21,9% der Kinder (0-17 Jahre) als nicht akzidentelle Verletzung und nur bei 2,3% der Kinder als akzidentelle Verletzung gefunden. In 1,3% der Fälle war die Herkunft unklar. Sie waren am häufigsten an Nacken/Hals und Kopf (34,4%) bei der Gruppe mit den nicht akzidentellen Verletzungen. Auch die als akzidentelle Verletzung eingestufteten Petechien waren in 32,0% der Fälle an Nacken/Hals oder Kopf.

In der Studie von Nayak et al. wurde festgestellt, dass Petechien bei misshandelten Kindern 6-mal häufiger auftraten. Sie hatten in der Studie von Nayak et al. einen positiv prädiktiven Wert von 80 und eine Spezifität von 97,8 als diagnostischer Marker für eine nicht akzidentelle Verletzung. Allerdings war die Abwesenheit von Petechien auch kein Indikator dafür, dass keine Misshandlung stattgefunden hat. Insgesamt hatten sie 453 Kinder untersucht, wovon 190 mit Verdacht auf nicht-akzidentelle Verletzungen vorgestellt wurden. Insgesamt wurde der Verdacht in 128 Fällen bestätigt, hier waren in 21,9 % der Fälle Petechien zu finden und bei den 250 Fällen in denen die Verletzungen als akzidentell bewertet wurden, fanden sich in 2,3 % der Fälle Petechien. Bei den unklaren Fällen (n = 75), fand man in 1,3% der Fälle Petechien. (Nayak et al. 2006).

Spuren von thermischer Gewalt fanden sich 18-mal (1,5% aller Verletzungen). Sie kamen bei den bestätigten Fällen fast so oft wie bei den unbestätigten Fällen vor. Die meisten

Verbrennungen oder Verbrühungen wurden bei Kindern zwischen 7 und 12 Jahren (n = 6) und 4 bis 6 Jahren (n = 5) festgestellt.

McMahon et al. (1995) fanden thermische Verletzungen am häufigsten bei Kleinkindern (16,0% der Kleinkinder) und bei 6,0% der über Dreijährigen. Sie sind aussagekräftige Verletzungen, obwohl sie bei misshandelten Kindern nicht oft vorkommen. Allerdings stellten Robertson et al. (1982) fest, dass sie nahezu nie bei nicht misshandelten Kindern vorkommen, in diesem Fall wurden nur bei 3 von 400 (0,7%) nicht misshandelten Kindern eine Verbrennung gefunden. Im Vergleich waren in der vorliegenden Arbeit 1,3% aller Verletzungen der unbestätigten Fälle thermische Verletzungen.

5.2.3 Instrumentelle Gewalt

Instrumentelle Gewalt lag in 39 Fällen (4,3%) vor. In einer anderen Studie des Kinderkompetenzzentrums fand man deutlich mehr Kinder mit Spuren instrumenteller Gewalt (19,4%). Allerdings wurden hier Kinder bis 14 Jahre eingeschlossen (Menzel et al. 2013).

In einer Analyse von Akten von 1996 bis 2005 der Rechtsmedizin Münster von Kindern zwischen 0 und 18 Jahren wurde festgestellt, dass 10,2% der Vorgeestellten mit einem Gegenstand – v. a. Stock (33,3%), Gürtel (14,8%), Schuh oder Kabel (11,1%) – geschlagen worden waren (Bartholl 2009). In der vorliegenden Arbeit waren die meistbenutzten Gegenstände ähnlich. Jedoch war am häufigsten der Gürtel, gefolgt von Kabel und Stock.

Diese höheren Raten instrumenteller Gewalt können darauf zurückzuführen sein, dass in den beiden Studien mehr ältere Kinder einbezogen wurden und ältere Kinder (7-12 Jahre), zumindest in der vorliegenden Arbeit, öfter davon betroffen sind als jüngere.

Oft war die Sachlage unklar. Die Kinder hatten berichtet, dass sie mit Gegenständen geschlagen worden waren, zeigten aber keine Verletzungen, die darauf schließen ließen. Also war es schwierig, instrumentelle Gewalt nachzuweisen. Umso gravierender Einwirkungen mittels Tatwerkzeugen geschildert werden, umso eher ist die Existenz von hierdurch entstehenden Hautunterblutungen auch zu fordern. Speziell für diese Form der Gewalt schürt das Fehlen tatzzeitnaher Verletzungen damit den Eindruck, dass die Tathandlung sich nicht so abgespielt haben dürfte, wie mitgeteilt.

5.3 Haushaltskonstellationen

5.3.1 Geschwisteranzahl

In 881 Fällen war bekannt, dass die vorgestellten Kinder Geschwister haben und in 877 war bekannt, wie viele Geschwisterkinder es sind.

Einzelkinder waren 205 (22,3%) Jungen. Eine ähnliche Zahl fanden Ijzendoorn et al. (2009) unter misshandelten Kindern. Sie fanden 24,8% Einzelkinder unter den misshandelten Kindern. Sie stellten bzgl. der Geschwisteranzahl einen signifikanten Unterschied zwischen den misshandelten Kindern und der Bevölkerung fest. Denn bei misshandelten Kindern waren Kinder mit mehr als zwei Geschwistern deutlich häufiger vertreten (40,5% bei den misshandelten Kindern vs. 21,3% in der Normalbevölkerung).

Die meisten Jungen in der vorliegenden Arbeit hatten ein Geschwisterkind (43,9% der Kinder mit Geschwister und insgesamt 33,6% aller vorgestellten Kinder).

In einer anderen Studie, die Fälle aus der Sprechstunde „Gewalt und Trauma“ der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des UKE Hamburg untersuchte, waren 32,5% Einzelkinder, 34,0% hatten ein Geschwisterkind und 33,4% hatten mehr als ein Geschwisterkind (Moulaa-Edmondson 2014), die Einzelkinder waren also etwas stärker vertreten.

Von allen bestätigten Fällen machten die Kinder mit Geschwistern 76,3% (n = 174) aus, bei den teilweise bestätigten Fällen 88,5% (n = 77), bei den unklaren Fällen 76% (n = 196) und bei den nicht bestätigten Fällen 74,3% (n = 226). Einzelkinder sind also nicht häufiger Misshandlung, Vernachlässigung und Missbrauch ausgesetzt.

Zumeist gilt eine hohe Geschwisteranzahl als Risikofaktor für Kindeswohlgefährdung (Euser et al. 2013, Ijzendoorn et al. 2009). Allerdings weisen Kinder aus großen Familien mit mehreren Geschwistern auch mehr akzidentelle Verletzungen auf als Kinder aus kleineren Familien (Maguire et al. 2005, Carpenter 1999, Kemp et al. 2015, Deegener 2011).

5.3.2 Eltern

In 433 Fällen (51,7%) lebten die Kinder noch bei beiden leiblichen Eltern. In 351 (38,2%) Fällen war ein Elternteil alleinerziehend.

In einer anderen Studie des IfR Hamburg, lebten noch 39% der Kinder bei den leiblichen Eltern und 48% bei einem Elternteil oder zusammen mit dessen neuem Lebenspartner (Menzel et al. 2013). In einer anderen Studie aus Hamburg lebten nur 21,9% der Kinder noch bei beiden Eltern (Moulaa-Edmondson 2014). In einer Analyse von Fällen der Jugendämter Wittenberg/Saale (Hänsel, 2020) zeigte sich, dass die Eltern der Kinder und

Jugendlichen häufig getrennt (57,3%) oder geschieden waren (11,1%). Bundesweit waren 2022 bei allen Fällen akuter und latenter Kindeswohlgefährdung etwa 42% der Kinder bei alleinerziehenden Mütter oder Vätern aufgewachsen und 38% bei beiden Elternteilen und 10% bei einem Elternteil mit neuem Partner. (Statistisches Bundesamt Destatis 2023).

