UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Institut für Rechtsmedizin (IfR)

Prof. Dr. Klaus Püschel

„Ausgewählte Risikofaktoren für Kindesmisshandlung – Einfluss auf die Schwere der Verletzung“

Dissertation

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

vorgelegt von:

Sonja Menzel
aus Hamburg

Hamburg 2013

Tag der mündlichen Prüfung: 14.2.2014

Gutachter:
1. K. Püschel (IfR)
2. Pohlenz
3. Schäfer

Inhaltsverzeichnis

1. Inhaltsverzeichnis

2. Darstellung der Publikation
   - Einführung
   - Ziel und Fragestellung
   - Definitionen
   - Traumaindices
   - Risiko, Risikofaktoren und Risikoeinschätzung
   - Patienten und Methode
   - Statistik
   - Ergebnisse
   - Weitere Überlegungen
   - Fazit und Ausblick
   - Literatur
   -

4. Druckexemplar der Publikation

5. Erklärung des Eigenanteils

6. Auszug des Vortrages ISALM 2011: Analyse des Einflusses bekannter Risikofaktoren für körperliche Misshandlung von Kindern auf die Intensität der Verletzungen, (S. Menzel)

7. Danksagung

8. Lebenslauf

9. Eidesstattliche Erklärung

Darstellung der Promotion

Einführung

Vielleicht gibt es kaum ein Thema, bei dem zunächst so viel Konsens herrscht, wie bei diesem: Kinderschutz. Kaum eine Stimme gegen Kinderschutz, kaum jemand, welcher nicht emotional wird, wenn es um Kindesmisshandlung geht. Eine Thematik aus der Mitte der Gesellschaft, zunehmend im Fokus, zunehmend der Wille, Kinder effektiv zu schützen und einer möglichst optimalen Entwicklung nichts im Wege stehen zu lassen. Die Frage ist, wie. Was ist Kinderschutz, wo kann wer wie einen Beitrag leisten. Interdisziplinär, vernetzt, mit den Familien. Dringlichkeit und Handlungswille spiegeln sich auch politisch wieder. Das im Januar 2012 in Kraft getretene Kinderschutzgesetz soll einen umfassenderen, zuverlässigeren Kinderschutz ermöglichen. Jedoch soll die offizielle Verankerung eines „Risikoscreening“ derzeit nicht in den Leitlinien verankert werden, zu unklar das Verhältnis von Schaden und Nutzen. Ist die Aussagekraft der Risikofaktoren belastbar erforscht, um auf dieser Basis die Gefahr der Stigmatisierung in Kauf zu nehmen, da unterm Strich sehr viel Unheil vermieden werden kann? Zweifel bestehen und münden zwangsläufig in der Forderung nach gezielten, konkreten Untersuchungen und geeigneten Risikobewertungswerkzeugen.
In dieser umfassenden, unkonkreten Zielsetzung findet die Rechtsmedizin ganz konkret eine ganz wichtige Aufgabe; einem Teil davon ist diese Untersuchung geschuldet.
Wenn man an Kindesmisshandlung denkt, geht es in erster Linie darum, sie zu vermeiden. Primärprävention bei besonders gefährdeten Familien. Und darum, ist einmal etwas passiert, die richtige Lösung für die weitere Fallgestaltung zu finden. Wie wahrscheinlich ist eine Wiederholung? Wie gefährdet ist das Kind in Zukunft unter welchen Bedingungen? Sind (schwere) Verletzungen zu erwarten? Zur Beantwortung all dieser Fragen führt kein Weg an den Risikofaktoren vorbei. Welches sind die Risikofaktoren, welche Bedeutung haben sie. Risikoscreening, gezielte Unterstützungsangebote, Fallplanung, rechtliche Entscheidungsgrundlagen basieren auf der Kenntnis der Bedeutsamkeit der Risikofaktoren.

In diesem Sinne könnte der Wert dieser Arbeit unter anderem in einem Wegweiser für gezieltere zukünftige Forschung und fundiertere Gestaltung im Bereich der Frühen Hilfen liegen. Denkt man über Risikoscreening nach, so wie es derzeit intensiv diskutiert, gefordert (Martrille, 2006) und erprobt wird, stößt man unmittelbar auf die Forderung, dass „die Entwicklung solcher Verfahren zwingend Studien zur prospektiven Aussagekraft und den Anwendungseigenschaften“ beinhalten müsse (Kindler 2010). Will man also Screeningverfaren in der Pra-

xis nutzen, muss sichergestellt sein, dass die Merkmale, auf deren Grundlage eine Risikobewertung geleistet werden soll, gut untersucht sind und einen nutzbaren Vorhersagewert haben (vergl. Kindler 2010). Gerade für längerfristige Arbeit mit den Familien scheint es ratsam, Risikofaktoren in deren Bedeutung für schwerwiegende Verletzungen bestmöglich einschätzen zu können. Es scheint bisher keine Studien zu geben, in denen Zusammenhänge untersucht werden zwischen Risikofaktoren und Verletzungsschwere, obgleich beides zentrale Elemente für effektiven Kinderschutz sind. Immer wieder ist hier die Frage zu klären, ab wann und in welcher Weise ein Eingriff in die familiären Erziehungsstrukturen nötig, möglich und sinnvoll ist. In der Praxis finden sich bestimmte Schwellen, auch unterhalb der Straftatbestände, deren Überschreiten Handlungen zum Schutze des Kindes erfordern können. Die Leitfragen sind dann, wie groß die gegenwärtige Gefahr für das Kind bzw. wie wahrscheinlich eine künftige Kindeswohlgefährdung wäre, unterließe man ein helfendes Einschreiten von Spezialisten. Um beurteilen zu können, ob beispielsweise so genannte gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung vorliegen, bedienen sich Gerichte gerne auch rechtsmedizinischer Gutachten, welche vorliegende Verletzungen beurteilen und im Sinne einer Prognose bewerten.
Der Frage, was gewichtige Anhaltspunkte sind und wie hier die Schwelle sinnvoll definiert werden sollte, muss auf Grundlage belastbarer Forschungsergebnisse noch weiter nachgegangen werden (Kindler 2010).

Ziel und Fragestellung

Sind die Risikofaktoren für das Eintreten von Kindeswohlgefährdung ebenfalls maßgeblich, interessiert man sich für die Schwere der resultierenden Verletzung?
Dieser Frage geht die Analyse von Hamburger Daten nach, welche während der rechtsmedizinischen Untersuchungen bei Verdacht auf Kindesmisshandlung in den Jahren 2007 bis 2010 erhoben wurden. Ziel war es, einige gezielt ausgesuchte Risikofaktoren in Bezug zu setzen mit der Verletzungsschwere, die aus der Gewalteinwirkung auf die Kinder resultierte.
Es galt zu prüfen, ob und in wieweit welche Risikofaktoren mit einer besonders schweren Verletzung korrelieren. Zur Messung der Verletzungsschwere wurden eigens Marker entwickelt, so objektiv wie möglich. Die Möglichkeit, einen Schritt weiter in der Bewertung der Aussagekraft bekannter Risikofaktoren zu kommen, aber auch die nähere, kritische Überprüfung von (scheinbar) relevanten Risikokonstellationen und epidemiologischen Thesen geben neue Impulse, werfen aber auch neue Fragen auf.

Definitionen

Was ist eine schwerwiegende Verletzung? Diese Frage ist nicht einfach zu beantworten, und es gibt keine anerkannte oder in der Praxis etablierte Definition. Das subjektive Gefühl, schwer misshandelt worden zu sein, wird nicht nur bestimmt durch die Verletzungen, sondern auch durch deren Bewertung, Entstehungsmechanismus und nicht zuletzt dadurch, was für den Bewerter, sei es das Kind oder der Untersucher, „normal“, „tolerierbar“ oder „besonders schlimm“ ist.

Um aber Risikofaktoren auf einen möglichen Einfluss, zunächst auf einen Zusammenhang mit schwerwiegenden Verletzungen testen zu können, braucht es eine Definition, die möglichst bei jedem untersuchten Kind untersucherunabhängig und reproduzierbar zu Grunde gelegt werden kann. Die Tatbestände des StGB wie Körperverletzung und schwere Körperverletzung scheinen nicht ideal, nicht konkret genug oder zu konkret und in der rechtsmedizinischen Untersuchungspraxis nicht anwendbar. Dies liegt nicht zuletzt darin begründet, dass es sich bei den Gewaltfolgen gemäss StGB nicht speziell um Verletzungen bei Kindern handelt, die durch Personen des direkten Umfeldes begangen und oft lange unentdeckt bleiben.

Auf Grundlage dieser Überlegungen wurden Indikatoren für eine schwerwiegende Verletzung erarbeitet. Diese bestehen aus mehreren Kriterien, von denen zur Erfüllung der Diagnose „schwerwiegende Verletzung“ jeweils mindestens eines vorliegen muss. Um ein differenzierteres Bild zu erhalten, wurden 2 aufeinander aufbauende, im Folgenden „Traumaindices“ genannte Marker entwickelt: Ein höherschwelliger und ein niedrigschwelliger. Die resultierenden Definitionen sind wie folgt:

Traumaindices

Traumaindex 1

Der Traumaindex 1 ist der höherschwelligere der beiden Marker und ist erfüllt, wenn mindestens eines der folgenden Kriterien/Merkmale zutrifft:

- Schütteltrauma
- Fraktur
- Eine Verletzung, die der Untersucher während der Untersuchung als potentiell lebensbedrohlich oder konkret lebensbedrohlich einstufte

- Eine stationäre Krankenhausaufnahme auf Grund der Verletzungen

Traumaindex 2

Der Traumaindex 2 ist der niedrigschwelligere der beiden und erweitert die Liste der optionalen Kriterien um das Vorliegen einer Verletzung, die durch instrumentelle Gewalt verursacht wurde.

Dies beinhaltet z.B. Striemen, die durch Stockschläge oder Peitschenhiebe entstanden, Abdrücke auf dem Körper des Kindes von Gegenständen, wie Schuhsohlen, Gürtel, Fliegenklatsche, Hand etc.

Allgemein ist mit instrumenteller Gewalt eher die „gefährliche Motivation“ des Täters abgebildet als die Verletzungsschwere an sich. Ein Verprügeln mit einer Fliegenklatsche könnte auch als Zeichen stumpfer Gewalt gewertet werden, da „lediglich“ ein oberflächliches Hämatom entsteht.

Da es bei dieser Auswertung aber darum geht, Risikofaktoren in ihrer Bedeutung, in ihrer potentiellen Gefährlichkeit, auch für zukünftige Ereignisse in der Familie, zu untersuchen, ist es hilfreich, auch den Entstehungsmechanismus und die dahinter stehende Gewaltbereitschaft mit abzubilden.

Risiko, Risikofaktoren und Risikoeinschätzung

Das zentrale Element dieser Arbeit ist die weitere Betrachtung von Risikofaktoren. Dass es bestimmte Umstände und Konstellationen gibt, die statistisch eher zu Gewaltvorfällen in Erziehungsverhältnissen führen, konnten zahlreiche Studien zeigen. Auch um welche es sich handelt oder handeln könnte, ist bekannt. Aus einer Vielzahl von Veröffentlichungen sei an dieser Stelle Kindler zitiert, welcher Risikofaktoren folgendermaßen definiert: „Unter einem Risiko wird in der Regel die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer bestimmten, unerwünschten Wirkung unter spezifizierten Bedingungen verstanden. Im hier vorliegenden Kontext wird eine solche unerwünschte Wirkung meist als Eintritt einer Kindeswohlgefährdung in Form der Misshandlung, Vernachlässigung oder des sexuellen Missbrauchs eines Kindes gefasst.“

Verfahren zur Risikoeinschätzung lassen sich als Prozesse definieren, die unter Berücksichtigung von Kriterien (definierter, valider Risikofaktoren in ihrem Kontext) und Bewertungsregeln zur Bestimmung des Risikos im Einzelfall dienen sollen (Kindler 2010). Hier wird klar, dass nicht nur das Wissen um die Existenz bestimmter Faktoren der Gewalt gegen Kinder,

sondern auch deren Bewertung und Einschätzung, deren Zusammenspiel und Ausgleichbarkeit von Bedeutung sind. Ein Einblick darin, welche Faktoren in welcher Kombination eine besondere Gefährdung, eine besonders schwere Verletzung bedingen (können), ist Teil der Risikoabschätzung (Galm et al., 2010). Kindler weist darauf hin, dass für eine Risikoeinschätzung nicht alle bekannten Risikofaktoren gleich gut geeignet sind und dass deren Eignung umso größer ist, je enger der statistische Zusammenhang zum späteren Eintritt des Risikos ist und je sicherer zu erkennen ist, ob ein bestimmter Risikofaktor vorlag oder nicht. Bedeutsam ist überdies, wenn ein kausaler Einfluss des Risikofaktors auf das Risiko und nicht nur eine ungeklärte Korrelation festgestellt wurde. Je mehr ein Risikofaktor im Verhältnis zu anderen bekannten Risikofaktoren zusätzliche wichtige Informationen liefern kann, desto besser eignet er sich zur Risikoeinschätzung.
Diese Arbeit beschränkt sich auf 5 selektive Repräsentatoren aus einer sich, je nach Studie, ergänzenden, überschneidenden und sich wiederholenden Vielzahl von Risikofaktoren.

Patienten und Methode

Basis dieser retrospektiven Analyse ist die Datenerfassung und Analyse der Dokumentationsbögen des KinderKompt Projektes aus dem Zeitraum Januar 2007 bis Dezember 2010, von denen 469 in die Auswertung einbezogen werden konnten. Dokumentiert wurden hier die rechtsmedizinischen Untersuchungen in der Ambulanz des Instituts für Rechtsmedizin am Universitäts-Klinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), denen ein Verdacht auf Kindesmisshandlung oder Missbrauch zu Grunde lag. Die untersuchten Kinder waren bis 14 Jahre alt. Der Erfassungsbogen umfasst Items, die das familiäre, schulische und soziale Umfeld, allgemeine Angaben zum körperlichen und seelischen Zustand des Kindes sowie sozioökonomische Parameter der Familie abstecken. Dies beinhaltet unter anderem Risikofaktoren. Andererseits werden die Untersuchungsergebnisse festgehalten und bewertet, so zum Beispiel die genauen Verletzungen. Die Variablen sind sowohl objektiv wie z.B. Alter, Größen und Gewichtsangaben, als auch subjektiv von Untersuchern und Begleitpersonen des Kindes bewertet. Die Skalierung der Items variiert von binär codierbar über nominal, ordinal bis hin zu metrischen Daten wie Größe und Gewicht. Auch Freitexteingaben waren vorgesehen. Die Dokumentation erfolgte bei der Untersuchung handschriftlich. Anschließend wurde ein Gutachten erstellt, welches unter Umständen ergänzende Informationen Dritter enthält. Beides wiederum ist Quelle in Folge erstellter Datenbanken in Excel und Lotus.
Inhaltlich beschränkt sich die Auswertung für diese Arbeit auf Akten, die zumindest unter anderem auf den Verdacht der körperlichen Kindesmisshandlung hin erstellt wurden. Fälle, die

sich auf sexuellen Missbrauchsverdacht beschränkten, wurden aufgrund der unterschiedlichen Risikoprofile und Umfeldsituationen nicht berücksichtigt. Ebenso wurden diejenigen Fälle aussortiert, bei welchen der Verdacht vom Untersucher als nicht zu bestätigen eingestuft wurde. Entsprechend der Fragestellung liegt der Fokus auf der Analyse der Zusammenhänge zwischen ausgesuchten Risikofaktoren und Indikatoren für eine schwere Verletzung.
Als Risikofaktoren, auf die sich die Auswertung bezieht, wurden gewählt:

1. Jugendliches Alter der Mutter (zum Vorstellungszeitpunkt unter 20 bzw. 25 Jahren)
2. Mindestens 2 weitere Kinder im Haushalt
3. Alleinerziehende Mutter/Vater oder mit neuem Lebenspartner im Haushalt
4. Kind ist jünger als 1 Jahr, bzw. jünger als 4 Jahre alt
5. Die Familie des untersuchten Kindes erhielt bereits Unterstützung vom Jugendamt.