Bei Euser et al. (2013) wurden alleinerziehende Eltern und ebenso Stiefeltern als Risikofaktor für Kindeswohlgefährdung genannt. In den Niederlanden waren 39% misshandelter Kinder mit alleinerziehenden Eltern aufgewachsen, was einen deutlichen Unterschied zur Normalbevölkerung, bei der 13,0% der Eltern alleinerziehend sind, darstellt. Misshandelte Kinder lebten dreimal häufiger bei alleinerziehenden Eltern als nicht misshandelte Kinder (Ijzendoorn 2009). In einer weiteren Studie, die die Familienkonstellation bei bestätigten Fällen von Kindeswohlgefährdung miteinbezog, waren die Eltern in 48,6 % geschieden. (Wongcharoenwatana et al. 2021). Münder et al. (2000) fanden heraus, dass 70,0% der Kinder nicht mehr bei ihren beiden leiblichen Eltern lebten. Alleinerziehende Eltern sind oft erhöhtem Stress und finanziellen Schwierigkeiten ausgesetzt, was eine Erklärung für erhöhtes Vorkommen von Kindeswohlgefährdung darstellen kann. Hinzu kommt, dass alleinerziehenden Eltern weniger Hilfe aus dem Umfeld bereitsteht. Das erhöhte Risiko ist nicht unbedingt auf eine schlechtere erzieherische Kompetenz zurückzuführen (Ijzendoorn 2009, Landgraf et al. 2010). Stiffman et al. (2002) stellten auch fest, dass Kinder, die mit Erwachsenen zusammenlebten, die nicht mit ihnen verwandt sind, im Vergleich zu Kindern, die mit ihren leiblichen Eltern zusammenleben, ein erhöhtes Risiko haben, Opfer einer tödlichen Misshandlung zu werden. Sie fanden allerdings auch heraus, dass Kinder, die bei einem alleinerziehenden leiblichen Elternteil lebten, kein erhöhtes Risiko haben. Hingegen fanden Guterman et al. (2002) heraus, dass verheiratete Mütter beim Bestrafen weniger körperliche Gewalt, als unverheiratete oder alleinerziehende Mütter einsetzen.

Allerdings wurde auch festgestellt, dass die Diagnose eines misshandlungsbedingten Kopftraumas öfter übersehen wird (40,0%), wenn die Kinder aus intakten Familien stammen (Jenny et al. 1999). Es könnte sein, dass bei intakten Familienverhältnissen der Verdacht einer Kindeswohlgefährdung seltener aufkommt.

Der Anteil der Kinder, die noch bei der leiblichen Mutter lebten, lag bei 92,8%. Diese war in 311 Fällen (37,2%) alleinerziehend.

In einer anderen Studie des UKE lebten nur 53,0% der erfassten Kinder noch bei ihrer leiblichen Mutter (Moulaa-Edmondson 2014). In einer Leipziger Studie waren bei stationär aufgenommenen Kindern mit Misshandlungsverdacht die Mütter in 53,0% der Fälle alleinerziehend (Landgraf et al. 2010). In einer Studie aus Wittenberg/Saale lebten 29,6% der Kinder mit der Kindesmutter allein und 33,2% mit der leibl. Mutter und einer:m neuen Partner:in (Hänsel 2020).

53,3% (480) der Kinder lebten noch mit ihrem leiblichen Vater zusammen. Dieser war in 40 Fällen (8,3%) alleinerziehend und lebte in sieben Fällen mit einem:r neuen Partner:in zusammen. Hänsel (2020) fand heraus, dass 5,3% der Kinder bei ihrem alleinerziehenden Vater wohnten.

In der Leipziger Studie waren 10% der Väter alleinerziehend (Landgraf et al. 2010).

5.4 Verdächtige

In 87 Fällen (9,5%) gab es keine Angabe zu einem potenziellen Verdächtigen. In der hier vorliegenden Arbeit wurden die Verdächtigen nur einzeln aufgelistet und methodenbedingt war nicht weiter zu verfolgen, ob sich aus den Verdächtigungen dann juristische Konsequenzen ergeben hätte. Eine genaue Zahl der Fälle, an denen beide Elternteile beteiligt waren, gibt es nicht.

In einer Leipziger Studie stationär aufgenommener Kinder mit Misshandlungszeichen waren die Eltern in 88,0% der Kindesmisshandlungsfälle gemeinsam beteiligt (Landgraf 2010). Die Mutter wurde in 560 Fällen (67,4% aller vorgestellten Kinder) angeschuldigt und ist somit der häufigste Verdächtige. Dies fanden auch Berkel et al. (2020), bei denen die leibliche Mutter noch häufiger, und zwar in 86,8% der Kindeswohlgefährdungen involviert war, heraus. In 50,5% waren es beide Elternteile. Bei Hänsel (2020) richtete sich der Verdacht der Kindeswohlgefährdung in über 50,0% der Fälle gegen die leibliche Mutter. In einer retrospektiven Studie die bestätigte Fälle von Kindeswohlgefährdung analysierte, waren in 45,1% die Eltern als Täter genannt und in 11,7% die Stiefeltern. (Wongcharoenwatana et al. 2021).

Bei einer anderen Untersuchung des UKE über körperliche Gewalt war die Mutter nach den Vätern in 23,3% der Fälle die zweithäufigste Verdächtige (Moulaa-Edmondson 2014). So war es auch in der Studie von Wahl (2011). Die Mütter wurden in 30% der Fälle als Verdächtige genannt. Bei den Kindern, die noch bei ihrer Mutter lebten, waren es 71,0% der Kinder.

Am häufigsten waren die Mütter bei den 0- bis 1-Jährigen verdächtig (77,6% aller Fälle in dem Alter) und am seltensten bei den Kindern zwischen 7 und 12 Jahren (63,1% der Altersklasse).

In einer Analyse der Kindesmisshandlungen der polizeilichen Kriminalstatistik aus dem Jahr 2022 waren 45,8 % der Täter weiblich. (Bundeskriminalamt 2022) In den USA waren 2022 in 37,4% der Fälle von Kindeswohlgefährdung die Mütter alleinige Täterinnen und in 19,2 % beide Elternteile gemeinsam Täter. Die Mütter waren in den USA häufiger alleinige

Täterin als die Väter, die in 24,5% der Fälle alleinige Täter waren. (U.S. Department of Health & Human Services 2024)

Der Vater wurde in 456 (49,7% aller vorgestellten Kinder) Fällen als Verdächtiger genannt. Bei den Kindern, die mit ihrem leiblichen Vater zusammenlebten, waren es 82,0%. Bei Berkel et al. (2020) war der Vater in 63,0% der Kindeswohlgefährdungen involviert.

Er wurde am häufigsten bei den Kindern zwischen 2 und 3 Jahren (64,5% der Altersklasse) und am seltensten bei den Kindern zwischen 4 und 6 Jahren (44,7% der Altersklasse) als Verdächtiger genannt in der vorliegenden Arbeit.

In einer anderen Studie des UKE war der Vater in 33,6 % der Fälle mit körperlicher Gewalt der Verdächtige (Moulaa-Edmondson 2014). In einer weiteren Studie des Kinderkompetenzzentrums war der Vater in 38,3% der Fälle verdächtig (Wahl 2011). Er wurde also öfter verdächtigt als die Mutter. Väter oder männliche Erziehungsberechtigte sind vor allem bei körperlicher Misshandlung überrepräsentiert.

Der Stiefvater wurde in 71 Fällen (8,5% aller vorgestellten Kinder) als Verdächtiger genannt. Am häufigsten war dies bei den Kindern zwischen 4 und 6 Jahren der Fall (12,1% der Altersklasse) und am seltensten bei den Kindern zwischen 2 und 3 Jahren (3,3%). Bei Moulaa-Edmondson (2014) waren die Stiefväter in 14,7% der Fälle die Täter körperlicher Gewalt. Bei Wahl (2011) war der Lebensgefährte der Frau in 8,2% der Fälle verdächtig worden.

Die Stiefmutter war in 11 Fällen (1,3%) die Verdächtige. Bei den Kindern zwischen 0 und 1 Jahr sowie 2 und 3 Jahren gab es keinen Fall. Am häufigsten war sie die Verdächtige bei den 7- bis 12-Jährigen (2,7%).

Ijzendoorn et al. (2009) stellten fest, dass 10,2% der misshandelten Kinder mit Stiefeltern zusammenwohnten, im Vergleich zu 6,0% der Kinder in der Normalbevölkerung. Sie schlussfolgerten, dass Kinder mit Stiefeltern ein höheres Risiko hatten. Selbst wenn die Tatsache, dass Stiefeltern eine höhere Anzahl von Familienmitgliedern/Geschwistern bedeuten, ausklammert, waren die Kinder mit Stiefeltern einem höheren Risiko der Kindeswohlgefährdung ausgesetzt.

Die Geschwister wurden in 12 Fällen (1,9% der Kinder mit Geschwister/n) verdächtigt. In diesen Fällen war kein Kind zwischen 0 und 1 Jahr oder 2 bis 3 Jahren betroffen. Die Geschwister waren am häufigsten bei den Kindern zwischen 7 und 12 Jahren verdächtig (3,5%). Bei Wahl (2011) wurden in 0,7% der Fälle die Geschwister verdächtigt.

Pflegeeltern waren in 10 Fällen (1,2%) verdächtig. Am häufigsten wurden sie bei den 4- bis 6-Jährigen (2,4% der Altersklasse) und am seltensten bei den 7- bis 12-Jährigen (0,6% der Altersklasse) verdächtig. Die Pflegeeltern oder Stiefeltern waren bei Berkel et al. in 0,7%

der Fälle involviert. Ein anderes Familienmitglied war in 11 (1,3%) Fällen verdächtig. Am häufigsten kam waren sie bei den Jungen zwischen 4 und 6 Jahren (2,9% der Altersklasse) und mit 0 Fällen am seltensten bei den 2- bis 3-Jährigen verdächtig worden. Bei Wahl (2011) wurden Verwandte in 2,5% der Fälle verdächtig.

In einer Analyse aller Fälle von Kindeswohlgefährdung aus den USA im Jahr 2022, waren wie oben bereits erwähnt die Eltern am häufigsten die Täter:innen, gefolgt von Angehörigen (nicht genauer benannt) die in 5,8% der Fälle Täter:innen waren, den Partner:innen eines Elternteils mit 3,7% der Fälle und Anderen (wie z.B. nicht verwandte Erwachsene, Pflegegeschwister und weitere) (U.S. Department of Health & Human Services 2024)

In einer Studie (Martrille et al. 2006), in der Kinder mit misshandlungsverdächtigen Verletzungen untersucht wurden, waren die Hauptverdächtigen an erster Stelle der Vater (15,1%), dann beide Elternteile gemeinsam (14,6%), gefolgt von der Mutter (13,5%), dem Babysitter (6,5%), anderen Familienmitgliedern (4,8%) und dem Stiefvater (2,7%). Beachtet werden soll, dass, anders als in dieser Studie, in den meisten Studien der Kreis der Verdächtigen nicht nur auf die Familie oder andere Erziehungsberechtigte begrenzt ist (Martrille et al. 2006, Wahl 2011).

5.5 Mögliche Einschränkungen der Studie

Es handelt sich bei der vorliegenden Studie um eine retrospektive Studie anhand von Aktenmaterial. Dementsprechend sind die Daten nur bedingt auf die der aktuellen Lage zu beziehen.

Ein Vergleich mit anderen Studien auf dem Gebiet der Kindeswohlgefährdungen kann schwierig sein, da die meisten Publikationen sich nicht nur auf männliche Opfer beschränkten. Oft werden Mädchen und Jungen bei den Fallzahlen sowie den Verletzungsmustern und den Lokalisationen der Verletzungen nicht getrennt.

Eine weitere Limitation im Vergleich mit anderen Studien sind die Altersgruppen. In vielen Studien werden entweder nur jüngere Kinder oder auch Jugendliche bis 18 Jahre einbezogen. Ein Vergleich der Fallzahlen und Verletzungen zwischen diesen Studien und der vorliegenden Studie ist daher nur bedingt möglich. Denn die meisten Studien, die zum Vergleich herangezogen wurden, sind internationale Studien. Ein direkter Vergleich mit Daten aus anderen Instituten in Deutschland konnte nur mit Münster und Leipzig erfolgen.

Für die Auswertung der Daten wurden die Dokumentationsbögen des Kinderkompetenzentrums, die von dem:r untersuchenden Ärzt:in ausgefüllt wurden, benutzt. Es kann immer vorkommen, dass beim Dokumentieren etwas übersehen wurde oder im

Dokumentationsbogen unvollständig erfasst wurde. Die Daten im Nachhinein zu ergänzen, war nicht immer möglich.

Die Begriffe „Misshandlung“ und „Vernachlässigung“ werden außerdem nicht in jeder Arbeit oder jedem Land gleich definiert. Demnach könnte es sein, dass die Begriffe in internationalen Studien andere Verletzungsformen beinhalten oder manche ausschließen. Eine konsensuelle Vereinheitlichung der Begriffe der Kindeswohlgefährdung könnte Klarheit schaffen und die Vergleichbarkeit von Studien erleichtern.

5.6 Hypothesenüberprüfung

Hypothese 1 lautet, dass Einzelkinder häufiger mit dem Verdacht auf Misshandlung, Vernachlässigung und Missbrauch vorgestellt werden. Dies konnte durch die untersuchten Daten nicht bestätigt werden. Insgesamt gab es 205 (22,3%) Einzelkinder, der Großteil der vorgestellten Kinder hatte also mind. ein Geschwisterkind (73,6%). Die meisten davon hatten ein Geschwister (43,9%).

Bei den bestätigten Fällen machten die Kinder mit Geschwistern 76,3% aus und die Einzelkinder 23,7%. Bei den unbestätigten Fällen machten Kinder mit Geschwistern etwa 74,3% aus und die ohne Geschwister 25,7%. Bei den unklar gebliebenen Fällen waren die Kinder mit Geschwistern auch am stärksten vertreten, sie machten 76% aus und die ohne Geschwister 24%. Unter den Kindern, bei denen der Eingangsverdacht teilweise bestätigt wurde, machten die Kinder mit Geschwistern 88,5% und die Einzelkinder 11,5% der Fälle aus.

Bei Ausschluss der Fälle mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch wurden bei den Kindern mit Geschwistern 171 Fälle (76,5%) bestätigt und 222 (76,3%) nicht bestätigt. Bei den Einzelkindern wurden 54 Fälle (23,5%) bestätigt und 70 (24,7%) Fälle nicht bestätigt.

Es gab 56 (24,1%) unklare Fälle (ohne sexuellen Missbrauch) bei den Einzelkindern und 176 (75,9%) bei den Kindern mit Geschwistern. Es gab 10 (11,8%) teilweise bestätigte Fälle (ohne sexuellen Missbrauch) bei den Einzelkindern und 75 (88,2%) bei den Kindern mit Geschwistern.

Die zweite Hypothese hinterfragte, ob mehr Kinder aus alleinerziehenden Haushalten mit dem Verdacht auf Misshandlung, Missbrauch oder Vernachlässigung vorgestellt werden. Diese Hypothese konnte ebenfalls nicht bestätigt werden. Insgesamt waren die Elternteile in 348 Fällen (38,6%) alleinerziehend. Der Großteil der Kinder (60,2%) lebte also in einem Haushalt, in dem die Eltern nicht alleinerziehend waren und sind.