Diese Risikofaktoren wurden im Folgenden in Bezug gesetzt zu den als Traumaindex1/2 bezeichneten Indikatoren für eine besonders schwere bzw. schwerwiegende Verletzung.

Statistik

Die für die Analyse und Auswertung verwendeten Statistikprogramme waren SPSS und Excel.
Zunächst wurden die Datenbanken (Lotus, Excel) anhand der Fallnummern in SPSS zusammengeführt und aufbereitet. Es wurden Plausibilitätsprüfungen vorgenommen und unbekannte bzw. nicht erfasste Daten als solche gekennzeichnet, bzw. durch wiederholte nachträgliche Recherchen ergänzt. Die Daten wurden, sofern sie nicht bereits nominal oder ordinal skaliert erfasst wurden, kategorisiert und/oder gruppiert. Zu Auswertungszwecken wurden Häufigkeits- und Korrelationsanalysen sowie Signifikanztests wie der Fisher exact Test und Chiquadrattest durchgeführt. Anschließend wurden einige multivariate logistische Regressionen durchgeführt, um mögliche Abhängigkeiten bestimmter Risikofaktoren voneinander zu prüfen.

Ergebnisse

Ergänzung und Vertiefung der veröffentlichen Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Das Alter des Kindes scheint demnach der entscheidende, deutlichste Risikofaktor für eine besonders schwerwiegende Verletzung im Sinne der Traumaindices zu sein. Selbst der Ein-

fluss, den das jugendliche Alter der Mutter auf den Schweregrad der Verletzung hat, ist beeinflusst von dem Alter des Kindes zum Misshandlungszeitpunkt. Eine wahrscheinliche Begründung liegt auch in der gewählten Definition von schwerer Verletzung. Schütteltrauma findet sich fast ausschließlich bei Säuglingen. Auch wird eine stationäre Aufnahme bei Säuglingen niedrigschwelliger erfolgen. Frakturen sind auch bei Kindern unter einem Jahr eher zu erwarten als bei Älteren, die sich wehren können und weglaufen. Der gleiche Kraftaufwand wird bei Kleinkindern weitaus schlimmere Folgen haben. So liegt es in der Verletzlichkeit der jüngsten Kinder als solcher, dass sie besonders häufig und besonders häufig schwer verletzt werden. Aber auch an dem besonderen Überforderungspotential, welches ein permanent zu versorgender Mensch bietet, der seine Bedürfnisse nicht zielgerichtet kommunizieren kann. Nach diesen Überlegungen scheint es sinnvoll, auch in Zukunft beiden Risikofaktoren besonders in Ihrer Kombination weitere Aufmerksamkeit zu schenken, wie es bereits im Bereich der Frühen Hilfen getan wird. Das Aktionsprogramm des BMFSFJ nennt als zentrales Merkmal die Fokussierung auf die Prävention bei Säuglingen und Kleinkindern. Eine detaillierte Analyse von innerfamiliären Dynamiken und Interaktionen ist ebenfalls interessant. Es gibt bereits Anhaltspunkte in der Literatur, die darauf hinweisen, dass eben jene Kombination aus junger Mutter und Säugling, bzw. besonders jungem Kind, als besonders risikoreich gilt. Untersuchungen, inwieweit hier aber auch die potentielle Verletzungsschwere größer ist, scheinen bislang nicht gemacht worden zu sein. Diese Studie könnte im Sinne einer Pilotstudie zu weiterer Forschung in diese Richtung ermutigen.

Weitere Überlegungen

Die Risikofaktoren, die im Rahmen dieser Arbeit mit einer besonderen Verletzungsschwere assoziiert werden konnten, wurden anhand empirischer Analyse und fachkundiger Interpretation der vorliegenden Verletzungen als solche herrausgefiltert. Sie beruhen nicht, wie dies in anderen Studien, welche eine Bewertung der Schwere der Erziehungsgewalt vornehmen, der Fall ist, auf subjektiven Angaben der befragten Kinder und Jugendlichen. Auch ist eine Bewertung der eigenen Kindheitserfahrungen schon aufgrund der zeitlichen Distanz, die sich bei frühkindlichen Misshandlungserfahrungen nicht vermeiden lässt, fraglich verlässlich. Eine aktuelle Studie zu Misshandlungen in Kindheit und Jugend aus dem Jahre 2011 in Deutschland kommt auf diese Weise zu dem Ergebnis, dass in Deutschland 12% der Bevölkerungsstichprobe körperlich misshandelt worden seien, 2,8% berichten von schweren Misshandlungen (Häuser et al, 2011). Das hieße, von den 12% der Misshandelten werden 23,3% als schwer misshandelt klassifiziert. Die durch die „Traumaindices“ dieser Arbeit definierten

schweren Verletzungen machen 20% im Sinne des Hochschwelligen Index und 38% nach Definition des Traumaindex2 aus. Auch wenn das Kollektiv ein anderes ist, lässt sich die Tendenz feststellen, dass vielleicht ein Drittel der Verletzungen, die misshandlungsbedingt sind, sowohl von den Opfern als auch von Rechtsmedizinern als schwerwiegend eingestuft werden. Dies bestätigt auch die Auswahl der Definitionskriterien, die den Traumaindices dieser Arbeit zu Grunde liegt Der höherschwellige und der niedrigschwelligere Wert umrahmen quasi die Werte, die, Opfer im Mittel als schwerwiegende Misshandlung empfinden.

In einem Bericht über Ausmaße und Ursachen von Kindeswohlgefährdung von 2011 wurden vergangene Untersuchungen zusammengefasst mit dem Schluss, dass ca. 5% der Kinder und Jugendlichen Opfer schwerer, bzw. häufiger Misshandlung wurden (Deegener 2011). Welche Definitionen von schwerer Misshandlung im Einzelnen herangezogen wurden, ist nicht bekannt.

Für eine Studie (durchgeführt von Baier et al 2007/2008) wird angegeben, dass, um eine schwere Gewalt zu definieren, dort das Vorliegen von mindestens einer der folgenden Gewalthandlungen zu Grunde gelegt wurde: mit einem Gegenstand geschlagen, mit der Faust geschlagen oder getreten bzw. zusammengeschlagen. Hier sind Handlungen beschrieben, die zu mehr oder weniger schweren Verletzungsfolgen führen, die dann in unseren Indices erfasst würden. Auch hier wird instrumentelle Gewalt als Marker für schwerwiegende Misshandlung gesehen.

Die Studie ergab, dass nach dieser Definition 12,3% selten und 3% der Kinder häufig bis zu ihrem 12. Lebensjahr schwere Gewalt erlitten haben. Wie unterschiedlich und subjektiv schwere Gewalt und schwere Verletzung wahrgenommen und definiert werden, wird ersichtlich, beachtet man, dass diese Befragung auf einem Querschnitt von Neuntklässlern, und nicht auf einem bereits vorselektierten Kollektiv (mit Misshandlung, bzw. wahrscheinlicher Misshandlung) basiert und zu einer Prävalenz von 15,3% für schwere elterliche Gewalt kommt.

Es fällt auf, das die Zahlen des IfR und dieser Arbeit unter Anwendung möglichst messbarer Untersuchungsergebnisse näher bei denen liegen, die lediglich auf einer Bewertung der Opfer (wurde ich (schwer) misshandelt?) beruhen als solche, die aus der Angabe konkreter Handlungen die Gewaltschwere ableiten. (Eventuell kann die Abweichung relativiert werden, gibt man der Tatsache Gewicht, dass dieser hohen Prävalenz Ereignisse der ersten 12 Lebensjahre zu Grunde liegen, und dass die Misshandlungsschwere und Wahrscheinlichkeit mit dem Kindesalter abnimmt.)

Ein Konsens, was schwere Gewalt, schwere Misshandlung, schwerwiegende Verletzung sind, was sie auszusagen vermögen, wäre einrichtungsübergreifend wünschenswert.

Dies wäre sicherlich auch im Interesse derer, die ihre Entscheidung, in „familiäre Hoheitsbe-

reiche“ einzugreifen, rechtfertigen müssen.

Auch lohnt sich ein Blick aus epidemiologischer Perspektive: Forderungen nach einer Verbesserung der Datenlage in Bezug auf Kindesmisshandlung durch konsequente Dokumentation von entsprechenden Fällen, wie sie dieser Arbeit zu Grunde liegt, haben unter anderem zum Ziel, Licht in das Dunkelfeld zu bringen, die wenig öffentlichen Vergehen besser sichtbar zu machen (Fendrich und Pothmann 2010). Die Daten der Kinderschutzambulanz erlauben es ganz klar, zumindest für Hamburg, ein erhebliches Dunkelfeld anzunehmen und sich grobe Vorstellungen von dessen Ausmaß zu machen.
Die überwiegende Mehrheit der so untersuchten Kinder wird von keiner polizeilichen Statistik erfasst und geht nicht in offizielle Misshandlungszahlen ein. So spiegeln die Hellfeldzahlen eher die Reaktionen der involvierten Institutionen wider, denn die reale Situation (Paul und Backes 2008).
Die 469 Fälle, die hier aus 4 Jahren ausgewertet wurden (durchschnittlich 115 pro Jahr), würden die Prävalenzdaten der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) um 0,05% erweitern. Für 2010 führt die PKS für Hamburg 69 Fälle von Misshandlung von Kindern. Laut Pressestelle des zuständigen LKA beinhaltet dies Anzeigen nach § 225 StGB exklusive der Fälle, in denen die Opfer über 14 waren. Schon im Vergleich dieser Zahl mit denen, die dieser Arbeit zu Grunde liegen, wird deutlich, wie wenig das Hellfeld erfasst . Und dass dies bei Weitem nicht der größte Teil der Dunkelziffer sein kann, macht unter anderem die oben zitierte Befragungsstudie deutlich, die zu Prävalenzen von 12% kommt (Häuser et al).
Dieselbe Polizeistatistik führt aber neben den Fällen von Misshandlung von Kindern noch andere Gewaltdelikte an Kindern: 326 Fälle von gefährlicher, schwerer Körperverletzung und 1042 Fälle von vorsätzlicher leichter Körperverletzung. Grundlage dieser Anzeigen sind Taten, die kein Fürsorgeverhältnis des Täters zu dem Opfer beinhalten.
Dass diese Zahlen so eklatant höher sind als die der Kindesmisshandlung, verwundert, betrachtet man Studien, die zeigen, dass Gewalt gegen Kinder in ganz überwiegendem Maße von Eltern verübt wird.
Eine Studie fand einen Anteil von 88% Eltern unter den Tätern (Landgraf et al, 2009).
Zum einen kann man diese Widersprüchlichkeit sicher damit begründen, dass deshalb wenige Fälle von Kindesmisshandlung im familiären Kontext angezeigt werden, weil nach dem Grundsatz „Hilfe statt Strafe“ vorgegangen wird. Zum anderen aber scheint auch immer noch ein großer Teil der Taten unentdeckt zu bleiben (vergl. Mützel 2011).
Diese Überlegungen sind vor allem vor dem Hintergrund interessant, dass epidemiologische Studien zum Teil nur auf den offiziellen Statistiken beruhen.

Weitere Ergebnisse:

Trotz des vergleichsweise grossen Umfanges der Publikation, der es ermöglichte, bereits viele Ergebnisse und Überlegungen darzustellen, bieten die zugrunde liegenden Dokumentationsbögen noch weitere nennenswerte Ergebnisse. Auch bietet sich die Möglichkeit, in Zukunft über die bereits ausgewerteten Fakten und Zusammenhänge hinaus, in weitere Richtungen zu forschen.

Zu den weiteren, relevanten Ergebnissen zum Lebensumfeld und zu den Untersuchungsbefunden der Rechtsmedizinischen Untersuchung gehören aus meiner Sicht die folgenden :

1. Wie zeigt sich die Geschlechterverteilung der untersuchten Kinder?

Die in der Alalyse erfassten Kinder waren zu 52,5% Jungen, und zu 47,5% Mädchen.

2. Wo lebte das Kind zum Untersuchungszeitpunkt?

Das Kind lebte zu 39% bei den leiblichen Eltern, zu 48,8% bei einem Elternteil und ggf dessen neuem Lebenspartner und in 7,2% der Fälle bei einer Pflegefamilie, im Heim oder bei Dritten.

3. Wer hat die Vorstellung des Kindes in der Rechtsmedizin veranlasst?

Jugendamt: 45%
Polizei: 19,2%,
Krankenhaus: 17,7%
Mutter: 3%
Vater: 1,9%
Kinderarzt: 1,9%
Schule: 1,7%
Eltern: 0,9%
Kita: 0,4%
Gericht: 0,2%
andere: 8,1%

4. Gibt es weitere interessante Details zu den Verletzungen?

Instrumentelle Gewalt lag vor bei 19,4% der untersuchten Kinder.

Verletzungen, die vom Rechtsmediziner als potentiell lebensbedrohlich eingestuft wurden:

2,8%
Verletzungen, die vom Rechtsmediziner als akut lebensbedrohlich eingestuft wurden: 0,9%.

5. Wie stellen sich die Verletzungen im Jahrgangsvergleich dar?

2007: 83 Kinder untersucht, davon 40% index2 positiv
2008: 142 Kinder untersucht, davon 40% index2 positiv
2009: 120 Kinder untersucht, davon 40% index2 positiv
2010: 119 Kinder untersucht, davon 30% index2 positiv
Der höherschwelligere Index1 traf über alle Jahrgänge gleichfalls zu 20% zu.