6. Zusammenfassung

Für die vorliegende Studie wurden 918 Dokumentationsbögen des Kinderkompetenzzentrums des UKE Hamburg der Jahre 2014 bis 2017 untersucht. Es wurden nur die Fälle von untersuchten männlichen Kindern zwischen 0 und 12 Jahren berücksichtigt, bei denen körperliche oder emotionale Gewalt oder Vernachlässigung oder sexuellen Missbrauch durch das familiäre Umfeld vermutet wurde. Es wurde ein Anstieg der Fälle von 2014 (n = 201) bis 2017 (n = 248) beobachtet, wobei die meisten Fälle im Jahr 2016 (n = 264) festgestellt wurden. Am häufigsten wurden Jungen von 7 bis 12 Jahren (40,0% aller Fälle, n = 367) und am seltensten wurden Jungen zwischen 0 und 1 Jahr (16,5% aller Fälle, n = 155) vorgestellt. Insgesamt hatte sich der Eingangsverdacht in 25,6% (n = 235) bestätigt und in 9,9% teilweise bestätigt. (n = 91). Am häufigsten wurde der Verdacht bei den 0- bis 1-Jährigen bestätigt (31,2% der Fälle in dieser Altersklasse, n = 48). Der häufigste Ersteinweiser war der ASD, der 83,6% (n = 766) aller Fälle an das Kinderkompetenzzentrum schickte. Der Ersteinweiser, bei dem sich am häufigsten die Fälle bestätigten, war die Polizei, bei der 62,0% (n = 13) der Fälle bestätigt und 19% der Fälle teilweise bestätigt wurden. Die häufigste Form der Kindeswohlgefährdung war die körperliche Misshandlung. Insgesamt wurden 809 Jungen (88,1% aller Fälle) mit dem Verdacht auf körperliche Misshandlung vorgestellt und in 169 Fällen (18,4% aller Fälle) bestätigt. Insgesamt wurde bei 530 Jungen (57,9% aller untersuchten Kinder) mind. eine Verletzung gefunden. Es wurden 1241 Verletzungen dokumentiert. Bei den bestätigten Fällen wurden 636 Verletzungen dokumentiert. Die bestätigten Fälle wiesen im Durchschnitt ungefähr zwei Verletzungen pro Kind auf und die nicht bestätigten Fälle im Durchschnitt eine Verletzung pro Kind. Hämatome waren die häufigste Verletzungsart (n = 553, 44,6% aller Verletzungen) in allen Altersklassen, sowohl bei den bestätigten als auch bei den nicht bestätigten Fällen. Insgesamt war das Gesicht inkl. Ohren die Lokalisation (n = 290, 23,4% aller Verletzungen) die am häufigsten verletzt war. Bei den bestätigten Fällen war das Gesicht inkl. Ohren (n = 165, 25,9% aller Verletzungen) und bei den nicht bestätigten Fällen war die obere Extremität (n = 137, 22,7% aller Verletzungen) am häufigsten verletzt. Ein Schütteltrauma wurde in vier Fällen festgestellt. Instrumentelle Gewalt war in 39 Fällen (4,2% aller Fälle) bestätigt worden. Die meisten vorgestellten Jungen (73,6%, n = 676) hatten Geschwister und meistens ein Geschwister (43,6%, n = 295). Insgesamt lebten 92,8% (n = 836) Kinder bei der leiblichen Mutter und 52,3% (n = 480) bei dem leiblichen Vater. Die meisten Kinder lebten bei beiden Elternteilen (60,2%, n = 553). In 351 Fällen (38,2%) war ein Elternteil, häufiger die Mutter alleinerziehend. Der häufigste Verdächtige war die Mutter (n = 560, 67,4% aller Fälle). Die Hypothesen, dass Einzelkinder häufiger mit einem Verdacht der Kindeswohlgefährdung und dass mehr Kinder von alleinerziehenden vorgestellt werden, konnten nicht bestätigt werden.

SUMMARY

This work comprises the analysis of 918 files (from 2014 to 2017), belonging to the "Kinderkompetenzzentrum" of the University Medical Centre Hamburg Eppendorf. Only files concerning male children between 0 and 12 years of age, in which physical or emotional violence or neglect or sexual abuse by the family environment was suspected, were included. Cases increased between 2014 (n = 201) and 2017 (n = 248) and most cases occurred during the year 2016 (n = 264). Boys aged 7-12 years were the largest group (40% of all cases, n = 367) and boys aged 0-1 years formed the smallest group (16,5% of all cases presented, n = 155). The initial suspicion had been confirmed in 25,6% (n = 235) and partially confirmed in 9,9% (n = 91). Suspicion was most frequently confirmed in 0-1-year-olds (31,2% of cases in this age group, n = 48).

The most common initial referrer was the "ASD" (social service), who referred 83,6% (n = 766) of all cases to the "Kinderkompetenzzentrum". Police was the initial referrer who had the largest proportion of confirmed cases, with 62,0% (n = 13) of totally confirmed cases and 19,0% of partially confirmed cases.

Physical abuse was the most common form of child maltreatment with a total of 809 suspected physical abuse cases (88,1% of all cases) and was confirmed in 169 cases (18,4% of all cases). A total of 530 boys (57,9% of all children examined) were found to have at least one injury. In total 1241 injuries were documented. Among the confirmed cases 636 injuries were found. In average confirmed cases presented two injuries per child and unconfirmed cases presented one injury per child.

Bruises were the most common type of injury (n = 553, 44,6% of all injuries) among all age groups and in both confirmed and unconfirmed cases.

In confirmed cases, most injuries were found in the face (including ears) (n = 165, 25,9% of all injuries) and in unconfirmed cases most injuries were located on the upper limbs (n = 137, 22,7% of all injuries). Shaken baby syndrome was noted in eight boys. There were 39 cases (4,2% of all cases) where children had been hit with an object. Most examined boys (73,6%, n = 676) had siblings and in most cases, they had one sibling (43,6%, n = 295).

Overall, 92,8% (n = 836) children lived with their biological mother and 52,3% (n = 480) lived with their biological father. Most children lived together with both parents (60,2%, n = 553). Single parents were found in 351 cases (38,2%), single biological mothers were more frequent. The most frequent suspect was the child's mother (n = 560, 67,4% of all cases). The hypotheses that children without siblings and children of a single parent are more frequently presented with a suspicion of child endangerment could not be confirmed.

7. Abkürzungsverzeichnis

AK Nord	-	Asklepios Klinik Nord
AKK	-	Altonaer Kinderkrankenhaus
ASD	-	Allgemeine soziale Dienst
AWMF	-	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BGB	-	Bürgerliches Gesetzbuch
cCT	-	cranielle Computertomographie
cMRT	-	Magnetresonanztomographie des Schädels
IfR	-	Institut für Rechtsmedizin
k. A.	-	keine Angabe
KJHG	-	Kinder- und Jugendhilfegesetz
KK Pinneberg	-	Kinderklinik Pinneberg
MRT	-	Magnetresonanztomographie
NICHHD	-	National Institute of Child Health and Human Development
u.a.	-	unter anderem
SGB VIII	-	Achten Buch Sozialgesetzbuch
StGB	-	Strafgesetzbuch
UKE	-	Universitätsklinikum Eppendorf
WHO	-	World Health Organisation

8. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rückgang körperlicher Gewalt 1996-2001 aus Sicht der Eltern in Form von Ohrfeigen (Bussmann 2005)

Tabelle 2: Rückgang körperlicher Bestrafung 1992-2002 aus Sicht der Jugendlichen in Form von Ohrfeigen (Bussmann, 2005)

Tabelle 3: Häufigkeiten von Misshandlung 2011 und 2017 in Deutschland. (Häuser et al., 2011, Witt et al., 2017)

Tabelle 4: Anzahl der Verdachtsfälle und Untersuchungsanlässe pro Jahr

Tabelle 5: Anzahl der Fälle in den verschiedenen Altersklassen

Tabelle 6: Anzahl und Aufteilung der Ersteinweiser

Tabelle 7: Bestätigung des Eingangsverdachts

Tabelle 8: Bestätigung des Eingangsverdachts nach Altersklassen

Tabelle 9: Bestätigung des Eingangsverdachts ohne Verdacht auf sexuellen Missbrauch

Tabelle 10: Bestätigung des Eingangsverdachts nach Altersklassen ohne Verdachtsfälle des sexuellen Missbrauchs

Tabelle 11: Verdacht und Bestätigung körperlicher Misshandlung nach Altersklassen

Tabelle 12: Verdacht und Bestätigung körperlicher Vernachlässigung nach Altersklassen

Tabelle 13: Verdacht und Bestätigung emotionaler Misshandlung nach Altersklassen

Tabelle 14: Verdacht und Bestätigung emotionaler Vernachlässigung nach Altersklassen

Tabelle 15: Verdacht und Bestätigung sexuellen Missbrauchs nach Altersklassen

Tabelle 16: Bestätigte Fälle je nach Altersklasse und Verdacht

Tabelle 17: Anzahl der Bestätigungen des Verdachtes nach Ersteinweiser

Tabelle 18 : Anzahl der Bestätigungen des Verdachtes nach Ersteinweiser, ohne Verdachtsfälle des sexuellen Missbrauchs

Tabelle 19: Anzahl der Verletzungen nach Altersklassen

Tabelle 20: Anzahl einzelner Verletzungsarten in jeder Altersklasse

Tabelle 21: Vergleich der Verletzungsart bei nicht bestätigten und bestätigten Fällen

Tabelle 22: Anzahl der Verletzungen je nach Lokalisationen und Altersklassen

Tabelle 23: Vergleich der Lokalisation bei nicht bestätigten und bestätigten Fälle

Tabelle 24: Verletzungsanzahl je nach Lokalisation der gesamten Fälle

Tabelle 25: Verletzungen und Lokalisationen bei bestätigten Fällen.

Tabelle 26: Verletzungen und Lokalisationen bei nicht bestätigten Fällen

Tabelle 27: Verdacht auf instrumentelle Gewalt

Tabelle 28 : Verdacht auf instrumentelle Gewalt, nach Altersklassen

Tabelle 29 : Anzahl der vorgestellten Kinder mit Geschwistern.

Tabelle 30 : Anzahl der Geschwisterkinder

Tabelle 31: Bestätigung des Eingangsverdachts bei Kindern mit oder ohne Geschwister

Tabelle 32: Anzahl der Kinder mit und ohne Geschwister je Gruppe der Verdachtsbestätigung

Tabelle 33: Bestätigung des Eingangsverdachts (ohne sexuellen Missbrauch bei Kindern mit oder ohne Geschwister)

Tabelle 34: Anzahl der Kinder mit und ohne Geschwister je Gruppe der Verdachtsbestätigung (ohne sexuellen Missbrauch)

Tabelle 35: Häufigkeit der Kinder, die bei ihrer leiblichen Mutter leben und wie viele Mütter alleinerziehend sind.

Tabelle 36: Häufigkeit der Kinder, die bei ihrer leiblichen Mutter leben, nach Altersklasse.

Tabelle 37: Häufigkeit der Kinder, die bei ihrem leiblichen Vater leben und wie viele alleinerziehend sind.

Tabelle 38: Häufigkeit der Kinder die bei ihrem leiblichen Vater lebenden Kinder nach Altersklasse

Tabelle 39: Haushaltskonstellationen der untersuchten Kinder

Tabelle 40: Anzahl der alleinerziehenden Eltern

Tabelle 41: Anzahl der Fälle mit Mutter als Verdächtige

Tabelle 42: Anzahl der Fälle mit Mutter als Verdächtige nach Altersklassen und Unterbringung der Kinder im Haushalt der leiblichen Mutter

Tabelle 43: Häufigkeit der Fälle mit leiblicher Mutter als Verdächtige nach Altersklassen

Tabelle 44: Anzahl der Fälle mit leiblichem Vater als Verdächtigem

Tabelle 45: Anzahl der Fälle mit Vater als Verdächtigem nach Altersklasse bei im Haushalt des leiblichen Vaters lebenden Kindern

Tabelle 46: Häufigkeit der Fälle mit leiblichem Vater als Verdächtigem nach Altersklasse

Tabelle 47: Anzahl der Fälle mit Stiefvater als Verdächtigem

Tabelle 48: Häufigkeit der Fälle mit Stiefvater als Verdächtigem nach Altersklasse

Tabelle 49: Anzahl der Fälle mit Stiefmutter als Verdächtiger

Tabelle 50: Häufigkeit der Fälle nach Altersklasse mit Stiefmutter als Verdächtiger

Tabelle 51: Anzahl der Fälle mit einem Geschwisterkind als Verdächtigem

Tabelle 52: Häufigkeit der Fälle nach Altersklasse mit einem Geschwisterkind als Verdächtigem

Tabelle 53: Anzahl der Fälle mit Pflegeeltern als Verdächtige

Tabelle 54: Häufigkeit der Fälle nach Altersklasse mit Pflegeeltern als Verdächtige

Tabelle 55: Anzahl der Fälle mit einem anderen Familienmitglied als Verdächtigem

Tabelle 56: Häufigkeit der Fälle nach Altersklasse mit einem anderen Familienmitglied als Verdächtigem

9. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Misshandlungsverdächtige Hämatombefunde, Hämatomlokalisierung bei 350 misshandelten Kindern unter 6 Jahren von n = 519 Kindern (vgl. Kemp A. et al. 2014b) und bei 133 misshandelten Kindern im Alter von 1-13 Jahren (Kitteltaschenkarte „Hämatome“ aus AWMF Kinderschutzleitlinie 2019)

Abbildung 2: Akzidentell begründbare Hämatombefunde. Prozentuale Verteilung von 2.570 Erfassungen bei 328 gesunden Kindern unter 6 Jahren (75% mobil, 19% frühmobil und 6% prämobil) mit mindestens einem blauen Fleck, insgesamt 3.523 Hämatome (Kitteltaschenkarte „Hämatome“ aus AWMF Kinderschutzleitlinie 2019)

Abbildung 3: Anzahl der Verdachtsfälle in den Jahren 2014 bis 2017.

Abbildung 4: Darstellung der Vorstellungen nach Altersklassen

Abbildung 5: Bestätigung des Eingangsverdachts

Abbildung 6: Bestätigung des Eingangsverdachts in den verschiedenen Altersklassen

Abbildung 7: Bestätigung des Eingangsverdachts ohne Verdachtsfälle des sexuellen Missbrauchs

Abbildung 8: Bestätigung des Eingangsverdachts in den verschiedenen Altersklassen ohne Verdachtsfälle des sexuellen Missbrauchs

Abbildung 9: Hämatome bei den bestätigten Fällen, Anzahl in Prozent der Gesamtanzahl in der Altersklasse und Lokalisation

Abbildung 10: Hämatome bei den nicht bestätigten Fällen, Anzahl in Prozent der Gesamtanzahl für die Lokalisation in der Altersklasse.

Abbildung 11: Anzahl der Geschwisterkinder

Abbildung 12: Bestätigung des Verdachtes bei den Kindern ohne Geschwister und bei Kindern mit Geschwistern

Abbildung 13: Bestätigung des Verdachtes bei den Kindern ohne Geschwister und bei Kindern mit Geschwistern, ohne Verdachtsfälle des sexuellen Missbrauchs.

10. Literaturverzeichnis

1. § 8a SGB VIII Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung
URL : <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sqbviii/8a.html> (Stand : 05.02.2024)
2. § 225 SGB Misshandlung von Schutzbefohlenen
URL: http://www.gesetze-im-internet.de/stgb/___225.html (Stand: 05.02.2024)
3. §171 SGB Verletzung der Fürsorge- oder Erziehungspflicht
URL: https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/___171.html (Stand: 05.02.2024)
4. §174 SGB Sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen
URL: https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/___174.html (Stand: 05.02.2024)
5. AWMF Kinderschutzleitlinienbüro. S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie), Langfassung 1.0, 2019, AWMF-Registernummer: 027 – 069 Blesken M, Franke I, Freiberg J, Kraft M, Kurylowicz L, Rohde M, Schwier F.
6. Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe, AGJ (2014) Kernaufgaben und Ausstattung des ASD Ein Beitrag zur fachlichen Ausrichtung und zur Personalbemessungsdebatte Diskussionspapier der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe AGJ
7. Baldwin H, Biehal N, Allgar V, Cusworth L, Pickett K (2020) Antenatal risk factors for child maltreatment: Linkage of data from a birth cohort study to child welfare records. Child Abuse & Neglect. 2020;107:104605.
8. Banaschak S, Janssen K, Rothschild MA (2016) Kindesmisshandlung – eine Übersicht aus rechtsmedizinischer Sicht. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie. 2016;10(2):98-102.
9. Barnett D, Manly J, Cicchetti D (1993) Defining child maltreatment: The interface between policy and research. Child Abuse, Child Development, and Social Policy. 1993; 8:7-73.
10. Bartholl T, (2009) Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch: eine retrospektive Studie aus den Gutachten des Instituts für Rechtsmedizin Münster der Jahre 1996 bis 2005, Dissertation, Institut für Rechtsmedizin, Münster (2009) URL: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:hbz:6-81519661290> (Stand: 05.02.2024)
11. Baz Bartels M, Banaschak S, Herrmann B. (2019) Update Schütteltraumasyndrom. Monatsschrift Kinderheilkunde. 2019;167(10):891-9.
12. Bender D, Lösel F (2005) Misshandlung von Kindern: Risikofaktoren und Schutzfaktoren. In Deegener G, Körner W (Eds.), Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. (pp. 317-346) (2005) Göttingen: Hogrefe