6. Wo lag der Anteil der Kinder, bei denen Pflege oder Zahnstatus defiziär waren?
21,5%

7. Welche Stellung hatte des Indexkind in der Geschwisterreihe?
jüngstes Kind: 35%
ältestes Kind: 18,5%
keine Geschister: 21,5%

Weiterführende Fragen und Ansatzpunkte, bei denen das Untersuchungsmaterial Ergebnisse oder Hinweise liefern könnte:

Interessant wäre sicher, ob und ggf inwieweit das Vorliegen mehrerer Risikofaktoren ein anderes (qualitativ oder quantitativ?) Verletzungsbild erwarten lässt und wie welche Kombinationen in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen.
Konkret könnte man ermitteln:
Gibt es Unterschiede in der Verletzungsschwere, in der Art, Zusammensetzung, Häufung oder Frequenz der Verletzungen, wenn (welche?) Kombinationen von Risikofaktoren vorlagen? Welche Risikofaktoren bedingen sich untereinander wie? Gibt es Risikofaktoren, die besonders häufig in Kombination auftreten? Was bedeutet das für die Verletzungsschwere? Gibt es Risikofaktoren, die besonders stark mit einem bestimmten Verletzungsmuster korrelieren? Gibt es Risikofaktorkombinationen, die vielleicht sogar einen positiven oder abschwächenden Einfluss auf die Eigenschaft als Risikofaktor oder die Verletzungsschwere, Frequenz, Art haben?
Macht es einen Unterschied, ob 2, 3, 4 oder alle untersuchten Risikofaktoren vorlagen? Wel-

cher Unterschied kann ggf. gefunden werden? Gilt die These: Je mehr Risikofaktoren, desto schwerwiegender die Verletzung?
Wie sähe der Einfluss der einzelnen Risikofaktoren aus, wenn die Indices für Verletzungsschwere anders zusammengesetzt wären?
Gibt es bestimmte protektive Faktoren, die auf unterschiedliche Kombinationen von Risikofaktoren unterschiedeliche Einflüsse haben?
Gibt es bestimmmte Einschränkungen für die in der Pulikation genannten Ergebisse? Gibt es zum beispiel bestimmte Kollektive, in denen das Vorliegen eines Risikofaktors keine (schwerwiegende) Verletzung bedingt?

Des weiteren wäre es interessant, die Daten nachfolgender Jahrgänge mit denselben Methoden auf dieselben Thesen hin zu untersuchen und mit denen hier gezeigten zu vergleichen. So könnten sich eventuell Hinweise auf erfolgreiche Prävention in bestimmten Bereichen, in bestimmten Kollektiven finden lassen. Auch könnte man Gesellschaftstrends erahnen. Natürlich können dann auch Aussagen zu steigenden/sinkenden Prävalenzen gemacht werden, sowohl was das Auftreten oder Vorliegen der Risikofaktoren angeht, als auch im Hinblick auf deren sich möglicherweise ändernde Bedeutung.
Gleiches gilt für die Verletzungen hinsichtlich Schwere, Art und Zusammensetzung.
Sicherlich wäre es auch sinnvoll, in Zukunft die Datenerhebung um bestimmte Kriterien zu erweitern oder bestimmte Punkte konsequenter und zuverlässiger zu dokumentieren, um z.B. Aussagen über weitere aus der Literatur als solche verifizierte Risikofaktoren treffen zu können. Konkret könnten dies sozioökonomische, kulturelle und psychosoziale Themen sein, deren Dokumentation viel Erfahrung und Sensibilität erfordern, aber immer auch ein gewisses Mass an Unsicherheit mit sich bringen.

Fazit und Ausblick

Diese Analyse scheint die untersuchten Risikofaktoren erneut als solche zu bestätigen. Ob und inwieweit das Vorliegen dieser Faktoren auch eine schwerwiegendere Verletzung wahrscheinlich macht, variiert von Merkmal zu Merkmal stark. Auch gibt es Anhaltspunkte dafür, dass Abhängigkeiten eine Rolle spielen, dass sich einzelne Merkmale bedingen. So scheint diesen Ergebnissen zufolge der Risikofaktor „Kind unter einem Jahr“ der dominierende zu sein.
Nun sei jedoch an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Veröffentlichung und Bewertung dieser Ergebnisse nur im Sinne eines Anhaltspunktes, einer

Auslotung weiterer Forschungsschwerpunkte, von möglichem Interesse sein können.
Die scheinbare Deutlichkeit, in der einige Risikofaktoren, wie jener der (sehr) jungen Mutter und der des sehr kleinen Kindes mit der Verletzungsschwere korrelieren, darf nicht unkritisch als Argumentationswerkzeug zu Stigmatisierungszwecken missbraucht oder fahrlässig in dieser Richtung interpretiert werden. Die Gefahr besteht, dass, je mehr und exakter man über die Folgen, die Bedeutsamkeit der Risikofaktoren in Erfahrung bringt, je deutlicher sich einige Umstände und Merkmale mit besonders schwerwiegenden Verletzungen in Verbindung bringen lassen, desto sensibler müssen alle Beteiligten mit ungeprüften Attributionen und möglichen Stigmata umgehen.
Es mag nach einem Dilemma klingen, zwischen bestmöglicher Beleuchtung der Bedeutung der Gründe, die schlimmstenfalls zu einer besonders gravierenden Misshandlung führen und der Tatsache, dass epidemiologische Forschung immer eine Verallgemeinerung bedingt, der eine Einzelfallbetrachtung entgegensteht. In Literatur, Leitlinien und Grundsätzen aber kann individuelles Einzelschiksal kaum Grudlage sein. Hier muss jeder Einzelne, der in diesem Kontext und mit betroffenen Familien umgeht, sich seiner Verantwortung bewusst sein.
Die Feststellung, dass der Risikofaktor „Jugendamt unterstützt die Familie bereits“ auch auf die in diesem Projekt untersuchten Familien zutrifft, der Einfluss auf die Verletzungsschwere aber keine besondere Relevanz zu haben scheint, könnte im Kontext des im Januar 2012 in Kraft getretenen Bundeskinderschutzgesetz interessant sein. Dass die Unterstützung des Jugendamtes offensichtlich schwere Verletzungen und Misshandlungen überhaupt, nicht optimal zu verhindern weiß, scheint bekannt. So soll das 2012 in Kraft getretene Gesetz sicherstellen, „dass bei Umzug der Familie das neu zuständige Jugendamt die notwendigen Informationen vom bisher zuständigen Jugendamt bekommt, die es braucht, um das Kind wirksam zu schützen.“ Ferner soll es „klare Regelungen geben, die die Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient schützen aber auch die Brücke zum Jugendamt schlagen“, da oftmals Ärzte den ersten Kontakt zu misshandelten Kinder haben (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2011).
Es ist abzuwarten, ob diese Regelungen die Effektivität der Jugendamtsmaßnahmen dahingehend verbessern kann, dass sich Ergebnisse folgender Studien von diesen Ergebnissen unterscheiden.

Abschließend soll noch einmal auf die Bedeutung von Risikofaktoren im Allgemeinen hingewiesen werden. Zwar ist deren Kenntnis hilfreich und unerlässlich, will man Prävention etablieren und Prognosen und Konzepte für den weiteren Verlauf im Kinderschutz ermöglichen. Doch kann man von dem Vorliegen der Risiken nicht darauf schließen, dass ein Kind misshandelt werden wird. Die meisten Eltern, die Risikofaktoren aufweisen, misshandeln ihre Kin-

der nicht. Auch „Risikokinder“ und ein „Risikoumfeld“ werden nur selten zu Fällen von Kindesmisshandlung (vergl. Thyen et al 2000). Auf Bevölkerungsebene kann die Identifizierung von Hochrisikogruppen dazu dienen, diesen gezielt freiwillige Hilfen und spezifische Präventionsmaßnahmen zukommen zu lassen. Sie stellt aber kein Mittel dar, mit dem sich einzelne Familien aufspüren ließen, in denen Kinder wahrscheinlich misshandelt werden. Auf individueller Ebene kann für Familien, in denen bereits eine Misshandlungsproblematik vorliegt, eher eine Prognose für das weitere Risiko erstellt werden, welche dann aber auf statistischen Wahrscheinlichkeiten beruht, aber keine Einzelfallbetrachtung ersetzt.

Literatur:

Galm B, Hees K, Kindler H,(2010): Kindesvernachlässigung. Verstehen, erkennen, helfen. Reinhardt: München

Häuser W, Schmutzer G, Brähler E, Glaesmer H, (2011): Misshandlungen in Kindheit und Jugend: Ergebnisse einer Umfrage in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung, Deutsches Ärzteblatt, Volume 2011.0287, p 287–294.

Kindler 2010: H. Kindler, Risikoscreening als systematischer Zugang zu Frühen Hilfen. Ein gangbarer Weg? Bundesgesundheitsbl. 2010 · 53:1073–1079

Landgraf M, Zahner, L, Nickel P, Till, H , Keller A: Kindesmisshandlung – Soziodemografie, Ausmaß und medizinische Versorgung – Retrospektive Analyse von 59 Patienten/-innen, Monatsschrift Kinderheilkunde 2010, Vol. 158, Nr.2, 149-156

S. Fendrich, J. Pothmann 2010: Einblicke in die Datenlage zur Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung in Deutschland, Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik, Technische Universität Dortmund, Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschut, Springer Medizin Verlag 2010

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 120:73–78

Mützel E, 2011: Gewalt gegen Kinder und Jugendliche,
Monatsschrift Kinderheilkunde 159, 373-382

Thyen U, Kirchhofer F, Wattam C (2000) Gewalterfahrung in der Kindheit – Risiken und gesundheitliche Folgen. Gesundheitswesen 62:311–319

Weiterführende aktuelle Literatur und Links zum Thema Risikofaktoren und Prävention von Kindesmisshandlung

Gahr B, Graß H, Ritz-Timme S, Banaschak S (2012): Klinisch-rechtsmedizinische Kompetenz in der Gewaltversorgung, Rechtsmedizin 22 (5), 5379-384

Sperhake J, Matschke J: (2013) Kindesmisshandlung, Klinisch-forensische Medizin
2013, pp 266-278 , Springer Verlag

Buschhorn C (2012): Grundlagen Früher Hilfen
in: Soziale Arbeit als Wohlfahrtsproduktion Frühe Hilfen Versorgungskompetenz und Kompetenzüberzeugung von Eltern, Verlag für Sozialwissenschaften

Zepp F, Nowak-Göttl U (2012): Hautblutungen im Kindes- und Jugendalter, Monatsschrift Kinderheilkunde, 2012/6: 536- 537,

Bastian P (2012) :Die Überlegenheit statistischerUrteilsbildung im Kinderschutz ,ein Plädoyer für einen Perspektivwechsel hin zu einer angemessenen Form sozialpädagogischer Diagnosen in Rationalitäten des Kinderschutzes, 249-267, VS Verlag für Sozialwissenschaften

Pollak S, (2013): Geschichte und Aufgabenfelder der klinischen Rechtsmedizin
Klinisch-forensische Medizin pp 3-14 , Springer Verlag

Babylotsenprojekt in Hamburg als Beispiel früher Hilfen, die bei den bekannten Risikofaktoren in Form eines pränatalen Screenings ansetzen.
http://zpm.uke.uni-hamburg.de/Webpdf/Babylotse.pdf

Bericht der Bundesärztekammer zu Früherkennung und Prävention von Vernachlässigung

Rechtsmedizin

Organ der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin

Elektronischer Sonderdruck für

S. Menzel

Ein Service von Springer Medizin

Rechtsmedizin 2013 · 23:29–37 · DOI 10.1007/s00194-012-0866-1

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der privaten Homepage und Institutssite des Autors

S. Menzel · A. Heinemann · K. Püschel · D. Seifert

Ausgewählte Risikofaktoren für Kindesmisshandlung

Einfluss auf die Schwere der Verletzung

www.Rechtsmedizin.springer.de

Springer Medizin

Rechtsmedizin 2013 · 23:29–37
DOI 10.1007/s00194-012-0866-1
Online publiziert: 13. Januar 2013
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

S. Menzel · A. Heinemann · K. Püschel · D. Seifert
Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg

Ausgewählte Risikofaktoren für Kindesmisshandlung

Einfluss auf die Schwere der Verletzung

Risikofaktoren, die eine künftige Kindesmisshandlung begünstigen, sind auf der Basis epidemiologischer Studien valide erforscht. Weniger bekannt ist deren Bedeutung für eine qualitative und quantitative Risikobewertung im individuellen Fall. Von besonderem Interesse ist hierbei die Frage der Prognose der Verletzungsschwere einer möglichen zukünftigen Misshandlung.

Hintergrund

Im Jahr 2010 wurden 4412 Fälle von Kindesmisshandlung durch Erziehungspersonen in der Bundesrepublik Deutschland bekannt. Die Daten wurden in der *Polizeilichen Kriminalstatistik* [4] zu § 225 des Strafgesetzbuchs (StGB, Misshandlung von Schutzbefohlenen) veröffentlicht.

Diese Zahlen bekräftigen den Handlungsbedarf, den nach Betroffenen und Fachkreisen aktuell auch der Gesetzgeber in Deutschland sieht: Das am 01.01.2012 in Kraft getretene neue Bundeskinderschutzgesetz (BGBl. 2012, S. 2975) ist Spiegel für den politischen Willen und Beweis für das gesellschaftliche Interesse, den Kinderschutz umfassender und verlässlicher zu gestalten. Unter anderem soll mit einer „Befugnisnorm für Berufsgeheimnisträger zur Informationsweitergabe an das Jugendamt" erreicht werden, dass z. B. Ärzte niedrigschwelliger einen Verdacht gegenüber dem Jugendamt äußern dürfen, ohne eine Verletzung der Schweigepflicht zu riskieren. So heißt es vonseiten des Ministeriums: „Häufig ist eine Kindesgefährdung für Ärzte oder andere sogenannte Berufsgeheimnisträger als erste erkennbar" [5].

Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, dass Ärzte ein besonderes Bewusstsein für die Bedeutung der Risikofaktoren einer Kindeswohlgefährdung erlangen. Welche Faktoren eine künftige Kindesmisshandlung eher begünstigen, ist mittlerweile auf Basis epidemiologischer, auch sozialwissenschaftlich orientierter Studien valide erforscht [2, 3, 6, 16, 19, 20, 22]. Weniger bekannt ist deren Bedeutung für die qualitative und die quantitative Risikobewertung im individuellen Fall. Dies ist jedoch notwendige Grundlage, um Prävention auf Basis der Risikofaktoren z. B. im Sinne eines derzeit kontrovers diskutierten Screeningverfahrens zu etablieren [16]. Von besonderem Interesse ist auch die Frage der Prognose der Verletzungsschwere einer möglichen zukünftigen Misshandlung, gerade für eine längerfristige Arbeit mit betroffenen Risikofamilien.

Auch die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin zur forensisch-medizinischen Untersuchung von kindlichen Gewaltopfern fordern Standards in der Untersuchung, Dokumentation und Bewertung von Misshandlungsfolgen, um mehr Sicherheit und Vergleichbarkeit zu erreichen [7].

Retrospektive Analyse

Die Basis dieser retrospektiven Analyse bilden insgesamt 469 ausgewertete Akten aus einer Grundgesamtheit von 915 Dokumentationsbogen des „KinderKompt"-Projekts des Instituts für Rechtsmedizin (IfR) im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) aus dem Zeitraum Januar 2007 bis Dezember 2010. Dokumentiert wurden hier die rechtsmedizinischen Untersuchungen, denen ein Verdacht auf Kindeswohlgefährdung zugrunde lag. Die untersuchten Kinder waren bis 14 Jahre alt. In dem für das Projekt entwickelten Dokumentationsbogen wurden Angaben über das familiäre, schulische und soziale Umfeld, Angaben zum körperlichen und seelischen Zustand des Kindes, Entwicklungsstand des Kindes sowie sozioökonomische Parameter der Familie erfasst. Parallel dazu wurden sowohl Untersuchungsergebnisse als auch die Bewertung der Untersuchung in einem rechtsmedizinischen Gutachten festgehalten.

Inhaltlich beschränkt sich die Auswertung dieser Arbeit auf Fälle mit der Einweisungsdiagnose „Verdacht auf körperliche Kindesmisshandlung". Die Fälle, in denen neben der Verdachtsdiagnose Kindesmisshandlung auch andere Arten von Kindeswohlgefährdung wie z. B. sexueller Missbrauch oder Vernachlässigung geäußert wurden, wurden ebenfalls berücksichtigt. Fälle, die sich auf sexuellen Missbrauchsverdacht beschränkten, wurden aufgrund der unterschiedlichen Risiko-

persönliches Exemplar für S. Menzel

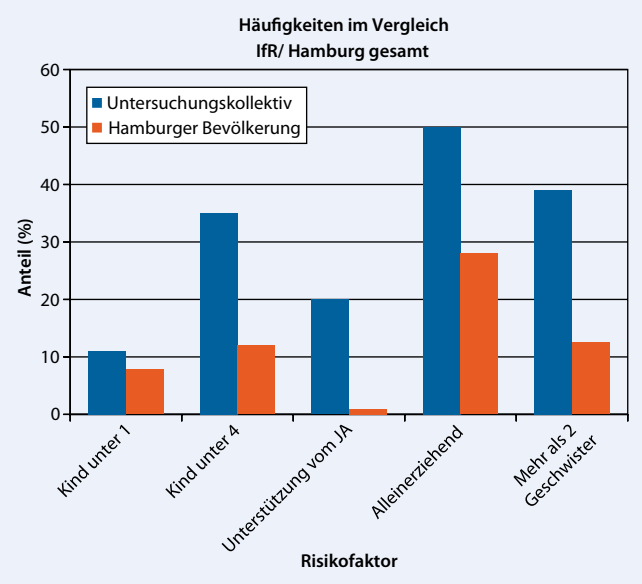


Abb. 1 ◀ Wie häufig finden sich die ausgewählten Risikofaktoren im untersuchten Kollektiv des Instituts für Rechtsmedizin Hamburg im Vergleich zu der Hamburger Allgemeinbevölkerung? *JA* Jugendamt

profile und Umfeldsituation nicht einbezogen. Ebenso wurden die anlässlich der rechtsmedizinischen Untersuchung von dem beurteilenden Facharzt als nichtbestätigt eingestuften Verdachtsfälle ausgeschlossen.

Entsprechend der Fragestellung liegt der Fokus auf der Analyse der Zusammenhänge zwischen ausgesuchten Risikofaktoren und Indikatoren für eine schwere Verletzung.

Risikofaktoren

Auf Basis der Forschungsliteratur zum Thema wurde folgendes Konzept von Risikofaktoren für die Auswertung gewählt:

- junge Mutter (zum Vorstellungszeitpunkt jünger als 20 bzw. 25 Jahre);
- mindestens 2 weitere Kinder im Haushalt;
- Alleinerziehende/r Mutter/Vater, ggf. mit neuem Lebenspartner im Haushalt;
- Kind ist jünger als 1 Jahr bzw. jünger als 4 Jahre;
- Familie des untersuchten Kindes erhält bereits Unterstützung vom Jugendamt.

Aus der Vielzahl bekannter Risikofaktoren wurden die vorstehenden ausgewählt, da sie im Rahmen der retrospektiven Analyse sowohl objektivierbar als auch verlässlich dokumentiert sind. Ferner erscheinen sie in der Literatur besonders umfassend gesichert [8, 13, 21].

Verletzungsindikatoren

Um ein differenzierteres Bild zu erhalten, wurden 2 aufeinanderaufbauende, im Folgenden „Traumaindizes“ genannte Marker entwickelt: ein höherschwelliger und ein niedrigschwelliger. Die daraus resultierenden Definitionen sind, wie im Folgenden beschrieben, festgelegt.

Traumaindex 1

Der Traumaindex 1 ist der höherschwelligere der beiden Marker und ist erfüllt, wenn mindestens eines der folgenden Kriterien/Merkmale zutrifft:

- Schütteltrauma,
- gewaltassoziierte Fraktur,
- Verletzung, die der Untersucher als potenziell lebensbedrohlich oder konkret lebensbedrohlich eingestuft hat, oder
- stationäre Krankenhausaufnahme aufgrund der Verletzung(en).

Traumaindex 2

Der Traumaindex 2 ist niedrigschwelliger und erweitert die Liste der optionalen Kriterien um das Vorliegen einer Verletzung, die durch instrumentelle Gewalt verursacht wurde. Dies beinhaltet z. B.:

- Striemen, die durch Stockschläge oder Peitschenhiebe entstanden sind,
- Abdrücke von Gegenständen auf dem Körper des Kindes wie z. B. Schuhsohlen, Gürtel etc.

Mit der Kategorie der instrumentellen Gewalt wird die „Motivation“ des Täters, Verletzungen zu verursachen, unabhängig von der tatsächlich verursachten Verletzungsschwere, abgebildet. Da Ziel dieser Auswertung war, Risikofaktoren in ihrer Bedeutung, in ihrer potenziellen Gefährlichkeit auch für zukünftige Ereignisse in der Familie zu untersuchen, ist es hilfreich, den Entstehungsmechanismus und die dahinterstehende Gewaltbereitschaft mitzuzeigen.

Statistische Auswertung

Für die Analyse wurden die Statistikprogramme SPSS und Excel verwendet. Zunächst wurden die Datenbanken (Lotus Approach, Excel) anhand der Fallnummern in SPSS zusammengeführt und aufbereitet. Es wurden Plausibilitätsprüfungen vorgenommen und unbekannte bzw. nichterfasste Daten als solche gekennzeichnet bzw. durch nachträgliche Recherchen ergänzt. Die Daten wurden, sofern sie nicht bereits nominal oder ordinal skaliert erfasst wurden, kategorisiert und/oder gruppiert. Für eine deskriptive Analyse wurden Häufigkeits- und Korrelationsanalysen sowie Signifikantstests wie der χ^2-Test und der Exakte-Fisher-Test durchgeführt. Anschließend wurden multivariate logistische Regressionen erstellt, um mögliche Abhängigkeiten bestimmter Risikofaktoren voneinander zu prüfen.

Ergebnisse

Häufigkeiten der Risikofaktoren

Die Betrachtung der Häufigkeiten der analysierten Risikofaktoren zeigt ihre Überrepräsentanz im Untersuchungskollektiv im Vergleich zur Hamburger Gesamtbevölkerung und bestätigt zunächst ihre Gültigkeit für die vorliegende Untersuchung: Das Vorliegen dieser Risikofaktoren korreliert offenbar mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für eine Vorstellung des Kindes im IfR. Die Unterschiede der Häufigkeiten sind in allen untersuch-

persönliches Exemplar für S. Menzel

ten Punkten höchst signifikant (p<0,001; Abb. 1).

Der Risikofaktor „Alter der Mutter" kann hier nicht abgebildet werden, weil das durchschnittliche Alter der Mütter in Hamburg nicht zu ermitteln ist. Für das untersuchte IfR-Kollektiv gilt, dass 6,4% der Mütter jünger als 20 Jahre und mehr als 20% jünger als 25 Jahre sind.

Korrelationen

Im Folgenden werden die oben in ihren Häufigkeiten dargestellten Risikofaktoren zu den beiden Traumaindizes in Beziehung gesetzt. Auf das Gesamtkollektiv von 469 Kindern bezogen, trifft der Traumaindex 1 in 20% der Fälle zu, der Traumaindex 2 knapp doppelt so oft (37,9%). Dies entspricht 97 resp. 176 Kindern in 4 Jahren.

Alter der Mutter zum Vorstellungszeitpunkt

Kinder von Müttern, die jünger als 20 Jahre sind, erfüllen in 62,5% der Fälle sowohl die Kriterien des Traumaindex 1 als auch die des Traumaindex 2. Bei Müttern zwischen 21 und 25 Jahren wurden die Kriterien des Traumaindex 1 in 44,7% der Fälle beobachtet, die des Traumaindex 2 in 48,2%. Werden diese beiden Gruppen zu einer Gruppe der jungen Mütter bis 25 Jahre zusammengefasst, finden sich die Indizes zu 47,4 (Index 1) bzw. 50,5% (Index 2) bestätigt.

Die Mehrzahl der Mütter im untersuchten Kollektiv war zum Vorstellungszeitpunkt mindestens 26 Jahre alt. Ihre Kinder waren von Verletzungsmustern nach den Indizes 1 und 2 in 11,2 resp. 33,5% der Fälle betroffen (Abb. 2).

Besonders junges Kind

Säuglinge (unter 1 Jahr alt) wiesen zu 74,5% schwerwiegende Verletzungen im Sinne des Index 1 auf. Die Voraussetzungen für den Index 2 zeigten 76,4% der Fälle. Etwa 40 bzw. 20% aller Kinder, auf die Index 1 bzw. Index 2 zutrifft, sind jünger als 1 Jahr. In der Traumaindexgruppe 1 waren 40,8% der Kinder jünger als 4 Jahre, und in der Traumaindexgruppe 2 waren es 47,5%. Waren die Kinder über 4 Jahre alt, konnten 10% der Gruppe des Traumaindex 1 und 2,7% der Gruppe des Index 2 zugeordnet werden. Für beide Indizes ist der Unterschied, ob es sich um ein Kind älter oder jünger als 4 Jahre handelt, höchst signifikant (p<0,001; Abb. 2).

Familie wird bereits vom Jugendamt unterstützt

In Familien, die bereits beim Jugendamt bekannt waren und dort in irgendeiner Form unterstützt wurden, finden sich Verletzungen gemäß Traumaindex 1 in 16,3% der Fälle. Bei den Familien, in denen dies nicht der Fall ist, sind die Index-1-Kriterien in 23,2% der Fälle erfüllt. Für den Traumaindex 2 gilt: Ist das Jugendamt bereits involviert, sind schwere Verletzungen bei 30% der untersuchten Kinder nachzuweisen. Ist es das nicht, sind Kriterien des Traumaindex 2 in 42% der Fälle erfüllt (Abb. 2).

Alleinerziehender Elternteil, ggf. mit neuem Partner

Gibt es einen alleinerziehenden Elternteil, ggf. mit neuem Partner, treffen die Kriterien des Index 1 in 18,3% der Fälle zu, die des Index 2 in 34,9%. Lebt das Kind bei leiblichen Eltern, finden sich Verletzungsmuster gemäß den Indizes 1 und 2 zu 25,3 resp. 43,4% der Fälle (Abb. 2).

Viele Kinder im selben Haushalt

Der letzte untersuchte Risikofaktor ist das Vorhandensein mehrerer Geschwister in demselben Haushalt wie das vorgestellte

Zusammenfassung · Abstract

Rechtsmedizin 2013 · 23:29–37 DOI 10.1007/s00194-012-0866-1
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

S. Menzel · A. Heinemann · K. Püschel · D. Seifert

Ausgewählte Risikofaktoren für Kindesmisshandlung. Einfluss auf die Schwere der Verletzung

Zusammenfassung

Die vorgestellte Arbeit untersuchte am Kollektiv einer rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle für kindliche Opfer von Gewalt ausgewählte, in der viktimologischen Forschung als validiert publizierte Risikofaktoren für das Auftreten von Kindesmisshandlungen im Hinblick auf ihren Indikatorgehalt a) für eine (objektiv vorliegende) besonders schwerwiegende Verletzung eines Kindes oder b) optional zusätzlich für eine Verletzung, bei der durch instrumentelle Gewalt das Risiko für die Entstehung einer solchen bestand. An einer Stichprobe von 469 untersuchten Kindern wird gezeigt, dass insbesondere die Risikofaktoren „junge Mutter" und „besonders junges Kind" einen statistisch signifikanten unabhängigen Zusammenhang mit der gewählten Definition einer schwerwiegenden Verletzung aufweisen. Andere untersuchte Risikofaktoren zeigten in der multivariaten Analyse letztlich keine unabhängige Assoziation. Von den beiden Hauptrisikofaktoren scheint das „Alter des Kindes unter 1 Jahr" den entscheidenden Einfluss zu haben; es besteht ein Einfluss auch auf die Wirksamkeit des Faktors „Alter der Mutter".

Schlüsselwörter

Altersfaktoren · Alleinerziehendenfamilie · Geschwister · Jugendamt · Häusliche Gewalt

Selected risk factors for child abuse. Influence on the severity of the injury

Abstract

The present study examined the collective of a forensic medical examination centre for child victims of violence using selected risk factors which have been validated and published in victim research for the occurrence of child abuse in terms of indicator content (a) for an (objective) particularly serious injury to a child or (b) optionally in addition to an injury due to instrumental violence and the risk of the development of such an injury. In a sample of 469 children examined it is shown that in particular the risk factors "young mother" and "very young child" have a statistically significant independent relationship with the chosen definition of a serious injury. Other examined risk factors identified in the multivariate analysis showed no independent association. Of the two main risk factors "age of the child less than 1 year" seems to be the decisive factor as it also has an influence on the effectiveness of the factor "age of the mother".