13. Benia LR, Hauck-Filho N, Dillenburg M, Stein LM (2015) The NICHD Investigative Interview Protocol: A Meta-Analytic Review. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2015;24(3):259-79.
14. Bentivegna K, Grant-Kels JM, Livingston N. (2022a) Cutaneous manifestations of child abuse and neglect: Part I. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2022;87(3):503-16.
15. Bentivegna K, Grant-Kels JM, Livingston N (2022b) Cutaneous mimics of child abuse and neglect: Part II. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2022;87(3):519-31.
16. Berkel SR van, Prevoo MJL, Linting M, Pannebakker FD, Alink LRA (2020) Prevalence of child maltreatment in the Netherlands: An update and cross-time comparison. *Child Abuse & Neglect*. 2020;103:104439.
17. Bernzen C, Bruder A-M (2018) Rechtliche Grundlagen der Kinder und Jugendhilfe. In: Böllert K, editor. *Kompodium Kinder- und Jugendhilfe*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2018 p. 131-64.
18. Berthold O, Jud A, Jarczok M, Heimann T, Fegert J, Clemens V (2021) „Gewichtige Anhaltspunkte“ bei Verdacht auf Kindesmisshandlung – eine Befragung in Deutschland tätiger Ärzte und Psychotherapeuten. *Klin Padiatr*. 2021;233(05):221-5.
19. Bundeskriminalamt (2023), Polizeiliche Kriminalstatistik Opfer-Tatverdächtigen- Beziehung insgesamt ab Berichtsjahr 2000, Version 1.0 erstellt 04.04.2023
URL: https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2022/PKSTabellen/Zeitreihen/zeitreihen_node.html
(Stand: 05.02.2024)
20. Bundeskriminalamt (2022), Polizeiliche Kriminalstatistik 2022 URL: <https://www.polizei-beratung.de/fileadmin/Dokumente/infotext-kinde-smisshandlung-p.pdf> (Stand: 05.02.2024)
21. Bussmann KD, 2005 Kapitel 15: Verbot elterlicher Gewalt gegen Kinder- Auswirkungen des Rechts auf gewaltfreie Erziehung. In: *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch*. Deegener G. und Körner W. (Herausgeber (Hrg.)), Hogrefe, Göttingen, 243-246
22. Bussmann K-D, Erthal C, Schroth A (2008) Wirkung von Körperstrafenverboten Erste Ergebnisse der europäischen Vergleichsstudie zu den „Auswirkungen eines gesetzlichen Verbots von Gewalt in der Erziehung“. *RdJB Recht der Jugend und des Bildungswesens*. 2008;56(4):404-22.
23. Brandhorst F (2015) Die neue öffentliche Aufmerksamkeit für den Kinderschutz. In: *Kinderschutz und Öffentlichkeit: Der „Fall Kevin“ als Sensation und Politikum*

- Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; Kasseler Edition Soziale Arbeit 2015; 1. p. 25–47.
24. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Salzinger S (1998) A Longitudinal Analysis of Risk Factors for Child Maltreatment. In: *Child Abuse & Neglect*. 22. Jg. (11). S. 1065-1078.
 25. Cappa C, Khan SM (2011) Understanding caregivers' attitudes towards physical punishment of children: Evidence from 34 low- and middle-income countries. *Child Abuse & Neglect*. 2011;35(12):1009-21.
 26. Carpenter RF (1999) The prevalence and distribution of bruising in babies. *Archives of disease in childhood*. 1999;80(4):363-6.
 27. Christian CW, Lavelle JM, De Jong AR, Loiselle J, Brenner L, Joffe M (2000) Forensic Evidence Findings in Prepubertal Victims of Sexual Assault. *Pediatrics*. 2000;106(1):100-4.
 28. Christian CW, States LJ (2017) Medical Mimics of Child Abuse. *American Journal of Roentgenology*. 2017;208(5):982-90.
 29. Christoffersen MN, Armour C, Lasgaard M, Andersen TE, Elklit A (2013) The prevalence of four types of childhood maltreatment in denmark. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2013;9:149-56.
 30. Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics (2001) Shaken Baby Syndrome: Rotational Cranial Injuries—Technical Report. *Pediatrics*. 2001;108(1):206.
 31. Connell CM, Bergeron N, Katz KH, Saunders L, Tebes JK (2007) Re-referral to child protective services: The influence of child, family, and case characteristics on risk status. *Child Abuse & Neglect*. 2007;31(5):573-88.
 32. Deegener G (2011) Ausmaße und Ursachen von Kindeswohlgefährdung bei Kindern im schulpflichtigen Alter. In: Fischer J, Buchholz T, Merten R, editors. *Kinderschutz in gemeinsamer Verantwortung von Jugendhilfe und Schule*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2011. p. 35-62.
 33. Debertin AS, Seifert D, Mützel E (2011) Forensisch-medizinische Untersuchung von Mädchen und Jungen bei Verdacht auf Misshandlung und Missbrauch. *Rechtsmedizin*. 2011;21(5):479.
 34. Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft, Retinologische Gesellschaft e V, Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e. V, Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (2023). Stellungnahme zur augenärztlichen Untersuchung bei Verdacht auf ein Schütteltrauma-Syndrom (STS). Stellungnahme von DOG, RG und BVA in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin Stand: Juni 2023. 2023;240(12):1421-6.

35. Dubowitz H, Kim J, Black MM, Weisbart C, Semiatin J, Magder LS (2011) Identifying children at high risk for a child maltreatment report. *Child Abuse & Neglect*. 2011;35(2):96-104.
36. Dubowitz H, Bennett S (2007) Physical abuse and neglect of children. *The Lancet*. 2007;369(9576):1891-9.
37. Dunstan FD, Guilda ZE, Kontos K, Kemp AM, Sibert JR (2002). A scoring system for bruise patterns: a tool for identifying abuse. *Archives of Disease in Childhood*. 2002;86(5):330-3.
38. Euser S, Alink LRA, Pannebakker F, Vogels T, Bakermans-Kranenburg MJ, Ijzendoorn MH van (2013) The prevalence of child maltreatment in the Netherlands across a 5-year period. *Child Abuse & Neglect*. 2013;37(10):841-51.
39. Fegert JM, Petermann F (2011) Sexueller Missbrauch, Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. *Kindheit und Entwicklung*. 2011;20(2):61-3.
40. Fegert JM, Stötzel M (2016) Child protection: a universal concern and a permanent challenge in the field of child and adolescent mental health. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2016;10(1):18.
41. Furniss T (2005) Geschichtlicher Abriss zur Kindesmisshandlung und Kinderschutzarbeit von C. Henry Kempe bis heute. In: Deegener G, Korner W (Hrsg.) *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung*. Hogrefe, Gottingen Bern, Toronto, S 19–33
42. Gilbert R, Fluke J, O'Donnell M, Gonzalez-Izquierdo A, Brownell M, Gulliver P, Janson S, Sidebotham P (2012) Child maltreatment: variation in trends and policies in six developed countries. *The Lancet*. 2012;379(9817):758-72.
43. Gillham B, Tanner G, Cheyne B, Freeman I, Rooney M, Lambie A (1998) Unemployment rates, single parent density, and indices of child poverty: Their relationship to different categories of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*. 1998;22(2):79-90.
44. Goldberg B, Schorn A (2011), *Kindeswohlgefährdung: Wahrnehmen-Bewerten-Intervenieren*, S.47-49. Barbara Budrich Verlag, Opladen Farmington Hills, MI
45. Guterman NB, Lee Y, Lee SJ, Waldfogel J, Rathouz PJ (2009) Fathers and Maternal Risk for Physical Child Abuse. *Child Maltreatment*. 2009;14(3):277-90.
46. Guthkelch A N (1971) Infantile subdural haematoma and its relationship to whiplash injuries. *Br Med J*. 1971;2(5759):430-1.
47. Hänsel T, 2020 *Zur Problematik der Kindeswohlgefährdung: eine retrospektive Untersuchung am Beispiel der Jugendämter Wittenberg/Salzwedel 2020*.
URL: <http://dx.doi.org/10.25673/34859> . (Stand: 05.02.2024)
48. Häuser W, Schmutzer G, Brähler E, Glaesmer H (2011) Misshandlungen in Kindheit und Jugend. *Dtsch Arztebl International*. 2011;108(17):287-94.