Keywords

Age factors · Single parent family · Siblings · Child protective services · Domestic violence

persönliches Exemplar für S. Menzel

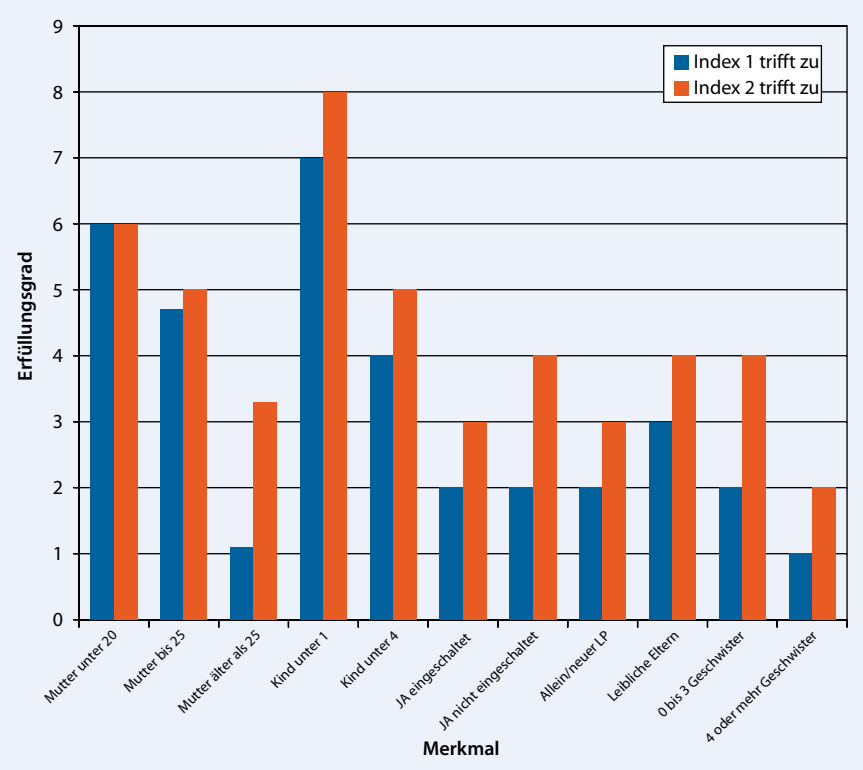


Abb. 2 ▲ Korrelationen zwischen ausgewählten Risikofaktoren im untersuchten Kollektiv und dem Befund einer schweren Verletzung gemäß den Traumaindizes. *JA* Jugendamt, *LP* Lebenspartner

Kind. Die Kinder, die kein Geschwisterkind oder maximal 2 Geschwisterkinder haben, waren in 22,6% der Fälle der Gruppe des Traumaindex 1 und in 41,3% der Gruppe des Traumaindex 2 zuzuordnen. Bei Kindern, die mindestens 3 Geschwisterkinder haben, ist dies zu 11,8% (Index 1) bzw. 23,5% (Index 2) der Fall (◘ **Abb. 2**; ◘ **Tab. 1**).

Diskussion

Alter der Mutter

Die Schwere der Verletzung des Kindes korreliert höchst signifikant mit einem geringen Alter der Mutter – dies gilt für beide Indizes, für Mütter bis 25 Jahre und besonders für Mütter bis 20 Jahre ($p<0{,}001$). Die Ergebnisse der Forschung zur Früherkennung von Kindeswohlgefährdung zeigen, dass sehr junge Mütter die Vorsorgeuntersuchungen seltener vollständig nutzen. Aus diesem Grund werden jene sehr jungen Mütter als Hochrisikogruppe mit erschwertem Zugang geführt [23]. Werden diese Untersuchungen aber nicht vollständig wahrgenommen, kann gerade frühe Hilfe nur erschwert ermöglicht und eine Vorbeugung (erstmaliger oder erneuter) schwerer Misshandlung nicht verlässlich erreicht werden.

In einer Leipziger Studie [17], die ausschließlich Kinder untersuchte, die aufgrund gesicherter schwerer Misshandlungsfolgen stationär behandelt werden mussten, errechneten die Untersucher einen Altersmedian der Mütter von 23 Jahren. Im vorliegenden Untersuchungskollektiv ist der Altersmedian der Mütter höher. (War Index 1 erfüllt, betrug der Altersmedian 26 Jahre, war er nicht erfüllt, 32 Jahre. Bei Zutreffen der Index-2-Kriterien betrug der Altersmedian der Mütter 30 Jahre, bei Nichtzutreffen 31 Jahre.) Die t-Test unabhängige Stichprobe ist jedoch für beide Indizes nicht signifikant. Allerdings zeigt Index 1 einen signifikanten Unterschied im durchschnittlichen Alter der Mütter ($p<0{,}001$). Zu berücksichtigen ist hier auch das durchschnittliche Alter Erstgebärender in verschiedenen Regionen und soziodemografischen Milieus. So ist die durchschnittliche Erstgebärende in keinem anderen Bundesland so alt wie in Hamburg (30,3 Jahre). Der Bundesdurchschnitt beträgt 28,9 Jahre, und in Sachsen, aus dem sich das Kollektiv der Leipziger Studie zusammensetzt, ist eine Frau bei Geburt ihres ersten Kindes im Schnitt 27,8 Jahre alt [25].

Alter des Kindes

Kinder, die jünger als 1 Jahr sind, weisen im Vergleich zu älteren Kindern in der rechtsmedizinischen Ambulanz häufiger schwerwiegendere Verletzungen auf. Es zeigt sich für beide Traumaindizes ein höchst signifikanter Unterschied ($p<0{,}001$). Dies bestätigt auch die erwähnte Leipziger Studie. Hier beträgt der Altersmedian 5 Monate. Von den untersuchten Kindern waren 64% jünger als 1 Jahr. In einer weiteren Untersuchung von 27 Fällen schwerster Kindesmisshandlung waren 63% der Kinder jünger als 1 Jahr [10].

Die möglichen Gründe für die besondere Vulnerabilität dieser Altersgruppe sind vielfältig. Säuglinge können sich nicht mitteilen; sie sind ungleich stärker auf ständige Fürsorge angewiesen. Diese Tatsache führt häufig zur Überforderung gerade unerfahrener Eltern.

Vorausgehende Unterstützung durch das Jugendamt

Sowohl der im Hinblick auf die Fragestellung höherschwellige Index 1 als auch der niedrigschwelligere Index 2 werden häufiger erfüllt, wenn das Kind dem Jugendamt noch nicht bekannt war. Für Index 2 ist dieses Ergebnis statistisch signifikant ($p=0{,}047$). Dies kann auf eine erfolgreiche Präventionsarbeit der Jugendämter hinweisen. Möglicherweise können die unterstützenden Maßnahmen seitens des Jugendamts Eskalationen innerhalb der Familie, häuslicher Gewalt oder unkontrollierbarer Überforderung vorbeugen. Den betroffenen Eltern kann das Jugendamt möglicherweise mehr Sicherheit bei der Erziehung sowie mehr Wissen über die Folgen bestimmter Körperstrafen (z. B. Schütteln) vermitteln und so zu deren Reduktion beitragen. Keines der 10 Kinder, die ein Schütteltrauma erlitten haben, war vorher dem Jugendamt bekannt.

persönliches Exemplar für S. Menzel

Tab. 1 Übersichten über untersuchte Risikofaktoren, Indizes und Signifikanzen

Risikofaktor	Anzahl (n)	Index 1			Index 2		
		Anteil (%)	Anzahl (n)	p-Wert	Anteil (%)	Anzahl (n)	p-Wert
Alter der Mutter (Jahre)							
Bis 20	24	62,5	15	**0,000**[a]	62,5	15	**0,010**[a]
Bis 25	85	44,7	38	**0**	48,23	41	**0**
>25	278	11,2	31	**0**	33,5	93	**0**
Alter des Kindes (Jahre)							
<1	51	74,5	38	**0**	76,4	39	**0**
<4	164	40,8	67	**0**	47,5	78	**0,02**
Jugendamt							
Nichtbekannt	357	23,2	83	0,172	42	150	**0,047**
Bekannt	80	16,25	13	–	30	24	–
Erziehungssituation							
Alleinerziehend	229	18,3	42	–	34,9	80	–
Leibliche Eltern	182	25,3	46	**0,046**	43,4	79	**0,041**
Anzahl der Geschwister							
>2	85	11,8	10	–	23,5	20	–
Bis zu 2	349	22,6	79	0,063	41,3	144	**0,01**

[a]Exakter Fisher-Test.

Um auszuschließen, dass dieses Ergebnis durch andere Risikofaktoren beeinflusst wird, wurde in einer multivariaten logistischen Regression nach den beiden Risiken adjustiert, die den größten Einfluss auf die Verletzungsschwere zu haben scheinen. Wird das Alter der Mutter herausgerechnet, scheint die Korrelation zwischen dem Status „Jugendamt bereits involviert" und einer schwerwiegenden Verletzung größer zu werden. Das Ergebnis ist jedoch nicht signifikant [Trend: „odds ratio" (OR)=1,59, keine Signifikanz p=0,064). Wird das Kindesalter (bis/größer 1 Jahr) herausgerechnet, spielt vorangegangenes Engagement des Jugendamts ebenfalls keine signifikante Rolle. Es ist davon auszugehen, dass bei steigendem Mutter- bzw. Kindesalter die Wahrscheinlichkeit größer wird, dass das Jugendamt bereits involviert wurde.

Erziehungssituation

Die Leipziger Studie kommt auch zu dem Schluss, dass Kinder Alleinerziehender einem besonderen Risiko ausgesetzt sind. Nach Hildebrandt [14] zeigen zahlreiche Studien zum Misshandlungsrisiko, dass Kinder, die mit beiden Eltern aufwachsen, gegenüber Kindern aus Alleinerziehenden- oder Stieffamilien im Vorteil sind.

Hinsichtlich der Verletzungsschwere kommt die vorliegende Auswertung zu einem anderen Ergebnis: Zwar bestätigte sich auch hier das erhöhte allgemeine Misshandlungsrisiko bei Kindern alleinerziehender Personen. Die Kinder, die mit ihren leiblichen Eltern zusammenleben, wiesen jedoch signifikant häufiger schwerwiegende Verletzungen gemäß den beiden Traumaindizes auf als Kinder alleinerziehender Elternteile (p=0,046 für Index 1 und p=0,041 für Index 2).

In der Betrachtung dieses Ergebnisses soll noch folgende Möglichkeit berücksichtigt werden: Gerade bei alleinerziehenden Elternteilen könnte ein hohes Risiko bestehen, dass sie instrumentalisierend gegenüber dem anderen Partner in der rechtsmedizinischen Untersuchungstelle vorstellig werden.

Um wieder den Einfluss anderer Risikofaktoren für dieses Ergebnis zu testen, wurden einmal das Alter des Kindes und einmal das Alter der Mutter aus dem Faktor „Erziehungssituation" herausgerechnet: Die Verletzungsschwere unterscheidet sich zwischen leiblichen Eltern und alleinerziehendem Elternteil nun in beiden Fällen nicht mehr signifikant. Vor allem der Effekt des Kindesalters scheint den Unterschied der Erziehungssituationen aufzuheben [adjustiert für das Alter der Mutter bis 20 Jahre: p=0,718, OR=0,923; adjustiert für das Kindesalter (<1 Jahr): p=0,935, OR=1,017]. Je älter also Mütter und Kinder, desto höher die Wahrscheinlichkeit für den Status „alleinerziehender Elternteil".

Anzahl der Geschwisterkinder

Kinder aus Haushalten mit geringer Geschwisterzahl weisen häufiger schwerwiegende Verletzungen auf als Kinder mit mehr als 2 Geschwistern. Auf den Index 2 bezogen ist das Ergebnis signifikant (p=0,01). Dies überrascht.

Diese Erkenntnis könnte mit der Dominanz eines anderen Risikofaktors, z. B. „junges Alter der Mutter", zusammenhängen. Um dies zu überprüfen, wurde eine multivariate logistische Regression, adjustiert für die Anzahl der Kinder und das Alter der Mütter, durchgeführt. Das Ergebnis bestätigt diese Vermutung zum Teil. Wird der Einfluss des Alters der Mutter herausgerechnet, ist der Zusammenhang zwischen geringer Geschwisterzahl und schwerwiegender Verletzung nicht mehr signifikant (p=0,062). Es bleibt aber ein Unterschied im Sinne eines Trends: Der ebenfalls ermittelte OR-Wert von 0,544 besagt, dass die Wahrscheinlichkeit einer schweren Verletzung für Kinder mit mindestens 2 Geschwistern nur etwa halb so groß ist wie bei geringerer Geschwisterzahl – ungeachtet des Alters der Mutter. Die Klärung der möglichen Gründe für dieses unerwartete Ergebnis erscheint notwendig.

Ist eine Mutter mit vielen Kindern von der Gesamtsituation überfordert, wird sie möglicherweise ihre Kinder verbal (Anschreien) oder mit körperlichen Strafen wie Ohrfeigen, festem Anpacken unter Kontrolle zu halten versuchen. So würden häufigere, aber weniger intensive Verletzungen mehrerer Kinder zu erwarten sein. Dies würde die Feststellung bestätigen, dass Geschwister misshandelter Kinder ebenfalls ein höheres Misshandlungsrisiko tragen [12]. Wird das Alter des Kindes unter einem Jahr herausgerechnet, ist der Zusammenhang von Verletzungsschwere und Geschwisterzahl nicht mehr signifikant (p=0,120).

persönliches Exemplar für S. Menzel

Ergänzende Anmerkungen zur Prävalenz von Kindesmisshandlung

Während die vorliegende empirische Studie von objektivierten Sachverhalten ausgeht, sind die Ergebnisse von Bevölkerungsbefragungen eher subjektiv. So ergab eine Studie von Baier et al. [1] eine Prävalenz von Erfahrungen schwerer Gewaltanwendung von 15,3% eines befragten Neuntklässlerquerschnitts. Dies ist angesichts der nicht auf Misshandlungsfälle beschränkten Stichprobe viel mehr als die Prävalenz der schwerwiegenden Verletzungen, die die vorliegende Untersuchung ermittelte.

In einem Bericht über Ausmaße und Ursachen einer Kindeswohlgefährdung aus 2011 wurden vorangegangene Untersuchungen dagegen mit dem Schluss zusammengefasst, dass ca. 5% der Kinder und Jugendlichen Opfer schwerer bzw. häufiger Misshandlung wurden [9]. Welche Definitionen von schwerer Misshandlung im Einzelnen in beiden Publikationen herangezogen wurden, ist nicht bekannt.

Eine aktuelle Studie aus 2011 zu Misshandlungen in Kindheit und Jugend in Deutschland kommt zu dem Ergebnis, dass in Deutschland 12% der Bevölkerungsstichprobe körperlich misshandelt wurden. Es berichteten 2,8% der Befragten von schweren Misshandlungen [11]. Das hieße, von den 12% der Misshandelten wurden 23,3% schwer misshandelt. Im IfR werden durchschnittlich ca. 1‰ der Hamburger Kinder jährlich untersucht.

Ein zusätzlicher Wert dieser Studie kann in ihrem Beitrag zur Dunkelfeldforschung liegen. Für 2010 führt die *Polizeiliche Kriminalstatistik* für Hamburg 59 Fälle von Misshandlung Schutzbefohlener (§ 225 StGB) unter 14 Jahren auf [18]. Schon der Vergleich dieser Zahl mit den durchschnittlich 117 Misshandlungsfällen/Jahr, die dieser Hamburger Studie zugrunde liegen, macht deutlich, wie groß das von der Kriminalitätsstatistik nichterfasste Dunkelfeld sein muss. Die in anderen Untersuchungen ermittelte populationsbezogene Prävalenz von 12% bestätigt dies. Tatsächlich wurden in der Stichprobe nur ca. 11% der gemäß Index 1 von einem Trauma betroffenen Kinder einer Untersuchung in der Rechtsmedizin durch die Polizei zugeführt (58% durch Kinderkliniken/-ärzte, 27% durch Jugendamt, 4% andere).

Beispielhafte Kasuistiken

Menschen, Kinder, Familien, Umstände und Dynamiken auf Zahlen und Parameter herunterzubrechen, um sie auswertbar und analysierbar zu machen, geht naturgemäß mit einem Informationsverlust einher. Verloren gehen die Nuancen, die Emotionen, das Menschliche. Um die Auswahl der in dieser Arbeit untersuchten Parameter transparenter sowie die lebendige Bedeutung der Risikofaktoren und Verletzungsvielfalt erahnbar zu machen, werden an dieser Stelle 3 Beispiele für Risikofaktoren und schwere Verletzungen vorgestellt. Ziel ist es, durch Anschaulichkeit die der Auswertbarkeit geschuldete Sachlichkeit in die Realität zurückzuführen.

Sehr junge Mutter

Situation. Der 1-jährige Sohn wird von seiner 18-jährigen Mutter ins Krankenhaus gebracht. Hämatome im Gesicht sind nicht zu übersehen; die Mutter ist besorgt, liebevoll, ratlos. Eine rechtsmedizinische Untersuchung wird veranlasst. Die Mutter kann die Verletzungen nicht plausibel erklären, beteuert unter Tränen, dem Sohn nichts getan zu haben. Das Kind, gut entwickelt, ernährt und gepflegt, schreie nachts oft und weine viel. Die Untersuchung ergibt außer dem massiven Hämatom an der Wange ein vorgewölbtes Trommelfell, Unterblutungen an der abstehenden Ohrmuschel sowie einige weitere, unterschiedlich intensive und gefärbte Unterblutungen im Gesicht und am Kopf, am Oberbauch, im Brustkorbbereich und unter der Brust. Auch beide Schienbeine zeigen Hämatome. Es liegt eine Windeldermatitis vor.

Rechtsmedizinische Beurteilung. Die Kopf-/Gesichtsverletzungen lassen keinen Zweifel an einer Fremdeinwirkung im Sinne einer Kindesmisshandlung. Die Befragungen der Mutter, des bereits involvierten Jugendamts sowie der Kinder- und Jugendhilfe zeichnen folgendes häusliches Umfeld: Die arbeitslose Mutter ohne Schulbildung lebt, ohne Kontakt zum Kindsvater, mit einem neuen Partner und dem „schwierigen" Kind in einem „Problemstadtteil".

Risikofaktoren. Junge Mutter, Kind 1 Jahr alt, Mutter lebt mit neuem Partner, Jugendamt bereits involviert.

Anzeichen für schwere Verletzung. Kind musste stationär aufgenommen werden.

Bereits unterstützte Familie

Situation. Sie habe Verletzungen am Körper ihres Säuglings bemerkt, nachdem dieser die Nacht beim Vater verbracht hatte, berichtet die 19-jährige Mutter, als sie in die Notaufnahme kommt. Die Eltern leben zeitweise getrennt, sind arbeitslos und scheinen Drogenprobleme zu haben. Sie werden von einer Hebamme betreut; das Jugendamt unterstützt die kleine Familie. Bei der Untersuchung des gut gepflegten, gut ernährten Kindes fallen mehrere Veränderungen auf, die bei einem Kind in der prämobilen Phase schwerlich durch Unfall zu erklären sind: ein Hämatom am Hinterkopf in der Scheitelregion, Hautunterblutungen am Oberarm. Auch Brustkorb und Körpermitte weisen mehrere Unterblutungen auf.

Rechtsmedizinische Beurteilung. Die Verletzungen sind Folge mehrfacher, äußerer, stumpfer Gewalteinwirkung. Es wird zu regelmäßigen Vorstellungen beim Kinderarzt bzw. in der Universitätskinderklinik UKE geraten.

Risikofaktoren. Junge Mutter, Kind jünger als 1 Jahr, Jugendamt involviert.

Anzeichen für eine schwere Verletzung. Kind musste stationär aufgenommen werden.

Strafanzeige und Inobhutnahme

Situation. Im Notarztwagen wird der 2-Jährige, jüngstes von 5 Geschwistern, ins Krankenhaus gebracht. Das Kind ist mit Hämatomen übersät, weint, ist ängstlich. Laut Mutter sei das blasse, aber ansprechbare Kind „weggesackt", habe Durchfall

persönliches Exemplar für S. Menzel

gehabt. Die dortige Ärztin hegt sofort den Verdacht der Misshandlung und bittet in der rechtsmedizinischen Ambulanz um eine Untersuchung. Es werden 34 Verletzungen unterschiedlichen Alters und verschiedener Intensität festgestellt, darunter auch Spuren instrumenteller Gewalt. Der Hals des Kindes ist ebenfalls betroffen.

Rechtsmedizinische Beurteilung. Mehrfache, massive Kindesmisshandlung. Die 5 Kinder verschiedener Väter werden infolge in Obhut genommen, die Mutter und der Lebensgefährte angeklagt. Familiäre Gewalt war in der Familie bereits bekannt; auch das Jugendamt kannte die Familie.

Risikofaktoren. Mehr als 3 Kinder unter 14 Jahren im selben Haushalt, Familie beim Jugendamt bekannt, Mutter lebt mit neuem Partner.

Indikatoren für besondere schwere Verletzung. Spuren instrumenteller Gewalt, stationäre Aufnahme.

Schlussfolgerungen

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass 2 der 5 näher betrachteten Risikofaktoren höchst signifikant mit den Traumaindizes im Sinne einer schweren Verletzung korrelieren. Wie oben gezeigt, sind dies das junge bzw. sehr junge Alter der Mutter (hier definiert mit Alter bis 25 bzw. bis 20 Jahre) sowie ein Kindesalter unter 1 Jahr. Auch für Kinder jünger als 4 Jahre konnte eine signifikante Korrelation mit einer schwerwiegenden Verletzung gefunden werden. Insgesamt scheint der Risikofaktor „Kind jünger als 1 Jahr“ der dominierende zu sein. Die Hypothese „je jünger die Mütter und je jünger das Kind, desto wahrscheinlicher ist eine Assoziation mit schwerwiegenden Verletzungen“ ist in zukünftigen Studien zu spezifizieren. Hier konnten erste Anhaltspunkte gegeben werden.

Es ist jedoch zu betonen, dass aus dem Vorliegen evaluierter Risikofaktoren für eine schwere Misshandlung nicht darauf geschlossen werden kann, dass tatsächlich eine schwere Misshandlung stattfinden wird. Auch „Risikokinder“ und ein „Risikoumfeld“ werden in den seltensten Fällen tatsächlich zu Misshandlungsfällen [24].

Fazit

Alle aus dieser Analyse gezogenen Ergebnisse und Schlüsse beziehen sich auf das Kollektiv des Instituts für Rechtsmedizin, Hamburg. Dies entspricht einem stark vorselektierten Kollektiv von Kindern, bei denen der Verdacht auf Kindesmisshandlung bestätigt oder ausgeräumt werden soll. Ob die gefundenen Korrelationen auch für die Allgemeinbevölkerung Gültigkeit besitzen, kann nicht gesagt werden. Das Ergebnis der vorliegenden Studie stärkt gleichwohl die Forderung nach „frühen Hilfen“, wie sie nun auch das Bundeskinderschutzgesetz festschreibt.

Korrespondenzadresse

S. Menzel
Institut für Rechtsmedizin,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Bereich Nord - Haus N 81, Butenfeld 34,
22529 Hamburg
d.seifert@uke.uni-hamburg.de

Interessenkonflikt. Die korrespondierende Autorin gibt für sich und ihre Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Baier D, Pfeiffer C, Simonsen J, Rabold S (2009) Jugendliche in Deutschland als Opfer und Täter von Gewalt. Erster Forschungsbericht zum gemeinsamen Forschungsprojekt des Bundesministeriums des Inneren und des KFN. Forschungsbericht 107. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e. V., Hannover
2. Black DA, Heyman RE, Smith Slep AM (2001) Risk factors for child physical abuse. Aggress Viol Behav 6:121–188
3. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Salzinger S (1998) A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. Child Abuse Negl 22:1065–1078
4. Bundeskriminalamt (2010) Polizeiliche Kriminalitätsstatistik 2010. Artikelnummer: BMI11007 Bundesministerium des Innern (Hrsg), Berlin
5. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen, Jugend (2011) Bundestag beschließt neues Bundeskinderschutzgesetz. http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/kinder-und-jugend, did=175124.html. Zugegriffen: 27. Dezember 2011
6. Connell-Carrick K (2003) A critical review of the empirical literature. Identifying correlates of child neglect. Child Adolesc Soc Work J 20:389–425
7. Debertin AS, Seifert D, Mützel E (2011) Forensisch-medizinische Untersuchung von Mädchen und Jungen bei Verdacht auf Misshandlung und Missbrauch. Rechtsmedizin 5:479–482
8. Deegener D, Körner W (2006) Risikoerfassung bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Theorie, Praxis, Materialien. Pabst, Lengerich
9. Deegener G, Landgraf M (2011) Ausmaße und Ursachen von Kindeswohlgefährdung bei Kindern im schulpflichtigen Alter. In: Fischer J, Buchholz TH, Merten R (Hrsg) Kinderschutz in gemeinsamer Verantwortung von Jugendhilfe und Schule. Wiesbaden, S 35–62
10. Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg (2009) Aktuell 4, Kinderschutz im Land Brandenburg. Kooperation im Kinderschutz: Jugendamt und Justiz. Medienwerkstatt Stiftung Evangelische Jugendhilfe, St. Johannis Bernburg, S 67–123
11. Häuser W, Schmutzer G, Brähler E, Glaesmer H (2011) Misshandlungen in Kindheit und Jugend: Ergebnisse einer Umfrage in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung. Dtsch Arztebl Int 108:287–294
12. Herrmann B (2002) Körperliche Misshandlung von Kindern, somatische Befunde und klinische Diagnostik. Monatsschr Kinderheilkd 150:1324–1338
13. Herrmann B, Banaschak S, Dettmeyer R, Thyen U (2010) Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 349
14. Hildebrandt B (2011) Überlegungen auf der Grundlage eines laufenden Forschungsprojekts. In: Robert G, Pfeifer K, Drößler T (Hrsg) Aufwachsen in Dialog und sozialer Verantwortung. VS, Wiesbaden, S 22–64
15. Kindler H (2010) Risikoscreening als systematischer Zugang zu frühen Hilfen. Ein gangbarer Weg? Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 53:1073–1079
16. Kindler H (2007) Wie könnte ein Risikoinventar für frühe Hilfen aussehen? Expertise für das Projekt „Guter Start ins Kinderleben“. München, Zugegriffen: 1. Jan. 2012
17. Landgraf M, Zahner L, Nickel P et al (2010) Kindesmisshandlung – Soziodemografie, Ausmaß und medizinische Versorgung – Retrospektive Analyse von 59 Patienten/-innen. Monatsschr Kinderheilkd 158:149–156
18. Landeskriminalamt Hamburg (2010) Polizeiliche Kriminalitätsstatistik. ISSN 1866-4911, http://www.polizei.hamburg.de. Tabelle 01
19. Righthand S, Kerr B, Drach K (2003) Child maltreatment risk assessments. An evaluation guide. Haworth, New York
20. Schumacher JA, Smith Slep AM, Heyman RE (2001) Risk factors for child neglect. Aggress Viol Behav 6:231–254
21. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (2002) Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Was ist zu tun? Ein Leitfaden für Berlin. Berlin, S 15
22. Sidebotham P, Golding J; ALSPAC Study Team. Avon Longitudinal Study of Parents and Children (2001) (2001) Child maltreatment in the „children of the nineties“: a longitudinal study of parental risk factors. Child Abuse Negl 25:1177–1200
23. Thaiss H, Klein R, Schuhmann EC et al (2010) Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 53:1029–1047
24. Thyen U, Kirchhofer F, Wattam C (2000) Gewalterfahrung in der Kindheit – Risiken und gesundheitliche Folgen. Gesundheitswesen 62:311–319
25. Destatis Mikrozensus https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/GeburtenMutteralter.html?nn=50738. Zugegriffen: 23. Juli 2012

persönliches Exemplar für S. Menzel

Erklärung des Eigenanteils

In enger Absprache und mit Unterstützung und Beratung von Frau Dr. Seifert, Herrn Dr. Heinemann und Prof. Püschel trage ich, Sonja Menzel, den maßgeblichen Anteil an folgenden Aspekten dieser Arbeit: Findung und Formulierung der Fragestellung, Dateneingabe, Aufbereitung und Auswertung.
Erarbeitung der Traumaindices, Konzeption und verfassen der Publikation und des Vortrages. Einreichen und Betreuung der Publikation. Die Datenerhebung geschah im Vorfeld.

Auszug des Vortrages „ Analyse des Einflusses bekannter Risikofaktoren für körperliche Misshandlung von Kindern auf die Intensität der Verletzungen“, konzipiert, erstellt und gehalten im September 2011 auf dem „International Symposium Advances in Legal Medicine“ (ISALM) in Frankfurt von Sonja Menzel in Absprache und mit Unterstützung des IfR am UKE.

Analyse des Einflusses bekannter Risikofaktoren für körperliche Misshandlung von Kindern auf die Intensität der Verletzungen

S. Menzel, K. Püschel A. Heinemann, D. Seifert

Forschungsziel

Die Risikofaktoren und die Verletzungsschwere, die aus der Gewalteinwirkung auf die Kinder resultiert, wurden zueinander in Bezug gesetzt.