49. Herrmann B (2002) Körperliche Misshandlung von Kindern. *Monatsschrift Kinderheilkunde*. 2002;150(11):1324-38.
50. Herrmann B, Dettmeyer R, Banaschak S, Thyen U (2022) *Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen*, 4. Aufl. Springer, Heidelberg, Berlin, New York
51. Hight DW, Bakalar HR, Lloyd JR (1979) Inflicted Burns in Children: Recognition and Treatment. *JAMA*. 1979;242(6):517-20.
52. Horne BS van, Caughy MO, Canfield M, Case AP, Greeley CS, Morgan R, Mitchell LE (2018) First-time maltreatment in children ages 2–10 with and without specific birth defects: A population–based study. *Child Abuse & Neglect*. 2018;84:53-63.
53. Ijzendoorn MH van, Euser EM, Prinzie P, Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ (2009) Elevated Risk of Child Maltreatment in Families With Stepparents but Not With Adoptive Parents. *Child Maltreatment*. 2009;14(4):369-75.
54. Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S, Brosig B, Herrmann B (2010) Child Abuse and Neglect. *Dtsch Arztebl International*. 2010;107(13):231-40.
55. Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, Reinert SE, Hay TC (1999) Analysis of missed cases of abusive head trauma. *JAMA*. 1999 Feb 17;281(7):621-6. doi: 10.1001/jama.281.7.621. Erratum in: *JAMA* 1999 Jul 7;282(1):29. PMID: 10029123.
56. Jenny C, Reece RM (2009) Chapter 1. Cutaneous manifestations of child abuse. In: Reece R.M., Christian C.W. (eds) *Child abuse: medical diagnosis & management*, 3rd edition, American Academy of Pediatrics, Philadelphia (2009) pp.19-51.
57. Jessee SA, Rieger MA (1996) study of age-related variables among physically abused children. *ASDC J Dent Child*. 1996;63(4):275-80.
58. Kauntz, E (2003) "Das Jugendamt handelte zu spät" *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 13.03.2003, Nr. 61 / Seite 9 URL: <https://www.faz.net/frankfurter-allgemeine-zeitung/das-jugendamt-handelte-zu-spaet-192817.html> (Stand: 05.02.2024)
59. Kellogg ND, Farst KJ, Adams JA. (2023) Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse: An update for 2023. *Child Abuse & Neglect*. 2023;145:10628
60. Kelly P, Koh J, Thompson JM (2006) Diagnostic findings in alleged sexual abuse: Symptoms have no predictive value. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2006;42(3):112-7.
61. Kemp AM, Maguire SA, Lumb RC, Harris SM, Mann MK (2014a) Contact, Cigarette and Flame Burns in Physical Abuse: A Systematic Review. *Child Abuse Review*. 2014;23.

62. Kemp AM, Maguire SA, Nuttall D, Collins P, Dunstan F (2014b) Bruising in children who are assessed for suspected physical abuse. *Archives of Disease in Childhood*. 2014;99(2):108-13.
63. Kemp AM, Dunstan F, Nuttall D, Hamilton M, Collins P, Maguire S (2015) Patterns of bruising in preschool children—a longitudinal study. *Archives of Disease in Childhood*. 2015;100(5):426-31.
64. Kindler H, Lillig S, Blüml H, Meysen T, Werner A (2006) *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*. Deutsches Jugendinstitut e.V., München
65. King JW, MacKay M, Sirnick A (2003) Shaken baby syndrome in Canada: clinical characteristics and outcomes of hospital cases. *Canadian Medical Association Journal*. 2003;168(2):155-9.
66. Labbé J, Caouette G (2002) Recent Skin Injuries in Normal Children. *Pediatrics*. 2001;108:271-6.
67. Landgraf M, Zahner L, Nickel P, Till H, Keller A, Geyer C, Schwanitz N., Gausche R, Schmutzer G, Brähler E, Kiess W (2010) Kindesmisshandlung. *Monatsschrift Kinderheilkunde*. 2010;158(2):149-56.
68. Liel C, Ulrich SM, Lorenz S, Eickhorst A, Fluke J, Walper S (2020) Risk factors for child abuse, neglect and exposure to intimate partner violence in early childhood: Findings in a representative cross-sectional sample in Germany. *Child Abuse & Neglect*. 2020;106:104487.
69. Maguire S, Mann MK, Sibert J, Kemp A (2005) Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic or suggestive of abuse? A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*. 2005;90(2):182-6.
70. Martrille L, Cattaneo C, Dorandeu A, Baccino E (2006) A multicentre and prospective study of suspected cases of child physical abuse. *Int J Legal Med*. 2006;120(2):73-8.
71. McMahon P, Grossman W, Gaffney M, Stanitski C (1995) Soft-tissue injury as an indication of child abuse. *The Journal of bone and joint surgery American volume*. 1995;77(8):1179-83.
72. Melville JD, Lukefahr JL, Cornell J, Kellogg ND, Lancaster JL (2013) The Effect of Image Quality on the Assessment of Child Abuse Photographs. *Pediatric Emergency Care*. 2013;29(5).
73. Meinck F, Murray AL, Dunne MP, Schmidt P, Nikolaidis G. (2021) Factor structure and internal consistency of the ISPCAN Child Abuse Screening Tool Parent Version (ICAST-P) in a cross-country pooled data set in nine Balkan countries. *Child Abuse & Neglect*. 2021;115:105007.

74. Menzel S, Heinemann A, Püschel K, Seifert D (2013) Ausgewählte Risikofaktoren für Kindesmisshandlung. Rechtsmedizin. 2013;23(1):29-37.
75. Merten DF, Radkowski MA, Leonidas JC, (1983) The abused child: a radiological reappraisal. Radiology. 1983;146(2):377-81.
76. Moulaa-Edmondson MJ (2014) Die Sprechstunde Gewalt und Trauma des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf – eine retrospektive Studie zur Analyse der Patientenpopulation, Dissertation Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Hamburg Eppendorf, 2014
URL: <https://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2015/7137/pdf/Dissertation.pdf> (Stand: 05.02.2024)
77. Münder J, Mutke B, Schone R (2000) Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Professionelles Handeln in Kindeswohl-Verfahren. 1. Auflage Münster: Votum
78. Mützel E. (2011) Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Monatsschrift Kinderheilkunde. 2011;159(4):373.
79. Nayak K, Spencer N, Shenoy M, Rubithon J, Coad N, Logan S (2006) How useful is the presence of petechiae in distinguishing non-accidental from accidental injury? Child Abuse & Neglect. 2006;30(5):549-55.
80. Noeker M, Franke I (2018) Befragung des Kindes bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung: Fallstricke und Qualitätssicherung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2018;61(12):1579-86.
81. Ommaya AK, Faas F. Yarnell P (1968) Whiplash Injury and Brain Damage: An Experimental Study. JAMA. 1968;204(4):285-9.
82. Parnack C. (2014) Yagmur-Prozess, "Sie wirkte sehr kalt". Die Zeit, Nr.: 48/2014
83. Pillhofer M, Ziegenhain U, Nandi C, Fegert JM, Goldbeck L (2011) Prävalenz von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung in Deutschland. Kindheit und Entwicklung 2011;20(2):64–71.
84. Pierce MC, Kaczor K, Lorenz DJ, Bertocci G, Fingarson AK, Makoroff K, et al. (2021) Validation of a Clinical Decision Rule to Predict Abuse in Young Children Based on Bruising Characteristics. JAMA Netw Open. 2021;4(4):e215832.
85. Plener PL, Rodens KP, Fegert JM, (2016) „Ein Klaps auf den Hintern hat noch niemandem geschadet“: Einstellungen zu Körperstrafen und Erziehung in der deutschen Allgemeinbevölkerung. URL: https://www.stiftung-kind-und-jugend.de/fileadmin/pdf/BVKJ_Kinderschutz_0616_Beitrag_Umfrage_2.pdf (Stand: 05.02.2024)
86. Praetor Intermedia UG Historie Kinderrechtskonvention
URL:<https://www.kinderrechtskonvention.info/kinderrechtskonvention-352/> (Stand: 05.02.2024)