Traumaindex 1

- höherschwellig
- Zutreffen von mindestens einem der folgenden Kriterien/Merkmale :

  - ∀ Fraktur
  - ∀ Schütteltrauma
  - Eine Verletzung, die der Untersucher während der Untersuchung als potentiell lebensbedrohlich oder konkret lebensbedrohlich einstuft wurde
  - ∀ Eine stationäre Krankenhausaufnahme auf Grund der Verletzungen

Traumaindex 2

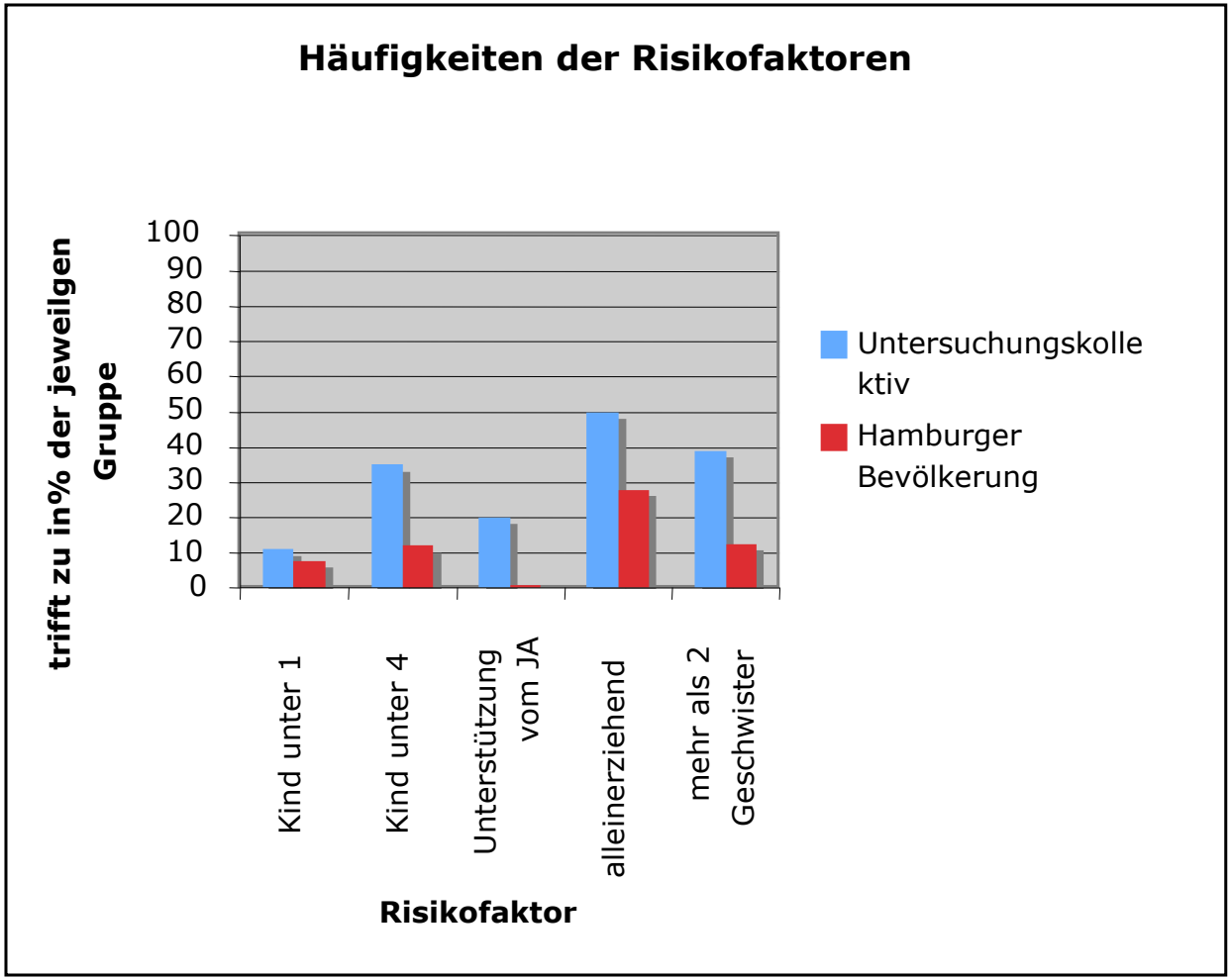
- niedrigschwelliger
- erweitert die Liste der optionalen Kriterien um das Vorliegen einer Verletzung, die durch instrumentelle Gewalt verursacht wurde.

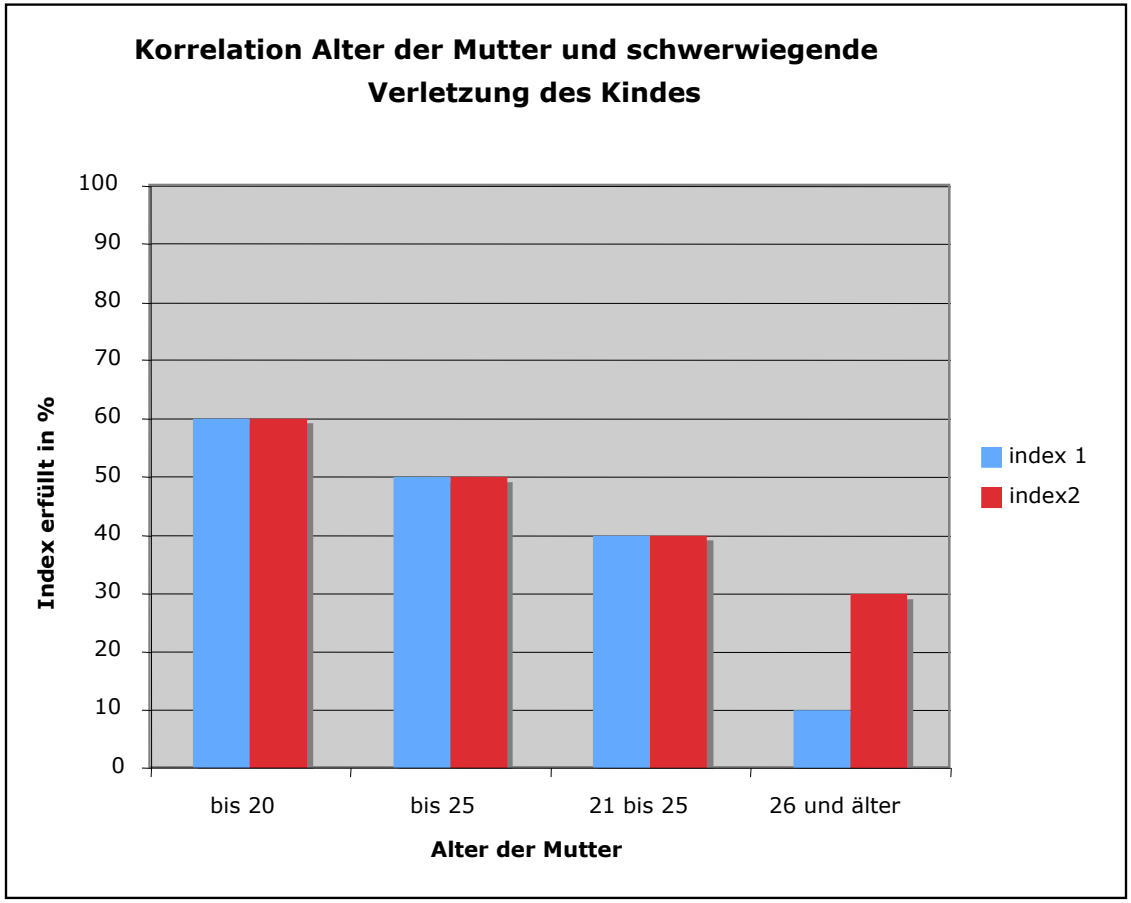
Ausgewertete Risikofaktoren

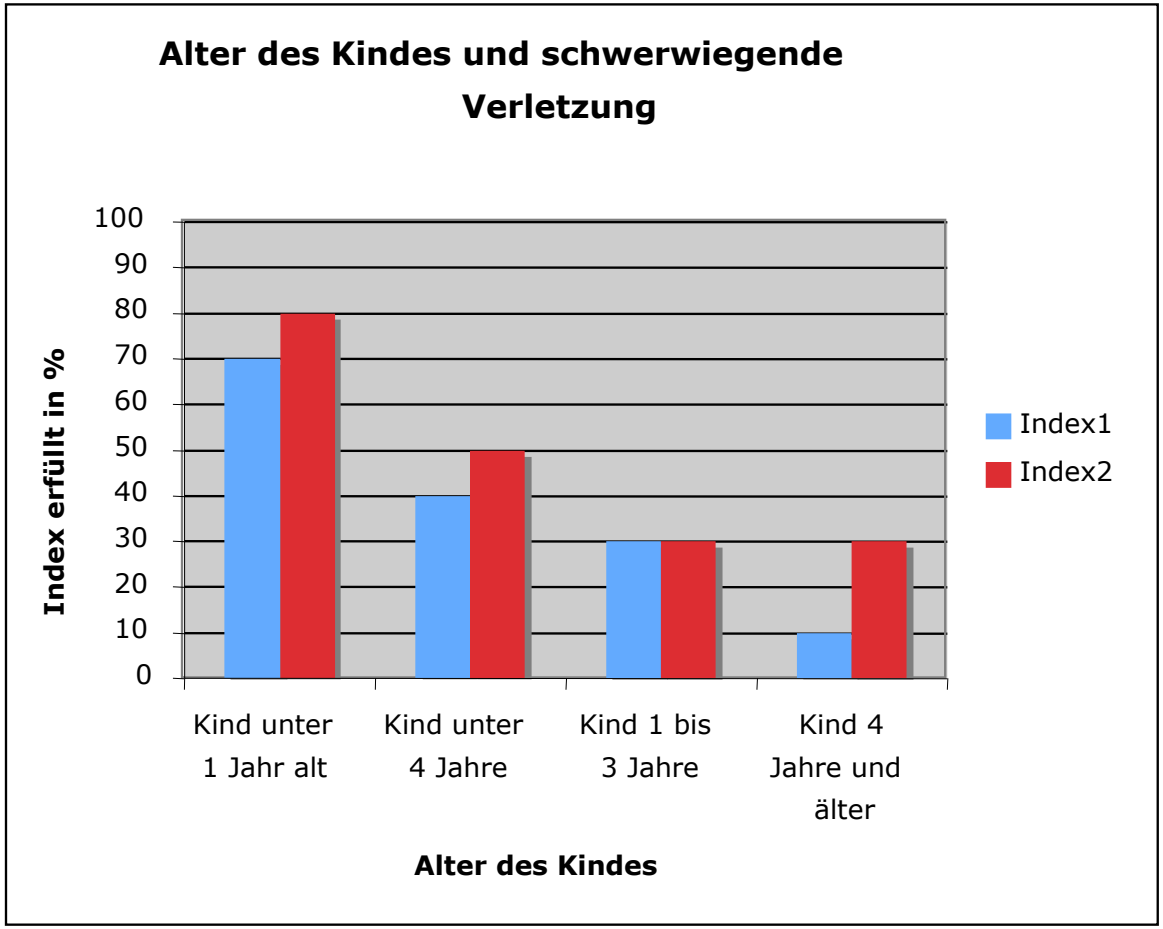
- Jugendliches Alter der Mutter (zum Vorstellungszeitpunkt unter 20 bzw.. 25 Jahren)
- Mindestens 2 weitere Kinder im Haushalt
- Alleinerziehende Mutter/Vater oder mit neuem Lebenspartner im Haushalt
- Kind ist jünger als 1 Jahr, bzw.. jünger als 4 Jahre alt
- Die Familie des untersuchten Kindes erhielt bereits Unterstützung vom Jugendamt

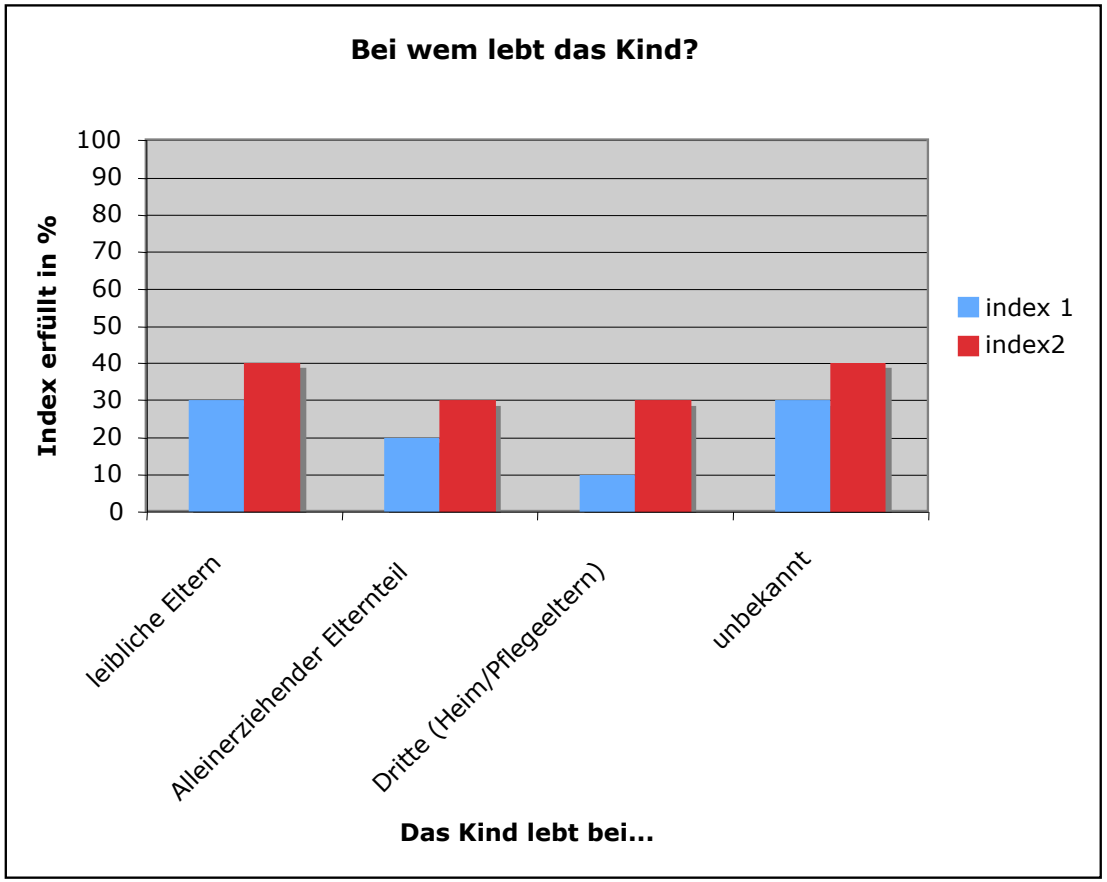
Häufigkeiten der untersuchten Risikofaktoren

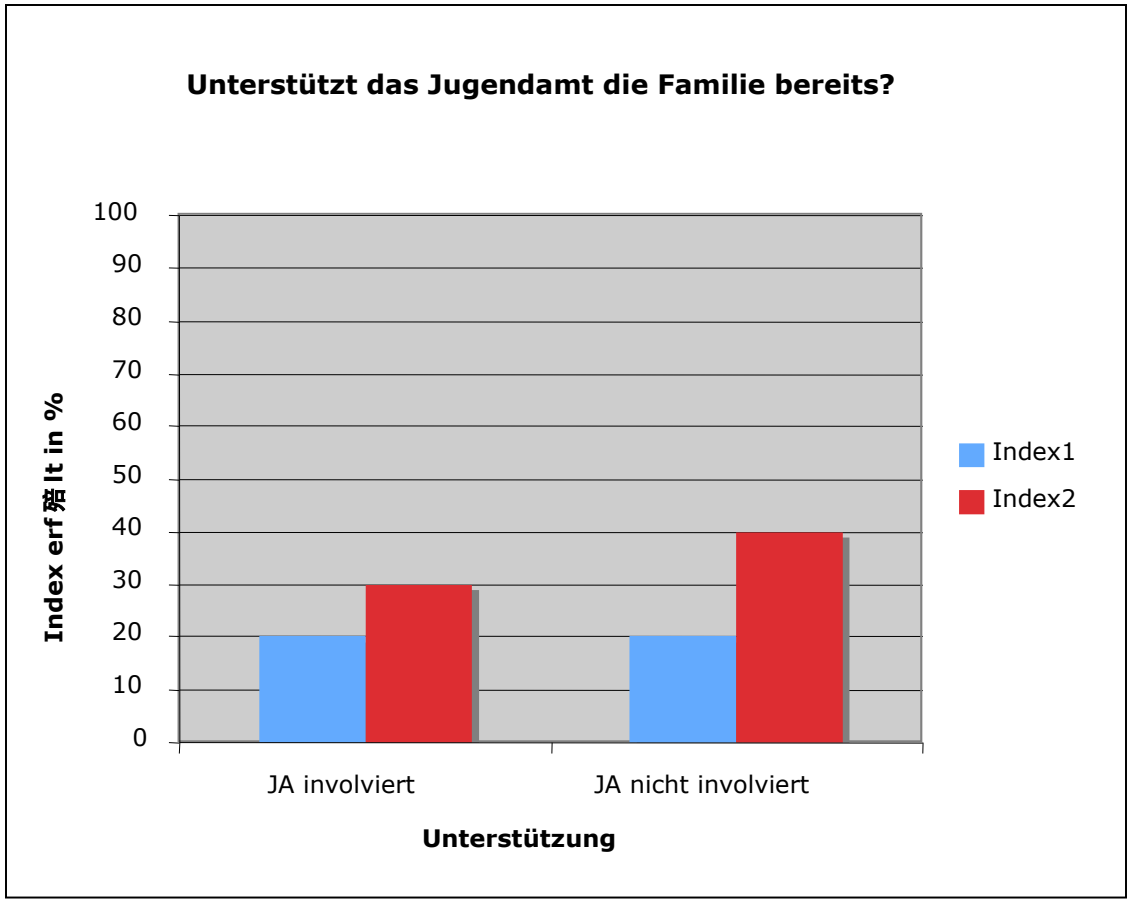
- **Altersstruktur :** 11% der Kinder sind zum Vorstellungszeitpunkt unter einem Jahr alt, 35% unter 4.
- Das **Jugendamt** war zum Vorstellungszeitpunkt bereits in 20% der Familien unterstützend eingeschaltet.
- **Altersstruktur der Mütter**: 6,4% der Mütter sind unter 20 Jahre, mehr als 20% unter 25 Jahre alt
  Knapp 75% der Mütter sind zum Untersuchungszeitpunkt 26 und älter.
- **Kinderzahl in den Familien**: über 50% der Kinder leben mit einem oder keinem Geschwisterkind.
  Nur 18% der Kinder hatten 3 oder mehr Geschwister.
- **Familienzusammensetzung**: knapp 50% der Kinder wird von einem allein erziehenden Elternteil, mit oder ohne neuem Lebenspartner, erzogen.
  40% leben bei ihren leiblichen Eltern und 7% in Heim, bei Pflegeeltern oder sonstigen Personen.

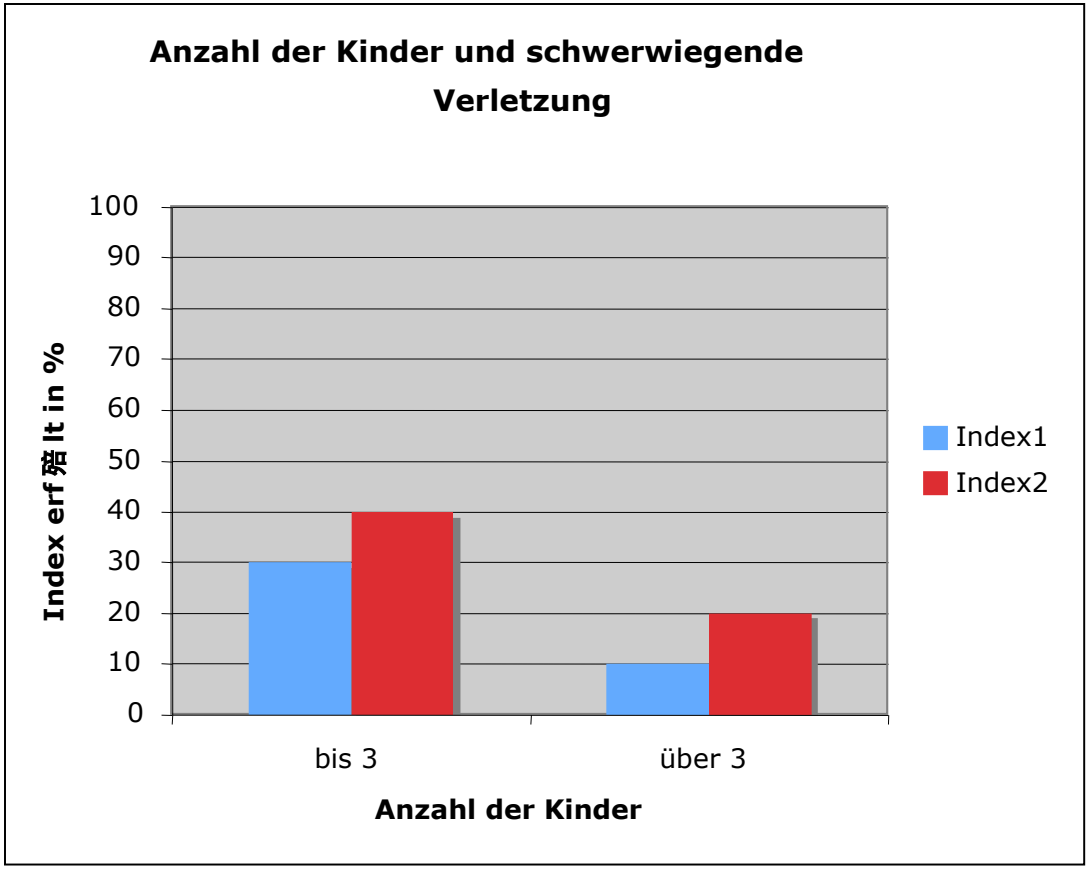

Häufigkeiten der Risikofaktoren
trifft zu in% der jeweilgen Gruppe
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
Kind unter 1
Kind unter 4
Unterstützung vom JA
alleinerziehend
mehr als 2 Geschwister
Risikofaktor
Untersuchungskollektiv
Hamburger Bevölkerung

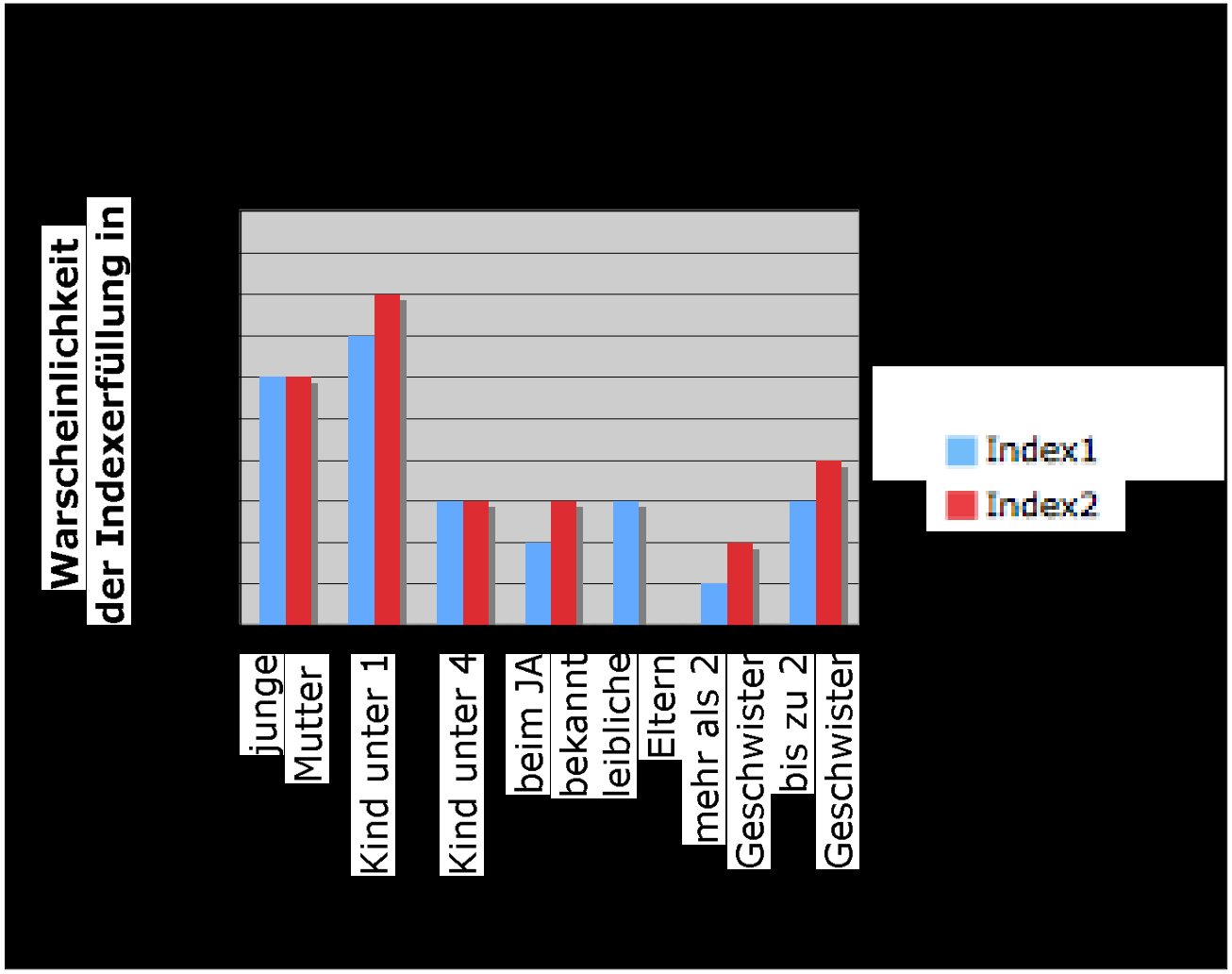

Korrelation Alter der Mutter und schwerwiegende Verletzung des Kindes
Index erfüllt in %
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
bis 20
bis 25
21 bis 25
26 und älter
Alter der Mutter
index 1
index2


Alter des Kindes und schwerwiegende Verletzung
Index erfüllt in %
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
Kind unter 1 Jahr alt
Kind unter 4 Jahre
Kind 1 bis 3 Jahre
Kind 4 Jahre und älter
Alter des Kindes
Index1
Index2


Bei wem lebt das Kind?
Index erfüllt in %
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
leibliche Eltern
Alleinerziehender Elternteil
Dritte (Heim/Pflegeeltern)
unbekannt
Das Kind lebt bei...
index 1
index2


Unterstützt das Jugendamt die Familie bereits?
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
Index erf 殆 lt in %
JA involviert
JA nicht involviert
Unterstützung
Index1
Index2


Anzahl der Kinder und schwerwiegende Verletzung
Index erf 殆 lt in %
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
bis 3
über 3
Anzahl der Kinder
Index1
Index2


Warscheinlichkeit
der Indexerfüllung in
junge
Mutter
Kind unter 1
Kind unter 4
beim JA
bekannt
leibliche
Eltern
mehr als 2
Geschwister
bis zu 2
Geschwister
Index1
Index2

Danksagung

Diese, meine Dissertion wäre niemals möglich gewesen ohne die vielfältigsten Unterstützungen von so vielen Seiten. Danke allen, die mir praktisch und moralisch in den Jahren und bei der Umsetzung zur Seite standen.
Besonderer Dank gebührt in diesem Sinne meinen Unterstützern und Betreuern im IfR, Frau Dr. Seifert, Herrn Dr. Heinemann und Herrn Prof. Püschel. Auch für die Möglichkeit und Unterstützung der Publikation und der Präsentation meiner Arbeit im internationalen Rahmen

Herzlich bedanken möchte ich mich bei meinen Freunden, die meine Launen und Absagen ertragen haben und für mich da waren. Und meiner Familie und ganz besonders meinem Vater für seine unermüdlichen und erfolgreichen Motivationsversuche und die grosse Unterstützung.

Ich möchte diese Arbeit meiner kleinen Nichte widmen. Ich wünsche Dir den besten Start in ein schönes Leben.

Lebenslauf

01.04.2013

Name	Sonja Menzel
Geboren	25.12.1980 in Hamburg
Grundschule Gymnasium	1987-1991: Grundschule Poppenbüttler Stieg, Hamburg 1991-2000: Gynmasium Hummelsbüttel, Hamburg 2000 Abitur
Juni 2000 bis Okt.2000	Au-pair in Paris
Okt.2000 bis Okt. 2004	Studium Kommunikationsdesign, HTK Hamburg, Diplom 1,5
Nov.2004 bis März 2005	Werbetexterin bei FCB Wilkens, Hamburg
Okt. 2005 bis März 2007	abgeschlossenes VWL -Grundstudium, HWP Hamburg.
Okt. 2007 bis heute	Medizinstudium am UKE, Hamburg. Physikum im Sommer 2009, Famulaturen: Kinderherz-Station des UKE , Hamburg Gynäkologie und Pädiatrie in Lagos, Nigeria, Psychiatrie in Marienheide, Nordrhein-Westphalen, Kinder- und Jugendpsychosomatik in Hamburg Praktisches Jahr : Aug. bis Okt. 2012: Chirurgie in Reinbek, Okt. Bis Dez. 2012: Chirurgie in Brüssel, Belgien Dez. 2012 bis März 2013: Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hamburg April bis Juli 2013: Innere Medizin in Pinneberg Beginn der Doktorarbeit: Okt. 2010 Examen: Okt. 2013
Begleitend:	Honorrarkraft als Assistenz in verschieden chirurgischen Abteilungen sowie in einer pulmologischen Praxis, Hamburg.
Fremdsprachen:	Englisch (C2) und Französisch (B2)
Sonstiges:	Erzieherische Aushilfstätigkeit im Integrationskindergarten am Werner- Otto-Institut, Hamburg von 1999-2001 Projektarbeit für und mit dem Zukunftsrat Hamburg

Eidesstattliche Versicherung

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.