87. Public Health Agency of Canada (2010) Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect 2008: Major findings. Ottawa (ON): Public Health Agency of Canada; 2010
88. Robertson DM, Barbor P, Hull D (1982) Unusual injury? Recent injury in normal children and children with suspected non-accidental injury. Br Med J (Clin Res Ed). 1982;285(6352):1399-401.
89. Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, Galea G, (2013) European report on preventing child maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013
URL: https://intranet.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf. (Stand: 05.02.2024)
90. Sierau S, Resch L, Michel A, Horlich J, Dehmel S, Tsapos N, et al (2014) Definition und Beschreibung von Vernachlässigung im Kindes- und Jugendalter. Monatsschrift Kinderheilkunde. 2014;162(12):1084-9.
91. Spanner E (2016) Tayler-Prozess, zu Tode geschüttelt. Die Zeit-Online
URL: <https://www.zeit.de/hamburg/stadtleben/2016-09/hamburg-prozess-baby-tayler-jugendaamt> (Stand 05.02.2024)
92. Statistisches Bundesamt Destatis, Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe Gefährdungseinschätzungen nach § 8a SGB VIII, Wiesbaden Statist. Bundesamt. 2014-2017
URL: https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DESerie_mods_00002278 (Stand: 05.02.2024)
93. Statistisches Bundesamt Destatis, Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe Gefährdungseinschätzungen nach § 8a SGB VIII, Wiesbaden Statist. Bundesamt. 2019
URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Kinderschutz/Publicationen/Downloads-Kinderschutz/gefahrdungseinschaetzungen-5225123197004.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 05.04.2024)
94. Statistisches Bundesamt Destatis, Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe Gefährdungseinschätzungen nach § 8a SGB VIII, Wiesbaden Statist. Bundesamt. 2023
URL: https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=find&suchanweisung_language=de&query=kindeswohlgefahrdung#abreadcrumb (Stand: 12.03.2024)
95. Stiffman MN, Schnitzer PG, Adam P, Kruse RL, Ewigman BG (2002) Household composition and risk of fatal child maltreatment. Pediatrics. 2002;109(4):615-21.
96. Sugar NF, Taylor JA, Feldman KW (1999) Network atPSPR. Bruises in Infants and Toddlers: Those Who Don't Cruise Rarely Bruise. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. 1999;153(4):399-403.

97. U.S. Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau.(2002) Child Maltreatment 2002. URL: <https://www.acf.hhs.gov/archive/cb/data/child-maltreatment-2002> (Stand 08.02.2024)
98. U.S. Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. (2024). Child Maltreatment 2022. URL: <https://www.acf.hhs.gov/cb/data-research/child-maltreatment> (Stand 07.02.2024)
99. Wagenblass S (2018) Wenn Eltern psychisch krank sind – Zur Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. In: Böllert K, editor. Kompendium Kinder- und Jugendhilfe. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2018. p. 1231-47.
100. Wahl N (2011) Phänomenologische, kriminologische und epidemiologische Aspekte der Kindesmisshandlung im Großraum Hamburg Eine retrospektive Analyse der klinischrechtsmedizinischen Untersuchungen 1988 bis 2004, Dissertation, Institut für Rechtsmedizin Hamburg Eppendorf 2011
URL: <https://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2011/5192/pdf/Dissertation.pdf>
(Stand: 05.02.2024)
101. Wiesner R (2012) Das neue Kinderschutzgesetz. Beitrag zur Fachtagung Kinder schutz der AEJ. Hannover. URL: <http://docplayer.org/44000695-Das-neue-bundeskinderschutzgesetz.html?fbclid=IwAR18DcmMa1bmmXwCSy-cWam5OP-snqFfbsq8LmvwoVNdG9m9G9uHldmI0I0I> (Stand: 05.02.2024)
102. Witt A, Brown RC, Plener PL, Brähler E, Fegert JM (2017) Child maltreatment in Germany: prevalence rates in the general population. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health.* 2017;11(1):47.
103. Witt A, Glaesmer H, Jud A, Plener PL, Brähler E, Brown RC, Fegert JM (2018) Trends in child maltreatment in Germany: comparison of two representative population-based studies. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health.*2018;12(1):24.
104. Wolff R (2007) Demokratische Kinderschutzarbeit - zwischen Risiko und Gefahr. *Forum Erziehungshilfen* 2007;13(Nr. 3):S. 132-139.
105. Wongcharoenwatana J, Tarugsa J, Kaewpornsawan K, Eamsobhana P, Chotigavanichaya C, Ariyawatkul T. (2021) Identifying children at high risk for recurrence child abuse. *Journal of Orthopaedic Surgery.* 2021;29(1):2309499021996411.
106. Verhovnik M (2012) Geschlagen, missbraucht, vernachlässigt. In: Altmeppen K-D, Greck R, editors. *Facetten des Journalismus: Theoretische Analysen und empirische Studien.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2012. p. 267-85.

107. Zander M (2017) How much does growing up in poverty endanger a child's welfare? *Kindesmisshandlung und -vernachlässigung*. 2017;20(1):32-49.
108. Zeidan NA, Bukhamseen FM, Al-Qassab AT, Alsadah FZ, Menezes RG (2023) Cutaneous mimickers of physical child abuse: A brief overview. *Medico-Legal Journal*. 2023;91(1):26-29.
109. Zinka B, Banaschak S, Mützel E (2018) Nachweissicherheit des Schütteltraumas. *Rechtsmedizin*. 2018;28(6):474-81.

11. Danksagung

Ich danke Herrn Prof. Dr. med. Benjamin Ondruschka, Direktor des Instituts für Rechtsmedizin, für die stets freundliche Unterstützung, hilfreichen Korrekturen und Kritik.

Weiterhin danke ich Herrn Prof. Dr. med. Klaus Püschel, ehemaliger Direktor des Instituts für Rechtsmedizin, dass mir diese Arbeit und Einsicht in die Akten des Kinderkompetenzentrum anvertraut wurde.

Ein besonderes Dankeschön richte ich an Frau Prof. Dr. med. Dragana Seifert, für die freundliche Unterstützung, die fachlich-kompetente Betreuung der Arbeit und den konstruktiven Austausch, der jederzeit ermöglicht wurde. Darüber hinaus bedanke ich mich, dass Sie stets zur Verfügung stand, auch um fachübergreifende Fragen zu beantworten und danke somit auch den Pädiater:innen und weiteren Mitarbeiter:innen des Kinderkompetenzentrums.

Außerdem danke ich Frau Dr. Birgit Wellie für das Lektorat und konstruktive Kritik.

Meiner Familie, insbesondere meiner Mutter, Fabienne, meinen Schwestern, Anne-Sophie und Laure, sowie meinem Freund, Robert danke ich für die stets geduldige und moralische Unterstützung und das Korrekturlesen dieser Arbeit.

12. Lebenslauf

Persönliche Angaben

Name: **Wagner, Françoise Marthe Roberte**
Geburtsdatum: 03.01.1995
Geburtsort: Luxemburg (L)
Nationalität: luxemburgisch

Weiterbildungszeit

01/10/2021 bis 15/08/2023: Westküstenklinikum Heide, Weiterbildungsassistentin in der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie

Klinische Erfahrung:

Praktisches Jahr:

- Tertian in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde: kath. Marienkrankenhaus Hamburg
- Tertian Chirurgie:
 - Allgemeinchirurgie: EOC Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, San Giovanni
 - Unfallchirurgie und Orthopädie: Westküstenklinikum Heide
- Tertian Innere Medizin:
 - Gastroenterologie, Pneumologie: Centre Hospitalier, Luxembourg
 - Gastroenterologie und Interventionelle Endoskopie: Asklepios Klinik Barmbek

Famulaturen:

- Anästhesie und Intensivmedizin: Asklepios Klinik Barmbek
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde: Praxis PD. Dr. med Koch und Dr. med Kurt Luxembourg
- Gynäkologie und Geburtshilfe: Asklepios Klinik Nord
- Allgemeinmedizin, Praxis Dr. med. Hundhausen und Dr. med. Braun, München
Studium

Studium und schulische Laufbahn:

10/2014 – 06/2021: Studium der Humanmedizin, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf

2007-2014 : Lycée des Garçons Luxembourg, Diplôme de fin d'études secondaires, Schwerpunkt Latein-Biologie-Mathematik

13. 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.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: